



**HAL**  
open science

**Le système de santé en Thaïlande et l'origine des  
inégalités en matière de santé : une analyse  
politico-économique**

Pakpoom Saengkanokkul

► **To cite this version:**

Pakpoom Saengkanokkul. Le système de santé en Thaïlande et l'origine des inégalités en matière de santé : une analyse politico-économique. Economies et finances. Université Sorbonne Paris Cité, 2018. Français. NNT : 2018USPCF013 . tel-01893193

**HAL Id: tel-01893193**

**<https://theses.hal.science/tel-01893193>**

Submitted on 11 Oct 2018

**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.

# Institut National des Langues et Civilisations Orientales

## École doctorale N°265

*Langues, littératures et sociétés du monde*

Asies

### THÈSE

présentée par

**Pakpoom SAENGGANOKKUL**

soutenue le 23 mai 2018

pour obtenir le grade de **Docteur de l'INALCO**

Discipline : Economie et Société

## Le système de santé en Thaïlande et l'origine des inégalités en matière de santé: une analyse politico- économique

Thèse dirigée par :

**Marie-Sybille DE VIENNE**

Professeur des universités, INALCO

**RAPPORTEURS :**

**Audrey BOCHATON**

**Vishnu VARUNYOU**

Maître de conférences, Université de Paris Nanterre

Vice-président de la Cour administrative suprême de Thaïlande

**MEMBRES DU JURY :**

**Marie-Sybille DE VIENNE**

**Audrey BOCHATON**

**Sébastien LECHEVALIER**

**Vishnu VARUNYOU**

**Julien VERCUEIL**

Professeur des universités, INALCO

Maître de conférences, Université de Paris Nanterre

Directeur d'études, EHESS

Vice-président de la Cour administrative suprême de Thaïlande

Maître de conférences, INALCO

**LE SYSTÈME DE SANTÉ EN THAÏLANDE ET  
L'ORIGINE DES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE  
SANTÉ : UNE ANALYSE POLITICO-ÉCONOMIQUE**

***Pakpoom SAENKANOKKUL***



## REMERCIEMENTS

Cette thèse a été menée à bien grâce à l'aide de plusieurs personnes. Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude à ma directrice de thèse, Madame la professeur Marie-Sybille de Vienne, qui a accepté de diriger ma thèse et a consacré beaucoup de son temps à lire, relire, corriger, formuler des critiques et donner des conseils. Sans elle, cette thèse n'aurait pas pu être terminée.

Je remercie les membres de jury: Madame la professeur Audrey Bochaton et Messieurs les professeurs Julien Vercueil, Sébastien Lechevalier, Vishnu Varunyou, qui ont utilisé leur précieux temps pour examiner cette recherche.

Je remercie aussi le soutien financier du Gouvernement Thaïlandais de m'avoir accordé une allocation d'étude.

Je remercie tous mes informateurs qui m'ont donné une excellente coopération et de précieuses informations. Je remercie également Fabrice et tous les amis à Paris qui m'ont aidé et soutenu pendant mes études en France.

Finalement, je remercie mes parents et mes grands frères pour leur soutien et leurs encouragements.



# **INTRODUCTION**





« Être en bonne santé est la meilleure des fortunes »

*proverbe thaï*

## **I. L'interrogation initiale**

Au point de vue socio-économique, la santé n'est pas un domaine isolé. Elle n'est pas seulement issue de la médecine, mais la santé est liée aux facteurs socio-économiques et politiques. La santé élargit continuellement son territoire et devient de plus en plus complexe. Elle s'étend de la santé individuelle au niveau collectif, international et mondial. Pour guérir les maladies, les individus ont besoin de spécialistes, comme les médecins, qui ont été formés par l'État. Pour répartir les services de soins, les professionnels de santé et les ressources médicales, l'intervention de l'état, voir un système de santé publique sont nécessaires. L'émergence de l'économie de la santé dans les années 1970 a montré que la santé n'était pas seulement une affaire de techniques médicales, mais aussi une problématique économique. Le système de santé, notamment l'État providence, a besoin d'un financement étatique. La santé prend une place centrale dans le plan national de développement. La croissance économique est liée à l'amélioration de la santé de la population. À l'inverse, la santé est un capital humain important, qui intervient dans la croissance économique. La création de l'OMS et la mondialisation ont élargi le champ de la santé au niveau international. La santé est devenue une question importante pour le développement international.

Au point de vue éthique, les inégalités sociales sont liées aux inégalités de santé et d'accès aux soins. Les actions individuelles ne sont pas assez fortes pour éliminer les inégalités dans le domaine de santé. Les inégalités dans le domaine de santé sont une question de justice sociale que les institutions politiques et socio-économiques ont le devoir de réaliser. Ces inégalités ne sont pas des événements normaux dans la vie quotidienne, que tout le monde ignore et tolère. Parce que la santé est essentielle pour tous, tout le monde a besoin d'une bonne santé pour faire toutes les activités de la vie quotidienne. La santé est considérée comme l'un des paramètres du bien-être. La santé est un élément important pour générer des opportunités humaines et des moyens de production. Les soins de santé peuvent protéger et améliorer directement le fonctionnement normal de la santé.

Cependant, les inégalités dans le système de santé se rencontrent partout, dans les pays développés, les pays en développement et les pays les moins avancés. La santé et les services de soins peuvent être distribués de façon inégale selon les ethnies, la différence de statut socioéconomique, le sexe, etc. Bien que l'avancement des technologies médicales et l'amélioration des conditions de vie nous aient aidé à prolonger l'espérance de la vie, en particulier depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, certains groupes favorisés en ont bénéficié davantage que les autres. Même si l'OMS, des organisations internationales et des ONG ont collaboré pour faire du droit à la santé un droit fondamental de l'homme, les inégalités d'accès aux soins et de santé persistent. Selon l'OMS<sup>1</sup>, les enfants des ménages les plus pauvres (20% des ménages) ont près de deux fois plus de risques de mourir avant leur cinquième anniversaire que ceux des 20% les plus riches. Le taux de mortalité maternelle chez les femmes afghanes est environ 1618 fois plus grand que celui des femmes irlandaises. L'espérance de vie moyenne à la naissance dans les pays à faible revenu est de 57 ans, mais elle est de 80 ans dans les pays à revenu élevé. Ces inégalités se trouvent non seulement au niveau international, mais aussi entre catégories sociales à l'intérieur des pays.

Pareillement, les inégalités existent dans le système de santé en Thaïlande depuis longtemps. Les exemples suivants décrivent explicitement:

...Jinda, un homme âgé de 22 ans, a reçu un coup de feu tiré dans l'abdomen et le bras gauche. Après son opération chirurgicale, Jinda a annulé plusieurs consultations avec son médecin à cause de sa pauvreté. Il a annulé une opération chirurgicale pour réinsérer l'intestin dans l'abdomen. Il ne pouvait pas travailler. Par conséquent, il a dû mendier pour acheter du matériel pour soutenir l'intestin...

...Sri, travailleuse âgée de 26 ans dans le textile, a subi un accident de travail et a été amputée du pouce et de l'index. Elle était non-assurée. Par conséquent, tous les établissements publics de santé ont refusé de lui fournir les services de soins...

...Amorn, une femme enceinte âgée de 31 ans. Son travail pendant la grossesse a entraîné un avortement involontaire. Puis, elle a été diagnostiquée une maladie psychiatrique. Cependant, les prestations médicales du régime de la sécurité sociale n'incluaient pas les services de soins pour les maladies psychiatriques...<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Extrait du site de l'OMS: [http://www.who.int/features/factfiles/health\\_inequities/fr/](http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/fr/)

<sup>2</sup> Health System Research Institute, ข้อเสนอแนะระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า [*Conseils pour la couverture universelle de santé*], Thaïlande, Health System Research Institute of Thailand, 2001, p.1.

Avant la réforme de 2001, le système de santé en Thaïlande était un système mixte public-privé. Le ministère de la Santé publique était le régulateur et le fournisseur des services de soins. Il avait la responsabilité de la promotion, la protection et la restauration de la santé des citoyens. Il s'est composé d'une part, de l'administration centrale et d'autre part, de l'administration locale. L'administration centrale avait pour mission de définir la politique centrale de la santé pour l'amélioration de la santé publique et des services. L'administration locale avait pour mission de fournir les soins au niveau local. Avec la coopération du préfet, elle élaborait la politique de la santé au niveau local pour répondre aux besoins de la population. Les établissements publics de santé fournissaient majoritairement les services de soins. Le coût d'une partie des soins dans les établissements publics était subventionné par l'État. Les professionnels de santé des établissements publics étaient des fonctionnaires, dont la rémunération était définie par le gouvernement. Pour augmenter la densité de professionnels de santé dans les campagnes, le ministère de la Santé publique a obligé les professionnels de santé à travailler dans les hôpitaux publics des zones rurales (pendant 3 ans pour les médecins). En 1998, on comptait 22.730 médecins (1 médecin pour 3.136 habitant)<sup>3</sup>. Environ 80% des médecins travaillaient dans les établissements publics.

Cependant, les efforts du secteur public n'étaient pas suffisantes pour fournir les services de soins à tous. Il existait des établissements privés de santé tels que les cliniques, les hôpitaux et les pharmacies privés qui était une alternative pour les patients. La rémunération de professionnels de santé du secteur privé était plus élevée que celle du secteur public. Généralement, la liste d'attente des établissements privée de santé était plus rapide que celle des établissements publics. Les prestations médicales des hôpitaux privés étaient meilleures. Les patients pouvaient accéder plus facile aux services médicales de spécialistes ou satisfaire de leur séjour dans un chambre de luxe. En échange, les tarifs des soins des établissements privés étaient plus chers que ceux des établissements publics. On pouvait voir les hôpitaux publics surpeuplés par les patients pauvres. En même temps, les riches ont été traités dans les hôpitaux privés haut de gamme.

Il n'y avait pas le droit à la santé avant la constitution de 1997. Les interventions étatiques sur la santé de population étaient limitées et sélectives. Les Thaïlandais prenaient en charge majoritairement la responsabilité de santé. Les dépenses nationales de santé en

---

<sup>3</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 1997-1998*, Bangkok, 1999, p. 144.

1998 représentaient 6,21% du PIB. Celles-ci se répartissaient pour 65,19% dans le secteur privé et 34,74% dans le secteur public. Du fait que le gouvernement ne fournissait pas d'assurance maladie à tous, le versement direct était la principale source de financement des soins (98,0% des dépenses du secteur privé de la santé)<sup>4</sup>. Les tarifs élevés de soins diminuait le budget des ménages, notamment des ménages pauvres. Par conséquent, les dépenses de santé étaient catastrophiques et l'appauvrissement<sup>5</sup> qui en résultait devenait un problème important.

Plusieurs travaux empiriques<sup>6</sup> ont confirmé l'existence d'inégalités dans le système de santé. Ils ont confirmé également qu'il y avait des inégalités de santé et de soins. Les variables socio-économiques ont influencé l'inégalité dans le recours aux soins de santé et l'inégalité du financement des soins de santé, et elles ont entraîné également des inégalités dans la santé. Ces travaux s'est concentrés sur les effets des variables socio-économiques sur la santé ou les soins de santé. Cependant, ils n'ont pas analysé les acteurs politiques. Pour être précis, notre curiosité au départ est de savoir pourquoi les inégalités existaient dans le système de santé en Thaïlande? Qui étaient les acteurs politiques du système de santé en Thaïlande? Quelles étaient leurs actions qui ont affecté la distribution des soins de la santé?

Si nous comparons plus profondément, il y avait les inégalités entre les établissements publics de santé. Les établissements publics de santé étaient sous le contrôle du ministre de la Santé publique, organisés en quatre niveaux: les hôpitaux régionaux se situaient dans les grandes provinces qui fournissaient les services de soins tertiaires, les hôpitaux provinciaux et les hôpitaux au niveau d'*Amphoe* se situaient dans les provinces ou les districts qui fournissaient les services de soins secondaires et les dispensaires se situaient

---

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.200.

<sup>5</sup> Selon l'OMS, la protection financière de la santé est le coeur de la couverture universelle de santé. Tout le monde doit accéder aux soins selon leurs besoins et, en même temps, leurs dépenses directes de santé ne causent pas de difficultés financières aux personnes et ne menacent pas leur niveau de vie. Les paiements directs élevés de la santé peuvent entraîner des dépenses catastrophiques des ménages, ce qui peut les pousser dans la pauvreté. Voir The World Health Organization, *Financial protection*,. Extrait du site de l'OMS: [http://www.who.int/health\\_financing/topics/financial-protection/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/en/).

<sup>6</sup> Par exemple: Pannarunothai, Supasit & Mills, Anne, «The poor pay more: health-related inequality in Thailand », *Soc. Sci. Med.*, vol.44, n°12, 1997, pp. 1781-1790. Nguanboonmak, Boonkert, *Equity in health and health care in universal health coverage program: A case study of Nakhonpathom province*, Mémoire de l'Université Mahidol, 2003. Lertkitiyos, Kitsanee, *The factor affecting use of health services among thai population*, Mémoire de l'Université Mahidol, 2004. Kongsawat, Sirithorn, *A study of resource utilization under different health insurance schemes at Samut Sakhon Hospital*, Mémoire de l'Université Mahidol, 2005. Sindecharak, Teera, *The study of health security among Thai population*, Thèse de l'Université Mahidol, 2008.

aux villages qui fournissaient les services de soins primaires. L'allocation budgétaire et celle de ressources humaines étaient en manière inégales. Elles étaient les plus élevées dans les hôpitaux régionaux et étaient les plus bas dans les dispensaires. S'y ajoutent en Thaïlande des inégalités géographiques : généralement, les indicateurs de santé sont pire dans la région du Nord et du Nord-est, les régions les plus pauvres de Thaïlande. La santé des populations des zones rurales est plus pire que celle des zones urbaines. Pourquoi y-a-t-il des inégalités géographiques en matière de santé?

La différence de prestations médicales entre les régimes d'assurance maladie et la difficulté d'accès aux soins de la population non-assurée étaient des facteurs d'inégalité dans le système de santé. Les mouvements sociaux et les forces syndicales ont joué un rôle important dans le développement de l'État-providence en Europe<sup>7</sup>. Au contraire, en Thaïlande les gouvernements militaires appliquaient des mesures violentes et non-violentes pour réprimer les mouvements sociaux et syndicaux. L'élaboration des politiques sociales était *Top-down*. Sans participation citoyenne, les gouvernements militaires ont décidé quelles populations pouvaient profiter de l'assistance sociale de l'État. Comme les maladies constituent un risque social dont la protection sociale doit s'occuper, les gouvernements militaires ont décidé d'assurer certaines populations ciblées. Dans les années 1960, le gouvernement a initié le régime de prestations médicales des fonctionnaires (*Civil Servant's Medical Benefit Scheme* ou CSMBS) pour assurer les risques maladies des fonctionnaires et leur famille. En 1975, il a lancé le régime d'assurance maladie pour les personnes à faible revenu (*low income card scheme* ou LICCS) pour fournir gratuitement les services de soins de base aux populations en dessous au seuil de pauvreté. En 1990, il a créé le régime de la sécurité sociale (*Social Security* ou SSS) pour assurer les risques maladies des employés du secteur privé et leur famille. Cependant, l'allocation budgétaire et les prestations médicales entre ces trois régimes étaient inégales. En comparaison avec le SSS et le LICCS, celles du CSMBS étaient les plus élevées. De plus, il restait plus de 30 % de la population qui était non-assurée.

Pour élargir la couverture d'assurance maladie, en 2001, la Thaïlande a lancé le programme de la couverture universelle de santé (UCS) qui fournissaient gratuitement les services de soins à tous les Thaïlandais. Ce programme a amélioré l'accès aux soins des Thaïlandais, notamment les pauvres. Cependant, le programme ont été opposé par des

---

<sup>7</sup> Beaussier, Anne-Laure, *La santé aux États-Unis: Une histoire politique*, Paris, SciencesPo Les Presses, 2016, p. 38.

groupes variés, un d'entre eux est le médecin et le professionnel de santé. Pourquoi ils sont contre l'UCS?

## **II. L'objet de l'étude et son traitement**

### **A. Une approche politico-économique centrée sur les acteurs politiques et les idées soutenant l'allocation des ressources médicales**

Selon Bambra et al.<sup>8</sup>, la santé est la politique (politics). Parce que l'accès à la santé est inégalement réparti, de nombreux déterminants de la santé dépendent de l'action politique et la santé est une dimension des droits de l'homme et de la citoyenneté. En outre, les définitions de la politique peuvent être appliquées dans le domaine de la santé. La politique (politics) se définit premièrement en tant que gouvernance. La politique est principalement associée à l'art du gouvernement et aux activités de l'État. La santé est un champ des politiques publiques que l'État élabore. Deuxièmement, la politique implique le pouvoir. La politique est le processus par lequel les résultats souhaités sont obtenus dans la production, la distribution et l'utilisation de ressources limitées. Troisièmement, la politique consiste à résoudre les conflits. La politique se préoccupe de l'expression et la résolution des conflits par le biais du compromis, de la conciliation et de la négociation.

La santé est un choix politique, et la politique est une lutte pour le pouvoir entre des intérêts concurrents. La santé comme la politique traduisent la manière dont les différentes constellations de pouvoir, les institutions, les processus, les intérêts et les positions idéologiques influent sur les systèmes de gouvernance<sup>9</sup>. Les actions des enjeux politiques ont un impact sur les caractéristiques du système de santé. Beaussier<sup>10</sup> a analysé les déterminants politiques et institutionnels du système de santé américain pour comprendre pourquoi il était difficile de mettre en œuvre la réforme du système de santé et la couverture universelle de santé. La procédure législative et le Congrès ont ralenti et modifié la substance du projet de réforme du système de santé. Le fédéralisme et la polarisation idéologique entre démocrates et républicains ont affecté la réforme du système de santé. Les divisions politiques entre des élus conservateurs, qui s'opposaient aux interventions du gouvernement fédéral pour élargir la couverture d'assurance maladie, et

---

<sup>8</sup> Bambra et al., «Toward a politics of health », *Health Promotion International*, vol.20, n°2, 2005, pp.187-190.

<sup>9</sup> Kickbusch, Ilona, «The political determinants of health-10 years on », *BMJ* 2015;350:h81 doi: 10.1136/bmj.h81, 8 jan 2015.

<sup>10</sup> Beaussier, Anne-Laure, *op. cit.*

aux élus libéraux qui ont lancé le programme d'assurance maladie obligatoire, et la polarisation politique du Congrès ont été des obstacles de la réforme.

Les inégalités dans le domaine de la santé portent un jugement de valeur. Il faut appliquer le concept de justice sociale pour définir quelles inégalités dans le domaine de la santé sont injustes. Il y a quatre grands courants de pensée de justice distributive dans l'allocation de ressources médicales: l'utilitarisme, l'égalitarisme, le libertarisme et le communautarisme. Selon Bambra et Smith<sup>11</sup>, les idéologies influencent l'orientation du système de santé et les inégalités dans le domaine de la santé. Ils ont donné des exemples. Le gouvernement conservateur de Margaret Thatcher des années 1980 n'a pas considéré les inégalités dans le domaine de la santé comme un problème de politique, mais plutôt comme une caractéristique naturelle de la société. Il a décidé de réduire les taxes et les dépenses publiques. Le gouvernement néo-libéral se concentre sur la responsabilité individuelle en matière la santé. Les inégalités résultant des comportements individuels qui nuisent à la santé sont considérées comme justes.

Si le système de santé en Thaïlande est une arène politique, chaque acteur politique envisage différemment l'allocation des ressources médicales. Les acteurs entrent en concurrence pour réaliser leur vision des choses. Nous étudierons les questions suivantes: Quel sont les conceptions les plus importantes en matière de santé en Thaïlande? Comment elles se sont développées et ont influencé l'orientation du système de santé en Thaïlande?

Si la politique se définit comme le pouvoir et la gouvernance, la médecine est le pouvoir de gouverner la population. Dans le domaine de la santé, les travaux de Michel Foucault<sup>12</sup> sont importants en ce qu'ils utilisent une approche historique et politico-économique pour expliquer l'évolution du pouvoir de l'État sur la population, la vie et le corps des individus et l'institutionnalisation de la santé dans les pays de l'ouest européen. La médecine est une connaissance et une pratique sociale. Les connaissances médicales sont utilisées par l'État pour renforcer le pouvoir du gouvernement central, pour justifier le

---

<sup>11</sup> Bambra, Clare & Katherine, Smith, « Politics and Health » in Naidoo, J. & Wills, J. (éds.), *Health Studies*, London, 2nd edition Palgrave MacMillan, 2008, pp. 257-287.

<sup>12</sup> Foucault, Michel, *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil-Gallimard, coll. « Hautes études », 2004. Foucault, Michel, *Naissance de la Biopolitique: Cours au Collège de France 1978-1979*, Paris, Gallimard Seuil, 2004. Foucault, Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? », Première conférence sur l'histoire de la médecine, Institut de médecine sociale, Université d'État de Rio de Janeiro, Centro biomedico, octobre, 1974. Foucault, Michel, « Histoire de la Médicalisation », Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'Université de l'Etat de Rio de Janeiro, octobre 1974.

pouvoir de l'État dans le contrôle du corps des individus et au final pour créer l'État-nation. Foucault a proposé quatre formes de médicalisation.

La médecine d'État a été la première forme de médicalisation sociale dans les pays d'Europe occidentale. L'État accumulait des connaissances nécessaires à son fonctionnement. La médecine est un savoir dont l'objet est en définitive l'État. La police médicale a été créée en tant que nouveau système de collecte de statistiques et d'informations sur la santé, et de normalisation des connaissances et des pratiques médicales. L'administration de la santé a été institutionnalisée pour contrôler les activités de tous les médecins qui étaient fonctionnaires de l'État et travaillaient pour le gouvernement. Ils ont été nommés pour observer et collecter des informations médicales personnelles dans chaque village et les envoyer aux institutions centrales. Cette information était très importante pour l'État afin de créer la santé collective et de concevoir une politique nationale de santé qui contrôle le corps (individuel et social) de toutes les personnes pour la sécurité nationale et la croissance économique nationale. La Médecine d'État a créé un nouveau corps, l'État-nation, avec le gouvernement comme cerveau de ce nouveau corps.

La deuxième forme était l'utilisation des connaissances médicales par les autorités pour justifier le contrôle sur les espaces privés et publics. À la suite de la révolution industrielle, de nombreux paysans ont émigré des zones rurales pour travailler dans les zones urbaines et ont été transformés en prolétariat. La plupart d'entre eux étaient pauvres. Ils s'organisaient en groupes, associations, etc., qui pour certains sont rentrés en conflits entre eux et avec les bourgeois des villes. Au nom de la santé publique, les autorités pourraient pénétrer, diviser, réorganiser et gouverner toutes les zones pauvres. Elles ont également observé et contrôlé la maladie de l'individu et les éléments physiques réglementés, tels que la circulation de l'air et de l'eau. La médecine urbaine a renforcé les pouvoirs administratifs locaux et a redéfini les limites de l'espace public et privé.

La troisième forme est la médecine de la force de travail. L'État a utilisé les connaissances médicales pour encadrer la main-d'œuvre en fournissant des soins aux pauvres et au prolétariat afin d'assurer leur sécurité et en même temps celle des autres. Ainsi, la main-d'œuvre était davantage intégrée dans les plans économiques et politiques nationaux. Les pauvres ont bénéficié de l'assurance maladie, mais, en même temps, ils ont dû se soumettre au pouvoir de contrôle de l'État. Une main-d'œuvre saine était cruciale



pour améliorer la productivité nationale, et un individu en bonne santé pouvait limiter l'accumulation de germes et les pandémies. La prestation de soins de santé a cessé d'être de la seule responsabilité de l'individu ou de la charité. L'État, sans discrimination et religieusement neutre, a maintenant fourni l'assistance sociale, des soins de santé, de la santé publique et des mesures préventives à certaines populations qui étaient nécessaires au bon fonctionnement politique et économique de l'État-nation.

Dans la dernière forme de médicalisation sociale, l'État a développé l'art de gouverner. Il n'utilisait pas le pouvoir coercitif pour contrôler les individus et le corps social, mais utilisait la raison et des nouvelles techniques pour façonner la mentalité individuelle. Cette idée était basée sur le néo-libéralisme et a inspiré de nombreux pays à développer des modèles d'État-providence à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle. Le pouvoir administratif ne doit pas être hiérarchique, mais horizontal. L'État a utilisé le raisonnement et les techniques scientifiques pour résoudre les questions sociales, et convaincre les individus de les résoudre ensemble. Tout être humain était un être rationnel avec liberté de choix et souveraineté individuelle. Ce système de protection sociale représentait un compromis entre la raison d'être de l'État et la liberté individuelle. De cette façon, l'amélioration du bien-être de l'individu, comme la santé de l'individu, a été conciliée avec l'amélioration du bien-être social et des intérêts collectifs, c'est-à-dire la santé de la population et la richesse nationale. La politique de santé ne doit pas forcer les individus, mais rationaliser les bons résultats, et viser à les convaincre de suivre l'orientation des politiques gouvernementales. La santé est un partage de la responsabilité individuelle et sociale. L'État s'est développé le gouvernement de la population. La liberté des individus est respectée. Les individus participent à l'élaboration des politiques publiques.

Dans la première partie de cette thèse, j'applique les idées de Michel Foucault pour étudier la question suivante: Comment la médecine s'est développée en tant qu'instrument de la gouvernance de la population, et quels acteurs ont possédé ce pouvoir?

Il y a eu une différence importante entre les expériences historiques des pays européens et de la Thaïlande. Dans les pays d'Europe occidentale, l'évolution de la médecine scientifique et humaniste remplaçait graduellement la médecine chrétienne. Les interventions étatiques assouplissaient graduellement la charité dont l'Église et la noblesse étaient des acteurs importants. La politique de santé, en tant que politique publique, est devenue un outil politique pour l'État laïc.

Au contraire, en Thaïlande, les connaissances médicales scientifiques ont été importées de pays étrangers. Ainsi, la médicalisation sociale a pris un chemin différent. Les connaissances médicales thaïlandaises traditionnelles s'étaient accumulées depuis longtemps avant l'arrivée des connaissances médicales occidentales. Le bouddhisme a influencé la culture siamoise et a façonné la croyance et les notions de la vie et du corps. La croyance au Karma a encadré la mentalité des Thaïlandais pour tolérer des inégalités dans le domaine de la santé. La monarchie avait une grande influence sur la modernisation de la médecine. Les connaissances médicales modernes étaient complexes, ce qui a permis aux seuls médecins et aux professionnels de santé de définir l'orientation des politiques nationales de santé. La médecine moderne était un nouveau pouvoir de l'élite. En comparaison avec l'État laïc des pays européens occidentaux, le bouddhisme, la monarchie et les technocrates dans le domaine de la santé ont été les groupes importants qui dominaient l'orientation des politiques de la santé en Thaïlande et ont établi les institutions du système de santé.

## **B. L'influence des politiques de développement sur l'orientation des politiques de la santé**

La Thaïlande est passée d'un pays parmi les moins avancés à un pays en voie de développement. Cependant, les inégalités sociales sont très fortes, avec un coefficient de Gini de 0,478 en 1992, la part du revenu national détenue par les 20% de revenus les plus élevés est 54,4% ; celle détenue par les 20% des revenus les plus bas est de 5,9%<sup>13</sup>.

L'étude de la relation entre politiques de développement et inégalité de revenus en Thaïlande a été bien établie<sup>14</sup>. Le modèle de développement retenu était un modèle piloté par l'État, lequel était dirigé par des technocrates jouissant d'un haut degré d'autonomie politique. Le gouvernement militaire a assuré la stabilité politique et l'ordre social pour que les technocrates puissent élaborer efficacement les politiques de développement et les entrepreneurs développer leurs activités productives. L'État intervenait de manière extensive mais sélective pour promouvoir ses plans économiques. Mais les interventions

---

<sup>13</sup> Source: Banque mondiale.

<sup>14</sup> Par exemple, Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *Thailand: Economy and Politics*, second edition, Oxford University Press, 2002. Dixon, Chris, *The Thai Economy: Uneven development and internationalisation*, Routledge, 1999. Doner, Richard F., *The Politics of Uneven Development*, Cambridge University Press, 2009. Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *Thailand's Boom and Bust*, Silkworms Books, Chiangmai 1998.

étatiques ont entraîné l'accroissement des inégalités. Bangkok accumulait la richesse. Au contraire, la région du Nord et du Nord-est sont devenues de plus en plus pauvres en termes relatifs. Les zones urbaines étaient plus développées que les zones rurales.

En outre, Bruno Jetin a identifié la protection sociale de la Thaïlande comme *la protection sociale productiviste, sous-type de Dévelopmentaliste-particulariste* dont l'objectif prioritaire de ce modèle est la croissance économique, la construction de l'identité nationale et de légitimation politique<sup>15</sup>. Les politiques de développement influençaient l'orientation des politiques de la santé dont l'objectif était non seulement l'amélioration de l'état sanitaire de la population, mais aussi la croissance économique, comme le montre le discours du Premier ministre, Sarit, en 1962 :

...la bonne santé est un besoin pour tout le monde. Les maladies nous forcent à payer le prix des soins et limitent le nombre de journée de travail. C'est pareil pour la Nation. S'il y a beaucoup de malades dans la Nation, la Nation est en mauvaise condition, parce que la quantité de travail et la productivité sont faibles, ce qui limite le développement de la Nation. Donc, le gouvernement actuel s'occupe de l'hygiène et de la santé publique couplé avec la croissance économique et l'éducation...<sup>16</sup>

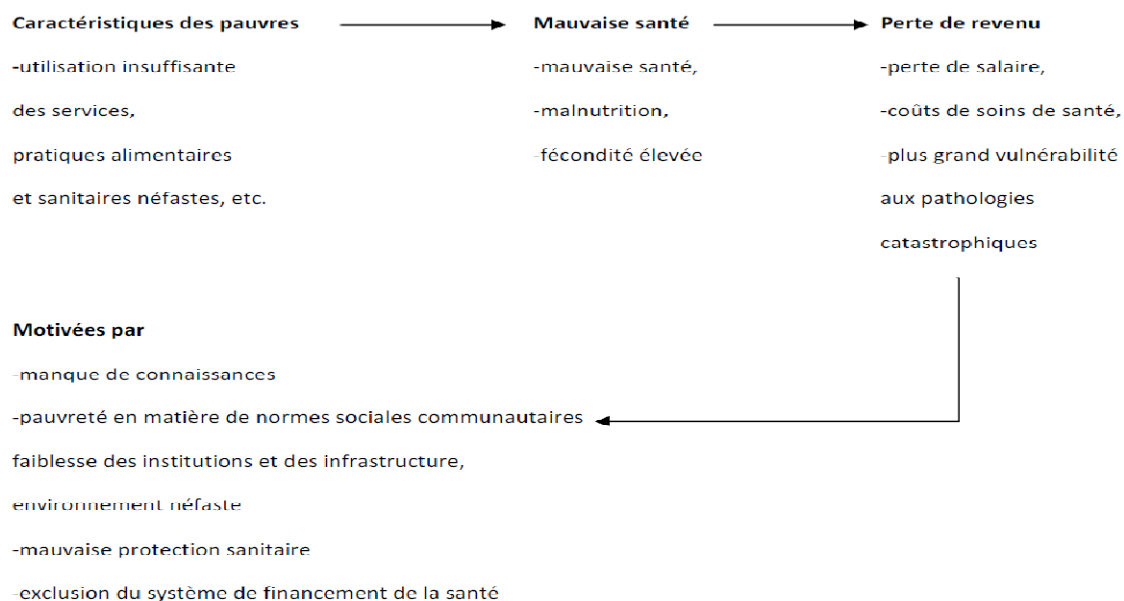
La croissance économique permet au gouvernement d'augmenter les dépenses nationales pour réaliser les politiques publiques et de santé, améliorer les conditions de vie et l'hygiène. Au niveau des ménages, le revenu élevé permet d'augmenter la consommation de services de soins et d'avoir une meilleure éducation sanitaire. À l'inverse, une meilleure santé permet de prolonger la durée de travail et d'améliorer les compétences et la productivité qui peuvent stimuler la croissance économique.

Au contraire, la pauvreté peut pénaliser la santé. Les pauvres sont pris dans un cercle vicieux : comme ils ne peuvent pas accéder aux soins à cause de leur pauvreté, leur santé se dégrade, ils deviennent moins productifs et leurs revenus diminuent, ce qui les rend de plus en plus pauvres. Le système de santé n'est pas la seule cause des inégalités en matière de santé, il faut également analyser le niveau de développement des infrastructures.

---

<sup>15</sup> Jetin, Bruno, « Le développement économique de la Thaïlande est-il socialement soutenable? », in Doyet Stéphane & Ivanoff, Jacques (éds.), *Thaïlande contemporaine*, Thaïlande, IRASEC, 2011, pp. 346-347.

<sup>16</sup> Discours du premier ministre Sarit Thanarat à l'occasion de l'anniversaire du ministère de la Santé publique, 10 mars 1962.



Graphique n° 1: le cercle vicieux de la santé et de la pauvreté<sup>17</sup>.

Par conséquent, la santé est au cœur du développement et de l'éradication de la pauvreté. Des organisations internationales, comme l'OMS et la Banque Mondiale s'engagent dans des programmes d'amélioration de la santé et encouragent leurs membres à mettre en place une couverture universelle de santé. L'investissement dans la santé est un moyen important de développement économique pour accomplir les « Objectifs du millénaire pour le développement », précisément dans les pays les moins avancés.

Dans la deuxième partie de cette thèse, nous étudierons la question suivante: Comment les politiques de développement ont influencé l'orientation des politiques de la santé? Quels ont été leurs impacts sur la distribution de la richesse et de la santé?

### **C. Les conflits entre groupes d'intérêts et les conflits sur les modalités d'allocation des ressources médicales.**

Acemoglu et Robinson<sup>18</sup> ont appliqué l'institutionnalisme, l'économie du développement et l'histoire économique pour expliquer pourquoi certains pays se sont développés et partagent les ressources économiques et politiques de manière égalitaire, quand d'autres se sont transformés en pays pauvres où les ressources économiques et politiques se sont accumulées au sein de petits groupes. Les causes de l'échec du

<sup>17</sup> Extrait et traduit de l'article de WAGSTAFF, Adam., « poverty and health sector inequalities », *Bulletin of the WHO* 80(2), 2002, p. 98.

<sup>18</sup> Acemoglu, Daron & Robinson, James, *Why Nations fail: The origins of power, prosperity and poverty*, Profiles, 2013.

développement ne sont pas des facteurs géographiques, ni l'ignorance des décideurs politiques, ni le manque de ressources naturelles. La réponse est que la croissance économique des pays dont les institutions sont inclusives est durable, mais non-durable pour les pays dont les institutions sont extractives.

Les institutions inclusives renforcent les droits de propriété, créent des conditions équitables appliquées de manière égalitaire pour tous les membres de la société dans la concurrence et encouragent les investissements dans les nouvelles technologies et l'amélioration de la capacité de travail de la main d'œuvre, encouragent l'État de droit, la décentralisation du pouvoir et la participation des membres d'une société pluraliste, tout en conservant certains pouvoirs au gouvernement central pour maintenir l'ordre social et le une économie de marché inclusive.

Au contraire, les institutions extractives ont pour but d'exploiter les ressources de tous les membres de la société pour soutenir certains groupes de l'élite. Elles détruisent les droits de propriété, donnent les privilèges à certains groupes, découragent les investissements dans les nouvelles technologies et l'amélioration de la capacité de travail de la main d'œuvre et affaiblissent la concurrence, monopolisent les pouvoirs pour l'oligarchie. Les élites qui profitent l'existence d'institutions extractives tentent de conserver les institutions extractives et de résister au changement.

Dans le système de santé en Thaïlande avant la réforme de 2001, l'élaboration des politiques de la santé était du haut vers le bas. Les technocrates dans le domaine de la santé, les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé publique et la famille royale, possédaient le pouvoir de gouvernance de la population et encadraient l'orientation des politiques de la santé. Le gouvernement avait un rôle minimal dans la fourniture des services de soins aux populations. L'accès aux soins n'était pas un droit fondamental. La charité du secteur privé, de la famille royale et des temples bouddhistes était importante pour aider la population précaire. Le gouvernement encourageait la responsabilité individuelle en matière de santé et lançait les campagnes pour changer des comportements individuels nuisant à la santé. Certains indicateurs en matière de santé ont été améliorés, mais des inégalités dans le domaine de la santé se sont développées.

Thaksin et le Thai Rak Thai ont réalisé le programme de l'UCS qui s'appelle « 30 bahts pour soigner toutes les maladies ». Le programme a aidé une masse population marginalisée qui avait été négligée par l'État. Pour récompenser Thaksin, cette population a voté le TRT. L'entrée de nouvelles idées et de nouveaux acteurs a mené au conflit. Un

nouveau mode d'allocation de ressources médicales basé sur l'égalité des chances s'opposait à l'ancien système, renforçant les oppositions.

Un leadership politique fort et la revendication de la société civile ont été des facteurs clés pour mettre en œuvre la couverture universelle de la santé<sup>19</sup>. La crise économique de 1997 avait affecté négativement la santé physique et mentale des Thaïlandais ainsi que leur pouvoir d'achat. Les dépenses de la santé du secteur privé avaient été réduites. Par conséquent, il y a eu besoin d'investissements gouvernementaux dans la santé. En 2001, le premier ministre Thaksin a formé un gouvernement soutenu par la majorité absolue (339 sur 500 députés) et présenté le projet de la loi de l'UCS au Parlement. Cependant, quatre ans après le lancement de ce programme, des ONG dans le domaine de la santé et certains fonctionnaires du ministre de la Santé publique qui avaient été des partenaires du programme sont devenus des opposants de Thaksin et ont voulu modifier le programme.

Il y a des recherches pour expliquer quelles sont les motivations des opposants du programme de l'UCS. Thanbancha<sup>20</sup> a expliqué que ce programme était un programme populiste qui renforçait l'inquiétude de la classe moyenne et supérieure sur son financement. Na Ranong & Na Ranong<sup>21</sup> ont considéré que le conflit était idéologique entre les pro-UCS qui soutenaient l'interventionnisme et les anti-UCS qui soutenaient l'assistance sociale. Dans la troisième partie, nous étudierons les conflits d'intérêts et les conflits idéologiques dans le système de santé, notamment entre Thaksin et le Dr. Prawet, un de leaders importants des ONG, qui se sont opposées à Thaksin pour répondre aux questions suivantes: Même si le bilan du programme de l'UCS est une amélioration de l'accès aux soins et une réduction des inégalités dans le domaine de la santé, pourquoi y a-t-il eu des conflits dans le système de santé? Pourquoi n'a-t-on pu arriver à un consensus social?

### **III. La thèse du conflit idéologique dans le système de santé en Thaïlande: l'origine des inégalités dans le domaine de la santé**

<sup>19</sup> Maeda, Akiko et al., Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development, Washington D.C., Banque Mondiale, 2014.

<sup>20</sup> Thanbancha, Pitak, The Political Economy of Thailand's '30bahts' Universal Healthcare Coverage Scheme: 2001-2007., Thèse du département d'économics, SOAS, London, 2016.

<sup>21</sup> Na Ranong, Anchana & Na Ranong Viroj, จาการสงคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องต้น 30 บาท [ de l'assistance sociale à la couverture universelle de la santé: Conflit de deux idéologies dans le programme de l'UCS], Thailand, Health System Research Institute, 2002.

Norman Daniels<sup>22</sup> propose que la justice procédurale soit aussi importante que la justice de résultat. Pour réconcilier les divers modes d'allocation de ressources, il faut trouver un consensus social. Ceci implique une participation équitable aux décisions affectant la distribution des ressources médicales, tout comme des procédures permettant de faire appel de décisions défavorables.

Selon Rawls<sup>23</sup>, la justice sociale est la collaboration entre citoyens libres et égaux dans la société. La justice de résultat doit venir d'une juste procédure. Pour réduire les inégalités, il faut développer une société juste. La justice est la structure de base de la société dont les institutions répartissent les droits et les devoirs de manière égalitaire et définissent la répartition adéquate des biens fondamentaux. Chaque individu est une personne rationnelle qui peut développer son propre concept de la justice. Dans une société pluraliste, il y a plusieurs croyances, et idées sur la justice. Parfois, l'idée de l'un s'oppose de l'autre, ce qui peut être conduit aux conflits. Pour réconcilier les idées différentes et atteindre le consensus social, la démocratie délibérative aide à réfléchir avec les autres, à chercher les points communs et à développer ensemble le concept de la justice.

Même si Thaksin a proposé une nouvelle modalité d'allocation des ressources médicales et lancé le programme de l'UCS qui a réduit des inégalités du système de santé en Thaïlande, un leader autoritaire, comme lui, a affaibli la société civile, la participation citoyenne, la transparence et la démocratie délibérative. Aucune assurance maladie était parfaite. Il y a eu des points négatifs de l'UCS. La négociation avec les autres groupes d'intérêts était importante pour réfléchir les politiques de santé. Mais le gouvernement majoritaire absolu au Parlement l'a refusé. Le conflit s'est intensifié en raison du coup d'État fait par les groupes anti-Thaksin.

La thèse que nous allons défendre est que le conflit idéologique en matière d'allocation des ressources médicale est l'une des causes importantes des inégalités du système de santé en Thaïlande. De plus, la Thaïlande n'arrive pas à mettre en place une justice procédurale permettant de réconcilier les différents points de vue en matière d'allocation des ressources et de retrouver un consensus social. Par conséquent, il est difficile de

---

<sup>22</sup> Daniels, Norman, « Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles », *British Medical Journal*, 321(7272), 2000, pp. 1300-1301.

<sup>23</sup> Audard, Cathérine, (trans.), *Rawls, John Theory of justice*, texte intégral en français moderne avec introductions et notes, Paris, Editions Points, 2009,

développer des politiques publiques réduisant les inégalités et de les poursuivre dans l'intérêt des générations suivantes.

#### **IV. Présentation des chapitres et de la méthodologie d'analyse**

Notre travail comprend trois parties: la médicalisation de la société thaïlandaise par l'institutionnalisation des groupes dominants à travers le système de santé (première partie) ; l'évolution du système de santé en Thaïlande au sein du développement national (deuxième partie) ; le programme de la couverture universelle de santé : un grand changement du système de santé thaïlandais en 2001 troisième partie).

Dans la première partie, nous allons caractériser le système de santé en tant qu'un arène politique dans laquelle il y a plusieurs acteurs politiques et institutions sociales. Ils ont développé leur propre idéologie sur le concept de la vie et de la santé et la modalité de l'allocation des ressources médicales. Le premier chapitre présente brièvement le contexte historique dans lequel se sont développés les liens entre la santé, la politique et l'économie, l'élargissement du champ de la santé au niveau mondial et les liens entre inégalités sociales et inégalités dans le domaine de la santé.

Le deuxième chapitre décrit le contexte historique de la médicalisation dans la société thaïlandaise, expliquant l'importance du bouddhisme, de la monarchie et du nationalisme dans la médecine moderne de la Thaïlande, leur influence sur la conception de la vie et des politiques de santé et l'institutionnalisation de l'identité nationale, *Nation-Bouddhisme-Roi*, dans le système de santé en Thaïlande.

Pour finir la première partie, le troisième chapitre présente l'évolution et les limites de la protection sociale en Thaïlande et ses différences avec celle des pays européens. A cause de la faiblesse de la société civile et de la classe ouvrière, l'élaboration de politiques sociales et de santé étaient Top-down. Sans participation citoyenne, les groupes dominants influençaient l'élaboration des politiques de la santé. La Thaïlande avant la réforme de 2001 n'assurait pas le droit à la santé pour tous. Ses interventions étaient sélectives qui avaient pour but de la croissance économique, la construction de l'identité nationale et de légitimation politique. De nombreux indicateurs de santé de la population ont été améliorés, mais parallèlement les disparités de santé ont été renforcées. De plus, l'identité



nationale, Nation-Bouddhisme-Roi, a encadré la mentalité des thaïlandais pour tolérer ces inégalités.

Dans la deuxième partie, ma recherche se focalise sur le lien entre le modèle de développement et l'orientation des politiques de santé. Le quatrième chapitre présente l'évolution des politiques de développement et l'économie de la Thaïlande de 1950 à 1996. Nous analysons comment les politiques de développement ont créé des inégalités économiques et sociales en Thaïlande. En outre, ce chapitre présente les conséquences négatives de la crise économique de 1997 sur la société.

Le cinquième chapitre présente l'évolution des politiques de santé, l'état sanitaire et l'allocation des ressources médicales de 1950 à 1996. Nous analysons les conséquences des politiques de santé pour la santé des populations et des inégalités dans le système de santé. En outre, le chapitre présente l'état sanitaire des thaïlandais après la crise économique de 1997 et l'impact des mesures d'austérité sur les politiques de santé.

Dans la troisième partie, nous allons étudier l'impact de la réforme de 2001 sur les inégalités dans le système de santé en Thaïlande. Le sixième chapitre présente l'évolution du programme de l'UCS, les difficultés et la résistance à ce programme. Il montre tous les acteurs dans l'arène politique qui se battent pour réaliser leurs propres intérêts, et le changement dans le système de santé après la réforme de 2001.

Le septième chapitre compare les inégalités dans le domaine de la santé avant et après la réforme de 2001. L'incidence de dépenses de santé catastrophiques, l'effet d'appauvrissement des dépenses de santé des ménages, les indices de Kakwani et les indices de concentration sont les outils de l'analyse. L'analyse se fonde sur les données des enquêtes socio-économiques sur les ménages de 2001 et 2011, et de celles sur la santé et le bien-être des ménages de 2001 et 2011, collectées par le Bureau national des statistiques de Thaïlande. Du fait que, avant la réforme de 2001, l'assurance maladie ne couvrait pas tous les thaïlandais, les paiements directs étaient la source principale des personnes sans assurance maladie qui pouvaient conduire au fardeau financier des patients, notamment, les pauvres. L'incidence de dépenses de santé catastrophiques, l'effet d'appauvrissement des dépenses de santé des ménages seront appliqués pour étudier comment la réforme de 2001 a soulagé le fardeau financier des patients. Pour la société solidaire, les riches devraient aider les pauvres. Selon l'équité verticale dans le financement de soins de santé, les plus riches devraient financer pour les plus pauvres. Donc, les indices de Kakwani seront

appliqués pour mesurer et comparer le degré d'équité vertical dans le financement de soins de santé avant et après la réforme de 2001. Nous allons appliquer les indices de concentration de l'utilisation de soins et du revenu pour mesurer et comparer le degré d'équité horizontale d'utilisation de soins avant et après la réforme de 2001 qui parle, selon ce principe, que les personnes ayant le besoin égal devraient avoir le même traitement. Pour comparer l'inégalité de santé entre provinces avant et après la réforme de 2001, nous allons appliquer les indices de concentration de l'état de santé et du produit provincial brut. En outre, grâce aux sources secondaires, nous allons présenter des indicateurs au niveau macro qui comprennent les dépenses nationales de santé, le budget du Ministère de la Santé publique, l'allocation budgétaire de la santé dans chaque région, l'allocation de ressources humaines et médicales et le nombre d'utilisation de services de soins ambulatoires et hospitaliers pour comparer le structure budgétaire et l'accès aux soins avant et après la réforme de 2001.

Le huitième chapitre présente l'évolution des groupes opposés à Thaksin et au programme de l'UCS. Les conflits relatifs au système de santé sont des conflits d'intérêt et idéologiques, sont présentés les perdants du programme de l'UCS et les différences d'opinions entre Thaksin et ses opposants sur les concepts de développement et de santé. Pendant six mois en Thaïlande, j'ai effectué ce séjour pour faciliter notre enquête pour comprendre les opinions des acteurs politiques sur le programme de l'UCS. Pour trouver les interviewés, j'ai sollicité mon entourage, mes réseaux amicaux et mes connaissances. J'ai réalisé 25 entretiens qui comprennent 5 militants d'ONG, 5 décideurs-politique, 7 chercheurs, 5 universitaires, 2 professionnels de santé et 1 journaliste (voir Annexe III : la liste de personnes interrogées). Ces entretiens étaient des entretiens structurés pour comprendre leurs opinions sur l'idéologie et l'objectif du programme d'UCS, le lien entre le bouddhisme, le médecine préventive et l'UCS, l'impact du programme d'UCS sur l'économie, les inégalités dans le système de santé, l'attitude et comportements des Thaïlandais et la résistance contre l'UCS (voir Annexe II : questionnaires d'enquête de terrain). La durée moyenne de chaque interview est de 45 à 90 minutes, ceux-ci ont été enregistrés avec le consentement des interviewés. Pour préserver l'anonymat des personnes enquêtées, tous les noms d'interviewés sont des pseudonymes. En outre, pour comprendre les idées des autres décideurs-politique importants, par exemple, le Dr. Prawet et Thaksin, j'ai revu leurs discours publics et leurs articles et livres publiés.

## **Première partie**

# **LA MÉDICALISATION DE LA SOCIÉTÉ THAÏLANDAISE: L'INSTITUTIONNALISATION DES GROUPES DOMINANTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ**



La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. La santé est essentielle pour tout le monde. Au point de vue humanitaire, elle ne devrait pas être contrôlée par le mécanisme du marché. Mais, en réalité, pour être en pleine forme, nous devons exploiter des ressources économiques. La santé n'est pas un domaine isolé. Elle est liée non à la médecine, mais aussi inséparablement à la politique, l'économie et la société. Le concept de « médicalisation » a été largement employé par des sociologues, au cours décennies<sup>24</sup>. Selon Aïach<sup>25</sup>:

...la médicalisation comme un processus dynamique qui marque notre société en profondeur, qui oriente le développement économique, les pratiques sociales, les attentes et les satisfactions/insatisfactions à partir d'objectifs et de finalités autour de la santé prise comme valeur suprême...

Dans cette partie, nous allons étudier comment la santé a élargi son territoire et s'est liée à la politique et la socio-économie. Nous verrons pourquoi les inégalités dans le domaine de la santé sont un point important de la justice sociale.

Du point de vue politico-économique, la médicalisation est un des aspects de la modernisation de l'État. Dans des pays européen occidentaux, la médicalisation s'est développée progressivement. L'État s'est transformé en État-providence pour redistribuer le bien-être, partager les risques sociaux (vieillesse, maladie, accident de travail, chômage, risque maternel) entre membres dans la société et renforcer la solidarité. Mais l'État thaïlandais n'a pas réussi à se transformer en État-providence et les inégalités dans le domaine de la santé restaient à un niveau élevé. Nous examinerons pourquoi la médicalisation en Thaïlande était différente de celle des pays européens occidentaux et quels sont les facteurs qui ont freiné la transformation de la Thaïlande en État-providence.

---

<sup>24</sup> Ballard, Karen & Elston, Mary Ann, « Medicalisation: A Multi-dimensional Concept », *Social Theory and Health*, vol.3, n°2, 2005, pp. 228-241.

<sup>25</sup> Aïach, Pierre, « Les voies de la médicalisation », in Aïach, Pierre & Delanoë, Daniel, *L'ère de la médicalisation: Ecce homo sanitas*, Paris:Anthropos, 1998, p.83.



# CHAPITRE 1

## LA SANTE ET LE RAPPORT DE FORCE SOCIO-ECONOMIQUE ET POLITIQUE

Qu'est-ce que la santé? La santé est un mot abstrait que nous utilisons souvent et qu'il est difficile de définir. La définition de la santé est fluctuante, complexe et variée. La différence des définitions de la santé résulte de la différence des facteurs qui déterminent la santé. Elle peut exclure, ou inclure certains déterminants de santé. Dans son acception la plus restreinte, la santé peut se définir comme l'absence de maladie que seuls les médecins peuvent diagnostiquer. Selon la définition du modèle biomédical, la santé est considérée comme le fonctionnement normal du corps humain. Le corps humain est comme une machine complexe composée de nombreux organes qui fonctionnent séparément. Une personne en bonne santé est une personne qui n'a pas d'anomalies structurelles ou anatomiques. Le traitement médical est une norme qui est standardisée par le médecin. Il a pour but de détruire la pathologie qui est cause du dysfonctionnement du corps. La définition biomédicale de la santé se concentre seulement sur une dimension qui est le développement des technologies médicales. Elle ignore les autres dimensions, comme la dimension socio-économique, qui est un déterminant important de santé.

En revanche, la définition de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) se base sur le modèle du bien-être, comme l'indique le Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé:

... La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmité

La définition n'a pas été modifiée depuis 1946. Elle inclut la dimension sociale, psychologique et spirituelle de la santé. Elle transforme la santé en bien-être et qualité de vie. Cette définition propose un concept de santé englobant.

Ce chapitre a pour but d'expliquer l'évolution des liens entre la santé et les forces politiques et socio-économiques; l'expansion du champ de la santé aux niveaux individuel,

collectif, international et mondial; et le lien entre les inégalités de santé et les inégalités socio-économiques.

## **1. La santé dans le domaine socio-économique et politique**

### ***1.1 La santé au niveau individuel***

#### ***a) La santé, la propriété et le pouvoir médical***

La santé concerne la vie et le corps. Qui possède les corps? Dans l'Antiquité, pourquoi les esclaves pouvaient-ils être échangés sur le marché? Pourquoi le souverain pouvait-il faire exécuter ses sujets? Nos vies et corps sont-ils possédés par d'autres, et non par nous-mêmes? La Révolution française, en 1789, a proclamé la «Déclaration des droits de l'homme et du citoyen». Cette déclaration est l'origine des droits individuels à la vie et au corps. Elle énonce que :

... Article 1: Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.

Article 2: Le but de toute association politique doit être la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'Homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression ...

Cette déclaration se fonde sur l'individualisme et les droits naturels qui sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression. La conséquence de cette déclaration est la naissance d'une propriété individuelle sur la vie et le corps. L'individu est propriétaire de sa vie et de son corps qui ne peut pas être violé par les autres. Il a la liberté d'utiliser sa vie et son corps, par exemple, le travail, le loisir, l'éducation ou des autres activités. L'individu a le droit de jouir de l'activité de son corps et est responsable de ses conséquences, positives ou négatives.

Cependant, tout le monde est sujet à la maladie et a besoin de traitements médicaux pour restaurer sa santé. Les soins sont un type d'intervention sur le corps et constituent une violation de la souveraineté du corps du patient. Cette intervention est justifiée par la permission du patient ou un contrat médical entre le médecin et le patient. Les soins sont des services qui dépendent fortement de la relation personnelle entre le médecin et le



patient. Les soins médicaux se basent sur l'information et la connaissance approfondie, comme la science médicale. Pour la comprendre, l'explication des professionnels de la santé ou des spécialistes du domaine est nécessaire. Par conséquent, l'asymétrie d'information entre patients et professionnels de la santé conduit au phénomène d'*ignorance du patient*. Les patients doivent avoir confiance dans les décisions des médecins et professionnels de la santé. Ils perdent la souveraineté sur leur corps et doivent transférer le pouvoir de décision aux médecins. Donc, les médecins jouent le rôle de producteur de soins et aussi d'agent du patient. Les médecins ont une forte influence sur leurs patients, et peuvent prescrire des soins de santé inutiles, afin d'augmenter leurs revenus. Les soins et les diagnostics sont monopolisés par les médecins. La qualité des soins de santé peut être incertaine, par exemple, dans le cas de dommages causés par un traitement non-standard. Certains de ces dommages sont irréversibles. Le contrôle de la qualité de la production des soins de santé est nécessaire pour minimiser les risques. Le contrôle de la qualité, comme la certification des compétences des professionnels de la santé par le diplôme d'État ou le Conseil médical, place le producteur de soins (le médecin) en position de monopole.

Pour ces raisons, la relation entre médecin et patient est une relation de pouvoir inégalitaire. Le médecin agit comme le parrain du patient qui choisit le meilleur traitement pour son patient. Il n'a pas d'obligation d'informer le patient. Le patient est comme un corps docile qui perd son pouvoir de décision et la souveraineté sur son corps. Il doit, par contre, récompenser le médecin pour son mérite.

Grâce à la diffusion des connaissances et l'information sur internet, aujourd'hui, le patient peut accéder plus facilement à des connaissances médicales. Le médecin ne peut pas monopoliser les connaissances médicales comme dans le passé. En plus, l'évolution du capitalisme a changé le statut social du médecin. Le médecin n'est pas seulement un professionnel, mais un prestataire de services qui fournit un traitement à un consommateur (le patient). La relation entre le médecin et le patient a été transformée, l'un et l'autre participent à la décision de traitement. Le médecin n'a plus de pouvoir absolu sur le corps du patient. Il n'est plus de parrain du patient, mais son conseiller. Le médecin a l'obligation d'informer le patient sur son état de santé, le traitement et le risque. Le patient a le potentiel de comprendre les connaissances médicales. Il est un consommateur qui a un pouvoir de choisir et de consommer le traitement qui est le meilleur pour son état de santé.

### ***b) La santé et le capital humain***

Selon les doctrines libérales, la santé est un élément constitutif du capital humain, qui peut s'accumuler, améliorer les compétences de travail, et augmenter la valeur économique de la production. Selon Grossman<sup>26</sup>, la santé est un bien durable. L'individu devrait investir dans la santé, par exemple, acheter des soins, faire des exercices, afin de maintenir sa bonne santé, d'étendre sa longévité et de réduire l'amortissement de son capital humain. La bonne santé permet de prolonger la vie active qui peut être utilisée pour le loisir, le travail, et les autres activités. Il y a deux contraintes qui limitent la décision de l'individu : la contrainte budgétaire et la contrainte temporelle. Pour l'investissement optimal, l'individu devrait choisir de consommer entre les produits de soins et des autres biens selon sa contrainte budgétaire, afin d'étendre sa longévité. Il devrait, également, choisir entre le nombre de jours de travail et le nombre de jours consacré aux autres activités sous la contrainte du temps, afin de maximiser son utilité.

En outre, la santé est un bien complémentaire de tous les autres biens<sup>27</sup>. Il existe une corrélation entre la santé et les autres activités humaines, comme par exemple l'éducation. La relation entre l'éducation et le revenu est positive. L'éducation peut aider l'individu à améliorer sa connaissance et son revenu. Mais la relation entre la santé et l'éducation est plus complexe que la relation entre l'éducation et le revenu. Nous avons besoin d'être en bonne santé pour étudier. La santé permet aux individus de participer aux cours, de se concentrer et de réfléchir clairement, ce qui améliore les résultats scolaires. De plus, l'éducation aide l'individu à connaître l'hygiène, la prévention de la maladie, les risques sanitaires, et les comportements à risque pour la santé.

### ***c) Les déterminants sociaux de santé.***

Dans les années 1950-1970, dans un contexte de la reconstruction après la Seconde Guerre Mondiale, l'évolution des politiques de santé s'est focalisée sur le développement de la technologie médicale et des traitements médicaux. Ces politiques de santé ont contribué à améliorer l'espérance de vie de la population de façon spectaculaire. L'espérance de vie des États-Unis est passée de 63,6 ans en 1939-1941 à 73,9 ans en 1979-

---

<sup>26</sup> Grossman, Michael, « On the concept of health capital and demand for health », *Journal of Political Economy*. 1972, n° 80. pp. 223-55.

<sup>27</sup> Majnoni d'intignano, Béatrice, *Economie de la santé*, Paris, PUF(Thémis), 2001, p. 48.

1981<sup>28</sup>. Les progrès dans l'innovation du médicament, comme la production de masse de la pénicilline dans les années 1950, ont contribué à améliorer l'espérance de vie de nombreux pays d'Asie, d'Europe de l'Est, et d'Afrique<sup>29</sup>. Toutefois, ces progrès peuvent également augmenter le coût des soins ce qui peut avoir pour effet de restreindre l'accès aux soins des pauvres ; les dépenses nationales de santé peuvent produire des effets négatifs au niveau macroéconomique. Le développement de la technologie médicale ne peut pas améliorer la santé de tous les groupes de population de manière égalitaire. Dans les pays riches comme les États-Unis, l'espérance de vie a augmenté, passant de 61,6 ans en 1939-1941 à 70,1 ans en 1979-1981 chez les hommes, mais moins que chez les femmes. Pour les femmes, l'espérance de vie est passée de 65,9 ans en 1939-1941 à 77,6 ans en 1979-1981<sup>30</sup>. L'inégalité dans la distribution de la santé existe aussi dans les pays dont les ressortissants sont couverts par l'assurance maladie généralisée comme le Royaume-Uni. Un rapport, *The Black Report*<sup>31</sup>, qui a révélé des inégalités sociales de santé en Grande-Bretagne. Cela indique que le développement de la technologie médicale ne suffit pas à garantir la bonne santé dans tous les groupes.

À partir des années 1960, le concept biomédical a commencé à être remis en question, à cause du ralentissement des progrès des technologies médicales. Les demandes de nouveaux médicaments et de nouvelles procédures médicales ont augmenté, mais la profession médicale a souhaité conserver son monopole sur les services médicaux. Au début des années 1970, ce monopole a été remis en question par certains universitaires, précisément Michel Foucault. Selon lui<sup>32</sup>:

...avec le capitalisme, l'on n'est pas passé d'une médecine collective à une médecine privée, mais c'est précisément le contraire qui s'est produit ; le capitalisme, qui se développe à la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle, a d'abord socialisé un premier objet, le corps, en fonction de la force productive, de la force de travail. Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie mais aussi dans le corps et avec le corps. Pour la société capitaliste c'est le biopolitique qui importait avant tout,

---

<sup>28</sup> Shrestha, Laura B, *Life Expectancy in the United States*, CRS Report for Congress, Congressional Research Service, 2006, p.3.

<sup>29</sup> Acemoglu, Daron et Johnson, Simon, « Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth », *Journal of Political Economy*, 2007, vol.115, n° 6, pp. 925-985.

<sup>30</sup> Shrestha, Laura B, *op. cit.*, p.3.

<sup>31</sup> Douglas, Black, *Inequalities in Health: Report of a Research Working Groups*, DHSS, London, 1980.

<sup>32</sup> Foucault, Michel, *Histoire de la Médicalisation*, Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'Université de l'État de Rio de Janeiro, octobre 1974.

le biologique, le somatique, le corporel. Le corps est une réalité biopolitique ; la médecine est une stratégie biopolitique...

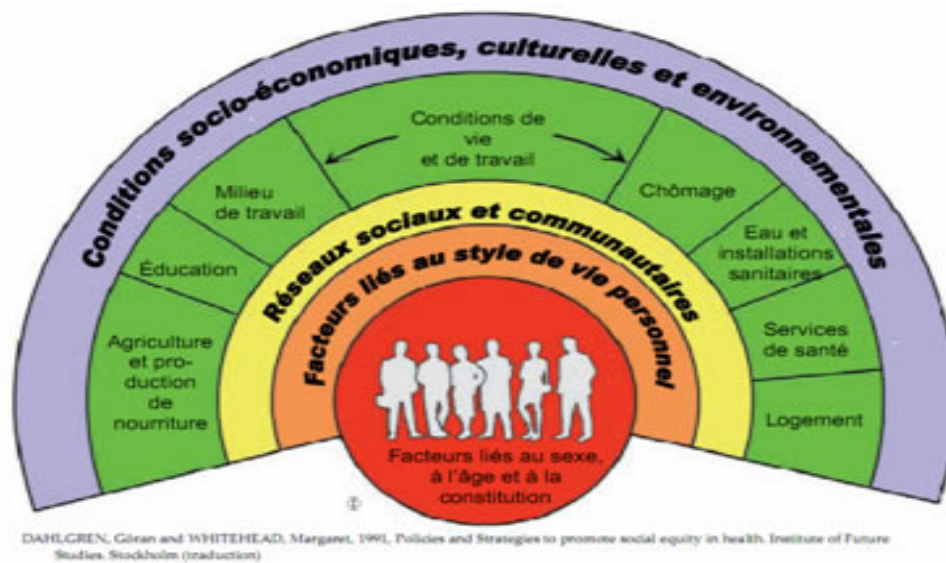
Le concept de santé qui se base sur le libéralisme et le biomédical a été modifié. La santé n'est pas seulement la relation entre le corps et le traitement médical. Elle n'est pas seulement la relation entre le patient et le médecin, mais la santé est aussi le produit de la société.

Parallèlement, le concept de la responsabilité individuelle sur la santé est aussi renforcé depuis des années 1970. Des médecins et des autorités publiques se sont concentrés sur les modes de vie et les comportements qui pouvaient dégrader la santé individuelle. En donnant aux individus l'information dont ils avaient besoin, ils pouvaient se protéger en adoptant des habitudes saines plutôt que de compter sur leurs médecins pour rétablir leur santé<sup>33</sup>. Ensuite, depuis la fin des années 1980, les politiques de santé dans plusieurs pays sont passés du développement des traitements médicaux à la prévention et la promotion de la santé, adoptant une approche holistique de la santé. Un mouvement important a été initié par l'OMS avec la déclaration d'Alma Ata en 1977. Tous les pays membres se sont engagés en faveur du programme "Santé pour tous" dont l'objectif était d'arriver à ce que toutes les personnes atteignent, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener socialement et économiquement une vie productive. Le programme se base sur la promotion et la prévention de la santé et l'accès aux soins primaires. Le programme repose sur les actions dans le domaine de la santé, mais aussi dans les secteurs socio-économiques. La participation au niveau familial et communautaire est nécessaire pour assurer l'accès aux soins primaires. En 1991, le bureau régional de l'OMS en Europe a publié un document de travail<sup>34</sup> pour réviser le cadre conceptuel des déterminants de la santé et réviser les politiques publiques. Dahlgren et Whitehead ont classifié la population par âge, et ils ont exploré les risques qui menacent la santé, et ont formulé de nouvelles stratégies pour la promotion de la santé et la prévention plutôt que le traitement médical.

---

<sup>33</sup> Wikler, Daniel, « Personal and Social Responsibility for Health », *Ethics & International Affairs*, 16, n° 2, 2002, pp.47-55.

<sup>34</sup> Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Future Studies, Stockholm, Sweden, 1991, pp.11-13.

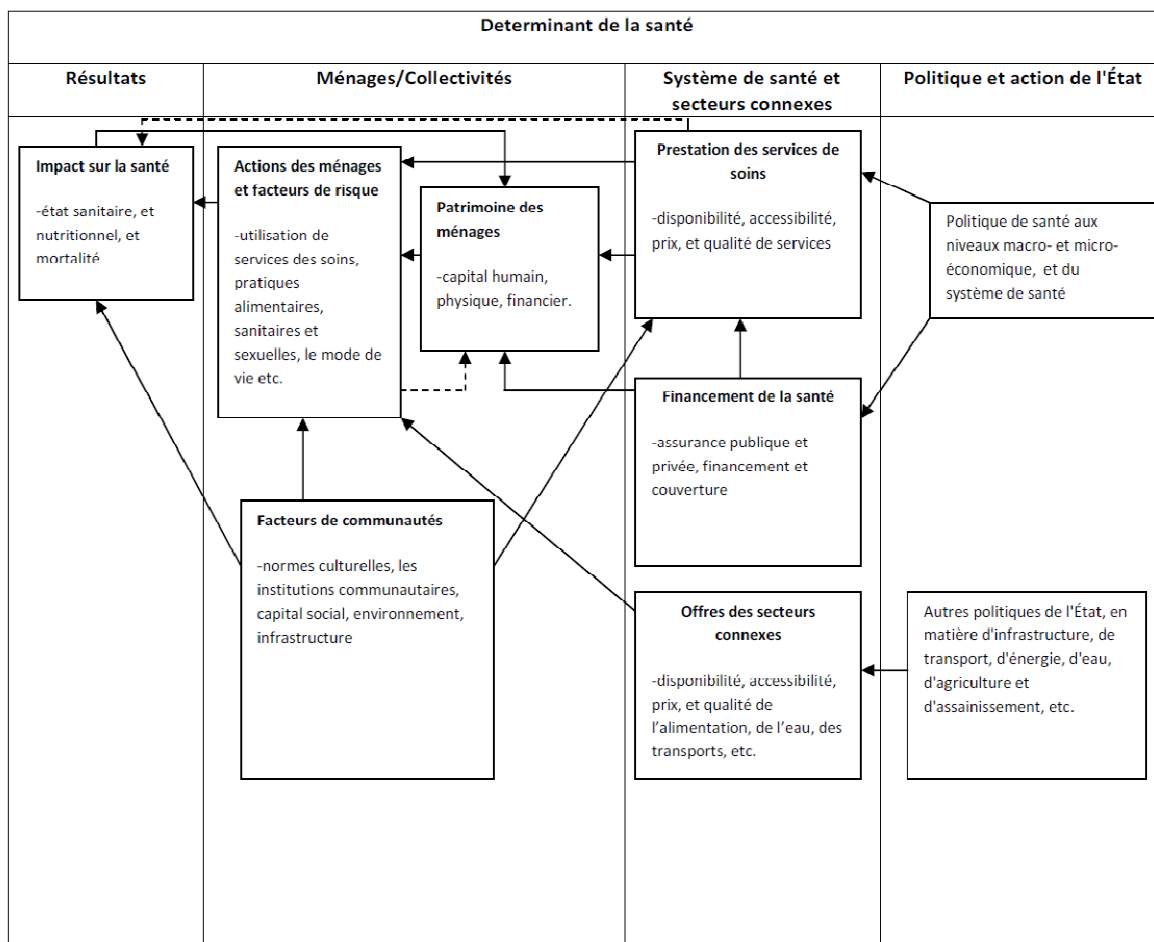


Graphique n° 2: Les déterminants de santé du modèle de Dahlgren & Whitehead (1991)<sup>35</sup>.

Dans le schéma, il y a 4 niveaux de déterminants de santé. Premièrement, les facteurs liés au style de vie personnel comme le mode de vie qui peuvent être favorables ou défavorables à la santé. Deuxièmement, les réseaux sociaux et communautaires, qui exercent les influences sociales et collectives encadrant les comportements favorables ou défavorables des individus. Troisièmement, les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, comme l'éducation, l'alimentation, le sanitaire, les services de soins, le logement, et les conditions de travail. Il s'agit des relations entre les réseaux sociaux et communautaires, et les politiques nationales nécessaires pour améliorer les conditions de vie et de travail. Finalement, les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales qui constituent les infrastructures majeures au niveau national. Les politiques nationales et internationales sont cruciales pour changer la structure socio-économique qui favorise l'amélioration de la santé des individus. Selon cette approche, la santé est complexe. Elle comprend des dimensions à la fois individuelles et sociales. Il y a de nombreux déterminants sociaux de la santé qui échappent au contrôle de l'individu. La santé doit être une responsabilité partagée par le public et les individus.

Adam Wagstaff présente un cadre conceptuel intéressant qui s'appelle « le cadre conceptuel pour comprendre les inégalités de santé », présenté dans le schéma ci-dessous :

<sup>35</sup> Extrait du site l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>



Graphique n° 3: Le cadre conceptuel de l'analyse des inégalités de la santé<sup>36</sup>

La différence entre ce modèle et le modèle de Dahlgren & Whitehead est ce que le premier explique les chemins de chaque déterminant de santé. Selon le schéma<sup>37</sup>, les déterminants de la santé présentés peuvent expliquer les différents résultats sanitaires. Les déterminants au niveau des ménages et collectivités sont les déterminants immédiats, parce qu'ils influent directement sur la santé. La santé des ménages pauvres a tendance à être plus moins favorisée que celle des ménages riches. C'est pourquoi les variables socioéconomiques sont importantes dans les inégalités de la santé. De plus, dans les pays en voie de développement, les riches accèdent à de meilleurs soins dans les hôpitaux, mais les pauvres n'ont pas la capacité de payer les tarifs du secteur privé. Les politiques de santé dans les pays en développement sont en faveur des riches. En outre, leur niveau d'éducation est plus élevé, lequel influe sur la décision des ménages en matière de santé,

<sup>36</sup> D'après Wagstaff, Adam, « Poverty and health sector inequalities », *Bulletin of the WHO*, vol. 80, n° 2, 2002, p. 99.

<sup>37</sup> *Ibid.*, pp. 97-105.

par exemple, les femmes dont le niveau d'éducation est élevé ont tendance à avoir des comportements et des choix pour préserver leur santé.

Pour les facteurs communautaires, l'environnement et la géographie doivent être considérés. Ils influent sur le résultat de santé. Par exemple, il est difficile d'être soigné à l'hôpital, si le système de transport n'est pas assez bon. Les normes communautaires peuvent influencer sur les comportements de l'individu. Par exemple, dans les communautés les plus pauvres, les femmes négligent de préserver leur santé. Les facteurs communautaires peuvent influencer la fourniture de soins, l'utilisation de services de soins et ainsi le résultat en matière de santé. Par exemple, si la communauté se trouve loin d'un dispensaire et si l'infrastructure n'est pas assez bonne, l'accès aux soins sera difficile.

Les déterminants au niveau du système de santé et des contextes sociaux n'affectent pas directement les résultats de santé mais ils affectent les déterminants immédiats. Si les pauvres ne sont pas couverts par l'assurance publique ou privée, ils doivent payer pour accéder aux soins ; au fur à mesure qu'ils ont des problèmes de santé, ils deviennent de plus en plus pauvres et accèdent de moins en moins aux soins. La disponibilité et l'accès à l'alimentation et aux infrastructures influencent les actions des ménages et la santé des individus. Si l'environnement économique défavorise les pauvres, par exemple, si le prix de l'alimentation est très élevé, les pauvres ont une malnutrition plus importante que les riches. Et puis, la malnutrition influe directement sur la santé. Par conséquent, il y a une inégalité de la santé.

Au niveau des politiques gouvernementales et des actions, même si les politiques de santé n'influent pas directement sur la santé des individus, elles orientent le système de santé et le financement de la santé. Les politiques sont différentes selon les décideurs politiques. Si la politique défavorise les pauvres, par exemple, si le gouvernement n'offre pas l'assurance publique gratuite aux pauvres, les pauvres doivent sacrifier beaucoup d'argent pour se soigner. De plus, les politiques gouvernementales en matière d'infrastructures, de transport, d'hygiène, etc., influent aussi sur les prix, l'accessibilité, la disponibilité et la qualité de l'alimentation, de l'eau, des transports, de la nourriture, qui obèrent le financement des soins et la santé des ménages.

## ***1.2 La santé au niveau collectif***

### ***a) L'utilitarisme et la santé de la Nation***

Selon le principe « le plus grand bonheur du plus grand nombre » de Jeremy Bentham qui est la doctrine fondamentale de l'utilitarisme, la peine et le plaisir de l'homme peuvent être mesurés et calculés. Le plaisir est une bonne chose et la peine est une mauvaise chose. Le plaisir et la peine sont déductibles. Alors, l'individu veut maximiser le bonheur qui est le surplus de plaisir sur la peine. Parce que le plaisir et la peine sont déductibles, le bonheur d'une personne peut s'ajouter au bonheur des autres, mathématiquement. Par conséquent, le bonheur de la société est la somme du bonheur des membres dans la société. Ce principe est appliqué dans le domaine de la santé pour créer la santé au niveau collectif. La santé est une bonne chose qui peut générer le bonheur et peut être considérée comme l'utilité de l'individu. La santé peut se substituer au bonheur dans l'équation. Alors, la santé de la population est le bien-être social qui représente la somme de l'utilité des individus dans la société. Pour mesurer la santé au niveau collectif, par exemple, l'espérance de la vie dans la société, le taux de mortalité, le taux de morbidité, sont des indicateurs importants.

L'utilitarisme est le concept principal de l'économie, y compris l'économie de la santé. Elle se concentre sur l'efficacité qui est l'amélioration de la santé en utilisant moins de ressources. Toute consommation de soins de santé qui ne génère pas d'amélioration de la santé est gaspillage et inefficacité. L'utilitarisme influence beaucoup les orientations des politiques de santé des organisations internationales, comme l'OMS, et les décideurs politiques dans les pays membres. Des indices d'efficacité, par exemple, l'analyse coût-efficacité, l'analyse coût-utilité et l'analyse coûts-avantages sont appliquées fréquemment pour évaluer les programmes de santé. La décision en matière de programmes de santé dépend de l'utilité des programmes de santé.

Il n'y a pas seulement la santé au niveau individuel, mais aussi la santé au niveau collectif. L'amélioration de la santé des individus ne mène pas forcément à l'amélioration de la santé au niveau collectif. Parfois, certaines politiques publiques pouvaient améliorer la santé de la population, mais au détriment de la santé d'une personne ou la santé d'un groupe sélectionné. Pour améliorer la santé au niveau collectif, certains décideurs choisissaient le pouvoir coercitif pour contrôler les comportements et les libertés de leurs citoyens, par exemple, les politiques de santé sous le régime nazi des années 1933-1945. Selon ces politiques, la santé de la population était plus importante que la liberté et la santé



des individus. Les politiques publiques et les interventions de l'État avaient pour but d'améliorer les indicateurs de la santé de la nation, *volksgesundheit*, plutôt que la santé des individus. La bonne santé de la Nation représentait la gloire et le pouvoir de la Nation. Les individus devraient sacrifier leurs intérêts à la santé de la Nation. Les citoyens avaient le devoir de prendre soin de la santé, et de respecter la norme commune pour préserver l'hygiène sociale et guérir les maladies transmissibles et non-transmissibles. De plus, ces politiques se fondaient sur le nationalisme et l'hygiène raciale. Certains médecins et biologistes ont soutenu l'eugénisme des Aryens et l'antisémitisme sous le régime nazi. La loi de stérilisation de 1933 et les Tribunaux de santé héréditaire légitimaient le pouvoir coercitif de l'État pour stériliser la population, ce qui nuit à la santé nationale. Environ 400 000 personnes ont été stérilisées, en particulier des juifs, des personnes retardées mentales et des personnes atteintes des maladies génétiques<sup>38</sup>.

### ***b) L'externalité et la santé publique***

La santé d'un individu peut être considérée comme sa propriété et en conserver les avantages au propriétaire. En réalité, la consommation de la santé donne des avantages non seulement au consommateur, mais produit aussi des externalités<sup>39</sup>. L'externalité est une situation dans laquelle la consommation d'une personne ou d'un agent influence l'utilité d'une autre personne. Il y a deux types d'externalité: négative et positive. Pour l'externalité négative, la mauvaise santé d'une personne peut affecter la santé des autres. Par exemple, les maladies transmissibles d'un patient peuvent en infecter d'autres dans la communauté ou la société. La « théorie des germes de Louis Pasteur » développée pendant des années 1860-1870, a soutenu l'idée que la santé individuelle ne peut pas être isolée, mais que la santé de tous est interdépendante. La conférence de Pasteur nommée "La Théorie des germes et ses demandes par la médecine et la chirurgie (1878)" expliqua que les micro-organismes existaient partout, sur les surfaces, dans l'atmosphère, dans l'air. Le micro-organisme était le pathogène des maladies transmissibles. Le micro-organisme dans le cadavre d'un animal pouvait multiplier spontanément et infecter d'autres animaux avec les

---

<sup>38</sup> Bachrach, Susan, « In the Name of Public Health-Nazi Racial hygiene », *the New England Journal of Medicine*, 2004, vol. 351, pp. 417-420.

<sup>39</sup> Selon Phelps, les avantages et les coûts externes apparaissent lorsque l'action d'une personne crée des avantages ou des coûts pour les autres. Ces avantages et coûts ne sont pas pris en compte par les décisions des individus (voir Phelps, Charles, *Health Economics*, New-York, HarperCollins Publishers, 1992, pp. 8-9). Dans le domaine de la santé, les externalités négatives et positives peuvent affecter les comportements des individus, les actions des collectivités et le mécanisme du marché. Par exemple, un individu *A* calcule son risque pour la santé pour faire un vaccin. Grâce à l'externalité positive du vaccin, le risque pour la santé de l'autre personne *B* est diminué ce qui réduit la demande du vaccin de *B*.

mêmes symptômes. Les chirurgiens devaient utiliser une technique stérile afin de prévenir l'infection. La découverte des germes confirme que la santé ne devrait pas être considérée dans une seule dimension individuelle, mais constituait un problème social. Nous prenons soin de notre hygiène pour notre bonne santé, mais aussi pour arrêter la propagation de micro-organismes à d'autres personnes. Nous avons le devoir de prendre soin de notre santé, et nous avons aussi le devoir de prendre soin de la santé des autres dans la société. De plus, certaines maladies non transmissibles, par exemple, le cancer du poumon, sont aussi une conséquence des externalités négatives. La pollution, le tabagisme et l'environnement sont les facteurs de cancer du poumon et des maladies respiratoires. Les mesures de contrôles de la pollution, et du tabagisme sont appliquées pour l'intérêt général. Dans l'externalité positive, la bonne santé d'une personne peut avoir un effet positif pour la santé des autres. Préserver la bonne hygiène d'un individu contribue à éradiquer la propagation d'agents pathogènes et à contrôler les maladies transmissibles. La vaccination d'un individu peut éradiquer l'agent pathogène et prévenir la propagation des maladies contagieuses.

Les externalités de santé sont la raison principale qui a conduit à développer la santé publique dans l'État moderne. La santé publique est une science pluridisciplinaire qui met l'accent sur la prévention des maladies, la promotion de la santé, plutôt que le traitement. Selon Childress et al.<sup>40</sup>

...La santé publique est principalement liée à la santé de toute la population, plutôt que la santé des individus. Ses caractéristiques comprennent un accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et du handicap ; la collecte et l'utilisation des données épidémiologiques, la surveillance de la population, et d'autres formes d'évaluation empirique quantitative ; la reconnaissance du caractère multidimensionnel des déterminants de la santé ; les interactions complexes entre de nombreux facteurs – biologiques, comportemental, social et environnemental – dans le développement efficace des interventions...

«Le public» dans l'expression « la santé publique» a deux sens. Le premier est la santé de la population que j'ai mentionnée plus tôt. Deuxièmement, le public signifie les actions collectives. Dans ce sens, la santé publique concerne les politiques publiques de santé avec l'intervention de l'État, les organisations publiques de santé, le budget collectif, le système

---

<sup>40</sup> Childress, James et al., « Public health ethics: Mapping the terrain », *Journal of Law, medicine & ethics*, 2002, vol. 30, pp. 170-178.

de régulation et la participation des citoyens. Par conséquent, le domaine de la santé est en lien avec d'autres secteurs. Par exemple, pour contrôler l'épidémie, la pollution ou le tabagisme, il a besoin du pouvoir administratif sur l'urbanisme, la gestion de l'eau, et de l'environnement. À cause des externalités de santé, la liberté de consommation de la santé est également limitée. Le pouvoir public encadre les modes de vie des citoyens, pour l'intérêt général.

### *c) Le risque social et l'assurance maladie*

La santé est complexe et pleine d'incertitudes. L'individu fait face aux risques pesant sur sa santé du fait du caractère aléatoire de sa vie. Certains de ces risques sont inévitables. La perte de santé conduit à la perte de travail et du bien-être des individus, à l'augmentation des dépenses de santé. Par conséquent, tout le monde est confronté à l'insécurité dans la vie. De plus, à cause des externalités de santé, les risques sanitaires aléatoires se transforment en risques sociaux qui menacent l'intégration de l'homme dans la société. Le système de protection sociale a pour but de prévenir les risques sociaux, y compris le risque maladie. Le système de protection sociale se compose de l'assistance sociale et de la sécurité sociale. Dans le système d'assistanat social, les bénéficiaires ne cotisent pas. Ce système ne couvre pas toutes les personnes. La population concernée, normalement, est celle d'individus ne pouvant pas se protéger efficacement, par exemple, les enfants, les personnes âgées, etc. Le financement vient de dons volontaires, par exemple, la charité individuelle ou collective, ou les prélèvements obligatoires, par exemple, la bienfaisance au XIX<sup>ème</sup> siècle. Cependant, le système de l'assistanat ne peut pas garantir la redistribution des revenus de manière équitable.

Le système de sécurité sociale a pour but de répartir le risque des individus au sein d'une même population. Les bénéficiaires doivent cotiser. Il y a 3 types de sécurité sociale qui diffèrent dans leur financement, leur régulation, et leurs bénéficiaires.

Le premier, le système bismarckien, fut créé en Allemagne en 1883 par le chancelier Otto Von Bismarck. L'un des objectifs de l'assurance sociale, en cette période de fortes revendications ouvrières, était de promouvoir la paix sociale dans l'entreprise<sup>41</sup>, en évitant la misère des ouvriers et de leur famille. Les raisons de promouvoir la paix sociale dans l'entreprise étaient, premièrement, de se prémunir contre les risques de révolution ouvrière et de communisme qui sont l'ennemi des entrepreneurs, deuxièmement, de prévenir les

---

<sup>41</sup>Lambert, Denis-Clair, *Les systèmes de santé*, Paris, Seuil, 2000, p. 189.

maladies de travail, qui étaient un risque social obérant la production dans les entreprises. Le système bismarckien couvrait seulement les travailleurs et leur famille. Il ne couvrait pas les chômeurs. Le système était géré par différentes caisses professionnelles et ses prestations étaient différentes selon les caisses. Le système était financé par les cotisations provenant des employeurs et employés. L'efficacité de la redistribution des revenus dépend de la progressivité de la cotisation sur le revenu.

Le deuxième, le système beveridgien, fut créé à Londres en 1942 par W. Beveridge. Pour réparer les dommages causés par la Seconde Guerre Mondiale, Beveridge considère la Sécurité sociale comme « une composante de toute politique de progrès social » et le pouvoir d'achat ainsi redistribué comme une partie substantielle de la demande globale, à même de soutenir l'activité économique et d'éviter le retour de crises comparables à celle des années 1930<sup>42</sup>. Les principes du système beveridgien se décomposent en 3U : Universalité (tout le monde doit être couvert par l'assurance), Uniformité (les prestations fournies à chaque personne ne sont pas différentes) et Unité (une seule administration pour toute assurance sociale). Le financement de ce régime vient du budget national.

Le troisième, le système libéral américain, repose sur la liberté de choix individuelle. L'assurance n'est pas obligatoire, mais elle reste volontaire. Les assurés s'assurent via leur entreprise ou la compagnie d'assurance privée de leur choix, ils s'assurent sans passer par l'État. Le principe de ce système est la solidarité entre chanceux et malchanceux pour une probabilité de risque donnée, c'est-à-dire que la prime d'assurance dépend du niveau du risque individuel, et le financement dépend du consentement de payer. La personne ayant le plus grand risque paye une cotisation plus élevée que les autres, même si cette personne est pauvre. L'efficacité de la redistribution des revenus est donc limitée. Le marché est le meilleur régulateur. Les compagnies d'assurance sont des compagnies à but lucratif et il y a une concurrence sur le marché. Par conséquent, ce système attire les personnes à risque faible et exclut les personnes à risque élevé. En plus, dans ce système, les dépenses de santé sont difficilement contrôlées. À cause de la sur-technicité des soins, le coût de soins ainsi que la prime d'assurance augmentent très vite. Les riches sont très bien soignés, s'ils peuvent payer des primes.

#### ***d) La santé et la macroéconomie***

---

<sup>42</sup> Majnoni d'Intignano, Béatrice, *op. cit.*, pp.82-83.

Il y a 2 relations entre santé de la population et macroéconomie : la croissance économique conduit à l'amélioration de la santé de la population, et l'augmentation de la santé de la population conduit au renforcement de la croissance.

La croissance économique permet une meilleure condition de vie et une augmentation des dépenses publiques de santé. L'augmentation des revenus permet de financer par des dépenses publiques et privées des biens et services qui favorisent une meilleure santé, par exemple, les services de soins, des médicaments, des produits alimentaires, etc. En outre, plus de richesses conduit à améliorer l'éducation et la prévention et la promotion de la santé. La croissance économique accroît le budget de la recherche afin de développer de nouvelles technologies médicales et créer de nouvelles innovations dans le domaine de la santé. La courbe de Preston explique la corrélation entre le revenu national brut par habitant et l'espérance de vie dans 179 pays, avec une forte corrélation positive entre les deux<sup>43</sup>.

À l'inverse, selon la théorie de la croissance endogène, le capital humain, tel que la santé, est un facteur de stimulation du développement économique national. Une meilleure santé permet aux individus d'avoir plus de jours de travail, ce qui augmente la productivité en termes de qualité et de quantité. La promotion de la santé non seulement rend des avantages aux individus, mais aussi au système économique global. L'allongement de l'espérance de vie favorise l'investissement dans le capital physique, par exemple, l'épargne retraite ou la prime d'assurance, qui aident à la croissance économique et permettent aux individus d'accumuler des compétences en matière de travail. Par conséquent, on peut économiser les budgets de formation pour les nouveaux arrivants sur le marché de travail.

Au point de vue démographique, une meilleure santé peut changer la pyramide de la population. Les technologies médicales innovantes abouti à la réduction du taux de mortalité, notamment le taux de mortalité maternelle et le taux de mortalité infantile dans la période du *baby-boom* ce qui agrandit la base de la pyramide de la population. À l'inverse, les technologies médicales également améliorent le contrôle de naissance ce qui réduit le taux de fécondité. De plus, les technologies médicales allonge l'espérance de vie. Par conséquent, la population active diminue par rapport à la population dépendante, comme les enfants et les personnes âgées, dans la société vieillissante.

---

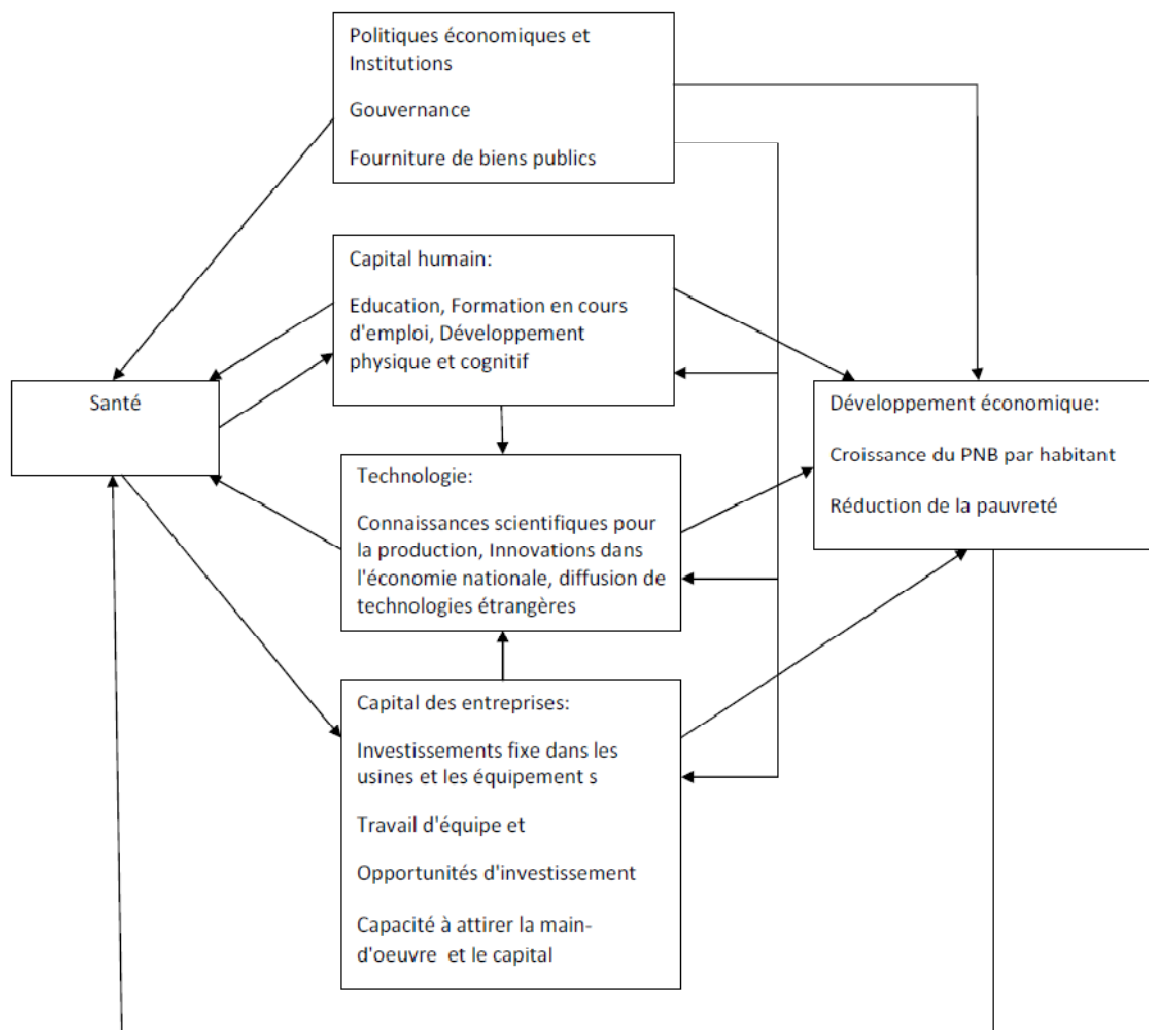
<sup>43</sup> Chan, Kevin, « Economics and Global Health », in Markle, William H., Fisher, Melanie A. & Smego, Raymond A.Jr. (éds.), *Understanding of global health*, US, McGraw Hill, 2007, p. 270.

En outre, l'industrialisation dans le domaine de la santé est un secteur important du marché global. L'augmentation de la demande de santé crée de nombreux emplois professionnels en santé, par exemple, médecin, infirmière, dentiste, pharmacien, etc. L'industrialisation accroît l'investissement en infrastructures, par exemple, les hôpitaux, les cliniques, les transports, etc. La demande d'avancement des technologies médicales conduit à l'augmentation du financement de la recherche. L'importation et l'exportation, ou la consommation de services des soins, d'équipements médicaux, et de médicaments affecte la macroéconomie.

Selon l'OMS et la Banque mondiale, l'investissement dans la santé est un moyen important de développement économique pour accomplir les « Objectifs du millénaire pour le développement », précisément, dans les pays les moins avancés. La santé est au cœur de l'agenda pour la réduction de la pauvreté et l'amélioration de bien-être social. Les gouvernements devraient mettre la santé au cœur des politiques sociales et économiques. Le système de santé doit être réformé de manière équitable et efficace, afin de répondre aux besoins de la population.

Selon le graphique n°4, les politiques économiques, les institutions, la gouvernance, et la fourniture de biens publics affectent directement la croissance économique, d'une part, et la santé, d'autre part. Les bonnes politiques de santé contribuent à l'amélioration de la santé au niveau collectif et aussi à la distribution de la santé de manière équitable. Les bonnes politiques économiques sont cruciales pour aider à la croissance économique et à l'accumulation des capitaux humains, des capitaux des entreprises, et l'avancement des technologies. La croissance économique permet d'accroître les dépenses de santé, ce qui influence positivement la santé collective.

La santé est un capital humain relié à d'autres capitaux humains, par exemple, l'éducation, les compétences de travail, etc. Les capitaux humains ont un impact direct sur la croissance économique. De plus, grâce à l'accumulation des capitaux humains, les connaissances scientifiques s'accumulent et les technologies se développent, ce qui peut aider à la croissance économique. Constituant un autre chemin du développement économique, la santé a aussi un impact économique sur des capitaux des entreprises, par exemple, l'investissement fixe sur les usines et équipements, etc. qui stimule la croissance de l'économie globale.



Graphique n° 4: la relation entre santé et croissance économique<sup>44</sup>.

En revanche, les maladies impactent négativement la macroéconomie. La stabilité économique et sociale peut être perturbée par une grande épidémie. Le gouvernement devra alors sacrifier une part de son budget pour augmenter les dépenses de santé. La réduction des dépenses publiques contraint le gouvernement à investir dans le secteur réel de l'économie et dans les autres secteurs, ce qui peut impacter négativement la croissance économique. De plus, les maladies réduisent l'espérance de vie de la population. La perte du nombre de jours de travail conduit à la baisse de la production et perturbe le développement économique. Cette situation est plus grave dans les pays les moins avancés où la plus grande part du revenu des ménages provient seulement du chef de famille. Les maladies de parents conduisent à la perte de tous les revenus de la famille.

<sup>44</sup> D'après Sachs, Jeffrey D. et al., *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of Commission on Macroeconomic and Health, WHO, 2001, p. 26.

À cause de la douleur et de la souffrance dues aux maladies, les maladies nuisent au bien-être psychologique, à la concentration et aux capacités cognitives. Par conséquent, l'efficacité de l'éducation et de la formation est réduite, rendant difficile l'accumulation des connaissances et des technologies. En outre, les entreprises sont pénalisées par les maladies de leurs employés, qui cessent d'accumuler des compétences. Les entrepreneurs doivent consacrer une part de leur budget à l'intégration des nouveaux employés dans leurs organisations. De plus, cela crée une incertitude dans la chaîne de production.

### ***1.3 La santé au niveau mondial***

L'État peut intervenir pour gérer la santé de la population, mais son action ne peut s'exercer que dans la limite des frontières de l'État. En revanche, les maladies ne respectent pas ces frontières. Par exemple, ce fut le cas de l'épidémie de SIDA qui s'est répandue d'Afrique à travers le monde, de l'épidémie du virus Ébola dans l'Afrique de l'ouest, ou de l'épidémie mondiale de Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Une épidémie de maladies transmissibles est un problème international et la coopération entre les pays est nécessaire pour la contrôler, par exemple, partager l'information de la santé publique, transférer les technologies médicales, donner les aides financières, etc. De plus, grâce à la mondialisation apparue depuis les années 1990, la santé publique étend son champ d'application au niveau mondial. L'augmentation de la circulation des travailleurs, des immigrants, et des voyageurs conduit à la propagation des vecteurs de maladies. L'interdépendance croissante des économies conduit à l'augmentation de la circulation des soins et des produits médicaux à l'échelle mondiale. Grâce à la circulation d'information sur internet, les individus d'un pays donné reconnaissent qu'il y a beaucoup de personnes dans d'autres pays qui ne peuvent pas accéder à certains médicaments et aux soins primaires. Par conséquent, la santé mondiale devient de plus en plus importante.

L'OMS, organisation internationale pour la santé et la santé publique, a été créée en 1948. La création de l'OMS élargit le territoire de la santé à un niveau international. Bien que l'OMS n'ait pas le pouvoir d'intervenir dans les affaires intérieures des pays membres, elle a une forte influence sur les recherches en santé, et distribue des technologies médicales et de santé publique aux pays membres. La première mission de l'OMS est de surveiller les maladies au niveau international, d'encadrer les politiques de santé mondiale, de collecter et de fournir des données sanitaires. Il a fallu attendre la Seconde Guerre mondiale pour que le droit à la santé soit élargi pour devenir un droit de l'homme



universel. Cet effort a été initié par la Déclaration universelle des Droits de l'Homme et l'OMS en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies en 1948. Selon la Constitution de l'OMS (1948),

... la jouissance du meilleur état de santé est un des droits fondamentaux de tout être humain sans distinction de race, de religion, de convictions politiques, sa condition économique ou sociale ...".

Et l'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme (1948)

... Tout le monde a le droit à un niveau de vie adéquat pour la santé et le bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux et les services sociaux nécessaires, et le droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse et autres cas de perte des moyens de subsistance dans des circonstances indépendantes de sa volonté ...

L'OMS a mis au point le concept du droit à la santé pour être plus concret. La Commission des droits de l'Homme (1951) définit la santé comme le «plus haut niveau de la santé obtenue». La santé est liée aux déterminants sociaux de la santé. Le gouvernement a une obligation de la fournir aux citoyens. L'article 12 du Pacte international relatif à l'économique, au sociale et au culturels(1966) a créé un lien entre le droit à la santé et les droits socio-économiques ainsi que les droits civils. L'importance de la déclaration d'Alma-Ata (1978) est que, d'une part, elle a montré l'effort international pour accomplir le droit à la santé par l'organisation internationale. D'autre part, elle a eu pour but d'assurer le droit humain à la santé en passant par la médecine sociale et en se concentrant sur les déterminants socio-économiques de la santé, et a engagé tous les pays membres à avoir l'obligation de fournir des soins primaires à leur population en tant que droit fondamental.

De plus, l'OMC, la Banque mondiale et le FMI influent également la gouvernance de la santé mondiale. Selon la direction de ces organisations, le libre-échange est à l'origine de la croissance économique. La privatisation ou l'économie de marché sont les meilleures solutions pour supprimer la pauvreté et les inégalité en matière d'éducation et de santé.

La mondialisation augmente le volume du commerce international de façon spectaculaire, y compris le marché de santé. Le rôle de l'OMC est de réguler le marché des produits médicaux, des soins, des médicaments et des autres produits liés à la santé,

comme par exemple, le tabac, l'alcool, les produits alimentaires etc. Les mécanismes en vigueur sont les accords multinationaux qui se focalisent sur la réduction des barrières commerciales et la sécurité des services de soins, des produits médicaux et des autres produits liés à la santé. Cependant, certains accords commerciaux influencent négativement les politiques de santé des pays membres, ainsi que la santé de leur population. Ils peuvent limiter les instruments politiques disponibles pour les gouvernements et réduire les capacités des gouvernements à mettre en œuvre des politiques qui sont opposées aux accords commerciaux internationaux. La libéralisation du commerce autorise la réduction ou l'élimination des taxes et la réduction des dépenses publiques pour prendre en charge les politiques de santé, précisément dans les pays en voie de développement et les pays les moins avancés. L'accord général sur le commerce des services a pour but d'accroître tous les types de services, y compris les soins médicaux, les analyses médicales des laboratoires étrangers, le tourisme médical, l'investissement des entreprises étrangères dans le marché de l'assurance ou des infrastructures, et la circulation libre de professionnels de la santé. L'Accord sur les droits de propriété intellectuelle peut faire augmenter le prix des médicaments et influencer négativement sur l'accès aux soins dans les pays en voie de développement et les pays les moins avancés.

La Banque mondiale et le FMI sont deux institutions internationales qui fournissent des aides au développement et des crédits financiers aux pays les moins développés. Ils fournissent des prêts aux pays les moins développés via le programme de nutrition et de réforme du système de santé. Cependant, la réforme du système de santé sous la direction de la Banque mondiale et du FMI est souvent critiquée. Elle inclut trois politiques de base : la décentralisation des services, la réduction des effectifs du secteur public par la privatisation et la sous-traitance, et l'offre d'un forfait minimum de services de santé aux populations indigentes sans frais<sup>45</sup>. Cependant, la privatisation du domaine de la santé crée des problèmes sociaux précisément dans les pays en voie de développement et les pays les moins avancés. Elle conduit à un écart du revenu entre professionnels de la santé du secteur public et privé, ainsi qu'à l'exode des cerveaux du secteur public vers le secteur privé. L'allocation des ressources médicales se basant fortement sur le marché, il en découle des inégalités. En outre, le prix des médicaments et des tarifs de soins varient et les pauvres accèdent difficilement aux soins.

---

<sup>45</sup>Homedes, Nuria, Ugalde, Antonio & Forns, Joan R. « The World Bank, pharmaceutical policies, and health reforms in Latin America », *International Journal of Health Services*, vol. 35, n° 4, 2005, p. 691.

## 2. L'inégalité face à la santé

### 2.1 L'inégalité face à la santé et la justice sociale

L'inégalité face à la santé existe dans l'histoire humaine depuis longtemps, et elle constitue toujours un grand problème social à résoudre. Dans la société traditionnelle thaïlandaise, le sentiment moral ou la bienveillance sont l'une des nombreuses raisons pour lesquelles la société a encouragé les actes d'assistance aux personnes vulnérables. La vie est le bien le plus précieux, qui ne devrait pas être évalué par le marché. Personne ne veut mourir pour des causes inappropriées. Selon les croyances chrétiennes, le concept théologique *Imago Dei* explique que les hommes sont créés à l'image de Dieu. Dieu aime les hommes, donc ils devaient répondre à l'amour divin en étendant l'amour aux autres, ce qui est à l'image de Dieu<sup>46</sup>. Cette croyance est la motivation de la charité, à la fois acte humanitaire et pratique religieuse. La charité inclut le domaine de la santé. Elle est une obligation morale selon laquelle tout le monde doit aider son prochain à atteindre une bonne santé. Au Moyen Âge, l'Église, l'organisation d'assistance sociale, avait un rôle important de fourniture de soins. La plupart des médecins et étudiants en médecine étaient des moines et des clercs. Des institutions médicales permanentes en faveur des personnes ayant besoin d'un traitement médical ont été créées. L'Hôtel-Dieu hébergeait les patients et fournissait des soins médicaux afin d'arrêter la propagation des épidémies.

Dans l'État moderne, l'aide et l'assistance sociale ne sont pas seulement une obligation morale, mais aussi l'obligation juridique pour l'État de fournir aux citoyens de quoi assurer leur bien-être. Parce que la santé est importante pour tous les humains. Elle génère directement le bien-être individuel, le bonheur et la satisfaction. En plus, la santé est la précondition à toutes nos activités, par exemple, la participation à l'école et l'éducation, le travail et le revenu, et l'intégration à la communauté. En revanche, l'éducation, la richesse, et d'autres biens n'ont aucune valeur, si nous sommes morts.

L'inégalité de la santé est une question de justice sociale. Selon la théorie de la justice<sup>47</sup>, tout humain rationnel a besoin des biens primaires qui sont essentiels pour la réalisation de son projet de vie. La santé est essentielle pour tout le monde sans distinction de race, de sexe, de culture ou de milieu socio-économique. La santé génère des opportunités et de la liberté pour les individus, ce qui leur permet de poursuivre leur ambition, ou de faire des

---

<sup>46</sup> Ferngren, Gary B, *Medicine & Health care in Early Christianity*, US, The Johns Hopkins University Press, 2009, p. 99.

<sup>47</sup> Rawls, John, *A Theory of Justice: revised edition*, US, The Belknap press of Harvard University Press, 1999. p.62.

choses positives. La santé est un bien spécial que la société a l'obligation de répartir équitablement pour promouvoir l'égalité des chances. La santé contribue au fonctionnement de base d'une personne, alors que les inégalités de santé obèrent la capacité des gens à fonctionner ou, plus largement, leur liberté positive.

Selon Pavlos, bien que l'OMS et les organisations internationales aient déployé des efforts pour faire avancer le droit à la santé et convaincre de nombreux États d'inscrire le droit à la santé dans leur Constitution, les inégalités de santé apparaissent partout dans le monde. Environ 2 milliards de personnes n'ont pas d'accès aux médicaments essentiels ou aux soins primaires. Des millions sont touchés par des infections et des maladies facilement évitables et traitables<sup>48</sup>. En plus, l'inégalité de santé se retrouve également dans les pays développés, les pays en voie de développement, ou les pays sous-développés. L'inégalité de santé a un impact sur l'économie de l'Union européenne à hauteur de 1000 milliards €, soit 9,5% du PIB<sup>49</sup>.

Certes, le droit à la santé est essentiel pour la justice distributive. Cependant, le droit universel à la santé n'est pas suffisant pour atteindre cet objectif. La Constitution la plus équitable ne peut garantir automatiquement un résultat juste, ni la conciliation d'opinions individuelles contradictoires. La Constitution ou la législation peuvent tout simplement être limitées par des conditions sociales et économiques. Seul, le processus législatif ne peut pas mettre en œuvre automatiquement un système socio-économique jouant sur la santé et les soins en vue de la poursuite de la justice sociale.

Plusieurs facteurs, y compris les institutions sociales, le système juridique, le système économique, le système éducatif et d'autres biens importants, comme la nutrition et la richesse, peuvent influencer sur la santé. Pour corriger l'inégalité de la santé, se concentrer sur le domaine de la santé peut être insuffisant. Tous les facteurs ou les institutions sociales qui influent sur la répartition des résultats de la santé devraient être concernés. Il existe des preuves empiriques montrant le lien entre inégalité sociale et inégalité de la santé. L'inégalité de la santé peut être présentée comme un indicateur de l'injustice sociale. La santé ne peut pas être isolée des autres biens sociaux, tels que le revenu, l'éducation, etc. L'inégalité de la santé reflète un système politique, social et économique, par-delà l'insuffisance des ressources de santé et l'inefficacité d'un système de soins de santé, elle concerne également l'injustice sociale.

---

<sup>48</sup> Eleftheriadis, Pavlos, « A Right to Health Care », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 40, n° 2, 2012, pp. 268-285.

<sup>49</sup> Mackenbach, Johan, Meerding, Willem J. & Kunst, Anton, *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, European Communities, 2007. p 5.

## ***2.2 La relation entre inégalité de la santé et inégalités socio-économiques***

Les inégalités socio-économiques sont les principaux facteurs liés à l'inégalité de la santé. Les inégalités de la santé induites par les inégalités socio-économiques persistent dans les pays développés, en voie de développement et dans les pays les moins développés. Selon l'OMS, l'espérance de vie chez les hommes autochtones australiens est inférieure de 17 ans à celle de tous les autres Australiens. La mortalité maternelle est 3-4 fois plus élevée chez les pauvres que chez les riches en Indonésie. En Ouganda, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le quintile le plus riche des ménages est de 106 pour 1000 naissances vivantes, mais dans le plus pauvre, de 192 décès pour 1000 naissances vivantes<sup>50</sup>.

Les inégalités de la santé liées aux facteurs socio-économiques sont considérées comme une injustice, car elles sont évitables<sup>51</sup>. Les différences d'état de santé causées par le revenu, l'ethnie, l'occupation, l'éducation, le régime d'assurance, etc., sont inacceptables. Généralement, les catégories socio-économiques inférieures sont dans un état de santé plus mauvais que les catégories supérieures. De plus, les inégalités des revenus sont liées aux inégalités de la santé<sup>52</sup>.

Le revenu reflète la différence de classe sociale, mais, l'impact du revenu sur le taux d'utilisation des soins de santé est incertain. Il y a certains pays où les pauvres utilisent les services des médecins généralistes plus souvent que les riches, et les riches consultent médecins spécialistes plus souvent que les pauvres<sup>53</sup>. Makinen *et al.* ont étudié les dépenses de soins de santé de huit pays en développement et en transition, et ont constaté que les catégories les plus riches sont davantage susceptibles d'aller chez le médecin ou de recevoir des médicaments, que les plus pauvres<sup>54</sup>. Selon Wilkinson, plus l'écart des revenus entre les riches et les pauvres croît, plus la santé de la population est mauvaise. Une distribution inéquitable des revenus est liée aux institutions économiques, politiques et sociales qui influent sur l'investissement dans le capital humain, y compris la santé<sup>55</sup>.

---

<sup>50</sup> Extrait du site de l'OMS: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/fr/>

<sup>51</sup> Extrait du site de l'OMS:

[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/)

<sup>52</sup> Deaton, Angus, « Health, Inequality and Economic development », *Journal of Economic Literature*, vol. XLI march 2003, pp. 113-158.

<sup>53</sup> Van Doorslaer, Eddy et al., « Equity in the delivery of health care in Europe and U.S. », *Journal of Health Economics*, vol. 19, 2000, pp. 553-583.

<sup>54</sup> Makinen, Marty. et al, « Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition », *Bulletin of the WH*, vol. 78, n° 1, 2000, pp. 55-65.

<sup>55</sup> Wilkinson, Richard G, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, UK, Routledge, 1996. pp.72-109.

La discrimination ethnique est un grand problème dans le domaine de la santé dans certains pays. Elle est une raison de la différence dans le recours aux soins et aussi les inégalités de la santé. Soneji *et al.* ont étudié le taux de mortalité du cancer colorectal aux États-Unis. Ils ont trouvé que les noirs américains ont une tendance moindre à avoir recours au dépistage et au traitement du cancer colorectal que les Blancs et le taux de mortalité de ce cancer chez les Noirs est plus forte que les Blancs<sup>56</sup>.

La profession et le statut de travail reflètent la classe sociale. Par exemple, les cols bleus et les cols blancs, les ouvriers et les fonctionnaires, les paysans et les universitaires, etc. Les travailleurs de statut inférieur s'exposent à la fois à des risques physiques et psychosociaux. Ils ont un plus grand risque d'accidents du travail et d'exposition à des substances toxiques. Par exemple, les travailleurs agricoles ont une plus grande probabilité d'être en contact avec des substances chimiques dangereuses que les employés de bureau. Cependant, certains accidents et maladies liées à l'urbanisation, par exemple, les accidents de la route, l'asthme, les cardiopathies, le diabète et des maladies mentales, tel que la dépression, l'insomnie et l'angoisse. Les conditions de travail et l'environnement de travail de certains groupes professionnels influencent la santé. La situation de l'emploi, par exemple, le chômage, ou la précarité, influencent le bien-être physique et mental.

Une meilleure éducation permet souvent aux individus d'avoir un bon travail, un bon revenu, de comprendre l'information médicale et de trouver le moyen d'y accéder. Une personne avec une meilleure éducation a tendance à utiliser plus de soins. Singh *et al.* ont constaté que les femmes ayant fait des études moyennes et supérieures étaient deux à trois fois plus susceptibles d'utiliser l'ensemble des soins prénataux que les femmes sans éducation. Et les femmes dont le mari avait au minimum terminé des études secondaires, étaient plus susceptibles d'utiliser des soins prénataux que celles dont les maris n'avaient reçu aucune éducation formelle, dans l'Inde rurale<sup>57</sup>. Liu *et al.* ont constaté que le groupe avec le plus haut niveau d'éducation avait une plus forte propension à utiliser les services ambulatoires, les services d'urgence et l'utilisation des technologies du diagnostic, en Chine<sup>58</sup>. En Bolivie entre 1999 et 2008, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

---

<sup>56</sup> Soneji, Samir et al., « Racial Disparities in Stage-Specific Colorectal Cancer Mortality: 1960-2005 », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n°10, 2010, pp. 1912-1916.

<sup>57</sup> Singh, Prashant Kumar, Rai, Rajesh Kuma, Alagarajan, Manoj & Singh, Lucky. « Determinants of Maternity Care Service Utilization among Married Adolescent in Rural India », *Plos ONE*,7(2), e3166, 2012.

<sup>58</sup> Liu, Gordon G. et al., « Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China », *Social Science and Medicine*, vol. 55, 2002, pp. 1779-1794.

était de 3,1 fois plus élevé chez les enfants de femmes sans éducation que ceux des femmes avec au moins un niveau secondaire de scolarité<sup>59</sup>.

### ***2.3 Le dilemme moral de l'allocation de ressources médicales***

La demande de santé et le coût de la santé augmente progressivement. Pour maîtriser les dépenses de santé, l'efficacité du système de santé était une préoccupation majeure pour tous les décideurs, y compris les économistes de la santé. Il y a eu un changement en 2001. L'OMS a publié le « Rapport sur la Santé dans le Monde 2001 »<sup>60</sup> qui a défini et a évalué la performance du système de santé de chaque pays membre. Ce rapport a proposé une nouvelle norme de mesure de la performance du système de santé : il s'agissait non seulement d'améliorer la santé de la population mais aussi de réduire des inégalités, de répartir la charge du financement du système de santé et d'assurer la satisfaction des malades. Cela a indiqué que l'utilitarisme qui dominait les décideurs depuis longtemps a été remis en question. Aujourd'hui, l'efficacité n'est pas la seule raison d'être du système de santé. L'amélioration de la santé de la population en économisant des ressources n'est pas considérée comme la seule justice distributive. Les décideurs doivent s'inspirer d'autres concepts.

Selon Beauchamp et Childress<sup>61</sup>, il y a quatre grands courants de pensée en matière de justice distributive dans l'allocation des ressources médicales : l'utilitarisme, l'égalitarisme, le libertarisme et le communautarisme. L'utilitarisme se concentre sur le principe d'utilité individuelle qui est la satisfaction et le bonheur. Il y a les liens entre l'utilité individuelle et la dimension sociale. L'utilitarisme cherche à maximiser non seulement le bien-être général de la société, mais aussi l'utilité de chaque individu. Alors, l'utilitarisme se concentre sur la répartition de ressources selon les besoins individuels et, en même temps, cherche à maximiser le bien-être social agrégé. Ce qui est juste au niveau individuel est une répartition des ressources respectant les besoins de chaque individu ; ce qui est juste au niveau collectif est une répartition des ressources maximisant le bien-être de la société.

---

<sup>59</sup> Extrait du site de Health in the Americas:  
[http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=pt](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=pt)

<sup>60</sup> World Health Organization, *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva, WHO, 2001.

<sup>61</sup> Beauchamp, Tom L. & Childress James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 1994. Aussi cité par Capp, Stan, Savage, Sally & Clarke, Valerie, « Exploring distributive justice in health care », *Australian health review*, vol.24, n°2, 2001, pp. 40-44.

L'État est l'acteur le plus important pour allouer les ressources à des groupes variés. Il doit identifier les bénéficiaires des ressources et les perdants.

L'égalitarisme se concentre sur l'égalité de traitement, l'égalité de chance, l'égalité de résultat ou de bien-être. Il reconnaît l'égalité des personnes au moins dans certains aspects et l'importance de les traiter comme égaux à certains égards. Pour répartir les ressources de manière égalitaire, il a besoin de l'intervention de l'État. Mais cette intervention doit venir d'institutions qui défendent la propriété privée jusqu'à un certain point. Les droits fondamentaux sont importants pour rendre égaux tous les membres de la société. L'État de droit est nécessaire pour définir et limiter le pouvoir de l'État.

Le libéralisme se concentre sur la loi naturelle, notamment, le droit à la vie et le droit de propriété. L'individu a le droit de posséder les choses en ne violant pas le droit des autres. L'État a le devoir de protéger la liberté et les droits de tous les membres de la société. Il doit intervenir dans la vie des individus au niveau minimal. Le marché libre est un outil efficace de réalisation de la justice distributive et de répartition des ressources dans lequel chaque individu connaît parfaitement ses besoins et échange ses ressources volontairement avec les autres personnes. Pour corriger des inégalités sociales, il faut respecter la liberté individuelle. L'État ne peut pas forcer quelqu'un à sacrifier ses ressources pour les redistribuer à d'autres. Mais l'individu peut volontairement choisir de faire des activités charitables pour aider d'autres personnes et contribuer à la société.

Le communautarisme respecte la norme et la valeur communautaire plus que la valeur universelle. La justice de l'allocation de ressources est encadrée par les normes et les valeurs communautaires qui peuvent être, dans certains cas, contradictoires avec la liberté et les droits fondamentaux. Cette approche repose sur des normes communautaires qui cherchent à déterminer le «bon», le «devoir» ou le «vertueux» par rapport à des traditions ou des contextes sociaux particuliers. Cela ne se traduit pas nécessairement que le système de santé dans une communauté offrant un accès égal à tous, si cette communauté arrive à une conclusion qui place certaines procédures et définit, quelle qu'en soit la raison, l'exclusion de certaines personnes<sup>62</sup>.

Cependant, dans certains cas d'allocation des ressources médicales, l'utilitarisme est en contradiction avec l'égalitarisme, le libéralisme ou le communautarisme. Il faut échanger entre l'efficacité, l'égalité, la liberté ou la norme communautaire. Les décideurs avec les idées différentes définissent différemment ceux qui seront les bénéficiaires de l'allocation

---

<sup>62</sup> Capp, Stan, Savage, Sally & Clarke, Valerie, « Exploring distributive justice in health care », *Australian health review*, vol.24, n°2, 2001, pp. 40-44.



de ressources médicales. Il n'est pas facile de réaliser la justice sociale et d'équilibrer les intérêts de chaque groupe dans une société pluraliste. Dans certaines situations, il est difficile d'allouer les ressources médicales de manière égalitaire et de préserver l'efficacité en même temps. Par exemple, un vieil homme et une petite fille visitent un hôpital avec la même maladie. Mais il n'y a qu'un service de soins. À qui est-ce que le médecin doit la donner? Si le médecin respecte l'égalité, il doit la diviser également entre cet homme âgé et cette petite fille. Ce sera plus compliqué si la moitié du service de soins disponible ne suffit pas à améliorer l'état de santé des deux personnes, c'est-à-dire si, pour respecter l'égalité, le médecin utilise les ressources médicales inefficacement. Dans une autre situation où on ne peut pas diviser ce service de soins, le médecin doit décider de le donner à l'un d'entre eux. Cependant, cela dépend de son jugement de valeur : si le médecin est utilitariste, il préfère de la donner à la petite fille, parce que son espérance de vie et sa productivité du travail sont plus grandes que celles d'homme âgé.

Dans certains cas, l'égalité est contradictoire avec la liberté. Par exemple, l'individu A est un homme qui travaille beaucoup et gagne des rémunérations supplémentaires. Il veut s'acheter des services de soins dans l'hôpital privé. La santé de monsieur A est meilleure que d'autres. Au point de vue de décideur égalitariste, cette situation est insoutenable. Pour égaliser la santé de tous les membres, il faut confisquer les rémunérations supplémentaires de A et les redistribuer aux pauvres. Dans ce cas, le droit de la propriété de monsieur A a été violé.

Les questions suivantes sont « Est-ce que l'utilitarisme peut se réconcilier avec les autres idées? Est-ce que l'efficacité est compatible avec l'égalité et comment? ». Dans certaines situations, l'égalité peut être compatible avec l'efficacité. Pour réduire des inégalités dans la société, le transfert de ressources des plus riches vers les plus défavorisés peut améliorer le bien-être social<sup>63</sup>. Parce que l'utilité marginale d'un euro des millionnaires est très peu en comparaison avec celle des pauvres. Le transfert d'un euro des riches aux pauvres peut réduire certaines inégalités sociales et améliorer l'utilité globale. Du fait que des inégalités sociales sont liées à la mauvaise santé, la réduction des inégalités sociales peut améliorer la santé collective ce qui est une bonne proposition pour réconcilier l'efficacité et l'égalité dans le domaine de la santé. Des exemples de politiques possibles pour diminuer les disparités en matière de santé comprennent la fourniture d'une sécurité

---

<sup>63</sup> Adler, Matthew, « The Pigou-Dalton Principle and the Structure of Distributive Justice », Working paper, May 2013. Extrait du site: <https://pdfs.semanticscholar.org/6e03/eb1c4fd6a1a1df81b474982044d3c17938c7.pdf>

sociale, l'accès égal aux soins pour les patients ayant des besoins égaux, la protection des droits des travailleurs en congé-maladie et des interventions ciblées de promotion de la santé aux personnes défavorisées. La modification de la structure de financement de la santé peut également réduire les inégalités sociales<sup>64</sup>.

Une autre proposition, la justice procédurale, est aussi importante que la justice de résultat. Pour réconcilier les divers courants quant à l'allocation de ressources, il faut trouver un consensus social. Il exige régulièrement une participation équitable aux décisions qui affectent la distribution de ressources médicales, et il faut également avoir des procédures équitables, telles que des moyens de faire appel de décisions défavorables. Selon Daniels, le processus équitable est une forme de la justice procédurale. Les éléments clés du processus équitable comprennent : 1°) la transparence des motifs des décisions pour que tous les membres acceptent des décisions raisonnables pour répondre équitablement aux besoins de santé et pour qu'il soit possible de réviser ces décisions; 2°) un processus équitable, qui soit réalisable et encourage tous les acteurs à participer à ces décisions; 3°) une bonne communication des motifs des décisions; 4°) il est possible de former toutes les parties prenantes pour réaliser la délibération sur l'allocation des ressources. La prise de décision dans le domaine de la santé est élargie à un processus de délibération démocratique<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> Lai, Timothy Y.Y. & Leung, Gabriel M., « Equity and efficiency in healthcare: are they mutually exclusive? », *HKJ Ophthalmol*, vol.16, n°10, 2012, pp. 2-5.

<sup>65</sup> Daniels, Norman, « Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles », *British Medical Journal*, 321(7272), 2000, pp. 1300-1301.

## CHAPITRE 2

### LES IDEOLOGIES RELATIVES AU SYSTEME DE SANTE EN THAÏLANDE

La médecine est un savoir et un pouvoir. Les connaissances médicales sont utilisées par l'État pour renforcer le pouvoir du gouvernement central, justifier son pouvoir de contrôle du corps de l'individu et façonner l'État-Nation. Les expériences historiques de chaque pays influencent l'évolution de la médecine et du système de santé. Foucault dit ainsi :

...Je crois que la ré-exploration de l'histoire de la médecine que nous pouvons faire présente un certain intérêt...

...la médecine ne doit pas être rejetée ni adoptée comme telle, que la médecine fait partie d'un système historique, qu'elle n'est pas une science pure, qu'elle fait partie d'un système économique et d'un système de pouvoir, qu'il est nécessaire de mettre au jour les liens entre la médecine, l'économie, le pouvoir et la société pour déterminer dans quelle mesure il est possible de rectifier ou appliquer le modèle...<sup>66</sup>

Dans les pays d'Europe occidentale, la médecine scientifique et humaniste remplaçait graduellement la médecine gréco-latine. Les interventions étatiques se sont progressivement substituées à la charité de l'Église, de la noblesse et des riches marchands. La politique de santé, en tant que politique publique, est devenue un outil politique pour l'État laïc.

Au contraire, en Thaïlande, les connaissances médicales scientifiques n'ont pas été créées au sein de la société thaïlandaise, mais elles ont été importées de pays étrangers par les missionnaires, les marchands et les diplomates. Les connaissances médicales thaïlandaises traditionnelles s'étaient accumulées depuis longtemps avant l'arrivée des connaissances médicales occidentales. Le bouddhisme a influencé la culture siamoise et a encadré la croyance et les notions de la vie et du corps. Les élites siamoises avaient une

---

<sup>66</sup> Foucault, Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? », Première conférence sur l'histoire de la médecine, Institut de médecine sociale, Université d'État de Rio de Janeiro, Centro biomedico, octobre, 1974. Acquis du site: <http://1libertaire.free.fr/MFoucault111.html>

grande influence sur la modernisation de la médecine. Les gouvernements nationalistes ont appliqué les connaissances médicales occidentales pour créer l'État-nation. Ces trois valeurs importantes ont formé l'idéologie relative au système de santé en Thaïlande et ont guidé la médicalisation de la Thaïlande différemment de celle des pays européens occidentaux.

## 1. La santé et les traitements médicaux dans le Siam prémoderne

### *1.1 Le concept de la vie, de la maladie et du traitement médical*

Toute vie passe par la naissance, la vieillesse, la maladie et la mort. La maladie est un problème individuel et social, et pas seulement une relation entre un patient et des pathogènes. La maladie, comme son traitement, résulte des interactions entre plusieurs personnes dans la société. L'histoire de la maladie, son traitement, varie selon la culture et l'accumulation des connaissances de la société. La culture thaïlandaise est très influencée par le bouddhisme, qui cherche à trouver le sens de la vie<sup>67</sup>.

Selon le bouddhisme, les caractéristiques de toutes les choses physiques ou consciences, y compris la vie, se fondent sur les trois marques de l'existence : อนิจจา (*anicca*), ทุกขา (*dukha*), อนัตตา (*anatta*). *Anicca* se réfère au fait que toutes les choses sont changeables. En réalité, il n'y a pas de choses qui ne cessent finalement d'exister. *Dukha* est le stress, l'insatisfaction et la souffrance. Personne, dans le monde physique ou le domaine psychologique, ne peut être éternellement satisfait. *Anatta* se réfère à non-soi. L'unité de l'existence est divisé en cinq agrégats : รูป (*rupa*, la forme matérielle), เวทนา

---

<sup>67</sup> Il y a des différents opinions au sujet de l'arrivée du bouddhisme dans le territoire où est actuellement la Thaïlande. Il y a une théorie que la propagation du bouddhisme dans ce territoire a commencé à partir de 307 ans avant le Christ où Asoka, le grand empereur indien, a envoyé des missionnaires bouddhistes à divers territoires dans le monde. Des évidences archéologiques à Nakornpathom, telles que, Dharma Chakra et les canons de Pali, ont prouvé l'arrivée du bouddhisme Theravada dans ce territoire au III siècle avant J.C. Bien que, les montées et les déclins de nombreux royaumes (Confédération du Fou-nan du I au VI siècle; Royaume de Dvâravatî du VI au XI siècle; Royaume de Haripunchai du VII au XIII siècle; Royaume de Lavo du VII au XIV siècle), l'influence du bouddhisme theravada existait. Le royaume de Sukothai (de 1238 à 1448) était le premier royaume des thaïs. Le roi Ramkamhaeng a soutenu Lankavamsa qui est le bouddhisme theravada de Ceylan. Par conséquent, le Pali remplaçait progressivement le Sanskrit dans les canons bouddhiques. Pendant l'ère Sukothai, le bouddhisme avait un rôle important dans la politique et la culture. Le roi Lithai a créé une littérature bouddhique, *Triphoom Phra Ruang*. La dernière explique la cosmologie bouddhiste qui soutien le karma et l'ordre verticale dans la société. Pendant l'ère d'Ayutthaya (de 1351 à 1767), la popularité du bouddhisme était importante. Il y avait beaucoup de temples et de pagodes qui étaient les lieux pour l'éducation, pour fournir les soins de santé et était les centres culturelles des thaïlandais.

(*vedana*, le sentiment), *สัจญญา* (*sanna*, la perception), *สังขาร* (*sankhara*, la disposition) et *วิญญานาณ* (*vinnana*, la conscience), qui ne sont pas durables et changent dans le temps.

La vie est une unité de l'existence qui est impermanence et fragilité. Mais la mort est certaine et constitue une partie importante dans la vie. Naturellement, l'état physique et spirituel de chacun fluctue selon le temps. La vie est la souffrance. Le bonheur est incertain, existe seulement pendant une période, et puis disparaît. La vie est remplie de douleur, de misère et de mécontentement. Contrairement au christianisme, il n'y a pas de vie éternelle après la mort. Pour le bouddhisme, la vie est un processus sans début ni fin : la vie et la mort sont deux phases du cycle. L'homme est enfermé dans le cycle de la vie et de la mort, *สังสารวัฏ* (*Samsara*). *Samsara* est le cycle de souffrance qui répète éternellement la naissance et la mort et qui découle de la saisie des êtres ordinaires. L'homme renaît pour faire face au bonheur et à la douleur dans la vie, et puis la mort qui est une forme de souffrance et inévitable. La continuité et la durée du cycle de la vie et de la mort de chaque individu est incalculable. Cependant, l'emprisonnement dans le *samsara* est le résultat de ses propres actions, *กรรม* (*karma*). L'objectif des bouddhistes est de chercher la manière de terminer ce cycle de souffrance pour obtenir le *นิพพาน* (*nibbana*) dans lequel il n'y a plus ni vie, ni mort. Le bouddhiste croit au *karma*. Selon L. Gabaude<sup>68</sup>, le *karma* est un acte accompli volontairement, en toute conscience. Les actes involontaires ou inconscients sont considérées moralement neutres. La loi du *karma* se base sur la relation entre les causes et les conséquences. L'individu souffre inévitablement les conséquences bonnes ou mauvaises de ses propres actes. La croyance au *karma* est liée aussi au *samsara*. Ceux qui faisaient du bien dans la vie dernière, sont récompensés dans la vie actuelle. Par contre, la souffrance dans la vie actuelle est la conséquence des mauvais *karmas* de la vie précédente.

En ce qui concerne le corps, le bouddhiste croit que le corps se compose de l'état physique et spirituel dont la fonction est interdépendante et inséparable. Pour atteindre une bonne santé, un bon état psychique, un bon fonctionnement et l'efficacité de tous les organes du corps sont nécessaires. Les organes du corps sont classifiés selon les quatre éléments primordiaux : la terre (le solide), l'eau (le liquide), le feu (la combustion) et l'air (la ventilation). Les organes classés dans le groupe de la terre sont les cheveux, les ongles,

---

<sup>68</sup> Gabaude, Louis, « Approche du bouddhisme thaï », in Doyet Stéphane & Ivanoff, Jacques (éds.), *Thaïlande contemporaine*, Thaïlande, IRASEC, 2011, p. 24.

les dents, la peau, les tendons, les os, le cœur, le foie, la rate, la moelle, le poumon, le côlon, le foie et les reins. La bile, les crachats, la lymphe, le sang, la sueur, les larmes, la glaire, la salive, relèvent du groupe de l'eau. L'énergie, la chaleur produite par le corps, du groupe du feu. Le gaz contenus dans les viscères et le souffle, du groupe de l'air.

Le fonctionnement normal des organes du corps est le résultat de l'harmonie et de l'équilibre de ces quatre éléments primaires ; leur déséquilibre engendre des maladies. Pour restaurer la santé, on donne des soins au patient afin de modifier et d'équilibrer ces quatre éléments. L'objectif du traitement ne se concentre pas seulement sur la restauration d'un organe ou d'une partie du corps qui fonctionne anormalement, car chaque partie du corps humain est organiquement liée à toutes les autres parties. Cependant, le corps, comme toutes les autres choses, est toujours dans un état de changement, de déclin et de décomposition. La santé n'étant pas durable, il est impossible de maintenir une santé parfaite.

Selon le bouddhisme, pour atteindre la bonne santé spirituelle, il est nécessaire de développer une vision correcte de soi, d'accepter la réalité de la vie, qui est impermanente, pleine de souffrance, et incertaine. Le bon esprit ne se base pas sur l'égoïsme, la richesse, ou le désir. La santé mentale dépend de notre pouvoir d'éradiquer les états mentaux négatifs, *อกุศลจิต (akusala-citta)* telles que *โลภะ (lobha, l'avidité)*, *โทสะ (dosa, la haine)* et *โมหะ (moha, l'illusion)*. La pratique morale des cinq préceptes *ศีล (sila)* et la méditation *ภาวนา (bhavana)* sont nécessaires pour contrôler les causes du mauvais esprit. Les cinq préceptes visent à prohiber le meurtre, le vol, l'inconduite sexuelle, le mensonge et la consommation d'alcool et de stupéfiants.

Le concept de santé, pour le bouddhisme, se base sur une approche holistique. La santé dépend du fonctionnement normal de la santé physique et mentale, l'équilibre entre les quatre éléments du corps, et aussi de l'environnement. Les saisons, l'âge, le temps, le lieu, et les comportements individuels peuvent influencer la santé. Par exemple, la résidence d'un patient au moment de l'apparition de la maladie peut être chaude ou froide, ce qui peut perturber l'équilibre des quatre éléments et donc produire des maladies. En outre, on croit que le pouvoir surnaturel, par exemple, les esprits des ancêtres, de la forêt, sont une cause de maladie.

Le concept de santé et de maladie implique aussi la croyance au *karma* et au *samsara*. Dans la perspective bouddhiste, la bonne santé est le résultat d'un bon *karma*, et la mauvaise santé, d'un mauvais *karma*. La santé dépend du mode de la vie, de la façon de penser. La maladie est la conséquence des mauvais comportements individuels en matière de santé. Une maladie causée par un mauvais *karma* ne peut pas être guérie, si ce mauvais *karma* n'a pas encore été éliminé. En outre, la maladie n'est pas seulement la conséquence des actes de la vie présente mais aussi de la vie précédente. De point de vue bouddhiste, la morale a un lien important avec la santé. Les pratiques spirituelles sont cruciales pour la promotion, la prévention et la restauration de la santé.

La culture populaire et les croyances de l'Asie du Sud-Est, qui existaient dans la société siamoise avant l'arrivée du bouddhisme, avaient des concepts différents de la vie et de la maladie. Les croyances du folklore siamois ont été mélangées avec le bouddhisme, l'hindouisme, la culture khmère et la culture chinoise. Influencés par l'hindouisme, les Siamois croyaient et respectaient des dieux et des demi-dieux, et croyaient aussi aux superstitions et au monde spirituel dans lequel il existe de nombreuses sortes d'esprits, orientés vers le bien ou le mal, avec de bonnes ou de mauvaises répercussions. *Phi* (ผี - l'esprit), une puissance invisible, peut être de plusieurs types. Certains fantômes, issus de morts inattendues, sont des esprits mauvais qui peuvent posséder un corps humain et révèlent des symptômes désagréables et des maladies incurables, par exemple, la schizophrénie ou des symptômes psychologiques. Certains fantômes peuvent donner de la fortune et de bonnes choses à l'humain, si nous communiquons et vivons en paix avec eux, par exemple, *Phi Pou* (ผีปู่ - fantôme ancêtre), qui veut protéger ses descendants. *Phi paa* (ผีป่า - les esprits de la jungle), (ผีเขา - *Phi khau*, les esprits de la montagne), *Phi nang mai* (ผีนางไม้ - l'arbre-esprit féminin), *Phi pluak* (ผีปลวก - les esprits des termites), tous ces fantômes sont liés à des lieux et des environnements. Pour être guéri, nous devons trouver des mesures concernant le *phi*, par exemple, pour exorciser l'esprit maléfique du corps du patient ou demander des aides à l'esprit bon, etc. De plus, les Thaïs croient au *kwan* (ขวัญ) comme une chose non substantielle supposée résider dans le corps physique d'une personne. Lorsque le *kwan* est effrayé, il prendra son envol vers le désert et ne reviendra pas avant que l'individu retrouve son soi-même<sup>69</sup>. Perdre le *kwan* entraîne des effets

<sup>69</sup> Anuman Rajadhon, *Essays on Thai folklore / by Phraya Anuman Rajadhon*, Institute of Thai Studies, Chulalongkorn University, Bangkok, 2009, p.228.

indésirables, y compris dont la maladie et le malheur. La cérémonie *tham kwan* (ทำขวัญ) est couramment pratiquée pour le rappeler au corps.

### ***1.2 La fourniture de traitements médicaux***

La Médecine Traditionnelle Thaïlandaise (MTT) a été la combinaison de 3 principes. Premièrement, la médecine traditionnelle indienne *อายุรเวท (ayurvédique)*, orientée vers les traitements à base de plantes, de massages, de chirurgie, et d'autres traitements de l'empire des Indes. Deuxièmement, la technologie médicale et les techniques de diagnostic de l'empire chinois. Troisièmement, la médecine traditionnelle siamoise qui se base sur les pouvoirs surnaturels ou le folklore<sup>70</sup>.

Dans le passé, les professionnels de santé pouvaient être classés en trois groupes: *moh rat* (หมอราษฎร์ médecin du peuple), moine et *moh luang* (หมอหลวง le médecin royal). Le *moh rat* était un laïc qui pratiquait la médecine et gagnait sa vie en fournissant des soins de santé aux villageois. Les connaissances médicales traditionnelles des Thaïlandais à cette époque ne pouvaient pas être considérées comme constituant d'une discipline. Il n'y avait pas d'institutions médicales ou d'universités et les connaissances étaient transmises de manière informelle de génération en génération, souvent sous forme orale, puisqu'il y avait peu de manuscrits médicaux. L'expertise du médecin dépendait en grande partie des expériences pratiques. Toute personne pouvait acquérir des connaissances médicales locales et fournir des soins de santé de base. Dans un rapport du Dr. Malcolm Smith, un médecin royal du Roi Rama V, a dit que:

...Les *Moh Rat* forment un groupe qui joue un rôle clé quand je suis venu au Siam. Ils ne possèdent pas de postes fixes. Les meilleurs entre eux sont formés un peu, les autres ne sont pas totalement formés. Celui qui a lu seulement un ou deux livres médicaux se fait appeler médecin. En cas de succès du traitement de patient, il est estimé. Si, le médecin guérit son patient avec succès, il obtient sa rémunération qui varie de 8 à 20 bahts selon la maladie et

---

<sup>70</sup> Khumthong, Chanet Wallop, « The Politics and Socio-Economic Transformation of the Thai Health Care System », in Cheungsatiansup, Komatra & Mooksong, Chatchai (éds.), *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย* [La frontière des connaissances et de l'histoire de la médecine et de la santé publique en Thaïlande], Thaïlande, la Fondation de Komol Keemthong, 2005, p. 121.



l'état du patient. Le médecin est payé lorsque l'état du patient est meilleur. Bien qu'il ait perdu du temps et d'argent, en cas d'échec, il ne gagne rien...<sup>71</sup>

Selon la culture siamoise, il n'y avait pas d'établissement permanent de santé, comme l'Hôtel-Dieu au Moyen Age en France, pour hospitaliser ou placer le patient à l'écart de la société. Le patient était laissé à son domicile. C'était la responsabilité du ménage, c'est-à-dire de la femme ou d'un aîné, d'aider les membres de la famille. Si la maladie était très grave, il était de la responsabilité de la communauté de chercher un *moh rat* ayant une expertise dans les traitements médicaux dans le village ou le quartier.

La guérison traditionnelle était un mélange d'arts. Les médecins posaient des questions sur l'histoire du patient et de sa famille, les comportements et la date de naissance du patient, les antécédents passés et actuels de la maladie. Ils examinaient ensuite le corps et l'esprit du patient pour étudier les symptômes et déterminer les quatre éléments primordiaux du patient et leur déséquilibre<sup>72</sup>. Certains d'entre eux appliquaient des connaissances astrologiques pour diagnostiquer une maladie influencée par un pouvoir surnaturel et le *karma*. La prescription à base de plantes était la principale forme de traitement. Les recettes pouvaient être trouvées dans des objets personnels tels des cahiers et des grimoires, mais aussi sur des documents collectifs tels que ceux gravés sur les stèles et les murs des temples, auxquels tout le monde pouvait accéder. La phytothérapie a également été organisée en accord avec les quatre éléments primordiaux. Pour connaître les propriétés des médicaments, les médecins devaient goûter leur saveur. Il y avait neuf saveurs différentes : amère, aigre, douce, piquante, salée, astringente, aromatique, huileuse et toxique, qui avaient des propriétés différentes pour contrer les éléments déséquilibrés et guérir les maladies<sup>73</sup>. Cependant, d'autres interventions étaient aussi courantes, comme des massages de yoga. Les interventions chirurgicales dans certains cas rares étaient pratiquées, notamment après l'arrivée de la médecine occidentale au Siam à l'époque du royaume d'Ayutthaya.

Du fait de l'absence de la théorie du germe à ce moment-là, il était impossible d'appliquer des mesures de prévention de santé dans la société. Les catastrophes causées

<sup>71</sup> Jamjaras, Piman, (trans.), หมอฝรั่งในวังสยาม โดย มัดคอคอดม สมธิ [Smith, Malcolm, *A physician at the Court of Siam*] texte intégral en thaïlandais moderne avec introductions et notes, Bangkok, Sangdao Publishing, 4<sup>e</sup> édition, 2008, p.240.

<sup>72</sup> Mulholand, J. « Thai traditional medicine: Ancient thought and practice in Thai context », *Journal of the Siam Society*, 67, 1979, pp. 80-115.

<sup>73</sup> Salguero, C. Pierce, *Traditional Thai Medicine: Buddhism, Animism, Ayurveda*, US, HOHM Press, 2007, pp. 49-53.

par des pandémies ont été difficilement maîtrisées. Pour lutter contre les pandémies au niveau collectif, on a distribué des médicaments et procédé à des cérémonies rituelles. Le roi organisait des cérémonies pour améliorer le moral du peuple. Dans les cas d'extrême gravité, le roi pouvait ordonner à son peuple d'évacuer la ville pour se rendre dans une autre ville. Au niveau individuel, on croyait que des fantômes étaient la cause des pandémies. On prenait donc des mesures surnaturelles, par exemple, en plaçant des *Pah Yan* ( *ผ้ายันต์* -amulettes) sur la porte du domicile, etc.<sup>74</sup> Pour cette raison, les temples bouddhistes, qui fournissaient des amulettes, jouaient un rôle important dans la guérison des maladies.

L'ordre monastique bouddhique contribue à la santé et au traitement médical depuis plus de 2500 ans. Parce que, la santé est nécessaire à la pratique de ses activités religieuses et que le bouddhisme prône la charité, le bouddhisme a joué un rôle important dans le développement de la médecine traditionnelle indienne *ayurvédique*. Selon une légende, le rôle du bonze comme soignant a commencé quand un bonze a été malade. Personne n'avait ausculté le corps du bonze et il avait été laissé plusieurs jours sans traitement. Par conséquent, Bouddha a déclaré :

...Vous, ô moines, n'avez ni père ni mère qui pourrait vous soigner. Si, ô moines, vous ne vous soignez pas les uns les autres, qui, alors, va vous soigner? Il faut soigner les malades...<sup>75</sup>

Les soins aux bonzes malades étaient du ressort des bonzes. Un système de santé monastique a été développé pour leur fournir des soins ; de plus, des médecins laïcs ont soigné les bonzes sans rémunération, comme *Jivaka*, le médecin personnel du Bouddha, aujourd'hui regardé comme le père de la MTT. Cependant, parce que l'ordre monastique dépendait en grande partie du soutien économique des laïcs dans le village, cette fonction a été étendue pour fournir des soins de santé au-delà des seuls moines. La médecine monastique a été élargie à la société ; les bonzes ayant des connaissances médicales ont été obligés de soigner non seulement les autres bonzes, mais aussi d'autres personnes, faisant du temple bouddhiste un centre de services médicaux.

<sup>74</sup> Tapaneeyakorn, Yuwadee, *วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุทธรัชการพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว* [L'évolution de la médecine thaïlandaise de l'antique à la règne du Roi Rama V], mémoire de la faculté de littérature de l'Université Chulalongkorn, Bangkok, 1979, pp. 21-23.

<sup>75</sup> Zysk, Kenneth, *Asceticism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*, UK, Oxford University Press, 1991, p.41.

La maladie et son traitement plongent dans le passé de la société thaïlandaise, autour du temple, cœur de la vie communautaire, rythmant la vie quotidienne des personnes, de la naissance jusqu'à la mort. Depuis l'arrivée du bouddhisme en Thaïlande, le temple a été le centre d'accumulation des connaissances, y compris en médecine, certains des bonzes étant également médecins. Cependant, comme il a été mentionné, la croyance aux pouvoirs surnaturels signifiait que les maladies n'étaient pas seulement le résultat du déséquilibre des quatre éléments du corps, mais aussi des fantômes du monde invisible qui possédaient le corps du patient. Donc, la thérapie se compose de soins destinés au corps physique et de soins destinés à l'âme. C'était le médecin qui soignait le corps physique des patients, et le bonze qui soignait l'âme. Le *Moh rat* guérissait la maladie physique, et les moines traitaient la maladie spirituelle par la prière, la méditation, des pratiques divinatoires, comme des sorts magiques, de l'aspersion d'eau, des incantations, des offrandes à l'esprit du sol, des cérémonies rituelles, des tatouages, des amulettes. Ces pratiques étaient effectués également par des chamanes ou des médium. Les temples bouddhistes étaient non seulement des lieux de la dévotion religieuse, mais ils étaient aussi le centre des soins et des pratiquants de la santé.

Depuis le royaume d'Ayutthaya jusqu'à la révolution démocratique de 1932, le pouvoir de la monarchie absolue a été renforcé par l'influence du brahmanisme. Du bouddhisme et de la notion de *Karma* découlait une société hiérarchisée, où la classe sociale de chacun était déterminée depuis la naissance. Le roi était en position de suprématie dans la société, parce qu'il avait accumulé un mérite suprême dans plusieurs vies antérieures. Ce mérite suprême pouvant être épuisé, le roi, en tant que bouddhiste, devait préserver la gloire du bouddhisme, ce qui est la meilleure façon de faire le bien. Qualifié de « เจ้าชีวิต » (*Chao Chivit*, Seigneur de la vie), le roi était perçu comme une réincarnation de dieux hindous.

Dans le passé, la bonne santé individuelle dépendait du comportement et du *karma* de l'individu. La famille et la communauté devaient s'occuper des malades. Ce n'était pas le devoir du gouvernement. Le roi ne donnait la priorité qu'à sa propre santé et à celle de la famille royale et des vassaux ayant une relation très proche avec le palais. De plus, le roi monopolisait les meilleurs professionnels de santé, les médicaments et les ressources médicales. La Cour convoquait au palais royal les meilleurs *moh rat*, ceux qui avaient un taux de succès élevé de guérison et une bonne réputation. Ils étaient nommés avec le titre de *moh luang* et recevaient un salaire provenant du Trésor royal. Leur rôle principal était

de s'occuper de la santé du roi, de la famille royale, et des nobles. En outre, ils avaient le devoir de voyager partout dans le pays et recueillir des plantes médicinales rares pour la pharmacie royale. Les *Moh luang* étudiaient des manuels médicaux anciens afin d'améliorer les manuels médicaux royaux et les recettes conservées exclusivement dans le palais royal. Ils étaient honorés avec un statut social plus élevé que celui des autres médecins. Ils recevaient souvent une rémunération spéciale de leurs patients.

Ce n'est que dans certaines situations où la situation sanitaire pouvait avoir une incidence sur la stabilité politique et économique, comme lors des pandémies de choléra, de variole ou de peste, que le roi fournissait des soins de santé à ses sujets par obligation morale. En tant que bon bouddhiste, le roi offrait des terrains et de l'argent aux temples qui lui procureraient un bon *karma* et dont les moines préparaient les rituels et fournissaient des soins de santé.

En conclusion, la relation entre le patient et le médecin était établie sur une base de réciprocité. Le médecin soignait le patient, et le patient payait des honoraires, sauf en cas d'échec du traitement. La fourniture des soins se basait alors sur le mérite et les relations communautaires. Il ressortissait de la responsabilité familiale et communautaire de fournir les soins aux patients, et n'était pas le devoir du gouvernement central. La bonne santé d'un individu dépendait de son comportement, de ses *karma*. La rémunération et la réputation d'un médecin était fonction de ses compétences et du nombre de guérisons. Le bouddhiste offrait de la nourriture aux bonzes, et du travail et des dons aux temples. Et les bonzes faisaient les rituels, et soignaient les maladies spirituelles.

La médecine occidentale est arrivée au royaume du Siam au XVI<sup>e</sup> siècle. En 1511, Antonio de Miranda de Azevedo, chef de mission à l'ambassade du Portugal, introduisit des onguents sur le territoire du Siam, à l'origine uniquement parmi les Portugais. Au cours de XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, les missionnaires chrétiens et les diplomates ont été les principaux acteurs de l'expansion de la médecine occidentale au Siam. Par exemple, en 1669, le patriarche Louis Laneau a établi le premier hôpital permanent à Ayudhaya en fournissant de la médecine occidentale, de l'onguent et de l'eau bénite à 200-300 personnes chaque jour. Ce bâtiment pouvait également accueillir des patients hospitalisés. En outre, certains médecins et moines occidentaux ont fourni des soins de santé aux élites et à la

famille royale. Par exemple, le roi Narai a choisi M. Paumart comme médecin royal et Daniel Brocheboudre comme chirurgien royal<sup>76</sup>.

L'expansion de la médecine occidentale comme celle des nouveaux professionnels de santé dans le royaume siamois faisaient de la médecine occidentale un concurrent majeur de la MTT. Premièrement, la plupart des religieux était médecins et fournissaient des soins aux Siamois afin de les convertir à leur religion. La charité était le motif principal des activités de ces missionnaires, à la différence de la relation de réciprocité entre les médecins siamois et leurs patients. Des religieux chrétiens fournissaient des médicaments occidentaux gratuitement aux patients à la seule condition que les patients devraient prier et remercier Dieu.

Deuxièmement, la médecine occidentale reposait sur des connaissances scientifiques et était plus efficace. Elle a fourni de nouvelles méthodes de traitement, par exemple, la séparation entre le lieu d'hospitalisation et la résidence, la chirurgie avec les connaissances de l'anatomie et de la physiologie, des nouvelles recettes de médicaments avec des connaissances de la pharmacologie. Par contre, la pratique de la MTT était inconsistante et n'était pas pertinente. Les programmes d'enseignement reposaient sur quelques manuels classiques qui n'avaient pas été développés. Nicholas Gervaise, ambassadeur du roi Louis XIV, a critiqué l'incompétence des médecins siamois:

...Il est dommage que ces médecins ne reconnaissent pas les symptômes des autres maladies. Leurs recettes médicales sont préparées sans les études et les pratiques théoriques. Ces médecins ont certaines connaissances de la chimie. La préparation de leurs recettes médicales serait meilleure, s'ils connaissaient les propriétés des herbes utilisés pour les médicaments...<sup>77</sup>

Ainsi, il n'est pas surprenant que la médecine occidentale ait commencé à avoir un impact sur la MTT. L'acceptation de la MTT chez les Siamois, en particulier les gens instruits, est progressivement descendue dans la société. La médecine occidentale a commencé à être acceptée par les élites et la famille royale. Par exemple, le manuel médical du roi Narai a été écrit par neuf médecins royaux et deux d'entre eux étaient des médecins occidentaux. Dans le texte, la liste des médicaments comprenait des onguents et

---

<sup>76</sup> Chokwiwat, Wichai & Cheungsatiansup, Komatra (éds.), *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ* [ La chronique: l'histoire de la santé], Banakok, Suksala, 2013, pp 40-63.

<sup>77</sup> *Ibid.*, p.57.

d'autres recettes médicales occidentales<sup>78</sup>. Cependant, la MTT était encore populaire parmi les Siamois et restait la médecine principale de la société<sup>79</sup>. Les maladies et les traitements traditionnels étaient liés aux croyances et à la culture locale ; il a donc fallu beaucoup de temps pour accepter les nouveaux traitements des étrangers. Pour le palais, le poste de *Moh Luang* était établi depuis longtemps, ce qui fait qu'il a été conservé au titre de la tradition royale. Le traitement était un rituel sacré qui a été préservé.

Les rois ont joué un rôle dans l'équilibre entre ces deux types de médecine et les ont soutenus. Par exemple, pour améliorer les relations avec les pays étrangers, le roi Narai a offert des terrains et de l'argent pour construire un monastère catholique et un hôpital sur la rive nord du fleuve *Chao Phraya* en 1674. En 1682, pendant la pandémie de variole, il a donné deux bateaux et quelques équipages aux missionnaires chrétiens pour qu'ils puissent circuler dans le royaume et fournir des médicaments aux patients. En 1789, le roi Rama I de la dynastie des *Chakri* a commencé à faire revivre la MTT en rassemblant des textes médicaux dans tout le royaume pour les faire conserver au temple royal *Wat Pho*<sup>80</sup>.

## 2. La médecine et la modernisation de l'État

### 2.1 *L'intervention sur la santé de la population dans le système monarchique traditionnel*

L'environnement politique au XIX<sup>e</sup> siècle a poussé le roi Rama IV et ses descendants à moderniser le pays. La médecine était un domaine de la modernisation. Les connaissances scientifiques médicales étaient un symbole de civilisation et modernisation. La Cour siamoise s'est engagée de plus en plus dans la médecine occidentale, pour améliorer de la santé de la population, pour plusieurs raisons :

1°) L'échec de la MTT, notamment pour empêcher les dommages des maladies des membres de la famille royale, a été un motif pour que le roi Rama IV fasse de plus en plus confiance à la médecine occidentale et de moins en moins à la MTT. Par exemple, en 1887, un enfant du roi est mort de dysenterie. Le roi était très triste. Il a lancé le projet de créer un établissement permanent de santé avec l'hôpital Siriraj. L'hôpital a été achevé

<sup>78</sup> Chumpol, Pratheep, *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย* [L'histoire de la médecine thaïlandaise], Bangkok, Odien Store, 2011, p. 67.

<sup>79</sup> Tantipidok, Yongsak, « การแพทย์แผนไทย: วาทกรรมสร้างรัฐชาติ วิทยาศาสตร์และภูมิปัญญา » [La médecine traditionnelle thaïlandaise: un discours de la création de la Nation, des sciences et des connaissances], un article soutenu par le centre d'anthropologie de la princesse Sirindhorn, 2003, p.6.

<sup>80</sup> Chokwiwat, Wichai & Cheungsatiansup, Komatra (éds.), *op. cit.*, p.69.

pendant le règne de son fils, le roi Rama V. L'influence de la médecine occidentale dans le Palais est devenue de plus en plus importante. *Pinklao*, vice-roi sous le règne du roi Rama IV, a établi un Département de la médecine occidentale dans son Palais. Le grand hôpital de *Wang Lang* a été fondé en 1886. Cependant, cette influence ne s'étendait qu'aux élites.

Le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité maternelle étaient très élevés à cause des méthodes traditionnelles d'accouchement. À ce moment-là, seules les *Moh Tam Ya* (หมอดำแย - sage-femme traditionnelle) étaient chargées d'aider aux accouchements. L'accouchement était une responsabilité réservée aux femmes et les hommes ne pouvaient pas intervenir. Toutes les sages-femmes ne maîtrisaient pas l'anatomie ou la médecine. Les accouchements s'effectuaient au domicile des mères. La méthode était naturelle. Pendant l'accouchement, la sage-femme poussait avec ses mains ou pieds très fort sur le ventre de la femme enceinte. Il n'y avait ni stérilisation, ni gestion de la douleur, ni suture pour réparation vaginale, ou autres interventions médicales. Les sages-femmes ne pouvaient pas assurer une issue correcte aux accouchements dans les cas complexes.

Pendant la période de postpartum, du fait de la croyance traditionnelle, les mères étaient maintenues à domicile, selon un rite qui s'appelle *Yu Fai* (ยุไฟ). Elles étaient installées dans une chambre où l'on allumait un grand feu à côté d'elles pendant une période d'une semaine à un mois. On pensait que cette méthode aidait à équilibrer la température dans le corps, à faire sécher le liquide amniotique et, également, à exorciser les *phi*. Bien que, dans certains cas, des mères aient été brûlées, elles ont préféré conserver cette méthode et refuser la médecine occidentale. En 1842, le Dr. Bradley, un missionnaire américaine, a publié un livre d'accouchement moderne et l'a distribué dans la société. Cependant, personne ne s'y est intéressé, parce que, en introduction, Bradley exposait la croyance chrétienne sur l'origine de l'homme, rendant la nouvelle méthode d'accouchement totalement opposée aux croyances des Siamois<sup>81</sup>.

Le roi Rama IV a remarqué l'importance de l'introduction de la médecine occidentale dans l'accouchement pour éviter des catastrophes intolérables. L'accouchement moderne a été appliqué, la première fois, pour la famille royale. Le roi a invité le Dr. Bradley au Palais pour traiter une concubine immobilisée par la pratique du *Yu Fai*. Il était satisfait par la médecine occidentale et a fait des efforts pour convaincre ses concubines d'accepter

---

<sup>81</sup> Tapaneeyakorn, Yuwadee, *op. cit.*, 1979, pp. 98-108.

la nouvelle méthode d'accouchement. Cependant, l'accouchement restait l'affaire de la femme. Même s'il était le roi et le mari, Rama IV n'a pas réussi à convaincre ses concubines. La coutume royale en matière d'accouchement a été plus forte que le pouvoir du roi <sup>82</sup>.

L'objectif du roi Rama IV a été réalisé sous le règne du roi Rama V. En raison des inconvénients du *Yu Fai*, la reine Saovabha Pongsri, épouse du roi Rama V, a ordonné de supprimer et d'interdire le *Yu Fai* dans le Palais. Il a été remplacé par les soins modernes de postpartum. Cependant, l'accouchement moderne fut d'abord réservé aux riches ou aux gens instruits à Bangkok. Le roi Rama V et la reine Saovabha ont voulu changer les croyances des Siamois, en donnant quatre bahts et les fournitures nécessaires à chaque mère qui acceptait l'accouchement moderne et refusait le *Yu Fai*. En outre, sous le patronage de la Reine, une école de sages-femmes a été établie pour former aux méthodes modernes d'accouchement <sup>83</sup>.

Deuxièmement, les épidémies se propageaient fréquemment dans le royaume: choléra en 1820, 1849 et 1860; variole en 1836; peste noire en 1904. Ces grandes épidémies affectaient non seulement les Siamois ordinaires, mais aussi l'armée. Le choléra et le paludisme se propageaient parmi les soldats siamois, avec pour résultat de nombreux décès et des échecs militaires. Les médicaments de la MTT ne pouvaient pas guérir le paludisme, à la différence de la quinine. Pour cette raison, le roi Rama IV, et puis les rois Rama V et VI, ont voulu moderniser la médecine au Siam et la médecine militaire en introduisant la médecine occidentale. Le roi a donné une bourse à un fonctionnaire, *Tienhee Sarasin*, pour suivre des études de médecine aux États-Unis. Après avoir réussi ses études, M. Sarasin a travaillé comme médecin militaire. Lors des guerres, le roi Rama V a ordonné d'établir des hôpitaux temporaires pour soigner des soldats infectés par le choléra. Ces établissements étaient un prototype pour développer le premier établissement permanent de santé, l'hôpital Siriraj. En hommage à son père, le roi Rama V a pris sur son budget propre pour accélérer la construction de l'hôpital. Du fait que ce budget de construction venait de sa poche, Rama V a donné à un des bâtiments le nom de ตึกเสาวภานาคีรัตน์ (bâtiment de Saovabhanakeerat), pour honorer une de ses concubines décédée <sup>84</sup>. Cette norme est toujours populaire en Thaïlande. Presque tous les bâtiments de l'hôpital portent les noms

---

<sup>82</sup> *Ibid.*, pp.100-108.

<sup>83</sup> Chokwiat, Wichai & Cheungsatiansup, Komatra (éds.), *op. cit.*, p.129.

<sup>84</sup> *Ibid.*, pp. 117-127.



de membres de la famille royale. L'hôpital Siriraj, où l'on fournissait des soins de médecine occidentale et de MTT, a été établi en 1888. L'école de médecine Siriraj pour l'enseignement de la médecine occidentale a été fondée en 1889. Le roi Rama VI a créé l'hôpital Chulalongkorn en 1914 et l'hôpital militaire en 1917. Et plusieurs établissements et instituts de la santé, comme la Croix Rouge, l'Institut Louis Pasteur, l'institut de traitement de la peste, etc., ont été établis par collaboration entre la famille royale et les Occidentaux. La famille royale a eu une grande influence sur la faculté de médecine, développant une relation étroite avec la fondation Rockefeller spécialisée dans la recherche scientifique et la formation de médecins occidentaux. Cependant, la plupart des efforts se sont dirigés vers le traitement médical plutôt que vers la prévention.

Troisièmement, l'urbanisation. Au cours de la dynastie de Thonburi et de la dynastie Chakri, la population urbaine et l'urbanisation ont augmenté en raison du déclin du système hiérarchique *Sakdina*. Pour expliquer l'origine de *Sakdina*, en théorie, le royaume siamois était gouverné par une monarchie absolue : le roi était l'origine de toutes les lois et il était le chef du gouvernement. En pratique, à cause de la limitation des technologies de communication et de transport, le pouvoir central ne pouvait pas couvrir tous les territoires du royaume. À l'époque d'Ayutthaya, le roi avait beaucoup de difficulté à garder le contrôle des puissants seigneurs et des centres périphériques. Plusieurs mesures ont été adoptées, comme l'intermariage avec les grandes familles, mais ce processus de décentralisation ne pouvait pas supprimer des conflits entre le gouvernement central et ces centres périphériques<sup>85</sup>.

Le contrôle de la main-d'œuvre était crucial pour le pouvoir économique et politique du gouvernement central : davantage de travailleurs permettaient plus de productivité, de revenus fiscaux. La disponibilité de la main d'œuvre facilitait le recrutement militaire lors des conflits entre le gouvernement central et les autres centres périphériques. Cependant, le gouvernement ne pouvait pas intégrer n'importe quel roturier dans le système administratif. Le système *Sakdina* augmentait l'efficacité de la main-d'œuvre. Le *Sakdina* était un titre que seul le roi pouvait donner aux membres de la famille royale, aux fonctionnaires, ou aux roturiers. Le *Sakdina* aussi reflétait le nombre de terrains et de main-d'œuvre que cette personne avait le droit d'exploiter. Chaque roturier (*phrai*) devait s'inscrire sous un tuteur (*nai*) qui était un noble. La relation *nai-phrai* était une relation

---

<sup>85</sup> Mead, Kullada Kesboonchoo, *The Rise and Decline of Thai Absolutism*, UK, Routledge, 2004 p.11.

réciproque. Un *phrai* donnait ses productions, par exemple, du riz, des fruits, etc., la corvée, la taxe, à son *nai*. En échange, un *nai* fournissait la sécurité, les prestations légales, la participation aux activités religieuses, la paix, à ses *phrai*. Les nobles apportaient ainsi des ressources et de la main d'œuvre au roi. Le roi ne pouvait contrôler directement que les *phrai luang* qui s'inscrivaient directement sous sa tutelle. Mais il ne pouvait pas contrôler directement les *phrai som* qui s'inscrivaient auprès de *nai*. La relation entre le roi et les *phrai som* n'était pas directe, le noble jouait le rôle de personne intermédiaire. Par conséquent, la fourniture de soins de santé au *phrai som* n'était pas une priorité pour le roi, mais en était une pour le *nai*.

Au cours de la dynastie de Thonburi et de la dynastie Chakri, le roi ne pouvait plus rassembler efficacement les ressources et la main-d'œuvre des autres nobles et des autres villes. En conséquence, le roi dépendait du commerce avec la Chine pour les revenus du royaume et des migrants chinois pour la main-d'œuvre à Thonburi<sup>86</sup>. Bangkok, la capitale du Siam où vivaient des groupes ethniques différents, était le centre du commerce avec la Chine et les pays occidentaux. La population a augmenté progressivement de 100.000 personnes en 1855 à 169.300 en 1883, à 365.492 en 1913. L'urbanisation a entraîné l'accumulation de germes et de nombreux problèmes d'hygiène. Le Dr. Malcolm a expliqué à propos de Bangkok que:

...Comme une ville surpeuplée dans la zone tropicale, il n'y a pas d'installation sanitaire ou d'alimentation en eau portable. Ni le contrôle de la qualité de la médecine moderne. Il y a beaucoup de mouches. Les pandémies comme le choléra ont causé de 70 à 75 pourcent de décès parmi les enfants âgés de 3 à 4 ans...

...Aux mois d'avril, de mai, de juin et de juillet de chaque année, les pandémies de choléra se produisent. Il y a alors plus de mille morts...

...Il y a beaucoup de morts dans la ville. Mais les maladies tuent seulement les pauvres, les esclavages et les roturiers...<sup>87</sup>

Les Occidentaux ont exigé la construction d'infrastructures et d'interventions publiques pour rendre Bangkok plus propre.

---

<sup>86</sup> *Ibid.*, p.18.

<sup>87</sup> Jamjaras, Piman, (trans.), *op. cit.*, pp.5-9.

	1855	1883	1913	1929/1930	1937
Population	100000	169300	365492	702544	890453
Taux de croissance annuel moyen de la population	-	1,90%	2,60%	3,92%	3,44%

Tableau n° 1: Population à Bangkok de 1855 à 1937<sup>88</sup>.

Comme le roi Rama III a rouvert les relations avec les pays occidentaux, les missionnaires sont revenus au Siam et ont introduit une nouvelle théorie de la santé publique et de nouvelles connaissances et technologies médicales. Par exemple, l'arrivée des missionnaires américains a apporté l'imprimerie et la vaccination. Avec l'imprimerie, de nombreux manuels médicaux ont pu être publiés et distribués, mais comme seule l'élite pouvait lire et en bénéficier, les connaissances médicales occidentales n'ont pas changé la culture et les croyances de Siamois. La MTT a continué à être populaire dans la société.

Le Dr. Bradley a résidé à Bangkok de 1835 jusqu'à sa mort en 1873. Il a écrit et publié plusieurs livres médicaux occidentaux contestant les concepts de maladies de la MTT. Il a ouvert son cabinet et sa pharmacie à Bangkok pour distribuer des médicaments et des services de soins occidentaux. Sa théorie des germes s'est basée sur la théorie des miasmes<sup>89</sup>. La pollution était une cause important des pandémies de choléra, de peste noire, de variole. La vapeur ou le brouillard toxique de la matière décomposée est une cause des maladies. Il a publié plusieurs articles dans les journaux pour convaincre les Siamois d'améliorer l'hygiène. Par exemple, en 1866, Bradley a recommandé une mesure de prévention pour la santé publique. Pour contrôler le choléra, il fallut légiférer le contrôle de la propreté des ménages et de la ville. Il a lancé l'idée qu'il falla changer la croyance des Siamois selon laquelle la santé était de la responsabilité individuelle. La cause des maladies était une cause naturelle, pas surnaturelle. Maintenir sa propre propreté bénéficiait non seulement à sa propre santé mais à celle des autres. Les efforts de Bradley

<sup>88</sup> Appliqué de Ouyanont, Porphant, « Bangkok's Population and the Ministry of the Capital in Early 20th Century Thai History », *Southeast Asian Studies*, Vol. 35, n° 2, September 1997, pp. 240-260.

<sup>89</sup> Puaksom, Davisakd, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย* [les germes, le corps et la médecine d'état: l'histoire de la médecine moderne dans la société thaïlandaise], Bangkok, la presse de l'Université de Chulalongkorn, 2007, pp. 27-34.

ont partialement influencé les idées des élites. Par exemple, le roi Rama IV a interdit de jeter les cadavres d'animaux dans les rivières<sup>90</sup>. En outre, Bradley a introduit des nouvelles technologies de prévention comme la vaccination contre la variole. Cependant, du fait du manque d'expériences et de ressources médicales, le contrôle de la maladie n'a pas réussi. Des missionnaires ont été infectés par la variole.

La théorie des germes de Pasteur a développé le concept de maladies transmissibles. Elle est différente de la théorie des miasmes qui explique que la cause des maladies est la saleté. Pour Pasteur, les microbes sont la cause des maladies transmissibles. Une maladie de l'un peut se transmettre aux autres. La séparation des malades est nécessaire pour contrôler les pandémies. De plus, cette découverte a amélioré les technologies médicales de prévention. La construction de laboratoires de bactériologie a été nécessaire pour comprendre les caractéristiques des microbes et les mécanismes des maladies. La théorie du germe de Pasteur est arrivée au Siam en 1901 ce qui a encouragé la modernisation de la médecine. Le Dr. Highet, un fonctionnaire du Département de la santé publique, a proposé des mesures, par exemple, la construction de laboratoires de bactériologie, pour contrôler la propagation de la peste noire à Bangkok. Il y a eu une proposition de la construction de l'Institut Pasteur au Siam en 1902<sup>91</sup>. Mais, le prince Damrong Rajanubhab l'a refusée. Du fait de la mort de la rage d'un de ses enfants, il a ensuite réfléchi pour construire l'Institut Pasteur de Bangkok en 1912. Le nom de l'Institut a été changé en Institut *Saovabha*. La prévention devenait plus en plus importante. Sous le règne du roi Rama VI, le Département de soins a été établi sous la tutelle du ministère de l'Intérieur pour contrôler et lutter contre quatre maladies mortelles, i.e., le choléra, la variole, la peste noire et le paludisme. Les connaissances de la médecine occidentale remplaçaient de plus en plus la MTT. De plus, avec le contrôle de la qualité de soins instauré par la "loi médicale de 1923", et celle sur "le contrôle de la pratique de l'art de la guérison de 1936", la majorité des praticiens de la MTT, dépourvus de licence, ne pouvaient pas fournir de soins légalement, faisant de la MTT une médecine alternative depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle. Le rôle des praticiens de la MTT était donc limité aux soins aux zones rurales où se trouvaient beaucoup de pauvres qui ne pourraient pas accéder à la médecine occidentale. Du fait que

---

<sup>90</sup> *Ibid.*, p. 36.

<sup>91</sup> *Ibid.*, pp. 69-72.

la popularité de la MTT baissait, certains *Moh Rat* et *Moh Luang* ont formé les associations, soutenues par des temples bouddhistes, pour préserver la MTT<sup>92</sup>.

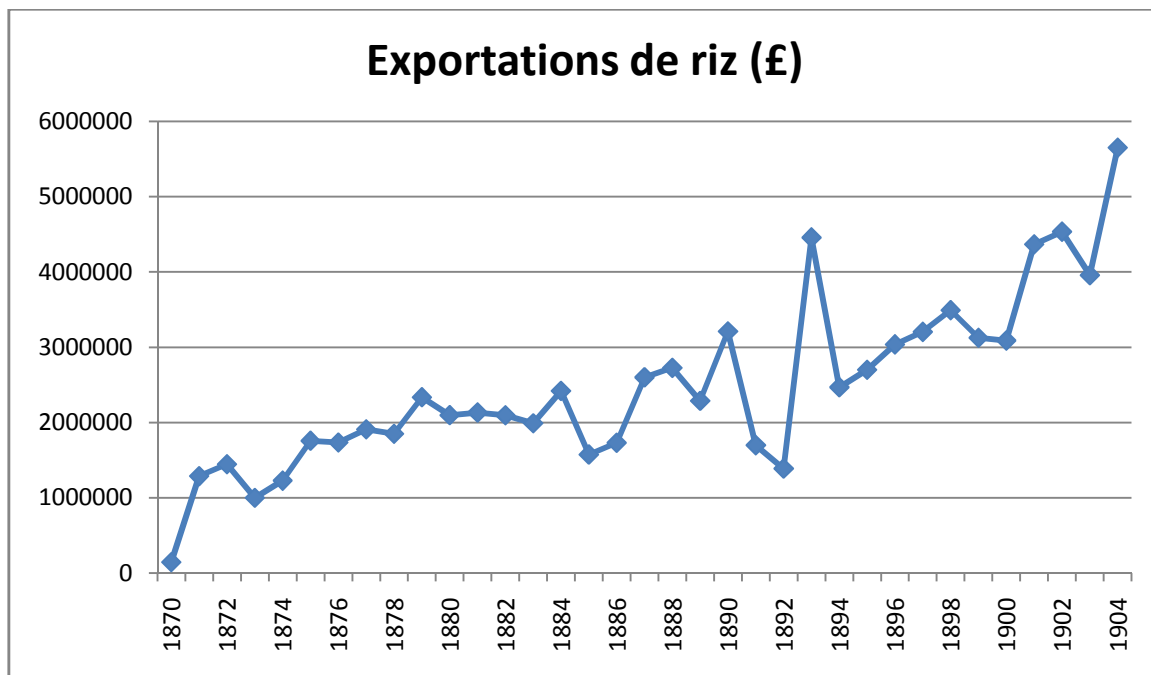
Enfin, l'abolition de la corvée en 1905. Après le traité Bowring avec l'Angleterre en 1855 et d'autres traités avec d'autres pays occidentaux, les Occidentaux ont été autorisés à commercer directement avec les Siamois. Le monopole commercial des élites siamoises a été détruit. L'exportation de riz de Thaïlande a augmenté progressivement (voir le graphique n°5). Du fait de la demande élevée de terrains agricoles, les *nai* ont commencé à accumuler. La valeur de la corvée devenait de moins en moins importante par rapport à la valeur de la terre. L'augmentation de la commercialisation a accéléré les flux et la demande monétaire. Les *phrai* préféraient payer la corvée due aux *nai* en espèces plutôt qu'en nature. Des rapports mentionnent que des *phrai* ont refusé de payer la corvée en nature et ont fréquemment abandonné leur *nai*. L'augmentation du nombre d'immigrés chinois a fait que les salariés chinois sont devenus la principale source de main d'œuvre et ont supplanté la corvée imposée aux *phrai*. Sous le règne du roi Rama V (1868-1910), la taxe per capita a donc remplacé la corvée (voir le tableau n° 2). Le revenu fiscal devenait de plus en plus important pour financer les politiques du gouvernement, y compris le recrutement militaire.

	1893- 1894	1894- 1895	1895- 1896	1896- 1897	1897- 1898	1898- 1899	1899- 1900	1900- 1901
Fiscalité des exploitations rizicoles (Baht)	1379861	1154564	946858	1454381	1476198	2533863	2129871	2522863
Fiscalité des exploitations des vergers (Baht)	352363	325193	182596	242294	126164	229404	537512	472514

Tableau n° 2: Fiscalité des exploitations rizicoles et des exploitations des verges de 1893 à 1901<sup>93</sup>.

<sup>92</sup> Tantipidok, Yongsak, *op. cit.*, p.20.

<sup>93</sup> D'après Nabarath Dilok, Prince., *Siam's rural Economy under King Chulalongkorn*, White Lotus Press, 2000, p.124.



Graphique n° 5: Exportation de riz (£) de 1870 à 1904<sup>94</sup>.

Pour contrer la menace des pays occidentaux, le roi Rama V a commencé à moderniser le pays et il y a eu un changement d'orientation du pouvoir : on est passé de la relation roi-sujet à la relation État-peuple. La relation entre *Nai* et *Phrai*, et le système hiérarchique du *Sakdina* a été supprimé. L'abolition du *Sakdina* a signifié que les *nai* n'étaient plus les intermédiaires entre le gouvernement central et les *phrai*. La main-d'œuvre siamoise offrait directement au roi le pouvoir politique et économique. De plus, la productivité de la main-d'œuvre libre était plus forte que celle de la corvée. La préservation de la santé et la vie de la population était aussi l'intérêt économique et politique du roi. Par conséquent, les politiques de santé devaient permettre de placer toute la population sous l'autorité de l'administration centrale. Le rôle des souverains dans la gestion de la santé de la population était renforcé.

Du fait que l'économie du Siam reposait sur l'agriculture, une grande population était essentielle pour cultiver. Avec les connaissances de la médecine occidentale, le Palais a pu lancer plusieurs mesures, de prévention et de soins, pour améliorer la santé de la population et augmenter le nombre d'habitants. Plusieurs lois sur la santé publique ont été appliquées : sur la prévention et sur l'administration des organisations sanitaires (voir le tableau n° 3). Après la première Guerre Mondiale, la relation entre le Royaume de Siam et l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations a été très positive. La modernisation de

<sup>94</sup> *Ibid.*, p124.

année	titre abrégé	application	résumé
1897	Promulgation du sanitaire locale	Bangkok	Amélioration et aménagement sanitaire dans la capitale. Nomination de fonctionnaires médicaux
1900	Prévention des maladies du bétail	Bangkok	Inspection médicale du bétail plus certaines mesures sanitaires.
1905	Surveillance de la peste	Bangkok	surveillance de la peste, ou présomption par les ménages. Institution de l'isolement des cas et des contacts. Désinfection.
1908	Organisation sanitaire provinciale	27 villes et communes	Création de conseils sanitaires. Prévention et le traitement de la maladie. Statistiques de natalité, mortalité et autres statistiques. Administration et organisation des conseils sanitaires et des responsables sanitaires.
1914	Prévention de la variole	Bangkok et autres	Vaccination obligatoire.
1914	Maladies infectieuses	Provinces de l'intérieur	pour guérir de la peste, le choléra, la variole et la méningite cérébro-spinale. Désinfection, isolement, évacuation.
1922	Drogues nocives	Général	Contrôle des stupéfiants sous monopole d'État.
1923	Loi médicale	région métropolitaine	Institution de conseils médicaux.
1927	Loi d'immigration	Général	Régulation d'immigration.
1928	Conseil de la santé	Général	Institution de conseil de la santé.
1929	Prévention de la variole	région métropolitaine	Régulation de vaccination.

Tableau n° 3: Lois de la santé publique et lois médicales<sup>95</sup>.

la santé publique au cours des années 1920 et 1930 initiée par les élites du Siam a été étroitement liée à la Société des Nations, de plusieurs façons. Le Siam a participé à un

<sup>95</sup> Executive Committee of the Eight Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine, *Siam in 1930: General and Medical Features*, White Lotus Press, 2000, pp. 209-210.

grand nombre d'innovations en médecine et en santé publique<sup>96</sup>. Les années 1920 et 1930 étaient une période de nombreux changements en matière de santé publique, loin de la médecine purement curative et en direction de la médecine préventive, de l'assainissement et de la santé rurale.

Cependant, sous le régime de la monarchie absolue, la santé de la population n'était pas aussi importante que la sécurité interne. L'institution nationale de la santé publique était seulement un département du ministère de l'Intérieur. L'administration du système de santé était très centralisée. Le département de la Santé publique exerçait un contrôle technique sur ses représentants locaux. Les conseils sanitaires, qui étaient formés sur une base d'autonomie locale, étaient techniquement et financièrement supervisés par le département de la santé publique. Bien que la monarchie absolue ait installé des politiques nationales de santé publique afin de lutter contre des grandes épidémies comme celles de choléra, de peste, de variole, le taux de mortalité n'avait pas baissé (voir le tableau n° 4). Parce que le gouvernement a fourni des services de soins et de prévention uniquement aux populations de Bangkok et des villes voisines. Le gouvernement a donné la priorité au projet de construction d'un chemin de fer afin de relier le pouvoir central aux villes lointaines. De 1910-1940, 2999 kilomètres<sup>97</sup> de lignes de chemin de fer ont été construites. En 1930, les dépenses de santé publique représentaient environ 3,6 % des dépenses totales du gouvernement : 249.9500 bahts pour la santé publique et les services médicaux du gouvernement central et seulement 44.000 bahts pour les 26 conseils sanitaires provinciaux. Le département de la Santé publique a été doté 1 476 000 bahts, la moitié de ce budget couvrant les salaires et les frais généraux. Les dépenses annuelles de santé étaient d'environ 0,128 baht par habitant. Par coontre, les dépenses de la défense était 22,3 % des dépenses totales du gouvernement<sup>98</sup>

---

<sup>96</sup> Voir Hell, Stefan, *Siam and the League of Nations: Modernisation, Sovereignty and Multilateral diplomacy 1920-1940*, Bangkok, River Books, 2010, pp. 133-168.

<sup>97</sup> Praditsilp, Chaiyon, เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย [Économie politique de la révolution de la reproduction en Thaïlande], Thaïlande, Research and Textbook Production Center of Krirk University, 1999, p. 49.

<sup>98</sup> Executive Committee of the Eight Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine, *op. cit.*, p. 207.



Année se terminant au 31 mars	Naissances			Taux de natalité pour 1000	Décès			Taux de mortalité pour 1000
	Homme	Femme	Total		Homme	Femme	Total	
1921	129783	120164	249947	26	84350	72751	157101	17
1922	133744	124348	258092	27	83697	70928	154625	16
1923	143950	133959	277909	28	86687	73048	159735	16
1924	152563	141387	293950	29	85628	73106	158734	16
1925	150265	139075	289340	28	86150	72727	158877	15
1926	163204	150162	313366	30	83678	68994	152672	14
1927	159029	145372	304761	28	96209	82342	178551	17
1928	171031	156907	327938	30	85788	70952	156740	14
1929	179602	163473	343075	30	96662	80996	177658	16
1930	187544	171628	359172	31	99981	85440	185421	16

Tableau n° 4: Naissances et décès dans tout le royaume pour les années 1921-1930<sup>99</sup>.

## ***2.2 Le Kana Rassadorn (Parti du peuple) et la proposition d'établir la protection sociale***

En 1932 le *Kana Rassadorn* (Parti du peuple) a mené une révolution constitutionnelle, privant le roi de son pouvoir exécutif. Les politiques de santé ont été administrées par le gouvernement du *Kana Rassadorn* qui a déclaré l'obligation d'améliorer le bien-être de tous les Thaïlandais. Pridi Bhanomyong, son leader, avait étudié le droit en France et était inspiré par le socialisme<sup>100</sup>. Pour réaliser l'article 3 des six principes du Parti du peuple à savoir « maintenir le bien-être tous citoyens thaïlandais conformément au projet économique national », Pridi souhaitait créer un système de la protection sociale sur une base de solidarité, ce qu'il a présenté dans son projet de plan de développement économique de 1933. Ce système de protection sociale aurait couvert les risques sociaux, y compris les risques de santé, si le gouvernement l'avait réalisé.

<sup>99</sup> *Ibid.*, p. 216.

<sup>100</sup> Pridi a cité plusieurs fois des idées de Charles Gide, professeur français en économie, dans le projet de plan de développement économique de 1933.

La solidarité nationale a pour but de créer une société où chaque individu puisse développer son potentiel au maximum; l'idéologie sous-jacente est que le développement ne résulte pas seulement de la concurrence entre les individus dans une économie de marché, car la collaboration entre les membres de la société est nécessaire pour la développer : l'individu ne peut exister sans la société. Le solidarisme ne rejette pas la propriété privée, et l'État n'intervient pas dans les activités des individus. En certaines occasions, la régulation par le marché n'est pas efficace et conduit à une inégalité dans la distribution des ressources et à l'injustice. Le solidarisme croit que tous, riches ou pauvres, sont confrontés à des risques de tous ordres. Une seule personne ne pouvant seule se protéger contre les risques sociaux, la collaboration de tous les membres de la société est nécessaire. Selon la « solidarité nationale », chaque membre a une obligation envers la société et les autres membres dans la société : les riches doivent aider les pauvres. Ainsi, lorsque les forces du marché et l'individu ne peuvent pas résoudre le problème, l'intervention de l'État est nécessaire.

L'idée que chaque membre a des obligations envers les autres membres de la société était incluse dans le plan provisoire d'économie nationale de Pridi : dans la 2<sup>e</sup> partie « l'incertitude de l'économie actuelle » et la 3<sup>e</sup> partie « l'assurance de bien-être du peuple », tous, riches et pauvres, font face ensemble aux risques sociaux. L'assurance volontaire n'est pas suffisamment efficace pour partager les risques sociaux : la prime d'assurance est trop chère pour les pauvres. L'intervention de l'État est nécessaire pour garantir le bien-être des tous. Le gouvernement central a l'obligation de fournir aux citoyens la nourriture, les vêtements, le logement, ainsi de suite, selon la situation de chacun. Cependant, la solidarité nationale a été rejetée au profit d'une croyance en la « main invisible ».

Bien que la Thaïlande soit un important exportateur de riz, la majorité des Thaïlandais s'étaient endettés. La Thaïlande de l'époque n'avait pas encore connu de révolution industrielle. La majorité de la population active travaillait dans le secteur agricole : selon le rapport de Zimmerman<sup>101</sup>, en 1929 la population en Thaïlande était d'environ 11,5 millions de personnes, dont 80 % de paysans. Pour accroître la production du riz, les paysans ont choisi l'expansion des superficies cultivées. Par conséquent, la demande de superficie cultivée a augmenté précisément dans la région centrale, proche de la rivière

---

<sup>101</sup> Zimmerman, Carle C., *Siam: rural economic survey, 1930-1*, US, Times Press, 1931.

Chao Phraya. Donc, le prix du loyer a été augmenté selon la loi de l'offre et la demande. Les frais d'exploitation des ménages de paysans dans la région centrale étaient de 61 bahts, contre 22 bahts dans la région nord, 7 bahts dans la région sud et 8 bahts dans la région nord-est. Par contre, les prix du riz étaient fluctuants, suivant ceux du marché international, ce qui rendait incertain le revenu des paysans. Le prix du riz sur le marché international a baissé à cause de la crise économique des années 1930. Les coûts de production restaient élevés, mais le prix était bas. Par conséquent, les ménages dans la région centrale avaient des dettes, environ 190 bahts par ménage (de 6 à 10 fois celles des ménages dans les autres régions), 123,5 millions de bahts au total. De plus, seulement 1 % de la population totale accédait aux services de soins modernes. Pour le reste, il fallait se débrouiller en achetant les médicaments traditionnels sans contrôle de sécurité ou en appelant les professionnels de la médecine traditionnelle sans contrôle de qualité. Les paysans faisaient face aux risques sociaux par eux-mêmes sans système d'assurance.

La sécurité sociale du type de celle mise en place par Bismarck en Allemagne dans les années 1880 est un système d'assurance qui couvre un groupe professionnel ayant un risque similaire. L'objectif du système est de partager les risques entre les membres du groupe. Les avantages sont réservés à ceux qui travaillent. Ceux qui sont à l'extérieur ne reçoivent pas de prestations. La sécurité sociale de Bismarck est une assurance créée lors de la révolution industrielle. Le système de Bismarck partage des risques sociaux comme la maladie, le vieillissement, l'accident de travail, etc., le caractère fixe du salaire permettant de calculer la prime d'assurance et partager les risques plus efficacement.

Parce que la majorité de la population active, au Siam, travaillait dans le secteur agricole avec des revenus incertains, Pridi a modifié le système d'assurance nationale de Bismarck pour l'adapter à l'environnement socio-économique en Thaïlande. Comme il a dit dans le préambule de son plan

...ma pensée, ce n'est pas que j'ai un attachement à une doctrine. J'ai choisi des bonnes parties de diverses doctrines qui, je crois, sont appropriées pour le Siam. Et je les ai adaptées dans le projet de plan de développement économique...<sup>102</sup>

---

<sup>102</sup> Bhanomyong, Pridi, *เค้าโครงการเศรษฐกิจ* [le projet de plan de développement économique], Bangkok, Institut de Pridi Bhanomyong, 1999, p.1.

Ce plan voulait créer un système de sécurité sociale dans lequel tous les paysans seraient embauchés comme fonctionnaires, au titre de membres des coopératives, avec salaire mensuel. Dans le plan provisoire d'économie nationale de 1933, M. Pridi a écrit que

... payer un salaire mensuel à tout le monde semble s'accorder vraiment bien avec la disposition de la population thaïlandaise parce que, comme on le sait, tout le monde aime à travailler dans la fonction publique et aime avoir un salaire mensuel<sup>103</sup>.

L'article 3 du projet de loi sur l'assurance sociale prévoyait que

Depuis le jour où le plan économique national sera promulgué, tous ceux qui ont la nationalité thaïlandaise dans le pays de Siam recevront un paiement mensuel du gouvernement ou d'une coopérative établie par décret royal selon le barème minimum comme suit...<sup>104</sup>

De plus, ce plan économique était radical. L'aspect le plus frappant du plan était l'accent mis sur le rôle du gouvernement central dans le contrôle de la terre et le développement des infrastructures et de l'industrie. Selon le plan, le gouvernement aurait été le monopole des terres cultivées, des machines et de la main-d'œuvre, tendant à l'abolition de l'entreprise privée. Le gouvernement aurait forcé les propriétaires des terres cultivées à vendre leurs terres. Il n'est donc peut-être pas surprenant que le plan ait été décrit par ses détracteurs comme communiste. Il est sûr que M. Pridi n'était pas communiste, mais le plan a été rejeté en raison du radicalisme de certaines des mesures proposées en matière économique. Par conséquent, un système de sécurité sociale n'a été mis en place qu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale. La sécurité sociale généralisée a été instaurée en 1990, mais le système d'assurance maladie restait peu développé.

Le radicalisme du plan ayant entraîné, en sus de l'opposition du Roi, celle de la grande majorité de l'Assemblée, qui a voté *contre*, il s'en est suivie une crise politique entre le gouvernement modéré de Phraya Manopakorn, et le Parti du peuple. L'assemblée a été dissoute par Phraya Manopakorn et Pridi s'est réfugié à l'étranger d'avril à septembre 1933. La loi contre le communisme a rendu illégale les doctrines impliquant la nationalisation ou empiétant sur le droit à la propriété privée.

---

<sup>103</sup> *Ibid.*, p.8.

<sup>104</sup> *Ibid.*, p.45.

Phraya Phahon, un leader aîné du Parti de peuple, a alors formé un nouveau cabinet et a invité Pridi à revenir en Thaïlande, accroissant l'instabilité politique. Sous la direction de l'ancien ministre de la Guerre, le prince Boworadet, une rébellion à grande échelle contre le gouvernement central éclate dans les provinces en octobre 1933. Elle a été réprimée par Phibun, enracinant le conflit entre le Parti du peuple et la famille royale. Phibun a commencé à avoir du pouvoir et l'influence des militaires s'est répandue dans la politique thaïlandaise.

Phraya Phahon a été le premier ministre de 1933 à 1938 ; son cabinet réunissait deux factions, celle dirigée par Phibun et celle de Pridi. Bien que les deux chefs de faction aient poursuivi des objectifs tout à fait différents, le premier, très attiré par le fascisme, voulant augmenter le budget de la défense, le seconde, attiré par le socialisme, voulant privilégier l'éducation, mais ils étaient à ce moment-là proches l'un de l'autre<sup>105</sup>.

### **3. L'installation des trois valeurs (bouddhisme, royalisme et nationalisme) dans le système de santé**

#### ***3.1 La santé de la population comme un facteur de puissance de la nation***

Phibun a été désigné comme Premier ministre après la démission de Phraya Phahon en 1938. Le nouveau gouvernement a maintenu Pridi et les autres membres de la faction civile dans le cabinet, l'idéologie nationaliste restant dominante dans les politiques mises en œuvre par le premier gouvernement Phibun (1938-1944). L'État nationaliste est intervenu dans l'économie, la culture et la vie quotidienne des citoyens. En 1939, le nom du pays, *Siam*, est devenu *Thaïlande* (« pays des Thaïs » dans l'intention d'agglomérer tous les territoires limitrophes peuplés de Thaïs). Le 24 juin, le jour de la promulgation de la première constitution, est devenu la fête nationale. Une politique économique nationaliste rigoureuse a été appliquée dans laquelle des entreprises étrangères ont été remplacées par entreprises thaïlandaises. L'État a mis en œuvre une série de changements sociaux et culturels de grande échelle afin de moderniser la société thaïlandaise.

Les citoyens sont des ressources importantes qui alimentent le pouvoir économique, politique et militaire de l'État. L'État a donc une légitimité à contrôler les comportements des citoyens en matière sanitaire. Le gouvernement nationaliste de 1938 a soutenu la

---

<sup>105</sup> Terwiel, Barend J., *Thailand's Political History: From 13th century to recent times*, Bangkok, River Books, 2005, p. 266.

création d'une police médicale en Thaïlande, les individus devant sacrifier leurs intérêts particuliers à la santé de la nation. Les citoyens ont le devoir de prendre soin de leur santé, et de respecter les politiques de santé du gouvernement central. En fait, l'utilisation de la santé publique en tant qu'outil de modernisation du pays et de consolidation du pouvoir de la nation a atteint un pic sous le régime de Phibun.

Depuis la révolution démocratique, les gouvernements ont fait beaucoup d'efforts pour renforcer la police médicale dans toutes les régions et pour améliorer la santé de la population. Le nombre de professionnels de santé, d'établissements de santé et d'autres ressources médicales a progressivement augmenté. Le gouvernement les a répartis pour couvrir progressivement dans toutes les régions. Des efforts ont été faits pour améliorer la santé publique et l'hygiène, par exemple, l'expansion des toilettes à eau dans certaines villes, la formation de médecins hygiénistes, la création de la division d'épidémiologie et de statistique dans le département de Santé publique.

L'installation d'un système bureaucratique a consolidé le pouvoir du gouvernement central, lui permettant d'intervenir dans la vie quotidienne de tous les citoyens au niveau local. Le Premier ministre Phibun a créé le ministère de la santé publique en 1942. Les organismes sous administration du ministère de la Santé publique ont été le Bureau du Secrétaire général, le département de la Médecine, le département des Aides sociales, le département de l'Université de la médecine, le département des Sciences médicales et le département de la Santé publique. Le ministère de la santé publique a eu un rôle de prévention, de promotion de la santé, de contrôle des épidémies, de recherche en sciences médicales, de formation des personnels de santé, et de fourniture des services de soins aux citoyens. La création du ministère de la Santé publique comme institution nationale signifie que l'État a commencé se transformer en État-médecin. Pour réaliser l'ambition de Phibun, le gouvernement a lancé un projet de construction d'un hôpital dans chaque province. Par conséquent, le nombre d'établissements publics de santé a augmenté progressivement pour couvrir toutes les régions. Pour renforcer la police médicale, le gouvernement a nommé des personnels de santé et créé des agences sanitaires à Bangkok et dans l'administration locale afin de fournir des services médicaux modernes, de contrôler l'hygiène publique et les comportements des citoyens. La division des Statistiques de la santé publique, fondée en 1935, a été placée sous la direction du ministère de la Santé publique.

Le gouvernement de Phibun s'est concentré sur les politiques de santé pour augmenter le nombre d'habitants. La production du secteur agricole dépendait largement du nombre de travailleurs. Pour accroître la démographie, le gouvernement a lancé une politique de triplement de la population (d'environ 14 millions d'habitants à 40 millions d'habitants). Le ministère de la Santé publique a établi un organisme de promotion du mariage en 1942, qui a publié et distribué un guide sur le mariage aux couples pour les informer des maladies héréditaires et des infections sexuellement transmissibles. La politique pour doubler la population est basée sur l'eugénisme. Pour la sécurité nationale, les jeunes en âge de se reproduire devraient chercher à constituer un couple en pleine forme et en bonne santé afin d'avoir des enfants en bonne santé. Selon le gouvernement, le conjoint idéal était un homme musclé sans maladie à même de travailler beaucoup. La femme idéale était une femme en pleine forme et en bonne santé dont la hauteur devait être d'au moins 1,56 mètre avec des dents saines et une belle peau. Le gouvernement a lancé des campagnes de propagande, par exemple, le concours de plus bel homme du 9 avril 1940 ou le concours de la plus belle femme. L'organisme de promotion du mariage avait pour fonction de chercher les conjoints appropriés et d'organiser la cérémonie de mariage pour les nouveaux mariés. L'organisme a organisé une cérémonie de mariage national le 29 mars 1943, pour 72 couples auxquels le Premier ministre a donné 80 baths comme cadeau de mariage. Les couples ont eu le droit de recevoir certaines prestations, par exemple, l'exemption des frais de scolarité pour l'éducation du premier enfant, un prêt exceptionnel, l'exemption des tarifs de transport public, etc. Par contre, les hommes célibataires âgés de plus de 25 ans ont été imposés à hauteur de 10 % de leur revenu. En outre, le gouvernement n'a pas soutenu la contraception. Les équipements médicaux et les médicaments pour la contraception ont été contrôlés par l'État. Même si le gouvernement a fait des efforts, le nombre d'habitants n'a pas atteint à 40 millions de personnes à la fin de la Seconde Guerre Mondiale<sup>106</sup>.

Les mesures les plus efficaces mises en œuvre par le gouvernement de Phibun ont porté sur les habitudes de santé individuelles. En 1941, le gouvernement a promulgué les Recommandations nationales, relative à la vie quotidienne des citoyens, afin de

---

<sup>106</sup> Kavinwareekul, Kongsakol, การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487 [Construire le corps des citoyens thaïs pendant le régime de Phibun de 1938 à 1944], Memoire de l'Université de Thammasat, Bangkok, 2002.

promouvoir la culture nationale, la santé, et le pouvoir de la nation. Dans ces recommandations<sup>107</sup>, l'État ordonnait aux Thaïlandais de:

- 1) Diviser une journée en trois périodes de travail, de loisir et de repos.
- 2) Ne pas manger plus de 4 repas, et dormir environ 6-8 heures par jour.
- 3) Interdiction d'abandonner le travail. La pause-déjeuner ne doit pas dépasser une heure. Et après le travail, dans la soirée il faut faire du sport une heure par jour au minimum. Avant le repas, il faut prendre une douche.
- 4) Dans la nuit, le travail doit cesser, on peut discuter apprendre en écoutant la radio, en lisant un livre.
- 5) Pendant les vacances, il faut améliorer le corps et l'esprit, par exemple, en faisant des activités religieuses, du tourisme, ou des loisirs, etc.

Cette convention a été publiée et distribuée pour éduquer les citoyens. De plus, la loi de la culture nationale de 1940 et la loi modifiée de 1942 ont établi un Conseil national des affaires culturelles. Le Conseil contrôlait la mode vestimentaire, par exemple, en imposant de porter un chapeau, une chemise et des chaussures, ou les comportements promouvant la santé, par exemple, le brossage des dents, faire du sport dans les écoles primaires, lycées et les lieux publics, ou l'interdiction des comportements affectant l'hygiène sociale, comme prendre une douche dans le lieu public, la manière d'utiliser l'eau pour prévenir les épidémies de choléra, l'interdiction de chiquer du bétel.

Cependant, l'instabilité politique et économique pendant la Seconde Guerre mondiale a limité les efforts de Phibun. En outre, la propagation des épidémies, précisément, le paludisme, le choléra, la lèpre, la tuberculose, faisait que l'espérance de vie n'était que de 37-40 ans pour les hommes, et de 40-43,5 pour les femmes sur la période 1937-1947.

Pendant la Guerre froide, la Thaïlande a fait face à une insurrection communiste qui contestait le pouvoir du gouvernement central. La santé était un domaine de concurrence entre le bloc libéral et le bloc communiste. Les États-Unis ont promu le modèle biomédical pour prolonger la vie. Ils ont transféré des technologies médicales et fourni une aide financière aux programmes de santé en Thaïlande. Les États-Unis fournissaient également des équipements médicaux à la Thaïlande, donnaient des bourses scolaires aux fonctionnaires thaïlandaises et formaient des professionnels thaïlandais de santé à la

---

<sup>107</sup> รัฐนิยม ฉบับที่ 11 [11<sup>e</sup> Convention nationale de la Thaïlande], 28 septembre, 1941.



recherche médicale<sup>108</sup>. Des fonctionnaires thaïlandais ont obtenu des bourses pour faire des études de médecine aux États-Unis. De 1951 à 1971, 1327 professionnels de santé ont été formés par le programme soutenu par l'USOM (US Operations Missions)<sup>109</sup>. Ceux-ci ont apporté des bienfaits au système de santé en Thaïlande.

La santé devenait de plus en plus complexe. La Thaïlande avait besoin de professionnels de santé pour élaborer les politiques nationales de santé et fournir les services de soins. Cependant, les idées américaines ont largement influencé les professionnels de santé en Thaïlande. Le libéralisme du système de santé aux États-Unis a été un modèle que des technocrates de la santé ont voulu reproduire dans le système de santé en Thaïlande. Après la chute du gouvernement de Pridi, les idéaux du Parti du Peuple, dont des leaders importants avaient été formés par la Troisième République française, ont progressivement été remplacés par le libéralisme. Au lieu de suivre le modèle de l'État-providence des pays d'Europe occidentale, la sécurité sociale de la Thaïlande s'est développée tardivement et l'accès aux soins est resté de la responsabilité individuelle comme le système de santé aux États-Unis.

Mais il y avait une différence entre le système de santé thaïlandais et celui des États-Unis, car il y n'avait pas beaucoup de médecins libéraux ou de cliniques privées à cette période. Les interventions étatiques étaient nécessaires. Tous les établissements de santé étaient sous l'administration de l'État qui fournissait des services de soins aux Thaïlandais et subventionnait une partie des frais médicaux. La majorité des professionnels de santé étaient fonctionnaires. Néanmoins, l'offre de santé n'était pas suffisante pour répondre à la demande de santé, notamment dans les zones rurales. Le système de solidarité familiale traditionnel jouait toujours un rôle important pour soulager les risques médicaux à cause du manque de services de soins fournis par l'État. Chaque personne avait le devoir de prendre en charge de ses membres atteints de maladies. Il a fallu attendre les années 1980, où les investissements du secteur privé étaient élevés, pour que les hôpitaux privés deviennent des acteurs importants des services de soins, offrant un choix alternatif aux consommateurs. Par conséquent, le système de santé en Thaïlande était une combinaison entre les interventions étatiques et la responsabilité individuelle.

---

<sup>108</sup> Dejchot, Thantima, ความช่วยเหลือทางวิชาการของสหรัฐอเมริกาต่อประเทศไทย พ.ศ.2493-2516 [ l'assistance technique des États-Unis pour la Thaïlande de 1950 à 1973], Mémoire de l'Université de Kasetsat, Bangkok, 2006, p. 143.

<sup>109</sup> Glassman, Jim, *Thailand at the Margins: Internationalization of the State and the Transformation of Labour*, Oxford University Press, 2004, p. 85.

Selon Lee<sup>110</sup>, l'utilitarisme influence les politiques de santé menée par les institutions internationales comme l'OMS, et les politiques de santé de plusieurs pays. Par conséquent, les politiques de santé concernent l'utilité économique, l'investissement et le financement. L'autorisation des protocoles de soins se base sur l'analyse coûts/avantages. Certes, l'efficacité est nécessaire pour améliorer le système de santé, notamment dans la Thaïlande des années 1950-70 où les ressources financières et le nombre professionnels de santé n'étaient pas suffisants. Ce n'était pas surprenant que les technocrates et les professionnels de santé en Thaïlande avaient été formés dans le courant utilitariste. Les interventions étatiques se focalisaient sur l'utilitarisme. L'État décidait quelle population allait bénéficier des politiques de la santé. Ces discours des décideurs politiques ont illustré que la santé de la population était un facteur de puissance de la nation.

...Aujourd'hui l'assainissement et l'hygiène dans notre société ne sont pas bonnes qui augmente le taux de mortalité. Plusieurs personnes sont décédées à cause de maladies infectieuses comme le choléra, la dysenterie, etc. Celles-ci détériorent la santé et le bien-être de nos citoyens et menacent l'économie de notre nation. Pour les prévenir et guérir, le gouvernement dépense dizaines millions de bahts chaque année...<sup>111</sup>

Le discours du ministre de la Santé publique prononcé en 1982 allait dans le même sens:

...Les missions du ministère de la Santé publique sont interminables. Je vous prie, mes collègues et les fonctionnaires, de travailler continuellement pour préserver la vie et la santé des Thaïlandais qui sont les ressources importantes de la Nation. Je vous prie d'apprendre par cœur que : Si la santé de la population est mauvaise, il n'y a pas de travail pour développer notre Nation...<sup>112</sup>

Ainsi que le discours du ministre adjoint de la Santé publique en 1982:

---

<sup>110</sup> Lee, Kelly, « Understanding of Global Health Governance : The Contested Landscape», in Kay, Adrian & Williams, Owain D. (éds.), *Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political Economy*, UK, Palgrave MacMillan, 2009, pp. 27-37.

<sup>111</sup> Thaineu, Mali, « ความเป็นมาของโครงการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น » [L'histoire du projet de développement de l'hygiène locale] in Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 20 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ 2485 - 2505* [ La commémoration du 20e anniversaire du Ministère de la Santé publique (1942-1962)], pp.395-396.

<sup>112</sup> Pringpuangkaew, Sem, « คำขวัญของรัฐมนตรีกว่ากระทรวงสาธารณสุข » [discours du ministre de la Santé publique] in Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ ๒๔๘๕ - ๒๕๒๕* [ La commémoration du 40e anniversaire du Ministère de la Santé publique (1942-1982)], Sahaprachapanich, 1982.

...Les missions du ministre de la Santé publique sont de fournir des services de soins ; la prévention et la promotion de la santé, sont importantes pour améliorer la qualité de vie de la population. La santé de la population est un facteur important pour la croissance économique et la sécurité nationale...<sup>113</sup>

Les politiques de la santé en Thaïlande étaient encadrées par les politiques de développement. Le premier plan (1962-1966), le deuxième plan (1967-1971) et le troisième (1972-1976) plan de la santé n'ont pas constitué des plans nationaux spécifiques. Ils ont été seulement un domaine du plan national de développement de l'économie et de la société qui se sont appelés « plan de la santé sous l'orientation des politiques de développement ». Les politiques démographiques en étaient un bon exemple de cette subordination de la santé à l'économie. De 1950 à 1970, selon le point de vue des gouvernements militaires, une population nombreuse était cruciale pour la puissance de la Nation et l'industrialisation du secteur agricole. Dans cette période, les politiques de santé avaient pour but d'augmenter le nombre d'habitants. Les politiques démographiques ont largement changé depuis des années 1970 où les excédents de population ont commencé à pénaliser la croissance économique et la distribution des ressources. Les gouvernements ont alors lancé des politiques de contrôle des naissances (voir le chapitre 5).

Sous l'influence de l'utilitarisme, les politiques de santé ont été décidées à la péréquation de leurs coûts et avantages. Les programmes sanitaires se focalisaient sur l'efficacité et ne visait pas à instaurer la couverture universelle. C'étaient des programmes verticaux dont les caractéristiques étaient :

1°) L'élaboration des programmes sanitaires par le gouvernement central, limitant la participation des gouvernements collectivités.

2°) Les spécialistes et les technocrates jouaient un rôle important et appliquaient des mesures spécifiques à la faveur d'un fonctionnement à but unique. L'objectif de chaque programme visait seulement la solution d'un seul problème sanitaire précis, pas la santé globale. La gouvernance, le financement et la réalisation d'un programme étaient gérés de manière stricte. Par exemple, dans les campagnes de lutte contre le paludisme, l'objectif était seulement l'éradication du paludisme. Le gouvernement a défini spécifiquement la

---

<sup>113</sup> Yodsuk, Amnuay, « คำขวัญของรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข » [discours du ministre adjoint de la Santé publique] in Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op. cit*, 1982.

population ciblée, les services de soins et le budget. Les programmes verticaux manquaient de durabilité. Le gouvernement pouvait arrêter chaque programme vertical. Le programme de lutte contre le paludisme a été arrêté depuis des années 1980 du fait que les États-Unis ont mis fin à l'assistance financière et que l'État pouvait contrôler l'épidémie de paludisme.

Le nationalisme et l'utilitarisme ont été bien instaurés comme les idéologies du système de santé en Thaïlande. Bien que l'influence du gouvernement autoritaire ait diminuée depuis le début des années 1970, la bureaucratie thaïlandaise lui a survécu, particulièrement au ministère de la Santé publique. Certes, la Thaïlande a besoin de spécialistes dans le domaine de la santé pour planifier les politiques de santé. La planification des politiques de santé dépendait fortement des hauts fonctionnaires, précisément des médecins. Malgré de fréquents changements de gouvernement, le ministère de la santé publique a eu l'autonomie de déterminer sa propre politique : sa forte bureaucratie n'était pas facilement manipulable. Jusqu'à aujourd'hui, les technocrates et fonctionnaires du domaine de la santé dominant toujours la direction des politiques de santé. Le ministère de la Santé a un fort pouvoir d'intervention dans la vie quotidienne, et de contrôle des comportements de la population. Les politiques de la santé donnent toujours priorité à l'intérêt national, l'intérêt des individus passant en second. Les décideurs, qui sont utilitaristes, se concentrent sur le rendement de l'investissement public. Les politiques de santé continuent de favoriser le développement de l'État et la croissance économique, la santé de la Nation restant toujours plus importante que celle de l'individu.

### ***3.2 Le rôle du roi Rama IX dans le domaine de la santé***

Après la révolution de 1932 instaurant la monarchie constitutionnelle, le pouvoir fut réparti entre le législatif, l'exécutif et le judiciaire. Après les règnes de Rama VII et Rama VIII, le roi Rama IX est monté sur le trône en 1946 jusqu'à sa mort en 2016. Il est le monarque ayant régné le plus long temps dans l'histoire thaïlandaise. Même si la Thaïlande est une monarchie constitutionnelle, le roi Rama IX a conservé un rôle important dans la politique thaïlandaise. Théoriquement, le roi n'ayant plus de pouvoirs politiques, son rôle en matière de santé publique devrait être limité à des actions caritatives. Du fait que sa bonne intention d'améliorer la santé de son peuple, le roi intervient pourtant régulièrement dans le domaine de la santé sous forme de discours et de

projets royaux caritatifs. En outre, la direction des projets royaux influe largement sur la direction des politiques de santé du gouvernement central.

Pendant les années 1948-1957, avec le retour au pouvoir du premier ministre Phibun, la relation entre le Premier ministre, le roi et les « royalistes » était très conflictuelle. Le Premier ministre limitait le pouvoir du roi, le considérant comme un symbole à l'instar des autres monarchies constitutionnelles et le roi n'intervenait jamais en politique. La Constitution provisoire du Siam de 1932 avait totalement supprimé le pouvoir du roi en matière d'exécutif, l'article 7 imposant que toute action du roi soit contresignée par les représentants de l'Assemblée. Le Premier ministre Phibun voulut limiter le pouvoir du roi. Il limitait la part du budget alloué aux dépenses du roi et de la famille royale, votée par le Parlement, à environ 1 à 2 millions de bahts par an. L'insuffisance de budget limitait le lancement des projets royaux à la région centrale, précisément, à Bangkok et à Prachuap Khiri Khan, à proximité du palais royal. Pour financer des projets royaux, le roi Rama IX sacrifia une partie de sa propriété privée et commença à collecter des fonds, lançant en 1954 le projet "Faire le *Bun* avec le roi", et collectant environ 539.714 bahts pour lancer le fond d'aide aux patients atteints de polio ; de même le projet cinématographique du roi a permis de réunir 444.600 bahts pour les projets royaux concernant la santé publique<sup>114</sup>.

Du fait du rôle important de la famille royale dans la modernisation de la médecine, son influence n'a pas été supprimée après la révolution démocratique. En 1955 le roi a créé la bourse d'Ananda Mahidol (devenue fondation Ananda Mahidol) dans l'objectif de poursuivre le travail du prince Mahidol de Songkhla, le père des rois Rama VIII et Rama IX. Le prince Mahidol (1892-1929), qui avait obtenu une licence en santé publique au MIT et un doctorat en médecine à l'Université d'Harvard, avait contribué à l'amélioration de la médecine moderne en Thaïlande, notamment en mettant en place des bourses dans les domaines de la médecine, des soins infirmiers et de la santé publique. Chef de l'école royale de médecine, il fut le représentant du gouvernement siamois auprès de la Fondation Rockefeller qui offrit une aide monétaire et technique pour améliorer la formation médicale et la santé publique en Thaïlande. La bourse Ananda Mahidol a été financée sur les fonds personnels du roi Rama IX, et les dons des Thaïlandais, évalués à 20.000

---

<sup>114</sup> Chitbundid, Chanida, *The Royally-Initiated Projects: The Making of King Bhumibol's Royal Hegemony*, Bangkok, The Foundation for the promotion of Social Science and Humanities Textbooks Project, 2007, p 81.

bahts<sup>115</sup>. Le roi a donné des bourses aux étudiants thaïlandais pour poursuivre leurs études de médecine dans les pays étrangers. Le succès de la bourse d'Ananda Mahidol est le point de départ de l'influence du roi dans le domaine de la santé. Les étudiants bénéficiant de ces bourses ont formé un réseau d'intellectuels, dont l'existence a renforcé l'influence du roi Rama IX. Le Dr. Prawet Wasi a été le premier étudiant à obtenir la bourse Ananda Mahidol. Le Dr. Somsak Lolekha, ex-président du conseil national de l'Ordre médical depuis 2000-2013, le Dr. Kasem Wattanachai, membre du Conseil privé du roi, le Dr. Charus Suwanwela, ex-président de l'Université de Chulalongkorn, sont d'anciens lauréats. En outre, le roi a instauré une tradition de visite des régions les moins développées, où il était accompagné de médecins royaux qui fournissaient des soins aux habitants. Les visites du roi ont accru la popularité du roi Rama IX et de la famille royale.

Les caractéristiques des projets royaux dans le second gouvernement Phibun ont été, 1°) qu'ils ont été dirigés par le roi en personne; 2°) qu'ils ont été financés par les revenus personnels du roi et la collecte de fonds, en dehors de toute contribution du budget gouvernemental; 3°) qu'ils n'influençaient pas les politiques de développement du gouvernement central, car aucun fonctionnaire ne travaillait sur ces projets.

Après la chute de Phibun en 1958, son successeur, le maréchal Sarit, entretenait de bonnes relations avec la famille royale. L'amélioration de la santé était l'une des stratégies des programmes de développement rural mis en œuvre contre le communisme. Cependant, l'expansion des infrastructures médicales et de la police médicale dans les « zones rouges » était difficile. Bien que la médecine d'État ait été renforcée sous Phibun, la pénurie de professionnels de la santé et de ressources médicales dans les zones rurales était toujours un problème majeur. L'accès aux services de soins modernes était difficile et forçait les personnes des zones rurales à recourir aux soins de la médecine alternative ou à l'auto-médication. Les professionnels illégaux de la santé jouaient un rôle important pour leur fournir des soins. Même si le gouvernement avait amendé la loi d'établissement de santé en 1950, il y avait des professionnels illégaux de la santé dans certains établissements.

En outre, dans la société agraire en Thaïlande, les liens familiaux et communautaires étaient toujours forts, et l'État ne pouvait pas s'y substituer pour prendre en charge la santé

---

<sup>115</sup> Extrait du site de la fondation d'Ananda Mahidol :  
<http://kanchanapisek.or.th/amf/finance/index.th.html>

des citoyens. De plus, la plupart des habitants des zones rurales ne respectaient pas les politiques de santé du gouvernement central, lequel n'avait pas lancé des campagnes d'éducation à la santé. Par conséquent, l'État avait des difficultés à placer tous les citoyens sous le contrôle du gouvernement central. Certaines populations résistaient à l'orientation des politiques de santé. Des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé publique l'ont expliqué au début des années 1980 :

...La vie quotidienne, la tradition et la culture de chaque région étaient différentes ce qui constituant un obstacle important au développement du système de santé...

...Un autre problème était que les habitants des zones rurales ou les pauvres ne demandaient pas des services en matière de santé. L'État devrait les leur fournir mais, parfois, ils les ont refusées...

...La plupart des Thaïlandais étaient malades faute de promotion et de prévention de santé. La fourniture de services de soins n'était pas suffisante pour les habitants des zones rurales. Aujourd'hui, il y a seulement 88 hôpitaux publics, 200 dispensaires. De plus, le nombre de médecins était faible...<sup>116</sup>

...Dans des campagnes de lutte contre le pian, par exemple à Ratchaburi, il fallait passer un test sérologique avant le traitement de référence par la pénicilline. Mais certains patients l'ont refusé. Ils croyaient que ce test était une expérience scientifique pour une armée étrangère...<sup>117</sup>

...Les personnes des zones rurales nous ont raconté que grâce aux campagnes de lutte contre le pian et à รถฉายหนังขายยาเร่ (*Rot chai nang kay ya rae*, les caravanes de cinéma qui vendaient des médicaments) ils accédaient à certains médicaments de la médecine moderne...

...Selon une enquête sur l'accès aux soins, seulement 15% des patients accédaient aux services de soins fournis par l'État. Le lien familial est crucial pour la santé. Si quelqu'un est malade, ce sont ses parents qui s'occupent de lui. Ils n'aiment pas visiter les hôpitaux qui sont très éloignés. Pour y aller, les patients et leurs parents doivent arrêter temporairement leur travail...<sup>118</sup>

<sup>116</sup> Pongaksorn, Somboon, « ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ » [Les problèmes dans le système de la santé], in Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op. cit.*, 1982, pp. 21-22.

<sup>117</sup> Daengsawang, Sawat, « ประสบการณ์บางอย่างเกี่ยวกับงานสาธารณสุข » [Des expériences sur des campagnes de la santé], in Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op.cit.*, 1982, p.43.

<sup>118</sup> Watcharothai, Somboon, « การแก้ปัญหาสาธารณสุขของไทย » [Pour résoudre des problèmes dans le système de la santé en Thaïlande], in Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op.cit.*, 1982, pp.123-125.

Pour créer un État-Nation, Sarit avait besoin d'un nouveau symbole d'unité : Nation-Religion-Roi étant au cœur de l'idéologie de l'État. Le gouvernement l'a renforcé dans les médias et l'a inscrit dans l'article 45 de la constitution disant que « Personne ne doit exercer ses droits et libertés constitutionnels de manière à nuire à la Nation, à la Religion, au Roi et à la Constitution » pour contrôler la mentalité des Thaïlandais<sup>119</sup>. Le principe de Nation-Religion-Roi était aussi appliqué dans le système de santé. L'image du roi Rama IX était idéale pour soutenir les campagnes sanitaires. Parce que ses parents travaillaient dans le domaine de la santé. Sa passion pour le sport était notoire. Il aimait pratiquer les sports, comme le badminton, le tennis, le nautisme, etc. Et il se présentait comme un personnage moral qui souhaitait aider les personnes en difficulté sociale. Le bouddhisme participait à la vie et à la santé des Thaïlandais depuis longtemps. Et le roi était un bon bouddhiste pratiquant. Ce nouveau symbole était efficace pour influencer des comportements de la santé des Thaïlandais. Ainsi, Sarit a soutenu de nombreux projets royaux de santé publique. Les restrictions financières aux projets royaux ont progressivement disparu après la chute de Phibun : la bourse Ananda Mahidol est ainsi devenue la fondation Ananda Mahidol en 1959, et ses revenus se sont progressivement accrus, atteignant 665,7 millions de bahts en 1998. Ils proviennent de dons privés particuliers, d'entreprises thaïlandaises d'entreprises étrangères, de personnes morales, etc. La fondation a reçu environ 263,8 millions de bahts de dons en 1998, quand ses dépenses se montaient à seulement 31 millions de bahts, pour l'essentiel sous formes de bourses d'étudiants (29.528.678 bahts en 1998)<sup>120</sup>. Président d'honneur, le roi nommait le conseil d'administration de la fondation, actuellement présidé par sa fille, la Princesse Sirindhorn.

Après 1958, les visites royales n'ont plus été limitées à la région centrale et leur nombre a augmenté (voir le graphique n°6). La popularité du roi faisait que beaucoup de Thaïlandais attendaient ses visites, pendant lesquelles ils pouvaient communiquer directement avec lui et expliciter leurs besoins. Ils pouvaient également demander des aides dans divers domaines, y compris les traitements médicaux. Recourir à l'intervention du roi était plus rapide que d'attendre les aides sociales du gouvernement central, qui devaient passer par la voie administrative. En raison du manque de ressources médicales et de médecins dans les zones rurales, beaucoup de gens avaient besoin de soins. En 1967, le roi a formé les unités mobiles de la médecine royale qui se rendaient dans les familles et

<sup>119</sup> Murashima, Eiji, « The Origin of Modern Official State Ideology in Thailand », *Journal of Southeast Asian Studies*, vol.19, n°1, 1988, pp.80-96.

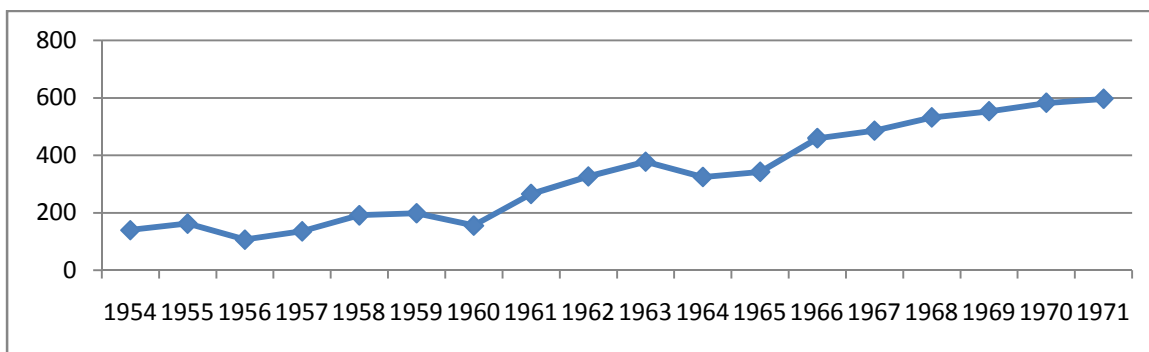
<sup>120</sup> Acquis du site de Kanchanapisek: <http://kanchanapisek.or.th/kp11/finance/index.th.html>



distribuaient des soins dans plusieurs régions. Ces unités étaient composées de médecins, et aussi de fonctionnaires qui travaillaient dans les zones visitées par le roi. À chaque visite du roi, des patients chanceux étaient sélectionnés et recevaient des aides médicales comme ‘patient sous le patronage du roi. L'importance des unités mobiles de la médecine a été décrite ainsi:

... Les unités mobiles de la médecine royale aidaient des habitants des zones rurales à accéder aux soins, ceux qui étaient pauvres et faisaient face à des difficultés de transport pour se rendre dans les hôpitaux...<sup>121</sup>

Aujourd'hui, le projet d'unités mobiles de médecine est placé sous la direction de la princesse Chulabhorn.



Graphique n° 6: Nombre de prestations royales du roi Rama IX de 1954 à 1971<sup>122</sup>.

Le roi est devenu le symbole et le centre des activités philanthropiques: de nombreuses fondations royales ont été créées pour encourager la collecte de fonds privés et partager le fardeau financier du gouvernement central pour les dépenses d'assistance sociale. Le total des sommes collectées au titre de dons par le roi Rama IX ont augmenté (voir le graphique n°7). Le roi a créé de nouvelles fondations, comme la fondation Rajaprasamasai en 1970, la fondation Rajapranugroh en 1973, la fondation Saijaithai en 1975, la Fondation pour la

<sup>121</sup> Na Bangchang, Eab, « ภัยอันตรายของสาธารณสุข จากมลภาวะ อุบัติเหตุ และการขาดแคลนการสาธารณสุข » [Les dangers pour la santé publique contre la pollution, les accidents et la pénurie des ressources médicales] in Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op. cit.*, 1982, p.43.

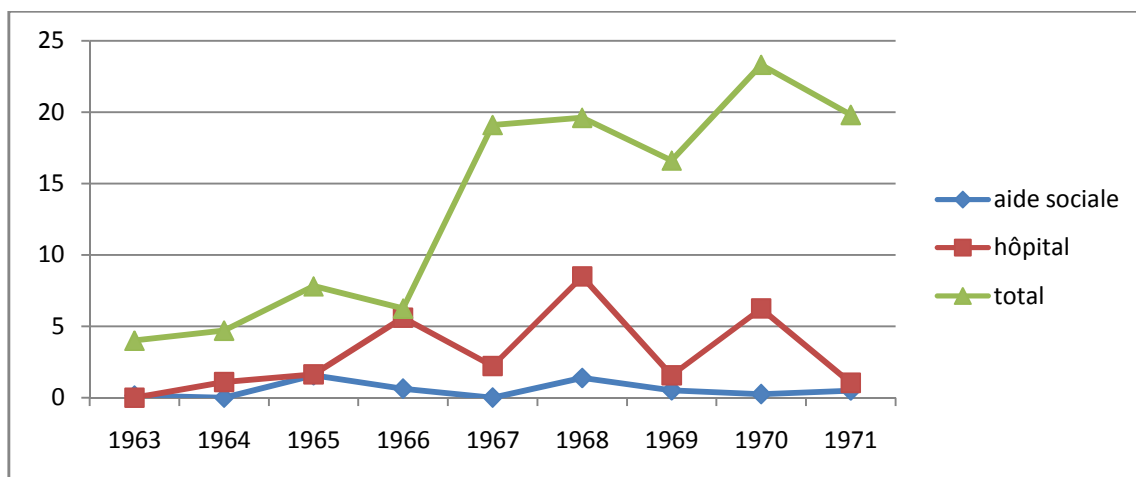
<sup>122</sup> Appliqué de Chatphonrak, Punnee, Sirisuk, Prakaithong & Petchlertanan, Thamrongsak, (tras.), *การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ* โดย ทักษิณ เจริญมิตร [Charoemtiarana, Thak, Thailand: The Politics of Despotism], texte intégral en thaïlandais moderne avec introductions et notes, The Foundation for the promotion of Social Science and Humanities Textbooks Project, 2<sup>e</sup> éd., 2005, p.372.

lutte contre le choléra en 1968. En outre, le roi a donné des fonds pour acheter des équipements médicaux et fonder des hôpitaux. La fondation Rajaprasamasai a été le fruit d'une coopération entre le roi, le ministère de la Santé, l'association des médecins américains, et d'autres organisations internationales, comme l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance. L'objectif de la fondation est de rechercher et développer le traitement contre la lèpre, de fournir les soins aux patients diminués par cette maladie, de faciliter l'insertion professionnelle des patients et d'éduquer les enfants des patients atteints de la lèpre. La fondation était financée par les dons du roi, d'individus, d'organisations thaïlandaises et étrangères. Aujourd'hui, elle est une fondation privée qui collabore avec le département de la santé.

La fondation Rajapranugroh a été fondée en 1973 pour collecter des fonds, avec pour objet de fournir des aides aux victimes de catastrophes naturelles, aux orphelins et aux familles démunies. Financée par des dons du roi et de particuliers, sa structure s'imbrique dans le système bureaucratique, puisque le gouverneur de la province est également président du comité provincial de la fondation. En plus, certains fonctionnaires, par exemple, du département d'irrigation, de la police, etc., sont sommés de participer aux activités de la fondation.

La relation entre le roi, l'armée et la police s'est améliorée. Établie en 1975, la fondation Saijaithai a pour objet de fournir des aides, des soins, aux soldats, militaires, et volontaires divers handicapés des suites de la lutte contre le communisme. Les aides couvrent aussi les membres de leurs familles. La fondation collecte les dons des individus. Beaucoup de médecins, infirmières, et fonctionnaires participent aux activités de la fondation.

Les caractéristiques des projets royaux après le second gouvernement Phibun étaient les suivantes : 1°) ils sont développés sur la base de fondations privées présidées par le roi, qui en nomme le conseil d'administration ; 2°) ils sont financés par les revenus privés du roi, ceux du Bureau des Propriétés de la Couronne et les dons des individus, entreprises et organisations ; 3°) ces projets s'effectuent en collaboration avec certaines administrations, qui y délèguent des fonctionnaires travaillant dans les projets ; 4°) ils fonctionnent comme un organisme de développement et d'aides sociales, en complément de l'administration du gouvernement central. Le rôle du roi dans le domaine de la santé s'en est donc renforcé.



Graphique n° 7: Somme de la collecte de dons du roi Rama IX de 1963-1971 classée par destination des dons (millions de bahts)<sup>123</sup>

L'image du Roi Rama IX est devenue comparable à celle d'un saint fournissant les aides sociales et les services de soins aux habitants des zones rurales et aux personnes marginalisées. L'image des autres membres de la dynastie Chakri a également été installée dans l'histoire de la médecine moderne en Thaïlande. En 1950, une statue du Prince Mahidol de Songkhla a été érigée dans l'hôpital Siriraj. Le Prince de Songkhla est honoré comme « le père de la médecine moderne et de la santé publique de la Thaïlande » jusqu'à aujourd'hui. Le 24 septembre, le jour de son décès, a été nommé comme le jour de Mahidol, lors de ce jour chaque année l'hôpital Siriraj organise des activités pour collecter de fonds.

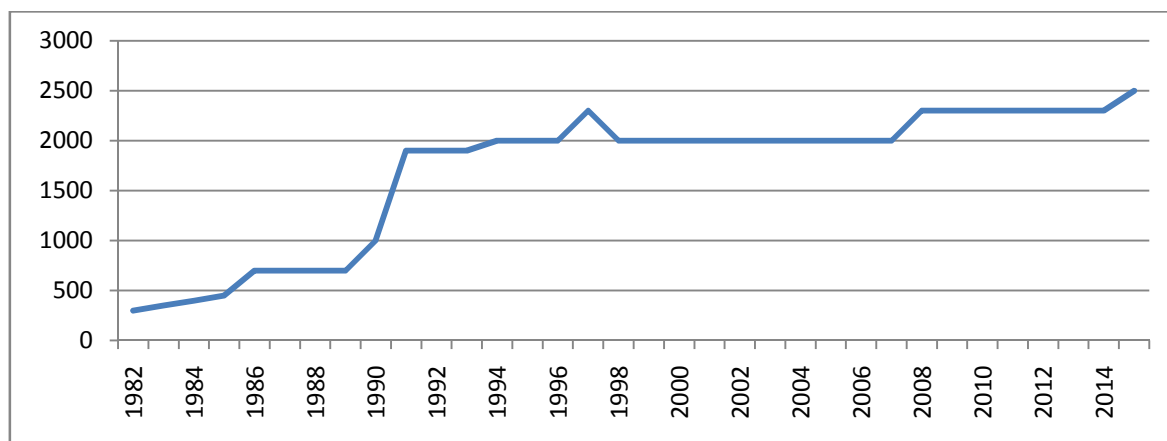
Après la mort du maréchal Sarit, les gouvernements suivants ont continué à soutenir les projets royaux et les fondations. L'influence de la monarchie était plus en plus prégnante dans le gouvernement et le système de santé en Thaïlande, notamment pendant le gouvernement du Prem Tinsulanonda (1980-1988). La relation entre le roi et le Premier ministre a très bien fonctionné. Le roi a soutenu le Premier ministre Prem, qui, dès la fin de son mandat en 1988, a intégré le Conseil privé du roi. Le gouvernement Prem a restauré le prestige du roi et la famille royale, rétablissant les cérémonies royales, et faisant de l'anniversaire du roi (5 décembre) la fête nationale. Depuis 1982, les politiques de développement du gouvernement central ont intégré les analyses du roi Rama IX. Le 5ème plan national de développement (1982-1987) a été le premier plan national influencé par

<sup>123</sup> *Ibid.*, p.370.

les politiques des projets royaux, en se concentrant sur le développement des zones rurales : le gouvernement a ainsi créé un comité national de développement des communes rurales en 1982. M. Sumet Tantivejkul, l'un des technocrates préférés du roi Rama IX et un responsable des projets royaux, a été nommé secrétaire de ce comité. Même si les gouvernements changeaient, ils intégraient tous les analyses du roi Rama IX dans leurs politiques de développement.

En 1982, le gouvernement a créé «le Conseil des projets royaux de développement» dont le rôle est d'étudier les projets royaux et de les intégrer aux politiques du gouvernement central. Le statut du Conseil des projets royaux de développement est ambigu. Au début, c'était un département du Conseil de développement économique et social. En 1992, le Conseil des projets royaux de développement est devenu un département dépendant du cabinet du Premier ministre ; en 1993, son administration a été placée sous les ordres du secrétariat du Cabinet. En 2003, il est devenu une organisation autonome sous la responsabilité du Premier ministre, le gouvernement lui accordant un financement d'environ 20 millions de bahts par an.

Après la création du Conseil des projets royaux de développement, le nombre de projets d'initiative royale a augmenté progressivement, avec 4.350 projets en 2014. Les projets d'initiative royale sont des projets de longue durée que le roi a planifiés et recommandés au gouvernement. Les projets une fois inscrits dans le programme du roi, le Bureau des projets royaux collabore avec tous les organismes gouvernementaux pour les lancer, suit leur avancement et fait des rapports au roi. Le financement des projets royaux et des projets d'initiative royale provient normalement des dons du roi et du secteur privé. Mais depuis 1982, leur co-financement est devenu un devoir de tous les gouvernements. Le montant actuel de la contribution gouvernementale aux projets d'initiative royale, est d'environ 2milliards de baths par an : un budget autonome qui sera dépensé en totalité après approbation du Premier ministre, mais sans examen préalable du Parlement.



Graphique n° 8: Budget gouvernemental pour les projets d'initiative royale (million de baht)<sup>124</sup>

Le domaine de la santé est l'un des huit domaines auquel s'intéressait le roi Rama IX. Sur la période 1982-2001, 44 projets d'initiative royale dans le domaine de la santé ont été approuvés par le Bureau des conseils des projets royaux, pour un montant de 162 millions de bahts et 138 projets dans le domaine social (489 millions de bahts). L'idéologie des projets, fondée sur la charité et le volontarisme, est soutenue par le bouddhisme thaï. La famille royale et les temples sont devenus des centres de collecte de fonds et des institutions distribuant des aides sociales. Après la chute du second gouvernement Phibun (1957), les gouvernements ont soutenu le rôle du roi Rama IX et de sa famille dans le domaine de la santé, car l'idéologie de la charité était compatible avec les politiques de santé gouvernementales, qui reposaient sur des aides sociales couvrant seulement la population sélectionnée, soit les pauvres des zones rurales. Dans les années 1970-80, les gouvernements thaïlandais ont lancé une politique de développement pour lutter contre la propagation du communisme. Le concept de développement dans le troisième plan national de développement (1972-76), le quatrième (1977-81) et le cinquième (1982-86) a été modifié, accordant la priorité à la réduction des disparités entre les zones urbaines et rurales, et à la réduction de la pauvreté dans les zones rurales. Pour réaliser ces objectifs, les gouvernements ont prévu de redistribuer les revenus et les services sociaux, y compris les services de santé, de manière plus équitable. La collaboration entre le roi et le gouvernement a contribué à la lutte contre la propagation du communisme. Le roi et la famille royale sont devenus le symbole de l'unité de la nation et des campagnes de santé

<sup>124</sup> Source: Bureau de budget:

<http://www.bb.go.th/bbhome/page.asp?option=content&dsc=%BE%C3%BA%2E%A7%BA%BB%C3%D0%C1%D2%B3%C3%D2%C2%A8%E8%D2%C2&folddsc=19004>.

publique. La charité encourageait les aides sociales privées, ce qui était autant d'économies pour le gouvernement. Les projets royaux ont été une manière de distribuer de l'aide aux populations des zones rurales, précisément celles sous influence du communisme, ce que l'administration centrale n'aurait pas pu faire. Les facteurs politiques et économiques limitaient la performance des politiques sanitaires du gouvernement. Par conséquent, les activités du secteur privé, comme la charité du roi, étaient nécessaires pour aider la population précaire.

Grâce aux contributions du roi et de la famille à la santé publique, leur image était très bonne. Depuis des années 1980, le renforcement de l'image du roi et des autres membres de la dynastie Chakri dans l'histoire de la médecine moderne a été très important. Au cours des dernières décennies, un grand nombre d'instituts médicaux et d'établissements de santé ont abandonné leurs noms d'origine pour adopter de nouveaux noms, liés à la royauté. En outre, la mère du Roi Rama IX, a récemment été désignée comme « mère de la santé publique »<sup>125</sup>. Des statues du Prince de Songkhla et de son épouse ont été édifiées devant le ministère de la Santé publique. Du fait de la mondialisation, le tabagisme et l'alcoolisme était devenus des facteurs importants de maladies chez Thaïlandais. Des technocrates du domaine de la santé se sont efforcés de lancer des campagnes de contrôle de la consommation du tabac et de l'alcool. Cependant, les campagnes n'ont pas eu beaucoup de résultats. Le gouvernement central n'a pas pu convaincre les Thaïlandais de réduire la consommation de tabac et d'alcool. Pour résoudre ces problèmes, des technocrates ont utilisé une image d'unité, celle du Roi Rama IX, dans les campagnes de la santé, par exemple, «l'arrêt d'alcool pour le Roi»<sup>126</sup>. Le changement des comportements à risques sanitaires n'avait plus pour but l'intérêt individuel, mais était demandé pour le roi. L'image du Roi est passée de celle d'un « saint » qui fournissait les services de soins à celle de promoteur de la prévention. Des technocrates l'ont utilisé pour justifier et renforcer leurs politiques de la santé. En outre, grâce à la mondialisation, les contributions du Roi Rama IX à la santé publique ont été reconnues au niveau international. Par exemple, l'*American College of Chest Physicians* a donné un prix au Roi Rama IX pour sa contribution à la

---

<sup>125</sup> Muksong, Chatchai & Cheungsatiansupm Komatra, « Medicine and Public Health in Thai Historiography: From an Elitist View to Counter-Hegemonic Discourse », in Monnais, Laurence & Cook J., Harold (éds.), *Global movements, Local Concerns: Medicine and Health in Southeast Asia*, NUS Press, 2012, p.233.

<sup>126</sup> Retrait du site de la THF: <http://www.thaihealth.or.th/Content/21978-%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B4%E0%B8%81%20%22%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B9%89%E0%B8%B2%20%20%E0%B8%96%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%A7%E0%B8%87.html>

lutte contre la tuberculose. Le Dr. Nagajima, directeur de l'OMS, a donné un prix au Roi Rama IX pour sa contribution à la prévention en matière de santé en Thaïlande<sup>127</sup>.

### ***3.3 Le lien entre le bouddhisme et la santé dans la société moderne***

Le changement de direction des politiques de santé de l'OMS dans les années 1970 a aidé à raviver la MTT. Le développement des technologies médicales a commencé à rencontrer ses limites. Le concept de santé est passé du modèle biomédical à une approche holistique. Selon la déclaration d'Alma-Ata en 1978, l'OMS encourageait les pays membres à formuler des politiques, stratégies et plans d'action pour fournir des soins primaires aux citoyens. Tous les individus ont le droit et le devoir de participer à la planification mise en œuvre pour renforcer les soins. La prévention et la promotion de la santé sont devenues de plus en plus essentielles pour la santé de la population afin de maintenir une croissance économique durable et pérenniser la société. La santé était une responsabilité partagée par l'État, la communauté et l'individu. Les soins primaires se sont définis à la péréquation des conditions économiques et des caractéristiques socioculturelles et politiques de chaque pays et communauté.

De plus, la politique de l'OMS de médecine autochtone promouvait l'usage des plantes médicinales, et la technologie médicale disponibles dans chaque pays membres afin de préserver la diversité de la culture thérapeutique, et promouvoir la santé de tous. Le gouvernement thaïlandais, à ce moment-là, a été d'accord avec cette déclaration, et il a renforcé la prévention et la promotion de la santé et a encouragé le rôle des communautés locales pour maîtriser leur propre santé.

Certains médecins et technocrates du domaine de la santé ont vu que la MTT avait un potentiel d'amélioration, et que son concept de traitement se fondait sur une approche holistique proche de la direction des politiques de santé de l'OMS. Il y avait plein de plantes médicinales et les connaissances de la MTT s'accumulaient depuis longtemps. En outre, l'augmentation du prix des traitements médicaux occidentaux limitait l'accès aux soins des pauvres. La renaissance de la MTT comme médecine alternative a accru la concurrence sur le marché et a aidé à assurer des soins primaires pour tous.

---

<sup>127</sup> Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *สาธารณสุขของแผ่นดิน* [ La santé publique du Royaume de Thaïlande], Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, 2007, pp. 172-176.

Pour institutionnaliser le rôle du bouddhisme dans le système de santé, les technocrates ont réussi à introduire la MTT dans les plans du gouvernement. La politique du gouvernement relative à la promotion de l'usage des plantes médicinales et au développement de la qualité des soins de la MTT est bien installée jusqu'à aujourd'hui. Le ministère de la Santé publique a inclus des mesures pour promouvoir la phytothérapie et la MTT depuis le 4<sup>e</sup> plan de développement sanitaire (1977-81). L'Institut de médecine traditionnelle thaïlandaise a été créé en 1993 pour développer les connaissances et la recherche et d'autres activités concernant la MTT. En 1999, l'Acte de protection et de promotion de la MTT a été approuvé pour légitimer les activités et les services fournis par les professionnels de la MTT. Certains médicaments à base de plantes sélectionnées ont été inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels. Le gouvernement a amélioré le système de formation de la MTT, basé sur davantage de connaissances scientifiques et de preuves empiriques. Les médecins traditionnels thaïlandais doivent effectuer au moins 3 ans de cours en MTT standard pour obtenir une licence.

En raison de la relation étroite avec le bouddhisme, la renaissance de MTT a inévitablement réactivé les croyances bouddhistes et le rôle des pouvoirs surnaturels dans la santé. Les temples bouddhistes ont constitué des soutiens importants pour la MTT. La diffusion de la MTT a été accueillie dans les temples, par exemple, en 1962, une école de médecine traditionnelle a été établie au temple *Wat Pho* qui abrite l'une des premières écoles de massage thaïlandais. Le massage thaï traditionnel et la médecine sont enseignés au Centre Associatif des praticiens de la médecine traditionnelle. Du fait de l'augmentation rapide du nombre de patients atteints du VIH pendant des années 1980, le ministère de la Santé publique ont lancé des programmes pour renforcer des soins primaires et la prévention. Cependant, des aides sociales et des traitements pour ces groupes n'étaient pas suffisants. Donc, l'auto-assistance du patient et les activités du secteur privé étaient nécessaires. Le temple *Wat Phrabatnampu* associe les soins occidentaux et traditionnels thaïlandais, et les principes bouddhistes à destinations des patients atteints du VIH, et des toxicomanes. Il applique la méditation pour améliorer leur santé mentale et également leur fournit la phytothérapie et les soins de la médecine moderne.

Comme le temple est un centre communautaire important, c'est un lieu idéal pour lancer des activités de promotion de la santé, puisque la majorité des Thaïlandais sont bouddhistes et que les bonzes ont une forte influence. Les bonzes et les temples ont un rôle important dans les soins de santé et des services de traitement, précisément, dans les zones



rurales où il y a beaucoup de bonzes et où l'accès aux soins occidentaux est difficile à cause de la pénurie de professionnels de santé et de ressources médicales. Les relations entre les membres dans les communautés sont cruciales pour la distribution des soins primaires. Avec pour résultat que<sup>128</sup>:

... L'implication des moines dans les soins primaires a été perçue comme un moyen de restaurer leur fonction communautaire originale, après que les gouvernements successifs aient dominé ces activités communautaires pendant des décennies. Plus de 200.000 moines et quelque 30.000 temples à travers le pays sont devenus une partie intégrante du mouvement, qui s'appelle le mouvement des médecins traditionnels, dans les années 1980...

... Nous (la Thaïlande) avons réussi notre stratégie de créer des activités bénévoles en faveur de la santé pour restaurer la fonction originale de la communauté et la développer selon les différences géographiques et culturelles. Par conséquent, le système des soins primaires est aujourd'hui profondément enraciné dans les communautés locales...

... Actuellement, plus de 800.000 bénévoles travaillent à la promotion des soins primaires pour différentes communautés à travers le pays...

En outre, les technocrates ont cherché à insérer le bouddhisme dans les politiques nationales de santé. Ils ont fait des efforts depuis 1970 pour créer un réseau social et influencer l'orientation des politiques de santé. Le gouvernement a soutenu l'installation des temples comme centres de promotion et de prévention de la santé publique et le bouddhisme comme concept idéal de la santé. Selon le point de vue de ces technocrates, la santé n'est pas seulement physique, mais aussi mentale, sociale et spirituelle. La purification des esprits nous aide à atteindre à la bonne santé spirituelle. La surconsommation de médicaments et de soins sont aussi une conséquence de la propagation du capitalisme qui tend à détruire le mode de la vie des bouddhistes et la culture thaïlandaise. Elle encourage les gens à se concentrer seulement sur la santé physique et à négliger des autres dimensions, précisément, la santé spirituelle.

Le Dr. Prawet Wasi, l'un des penseurs influents dans le domaine de la santé en Thaïlande, a construit un cadre conceptuel de la santé intégré à la philosophie bouddhique. Selon ce cadre conceptuel, la définition de la santé est plus large que celle de l'OMS. La

---

<sup>128</sup> Treerutkruakul, Apiradee, « Thailand's unsung heroes », *Bulletin de l'OMS*, 86(1), janvier, 2008.

santé se compose de quatre dimensions, physique, mentale, sociale et spirituelle. La bonne santé physique signifie un bon état physique, l'absence de maladie, d'infirmités et la disposition de moyens adéquats. La bonne santé mentale signifie un état de plein bonheur, un esprit sain, l'intelligence, et l'absence de stress. La bonne santé sociale se traduit par une bonne relation aux autres, à la famille et à la communauté, et une vie dans une société équitable et harmonieuse. La bonne santé spirituelle implique de faire de bonnes actions, d'être affilié à une religion et d'être généreux. La santé spirituelle est la plus importante, car elle affecte les trois autres, physique, mentale et sociale. Selon Prawet, la réforme du système de santé est un processus moral pour le bénéfice de l'homme<sup>129</sup>. Le Dr. Komatra Cheungsatiansup, un chercheur connu dans le domaine de la santé en Thaïlande, indique que la société thaïlandaise a accumulé beaucoup de capital social, ce qui permettant aux gens d'améliorer leur santé spirituelle, car celle-ci dispose de beaucoup de centres d'éducation, de lieux de culture, de temples, de mosquées et d'églises, mais que la santé spirituelle des Thaïlandais est négligée et dégénérée<sup>130</sup>.

Les technocrates du domaine de la santé ont réussi à faire pression sur le gouvernement. Le règlement du Cabinet du Premier ministre relatif à la réforme de santé publique de 2000 a pour la première fois inclut la dimension spirituelle dans la définition du système de santé. L'article 3 de ce règlement dit que

...La réforme du système national de santé désigne tout processus qui conduit à changer le système de gestion en un système national de santé, qui s'adresse à tous les citoyens, pouvant acquérir la pleine santé physique, mentale, sociale et spirituelle ...

Trente ans d'efforts des technocrates dans le domaine de la santé ont porté leurs fruits. En 2001, le *Thai Health Fund* (Fond pour la Promotion de la Santé des Thaïlandais, THF) a été créé par la loi de la promotion de la santé 2001. C'est un établissement public autonome et financé par une taxe supplémentaire de 2% sur le tabac et l'alcool, évalués à environ 2 milliards de bath par année. Le rôle du THF est le financement des projets, activités et publicités promouvant la santé physique, mentale, sociale et spirituelle. Une des missions importantes de la fondation est de former des partenariats avec des

---

<sup>129</sup> Buddhadasa, Bhikkhu, Prayudh, Payutto & Wasi, Prawet, สุขภาพทางจิตวิญญาณ : สุขภาพทางปัญญา [La santé spirituelle: la santé de la sagesse], Institut de recherche du système de santé, 2002, p.16.

<sup>130</sup> *Ibid.*, pp. 44-47.

organismes gouvernementaux, non-gouvernementaux ou privés afin de réduire les risques sanitaires comme le tabagisme, l'alcoolisme, les drogues, etc. Le THF a formé des partenariats avec des dizaines d'organismes, par exemple, l'Institut de recherche dans les systèmes de santé, le Bureau de développement du système informatique de santé, la Fondation d'action contre le tabagisme et pour la santé, le Centre de la recherche sur le contrôle du tabagisme, etc. Prawet a eu une grande influence sur les politiques des organismes de ce réseau de technocrates du domaine de la santé, qui a un fort pouvoir en matière d'insertion de l'idéologie bouddhique dans les politiques de santé en Thaïlande.

Selon le point de vue de ces technocrates, les comportements liés à la mauvaise santé, précisément le tabagisme et l'alcoolisme, sont une conséquence de l'expansion du capitalisme. La santé est une responsabilité individuelle. Le capitalisme est un mal qui envahit le mode de la vie des bouddhistes et stimule la surconsommation. Les pratiques bouddhistes, comme la méditation, l'observance des cinq préceptes, la concentration, la récitation des mantras, l'offrande aux bonzes, etc., jouent un rôle positif sur la santé. À cause du capitalisme, la plupart des bouddhistes négligent les pratiques morales : le cinquième des cinq préceptes interdit ainsi la consommation de drogues, d'alcool et des cigarettes. Les technocrates voient dans la consommation de tabac ou d'alcool un *mauvais karma (Bap)*. Utilisant l'image du roi Rama IX, les technocrates ont appliqué les croyances du bouddhisme pour convaincre les Thaïlandais de poursuivre les orientations du gouvernement. Des campagnes pour la promotion de la santé des Thaïlandais visent à contrôler les comportements dans le cadre du bouddhisme. Par exemple, le THF et ses partenaires ont réussi à installer la campagne annuelle *งดเหล้าเข้าพรรษา (Ngod Lao Kao Pun Sa, pas d'alcool pendant le carême bouddhiste)*. L'article 28 de la loi du contrôle de l'alcool 2008 permet au le ministre de la santé publique de fixer les jours d'interdiction de la vente d'alcool, souvent les jours fériés bouddhistes.

Le bouddhisme en tant que forte institution sociale continue d'exercer ses fonctions au sein de la sécularisation et de la modernisation de la société thaïlandaise : le bouddhisme a constitué un cadre moral pour les Thaïlandais, adoptant, plus tôt que rejetant, la modernisation, la sécularisation et le capitalisme.

Cependant, la croissance économique rapide des années 1980-90 a intensifié la commercialisation du bouddhisme. Selon Kitiarsa<sup>131</sup>, le terme de พุทธพาณิชย์ (*Buddhaa Phanit*, commercialisation du bouddhisme thaï) a été inventé dans les années 1980, et a été pleinement appliqué dans les activités commerciales de bouddhisme thaï, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des temples ou dans l'émergence d'un marché religieux. Les activités commerciales du bouddhisme thaï sont de trois types :

Premièrement, le commerce des amulettes bénies à prix élevé. La valeur du marché des amulettes est de plusieurs milliards de bahts<sup>132</sup>.

Deuxièmement, la marchandisation des activités religieuses, des activités supranaturelles, et des produits des moines magiciens. Il y a des milliers de moines bouddhistes thaïs qui pourraient être identifiés comme magiciens, en fonction de leur charisme et de leur puissance surnaturelle. Les activités supranaturelles comme la communication avec des esprits, sont populaires. La valeur de ce marché est d'environ 20 milliards de bahts<sup>133</sup>.

Troisièmement, le tourisme, les temples et les lieux d'importance religieuse, qui sont devenus des attractions touristiques.

En outre, le système d'acquisition de mérite a également changé. La croyance au *Karma* et au *Samsara* chez la plupart des bouddhistes thaïlandais a été un facteur important de l'émergence de la commercialisation du bouddhisme thaï. Ce système du mérite a aussi modifié le capitalisme thaï. Le *Karma* est généralement perçu comme le pouvoir invisible et surnaturel qui conduit les gens à être heureux ou malheureux. Les gens qui font le bien seront récompensés. Par conséquent, le bon Karma, บุญ (*Bun*), et le mauvais Karma, บาป (*Bap*), peuvent générer de bonnes conséquences, par exemple, la richesse, la bonne santé, etc. ou de mauvaises, par exemple, la pauvreté, la maladie, etc. De plus, le *Karma* peut s'accumuler : le *Bun* peut donc être considéré comme un capital, meilleur que les autres, car il peut s'accumuler éternellement sans dépréciation, et peut être transféré dans la vie suivante. Les autres capitaux ne donnent aucun avantage à leur propriétaire, s'il est mort. Le *Bun* et le *Bap* peuvent être compensés. Les mauvaises

---

<sup>131</sup> Kitiarsa, Pattana, « Buddha Phanit : Thailand's prosperity religion and its commodifying tactics », in Kitiarsa, Pattana (éd.), *Religious commodifications in Asia: Marketing Gods*, Routledge Taylor & Francis, 2008, p.125.

<sup>132</sup> *Ibid.*, p.137.

<sup>133</sup> *Ibid.*, p. 138.

conséquences du *Bap* peuvent être éliminées en faisant le *Bun*, comme le croient la plupart des bouddhistes thaïs. Donc, ils aimeraient accumuler le *Bun*, afin de résoudre tous les problèmes dans la vie induits par le *Bap*. Des activités qui concernent le *Bun* sont, par exemple, la médiation, la pratique de la concentration, la donation aux temples, fondations ou personnes démunies, les offrandes diverses et le don matinal de nourriture aux bonzes, l'observance des cinq préceptes, etc. En outre, la plupart des bouddhistes thaïlandais croient que le *Bap* de la vie antérieure et actuelle peut être éliminé par les spécialistes de rituels, comme les moines magiciens. Ils fournissent des procédures rituelles aux clients permettant d'éliminer ou de réduire les mauvaises conséquences du *Bap*. Par conséquent, le *Bun* est un produit qui peut être acheté sur le marché religieux.

Même si le mode de la vie des Thaïlandais est déjà entré dans la modernisation, le concept de la vie et la croyance dans le *Karma* influencent toujours l'identité de la plupart des bouddhistes thaïlandais. L'avancement des technologies médicales ne peut pas réfuter la croyance que les maladies sont les conséquences d'un mauvais *Karma*. Les Thaïlandais ne rejettent pas l'importance de l'accès aux soins, mais ils voient en la pratique du *Bun* un moyen complémentaire pour guérir les maladies. Une croyance commune, même parmi les habitants des zones urbaines, les plus éduqués et les plus sophistiqués d'aujourd'hui, est celle des *ผี* (*phi*, fantômes) comme source de malheurs et de maladies. Dans certaines occasions on fait des offrandes aux esprits de la terre, *พระภูมิ* (*Phra Phum*), si la médecine ne peut pas guérir : on fait la promesse que si le patient recouvre la santé, on fera un don. La guérison par des incantations magiques et des sorts effectués par des moines est encore populaire. Les maladies ne disparaîtront pas, si le *Bap* n'est pas supprimé. Le *Bun* peut être stocké pour prévenir les accidents qui peuvent survenir dans l'avenir. Donc, la pratique du *Bun* est associée à la prévention, à la promotion, et à la restauration de la santé ; de plus, elle promeut la réputation et l'honneur du dévot. La plupart des bouddhistes thaïlandais aiment bien contribuer à la richesse des temples, aux fondations de charité, donner aux bonzes, aux personnes démunies, etc.

En Thaïlande, le temple est le centre des activités communautaires, y compris de l'éducation, des soins de santé, des événements rituels et culturels, de la charité et de la collecte de fonds. Le point focal de la philanthropie individuelle est le temple bouddhiste. Le don est destiné principalement au bien-être de la communauté, à l'éducation et à la santé. Mongkolnchaiarunya et Wattanakoon ont décrit que:

...Les Thaïlandais aiment faire des dons aux temples, puis s'attendent à avoir une bonne chance ou bonne vie. La plupart des temples dépensent ces dons pour améliorer leurs temples ; toutefois, plusieurs temples les dépensent pour renforcer un filet de protection sociale pour les pauvres. Certains temples fournissent non seulement une éducation religieuse mais aussi de la nourriture, des abris, des formations professionnelles et des soins médicaux...<sup>134</sup>

Non seulement le bouddhisme Theravada, mais aussi le gouvernement influait la charité du secteur privé. Grâce à la politique gouvernementale, les individus ont le droit de déduire jusqu'à 10 % de leur revenu imposable pour les contributions à des fondations et associations exonérées d'impôt. Selon *The World Giving Index 2013*<sup>135</sup>, le score sur 5 années (2008-2012) est de 45 pour la Thaïlande, qui se retrouve 16<sup>e</sup> sur 135 pays. Son score pour les dons monétaires est 76%. Selon les codes civil et de commerce, le temple bouddhiste est une personne morale, classée comme organisation à but non-lucratif. En 2013, le nombre total d'organisations à but non-lucratif est 76 685. Le pourcentage du nombre d'organisations religieuses par rapport au nombre total d'organisations à but non-lucratif est 57,9 %. Le nombre de personnes qui travaillent dans les organisations religieuses est 455 202, ou 46,2% du total. Leur rémunération moyenne est 112.523 bahts par personne par année. Le revenu total du secteur non-lucratif est 202.310,8 millions de bahts. Environ 61% des revenus viennent de donations, et d'aides gouvernementales. Le revenu total des organisations religieuses est 27.215,2 millions de bahts, ou 13,6% de revenu total du secteur non-lucratif. Le revenu annuel moyen d'une organisation religieuse est 0,6 millions de bahts<sup>136</sup>. Cependant, selon le travail de Chunsom<sup>137</sup>, le revenu moyen d'un temple bouddhiste est plus élevé que celui du rapport dernier qui est estimé de

---

<sup>134</sup> Mongkolnchai arunya, Jitti & Wattanakoon, Nuanyai, « Social Welfare and Social Work in Thailand », in Furuto, Sharlene (éd.), *Social Welfare in East Asia and the Pacific*, New York, Columbia University Press, 2013, p.125.

<sup>135</sup> Source: The World Giving Index 2013. Acquis du site de Charities Aid Foundation [https:// www .caf online. org/PDF/WorldGivingIndex2013\\_1374AWEB.pdf](https://www.cafonline.org/PDF/WorldGivingIndex2013_1374AWEB.pdf). Note: Pour la méthodologie, 1 000 questionnaires sont complétés par un échantillon représentatif dans chaque pays. Chaque interrogé est demandé 3 questions suivantes: Est-ce que vous avez aidé un étranger ou quelqu'un qu'ils ne connaissaient pas et qui avait besoin d'aide? Est-ce que vous avez donné de l'argent à un organisme de bienfaisance? Est-ce que vous avez consacré du temps pour le bénévolat? Chaque pays reçoit un score en pourcentage et les pays sont classés sur la base de ces scores.

<sup>136</sup> Source : Bureau des statistiques nationales, l'enquête sur les organisations à but non-lucratif 2013: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/nonProfitPDF56.pdf>

<sup>137</sup> Chunsom, Nada, รายงานฉบับสมบูรณ์ การบริหารการเงินของวัดในประเทศไทย[Le rapport: la gestion financière des temples en Thaïlande], NIDA, 2012, p 81.

3.235.692 baths par an. Le flux de trésorerie des temples peut être estimé à environ 100,000-120,000 millions de bahts par an, ou environ 1% du PIB.

Certains hôpitaux locaux ont été établis, grâce aux dons des temples. Parfois, des médecins ont demandé l'assistance financière aux abbés pour acheter des équipements médicaux. La construction des hôpitaux du Prince Vajiralongkorn peut décrire l'importance de la charité dans le système de santé. La fondation du Prince Vajiralongkorn a été fondée en 1979 et collecté plus de 200 millions de bahts pour acheter des équipements médicaux et établir 21 hôpitaux dans les zones rurales afin de fournir des soins aux personnes précaires<sup>138</sup>.

Le contexte politique et socio-économique dans l'histoire de la Thaïlande était différent de celui des pays européens occidentaux. Dans les pays européens occidentaux, l'État a utilisé des connaissances médicales pour gouverner la population. Au contraire dans le cas de la Thaïlande, l'État n'était pas un seul acteur. Le bouddhisme et la famille royale étaient aussi les acteurs importants. L'idéologie nationale définie par la devise Nation-Bouddhisme-Roi a influencé le système de santé en Thaïlande. Elle a également promu des idées spécifiques sur l'allocation des ressources médicales. Le nationalisme s'est institutionnalisé dans le ministère de la Santé publique et renforcé l'idée utilitariste. Le bouddhisme a influencé la conception de la vie des Thaïlandais. Les temples bouddhistes étaient des lieux importants de fourniture des services de soins et des centres d'activités philanthropiques. Le roi Rama IX et la famille royale représentait à la fois le symbole de la médecine moderne et celui de l'unité nationale. Certaines des conceptions ont été intégrées aux politiques nationales de santé.

---

<sup>138</sup> Le journal Matichon en ligne, 3 décembre 2016. Acquis du site: <https://www.matichon.co.th/news/381961>





## CHAPITRE 3

### UNE PROTECTION SOCIALE LIMITÉE

La vie est pleine de risques. Tout le monde est confronté à l'insécurité. Le risque est la probabilité d'un fait, d'un événement comme un mal ou un dommage. Certains dommages sont irréversibles. En conséquence, il est nécessaire de mettre en œuvre une gestion du risque. Au niveau individuel, il y a des mesures pour gérer le risque, par exemple, l'évitement, la prévention, l'épargne, etc. Cependant, il y a des limites à l'efficacité de la gestion du risque au niveau individuel. Premièrement, la gestion du risque dépend de la conscience, de la préférence, de la prévoyance et de la capacité de chaque personne. Deuxièmement, le coût restreint la mise en œuvre de la gestion du risque, notamment, pour les pauvres. Finalement, certaines prises de risque d'une personne peuvent provoquer des dommages aux autres, par exemple les risques de maladies. Ces risques aléatoires se transforment en risques sociaux qui menacent l'intégration de l'homme dans la société. Donc, la protection sociale a été inventée pour gérer les risques au niveau collectif, d'une manière plus efficace et plus économique que la gestion au niveau individuel.

Le processus de formation de la protection sociale dans les pays européens occidentaux au XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècle avait pour but de gérer cinq risques sociaux : le vieillissement, la maladie, l'accident de travail, le chômage, le risque maternel. Esping-Andersen a appliqué trois critères (le degré de marchandisation, la forme de la stratification sociale et l'articulation entre famille, marché et État) pour classer l'État-providence en trois types : libéral, conservateur et social-démocrate<sup>139</sup>. Cependant, certains universitaires l'ont critiqué, considérant que l'évolution de l'État-providence des pays d'Asie était différente de ces typologies, précisément l'État-providence dans les pays d'Asie de l'est où la protection sociale était un outil important de l'État pour augmenter la productivité et la croissance économique<sup>140</sup>.

L'objectif de ce chapitre est d'expliquer que, pour partager les risques de santé, le système de santé en Thaïlande s'est développé différemment des modèles de l'État-providence dans les pays européens occidentaux.

<sup>139</sup> Esping-Andersen, Gosta, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990.

<sup>140</sup> Choi, Young Jun, «End of the Era of Productivist Welfare Capitalism?: Diverging Welfare Regimes in East Asia », *Asian Journal of Social Science*, 40, 2012, pp. 275-294.

## 1. La protection sociale pilotée par l'État et la faible participation citoyenne

### *1.1 Le faible développement du syndicalisme en Thaïlande*

L'industrialisation et le capitalisme ont largement transformé la société des pays européens occidentaux. La division du travail a changé les modes de production. Certains paysans quittèrent la campagne pour travailler dans les usines. La société agricole se transforma graduellement en société industrialisée. La solidarité familiale et le lien communautaire, qui étaient importantes pour pallier des dommages individuels et collectifs, se sont dégradés avec le temps. Cependant, les conditions de travail dans les usines étaient catastrophiques et menaçaient la sécurité des ouvriers. Des accidents au travail avaient lieu tous les jours. L'état sanitaire des ouvriers était effroyable. Les ouvriers faisaient face aux risques liés à l'âge, au chômage, et à la maladie. Il était nécessaire que les ouvriers s'entraïdassent. Les sociétés de secours mutuel se sont développées du fait des ouvriers, et d'entrepreneurs adhérant au « catholicisme ou christianisme social » pour aider les ouvriers et leurs familles. Le nombre de mutuelles s'est accru. L'industrialisation et le capitalisme créèrent une nouvelle classe, la classe ouvrière. La solidarité ouvrière se développa. Les mouvements ouvriers devinrent de plus en plus forts, imposant une surveillance de l'État. Pour prévenir les tensions, la sécurité sociale a été formée par collaboration entre l'État et la société civile. Les droits sociaux et la couverture de la population se sont élargis. Les interventions étatiques étaient plus en plus importantes.

Selon les analyses de Rosanvallon,

...l'État-providence est un approfondissement de l'État-protecteur. Le passage de l'État-protecteur à l'État-providence accompagne le mouvement par lequel la société cesse de se penser sur le modèle du corps pour se concevoir sous le mode du marché. L'État-providence vise à substituer à l'incertitude de la providence religieuse la certitude de la providence étatique. C'est la notion de probabilité statistique qui rend pratiquement possible et théoriquement pensable l'intégration de l'idée de Providence dans l'État...<sup>141</sup>

La naissance de l'État-providence se base sur un contrat social. L'État-protecteur est l'État moderne qui garantit les droits individuels tels que la propriété et le droit à la vie. L'État-providence défend non seulement les droits individuels, mais aussi les droits

---

<sup>141</sup> Rosanvallon, Pierre, *La crise de l'État-providence*, Paris, Edition du Seuil, 1981, pp. 27-28.

sociaux. L'État-providence élabore des interventions étatiques afin de renforcer la solidarité et redistribuer le bien-être social. La société s'intègre au marché et au plan économique national. L'État augmente progressivement la dotation financière aux collectivités locales pour soutenir les programmes sociaux. Plusieurs institutions sociales sont établies par l'État. Plusieurs fonctionnaires sont formés par l'État pour travailler comme travailleurs sociaux. L'assistance publique est plus souple que la charité car elle n'est pas une obligation morale, mais un devoir public. Par ailleurs, l'application de techniques d'assurances et de statistique élargit les activités de la protection sociale. L'État élabore non seulement une assistance sociale, mais aussi rend l'assurance obligatoire, chaque membre ayant un devoir envers les autres. Chaque individu contribue d'une partie de son revenu à la société et bénéficie des mêmes droits. Grâce à cette réciprocité, le lien social est renforcé.

Dans le domaine de la santé, selon Rosanvallon, dans l'État hygiéniste, «...tous les problèmes d'hygiène deviennent des questions sociales, et tous les problèmes sociaux renvoient à une dimension hygiéniste... »<sup>142</sup>. L'amélioration de la santé de la population est une raison d'État. Pour lutter contre les maladies, la police médicale est organisée par l'État, plusieurs nouvelles institutions sont fondées pour raison de la santé publique, la prévention et la médecine sociale s'institutionnalisent et les interventions étatiques sont renforcées. Cependant, l'État hygiéniste est différent de l'État-providence.

...L'État-providence est fondé sur la détermination de règles de justice et de normes de redistribution qui fixent les devoirs de la société envers chaque individu et les formes de la société. Il renvoie à l'État de droit et à l'individu comme sujet. L'État hygiéniste a, au contraire, pour objet la société prise comme tout: il se donne comme finalité de produire le social et non pas de protéger l'individu. Contrairement à l'État-providence, son histoire n'est liée au progrès du droit et de l'idée démocratique dans le monde moderne, elle ne renvoie qu'à la formalité et à la fonctionnalité de l'État dans sa tâche d'institution du social... »<sup>143</sup>

En France, la solidarité est le cœur du système de la protection sociale. Le Préambule de la Constitution de 1958 dispose que

---

<sup>142</sup> *Ibid.*, p.130.

<sup>143</sup> *Ibid.*, p.134.

...La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ...

L'article L111-1 du Code de la sécurité sociale prévoit que «... la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale ...»<sup>144</sup>.

Le solidarisme de Léon Bourgeois a inspiré la sécurité sociale en France. Sa doctrine est un mélange entre le libéralisme et le socialisme : respect de la liberté individuelle et promeut la justice sociale. Pour lui, l'homme ne peut pas vivre sans la société. Ainsi, les individus peuvent gagner leur vie, mais ils ont aussi l'obligation de contribuer à la société. Son idée est celle de la dette nationale, l'homme naît débiteur vis-à-vis de la société humaine. Les personnes plus fortes ont le devoir d'aider les personnes plus faibles. Les riches doivent aider les pauvres. La dette nationale ne s'applique pas sur une seule génération. Toutes les générations ont le devoir de poursuivre la solidarité. Cette idée apparaît aussi dans l'assurance maladie en France, par exemple, la réforme d'assurance maladie en 2004 a pour but de préserver et consolider ses principes fondamentaux, c'est-à-dire, l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité<sup>145</sup>. Au début, l'assurance maladie en France assurait les salariés et leur famille, puis s'est progressivement élargie pour couvrir les autres populations. Le système d'assurance maladie partage les risques de santé entre les chanceux et malchanceux et redistribuer les revenus parmi les membres. Les riches cotisent davantage que les pauvres (principe de proportionnalité).

L'évolution de la protection sociale en Thaïlande était différente. L'État limitait l'évolution de la société civile. Il était difficile qu'une revendication de la société civile vienne renforcer les droits sociaux. Il a fallu attendre les années 1990, alors que la démocratisation encourageait la société civile et les mouvements sociaux. La répression du

---

<sup>144</sup> Acquis du site Legifrance:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIART1000006740075&dateTexte=&categorieLien=cid>

<sup>145</sup> Débat sur l'assurance maladie et la politique de santé. Communiqué du conseil des ministres du 16 juin 2014. Acquis du site Assemblée Nationale: [http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/assurance\\_maladie.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/assurance_maladie.asp)

syndicalisme en était un exemple. Après la Seconde Guerre Mondiale, le niveau d'industrialisation en Thaïlande était plus faible que celui des pays européens occidentaux. Plus de 80% de la population totale travaillait dans le secteur agricole et habitait à la campagne. Il était difficile d'y voir apparaître le sens de la solidarité ouvrière. Même s'il n'y avait pas de syndicats en Thaïlande avant 1932, des associations des travailleurs étaient apparues, notamment celles des travailleurs immigrants chinois. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la demande de travail à Bangkok s'est accrue du fait de la modernisation et de l'urbanisation. De plus, du fait de l'instabilité politique en Chine, certains travailleurs chinois quittèrent leur pays pour chercher un emploi en Thaïlande. Selon une estimation officieuse, le nombre de Chinois en Thaïlande était d'environ 2 millions de personnes, pour une population totale en Thaïlande de 6.300.000 personnes en 1903<sup>146</sup>. La plupart d'entre eux étaient des travailleurs libres dans le secteur de la construction. Les travailleurs chinois ne pouvaient pas adhérer au système de *Sakdina*. Il leur était donc difficile de s'intégrer à la société thaïlandaise ; les conditions de vie de certains travailleurs chinois et leur sécurité étaient mauvaises, notamment les conducteurs des cyclo-pousses. Donc, les Chinois formèrent, comme ils le faisaient depuis des siècles, des associations pour s'aider mutuellement, dont l'objectif principal n'était pas politique, mais d'améliorer leurs conditions de vie.

L'État thaïlandais appliquait diverses mesures pour contrôler les travailleurs ; le bien-être des travailleurs et le droit du travail étaient en revanche ignorés. La Thaïlande était membre de l'Organisation internationale du travail depuis 1919. Mais les droits du travail et le syndicalisme se sont développés tardivement. La rémunération des travailleurs était très faible. Le nombre d'heure de travail était d'environ 54 heures par semaine et le salaire moyen était de 21 bahts pour les ouvriers hommes et de 16,50 bahts pour les femmes. Par contre, le salaire minimal des fonctionnaires était 30 bahts<sup>147</sup>. Les résidences des travailleurs étaient sales et surpeuplées, et il y avait souvent des incendies. Les employeurs pouvaient licencier leurs employés sans allocation chômage. Il y avait des manifestations de travailleurs avant 1932. Cependant, l'État appliquait le code pénal pour réprimer les

---

<sup>146</sup> Skinner, G. William, *Chinese Society in Thailand: An Analytical History*, New York, Cornell University Press, 1967, p. 69.

<sup>147</sup> Fondation de Arom Pongpangan, « การต่อสู้ของขบวนการกรรมกรไทยช่วงก่อน พ.ศ. 2488 » [ les mouvements ouvriers en Thaïlande avant 1945] in Fondation de Arom Pongpangan, *ประวัติศาสตร์ขบวนการแรงงานไทย* [l'histoire du syndicalisme thaïlandais], Bangkok, Pimtula, 1990, pp. 32-33.

manifestations de travailleurs. Les coupables étaient condamnés par les sanctions prévues à l'article 104(2) du Code pénal, soit au maximum 7 ans d'emprisonnement<sup>148</sup>.

Selon Poonpanich<sup>149</sup>, ces manifestations étaient différentes de celles des pays européens occidentaux. De 1932 à 1945, les travailleurs qui manifestaient n'étaient pas des ouvriers d'usine, mais des travailleurs indépendants du secteur des services. De plus, les manifestations n'étaient pas bien organisées, n'étant gérées ni par les syndicats, ni par les hommes politiques. Les manifestations n'avaient pas pour but la lutte des classes. Même si le système du *Sakdina* avait été supprimé, la tradition de *Nai-Prai* influençait la mentalité des travailleurs. Les travailleurs voulaient simplement demander aux employeurs la générosité et l'augmentation de salaires. Ils ne voulaient pas réformer la structure sociale.

L'environnement politique affectait le contrôle du mouvement ouvrier. Les gouvernements civils tentaient de respecter la liberté et les droits des travailleurs. Au contraire, les gouvernements militaires appliquaient des mesures violentes et non violentes pour interdire les manifestations. De 1932 à 1940, les gouvernements civils ont légiféré sur les lois relatives au travail, par exemple, la loi sur le bureau du travail et la loi sur l'emploi local de 1932 pour établir l'Office national et local de l'emploi, et la loi sur les manufactures en 1940 pour définir les réglementations et les conditions de travail dans l'industrie. Après la seconde guerre mondiale, les gouvernements civils ont assoupli l'interdiction des manifestations. Le nombre de manifestations et de journées de grève a augmenté graduellement pour demander des augmentations de salaires, la réduction du nombre d'heures de travail, le droit aux congés payés, etc. De plus, les travailleurs ont formé le premier syndicat national en 1947 qui s'appelait le Syndicat central des travailleurs.

---

<sup>148</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>149</sup> Poonpanich, Kanchada, « ประวัติศาสตร์ขบวนการสหภาพแรงงานไทยยุคเริ่มต้นถึง พ.ศ. 2500 » [ l'histoire du syndicalisme thaïlandais du début à 1957 ], in Fondation de Arom Pongpangan, *op. cit.*, pp. 21-28.

	Nb. de manifestations	Nb. de manifestants	Nb. journées de travail perdues
1956	12	66	3.673
1957	21	203	12.947
1958	4	458	4.202
1959	11	846	8.060
1960	2	3	64
1961	2	68	93
1962	3	81	63
1963	4	118	159
1964	6	300	539
1965	17	3.753	6.566
1966	17	5.413	18.764
1967	2	470	470
1968	14	1.867	3.217
1969	18	5.345	23.593
1970	25	2.888	6.004
1971	27	5.153	12.646
1972	34	7.803	19.903
1973	501	177.887	296.887
1974	357	105.883	507.607
1975	241	94.747	722.946
1976	133	65.342	495.619
1977	7	4.868	12.331
1978	21	6.842	8.599
1979	64	16.203	33.837
1980	18	3.230	5.356
1981	54	22.008	173.398
1982	22	7.061	116.795
1983	28	10.532	54.537
1984	17	6.742	183.698

Tableau n° 5: Nombre de manifestations et nombre de journées de travail perdues de 1956 à 1984<sup>150</sup>

<sup>150</sup> Sources : Données statistiques de travail en 1977 et 1983, Département du travail, Ministre de l'Intérieur, Thaïlande.

Les gouvernements militaires ont essayé d'intervenir dans la formation de syndicats, parce que des syndicats forts avaient un grand pouvoir de négociation et étaient une menace contre le développement piloté par l'État. Les manifestations affectaient négativement les entreprises et l'économie globale. Pendant le gouvernement militaire de Phibun de 1948 à 1957, le premier ministre était nationaliste et se conformait à l'idéologie de droite pour lutter contre le communisme. Le gouvernement a formé un deuxième syndicat national en 1949, l'Association des travailleurs thaïlandais, pour affaiblir le Syndicat central des travailleurs et le syndicalisme en général. L'Association des travailleurs thaïlandais était financée officiellement par le gouvernement et était affilié à la Confédération internationale des syndicats libres. Les membres de cette association ont été formés à l'anticommunisme. Le gouvernement a modifié la relation entre les travailleurs et l'État pour que les travailleurs ne restent pas dans l'opposition vis-à-vis de l'État et soit au contraire dépendants de l'État. En outre, pour obtenir les votes de travailleurs à l'élection générale de 1957, Phibun a promulgué la loi sur le travail de 1956. Cette loi incluait la réduction du nombre d'heures de travail hebdomadaire, les congés payés, l'indemnisation des accidents du travail, l'allocation chômage et le droit d'association.

Cependant, la loi sur le travail a eu une courte vie. Le coup d'État de 1957 a renversé le gouvernement Phibun et la loi sur le travail a été également abrogée. Le régime de Sarit de 1958 à 1963 a constitué une période noire pour les travailleurs et le syndicalisme. Sarit appliquait des méthodes plus violentes que Phibun pour contrôler les travailleurs. Le gouvernement a arrêté des dirigeants de syndicats au nom de la loi sur l'anticommunisme, certains d'entre eux ont exécutés en raison de l'article 17 de cette loi ou assassinés par la police secrète. Le gouvernement a interdit les manifestations dont le nombre est devenu très bas dans cette période. Le gouvernement a eu besoin d'investissements étrangers pour encourager l'industrialisation et développer l'économie nationale. Par conséquent, le gouvernement n'assurait pas le bien-être de travailleurs et le salaire restait minimal pour que la main d'œuvre à bas salaire attire des investissements étrangers. La rémunération de travailleurs n'était pas suffisante. La liberté et les droits de travailleurs étaient violées. Les gouvernements suivants de 1964 à 1973 ont continué ces orientations pour contrôler les salariés.



La croissance économique et l'industrialisation de 1950 à 1973 ont également augmenté le nombre de salariés, de 2,8 millions en 1969 à 3,8 millions en 1972<sup>151</sup>. Même si le gouvernement interdisait les grèves, les mauvaises conditions de travail et la misère incitaient les travailleurs à sortir dans la rue et à demander l'amélioration de conditions de vie. Les manifestations de 1973 à 1976 ont été différentes de celles des périodes précédentes. Parce que certains étudiants y ont participé et que celles-ci ont été bien organisées. La grande manifestation du 14 octobre 1973 a renversé le gouvernement militaire. Des gouvernements civils ont gouverné la Thaïlande pendant une courte période de 1974 à 1976. Le nombre de manifestations et celui de journées de grève ont augmenté remarquablement.

Le coup d'État de 1976 a renversé le gouvernement civil. De 1976 à 1988, les gouvernements ont appliqué de nouvelles mesures pour affaiblir le syndicalisme et le mouvement social. Premièrement, pour infiltrer les syndicats et affaiblir la solidarité ouvrière, le gouvernement a soutenu les dirigeants des syndicats dont il était proche. Ceci a créé des conflits entre les dirigeants des syndicats et a subverti la solidarité dans le mouvement ouvrier. Deuxièmement, la légalisation, le gouvernement a pris une ordonnance après la manifestation de 1976 pour interdire les rassemblements de plus de 5 personnes à des fins politiques. Les syndicats devaient demander l'autorisation d'organiser des manifestations dont l'objectif devait être l'intérêt d'un groupe, et pas un mouvement politique. D'ailleurs, le gouvernement a modifié la loi sur la relation de travail. Tous les syndicats devaient être des personnes morales. Il fallait demander l'autorisation de l'État pour fonder un syndicat. Même si cette loi apparaît généralement dans les pays européens occidentaux, elle était un outil politique pour que le gouvernement thaïlandais censure et contrôle des activités des syndicalistes qui étaient considérées comme une menace de l'État. Par conséquent, le nombre de manifestations des travailleurs était toujours faible dans les années 1980.

Après l'échec du projet de plan de développement économique de Pridi en 1933, de nombreux gouvernements ont essayé de mettre en place un système de sécurité sociale en Thaïlande. Le gouvernement de Phibun a lancé le projet de loi sur la sécurité sociale le 9 février 1954. Mais ce projet a été refusé par les hommes d'affaires et les inconvénients du

---

<sup>151</sup> Polpetch, Pairoj, « การเคลื่อนไหวของขบวนการกรรมกร พ.ศ. 2516-2519 » [ les mouvements des syndicats de 1973-1976], in Fondation de Arom Pongpangan, *op. cit.*, p.90.

projet de loi mis en évidence par le conseil national de recherche l'ont fait échouer<sup>152</sup>. Le projet de la loi sur la sécurité sociale a été modifié en 1964, 1979 et 1982. Cependant, aucun gouvernement n'a validé la loi sur la sécurité sociale avant 1990. La longue série de mouvements ouvriers n'a pas été le seul facteur décisif pour la mise en œuvre de la sécurité sociale. En effet, la raison économique et la pression internationale ont influencé l'élaboration des politiques sociales de l'État. Grâce à l'assistance de l'OIT, le gouvernement a créé un comité pour le projet de la loi sur la sécurité sociale de 1979, qui a identifié une série de raisons pour mettre en place un système de sécurité sociale.

1°) La sécurité sociale pouvait soulager le fardeau financier du gouvernement, qui jusque-là, devait lancer des programmes d'assistance sociale et pouvait également renforcer l'ordre social.

2°) La protection sociale en Thaïlande était moins développée que dans les pays voisins. Le comité a recommandé que l'extension des droits à la sécurité sociale et de la couverture de la population prenne en compte les ressources limitées et les besoins de la population<sup>153</sup>. Par conséquent, la sécurité sociale en Thaïlande couvrait les salariés des entreprises privés et leur famille. Les travailleurs du secteur informel n'étaient pas couverts par la sécurité sociale.

## ***1.2 L'élaboration des politiques sociales par les groupes dominants***

La justice est un jugement moral qui diffère selon les individus et les contextes. Dans une société pluraliste, il y a beaucoup d'individus qui examinent les différents principes de justice. Au niveau individuel, comment pouvons-nous affirmer que notre principe de justice est fondé, légitime, exact? Au niveau collectif, il est probable que notre principe de justice soit contradictoire avec celui des autres. Comment pouvons-nous trouver une cohérence entre des différents principes et atteindre au consensus social?

Selon Rawls, la justification se fonde sur le contrat social et la délibération:

---

<sup>152</sup> Kiranandana, Tiaechai, เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์: การพัฒนาสุขภาพอนามัยในประเทศไทย [L'économie de ressources humaines: le développement de la santé en Thaïlande], Bangkok, Chulalongkorn University Press, 1994, p.77.

<sup>153</sup>Bureau de la sécurité sociale de la Thaïlande, ความเป็นมาของการประกันสังคม [L'histoire de la sécurité sociale]. Acquis du site du Bureau de la sécurité sociale de la Thaïlande: [http://www.sso.go.th/library/sites/all/themes/library/web\\_content/history/1.pdf](http://www.sso.go.th/library/sites/all/themes/library/web_content/history/1.pdf)

...La question de la justification trouve sa réponse dans la solution d'un problème de délibération : nous avons à établir quels principes il serait rationnel d'adopter dans la situation contractuelle. Ceci relie la théorie de la justice à la théorie du choix rationnel...<sup>154</sup>

Selon cette théorie, nous présupposons que l'individu est un sujet rationnel et moral qui développe son principe de justice. Cependant, la position sociale peut influencer la conceptualisation des principes de la justice :

Si un homme savait qu'il était riche, il pourrait trouver rationnel de proposer le principe suivant lequel les différents impôts nécessités par les mesures sociales doivent être tenus pour injustes ; s'il savait qu'il était pauvre, il proposerait très probablement le principe contraire...<sup>155</sup>

Par conséquent, la procédure d'adoption du principe de justice n'est pas pure. Pour résoudre ce problème et pour garantir le caractère équitable des accords fondamentaux sur le principe de justice, Rawls a proposé *la position originelle* qui est la position hypothétique dans laquelle tous les individus ne connaîtraient pas leur position sociale et seraient égaux. L'individu a la capacité de développer un ensemble de concepts primaires de justice.

Au niveau individuel, l'intuition aide chacun à affirmer ses convictions en la justice ou à réfléchir sur ses principes de justice:

Nous pouvons nous demander si l'application de ces principes nous conduirait à émettre les mêmes jugements que ceux que nous faisons maintenant intuitivement sur la structure de base de la société, jugements dans lesquels nous avons la plus grande confiance ; ou si, dans des cas où nos jugements actuels sont incertains ou hésitants, ces principes proposeraient une solution à laquelle nous pourrions nous rallier après réflexion...<sup>156</sup>

Par exemple, si l'individu croit que sauver la vie est bien et que tuer est mal. Dans une situation où un criminel tente de tuer une victime, pour la sauver, l'individu doit tuer le

---

<sup>154</sup> Audard, Catherine, (trans.), *op. cit.*, 2009, p.44.

<sup>155</sup> *Ibid.*, p.45.

<sup>156</sup> *Ibid.*, p.46.

criminel. Est- il est juste qu'il tue ce criminel? Dans ce cas-là, les concepts de justice de cet individu sont contradictoires. L'individu commence à réfléchir pour accorder ses principes de justice. Rawls appelle cette méthode « l'équilibre réfléchi » dans lequel nos principes et nos jugements finissent par coïncider.

Au niveau collectif, la délibération aide l'individu à confronter son jugement avec d'autres théories morales et d'autres individus. La justice sociale est le résultat de la coopération entre les membres de la société. Si les principes de l'un sont différents de ceux des autres, l'un continuera à faire des ajustements à ses croyances. Il les compare aux celles des autres. Chaque individu commence à réfléchir à ses conceptions pour arriver à un large équilibre réfléchi dans lequel la cohérence est maintenue après que plusieurs croyances alternatives aient été prises en considération.

Cependant, la position originale est une hypothèse de travail. Pour l'appliquer dans la société, Rawls propose les deux principes de justice suivants :

...En premier lieu: chaque personne doit avoir un droit égal au système le plus étendu de libertés, à bases égales pour tous qui soit compatible avec le même système pour les autres.

En second lieu: les inégalités sociales et économiques doivent être organisées de façon à ce que, à la fois, (a) l'on puisse raisonnablement s'attendre à ce qu'elles soient à l'avantage de chacun et (b) qu'elles soient attachées à des positions et à des fonctions ouvertes à tous...<sup>157</sup>

Dans le premier principe, des libertés et des droits égaux doivent être incorporé dans la constitution politique, tandis que le deuxième principe s'applique également aux institutions économiques. Le respect du premier principe a la priorité sur l'accomplissement du second principe, et dans le deuxième principe, l'égalité équitable d'opportunité a priorité sur le principe de la différence. Selon la théorie de la justice de Rawls, les citoyens doivent être libres et égaux et la société devrait être juste<sup>158</sup>.

En Thaïlande, la révolution démocratique de 1932 a transformé le régime politique de la monarchie absolue en monarchie constitutionnelle. Cependant, en pratique, la démocratie n'était pas forte. Il y a eu 13 coups d'État. Le cercle vicieux s'est répété plusieurs fois. La

---

<sup>157</sup> *Ibid.*, p.91.

<sup>158</sup> Wenar, Leif, "John Rawls", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2017 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/rawls/>>.

participation citoyenne était limitée. L'État de droit, la démocratie délibérative, les droits politiques et les droits sociaux se sont développées tardivement.

La procédure d'obtention du consensus social concernant l'allocation des ressources et la justice sociale en Thaïlande était différente de celle de Rawls. Les Thaïlandais avaient une liberté limitée pour proposer leurs idées en matière d'allocation de ressources. La disparité socio-économique était importante, répartissant le pouvoir des populations de manière inégalitaire. Sans participation citoyenne, les groupes dominants influençaient l'élaboration des politiques de la santé. La procédure d'obtention du consensus social était un compromis entre les différentes idées parmi les groupes dominantes.

Comme mentionné dans le chapitre 2, L'idéologie nationale 'Nation-Religion-Roi' s'est institutionnalisée dans le système de santé. Elle a influencé les différents groupes de pouvoir qui ont développé des points de vue divergents sur l'allocation des ressources. Des technocrates nationalistes-utilitaristes dans le ministère de la Santé publique et des institutions sanitaires de l'État se sont préoccupé de l'efficacité et de l'utilité sociale. Des technocrates inspirés par le bouddhisme ont cru que les maladies étant liées à un mauvais *Karma*, la santé relevait d'une responsabilité individuelle. Ils souhaiteraient développer une prévention et une promotion de la santé basées sur les pratiques morales du bouddhisme. La monarchie et le roi Rama IX ont fondé plusieurs projets et fondations dans le domaine de la santé, estimant que la charité était un bon moyen d'améliorer la santé de la population.

Les groupes dominants ont trouvé un point commun ; par exemple, pour aider les personnes marginalisées, le roi préférait les activités philanthropiques plus tôt que l'assistance sociale de l'État. Il soutenait l'État minimal. Comme il a dit à l'occasion de son anniversaire, le 4 décembre 1991 que:

...Ce qui concerne l'assistance sociale, je me permets de critiquer des pays étrangers. À New York aux États-Unis, chaque jour le gouvernement local payait plusieurs millions de dollars pour l'allocation de chômage. Ces chômeurs ne voulaient pas travailler. S'ils avaient travaillé, ils n'auraient pas gagné l'allocation de chômage...

...Enfin, les personnes qui étaient aidées par l'assistance sociale étaient inutiles pour la société et pour eux-mêmes...<sup>159</sup>

Mais, le roi, proche d'utilitariste, soutenait l'amélioration de la santé de la nation :

...Si la santé de la population est mauvaise, la Nation ne peut pas se développer. Parce que la ressource la plus importante est la population...<sup>160</sup>

Selon le point de vue des nationalistes-utilitaristes, les objectifs des politiques de santé étaient de renforcer la sécurité nationale et la richesse. Les politiques de santé étaient liées au modèle de développement (voir la partie 2). Cette idée influençait l'évolution du système de santé, en tant que protection sociale. Le gouvernement jouait un rôle minimal dans la fourniture d'une assurance maladie obligatoire à tous les citoyens, avant la réforme du système de santé en 2001. Une mission important du gouvernement était de rattraper le niveau de développement des pays développés. L'objectif du système de protection sociale n'était pas seulement de partager les risques sociaux mais aussi de promouvoir la croissance économique et la stabilité politique. Plutôt que d'assurer toutes les populations, le gouvernement a décidé d'assurer des populations sélectionnées qui étaient importantes pour lui. Pendant les années 1950-1970, le système bureaucratique était important pour l'administration politique. Par conséquent, le gouvernement a initié un régime spécial pour assurer le bien-être des fonctionnaires. Dans les années 1960, le gouvernement a autorisé chaque ministère à lancer son propre système de prestations médicales pour ses fonctionnaires. Ceux-ci ont évolué en un régime unique de couverture santé des fonctionnaires (Civil Servant's Medical Benefit Scheme, CSMBS), qui couvrait non seulement les fonctionnaires, mais aussi leurs conjoints, leurs parents et leurs enfants. Au cours des années 1980-1990, la rapidité de la croissance économique dépendait de la productivité du travail. En 1990, le gouvernement a donc créé le régime de sécurité sociale pour tous les travailleurs thaïlandais du secteur formel (les salariés non-fonctionnaires), qui couvrait environ 6 à 7% de la population totale. Et pour les populations non-assurées,

<sup>159</sup> Office of His Majesty's Principal Private Secretary, *ประมวลพระราชดำรัสและพระบรมราโชวาทที่พระราชทานในโอกาสต่างๆปี พุทธศักราช 2534* [les discours ru roi Rama IX de l'année 1991], Bangkok, Office of His Majesty's Principal Private Secretary, 1992, pp. 449-450.

<sup>160</sup> Acquis du dite de l'Institut de recherche des sciences de la santé publique de la Thaïlande: <http://nih.dmsc.moph.go.th/jariyatam/home5.html>

la solidarité familiale et les liens communautaires étaient toujours importants pour soulager les problèmes sociaux.

Ces idées étaient compatibles avec la Thaïlande des années 1950 à 1980, dans lesquelles le renforcement de l'unité nationale et du développement était important sous une condition de ressources insuffisantes. Elles se sont harmonisées et se sont intégrées dans les politiques nationales de la santé. À l'inverse, le socialisme et le socialisme libéral se sont difficilement développés dans la société. Parce que les gouvernements militaires les classaient dans la même catégorie que le communisme, l'ennemi de la Nation pendant la guerre froide.

En outre, la croyance au *karma* justifiait la responsabilité individuelle sur la santé. La maladie est liée à la pratique morale et aux comportements individuels : les individus doivent prendre en charge la gestion des risques pour la santé et les dépenses de santé. L'État-providence des pays européens occidentaux se base sur l'extension des droits sociaux. Mais, le *karma* soutient le système de santé libéral dans lequel l'État devrait avoir un rôle minimal dans la fourniture de soins de base. Ainsi, cette croyance encadre la mentalité des Thaïlandais et les pousse à accepter et tolérer des inégalités dans le domaine de la santé parce que l'accès aux soins de santé n'est pas un droit fondamental.

En Thaïlande, non seulement l'État mais aussi le secteur privé qui étaient les acteurs principaux permettant de réaffecter les ressources en santé et d'améliorer les égalités en matière de santé. Pour renforcer le système de bienfaisance du secteur privé, le gouvernement n'a pas promu l'assurance médicale pour tous, mais il a laissé de côté certains groupes et fourni des aides sociales minimales aux plus pauvres. Cette idée est soutenue par la société bouddhique thaïe, dans laquelle les individus croient au *karma* et où la donation est une pratique religieuse. Le temple bouddhiste est à la fois un centre communautaire et un centre de collecte de fonds pour venir en aide à toutes les personnes de la communauté. En plus, le roi Rama IX a renforcé le système caritatif. Au début, les projets royaux dans le domaine de la santé relevaient de la charité individuelle. Ensuite, ils se sont développés à travers une charité collective, comme les fondations privées. La charité est une action volontaire dérivée de l'idéologie téléologique. Elle a pour but de l'amélioration de l'humanité et le bien-être social. Si l'assistance sociale de l'État sont une obligation juridique, selon le bouddhisme, les aides aux plus démunis sont une obligation morale et une accumulation de *bun* (mérites) qui devient de plus en plus forte dans la

période de la croissance économique rapide des années 1980. De plus, la charité atteste la générosité et le prestige de la famille royale.

En conséquence, la protection sociale en Thaïlande était différente de l'État-providence dans les pays d'Europe occidentale dans lesquels les interventions gouvernementales ont progressivement permis (au XX<sup>e</sup> siècle) de partager les risques entre les membres et renforcer la solidarité sociale.

Ces caractéristiques ressemblent au modèle de « la protection sociale productiviste » proposé par Ian Holliday pour expliquer la protection sociale dans les pays d'Asie de l'est<sup>161</sup>. Puis, Bruno Jetin l'a appliqué pour définir le modèle de protection sociale de la Thaïlande comme « la protection sociale productiviste, sous-type de Dévelopmentaliste-particulariste » dans lequel l'État contrôle les prestations sociales individuelles, sur la base d'une contribution individuelle obligatoire ouvrant des droits limités et où la solidarité familiale et le lien communautaire sont importants pour gérer des risques sociaux. L'objectif prioritaire de ce modèle est la croissance économique, la construction de l'identité nationale et de légitimation politique<sup>162</sup>.

Cependant, ces caractéristiques ont conduit à de fortes inégalités dans le système de santé :

## **2. Les limitations de la gestion des risques de santé avant la réforme de 2001**

### ***2.1 Les limitations de la gestion du risque maladie au niveau individuel***

La gestion du risque maladie se répartit en 2 groupes : les personnes sans assurance maladie, et celles avec l'assurance maladie. Sans assurance maladie, le risque maladie ne sera pas partagé avec les autres, et seul l'individu le prendra en charge.

Les deux instruments de gestion du risque maladie sont l'épargne maladie et la prévention. L'épargne est ce que l'individu sacrifie dans son revenu actuel et sa consommation pour le consommer à l'avenir en cas d'aléas en matière de revenu et de perte de bien-être due à la maladie.

---

<sup>161</sup> Holliday, Ian, «Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia», *Political Studies*, 48(4), 2000, pp. 706-723.

<sup>162</sup> Jetin, Bruno, « Le développement économique de la Thaïlande est-il socialement soutenable ? », in Dovert Stéphane & Ivanoff, Jacques (éds.), *Thaïlande contemporaine*, Thaïlande, IRASEC, 2011, pp. 346-347.



Dans un modèle simple<sup>163</sup>, à deux périodes, on suppose que l'utilité d'un individu est la somme de l'utilité de la consommation dans la période 1 et 2 :  $U(c_1, c_2, H_1, H) = u(c_1, H_1) + \beta u(c_2, H)$ .  $u(\cdot)$  représente les préférences de l'individu en première et en deuxième période. Il est croissant et concave.  $\beta$  sont les facteurs d'actualisation temporelle.  $H_1$  est l'état de santé initial.  $H$  est l'état de santé dans la période 2. Il est égal à  $H_0$ , si l'individu est malade dans la période 2. Et il est égal à  $H_1$ , si l'individu n'est pas malade dans la période 2. L'objectif d'individu est de maximiser son utilité:

$$\text{Max } u(c_1, H_1) + \beta E u(c_2, H); \text{ sous la contrainte } y_1 = c_1 + s \text{ et } y_2 + R s = c_2 + T$$

où  $y_1, y_2$  sont le revenu des périodes 1 et 2.  $R=(1+r)$  avec  $r$  le taux d'intérêt.  $s$  est l'épargne.  $E$  est l'espérance.  $T=T(H)$ , si malade, et  $T=0$ , si bonne santé.

Sous le cas de première ordre, le niveau optimal de l'épargne ( $s^*$ ) est égal à

$$u'(c_1, H_1) = \beta R E u'(c_2, H)$$

Donc, un individu se décide à épargner, si l'utilité marginale venant de la consommation et de la santé dans la période 1 (terme gauche) est inférieure au surcroît actualisé de l'espérance de l'utilité marginale de la consommation et de la santé dans la période 2 (terme droit). Un individu décide à épargner jusqu'à ce que le terme gauche égalise le terme droit. On suppose que  $p$  est la probabilité de maladie. Donc,

$$E u'(c_2, H) = p u'(c_2 - T(H_0), H_0) + (1 - p) p u'(c_2, H_1)$$

et l'équation sera

$$u'(c_1, H_1) = \beta R [p u'(c_2 - T(H_0), H_0) + (1 - p) p u'(c_2, H_1)]$$

La décision d'épargner dépend de la préférence individuelle, du taux d'intérêt, du taux de dépréciation monétaire, de la probabilité de maladie, et du coût de traitement. Sous la contrainte budgétaire  $y_1 - c_1 \geq s$ , le revenu initial limite l'épargne, précisément chez les pauvres.

---

<sup>163</sup> Eeckhoudt, Louis, Rey, Béatrice & Schlesinger, Harris, « A good sign for multivariate risk taking », *Management Science*, vol. 53(1), 2007, pp.117-124.

L'épargne a été un instrument important de gestion du risque maladie chez les Thaïlandais. Le taux d'épargne des ménages était plutôt élevé: 10,65% du PIB en 1990; 11,16% en 1991; 11,34% en 1992 et 10,40% en 1993. Cependant, ce taux a une tendance diminué dans les années suivantes: 7,26% en 1994; 7,92% en 1995; 6,68% en 1996 et 5,53% en 1997<sup>164</sup>. De plus, l'épargne était presque impossible pour les ménages pauvres. Dans le tableau n° 6, le revenu moyen des ménages de paysans sans terre était inférieur au revenu moyen des ménages d'environ 2000 bahts. La dépense moyenne des ménages de paysans sans terre était plus élevée que leur revenu moyen. Il était presque impossible que les ménages de paysans sans terre puissent épargner. Par conséquent, les politiques du gouvernement ayant pour but d'augmenter le taux d'épargne des ménages n'étaient pas applicables chez les pauvres. Quand ils tombaient malades, les pauvres subissaient inévitablement des problèmes financiers.

	Revenu moyen des ménages	Dépense moyenne des ménages	Revenu moyen des ménages des paysans sans terre	Dépense moyenne des ménages des paysans sans terre
1990	5625	4942	3602	3674
1992	7062	5892	4835	6100
1994	8262	6784	6290	5288
1996	10779	8072	7365	5935
1998	12492	8966	8568	7003
1999	12729	8903	7823	6002
2000	12150	8558	7678	5721

Tableau n° 6: Revenu moyen et la dépense moyen des ménages de 1990 à 2000<sup>165</sup>.

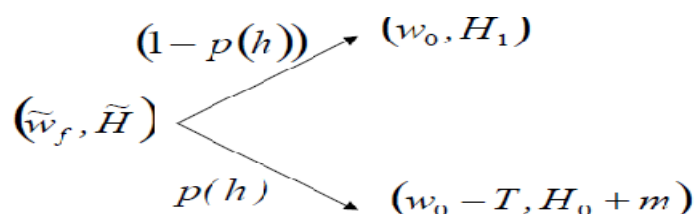
Un autre instrument de la gestion du risque maladie, la prévention, s'exerce à 3 niveaux : la prévention primaire dont l'objectif est la diminution de la probabilité d'apparition de la maladie ; la prévention secondaire dont l'objectif est la diminution de la

<sup>164</sup> Source : *les revenus, les dépenses et l'épargne des ménages de 1990 à 2011*, Bureau des statistiques nationales. Acquis du site du Bureau des statistiques nationales: <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries15.html>

<sup>165</sup> Source : *l'enquête sur les conditions socio-économiques de 1990 à 2000*, Bureau des statistiques nationales.

gravité de la maladie ; la prévention tertiaire dont l'objectif est la diminution du risque d'aggravation de la maladie.

Dans un modèle simple de prévention primaire, le modèle à une période<sup>166</sup>, on suppose que  $w_0$  est la richesse initiale. L'état de santé en fin de période se classifie à  $H = H_0$ , si l'individu est malade, et  $H = H_1$ , si l'individu est en bonne santé.  $H_0 < H_1$ .  $m$  est l'état de santé améliorée par les soins. Dans le cas de maladie, l'individu paye le coût de soins,  $T$ .  $P(h)$  est la fonction de probabilité de la maladie. Elle est décroissante et convexe en fonction de l'investissement de la prévention de santé,  $h$ . Donc, la richesse finale est suivante:



$u(.)$  est la fonction d'utilité qui est croissante et strictement concave. Donc, l'espérance d'utilité est égale à  $(1 - p(h))u(w_0 - h, H_1) + p(h)u(w_0 - T - h, H_0 + m)$ . L'objectif est de maximiser l'utilité. Sous la condition d'optimalité:

$$\begin{aligned}
 p'(h)[u(w_0 - T - h, H_0 + m) - u(w_0 - h, H_1)] \\
 = p(h)[u'(w_0 - T - h, H_0 + m) - u'(w_0 - h, H_1)]
 \end{aligned}$$

Le terme gauche est le bénéfice marginal de la prévention de santé, et le terme droit est le coût marginal d'investissement de prévention de santé. L'individu n'intéresse pas à investir dans la prévention, si le bénéfice marginal est inférieur au coût marginal. Par conséquent, il dépend de l'efficacité de la prévention, qui doit être relativement élevée. Si nous considérons que la santé est la responsabilité individuelle et que l'application de nouvelles technologies de la médecine préventive comme la vaccination est un investissement

<sup>166</sup> Eeckhoudt, Louis & Gollier, Christian, « The impact of prudence on optimal prevention », *Economy Theory*, vol. 26(4), 2005, pp. 989-994.

individuel, certaines personnes accèdent difficilement aux vaccinations à cause de leur pauvreté. Cependant, du fait des externalités de la santé, la vaccination peut protéger non seulement une personne mais aussi tous les membres de la société dans son ensemble. Donc, il est indispensable que les interventions étatiques fournissent gratuitement certaines vaccinations obligatoires. Si les gouvernements thaïlandais n'avaient pas fourni des vaccinations obligatoires pour les enfants âgés de 0 à 2 ans, le taux de vaccinations, par exemple comme le BCG, le DTP, le vaccin contre la poliomyélite, n'aurait pas été augmenté de manière spectaculaire et n'aurait pas pu sauver plusieurs vies d'enfants des années 1960-80. Donc, la collaboration entre la responsabilité individuelle et collective est importante pour mettre en œuvre une démarche de prévention en santé.

Certes, la prévention est nécessaire pour améliorer la santé de la population. Les décideurs des politiques utilitaristes privilégient les politiques de prévention en matière de santé : la prévention coûte moins cher que la fourniture des soins à tous ; elle améliore la santé de la population et réduit davantage la perte de bien-être des individus que le traitement. L'éducation à la santé est un élément important pour la prévention et la promotion de la santé. Certains comportements sont considérés comme cruciaux par rapport aux principales pathologies frappant les sociétés avancées. Plus généralement, l'intérêt envers les aspects positifs de la santé et de la promotion de la santé a grandi, un mouvement lié à de plus fortes attentes du public pour une meilleure santé. Pareillement en Thaïlande, depuis longtemps, les politiques de santé élaborées par les technocrates se concentrent sur la prévention et les campagnes visant à réduire les comportements à risque.

Cependant, la maladie est complexe et il est presque impossible de réduire toutes les risques à zéro. Les comportements individuels sont seulement un facteur de maladie. En dehors du tabagisme, il y a d'autres causes de cancer de poumon, par exemple, la pollution de l'air. Un individu a une probabilité d'être malade de cancer de poumon, même s'il n'a jamais fumé. Le coût de traitement du cancer de poumon est très cher. Si le patient doit prendre en charge ce lourd fardeau financier sans aides du gouvernement, c'est une catastrophe, si le patient est pauvre. Selon la loi du *karma*, l'individu subit inévitablement des conséquences, bonnes ou mauvaises, de ses propres actes. Du point de vue bouddhiste, les comportements à risque pour la santé, comme le tabagisme et l'alcoolisme, sont liés au *bap*. Le patient atteint d'un cancer du poumon causé par le tabagisme, ou d'un cancer du foie causé par l'alcoolisme mérite la douleur de la maladie et prend lui-même en charge le tarif du traitement. Dans un autre cas, au point de vue de bouddhiste, les patients atteints

au SIDA sont considérés comme des personnes ayant fait des actions immorales. Donc, ils doivent accepter toutes les conséquences négatives de leurs propres actions immorales. L'inégalité de santé induite par la différence des modes de vie est considérée comme juste. Parce que le mode de vie est une décision individuelle.

Le contexte social peut aussi détermine le mode de vie et les comportements à risque pour la santé. Dans le tableau ci-dessous (n° 7 et 8), les classes sociales les plus défavorisées, à revenu faible, et à faible niveau d'éducation ont tendance à consommer plus de cigarettes et d'alcool. Par voie de conséquence, le gouvernement tente de réduire les inégalités en matière de santé en mettant l'accent sur les comportements. Mais, l'importance accordée à cette mesure sous-entend que le gouvernement ait ignoré les inégalités sociales qui sont l'un des principaux problèmes affectant la santé et les comportements qui en découlent.

Niveau scolaire	Nombre (milliers)	Occupation	Nombre (milliers)	Revenu mensuel (baht)	Nombre (milliers)
Sans	504,9	Agriculteurs et pêcheurs	4517,1	0 à2000	2039,1
Inférieur à l'éducation primaire	4835,0	Artisans et leurs salariés	1190,3	2001 à4000	2468,5
éducation primaire	2538,4	Ouvriers non-qualifiés	822,9	4001 à7000	1931,4
Inférieur à l'éducation secondaire	1275,6	Employés	124,5	7001 à10000	655,1
éducation secondaire	872,7	Personnels qualifiés	108,8	>10000	648,7
Licence	234,8				
Master	14,3				
Doctorat	0,5				

Tableau n° 7: Population âgée de 15 ans et plus qui consomme régulièrement du tabac en 2001<sup>167</sup>.

<sup>167</sup> Source : Bureau des statistiques nationales : [http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center/23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm)

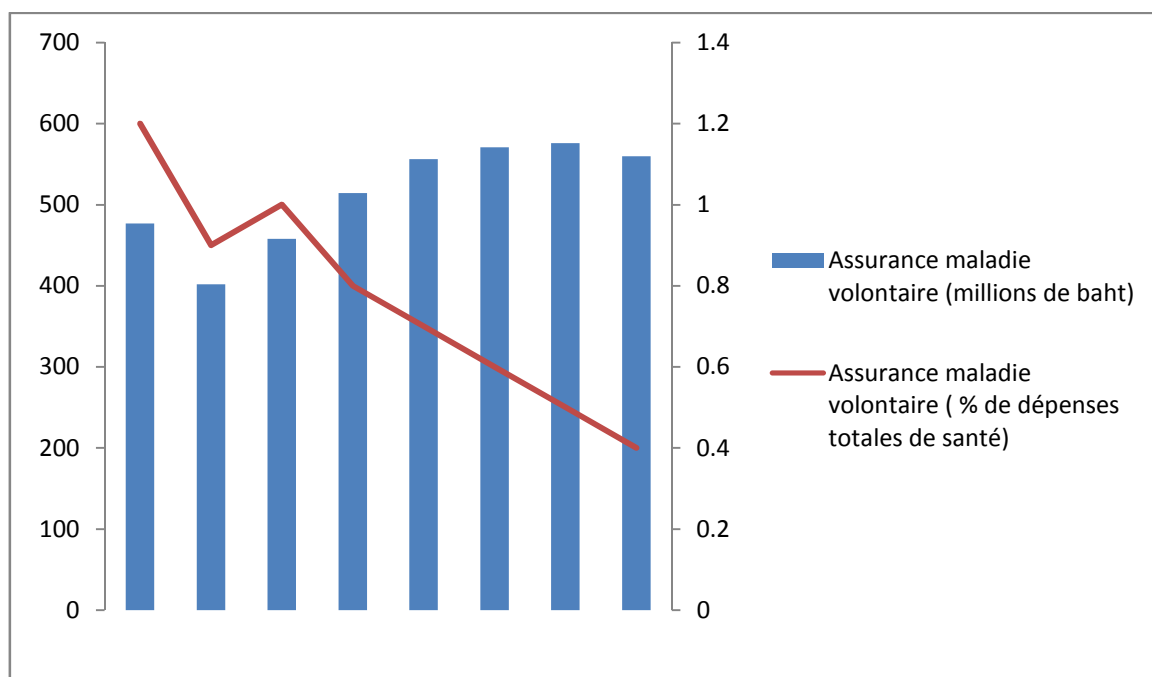
Niveau scolaire	Nombre (milliers)	Occupation	Nombre (milliers)	Revenu mensuel (baht)	Nombre (milliers)
Sans	457,9	Agriculteurs et pêcheurs	6047,0	0 à2000	2580,0
Inférieur à l'éducation primaire	6194,6	Artisans et leurs salariés	11689,8	2001 à4000	3163,8
éducation primaire	3571,1	Ouvriers non-qualifiés	1192,6	4001 à7000	2787,8
Inférieur à l'éducation secondaire	1963,9	Employés	316,8	7001 à10000	1117,9
éducation secondaire	1651,1	Personnels qualifiés	379,7	>10000	1404,4
Licence	770,7				
Master	68,0				
Doctorat	4,6				

Tableau n° 8: Population âgée de 15 ans et plus consommant régulièrement de l'alcool en 2001<sup>168</sup>.

L'assurance maladie volontaire est un autre instrument de gestion du risque maladie. L'assurance est une technique collective qui répartit le risque de perte de bien-être entre les assurés. L'assurance est un contrat, entre un assuré, qui paye la prime d'assurance, et l'assureur. En cas de problèmes de santé, ce dernier accepte de payer au bénéficiaire un montant défini contractuellement, qui peut être soit un montant fixe, soit le remboursement en totalité ou en partie le préjudice subi. En Thaïlande, le marché de l'assurance maladie privée couvrait seulement 1,2% de la population en 2001. À cause de la limitation du pouvoir d'achat des ménages, l'assurance maladie volontaire n'était pas populaire. La dépense d'assurance maladie volontaire (environ 480-560 millions de bahts) représentait 0,5-1% de dépenses totales de santé (voir le graphique n°9). Seules des personnes de revenu moyen ou élevé pouvaient payer la prime d'assurance. La prime augmente en fonction de l'accroissement du risque individuel. Comme dans les autres pays, la

<sup>168</sup> Source : Bureau des statistiques nationales : [http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search\\_center /23project-th.htm](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center /23project-th.htm)

compagnie d'assurance offre plusieurs contrats aux assurés, l'assuré choisissant un contrat qui maximise son intérêt. Le problème de l'assurance maladie privée est que beaucoup de paysans dans les zones rurales ou de personnes âgées ne peuvent pas s'y affilier, parce que leur niveau du risque est élevé et qu'ils n'ont pas la capacité de payer la prime d'assurance correspondant.



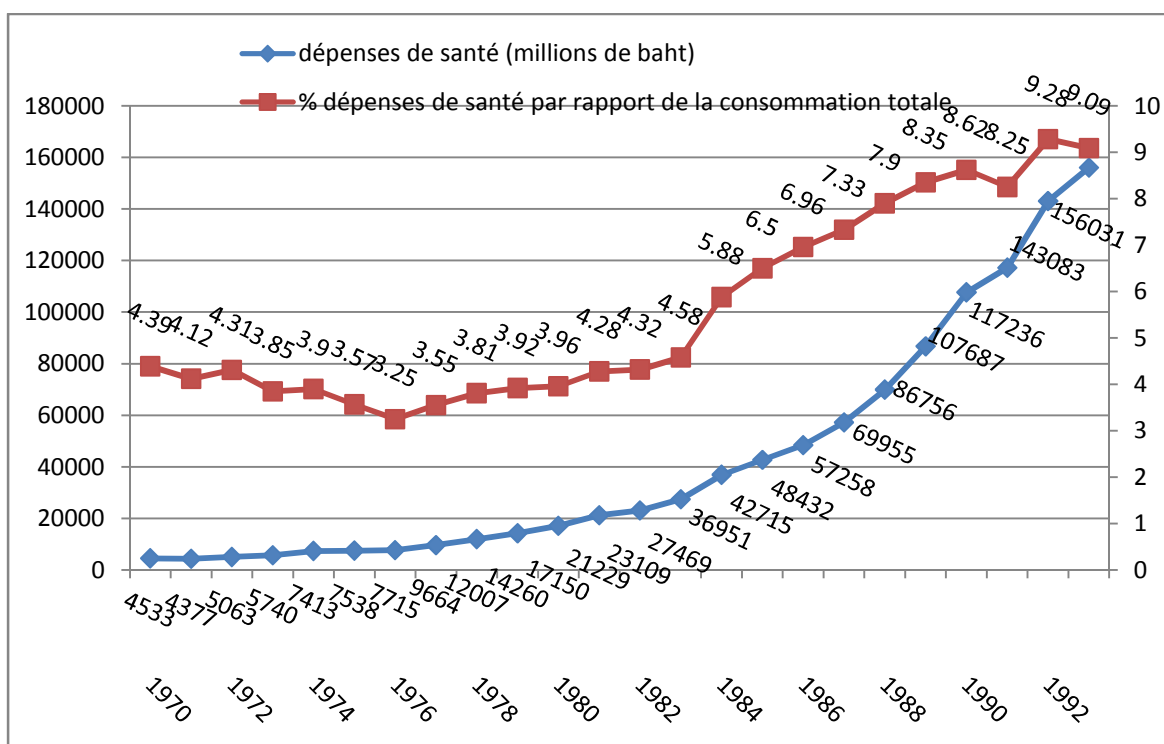
Graphique n° 9: Dépense d'assurance maladie volontaire de 1978-1992<sup>169</sup>.

Le gouvernement a essayé de promouvoir l'assurance maladie volontaire en créant l'assurance maladie subventionnée par l'État. Mis en place de 1983 à 2001, cette assurance a été connue sous le nom « voluntary health card scheme » (VHCS, carte d'assurance maladie volontaire). Son objectif était de permettre aux Thaïlandais qui n'étaient pas couverts par l'assurance d'accéder aux soins de base. Depuis 1994, le gouvernement a créé des caisses au niveau national et au niveau provincial et a subventionné la moitié du prix de la carte de santé de 1000 bahts, couvrant le bénéficiaire et sa famille. Les avantages de ce régime ont été la prise en charge des services de soins ambulatoires et hospitaliers dans certains établissements publics. Cependant, 15 types de services de soins n'étaient pas couverts par ces avantages. De plus, il n'y avait pas la

<sup>169</sup> Appliqué de Hsiao, William C., « Health Care Financing in Thailand: Challenges for the Future », un rapport de recherche présenté à l'atelier national pour le financement de la santé en Thaïlande, 1993, p. 6.

liberté du choix, les assurés s'inscrivaient dans un établissement public de santé. La demande de la carte et les comportements des souscripteurs ont été divers dans chaque ville. La plupart des acheteurs de la carte ont été des personnes malades, et cette politique n'a pas attiré les riches et la classe moyenne dont la plupart ont refusé d'acheter la carte et de partager le risque maladie avec les plus pauvres. Partant, en 2000, cette assurance maladie couvrait seulement 10,0 % de la population, précisément, les habitants des zones rurales et les personnes malades. Financièrement, le système n'était donc pas viable.

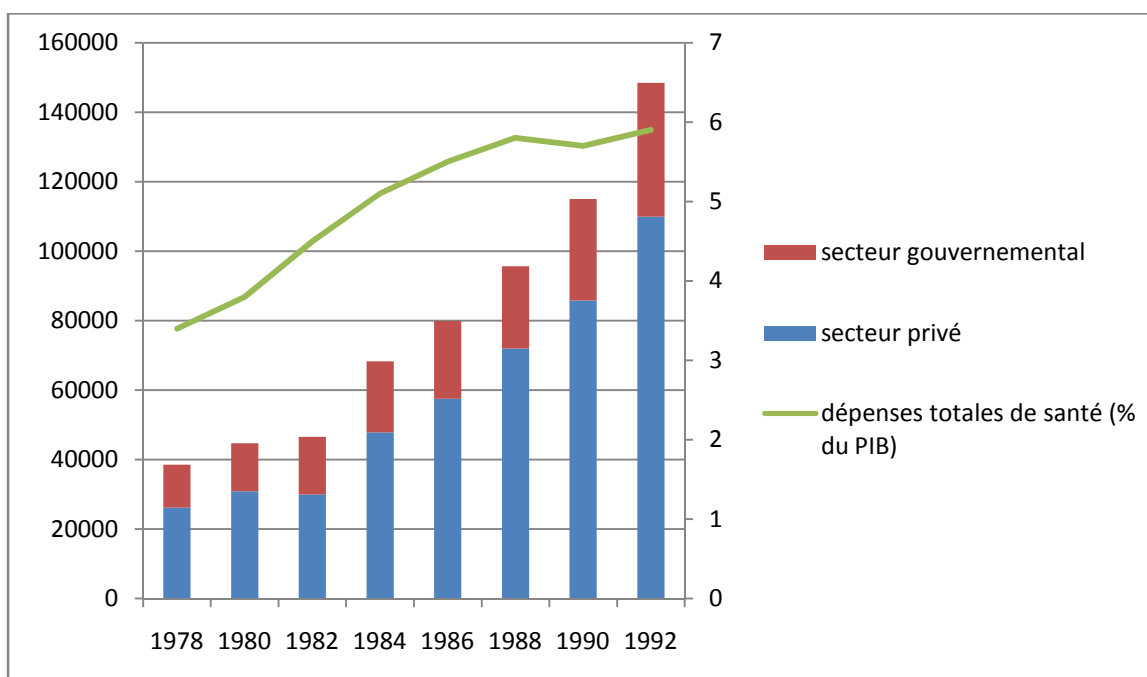
Avant la réforme du système de santé en 2001, le droit à la santé n'était pas installé. L'État avait un rôle minimal de fourniture des soins de base aux citoyens, la majorité de dépenses de santé restant à leur charge. En 1970, les dépenses de santé des ménages représentaient 4,39% de la consommation totale des ménages ; 9,09% en 1993, soit une progression de plus du double en un peu plus de deux décennies (voir Graphique n°10). Le graphique n° 11 montre que la plus grande partie des dépenses totales de santé est venue du secteur privé. En 1978, 66,7% de dépenses totales de santé venaient du secteur privé, et 33,3% du secteur gouvernemental ; en 1992, 73,7% venaient du secteur privé, et 26,3% du secteur gouvernemental.



Graphique n° 10: Dépenses de santé des ménages sur 1970-1991<sup>170</sup>.

<sup>170</sup> D'après Kiranandana, Tianchai, *op. cit.*, 1994, p. 162.

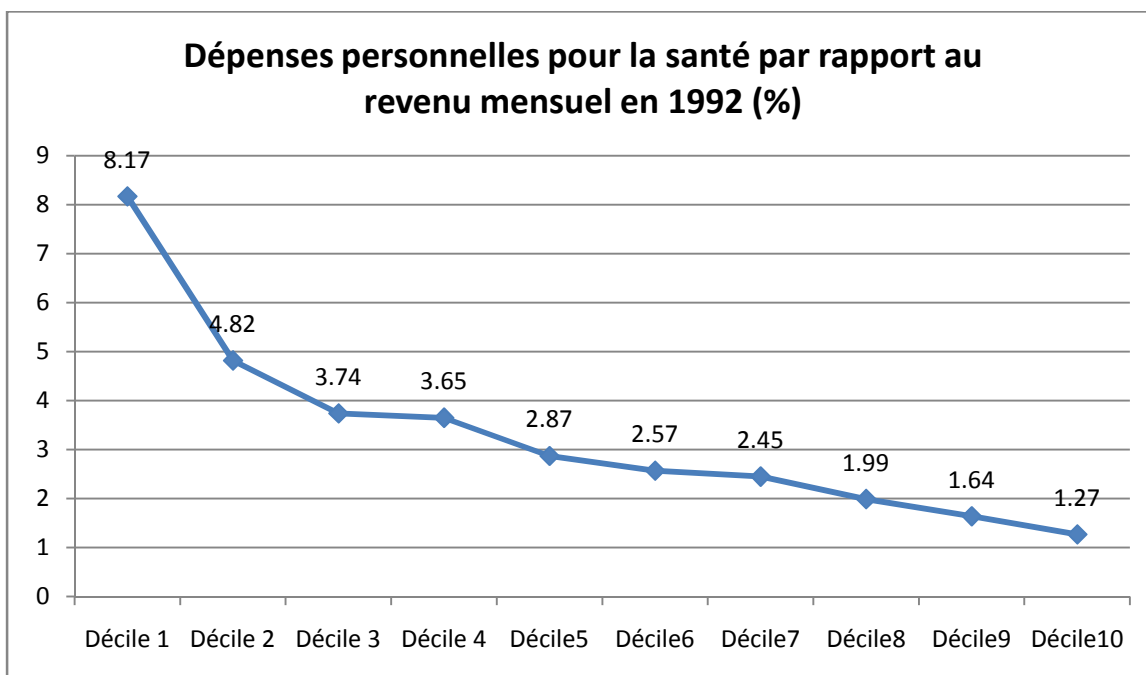




Graphique n° 11: Dépenses de santé sur 1978-1992<sup>171</sup>

Cependant, la gestion de risque maladie au niveau individuel rencontrait certaines limites, précisément chez les pauvres thaïlandais, qui n'avaient pu s'affilier à un régime d'assurance maladie volontaire. Le versement direct était la source principale de leurs dépenses de santé. Par conséquent, la proportion de dépenses de santé par rapport au revenu des plus pauvres a été très élevée et ils ont dû faire face à des catastrophes financières suite aux dépenses de santé. Selon le graphique n° 12 et le tableau n° 9, le coût des dépenses personnelles pour la santé chez les ménages du décile le plus pauvre est de 8,17% du revenu mensuel, contre 1,27% pour les ménages du décile le plus riche. L'incidence des dépenses personnelles de santé sur la pauvreté des ménages a été 18,3% pour le quintile le plus pauvre, par rapport à 0,6% pour le quintile le plus riche.

<sup>171</sup> Appliqué de Hsiao, William C., *op. cit.*, 1993, p. 6.



Graphique n° 12: Dépenses personnelles pour la santé en pourcentage du revenu mensuel par habitant (classifié par déciles de revenu) en 1992<sup>172</sup>.

	Pourcentage
Quintile1	18.3%
Quintile2	1.5%
Quintile3	1.0%
Quintile4	0.8%
Quintile5	0.6%
Tous quintiles réunis	4.4%

Tableau n° 9: Incidence de la pauvreté après le paiement des dépenses de santé (classifié par quintiles de revenu) en 2000<sup>173</sup>.

<sup>172</sup> Appliqué de Liamwattananon, Supon, Tangcharoensathien, Viroj & Prakongsai, Phusit, « Equity in financing healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand », *EQUITAP Project*, Working Paper no. 16, 2005, p. 24.

<sup>173</sup> *Ibid.*, p. 31.

## ***2.2 Les inégalités entre les assurances maladies obligatoires***

Le gouvernement a mis en place 2 assurances maladies obligatoires: le CSMBS et le SSS qui couvraient 2 populations différentes. Ces 2 régimes se basent sur différentes philosophies, avec des différences de financement et de régulation. Le CSMBS est financé totalement par le budget national, et les fonctionnaires ne payent pas de cotisation ; l'État prend en charge les soins dans les établissements de santé qui accueillent les bénéficiaires. Le bureau rembourse *a posteriori* toutes les dépenses de santé, si le patient choisit d'aller dans les établissements publics de santé. Mais en cas de recours à des établissements privés, il fixe un plafond de remboursement (environ 50% du tarif des soins). Si le tarif de soins est plus élevé que ce plafond, c'est le fonctionnaire qui paye l'excédent. Il y a aussi un plafond de remboursement des examens médicaux et des médicaments.

En revanche, le SSS est financé par 3 séries de contributeurs : les employeurs, les employés et l'État. Le taux de cotisation varie selon le revenu. Pour les salaires compris entre 1650 et 15 000 bahts, l'employeur, l'employé et l'État payent une cotisation de 5% du salaire (soit une cotisation totale de 15%). Dans le cas où le salaire est supérieur à 15000 bahts, l'employeur, l'employé, l'État payent 750 bahts par mois (soit un montant total de 2250 bahts). La caisse de sécurité sociale est gérée par le bureau de la sécurité sociale : il collecte les cotisations et achète les prestations de certains hôpitaux publics et privés. Il n'y a pas de liberté du choix, les assurés doivent choisir un établissement public de santé ou un établissement privé de santé partie prenante du régime de sécurité sociale. La dotation des établissements de santé dépend de la multiplication du nombre de bénéficiaires inscrits et des tarifs. Il y a un plafond de remboursement et une liste d'exemption des prestations. Les bénéficiaires payent les coûts excédentaires.

Le CSMBS offre une meilleure couverture que le SSS. Les bénéficiaires du CSMBS peuvent accéder librement à tous les établissements publics de santé, tous les CHU, et certains établissements privés de santé. Ils bénéficient de la prise en charge non seulement des services de soins ambulatoires et hospitaliers, mais d'opérations coûteuses, comme la dialyse et la greffe du rein ainsi que les soins de confort, par exemple, la chambre privée. Les bénéficiaires ou les établissements de santé peuvent demander le remboursement des dépenses des équipements médicaux, des prothèses et des médicaments inclus dans la liste nationale des médicaments principaux.

Pour le SSS, les assurés doivent utiliser les soins d'un seul établissement de santé, sinon les soins resteront à leur charge. Mais en cas d'urgence médicale ou d'accident, les assurés peuvent utiliser n'importe quel établissement de santé. Le régime de SSS couvre les soins ambulatoires et hospitaliers, à l'exclusion de certains services, généralement, des procédures médicales coûteuses tels que la chirurgie cardiaque, la dialyse rénale chronique, la chirurgie esthétique et la transplantation d'organes. Les frais de chambre privée ne sont pas couverts. En plus, pour maîtriser les dépenses de santé, le SSS fixe un plafond de remboursement pour chaque maladie ; le salarié paye les dépassements.

Il y a donc des inégalités entre ces 2 régimes d'assurance maladie obligatoire. Le problème du CSMBS est la maîtrise de dépenses de santé ; parce qu'il s'appuie sur un budget a posteriori et que le régime est plus favorable. Les bénéficiaires du CSMBS ont accès aux soins plus facilement que les autres assurés. Les établissements de santé ont pu demander presque l'intégralité de leur budget au budget national. Par contre, le problème du SSS est sa couverture : il ne couvre que les salariés, et finance les établissements de santé sur la base des ressources dont il dispose. Par conséquent, il tend à limiter le nombre de consultations et le nombre de journées hospitalisées dans les établissements privés.

Le budget du CSMBS était de 3156 millions de baht en 1988 ; il a augmenté ensuite d'environ environ 15-25% par an. Les dépenses moyennes d'hospitalisation dans les établissements publics chez les fonctionnaires du CSMBS étaient de 866 bahts/jour, et de 1079 bahts chez les fonctionnaires retraités. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation dans les établissements publics de santé chez les fonctionnaires du CSMBS était 13,4 jours, et 19 jours chez les fonctionnaires retraités. Les dépenses moyennes de services ambulatoires dans les établissements publics de santé pour les fonctionnaires du CSMBS a été de 463 bahts/jour, et 854 bahts chez les fonctionnaires retraités<sup>174</sup>. De plus, le taux d'hospitalisation des bénéficiaires du CSMBS a été plus élevé que celui des autres populations. Dans la population âgée de 30-40 ans, le taux d'hospitalisation a été le double de celui de la population générale<sup>175</sup>.

---

<sup>174</sup>Tangcharoensathien, Viroj et al., คำร้กษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการร้กษาพยาบาลของข้าราชการ [*Les dépenses de services ambulatoires du régime de prestation de soins médicaux des fonctionnaires*], 4ème livre du série d'assurance maladie, Ministry of public health of Thaillande, 1993, pp. 17-25.

<sup>175</sup>Tangcharoensathien, Viroj et al., การปฏิรูประบบสวัสดิการร้กษาพยาบาลของข้าราชการ. กรณีศึกษา พ.ศ.๒๕๓๘ [*La réforme du régime de prestation de soins médicaux des fonctionnaires: cas d'étude de l'année 1995*], Health System research Institute, 1997, pp. 1-5.

	Budget du CSMBS (millions de baht)	Taux de croissance du budget du CSMBS (%)	Budget du CSMBS par rapport de budget du gouvernement	Dépenses de santé du SSS (millions de baht)	Taux de croissance des dépenses de santé du SSS (%)	Budget du SSS par rapport de budget du gouvernement
1988	3156	-	1,30%	-	-	
1989	3521	11,57	1,23%	-	-	
1990	4316	22,58	1,29%	-	-	
1991	5127	18,79	1,32%	753	-	0,19%
1992	5854	14,18	1,44%	1823	142,10	0,45%
1993	7906	35,05	1,41%	2136	17,17	0,39%
1994	9954	25,90	1,59%	3702	73,31	0,59%
1995	11156	12,08	1,56%	4940	33,44	0,69%
1996	13587	21,79	1,61%	5985	21,15	0,71%
1997	15503	14,10	1,73%	6459	7,92	0,72%

Tableau n° 10: Budget de CSMBS et de SSS de 1988 à 1997<sup>176</sup>

	SSS		CSMBS	
	Durée moyenne de séjour (jours)	Charge totale (Baht)	Durée moyenne de séjour (jours)	Charge totale (Baht)
Appendicites	3,8	7064	4,7	11683
Gastro-entérite	2,3	1544	4,6	5206
Fibrome de l'utérus	8,8	9838	7,5	14432
Pneumonie	6,0	4781	7,8	13715
Pyélonéphrite	4,8	2767	5,3	7075

Tableau n° 11: Comparaison de la durée moyenne de séjour et de la charge total entre les patients du SSS et CSMBS<sup>177</sup>.

En comparaison avec le CSMBS, les dépenses de santé du SSS ont représenté presque la moitié de celles du CSMBS. Le bureau de la sécurité sociale payant les hôpitaux à l'acte, les fournisseurs des soins ont été encouragés à réduire le nombre de journées

<sup>176</sup> Source: les sources du budget du CSMBS viennent du département du contrôleur général. Les sources des dépenses de santé du SSS (1991-1993) viennent du Bureau de sécurité sociale. Les sources des dépenses de santé du SSS (1994-1997) viennent de Tangcharoensathien, Viroj et al., *National Health Accounts in Thailand 1994-2001*, Health System research Institute, 2004, p. 44.

<sup>177</sup> Appliqué de Yip, Winnie C. et al., « Impact of Capitation Payment: The Social Security Scheme in Thailand », Major Applied Research 2, Working Paper No.4, Abt Association Inc., 2001, pp.17-22.

hospitalisées. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation dans le SSS a été 5,4 jours en 1992 et de 4,96 jours en 1993. Le taux d'utilisation des soins ambulatoires dans le SSS a été 0,71 fois par personne et par an en 1992, et 0,87 fois par personne et par an en 1993. Le taux d'utilisation des services de soins hospitalisés a été 0,03% par personne par an en 1992, et 0,038% par personne par an en 1993<sup>178</sup>. Environ 50% des dépenses de santé du SSS ont été effectuées en soins ambulatoires. Par contre, seulement 36% des dépenses de santé du CSMBS sont effectuées en soins ambulatoires<sup>179</sup>. Dans les tableaux n°10 et n°11, les dépenses de santé et la durée moyenne de séjour des patients du SSS sont inférieures à celles des patients du CSMBS dans les hôpitaux publics.

Bien que le gouvernement ait fourni l'assurance maladie aux seuls fonctionnaires et salariés des entreprises privées, il existe des inégalités entre le SSS et le CSMBS. Les assurés du CSMBS bénéficient d'avantages et de meilleurs traitements. Le gouvernement a davantage financé le CSMBS que le SSS. Cela signifie que les fonctionnaires sont toujours les acteurs économiques et politiques plus importants que les salariés du secteur privé.

### ***2.3 Les désavantages de l'assistance sociale de l'État et de la charité***

Le système de protection sociale se compose de l'assistance sociale et de la sécurité sociale. Ces deux systèmes ont une façon différente de partager les risques sociaux et sont complémentaires. L'assistance sociale du gouvernement central est une obligation juridique de l'État qui couvre seulement la population sélectionnée, ce qui permet au gouvernement de réduire les dépenses par rapport à un système d'assurance nationale obligatoire qui couvrirait tout le monde.

Avant la réforme du système de santé de 2001, le gouvernement s'était lancé dans une politique d'assistance sociale, précisément en direction des pauvres des zones rurales. La politique d'aide sociale à la santé, « low income card scheme (LICS) » (la carte pour les personnes à faible revenu), avait pour objet de protéger les pauvres contre le fardeau financier des frais d'utilisation. Le gouvernement fournissait des soins de santé gratuitement aux pauvres et aux personnes exclues. Cette politique avait débuté en 1975 pour les pauvres. La couverture a ensuite été élargie pour les personnes âgées en 1989, pour les enfants, les personnes handicapées et les soldats invalides en 1991. Les avantages

<sup>178</sup> Source: *Rapport annuel du bureau de la sécurité sociale en 1992-1993*.

<sup>179</sup> Yip, Winnie C. *et al.*, *op. cit.*, p.17

de ce régime ont été la prise en charge des services de soins ambulatoires et hospitaliers dans certains établissements publics. Cependant, 15 types de soins onéreux ont été exclus.

Pour identifier les bénéficiaires du LICS, le gouvernement s'est référé au seuil de pauvreté. Ce régime a couvert 30% de la population en 2001. La difficulté d'estimer le revenu des ménages faisait que certains pauvres étaient exclus, et certains bénéficiaires n'étaient pas exactement des pauvres. En plus, à cause de la stigmatisation des pauvres, les détenteurs de cartes d'assuré social à faible revenu se sentaient découragés d'utiliser leurs cartes par les professionnels de la santé, qui les faisaient se sentir inférieurs et embarrassés<sup>180</sup>.

	Population couverte (millions)	Population totale	% de la population couverte	Budget du LICS (millions de bahts)	Budget total du ministère de la santé publique (MSP) (millions de bahts)	Budget du LICS en % du budget du MSP	Budget total du gouvernement (millions de bahts)	Budget du LICS par rapport de budget du gouvernement
1988	7,65	54,96	13,92%	706	10372	6,80%	243500	0,29%
1989	7,65	55,88	13,69%	800	11733	6,81%	285500	0,28%
1990	10,73	56,30	19,06%	1500	16225	9,24%	335000	0,45 %
1991	10,73	56,96	18,84%	2000	20568	9,68%	387500	0,51 %
1992	11,70	57,78	20,5%	2500	24640	10,14%	406400	0,61%
1993	11,70	58,58	19,97%	2750	32898	8,36%	560000	0,49%
1994	11,80	59,39	19,87%	4273	39318	10,86%	625000	0,68%
1995	11,80	60,20	19,60%	4475	45102	9,92%	715000	0,62%
1996	14,00	61,00	22,95%	5706	55236	10,33%	843200	0,68%
1997	15,00	61,79	24,28%	6703	68438	9,79%	894000	0,74%

Tableau n° 12: Population couverte par LICS et ses budgets annuels<sup>181</sup>

Le tableau n° 12 présente la population couverte et le budget du LICS. Les efforts du gouvernement pour aider les pauvres n'ont pas été suffisants. Le budget du LICS

<sup>180</sup> Britran, Ricardo & Giedion, Ursula, *Waivers and exemptions for health services in developing countries*, The World Bank, 2002, p. 61.

<sup>181</sup> Sources: les sources relatives à la population couverte et au budget du LICS viennent de Suksiriserekul, Somchai, *Free medical care for the poor in Thailand: a hit or miss poverty reduction scheme*, Poverty Alleviation, n°8, EDAP Joint Policy Studies, Korea Development Institute, Korea, 1998 (cité par Britran, Ricardo & Giedion, Ursula, *Waivers and exemptions for health services in developing countries*, The World Bank, 2002, p. 58). Les sources de la population totale, du budget total du MSP et du budget total du gouvernement viennent du Bureau des statistiques nationales. Les autres viennent des calculs de l'auteur.

représente environ 6-10 % du budget du ministère de la santé publique, soit 0,3-0,7% du budget total. Le budget du LICS a été très inéquitablement réparti au plan géographique : 132 bahts par personne dans la région du nord-est, contre 539 bahts par tête dans la région centrale<sup>182</sup>. L'insuffisance du budget s'est traduite par la difficulté, pour les bénéficiaires, d'accéder aux soins de qualité. Certains bénéficiaires ont dû faire appel à des cliniques privées. Selon l'étude de Mongkolsmai, les versements directs de santé des bénéficiaires du LICS à Pitsanulok représentait 6,4 % du revenu des ménages<sup>183</sup>.

Le financement du LICS a été très faible par rapport au CSMBS. Le budget moyen par bénéficiaire de CSMBS a été 3 à 5 fois plus élevé que celui du LICS. On pourrait en déduire que le gouvernement préfère aider les fonctionnaires, plus que les pauvres. L'utilitarisme a poussé les décideurs politiques à fournir gratuitement en priorité des soins aux fonctionnaires, qui sont le moteur du système bureaucratique.

L'impôt sur le revenu était très faible en Thaïlande en comparaison avec celui de l'État-providence comme la France. Il était 2,34% du PIB en 1996, 2,36% en 1997, 2,66% en 1998, 1,98% en 1999, 1,84% en 2000, 1,89% en 2001, 1,92% en 2002 et 1,96% en 2003<sup>184</sup>. En France, il était 7,39% du PIB en 1998, 7,63% en 1999, 7,75% en 2000, 7,57% en 2001 et 7,29% en 2002<sup>185</sup>. De plus, le crédit d'impôt autorise les contribuables à déduire jusqu'à 10 % de leur revenu imposable les contributions à des fondations et associations à but non-lucratif en Thaïlande. Au vu des limites du budget national, le gouvernement aimerait encourager le secteur privé à faire la charité dans le domaine de la santé. La promotion de la charité du secteur privé réduit les dépenses gouvernementales d'assistance sociale. De plus, l'inefficacité du système bureaucratique, qui n'arrive pas à répondre aux demandes des personnes défavorisées, encourage la charité. La charité individuelle et collective aide les personnes défavorisées hors du champ des aides sociales du gouvernement.

Au point de vue économique, la charité volontaire ne peut pas garantir la redistribution de revenu : un riche avare ne donnera aucun centime, alors qu'il est également aussi un passager clandestin qui consomme le bien public. Par contre, un pauvre altruiste donnera

---

<sup>182</sup> *Ibid.*, p.59.

<sup>183</sup> Mongkolsmai, Dow, « The Social Welfare for Health Card », rapport de recherche présenté à l'atelier national pour le financement de la santé en Thaïlande, Phetburi, 12-13 novembre 1993.

<sup>184</sup> Sources: la Banque de la Thaïlande. Acquis du site: <https://www.bot.or.th/Thai/Statistics/Discontinued/Pages/PublicFinanceDiscontinued.aspx>

<sup>185</sup> Sources: OCDE. Acquis du site: <https://data.oecd.org/fr/tax/impot-sur-le-revenu-des-personnes-physiques.htm>



pour l'intérêt public, même s'il est aussi une personne en difficulté dans la société. En outre, la stimulation de la philanthropie privée signifiant toutefois que le gouvernement perd une part de l'impôt qui aurait pu être dépensé au service des politiques publiques.

La transparence et la responsabilité sont également importantes dans les activités caritatives. Depuis le début du 21<sup>e</sup> siècle, le nombre de scandales créés par des organismes de bienfaisance contemporains a augmenté. Certains temples bouddhistes accumulaient la richesse et des abbés dépensaient les donations pour acheter des produits de luxe. Par exemple, หลวงปู่เณรคำ (Luang Pou Nen Kham), ex-abbé d'un temple à Srisaket, a voyagé à Paris en avion privé pour acheter des produits de luxe. Cet événement a été enregistré sur Youtube<sup>186</sup>. Enfin, il a été accusé de fraude et de blanchiment d'argent. Les procureurs ont demandé un remboursement des donations de plus de 28,6 millions de bahts<sup>187</sup>. Dans le cas du Dhammakaya, le temple le plus riche en Thaïlande, l'abbé a été accusé de fraude et de blanchiment d'argent de 1.400 millions de bahts<sup>188</sup>. Le manque de régulation et de législation, la corruption et la fraude se produisent plus facilement dans les organismes de bienfaisances, notamment l'évasion fiscale. La transparence financière est nécessaire pour s'assurer que les dons seront bien distribués aux personnes démunies et contrôler l'efficacité de leur gestion.

Les activités philanthropiques de la Thaïlande sont aussi remises en question, notamment, les temples bouddhistes. Il n'est pas évident que tous les temples bouddhistes dépensent les donations pour soulager des risques de maladies ou des problèmes sociaux. Du système juridique thaïlandais, toutes les organisations ou associations à but de non-lucratif, y compris les temples bouddhistes et les fondations privées, ont une obligation comptable et de transparence financière afin de garantir que les dons collectés seront utilisés pour accomplir les objectifs des associations et des donateurs. Selon l'article 37(1) de la loi sur l'Association des Anciens (*Mahathera samakom*), l'abbé a un pouvoir et un devoir de gestion de la trésorerie du temple. La gestion financière du temple est gérée par l'abbé.

Mais, la plupart des abbés n'ont pas les connaissances financières et la capacité de faire la comptabilité. La plupart des temples ne tiennent pas leur comptabilité et ne déclarent pas leur bilan financier à l'administration centrale. Or promouvoir la charité augmente le

<sup>186</sup> Acquis du Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=xU4Baz5zeOM>

<sup>187</sup> Acquis du site BBC: <http://www.bbc.com/thai/thailand-40665069>

<sup>188</sup> Acquis du site BBC: <http://www.bbc.com/thai/thailand-39020379>

revenu des temples, dont les flux de trésorerie représentent environ 100.000-120.000 millions de bahts par an. Mais la surveillance fait défaut : les bouddhistes ne peuvent pas être informés de la gestion de la trésorerie des temples, de leurs rendements. Selon l'étude de Chunsom<sup>189</sup>, en 2012, sur 490 temples, 28% ne tiennent pas de comptabilité immobilière, dans 46,5%, elle est faite par l'abbé ; 22,5% ne font pas de comptabilité financière, et seulement 25,6% déclarent leur bilan financier ; 40,2% n'effectuent aucune vérification comptable. Cela pose le problème de l'application du principe de transparence financière dans les temples bouddhistes. Il est nécessaire d'imposer des commissaires aux comptes pour les associations.

Au point de vue sociologique, selon l'analyse de Georg Simmel<sup>190</sup>, les aides sociales du secteur caritatif présentent certains désavantages, car la charité ne soutient pas toujours la justice sociale. La relation entre les receveurs et les donateurs est inégalitaire. Les donateurs agissant comme les 'propriétaires' des receveurs. L'assistance ne déconstruit pas la structure inégalitaire de la société, mais la préserve et stigmatise l'infériorité des pauvres. L'objectif du don n'est pas seulement d'aider les personnes défavorisées, mais de satisfaire les donateurs eux-mêmes. La charité est une pratique qui renforce le bonheur, la réputation, le prestige des donateurs. L'assistance peut tempérer des manifestations radicales, mais ne peut pas assurer la cohésion de la société. Simmel a analysé que :

...Au contraire, l'assistance se fonde sur la structure sociale, quelle qu'elle soit; elle est en contradiction totale avec toute aspiration socialiste ou communiste, qui abolirait une telle structure sociale. Le but de l'assistance est précisément de mitiger certaines manifestations extrêmes de différenciation sociale, afin que la structure sociale puisse continuer à se fonder sur cette différenciation. Si l'assistance devait se fonder sur les intérêts du pauvre, il n'y aurait, en principe, aucune limite possible quant à la transmission de la propriété en faveur du pauvre, une transmission qui conduirait à l'égalité de tous. Mais, puisque ce but est le tout social - les cercles politiques, familiaux, ou sociologiquement déterminés- il n'y a aucune raison d'aider le pauvre plus que ne le demande le maintien du statu quo social...<sup>191</sup>

---

<sup>189</sup> Chunsom, Nada, *op. cit.*, 2012, pp.73-77.

<sup>190</sup> Chokrane, Bertrand (tra.), Schulthesis, Franz & Paugam, Serge (éds.), *Georg Simmel: Les pauvres*, texte intégral en français moderne avec introductions et notes Paris: Presses Universitaires de France, 4ème édition, 2011.

<sup>191</sup> *Ibid.*, p.49.

La création des fondations privées et d'unités mobiles de la médecine royale est populaire dans la famille royale, par exemple, la fondation de la médecine bénévole ou la fondation pour la prothèse des jambes sous le patronage de la Princesse-Mère Srinagarindha, la Fondation anti-cancer du sein sous le patronage de la sœur du roi, la Princesse Galyani Vadhana, et le fond des aides pour les patients pauvres sous le patronage de la Princesse Sirindhorn, etc. Les temples bouddhistes et, également la famille royale, sont les centres de l'économie de philanthropie qui collectent de grandes quantités de dons et poursuivent des activités de bienfaisance. La charité est une obligation morale de la famille royale, illustrant sa générosité et son prestige. La charité de la famille royale renforce le charisme du roi, de la famille royale et le statut de la monarchie.

Mais elle stigmatise également l'infériorité des receveurs, car seules des personnes qui reconnaissent leur pauvreté et leur infériorité peuvent bénéficier des aides de la famille royale. Certains patients pauvres, atteints de maladies incurables ou de maladies chroniques, verront leur cas examinés par le médecin ou le Conseil privé et seront transférés dans les hôpitaux publics provinciaux. Les histoires de ces patients seront vérifiées encore une fois par le Bureau du principal secrétaire privé de Sa Majesté. Si ces patients sont vraiment pauvres, après examen du Bureau du principal secrétaire privé de Sa Majesté, ils bénéficieront du patronage de la famille royale.

Comme Rosanvallon a remarqué l'incertitude de la charité<sup>192</sup>, cette caractéristique apparaît également dans les projets royaux du domaine de la santé. La charité de la famille royale ne couvre pas tous les citoyens, mais seulement une certaine catégorie de population sélectionnée. Les unités de la médecine royale se composent de médecins, de dentistes, de pharmaciens, d'infirmières des hôpitaux gouvernementaux de la région qu'un des membres de la famille royale a décidé de visiter. Ces unités de la médecine royale fournissent des soins aux seules personnes présentées lors de la visite de la famille royale. Le nombre de patients émargeant au projet des unités de la médecine royale est fluctuant, dépendant de la région que la famille royale a décidé volontairement de visiter. Il est seulement d'environ 6.000 à 20.000 patients par an. De plus, seulement 100 à 300 patients par année sont sélectionnés au hasard pour bénéficier du patronage du roi; Après qu'il ait été vérifié que ces patients sont bien des personnes en difficulté, ceux-ci seront ensuite transférés dans des hôpitaux gouvernementaux et traités gratuitement par des médecins des

---

<sup>192</sup> Rosanvallon, Pierre, *op. cit.*, 1981, pp. 27-28.

hôpitaux gouvernementaux (voir Annexe VII). Pour comparer entre le bilan du projet du «Patients sous le patronage du roi» et celui de l'UCS en 2004, le revenu de la fondation a été environ de 39 millions de bahts et les dépenses pour les patients sous le patronage du roi a été 3,4 millions de bahts. La fondation a fourni 8.935 fois des services ambulatoires et 78 fois des services hospitaliers<sup>193</sup>. Pour l'UCS, les dépenses de services ambulatoires et hospitaliers a été environ de 23.000 millions de bahts. Le nombre de recours aux soins ambulatoires a été environ de 119 millions de consultations et celui aux soins hospitaliers a été environ de 16,83 millions de jours<sup>194</sup>.

---

<sup>193</sup> Source: Rapports annuels d'unité mobilités de la médecine royale de 2004-2013. acquis du site du bureau des projets royaux de la Princesse Sirindhorn.  
[http://kanchanapisek.or.th/kp14/News\\_propagandise.htm](http://kanchanapisek.or.th/kp14/News_propagandise.htm)

<sup>194</sup> Source: Rapport annuel de l'UCS. Acquis du site du NHSO: [https://www.nhso.go.th/frontend/page-about\\_result.aspx](https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx)

## **Deuxième partie**

# **L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN THAÏLANDE DANS LA PERSPECTIVE DU DÉVELOPPEMENT NATIONAL**



La santé est un capital humain. L'amélioration de la santé de la population affecte positivement la productivité et la croissance économique. La santé est un sujet important qui s'est intégrée dans le plan national de développement. De plus, les inégalités économiques sont liées aux inégalités dans le domaine de la santé. Dans cette partie, l'exploration de l'évolution des inégalités économiques nous aide à mieux comprendre l'évolution des inégalités dans le domaine de la santé.

Dans le chapitre 4, nous étudierons le modèle de développement suivi par la Thaïlande de 1950 à 1996. Le modèle de développement de la Thaïlande était un développement inégal. Après la seconde guerre mondiale, la Thaïlande était un pays agricole à faible revenu. Pour attraper le niveau de développement des pays industrialisés, la Thaïlande a appliqué un modèle de développement piloté par l'État. Cependant, il y avait des coûts sociaux à payer. Pour maintenir la stabilité politique et économique, le régime autoritaire a gouverné la Thaïlande plus de 40 ans, mettant la démocratisation en péril. La croissance économique était plus importante que la distribution des revenus de façon égalitaire. La croissance économique était rapide, mais l'écart de revenus entre les riches et les pauvres s'est élargi. De plus, la crise économique de 1997 a été un cauchemar pour les Thaïlandais. Elle a affecté négativement la société.

Pour la santé, la fourniture de services de soins primaires pour tous était un rêve du gouvernement. Le gouvernement modernisait le système de santé. L'état sanitaire s'est amélioré progressivement. Cependant, des indicateurs sanitaires ont révélé des inégalités entre les zones urbaines et rurales, entre les provinces riches et pauvres. Nous étudierons comment les politiques de développement ont affecté les politiques de la santé et les inégalités dans le domaine de la santé (chapitre 5).





## CHAPITRE 4

# LES POLITIQUES DE DEVELOPPEMENT DE 1950 À 1996 ET LES EFFETS SOCIAUX DE LA CRISE ÉCONOMIQUE DE 1997

Après la Seconde Guerre mondiale, la croissance économique de la Thaïlande a été très forte. La croissance du PIB a été de 5,4 % dans les années 1950, 8,0% dans les années 1960, 7,1 % dans les années 1970, 7,3% dans les années 1980 et 8,5 % sur la période 1990-1996<sup>195</sup>. La Thaïlande s'est transformée d'un pays pauvre en un pays de revenu moyen inférieur. Le PIB par habitant s'est accru de 597 bahts en 1946 à 32174 bahts en 1989, soit une multiplication par 50 en 4 décennies (voir le tableau n° 18). Cependant, il y eu un coût social à payer pour cette croissance économique miraculeuse. La Thaïlande est connue comme un pays dont la répartition des revenus est fortement inégalitaire, avec un coefficient de Gini de 0,452 en 1981, et de 0,479 en 1992<sup>196</sup>.

### 1. L'émergence du modèle de développement piloté par l'État (1950-1972)

#### *1.1 La triple alliance: l'armée - les entrepreneurs sino-thaïs - la bureaucratie et les technocrates*

La Guerre froide (1947-1991) était la confrontation entre le bloc libéral et le bloc communiste. Dans une perspective du développement, chacun de ces deux blocs a proposé un modèle différent. Le bloc libéral a proposé l'État minimal dans lequel l'État jouait un rôle minimal dans l'activité économique. Au contraire, le bloc communiste a proposé un État interventionniste dans lequel l'État avait tout pouvoir d'intervention dans les activités économiques. La Thaïlande a été un bastion important de la lutte contre le communisme dans la région Asie-Pacifique. La victoire du Parti communiste chinois en 1949 et la

---

<sup>195</sup> Jensen, Karel, « Thailand: The Making of Miracle? », *Development and Change*, vol. 32, issue 2, p. 344.

<sup>196</sup> Source: Banque mondiale.

victoire de Ho Chi Minh à Hanoi en 1954 ont été un sujet de préoccupation pour les États-Unis. Pour contrer l'insurrection communiste dans la région Asie-Pacifique, il était nécessaire que les États-Unis mettent en œuvre des mesures d'endiguement, conformément à la *théorie des dominos*. Du point de vue géopolitique, la Thaïlande a été un bastion parfait pour fournir une base arrière et un appui militaire pendant la guerre du Vietnam. Du point de vue du développement, la Thaïlande a été un pays modèle de développement conforme aux orientations du régime libéral américain. Même si l'influence des États-Unis était très forte en Thaïlande, le manque de capital et d'entrepreneurs à cette époque-là empêchaient la Thaïlande de reproduire le modèle de l'État minimal. Dans les années 1930, les gouvernements du Parti du peuple ont mené des politiques nationalistes et interventionnistes. Le gouvernement a nationalisé des entreprises et plus de mille entreprises d'État ont été fondées pour contrer la forte influence économique des hommes d'affaires chinois en Thaïlande. Dans les années 1940, les gouvernements ont voté des lois pour limiter les activités des étrangers, précisément les Chinois. En outre, l'objectif prioritaire des pays asiatiques était de rattraper le niveau de développement des pays industrialisés. Les retardataires de l'économie mondiale avaient besoin d'une approche centralisée de l'industrialisation et de la croissance économique, un mécanisme plus centralisé pour la mobilisation du capital, l'ajustement industriel et la mise à niveau technologique<sup>197</sup>.

Le modèle de développement piloté par l'État était un modèle important dans les pays de l'Asie de l'Est, dont les caractéristiques étaient l'État dirigé par des technocrates qui jouissaient d'un haut degré d'autonomie politique et de l'isolement face aux pressions de la société pour accélérer la croissance économique. Les pays de l'Asie de l'Est se caractérisaient par la présence d'un État autoritaire doté d'un haut degré d'autonomie vis-à-vis des pressions politiques et sociales. L'État, avec la collaboration des technocrates, était le seul acteur pour les prises de décision en matière de politique de développement. Le développement économique était l'objectif prioritaire à long terme de l'État. Les technocrates favorisaient l'industrialisation et le développement économique, pour augmenter la compétitivité, développer une stratégie d'exportation et ainsi créer une croissance économique rapide. Le modèle de développement piloté par l'État était une combinaison entre l'État minimal et l'État interventionniste. Il intervenait de manière

---

<sup>197</sup> Boyd, Richard & Ngo, Tak-Wing, « Emancipating the political economy of Asia from the growth paradigm », in Boyd, Richard & Ngo, Tak-Wing (éds.), *Asian States: Beyond the developmental perspective*, RoutledgeCurzon, Newyork, 2005, p.3.

extensive, mais sélective, dans l'économie pour promouvoir ses plans économiques. Il le faisait en accordant des subventions à des industries ciblées, des prêts préférentiels à des entreprises individuelles, en créant des entreprises monopolistiques pour choisir et protéger les gagnants du marché, et même s'engager dans une protection directe pour développer de nouvelles industries<sup>198</sup>.

Des années 1950 aux années 1980, la Thaïlande a également appliqué le modèle de développement piloté par l'État. Le gouvernement militaire de Sarit a été une étape importante dans l'élaboration du modèle de développement de la Thaïlande. Le mot *พัฒนา* (*phatthana* - le développement) est apparu souvent dans les discours du Premier ministre. La définition du développement de Sarit est différente de celle de Phibun dont l'objectif était la modernisation de la Thaïlande. Pour Sarit, le développement se concentre seulement sur la croissance économique, l'augmentation de la productivité et du revenu par habitant, et l'amélioration de la qualité de vie. L'armée, les entrepreneurs sino-thaïs, les technocrates et les fonctionnaires avaient fait une alliance et élaboraient les politiques de développement. Le gouvernement a assuré la stabilité politique et l'ordre social pour que les technocrates puissent élaborer efficacement les politiques de développement et que les entrepreneurs puissent se livrer à leurs activités économiques. Cependant, ce n'était pas tous les entrepreneurs qui pouvaient bénéficier des politiques de développement de façon égalitaire. En effet, seuls en étaient bénéficiaires des entrepreneurs, notamment des entrepreneurs sino-thaïs, qui étaient proches des généraux du gouvernement et des hauts fonctionnaires. À cette période, de nombreux généraux et hauts fonctionnaires ont accru leur pouvoir politique pour être à même de dominer les gouvernements. Beaucoup de fonctionnaires et de généraux furent nommés à des postes importants comme celui de président du conseil d'administration d'entreprises publiques et ont profité d'un système de corruption. Les hommes d'affaires sino-thaïs ont formé une alliance avec les bureaucrates militaires, par exemple, en les nommant dans les conseils d'administrations des compagnies. En échange, ces compagnies tiraient avantage des politiques gouvernementales. L'armée avait une relation étroite avec Chin Sophonphanich, homme d'affaire sino-thaï et fondateur de la Bangkok Bank. La Bangkok Bank a reçu un

---

<sup>198</sup> *Ibid.*, pp.1-4.

financement d'environ 30 millions de bahts du ministère du Commerce. En échange, des généraux ont été nommés aux conseils d'administration de la banque<sup>199</sup>.

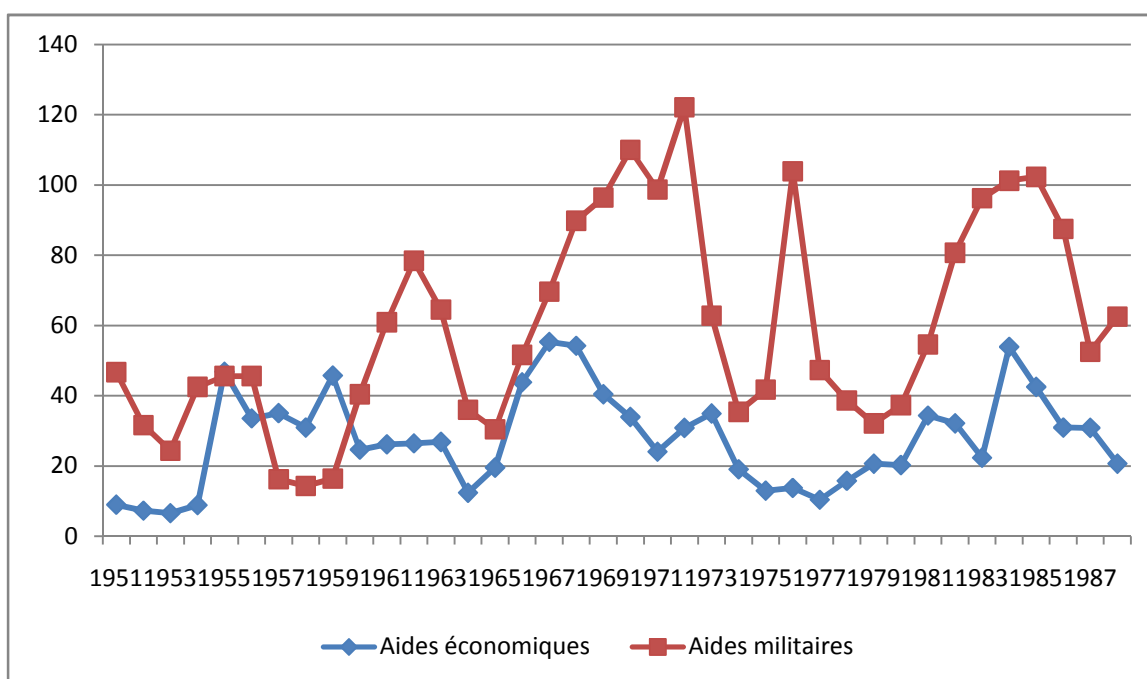
	Agriculture	Industrie	Transport	Travail	Santé	Éducation	Administration publique	Total
1951	12	2	3	0	61	0	0	78
1952	28	15	8	0	8	7	18	84
1953	37	19	14	0	41	26	10	147
1954	74	15	18	0	79	81	21	288
1955	32	13	26	3	59	58	25	216
1956	37	17	35	4	33	68	29	223
1957	59	17	36	7	38	124	37	318
1958	59	2	22	0	25	95	55	258
1959	153	9	16	0	24	168	52	422
1960	113	8	40	0	25	82	39	307
1961	152	9	20	0	32	82	32	327
1962	59	16	6	0	26	127	20	254
1963	93	11	12	0	29	87	36	268
1964	116	0	0	0	54	20	26	216
1965	114	10	3	0	93	7	55	282
1966	49	24	4	0	129	95	101	402
1967	152	10	8	4	88	91	119	472
1968	124	4	12	10	116	114	97	477
1969	153	21	22	9	99	174	72	550
1970	138	39	18	7	132	157	96	587
1971	183	28	15	2	136	52	9	425
Total	1937	289	338	46	1327	1715	949	6601

Tableau n° 13: Nombre de personnes participant le programme de formation soutenu par l'USOM<sup>200</sup>.

<sup>199</sup> Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *Thailand: Economy and Politics*, second edition, Oxford University Press, 2002, p. 299.

<sup>200</sup> *Ibid.*, p.85.

Les États-Unis étaient un acteur important de la formation des technocrates thaïlandais. Entre 1950-1970, la Thaïlande a reçu environ 1,13 milliards dollars au total<sup>201</sup> d'aides économiques et militaires des États-Unis. Avec les programmes de l'USOM et de l'USAID, les États-Unis ont formé des fonctionnaires thaïlandais dans plusieurs domaines pour améliorer l'efficacité de la bureaucratie (voir Tableau n°13). La fondation Fulbright a financé des bourses pour 8000 étudiants. La plupart de ces étudiants ont fait des études dans les universités américaines<sup>202</sup>. Sur les conseils des Américains, le gouvernement thaïlandais a fondé en 1950 une première institution de développement, le Conseil économique national.



Graphique n° 13: Aides économiques et militaires des États-Unis à la Thaïlande (million de dollar)<sup>203</sup>.

Avec la collaboration de la fondation Rockefeller, la pensée économique libérale a commencé à s'implanter à l'université de Thammasat. Le programme de la faculté d'économie a été transformé par des économistes américains et la pensée néo-classique est restée dominante jusqu'à aujourd'hui. Beaucoup d'étudiants de l'université de Thammasat

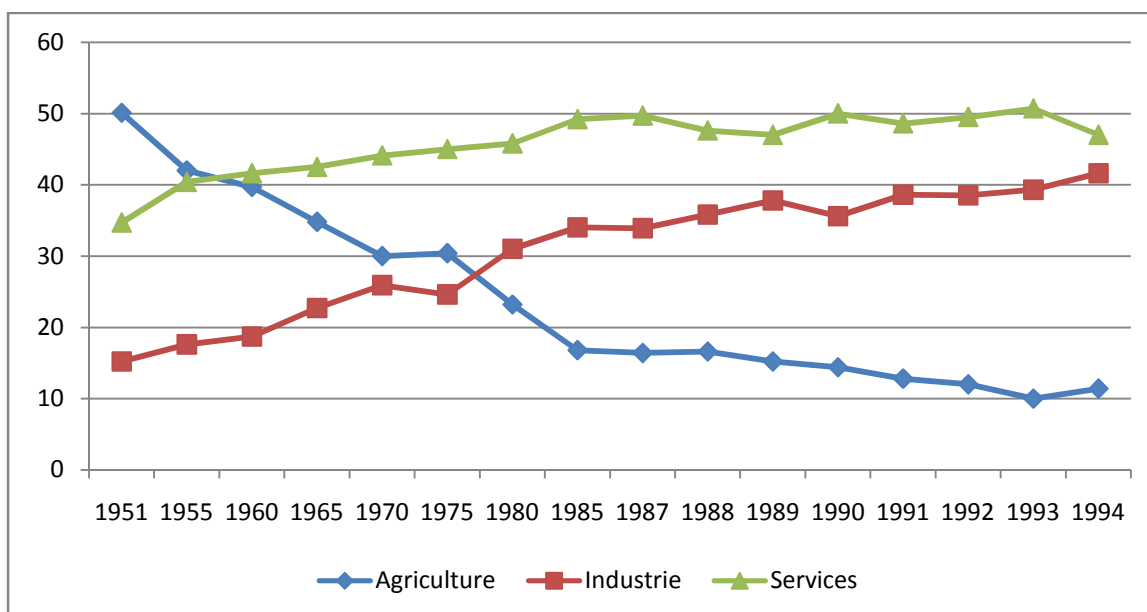
<sup>201</sup> Dixon, Chris, *The Thai Economy: Uneven development and internationalisation*, Routledge, 1999, p. 83.

<sup>202</sup> Glassman, Jim, *op. cit.*, 2004, p.76.

<sup>203</sup> Muscat, Robert J., *Thailand and the United States: development, security and foreign aid*, Columbia University Press, 1990.

et d'étudiants boursiers de la fondation Rockefeller sont devenus des technocrates dans le domaine économique. Le gouvernement de Sarit a entendu les conseils des technocrates et des organisations internationales. Il a élaboré des politiques de développement moins interventionnistes que celles du gouvernement de Phibun.

En 1957-1958, l'inefficacité des entreprises d'État a été critiquée par la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD). Le rapport recommandait que le gouvernement arrête de soutenir les activités des entreprises d'État pour promouvoir le développement du secteur privé dans les domaines des infrastructures, du crédit, et des institutions de planification du développement<sup>204</sup>. Par voie de conséquence, le gouvernement a fondé des institutions de développement: le Conseil national du développement économique (National Economic Development Board-NEDB) a été créé en 1959 pour mettre en place des plans nationaux de développement, le Bureau d'investissement (Board of Investment-BoI) a été fondé en 1966 pour promouvoir l'investissement des entreprises. Le gouvernement a créé le Bureau du budget en 1959 et le Bureau des statistiques nationales en 1963.



Graphique n° 14: Ventilation du PIB par secteur de 1951 à 1994 à prix constants 1972 (en pourcentage)<sup>205</sup>

<sup>204</sup> Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *op. cit.*, 2002, p. 131.

<sup>205</sup> Source: Conseil National de développement économique et sociale. Aussi cité par Dixon, Chris, *op. cit.*, 1999, p. 10. Note: le secteur industriel inclut la fabrication, les mines et carrières, la construction, l'électricité et l'approvisionnement en eau. Le secteur des services inclut la transportation et la communication, le commerce de gros et de détail, le secteur bancaire, l'assurance et l'immobilier, la propriété de logement, l'administration publique et les services.

## ***1.2 L'intensification de la production du secteur agricole et l'industrialisation par la substitution aux importations (ISI)***

Les technocrates ont choisi de renforcer des secteurs qui pouvaient accélérer la croissance économique. Le NEDB a collaboré avec des conseillers de la BIRD et des conseillers américains pour écrire le premier plan (1961-1966) ainsi que second (1967-1971). L'objectif de ces deux plans se concentrait sur le développement à long terme et le développement dans les régions pauvres pour stopper l'insurrection. Comme le disait une annonce de la junte du 20 octobre 1968<sup>206</sup>:

...l'insurrection communiste est une menace importante qui veut dominer et influencer les Thaïlandais. Il y a infiltration d'agents communistes dans la politique, l'économie et la société. Elle déploie une propagande et des stratégies rusées, des méthodes publiques et secrètes pour détruire la Nation, la famille royale, le bouddhisme et toutes les institutions...

Et l'annonce du premier plan national de développement économique du 20 octobre 1970:

...Pour augmenter la productivité efficacement, les activités économiques du secteur privé sont nécessaires. Le gouvernement va les promouvoir. Pour les réaliser, le gouvernement va financer et allouer des ressources avec les plusieurs programmes du secteur agricole et des secteurs non-agricole..<sup>207</sup>

À la différence des mesures prises par le gouvernement de Phibun, ils avaient pour objectif d'encourager l'investissement, l'activité économique et la croissance économique du secteur privé. Le BIRD a offert des prêts d'environ 440 millions de dollars qui ont été investi dans les infrastructures (transport, aéroports, irrigation, électricité). Pour promouvoir les investissements, le gouvernement a pris certaines dispositions, par exemple, en permettant aux entreprises étrangères d'accéder plus facilement au foncier, en accordant des incitations fiscales et des concessions tarifaires, en maintenant la stabilité budgétaire et en préservant le faible coût de la main-d'œuvre. En conséquence, les flux d'IDE étaient en moyenne d'environ 1,25 milliard de bahts par an sur la décennie 1965-1975, dont 38 % provenaient des États-Unis et 30 % du Japon<sup>208</sup>.

---

<sup>206</sup> Pensri, Chatree, *วาทกรรมการพัฒนาของประเทศไทย พ.ศ.2504-2509* [le discours sur le développement de la Thaïlande de 1961 à 1996], mémoire de la faculté des sciences politiques, Université de Chulalongkorn, 2000, p.44.

<sup>207</sup> *Ibid.*, p. 47.

<sup>208</sup> *Ibid.*, p.133.

	Agriculture (millions de personnes)	Industrie (millions de personnes)	Services (millions de personnes)	Total (millions de personnes)	Agriculture (%)	Industrie (%)	Services (%)
1960	11,42	0,58	1,87	13,87	82,3	4,2	13,5
1970	13,29	0,97	2,50	16,76	79,3	5,8	14,9
1980	18,32	2,01	5,15	25,48	71,9	7,9	20,2
1990	19,25	4,31	6,78	30,34	63,5	14,2	22,3
1994	19,70	5,10	7,58	32,38	60,8	15,8	23,4

Tableau n° 14 : Structure d'emploi de 1960 à 1994<sup>209</sup>.

Le gouvernement a encouragé le secteur agricole et le secteur industriel privés. Des années 1950-1970, l'agriculture a été un secteur économique majeur en Thaïlande; 50,1% du PIB en 1951, 42,0% en 1955, 39,7% en 1960, 34,8% (1965), 30,0% (1970) et 30,4% (1975) (voir Annexe VIII). Le secteur agricole fournissait entre 70 et 80 % des emplois (voir Tableau n°14). La croissance de la demande de produits agricoles sur le marché international a stimulé le secteur agricole en Thaïlande. Pour la prospérité de la nation, le Premier ministre Sarit a donné la priorité à l'agriculture, comme l'atteste son discours de 1960<sup>210</sup>:

...Parce que l'agriculture a progressé. L'agriculture peut créer de la richesse. Tout le monde honore de plus en plus les paysans. Les paysans sont la plus importante partie de la Nation, son épine dorsale. Le gouvernement et moi-même avons donné la priorité aux paysans. Le gouvernement a essayé d'améliorer l'irrigation, les transports, la santé publique et le développement des zones rurales pour améliorer la qualité de vie des paysans...

Le riz était le produit principal, représentant environ 50% des productions végétales en valeur. Cependant, en raison de programmes gouvernementaux pour diversifier la production du secteur agricole, la part du riz dans les productions végétales a progressivement décliné. D'autres récoltes comme le manioc, le sucre, le maïs ou le

<sup>209</sup> Source: Bureau des statistiques nationales. Aussi cité par Dixon, Chris, *op. cit.*, 1999, p. 13.

<sup>210</sup> Chatphonrak, Punnee, Sirisuk, Prakaitong & Petchlertanan, Thamrongsak, (trans.), *op. cit.*, 2005, p. 276.



caoutchouc ont été cultivés dans la région du Nord, du Nord-Est et du Sud (voir tableau 15).

	1961-6	1967-71	1972-6	1977-81	1982-6	1987-91
Riz	53,6%	48,0%	41,8%	37,1%	35,8%	31,1%
Manioc	2,8%	3,4%	5,3%	8,6%	8,0%	8,0%
Sucre	1,3%	3,1%	3,8%	3,8%	4,8%	4,8%
Maïs	2,8%	4,6%	4,3%	4,5%	5,4%	4,6%
Caoutchouc	4,5%	5,1%	5,6%	5,9%	6,5%	9,8%
Légumes	6,2%	8,4%	8,7%	9,4%	8,9%	9,0%
Fruits	9,7%	8,7%	7,9%	8,4%	9,0%	10,1%
Orchidées	-	0,1%	0,6%	1,8%	2,5%	2,7%
Noix de coco	2,5%	2,1%	2,1%	1,8%	1,9%	2,1%
Ananas	-	0,7%	2,1%	1,8%	1,9%	2,1%
Autres	16,3%	17,3%	19,8%	16,7%	15,3%	15,8%

Tableau n° 15: Part de récoltes dans les productions végétales à prix constants 1972 de 1961 à 1991<sup>211</sup>.

Pour doubler la production de riz et des autres cultures, le gouvernement a choisi d'étendre les superficies cultivées dans toutes les régions de Thaïlande. Grâce à l'amélioration du transport et de l'irrigation, au plan de développement des zones rurales, la superficie des rizières est passée de 33,8 millions de *rai* en 1950 à 41,5 millions de *rai* (1965), 71,3 millions de *rai* (1975) et 73,9 millions de *rai* (1984). Les superficies cultivées en plantes arbustives sont passées de 4,8 millions de *rai* en 1950 à 9,6 millions de *rai* (1965), 10,4 millions de *rai* (1975) et 20,3 million de *rai* (1991)<sup>212</sup>. Pour améliorer la productivité, le gouvernement a investi dans la recherche de nouvelles semences et dans l'innovation. Il a convaincu les paysans d'adopter de nouvelles technologies, par exemple, l'utilisation d'engrais, d'insecticides, de tracteurs, etc. Le gouvernement a créé la Banque

<sup>211</sup> Dixon, Chris, *op. cit.*, 1999, p. 149. Selon l'INSEE, les prix courants sont les prix tels qu'ils sont indiqués à une période donnée, ils sont dites en valeur nominale. Les prix constants sont les prix en valeur réelle c'est-à-dire corrigés de la variation des prix par rapport à une donnée de base ou de référence (voir le site de l'INSEE: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1086>). Un point avantage de prix constants est ce qu'on peut minimiser l'impact de l'inflation sur les prix. Les prix constantes sont utilisées pour mesurer la croissance réelle d'une série.

<sup>212</sup> Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *op. cit.*, 2002, p. 53.

pour l'Agriculture et les Coopératives Agricoles en 1966 pour distribuer des prêts aux paysans.

Cependant, l'objectif de ces politiques n'a pas été atteint. Les dépenses de recherche étaient faibles par rapport à celles d'autres pays asiatiques. Les prêts au secteur agricole ont augmenté progressivement de 2% du total des crédits en 1974 à 5% (1975) et 13% (1979). Mais les ménages de petits exploitants ne représentaient que 15-20% de ces prêts en 1975<sup>213</sup>. La majorité des prêts a bénéficié aux grandes exploitations. Du fait de l'existence de vastes superficies cultivables en Thaïlande, pour les paysans, l'expansion des superficies cultivées revenait moins cher que l'investissement dans de nouvelles technologies. À cause de l'intervention de l'État, le prix des produits agricoles sur le marché intérieur demeuraient bas, ce qui a découragé les paysans d'investir pour améliorer la productivité. Seules les moyennes et grandes entreprises de l'agro-industrie et les paysans ayant des grandes exploitations ont pu accéder aux nouvelles technologies. La productivité rizicole de la Thaïlande était d'environ 1,3-2 tonnes/hectare, ce qui est faible par rapport aux pays voisins (voir le tableau n° 16).

	1949-51	1959-61	1969-71	1979-81	1991-93
Birmanie	1,4	1,7	1,7	2,6	2,9
Cambodge	0,9	1,0	1,4	0,9	1,2
Chine	2,1	2,1	3,3	4,2	5,7
Inde	1,0	1,4	1,6	1,8	2,6
Indonésie	1,0	1,7	2,3	3,2	4,3
Japon	4,2	4,9	5,4	5,5	5,5
Laos	0,7	0,7	1,3	1,4	2,3
Malaisie	1,5	1,9	2,3	2,8	3,1
Philippines	1,1	1,1	1,5	2,2	2,8
Thaïlande	1,3	1,4	1,9	1,8	2,1
Vietnam	1,3	2,0	2,0	2,7	3,2

Tableau n° 16: Productivité de rizière de la Thaïlande et des pays voisins (T/ha)<sup>214</sup>.

<sup>213</sup> Dixon, Chris, *op. cit.*, 1999, p. 147.

<sup>214</sup> *Ibid.*, p. 156.

Même si l'économie du secteur agricole a progressé, la plupart des paysans restaient toujours pauvres. La majorité des surplus du secteur agricole a été partagé au bénéfice du gouvernement et des intermédiaires (marchands thaïlandais ou sino-thaïs dans les zones rurales, paysans riches ayant de grandes exploitations, moyennes entreprises ayant des moulins à riz, et grandes entreprises agricoles). L'accumulation de la richesse et des capitaux a commencé à apparaître dans les petits groupes ayant bénéficié des politiques gouvernementales de développement. Si le modèle de développement thaïlandais s'inspire du modèle libéral américain, l'État a toujours conservé un pouvoir d'intervention sur le marché. Le ministère du Commerce a monopolisé l'exportation de riz jusqu'en 1954. L'objectif des politiques gouvernementales a été de baisser les prix intérieurs des produits alimentaires afin de contrôler l'inflation, d'augmenter les taxes sur l'exportation de riz et de promouvoir l'industrialisation. Après que le ministère du Commerce ait renoncé à son monopole sur le commerce du riz en 1954, les commerçants privés ont été autorisés à exporter du riz, mais ils ont dû payer une prime pour obtenir une licence d'exportation et 5% des exportations en volume ont été également prélevées par le ministère des Finances. Le gouvernement a fixé des quotas d'exportation du riz. De plus, les exportateurs de riz ont été obligés de vendre une proportion fixe de riz au gouvernement au-dessous du prix du marché<sup>215</sup>. Du fait des interventions gouvernementales, le prix intérieur du riz a baissé d'environ 43% sur le marché international dans la période 1975-1979, et de 34% dans la période 1980-1984<sup>216</sup>. De ce fait, les paysans se sont endettés et ont perdu une partie de leurs terres cultivables et de leurs capitaux. Le pourcentage des ménages de paysans ayant une exploitation inférieure à 20 *rai* est passé de 54,6 en 1978 à 59,2 en 1993. Par contre, le pourcentage des ménages de paysans ayant une exploitation comprise entre 20 et 139 *rai* a diminué, de 45 % en 1978 à 40,5% en 1993<sup>217</sup>. La perte de terres cultivables a été la cause principale de la migration des travailleurs du secteur agricole vers le secteur industriel à Bangkok dans les décennies suivantes.

Pour le secteur industriel, le gouvernement a choisi une politique d'industrialisation par substitution aux importations (ISI) pour compenser la pénurie des biens de consommation et promouvoir l'indépendance économique de la Thaïlande. Un système de tarifs

---

<sup>215</sup> Choeun, Hong, Godo, Yoshihisa & Hayami, Yujiro, « The economics and politics of rice export taxation in Thailand: A historical simulation analysis, 1950-1985 », *Journal of Asian Economics*, vol. 17, 2006, p. 106.

<sup>216</sup> Krueger, Anne O., Schiff, Maurice & Valdés, Alberto, « Agriculture incentives in developing countries: measuring the effect of sectoral and economy wide policies », *World Bank Economic Review*, vol. 2, no 3, 1988, p.262.

<sup>217</sup> Dixon, Chris, *op. cit.*, 1999, p. 185.

différentiels fut établi pour soutenir l'ISI. Une taxe à l'importation élevée a été appliquée sur les biens de consommation et les biens intermédiaires qui pouvaient être produits localement, et faible sur les autres biens intermédiaires et les biens d'équipement. Pour la stabilité financière des entreprises, le gouvernement a utilisé la réglementation bancaire pour promouvoir les banques locales. Il a soutenu l'expansion de banques thaïlandaises dirigées par des grandes familles sino-thaïes et des généraux. Grâce à la promotion du BOI, 350 projets d'investissements ont été approuvés et 66,7 % du capital approuvé a bénéficié aux entreprises thaïlandaises. L'industrie textile, l'agro-industrie, les entreprises d'assemblage automobile et d'électronique ont bénéficié des politiques d'ISI. Pour l'expansion du secteur industriel, l'éducation des citoyens est nécessaire. Le gouvernement a donc instauré le droit à l'éducation en rendant l'éducation primaire obligatoire depuis les années 1960. Le taux de scolarisation à l'école primaire a est passé à 83% et le taux d'alphabétisation a atteint 69%. Cependant, les politiques d'éducation se sont uniquement concentrées sur l'éducation primaire. Le taux de scolarisation à l'école secondaire n'était que de 17% pendant des années 1970. De plus, il y a eu une allocation des ressources en matière d'éducation largement inégalitaire, rendant difficile l'accès aux écoles secondaires dans les zones rurales. Cette politique d'éducation incomplète a créé des difficultés en matière d'industrialisation dans les décennies suivantes.

## **2. L'élaboration de politiques de développement pour lutter contre le communisme (1973-1979)**

### ***2.1 L'écart du niveau de développement entre les zones urbaines et les zones rurales et l'insurrection communiste***

Après la mort de Sarit, le gouvernement militaire du maréchal Thanom Kittikachorn (1963-1973) a suivi la même orientation que les politiques de Sarit. La triple alliance de l'armée, de la bureaucratie et de l'entreprise a continué à dominer l'économie de la Thaïlande. Les aides économiques et militaires de l'armée américaine ont été cruciales. Suivant les avis des technocrates, le gouvernement a continué à promouvoir les exportations agricoles et à protéger l'industrie nationale. Cependant, l'économie thaïlandaise, qui a intégré le marché international, a révélé sa fragilité. La richesse et les capitaux se sont accumulés à Bangkok et les inégalités entre Bangkok et les autres provinces se sont accrues.

En 1970, le produit provincial brut (PPB) par tête dans la province la plus pauvre, Sisaket qui est une province de la région du Nord-Est, était de 1.153 bahts. Celui de la province la plus riche, Phuket, une île touristique de la région du Sud, était de 23.482 bahts, soit 20 fois plus élevé que celui de Sisaket. Celui de Bangkok était de 12.838 bahts. Le PPB moyen dans les provinces dont le PPB était inférieur à 4.000 bahts était de 1.747 bahts; celui dans les provinces dont le PPB était compris entre 4.000 et 5.999 bahts était de 2.485 bahts; celui des provinces dont le PPB était compris entre 6.000 et 7.999 bahts était de 3.500 bahts; celui des provinces dont le PPB était de 8.000 à 9.999 bahts était en moyenne de 4.097 bahts et celui des provinces dont le PPB était supérieur à 10.000 a été 9.893 bahts. En 1976, même si le PPB de toutes les provinces a augmenté, l'écart de richesse était toujours fort entre les provinces pauvres et les provinces riches. Le PPB moyen des provinces dont le PPB était inférieur à 4.000 bahts était 3.119 bahts; celui des provinces dont le PPB était compris entre 4.000 à 5.999 bahts était 4.869 bahts; celui des provinces dont le PPB était compris entre 6.000 à 7.999 bahts était 6.741 bahts ; celui les provinces dont le PPB était compris entre 8.000 à 9.999 bahts était 8.587 bahts; celui des provinces dont le PPB était supérieur à 10.000 était 22.073 bahts et celui de Bangkok a été 19.154 bahts. Il faut remarquer que la majorité des habitants dans les provinces pauvres travaillait dans le secteur agricole. Le pourcentage de ménages dans le secteur agricole était de 78,2% dans les provinces dont le PPB moyen était inférieur à 4.000 bahts ; 69,9% dans les provinces dont le PPB était compris entre 4.000 à 5.999 bahts; 61,6% dans les provinces dont le PPB était compris entre 6.000 à 7.999 bahts; 57,7% dans les provinces dont le PPB a été de 8.000 à 9.999 bahts; 41,2% dans les provinces dont le PPB était supérieur à 10.000 et seulement 6,5% à Bangkok <sup>218</sup>.

La Thaïlande a fait face à des crises politiques et économiques pendant les années 1970: l'insurrection communiste<sup>219</sup> et la crise du pétrole. Au plan interne, les activités du Parti

---

<sup>218</sup> Meesuk, Oey Astra, *A Study of Disparities in Income and Social Services Across Provinces in Thailand*, Research report series, University of Thammasat, Bangkok, 1978, p. 15.

<sup>219</sup> Le parti communiste thaïlandais a été fondé en 1940 grâce à l'aide de Ho Chi Minh, un agent de l'Internationale communiste. Le parti était petit et clandestin avec peu de soutien. Il y avait beaucoup de membres qui étaient sino-thaïlandais. En 1952, le parti a annoncé la lutte armée. Un groupe de 50 communistes thaïlandais a voyagé à Pékin où ils ont reçu une formation sur l'idéologie et la propagande. Les régions du Nord et Nord-est étaient lointaines du pouvoir du gouvernement central, à côté de pays voisins et dont la population était la plus pauvre. Elles étaient le territoire ciblé de la propagande communiste. Des années de 1960, le soutien populaire du parti s'est accru. Beaucoup de jeunes thaïlandais ont rejoint le parti. En 1961, le parti a commencé la guerre de guérilla à la frontière entre le Laos et la Thaïlande. Le 7 août 1965 est le jour où le parti a utilisé des armes pour attaquer les forces gouvernementales thaïlandaises pour la première fois. L'Armée populaire de libération de Thaïlande est fondée à Nakhon Phanom pour se battre avec le gouvernement thaïlandais pour 20 ans. L'influence du parti s'étendit à beaucoup de provinces telles que,

communiste thaïlandais se sont étendues dans les zones rurales de la région du Nord et du Nord-Est. Le Parti a choisi la stratégie de la révolution dans les zones rurales et a établi des bastions aux frontières de la Thaïlande, du Laos<sup>220</sup> et de la Birmanie. L'échec du capitalisme, c'est-à-dire les inégalités sociales et l'écart du niveau de développement entre Bangkok et les zones rurales, était le principal sujet de propagande du Parti communiste. L'industrialisation agricole avait enrichi des hommes d'affaires mais appauvri les paysans. Ces derniers manifestaient, notamment dans la région du Nord et du Nord-Est, à cause de l'endettement et de la perte de terrain cultivé.

Pour lutter contre le communisme, le gouvernement militaire a promu le développement et l'amélioration de la qualité de vie des citoyens. Des subventions gouvernementales ont été transférées aux zones rurales pour construire des routes et des infrastructures. Le gouvernement croyait que les citoyens lui seraient fidèles si la qualité de leur vie était meilleure. Cependant, le gouvernement a également pris des mesures militaires pour lutter le communisme. Le Commandement opérationnel pour la suppression du communisme (Communist Suppression Operations Command) a été instauré en 1965 avec le soutien des États-Unis. Il a élaboré des stratégies pour lutter contre le communisme, comme la propagande dans les villes sous influence du Parti communiste thaïlandais. Par conséquent, de nombreux incidents violents, tels que la torture des suspects, des viols, des bombardements, se sont déroulés dans des villes des régions du Nord et Nord-Est. Du fait de ces incidents violents et des politiques de développement inappropriées, le Parti communiste thaïlandais a été soutenu par les villageois. Le nombre de guérilleros actifs est

---

Chiangrai, Nan, Uttaradit, Pitsanulok, Loey, Nong Khai, Udonthani, Sakhon Nakorn, Kalasin, Roi et, Yasothon, Ubon, Srisaket, Surin, Buriram. Des années de 1980, du fait que les conflits entre les membres du parti, le changement politique internationale entre pays communistes, le succès des opérations militaires contre l'insurrection communiste, l'influence du parti était en déclin. Des restes du parti ont arrêtés en 1987. (voir *The Communist Insurgency in Thailand*, CIA Report.)

<sup>220</sup> Selon Osornprasop, les opérations militaires les plus importantes que la Thaïlande a faite à l'anti-communiste étaient les opérations au Laos dont l'objectif était de préserver le Gouvernement Royal Lao. Parce que, premièrement, le Laos est devenu un État tampon entre la Thaïlande et d'autres pays communistes. Deuxièmement, la culture, la langue, la religion et l'éthnicité des Laos sont presque pareilles celles des Thaïlandais dans la région du Nord-est. Le gouvernement thaïlandais devait se rendre compte que les Thaïlandais dans cette région ne s'identifiaient pas eux-mêmes en tant que Thaïs. Il était probable que ces personnes soutinssent le CPT et le *Prathet Lao*. Finalement, pendant la première guerre d'Indochine, des milliers de Vietnamiens ont fui à la région du Nord-est de la Thaïlande. À la fin de la guerre, il y avait plus de 40 000 réfugiés vietnamiens en Thaïlande. La plupart d'entre eux étaient sympathiques au Viet Minh et il ne fait aucun doute que beaucoup d'entre eux étaient des espions du Viet Minh. Les opérations militaires du gouvernement thaïlandais au Laos ont été mises en fin en 1973 en raison de la grande manifestation contre le gouvernement militaire du mois octobre et l'émergence du gouvernement civile en 1973. Le royaume du Laos a finalement succombé au communisme en décembre 1975. Voir Osornprasop, Sutayut, «Amidst the Heat of the Cold War in Asia: Thailand and the America Secret War in Indochina (1960-74) », *Cold War History*, vol.7, N°3, 2007, pp.349-371.

passé de 2.000 en 1972 à 8.000 en 1974, et 412 villages étaient alors sous leur contrôle du parti, soit environ 4 millions de villageois<sup>221</sup>.

L'influence économique du Japon en Thaïlande était de plus en plus forte. Les investissements nets du Japon sont passés de 26,4 % en 1970 à 31,7% en 1975 des IDE en Thaïlande. Du fait de l'augmentation des salaires et de la pénurie de travailleurs au Japon, les entreprises japonaises ont délocalisé leurs bases de production. Pour contourner les accords limitant les exportations, elles ont choisi la délocalisation en Thaïlande où les salaires étaient plus bas. De plus, la législation sur la pollution n'était pas sévère en Thaïlande. Les entreprises japonaises ont investi dans les industries textile et automobile. Dix-sept entreprises japonaises et entreprises conjointes nippo-thaïlandaises ont commencé à produire des fibres, filature et tissage. En 1978, la moitié des exportations de textile provenait des co-entreprises nippo-thaïlandaises<sup>222</sup>. Même si l'industrialisation, le développement et la croissance économique en Thaïlande étaient rapides, les conditions de vie des travailleurs étaient toujours mauvaises. Alors qu'il y avait une insurrection dans les zones rurales, l'insatisfaction envers le gouvernement augmentait progressivement à Bangkok. Les manifestants ouvriers demandaient l'amélioration des conditions de travail, l'augmentation du salaire et le licenciement avec indemnisation. Selon un rapport du département de travail, le nombre de manifestations est passé de 34 en 1972 à 501 en 1973, à 357 en 1974, à 241 en 1975 et à 133 en 1976. Grâce à la pression de l'Organisation Internationale du Travail, le gouvernement a édicté un Code du travail en 1972, autorisant notamment les associations de travailleurs. De 1973 à 1976, les travailleurs de l'industrie textile ont organisé plusieurs manifestations.

Grâce à l'amélioration de l'accès à l'éducation, le nombre d'étudiants a été multiplié par 6, en passant de 15.000 en 1961 à 100.000 en 1972. Les étudiants ont de plus en plus participé aux activités politiques. Ils ont critiqué le modèle de développement de la Thaïlande, l'influence des États-Unis sur l'économie et la politique, l'influence du Japon sur l'économie, la corruption de l'administration d'État. Ils ont aussi demandé une Constitution démocratique pour remplacer l'autorité du gouvernement militaire. Par ailleurs, la condition misérable des travailleurs a attiré la sympathie de certains étudiants qui ont participé aux mouvements ouvriers. En octobre 1973 il s'est déroulé une importante manifestation des étudiants. Le gouvernement militaire a engagé une répression qui a

---

<sup>221</sup> Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *op. cit.*, 2002, p. 312.

<sup>222</sup> Doner, Richard F., *The Politics of Uneven Development*, Cambridge University Press, 2009, p.187.

conduit à la mort de plus de cent étudiants. Les troubles ont été dissipés par l'intervention du roi Rama IX. Le Roi a demandé aux étudiants d'arrêter la manifestation et au Premier ministre, le maréchal Thanom, de quitter la Thaïlande. Cette intervention a prouvé le charisme et l'influence du roi dans la politique thaïlandaise. Le gouvernement militaire a été dissout. Le Roi a nommé Sanya Thammasak, ex-doyen de l'université de Thammasat, professeur de droit, comme Premier ministre du nouveau gouvernement civil. En outre, le Roi a nommé les 2.436 membres de la Convention Nationale, puis 299 membres de la Convention Nationale ont été élus pour former la nouvelle Assemblée nationale. La majorité des membres de cette Assemblée nationale étaient des fonctionnaires civils, des professionnels du secteur privé et des hommes d'affaires.

## ***2.2 Le changement des politiques de développement des zones rurales***

Pendant les gouvernements civils (1974-1976), les politiques de développement ont changé. Le plan de développement national a inclut le développement social. D'ailleurs, le NEDB est devenu le Conseil national de développement économique et social (National Economic and Social Development Board-NESDB). Le changement de son intitulé par ajout des termes « développement social » montre que les technocrates ont commencé à s'intéresser aux questions sociales. L'objectif du troisième plan national (1971-1976) était de promouvoir le secteur industriel et la croissance économique, mais aussi de résoudre les inégalités entre Bangkok et les autres provinces. Le programme national « pour développer la communauté » a été lancé. En 1975, le gouvernement de Kukrit Pramoj a proposé plusieurs mesures en faveur du bien-être des plus pauvres, par exemple, l'augmentation du salaire minimum, l'augmentation du prix de vente du riz par les agriculteurs, la fourniture de services de santé et le transport public gratuit pour les pauvres, la construction de logements publics et la création de fonds pour le développement rural. Un budget de 125 millions de dollars a été transféré à l'administration locale pour renforcer les infrastructures. Le quatrième plan (1977-1981) avait pour objectif de promouvoir la production dans les zones rurales et la justice sociale. Plusieurs projets ont été lancés pour fournir des services sociaux dans les zones rurales, par exemple un programme de réforme agraire, la fourniture de services de santé et d'éducation, etc. Les dépenses gouvernementales par tête dans les provinces ont été augmentées. En 1970, celles dans les provinces dont le PPB moyen était inférieur à 4.000 bahts étaient de 196 bahts; 275 bahts dans les provinces dont le PPB était compris entre 4.000 et 5.999 bahts; 317 bahts dans les



provinces dont le PPB était compris entre 6.000 et 7.999 bahts; 412 bahts dans les provinces dont le PPB était compris entre 8.000 et 9.999 bahts et 324 bahts dans les provinces dont le PPB était supérieur à 10.000 bahts. En 1976, celles des provinces dont le PPB moyen était inférieur à 4.000 bahts étaient de 565 bahts; 712 bahts dans les provinces dont le PPB était compris entre 4.000 et 5.999 bahts; 869 bahts dans les provinces dont le PPB était compris entre 6.000 et 7.999 bahts; 1.119 bahts dans les provinces dont le PPB a été compris entre 8.000 et 9.999 bahts et 929 bahts dans les provinces dont le PPB était supérieur à 10.000<sup>223</sup>. Même si le gouvernement a augmenté les dépenses des provinces pauvres, il faut remarquer que ces augmentations ont été deux fois moindres que celles des provinces riches.

Cependant, les objectifs de ces plans n'ont pas été atteints. Dans la seconde moitié des années 1970, le contexte international a influé sur l'économie et la politique de la Thaïlande et a conduit à une pénurie de moyens pour le développement rural. En premier lieu, la hausse des prix pétroliers en 1973-75 a pénalisé l'économie thaïlandaise qui dépendait beaucoup des importations de pétrole. Le taux d'inflation est passé de 4,8% en 1972 à 15,6% en 1973 et 24,3% en 1974. De 1972 à 1974 la part du pétrole et des produits pétroliers est passée de 9% à 19% des importations de marchandises. Le déficit de la balance des paiements courants a atteint environ 426 millions de dollars, soit 3,9% du PIB<sup>224</sup>. Pour contrôler l'inflation, le gouvernement a subventionné le prix des produits pétroliers, ce qui a conduit à un déficit budgétaire. Le taux d'inflation a ainsi baissé à 5,3% (1975). Mais le déficit de la balance des paiements courants a été multiplié par 7 en valeur relative, de 0,7% du PIB (1974) à 5,1% (1975). En second lieu, le retrait de l'armée américaine d'Indochine en 1975 a signifié que l'aide militaire américaine a baissé. L'armée a dû trouver d'autres sources de financement. Les investissements américains sont passés de 39,9 % des IDE en Thaïlande sur les années 1970-1975 à 24,9% en 1976-1980<sup>225</sup>.

La Thaïlande se retrouvant sur la ligne de front face au communisme, l'incertitude politique dans la seconde moitié des années 1970 a affecté négativement les investissements étrangers et nationaux. Sur le plan intérieur, le gouvernement civil n'interdisait pas les manifestations et promouvait la démocratie et la liberté d'expression, y compris celle des communistes. De nombreux textes marxistes ont été diffusés parmi les

<sup>223</sup> Meesuk, Oey Astra, *op. cit.*, 1978, p. 15.

<sup>224</sup> Warr, Peter G. & Nidhiprabha, Bhanupong, *op. cit.*, 1996, p. 105.

<sup>225</sup> Dixon, Chris, *op. cit.*, 1999, p. 106.

étudiants. Par conséquent, sur la période 1974-1976, il y a eu de nombreuses manifestations d'étudiants, d'ouvriers et de paysans qui ont critiqué l'impérialisme économique du Japon et des États-Unis en Thaïlande et les inégalités sociales. Sur le plan international, le gouvernement civil a ouvert des relations diplomatiques avec la Chine. En outre, la conquête communiste au Vietnam en 1975 a troublé la stabilité politique en Thaïlande, qui a abrité un nombre considérable de réfugiés à la frontière. Les informations sur les horreurs du communisme se sont diffusées largement dans la société thaïlandaise, notamment à Bangkok. Les rumeurs selon lesquelles le Parti communiste thaïlandais souhaitait attaquer l'armée à Bangkok se sont répandues.

Même si le gouvernement militaire avait chuté, le pouvoir politique de l'armée restait fort. Après 1973, le Commandement Opérationnel pour la Sécurité Interne (Internal Security Operation Command-ISOC) qui a été la principale organisation de planification des stratégies de lutte contre le communisme, et a préparé le retour au pouvoir du gouvernement militaire. À la fin de l'année 1974, il y avait un signe que les États-Unis, l'armée et les groupes d'intérêts commerciaux collaboraient pour saper le gouvernement civil. Des milices d'extrême droite, tels que le groupe *Krathing Daeng* (le gaur rouge), le groupe de Nawapon et le groupe de Village Scouts ont été financés par diverses sources pour attaquer violemment les manifestations des étudiants et des salariés<sup>226</sup>. Beaucoup d'étudiants, de paysans et de dirigeants syndicaux ont été tués. En septembre 1976, Thanom est retourné en Thaïlande avec la permission du roi Rama IX. En octobre, des étudiants ont fait une grande manifestation à l'université Thammasat contre le retour de Thanom. Le 6 octobre 1976, les groupes d'extrême-droite, comme les *Krathing Daeng*, *Nawapon*, et *Village Scouts*, ainsi que la police ont attaqué les étudiants à Thammasat. 46 étudiants ont été tués, 145 étudiants blessés et 3.059 étudiants arrêtés. L'armée a fait un coup d'État dans la soirée et a formé une junte qui a gouverné le pays de 1976 à 1979.

La priorité du gouvernement militaire était la sécurité nationale. Pour faire des économies dans le budget gouvernemental, plusieurs programmes de bien-être social engagés par le gouvernement civil ont donc été abandonnés, par exemple, la fourniture de services de santé et le transport public gratuit pour les pauvres, et le programme de développement des zones rurales, etc. Le budget du ministère de la Défense est passé de 9.823 millions de bahts pour l'année budgétaire 1976 à 15.213 millions de bahts pour

---

<sup>226</sup> *Ibid.*, p.97.

1978. Par contre, celui du ministère de l'Éducation est passé seulement de 4.204 millions de bahts (1976) à 5.775 millions de bahts (1978); et celui du ministère de la Santé publique de 2.725 millions de bahts (1976) à 3.408 millions de bahts (1978)<sup>227</sup>. La junte a recruté des technocrates qui ont collaboré à la planification des politiques de développement. Du fait du deuxième choc pétrolier (1978-80), les technocrates ont changé le modèle de développement. Le gouvernement a augmenté les investissements destinés à sécuriser l'approvisionnement en énergie. Des raffineries de pétrole et des gazoducs ont été construits. Par conséquent, les crédits au secteur public sont passés de 29 millions de dollars (1970-1974) à 559 millions de dollars (1975-1979). En 1979, le second choc pétrolier a fortement perturbé l'économie thaïlandaise : le taux d'inflation a augmenté de 9,9% (1979) à 19,7% (1980) et 12,7% (1981). Le déficit du solde du compte courant s'est accru, de 1,5% du PIB (1978) à 7,7% (1979), 6,2% (1980) et 7,1% (1981). La dette totale est passée de 18,5% du PNB (1978) à 20,2 % (1979), 25,7% (1980), 31,0% (1981)<sup>228</sup>.

Selon les technocrates, les politiques économiques dépendant fortement de l'exportation de produits agricoles et de matières premières avaient trouvé leurs limites. La croissance du PIB a été divisée par 2 : de 10,4% en 1978 à 5,3% en 1979 et 4,9% en 1980. La demande de produits thaïlandais et les prix des produits agricoles sur le marché international ont baissé. Le poids du secteur agricole dans le PIB a baissé, de 30,4% en 1975 à 23,2% en 1980, au profit du secteur industriel, passé de 17,2% du PIB en 1975 à 21,3% en 1980 (voir graphique n°14). Grâce au soutien du gouvernement, l'industrie agro-alimentaire, l'industrie textile, l'industrie automobile et d'autres industries, comme le verre, le ciment, le papier, la métallurgie ont progressé. En outre, la politique de diversification du secteur agricole a commencé à porter ses fruits. Le riz n'était plus la seule culture commerciale. Grâce au progrès de l'agro-industrie et de l'industrie automobile, et à l'augmentation de demande du marché international, le manioc et le caoutchouc sont devenus de nouvelles cultures commerciales. La part de ces deux cultures est passée de 8,5% du produit agricole sur la période 1967-71 à 15,5% sur 1976-81 (voir tableau n°18). La production de fils de coton a augmenté, de 731.520 m en 1966 à 2.743.200 m en 1979, et celles des tissus de coton, de 400.000 m<sup>2</sup> en 1966 à 5,5 millions m<sup>2</sup> en 1979<sup>229</sup>. La Thaïlande a donc eu besoin d'un nouveau modèle de développement pour les décennies suivantes.

<sup>227</sup> Source: Bureau du budget.

<sup>228</sup> Warr, Peter G. & Nidhiprabha, Bhanupong, *op. cit.*, 1996, p. 43.

<sup>229</sup> Doner, Richard F., *op. cit.*, 2009, p. 183.

### **3. La promotion des exportations, la libéralisation du marché et la mondialisation (1980-1996)**

#### ***3.1 La promotion des exportations et la libéralisation du marché et du secteur financier***

En 1979 et 1980, le gouvernement militaire a engagé des politiques d'austérité pour réduire le déficit de la balance des paiements. Il a supprimé les subventions aux produits pétroliers. Par conséquent, les prix pétroliers ont augmenté de façon spectaculaire. Les Thaïlandais étaient insatisfaits et ont manifesté publiquement, entraînant la démission du Premier ministre, le général Kriangsak Chamanan, le 3 mars 1980. Le général Prem Tinsulanonda, qui avait une forte influence sur l'armée, les partis politiques et une bonne relation avec le Palais, a été nommé Premier ministre. Le nouveau gouvernement a demandé encore trois prêts à la Banque mondiale et au FMI, respectivement de 542 millions de dollars, 325 millions de dollars et 610 millions de dollars pour combler le déficit de la balance des paiements. En échange, la Banque mondiale a fait pression sur la Thaïlande pour qu'elle libéralise son marché intérieur et réduise la protection du secteur industriel, en s'engageant dans une réforme de la politique budgétaire et monétaire, des douanes, dans la privatisation des entreprises d'État, la réduction des interventions de l'État et des dépenses gouvernementales, la réforme des institutions de développement et de la politique énergétique.

Le NESDB a planifié le cinquième plan national (1982-1986) dont les deux objectifs principaux ont été : premièrement, une réforme structurelle destinée à stabiliser la croissance économique et à améliorer l'efficacité de la production ; deuxièmement, la réduction des inégalités et le développement rural et social. En termes de réforme structurelle, le gouvernement a progressivement supprimé les subventions au pétrole et aux transports. Il a commencé à privatiser des entreprises d'État, à réduire les taxes à l'importation. Le gouvernement a porté attention au déficit budgétaire, aux dépenses gouvernementales et à la stabilité financière. Pour le deuxième objectif, le gouvernement a commencé à décentraliser. Il a lancé des programmes de développement pour cinq grandes villes: Chiang Mai dans la région du Nord, Khon Kaen et Nakhon Ratchasima dans la région du Nord-Est, Hat Yai et Songkhla dans la région du Sud. Les budgets locaux ont augmenté de 50% pour créer des infrastructures et attirer les investissements du secteur privé. Le gouvernement a établi de nouvelles zones industrielles et des ports sur la côte est pour promouvoir les exportations. Cependant, seul l'objectif de croissance économique a

été réalisé avec 5,5 % de croissance moyenne du PIB dans les années 1980-1984, et 9,5% dans les années 1985-1989. Les inégalités de revenu étaient toujours un grand problème social. Le sixième plan (1987-1991) a poursuivi les objectifs du cinquième plan. Selon le plan, le rôle du gouvernement s'est limité à celui de conseiller, soutien et facilitateur pour accroître la participation du secteur privé au développement. Le gouvernement a réduit ses interventions et dépenses. L'économie s'est basée de plus en plus sur le marché. Plusieurs projets de construction d'infrastructures ont été menés par le secteur privé. Le septième plan (1992-1996) est le premier plan prenant en compte le développement du capital humain. Le développement du capital humain ferait d'une pierre deux coups: d'une part, le capital humain est important pour améliorer les compétences de la Thaïlande dans le contexte de la mondialisation, d'autre part l'amélioration du capital humain permet de promouvoir l'égalité des chances et de réduire les disparités entre Bangkok et les autres provinces. Pour améliorer le capital humain, le gouvernement a fait passer l'éducation obligatoire de 6 à 9 ans. Il a encouragé le secteur privé à participer aux programmes d'éducation, de santé publique et de formation des ressources humaines. Le gouvernement s'est engagé à assurer des services de soins primaires pour tous. Il devait renforcer certains programmes de bien-être social, par exemple, aides sociales pour les pauvres, les personnes âgées et les personnes handicapées.

Inspiré par le modèle de développement du Japon, les technocrates ont proposé des politiques pour promouvoir les exportations en remplacement de l'ISI. L'alliance entre les chambres de commerce, les entreprises et les banques a fait pression sur le gouvernement pour lancer des mesures de promotion des exportations. En 1984, le gouvernement a dévalué le baht de 14,7% et fixé la valeur de celui-ci à 25 bahts pour un dollar à partir de 1986. En 1985, le gouvernement a réduit les taxes à l'importation sur les biens de production des sociétés exportatrices, et a aboli plusieurs taxes à l'exportation. La banque de Thaïlande a proposé plusieurs crédits aux exportateurs. En 1986, la taxe sur le chiffre d'affaires a été révisée afin de réduire son impact négatif sur le coût de la main-d'œuvre. Le BOI a proposé des mesures pour attirer les investissements directs étrangers, en autorisant 100% de participation étrangère. Les entreprises étrangères qui atteignaient un haut niveau d'exportation pouvaient bénéficier d'importantes exemptions fiscales et tarifaires. Le ministère du Commerce a créé le département de la promotion des exportations, pour organiser des foires et des contacts entre les acheteurs étrangers et les entrepreneurs thaïlandais. De plus, le gouvernement du général Chatchai Choonhavan (1988-1991) a

amélioré les relations diplomatiques entre la Thaïlande et les pays voisins ce qui a permis de renforcer le commerce international.

Du fait des politiques gouvernementales, la structure de l'économie thaïlandaise s'est transformée. Depuis 1980, l'industrie et les services sont les deux premiers secteurs du PIB. La part de l'industrie est passée de 31% du PIB en 1980, à 34% en 1985 et 41% en 1994, celle des services, de 45,8% en 1980, à 49% en 1985 et 50% du PIB en 1993. Les politiques de promotion des exportations ont réussi. La valeur moyenne des exportations est passée de 166 milliards de bahts par an dans les années 1981-1985 à 2092 milliards de bahts dans les années 1996-2000, soit un décuplement en quinze ans. Cependant, la structure des exportations a changé. La part des exportations de produits agricoles a progressivement diminué : 44% (1981-1985), 23,9% (1986-1990), 12,6% (1991-1995), 9,0% (1996-2000). À l'inverse, les exportations des produits à forte valeur ajoutée, des produits des industries exploitant des ressources naturelles locales (textiles, jouets, bois, bijoux, cuir, aliments en conserve, fruits de mer surgelés) et des produits à plus fort contenu technologique (composants automobiles, appareils électriques et électroniques) ont augmenté (voir tableau n° 17 et 18).

	Croissance du PIB (%)	Croissance des exportations (%)	Croissance des importations (%)	FBCF (% du PIB)
1980	4,6	27,0	23,2	29,1
1981	5,9	14,1	14,3	29,7
1982	5,4	6,0	-9,6	26,5
1983	5,6	-4,6	20,1	30,0
1984	5,8	14,1	3,8	29,5
1985	4,6	10,5	4,6	28,2
1986	5,5	20,7	-3,0	25,9
1987	9,5	28,8	39,0	27,9
1988	13,3	33,9	46,1	32,6
1989	12,2	27,7	29,8	35,1
1990	11,2	14,4	28,5	41,4
1991	8,6	22,5	12,6	42,8

Tableau n° 17: Croissance du PIB, des exportations et importations, et de la FBCF de 1980 à 1991<sup>230</sup>.

<sup>230</sup> Source: Bank of Thailand. La croissance du PIB réel, la croissance de l'exportation et l'IIB sont aussi cités par Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *op. cit.*, 2002, p. 157. La croissance de l'importation est aussi citée par Warr, Peter G. & Nidhiprabha, Bhanupong, *op. cit.*, 1996, p. 43.

% exportations	1981-5	1986-90	1991-5	1996-2000
Produits agricoles	44,0	23,9	12,6	9,0
Matières premières	9,9	15,5	13,3	11,6
Produits à forte valeur ajoutée	15,7	27,8	25,9	16,7
Produits en cours (%)	-	3,0	6,3	9,4
Produits technologiques	7,0	17,9	33,6	44,8
Autres	4,1	12,3	24,2	34,4
Moyenne annuelle (milliards de baht)	166	409	1006	2092
Taux de croissance	6,0	25,0	19,0	14,6
% du PIB	18,1	25,4	30,8	44,5

Importations (%)	1981-5	1986-90	1991-5	1996-2000
Biens de consommation	9,2	8,6	10,0	10,8
Matières premières et produits intermédiaires	28,2	35,0	30,4	26,8
Biens d'équipement (%)	28,3	36,8	43,4	47,9
Autres (%)	34,3	19,6	16,2	14,5
Moyenne annuelle (milliards de baht)	229	519	1258	1986
Taux de croissance)	3,8	27,4	15,9	7,2
% du PIB	25,1	32,3	38,5	42,3

Tableau n° 18: exportations et importations de 1981 à 2000<sup>231</sup>

<sup>231</sup> Source : Bank of Thailand. Aussi cité par par Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *op. cit.*, 2002, p. 164.

La stabilité politique pendant le gouvernement de Prem a attiré les investissements des pays étrangers comme le Japon et des pays nouvellement industrialisés comme la Corée du Sud, Taiwan et Hong Kong. Les flux de capitaux étrangers sont passés de 2% du PIB en 1987 à 8% en 1989 puis 12% en 1991. Les investissements en Thaïlande ont augmenté de façon spectaculaire ; la formation brute de capital fixe (FBCF) est passée de 29,1% du PIB en 1980 à 41,4% en 1990. Les flux de capitaux étrangers représentent environ 24% des investissements totaux. Les investissements sont passés du textile dans les années 1970 à l'assemblage automobile dans les années 1980, puis à l'électronique et l'informatique dans les années 1990. Les firmes locales se sont développées fortement dans l'industrie agro-alimentaire. Les importations ont également augmenté de 229 milliards de bahts par an dans les années 1981-1985 à 986 milliards de bahts dans les années 1996-2000. Grâce à la réduction des taxes à l'importation, les biens intermédiaires, les matières premières et les biens d'équipement ont constitué la majeure partie des importations. Dans les années 1986-1990, les importations de biens intermédiaires et de matières premières représentaient 35% des importations, et les biens d'équipements, 36,8%. Dans les années 1991-1995, les biens intermédiaires et les matières premières représentaient 30,4% des importations, et les biens d'équipement, 43,4%. Cela signifie que l'industrie thaïlandaise n'avait pas amélioré ses technologies de production et restait fortement dépendante de l'importation de biens d'équipement.

Dans les services, le gouvernement a encouragé le tourisme et l'exportation de main d'œuvre. Le nombre de touristes est passé de 485.366 en 1970 à 850.459 à 1975 et 1.348.919 en 1980<sup>232</sup>. Le tourisme et le secteur des services sont les secteurs les plus importants pour la Thaïlande. Depuis 1982 le nombre d'arrivées annuelles de touristes est de 5 millions. Le revenu du tourisme est de 150 milliards de bahts, soit l'équivalent de 12% des exportations. Le ministère du Travail collabore avec des agences privées pour les exportations de main d'œuvre. Le déclin des emplois agricoles a été important, notamment dans les régions du Nord-Est et du Nord, où des agriculteurs ont décidé de quitter leur activité pour aller travailler dans des pays étrangers. Les pays du Moyen-Orient sont leur destination principale. Les transferts de fonds des travailleurs thaïlandais à l'étranger sont passés de 1,2% du PIB en 1980 à 1,8% en 1986. Le nombre de travailleurs thaïlandais à

---

<sup>232</sup> Dixon, Chris, *op. cit*, 1999, p. 108.



l'étranger est passé de 61.056 personnes en 1990 à 137.950 en 1993, puis à 202.296 en 1995.

Du fait de la libéralisation du marché, de la libéralisation financière et de la mondialisation, les exportations et la croissance économique thaïlandaises se sont renforcées. La croissance du PIB réel a été de plus de 10% en moyenne dans les années 1987-1991. Avec la pression de la Banque mondiale et du FMI, l'idée de la libéralisation financière s'est répandue depuis la fin de la décennie 1980. Les technocrates thaïlandais l'ont adoptée, critiquant une protection du système financier qui limitait la croissance économique, rendait difficile l'accès aux capitaux et décourageait les investissements du secteur privé. La libéralisation du marché peut réduire les coûts de production et les prix des biens ce qui maximise le bien-être social. Plusieurs politiques de libéralisation financière, par exemple l'abolition du contrôle des changes, ont été suivies par les gouvernements de Chatchai Choonhavan (1988-91), d'Anand Panyarachun (1991-92) et de Chuan Leekpai (1992-95). En conséquence, les flux monétaires provenant du secteur privé dans la première moitié de la décennie 1990 étaient 20 fois plus élevés que ceux de la décennie 1980. La majorité de ces flux monétaires bénéficiait aux banques privées locales. La multiplication des agences de banques locales et des crédits a permis de financer les entreprises du secteur privé. Le nombre d'entreprises conjointes entre entrepreneurs locaux et étrangers a augmenté, ce qui a permis aux entreprises locales d'accumuler du capital. Le nombre et la taille des entreprises ont augmenté. La proportion de travailleurs employés dans les usines de plus de 50 employés est passée de 19,1% en 1980 à 40% en 1993. De plus, de très grandes entreprises thaïlandaises sont apparues et ont commencé à fonctionner à l'échelle internationale, en investissant dans les pays voisins et en Chine pour accroître le rendement et trouver de nouveaux débouchés<sup>233</sup>. Le marché financier en Thaïlande était donc devenu plus en plus attrayant pour les investisseurs. Les actifs du secteur bancaire ont été multipliés par 2,5, de 714 milliards de baths en 1985 à 2657 milliards de bahts en 1993. Entre 1985 et 1995, l'actif total des compagnies financières a été multiplié par 12. Le marché boursier, établi en 1975, s'est développé. La capitalisation boursière est passée 5 milliards de baht en 1975 à 3325 milliards de baht en 1993<sup>234</sup>.

---

<sup>233</sup> *Ibid.*, p.137-138.

<sup>234</sup> Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *op. cit.*, 2002, pp. 158-159.

### ***3.2 La croissance rapide et l'inégalité élevée des revenus***

La courbe de Kuznets explique la relation dynamique entre la croissance économique et l'inégalité des revenus. Selon son hypothèse, dans les premières étapes du développement économique, l'industrialisation conduit temporairement à l'inégalité des revenus entre les secteurs agricole et industriel. En effet, le mécanisme du marché du travail pousse les travailleurs du secteur agricole des zones rurales à affluer vers le secteur industriel dans les zones urbaines pour accroître leur revenu. Le nombre de travailleurs dans le secteur agricole doit progressivement baisser. À l'inverse, celui du secteur industriel augmente. Grâce à l'industrialisation, la productivité de la nation est accélérée. Par conséquent, dans les premières étapes de l'industrialisation, la croissance économique s'accroît parallèlement à l'augmentation de l'inégalité des revenus. L'inégalité des revenus atteint un pic et puis, dans les étapes suivantes de l'industrialisation, l'inégalité des revenus diminue graduellement. Parce que le développement et l'urbanisation se répandent dans les zones rurales. Les travailleurs se déplacent vers le secteur industriel. Puis, tout le monde bénéficie d'un meilleur revenu, et d'une meilleure éducation. L'écart de revenu sera diminué naturellement. Acemoglu et Robinson<sup>235</sup> ont proposé une analyse différente. L'augmentation de l'inégalité des revenus n'est pas un évènement inévitable et la réduction de l'inégalité des revenus dans les pays industrialisés n'est pas un phénomène naturel. En effet, les salariés ont exercé des pressions sur les groupes dominants pour que ces derniers réforment les institutions politiques et mettent en œuvre une redistribution de ressources. Le processus d'industrialisation a augmenté l'inégalité des revenus et également la consolidation du pouvoir du prolétariat. Pour éviter la révolution et prévenir l'instabilité politique, les groupes dominants ont préféré la réforme institutionnelle.

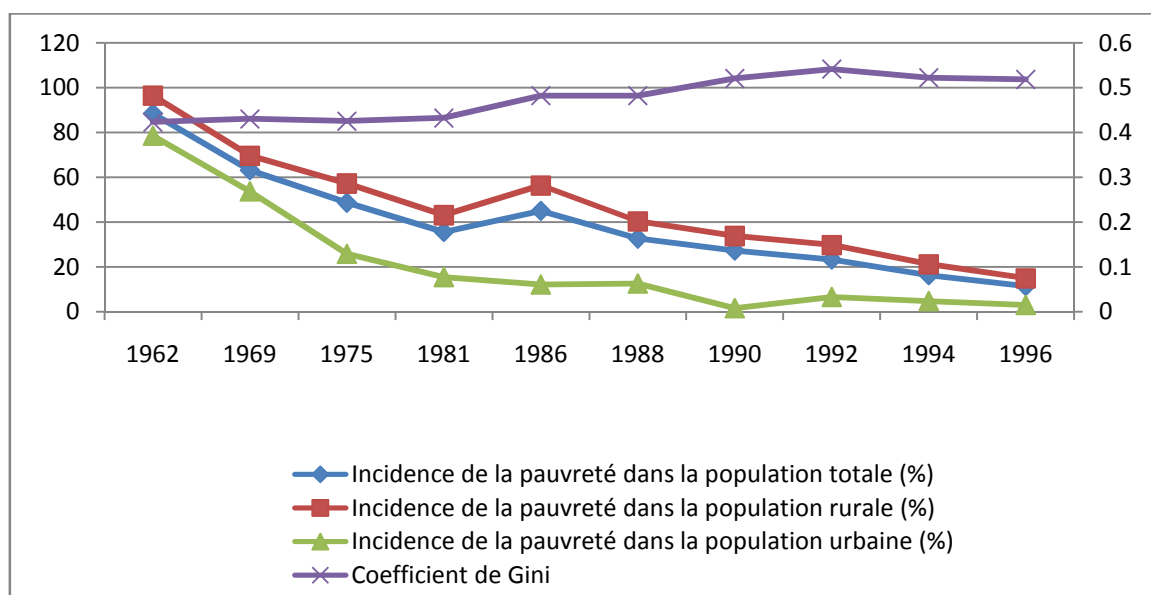
Le modèle de Kuznets a inspiré des pays en voie de développement dans les années 1960-1980. Il a justifié le caractère inévitable de l'inégalité de revenus dans le processus d'industrialisation de la Thaïlande. Les décideurs croient que les inégalités existent temporairement et qu'elles s'amélioreront naturellement ensuite. Des politiques en faveur de l'industrialisation ont été lancées et ont affecté positivement la croissance économique. En Thaïlande, le taux de pauvreté a baissé rapidement, de 88,3 % de la population totale en 1962 à 11,4% en 1996. Mais la croissance économique s'est fait davantage en faveur de l'économie urbaine que de l'économie rurale. Le taux de pauvreté de la population urbaine

---

<sup>235</sup> Acemoglu, Daron & Robinson, James, « The Political Economy of the Kuznets Curve », *Review of Development Economics*, 6(2), 2002, pp.183-203.

est passé de 78,5% en 1962 à 3% en 1996, soit une division par 26. Mais il est passé de 96,4% en 1962 à 14,9% en 1996 pour la population rurale, soit une division seulement par 6,5.

Cependant, le modèle de Kuznets ne peut pas être appliqué pour décrire l'évolution économique en Thaïlande. Dans les années 1990, le secteur industriel a absorbé les chômeurs des zones rurales. Il était prévu que l'inégalité des revenus doive baisser en Thaïlande. Mais elle s'est progressivement accrue. Le coefficient de Gini est passé de 0,423 (1962) à 0,432 (1981), et il a augmenté plus rapidement de 1986 (0,482) à 1990 (0,52). Les inégalités de revenus atteignent leur maximum en 1992 (0,541) et depuis 1994, le coefficient de Gini sur les revenus en Thaïlande n'est jamais en dessous de 0,5 (voir graphique n° 15). Dans le tableau n° 19, plusieurs indicateurs révèlent les inégalités de revenus. La part du revenu national détenu par le quintile le moins élevé a diminué, de 6,07 % en 1975 à 3,99 en 1994. En revanche, la part du quintile les plus riches s'est accrue, de 49,2% en 1975 à 57,52 en 1994. L'écart de revenu entre les plus riches et les plus pauvres s'est donc accru. Le ratio Q5/Q1 est passé de 8,1 en 1975 à 14,4 en 1994. D'autres indicateurs, tels que l'indice d'Atkinson et le coefficient de Gini, confirment que les inégalités de revenus s'accroissent rapidement entre 1986 et 1990, et atteignent leur maximum en 1992.



Graphique n° 15 : Incidence de la pauvreté et coefficient de Gini de 1962 à 1996<sup>236</sup>.

<sup>236</sup> Source: Warr, Peter, « Globalization, Growth, and Poverty Reduction in Thailand », *ASEAN Economic Bulletin*, vol.21, n° 1, 2004, p.4.

Part du revenu national par quintiles (%)	1975-6	1981	1986	1988	1990	1992	1994
Quintile 1 (le plus pauvre)	6,07	5,41	4,55	4,60	4,20	3,94	3,99
Quintile 2	9,73	9,10	7,87	8,13	7,38	7,02	7,29
Quintile 3	14,00	13,38	12,09	12,46	11,50	11,06	11,60
Quintile 4	21,96	20,64	19,86	20,66	19,26	18,95	19,60
Quintile 5 (le plus riche)	49,26	51,47	55,63	54,16	57,67	59,04	57,52
Rapport de Q5/Q1 <sup>237</sup>	8,1	9,5	12,2	11,8	13,7	15	14,4
Revenu moyen	1009	1317	1227	1418	1693	2033	2225
Médiane	709	884	745	859	981	1113	1270
Coefficient de Gini <sup>238</sup>	0,418	0,443	0,489	0,486	0,512	0,535	0,521
Indice d'Atkinson (e=1) <sup>239</sup>	0,253	0,281	0,335	0,331	0,363	0,391	0,375

Tableau n° 19: Inégalités de revenus de 1975 à 1994<sup>240</sup>.

La triple alliance, c'est-à-dire l'armée, les entrepreneurs sino-thaïs, les technocrates et hauts fonctionnaires a bénéficié des politiques de développement qui ont favorisé l'accumulation de prospérité à Bangkok. Mais elles ont affecté négativement les

<sup>237</sup> Rapport de Q5/Q1 est le rapport des revenus du quintile des plus riches aux revenus du quintile des plus pauvres (voir *Glossary: Income quintile share ratio*, eurostat Statistics Explained. Extrait du site d'eurostat; [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Income\\_quintile\\_share\\_ratio](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Income_quintile_share_ratio)). Il présente l'écart du revenu entre les sous-populations. Par exemple, Q5/Q1= 8,1 veut dire que les revenus des 20% les plus riches sont 8,1fois plus élevés que ceux des 20% les plus pauvres.

<sup>238</sup> Le coefficient de Gini présent le degré de la distribution des revenus. Il est un nombre variant de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite et 1 signifie l'inégalité parfaite. Le calcul de coefficient de Gini est suivant:  $G = \frac{2 \operatorname{covar}(y, r_y)}{N\bar{y}}$ , où  $\operatorname{covar}(y, r_y)$  est la covariance entre le revenu ( $y$ ) et les rangs des individus ordonnés selon leur revenu ( $r_y$ ) allant de l'individu le plus pauvre (rang =1) au plus riche (rang =N),  $N$  est le nombre total d'individus,  $\bar{y}$  est le revenu moyen (voir Milanovic, Branko, «A simple way to calculate the Gini coefficient, and some implications», *Economics letter*; 56, 1997, pp. 45-49).

<sup>239</sup> L'indice d'Atkinson est un indice de l'inégalité des revenus basé sur l'économie du bien-être. Le calcul est suivant:  $A = 1 - \left[ \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \frac{y_i^{1-\varepsilon}}{\bar{y}} \right]^{1/(1-\varepsilon)}$  si  $\varepsilon \neq 1$ . Et  $A = 1 - \frac{\prod_{i=1}^N (y_i^{1/N})}{\bar{y}}$  si  $\varepsilon = 1$ . où  $A$  est l'indice d'Atkinson,  $y_i$  est le revenu d'individu  $i$ ,  $\bar{y}$  est le revenu moyen,  $N$  est le nombre total d'individus et  $\varepsilon$  est le degré d'aversion aux inégalités ( plus la valeur de  $\varepsilon$  est grande, plus l'indice est sensible aux inégalités). L'indice d'Atkinson présente le pourcentage du revenu total qu'une société devrait renoncer pour avoir des parts de revenu plus égales entre ses citoyens. Dans ce cas là  $\varepsilon = 1$ , la valeur d'indice est égale à 0,253 ce qui veut dire que la société est disposée à sacrifier 25,3% du revenu moyen pour avoir les revenus égaux. Voir Vecchi, Giovanni, *Measuring Inequality*, Serbia National Poverty Analysis Workshop, March 31- April 4, 2008.

<sup>240</sup> Source: Les données sur la part du revenu national par quintile viennent de Warr, Peter, «Is growth good for the poor? : Thailand's boom and bust », *International Journal of Social Economics*, vol. 27, n° 7/8/9/10, 2000, p. 870. Les autres données viennent de Jeong, Hyeok, *Sources of Kuznets Dynamics in Thailand*, thèse de l'Université de Chicago, 2000.

populations des zones rurales. Les prix des produits agricoles ont baissé, mais les coûts de production de l'agriculture ont augmenté. Du fait du déclin conjoint du secteur agricole et du taux de mortalité, l'offre de travail dans les zones rurales était supérieure à la demande et le chômage s'est accru. Les politiques d'industrialisation et de promotion des exportations des années 1980 ont créé une demande de travail à Bangkok, en particulier dans les industries à forte intensité de main-d'œuvre. Le revenu du secteur agricole n'était pas assez élevé. L'écart de revenu entre le secteur non-agricole et le secteur agricole est passé de 1 à 5,9 en 1975 à 1 à 7,2 en 1980, 1 à 10 en 1986, et 1 à 11,2 en 1993. Par conséquent, beaucoup de travailleurs du secteur agricole ont décidé de partir pour travailler dans les usines ou les services à Bangkok. Le nombre d'emplois du secteur industriel est passé de 0,97 million (5,8 % de la population active) en 1970 à 2,01 millions en 1980, 4,31 en 1990 et 5,10 en 1994, soit respectivement 7,9%, 14,2%, et 15,8% de la population active. Le nombre d'emplois du secteur des services est passé de 2,50 millions (14,9 % de la population active) en 1970 à 5,15 millions en 1980, 6,78 en 1990, et 7,58 en 1994, soit respectivement 20,2%, 22,3%, et 23,4% de l'emploi total. Cependant, l'augmentation de la demande de main-d'œuvre dans l'industrie et les services n'était pas assez importante, si bien que le secteur agricole représentait toujours environ 60% de l'emploi total. L'échec du transfert de la main-d'œuvre du secteur agricole au secteur industriel est une des raisons pour laquelle le développement économique de la Thaïlande ne suit pas le modèle de Kuznets.

La migration de travailleurs des zones rurales à Bangkok a été à la fois temporaire et permanente. Certains partaient pendant la saison sèche pour un travail temporaire à Bangkok et rentraient pour des travaux agricoles pendant la saison des pluies. Certains ont quitté définitivement la campagne pour travailler à Bangkok. La majorité de ces migrants venaient du Nord-Est, la région la plus pauvre. L'intervention sur le prix du riz a touché les agriculteurs du Nord-est où la majorité des terres était utilisée pour la riziculture. De 1980 à 1990, environ 1,1 million de personnes âgées de 15 à 30 ans ont migré du Nord-Est vers Bangkok<sup>241</sup>.

La plupart des migrants étaient des travailleurs non qualifiés. Les bas salaires étaient un avantage pour les investisseurs étrangers. Le gouvernement a maintenu bas les salaires des travailleurs. Les manifestations et les syndicats ont été sous contrôle de gouvernements

---

<sup>241</sup> Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *Thailand's Boom and Bust*, Silkworms Books, Chiangmai 1998, p. 133.

militaires à partir de 1976 et ce jusqu'en 1988. Dans les années 1980, le flux de migrants vers Bangkok était plus important que la demande de travailleurs. La concurrence sur le marché des travailleurs non qualifiés était si forte que beaucoup de migrants ont accepté des contrats de travail temporaires à bas salaires et des mauvaises conditions de travail. En effet, les syndicats manquaient de puissance pour négocier avec les employeurs. Ces derniers payaient aux travailleurs des salaires en-dessous du salaire minimal pour minimiser les coûts de production. Pour éviter la fourniture de prestations sociales aux travailleurs, obligatoires pour l'employeur d'après le Code du travail, les employeurs ont embauché des travailleurs en période d'essai et ont renouvelé la période d'essai.

	1960		1970		1980		1990	
	Pop.	PIB	Pop.	PIB	Pop.	PIB	Pop.	PIB
Région Nord	21,8	15,8	21,8	15,3	20,1	12,6	19,4	10,0
Région Nord-est	34,2	17,0	35,0	15,9	35,2	13,5	34,9	11,8
Région Centre	23,4	29,3	22,0	27,7	21,7	28,2	22,1	29,9
Région Sud	12,5	14,1	12,4	12,3	12,6	9,8	12,8	9,0
Bangkok	8,1	23,8	8,9	28,7	10,5	35,8	10,8	39,3

Tableau n° 20: Parts de la population et du PIB dans chaque région de 1960 à 2000 (%)<sup>242</sup>.

Après l'écrasement de l'insurrection communiste en 1986, le développement des zones rurales a été ralenti par la concentration des capitaux et des moyens de production à Bangkok. Les ressources des zones rurales ont été exploitées pour répondre à l'augmentation de la demande des Bangkokiens. Par conséquent, la population, les usines et les capitaux se sont concentrés à Bangkok. Bangkok représentait 39,4% du PIB en 1990. Le Nord-Est était toujours la région la plus pauvre. Le PIB de Bangkok représentait le quadruple de celui de la région Nord-est (voir le tableau n° 20), pour seulement 10,8% de la population totale. L'expansion économique et l'urbanisation ont encouragé la demande de logements. Cependant, le gouvernement a joué un rôle minimal pour fournir des logements. 73% des projets d'aménagement du territoire et immobiliers ont été gérés par le secteur privé. L'augmentation des prix immobiliers a touché les pauvres et les migrants qui ont accédé difficilement aux prêts immobiliers. Par conséquent, le nombre de

<sup>242</sup> Source: Glassman, Jim, *op. cit.*, 2004, p.112.

personnes vivant dans des habitations précaires et insalubres à Bangkok a atteint 1,3 million, soit 25% de la population totale.<sup>243</sup>

Incidence de la pauvreté absolue (% de la population)	6-1975	1981	1986	1988	1990	1992	1994
Moyenne nationale	30,0	23,0	29,5	22,2	16,6	13,1	9,6
Région Nord	33,2	21,5	33,0	20,7	16,6	13,6	8,5
Région Nord-est	44,9	35,9	42,7	34,5	28,3	22,3	15,7
Région Centre	13,0	13,6	12,8	16,0	12,9	6,0	5,2
Région Sud	30,7	20,4	30,4	21,5	17,6	11,8	11,7
Bangkok	7,8	3,9	7,2	2,9	2,0	1,1	0,5
Revenu mensuel par habitant (baht)							
Total	351	751	844	1064	1555	2130	2321
Région Nord	307	704	796	930	1336	1651	1825
Région Nord-est	253	493	521	650	909	1225	1418
Région Centre	433	852	954	1062	1556	2143	2460
Région Sud	337	740	871	936	1406	1920	2050
Bangkok	604	1422	1829	2342	3406	4982	5390

Tableau n° 21: Taux de pauvreté et revenu mensuel par habitant classé par région de 1975 à 1994<sup>244</sup>.

Dans les années 1960-70, les progrès dans l'éducation ont eu pour but de forger l'identité et l'unité nationale, ainsi que de former des fonctionnaires pour la bureaucratie d'État. Dans les années 1980-90, les politiques d'éducation ont changé pour répondre à la demande du marché de travail. Les écoles primaires, qui étaient sous l'autorité du ministère de l'Intérieur pendant les années 1960-1970, ont été transférées au ministère de l'Éducation depuis les années 1980. Des écoles primaires ont été créées dans chaque village, y compris les petits villages. En outre, afin de fournir plus d'opportunités d'éducation aux enfants des zones reculées, l'enseignement secondaire a été rendu accessible dans de nombreuses écoles primaires. La loi instaurant l'éducation obligatoire pendant 9 ans, proposée au début des années 1990, a finalement été adoptée en 1999.

<sup>243</sup> *Ibid.*, p.77.

<sup>244</sup> Source: Les données sur l'incidence de la pauvreté viennent de Warr, Peter, *op. cit.*, 2000, p. 870 & 862-877. Les données sur le revenu mensuel par habitant viennent de Krongkaew, Medhi et Kakwani, Nanak, « The growth-equity trade-off in modern economic development: the case of Thailand », *Journal of Asian Economics*, vol. 14, 2003, p. 741.

Le nombre d'étudiants est passé de 180.000 en 1970 à 720.000 en 1980. Ils étaient formés pour travailler non seulement dans la bureaucratie d'État, mais aussi dans les entreprises privées. En raison de la politique de promotion des exportations des années 1990, la demande de travailleurs qualifiés a augmenté dans les secteurs technologiques. L'expansion du marché financier a encouragé aussi la demande de main d'œuvre dans le secteur financier. Pour résoudre la pénurie de travailleurs qualifiés, le gouvernement et le secteur privé ont construit plus d'universités. En 1994, le nombre d'universités privées est passé à 24, comptant plus de 125.000 étudiants. De plus, le gouvernement a changé les règles pour les travailleurs immigrés. Plus de 160.000 travailleurs immigrés, notamment, ingénieurs et scientifiques, travaillaient alors en Thaïlande.

Cependant, les Thaïlandais rencontraient des difficultés pour poursuivre des études au niveau secondaire et au-delà. Il était difficile de trouver des écoles secondaires dans les zones rurales. La qualité des écoles de Bangkok étaient meilleure que celle des zones rurales. Les frais de scolarité pour l'éducation secondaire étaient d'environ 2.882 bahts par an pour l'école publique et de 4.400 bahts par an pour l'école privée en 1983, ce qui représentait plus de la moitié du revenu annuel total des ménages dans les zones rurales. L'admission dans les écoles publiques et les universités publiques était toujours basée sur un concours national. Mais la réussite à un concours national dépendait fortement de la situation socio-économique de la famille de l'élève. Les étudiants de familles aux statuts socio-économiques relativement élevés étaient plus susceptibles de mieux réussir dans le système d'éducation. En outre, le budget alloué à l'éducation a également affecté le taux de poursuite des études secondaires. L'augmentation du budget provincial alloué à l'éducation a affecté positivement le taux provincial de poursuite d'études secondaires. Par conséquent, le taux de scolarisation primaire de la population âgée de six ans et plus est passé de 57,8% en 1960 à 66,6% en 1970, et à 71,4% en 1980. Mais le taux de scolarisation au niveau secondaire de la population âgée de six ans et plus n'a progressé que de 3,0% en 1960 à 4,8% en 1970, et 9,3% en 1980<sup>245</sup>.

Une meilleure éducation permet aux employés d'accéder à de meilleurs salaires et aux professions enviées. La pénurie de travailleurs qualifiés a conduit à un écart de revenu important entre les travailleurs qualifiés et les travailleurs non-qualifiés. En 1986, le revenu mensuel moyen par salarié était de 2.565 bahts, 468 bahts pour un employé du secteur agricole, et 1.103 bahts pour un employé de l'industrie ou de la construction. En

---

<sup>245</sup> Nitungkorn, Sukanya, « The problem of Secondary Education Expansion in Thailand », *Southeast Asian Studies*, Vol. 26, n° 1, 1988, pp. 25-30.



1996 le revenu mensuel moyen par salarié était de 5.254 bahts, 835 bahts pour un travailleur du secteur agricole, et 1.520 bahts pour un ouvrier de l'industrie ou de la construction<sup>246</sup>.

Le modèle de développement piloté par l'État était compatible pour l'économie thaïlandaise dans les années 1960-1980 pendant lesquelles le secteur privé et les entreprises nouvelles étaient en train d'acquiescer de la maturité. Les interventions étatiques étaient cruciales pour transformer la Thaïlande, d'un pays agricole à bas revenu à un pays à revenu moyen. Cependant, seulement les groupes qui accédaient au pouvoir central de l'État (l'armée, les entrepreneurs sino-thaïs, les technocrates, et les hauts fonctionnaires) ont bénéficié des politiques de développement et ont accumulé la richesse et le pouvoir politique. Par contre, les paysans, la population des zones rurales et la population de la région du Nord et du Nord-Est étaient relativement de plus en plus pauvres. De plus, les politiques de développement ne pouvaient pas transformer la Thaïlande en un pays industrialisé. Le secteur industriel ne pouvait pas absorber en totalité les flux de travailleurs non-qualifiés des zones rurales. L'offre de travailleurs non-qualifiés était plus élevée que la demande, d'où les bas salaires. En outre, à cause du lien entre les politiques de développement et celles de la santé, ils étaient également aggravés par l'allocation inégale de ressources médicale (voir le chapitre 5).

#### **4. Les effets sociaux et les politiques sociales après la crise économique de 1997**

La libéralisation du marché et la libéralisation financière ont fait progresser l'économie thaïlandaise de façon impressionnante, avec 8,5 % de croissance du PIB pendant la période 1990-1996 : une croissance économique durable et la plus importante d'Asie du Sud-Est. Cependant, la libéralisation du marché et la libéralisation financière pouvaient également induire des conséquences négatives pour la Thaïlande dont le système financier était immature dans le contexte de la mondialisation. La crise économique de 1997 a commencé en Thaïlande et s'est propagée dans plusieurs pays asiatiques. Elle a endommagé l'économie thaïlandaise, par une chute de la croissance du PIB de - 1,4 % en 1997 et de - 10,8% en 1998, soit la chute de la production la plus grave après l'Indonésie, dont le PIB a diminué de -13,0% en 1998. La crise économique a limité les dépenses gouvernementales,

---

<sup>246</sup> Glassman, Jim, *op. cit.*, 2004, p.164.

notamment dans les programmes sociaux, ce qui a dégradé le bien-être des Thaïlandais. De plus, la crise économique a affecté non seulement l'économie, mais aussi la société.

Au début de l'année 1999, il y avait un signe de reprise de l'économie thaïlandaise. La croissance du PIB s'était rétablie, de -10,8% en 1998 à 4,2% en 1999 et 4,3% en 2000. La dette extérieure avait diminué, de 61% du PIB en 1996 à 49% du PIB en 2002. La dette extérieure à court terme avait également diminué, de 44% de la dette extérieure en 1996 à 20% en 2002. La dette du secteur privé a diminué de 178% du PIB en 1997 à 124% du PIB en 2002. Les réserves monétaires ont augmenté de 22% à 31% du PIB. La balance des paiements a dépassé de 3,6% du PIB en 2002<sup>247</sup>. Cependant, les effets indésirables de la crise économique sur la société couraient toujours. L'indice de développement humain a montré que la qualité de la vie des Thaïlandais augmentait progressivement avant la crise économique de 1997, de 0,715 en 1990, à 0,838 en 1995, plaçant la Thaïlande au 59<sup>ème</sup> rang mondial. Mais après la crise, l'indice de développement humain a diminué, de 0,753 en 1997 à 0,743 en 1998. La crise économique de 1997 a provoqué des problèmes sociaux dans 3 domaines.

1°) Premièrement, l'austérité fiscale, la dévaluation et la contraction de l'activité économique ont affecté négativement les revenus et les dépenses gouvernementales.

Le gouvernement a réduit son budget, en particulier le budget des programmes sociaux. Le budget du ministère de l'Agriculture a diminué de 25,6% pour l'année 1998, celui du ministère des Transports de 16,1%, celui du ministère de l'Éducation de 3,7% et celui du ministère des Sciences, des technologies, de l'énergie et de l'environnement de 27,2%. La réduction la plus spectaculaire (-35%) a été celle du budget du ministère des Services sociaux. En revanche, pour rembourser les dettes, le gouvernement a été forcé d'augmenter le budget du service de la dette de 69,3% pour l'année 1999. Le gouvernement a suspendu temporairement de nombreux programmes sociaux ou a réduit les prestations de ces programmes. Par exemple, il a réduit temporairement la contribution obligatoire du régime de sécurité sociale, passée de 1,5% des salaires à 1%. La contribution gouvernementale au régime de sécurité sociale a diminué, de 4.146 millions de bahts en 1997 à 1.361 millions

---

<sup>247</sup> De Vienne, Marie-Sybille, « La crise financière thaïlandaise, de Charybde en Scylla? : Dettes, bourses et monnaies, 1990-2008 », p. 405, in Dovert, Stéphane & Ivanoff, Jacques (éds.), *Thaïlande contemporaine*, Thaïlande, IRASEC, 2011, p. 410.

de bahts en 1998. Le budget des programmes de développement rural a également diminué, de 94.500 millions de bahts en 1997 à 54.595 millions de bahts en 1998.

Ministère	1997	1998	Croissance du budget (%)
Agriculture	83.964	62.475	-25,6
Transports	95.939	80.470	-16,1
Sciences, de technologies, de l'énergie et de l'environnement	19.514	14.203	-27,2
Services sociaux	158.696	103.082	-35,0
Défense	119.429	92.565	-22,5
Commerce et tourisme	95.939	80.470	-8,1
Éducation	216.278	208.274	-3,7
Santé publique	75.023	66.455	-11,4

Tableau n° 22: Budget des ministères de 1997 à 1998<sup>248</sup>.

L'éducation a été un des domaines les plus gravement affectés par la réduction des dépenses publiques. Le budget de plusieurs programmes subventionnés par le ministère de l'Éducation a été réduit : 2,7% pour le programme de déjeuners scolaires, 7,0% pour l'éducation au niveau maternel, 7,7% pour l'éducation au niveau primaire, 9,6% pour le programme d'égalité de l'éducation, 1,6% pour le programme de la santé scolaire, et 20,8% pour le développement et la recherche de l'éducation. Par conséquent, le secteur privé a pris en charge davantage de dépenses en matière d'éducation. Les dépenses moyennes des ménages pour l'éducation ont augmenté, passant de 262 bahts par mois en 1996 à 297 bahts en 1998.

Programmes du ministère de l'Éducation	Evolution due budget (%)
Déjeuners scolaires	-2,7
Éducation au niveau maternel	-7,0
Éducation au niveau primaire	-7,7
Égalité de l'éducation	-9,6
Santé scolaire	-1,6
Développement et la recherche de l'éducation	-20,8

Tableau n° 23: Budget des programmes du ministère de l'Éducation en 1998<sup>249</sup>.

Du fait de l'augmentation des dépenses d'éducation des ménages et de la crise économique, le nombre de personnes quittant le système scolaire a augmenté, en particulier au niveau de la maternelle. En 1997, 952.866 enfants âgés de 3 à 5 ans n'étaient pas scolarisés (29,8% de la classe d'âge) ; en 1998, 1.067.893 (33,5%). 890.134 enfants âgés de 6 à 11 ans n'étaient pas scolarisés (13,6% de la classe d'âge) en 1997 ; 877.792

<sup>248</sup> Source: Bureau du budget.

<sup>249</sup> Source: Bureau du budget.

(13,5%) en 1998. Le nombre d'enfants âgés de 12 à 14 ans non scolarisés est passé de 670.908 (19,8% de la classe d'âge) en 1997 à 664.790 (19,8%) en 1998. Le nombre d'enfants de 15 à 17 ans non scolarisés est passé de 1.490.830 (43,0% de la classe d'âge) en 1997 à 1.431.049 (41,6%) en 1998. Celui des jeunes de 18 à 24 ans est passé de 6.838.059 (84,2% de la tranche d'âge) à 6.829.864 (84,1%) en 1998 (voir le tableau n°24). Selon le ministère de l'Éducation, la crise économique a pénalisé environ 46.000 étudiants du fait des licenciements de chefs de famille, et 150.000 étudiants sont sortis du système éducatif. De plus, selon la Banque mondiale, l'abandon scolaire a augmenté significativement à Bangkok, et le taux d'abandon a été deux fois plus élevé chez les ménages pauvres.

	1997		1998	
	Nombre	% de la classe d'âge	Nombre	% de la classe d'âge
3 à 5 ans	952.866	29,8	1.067.893	33,5
6 à 11 ans	890.134	13,6	877.792	13,5
12 à 14 ans	670.908	19,8	664.790	19,8
15 à 17 ans	1.490.830	43,0	1.431.049	41,6
18 à 24	6.838.059	84,2	6.829.864	84,1

Tableau n° 24: Nombre d'enfants et de jeunes non scolarisés de 1997 à 1998<sup>250</sup>.

Le gouvernement a fait des efforts pour réduire les problèmes sociaux. Au début de 1999, le FMI a permis à la Thaïlande d'avoir un déficit budgétaire. En outre, les organisations internationales, telles que la Banque asiatique de développement, la Banque mondiale et la Banque japonaise de coopération internationale, ont accordé à la Thaïlande des prêts d'environ 2,5 milliards de dollars. Les objectifs étaient : 1°) de créer de l'emploi et de stimuler l'économie; 2°) de réduire les effets négatifs de la crise économique, en particulier pour les pauvres; 3°) d'améliorer les compétences des travailleurs; 4°) de réformer les structures économiques afin d'améliorer leur efficacité. Par conséquent, le gouvernement pouvait financer plusieurs programmes sociaux, comme la création d'emplois, l'octroi de prêts aux plus pauvres, aux chômeurs, aux étudiants, le renforcement des aides sociales pour les personnes en difficulté, des prestations de formations continues, l'assurance maladie pour les pauvres, etc.

2°) La contraction de l'activité économique et la chute du secteur productif ont conduit à une augmentation du chômage.

<sup>250</sup> Source: NESDB.

Secteur	Nombre d'emplois (millions)			Salaire moyen (baht)	
	1996	1997	1998	1997	1998
Agricole	12,09	11,89	11,62	2.832	2.335
Industrie	5,01	5,04	4,97	5.326	4.997
Construction	3,11	2,97	2,03	4.235	4.095
Commerce	4,12	4,20	4,38	6.125	5.726
Financier & immobilier	0,31	0,38	0,34	12.274	11.379
Services	5,32	5,66	5,98	5.861	5.457

Tableau n° 25: Nombre d'emplois et le salaire moyen classifié par le secteur<sup>251</sup>.

Dans le secteur privé, le taux de chômage est passé de 2,0% en 1996 à 3,7% en 1997, 5,2% en 1998 et 7,5% en 1999. Le nombre de chômeurs est passé de 0,7 million de personnes en 1997 à 1,7 million de personnes en 1999. Le sous-emploi, de 2,43 millions de personnes (7,6%) en 1997 à 4,41 millions de personnes (13,7%) en 1999. En 1997, environ 4.900 entreprises furent mises en faillite et plus de 400.000 personnes ont été licenciées. Le secteur agricole, le secteur industriel, le secteur de la construction et le secteur financier et immobilier ont davantage subi la crise économique. Le secteur agricole est passé de 12,09 millions d'emplois en 1996 à 11,89 millions en 1997 et 11,62 millions en 1998 ; le secteur industriel, de 5,01 millions d'emplois en 1996 à 5,04 millions en 1997 et à 4,97 millions en 1998 ; la construction, de 3,11 millions d'emplois en 1996 à 2,97 millions en 1997 et à 2,03 millions en 1998 ; la finance et l'immobilier, de 0,31 millions d'emplois en 1996 à 0,38 millions en 1997 et à 0,34 millions en 1998 (voir le tableau n°25). Même si le nombre d'emplois du commerce et des services a augmenté, les heures de travail ont diminué, de 51,58 heures par semaine en 1997 à 46,75 heures en 1998 dans le secteur commercial et de 51,98 heures par semaine en 1997 à 49,32 en 1998 dans les services. Le nombre d'heures de travail a également diminué dans le secteur industriel (de 50,07 heures en 1997 à 42,46 heures en 1998), la construction (de 54,36 heures en 1997 à 51,17 heures en 1998), et la finance et l'immobilier (de 42,89 heures en 1997 à 41,48 heures en 1998)<sup>252</sup>.

Même si la crise économique n'a pas affecté l'emploi dans l'administration publique (2.415.000 emplois en 1997, 2.668.000 emplois en 1998), le gouvernement a tenté de plafonner la croissance de l'emploi dans la fonction publique à 2% par an. En outre, le gouvernement a tenté de réduire certains avantages des fonctionnaires, comme les primes ou le régime d'assurance maladie.

<sup>251</sup> Source: Bureau des statistiques nationales.

<sup>252</sup> Source: Bureau des statistiques nationales.

Pour contrôler l'augmentation rapide des dépenses du CSMBS dont le taux de croissance était environ 15% par an avant la crise, le gouvernement a formé un comité de recherche pour réformer ce régime en octobre 1997. Pour réduire les dépenses à court terme, six mesures de changement ont été appliquées: créer une liste nationale de médicaments essentiels, annuler le remboursement des tarifs de consultations de médecine pendant les heures supplémentaires, limiter les prescriptions superflues, ajouter le co-paiement des tarifs hospitaliers, annuler le bilan de santé annuel et plafonner le remboursement de frais pour les maladies rénales. À long terme, le comité a proposé une réforme structurelle du financement et des procédures de remboursement<sup>253</sup>.

Cependant, la crise économique a affecté les travailleurs de manière distincte. Les femmes ont été plus gravement touchées par la crise économique, avec un taux de licenciement de 53%, parce que la plupart d'entre elles travaillaient dans les industries de main-d'œuvre, tels que le textile, le cuir et les chaussures, où des usines ont fermé.

En ce qui concerne le niveau d'éducation, le chômage a touché prioritairement les salariés n'ayant pas été scolarisés que dans l'enseignement primaire, avec 0,58 million de personnes en 1995, 0,48 million en 1997 et 1,02 million de personnes au sortir de la crise. La crise économique a également affecté les travailleurs qualifiés. Le nombre de chômeurs de niveau universitaire est passé de 43.684 en 1997 à 91.099 en 1998<sup>254</sup>.

Région	Taux de chômage (%)		Salaire moyen du secteur privé (baht)	
	1997	1998	1997	1998
Bangkok	1,4	3,0	8.130	6.828
Centre	1,4	3,7	3.865	3.602
Nord	2,0	4,0	3.299	3.113
Sud	1,2	2,0	4.274	3.803
Nord-est	3,7	8,6	3.280	3.107
Zones industrielles de la région de l'Est	-	-	5.495	4.468

Tableau n° 26: Taux de chômage et le salaire moyen du secteur privé dans chaque région<sup>255</sup>.

L'augmentation du chômage s'observe dans toutes les régions. Le taux de chômage est passé de 1,4% en 1997 à 3,0% en 1998 à Bangkok ; de 1,4% en 1997 à 3,7% en 1998 dans le Centre ; de 2,0% en 1997 à 4,0% en 1998 dans le Nord ; de 1,2% en 1997 à 2,0% en 1998 dans le Sud. C'est dans le Nord-Est que le chômage a été le plus important,

<sup>253</sup> Institut de recherche du système de la santé, การปฏิรูประบบสวัสดิการข้าราชการพยาบาล [ La réforme du CSMBS], Bangkok, 2000, pp. 1-3.

<sup>254</sup> Source: Bureau des statistiques nationales.

<sup>255</sup> Source: Bureau des statistiques nationales.

passant de 3,7% en 1997 à 8,6% en 1998 (voir le tableau n°26). De plus, 80% des chômeurs (874.000 personnes) étaient originaires des zones rurales. En revanche, seulement 20% des chômeurs (260.000 personnes) provenaient des zones urbaines. Avant la crise, de nombreux travailleurs émigraient du Nord-Est pour chercher du travail à Bangkok. À cause de la crise économique, 67% des chômeurs rentrant dans leurs villages d'origine venaient du Nord-est. La plupart de ces chômeurs migrants étaient non-qualifiés ou scolarisés seulement de l'enseignement primaire. Cependant, le secteur agricole ne pouvait pas absorber ces migrants de retour chez eux, qui n'arrivaient pas à trouver de travail dans le secteur formel ou informel, ce qui augmentait d'autant le fardeau financier de leurs familles et affectait les relations au sein de leur famille et de leur communauté.

Le régime de sécurité sociale était inefficace. Il n'y avait pas, à ce moment-là, d'allocations-chômage. De plus, les prestations couvraient seulement les travailleurs du secteur formel. La plupart des entreprises n'appliquaient pas l'obligation d'indemnité de licenciement. Juridiquement, les entreprises devaient payer une indemnité de licenciement équivalant à 6 mois de salaire. Mais, selon une enquête du ministère du Travail, 75% des travailleurs licenciés n'ont pas bénéficié d'indemnité de licenciement et 12,4% ont reçu seulement de 1 à 3 mois de salaire<sup>256</sup>. Les programmes sociaux du gouvernement étaient importants pour soutenir les chômeurs. En 1999, grâce à ces programmes publics, 800.000 emplois ont été créés dans les zones rurales. La majorité de ces emplois ont été destinés à la construction d'infrastructures du secteur public. En outre, le gouvernement a créé 13.000 emplois pour les salariés licenciés et les chômeurs jeunes. Le gouvernement a créé un fond temporaire d'aide aux chômeurs de 10 milliards de bahts et un «Centre pour l'assistance des travailleurs licenciés». Le centre fonctionnait comme un pôle d'emploi pour connaître la situation des chômeurs et élaborer les programmes de formation continue pour l'insertion professionnelle.

3°) Enfin, la dévaluation du baht a immédiatement affecté le pouvoir d'achat des individus.

Même si le revenu moyen des ménages est passé de 10.779 bahts par mois en 1996 à 12.492 bahts en 1997 et à 12.729 bahts en 1998, le prix des biens de consommation et le coût de la vie ont augmenté. Par conséquent, la croissance du salaire réel a diminué, de 2,3% en 1996 à 1,4% en 1997, et est devenue négative en 1998 (-7,4%), et 1999 (-1,6%).

---

<sup>256</sup> Kittiprapas, Sauwalak, *Social Impacts of Financial and Economic crisis in Thailand*, EADN Regional Project on the social impact of the Asian financial crisis, 2002, p.24.

Le revenu réel par tête n'a augmenté que de 28 bahts<sup>257</sup>. Le secteur agricole a été affecté plus gravement. De 1997 à 1998, le salaire moyen agricole a diminué de 18%. Le salaire moyen industriel a diminué de 6% ; celui de la construction de 3% ; celui du secteur commercial, de 7% ; celui du secteur financier et immobilier de 7% ; et celui des services, de 7% (voir Tableau n°26).

Région	Taux de pauvreté (%)		
	1996	1998	2000
Bangkok	0,3	0,5	0,3
Centre	5,9	7,0	5,4
Nord	11,2	9,1	12,2
Sud	11,5	14,6	11,0
Nord-Est	19,4	24,0	28,1

Tableau n° 27 :Taux de pauvreté dans chaque région de 1996 à 2000<sup>258</sup>.

La concentration des entreprises et l'offre surabondante de main d'œuvre ont fait que la baisse des salaires du secteur privé a été plus importante à Bangkok (-16%) et dans les zones industrielles de l'Est (-18,7%). La baisse des salaires du secteur privé a été moindre (-5,28%) dans le Nord-Est où il y avait peu d'entreprises privées. Dans le Centre, les salaires du secteur privé ont diminué de 6,8% ; dans le Nord, de 5,6% ; et le Sud, de 11% (voir tableau n°27).

La baisse généralisée des revenus a entraîné l'augmentation du nombre de pauvres : 6,8 millions en 1996 ; 7,9 millions en 1998 ; 8,9 millions en 2000. De plus, la distribution du revenu restait toujours aussi inégale après la crise, avec un coefficient de Gini de 0,515 en 1996 ; 0,511 en 1998 et 0,525 en 2000. Le Nord-Est était la région la plus pauvre, avec un taux de pauvreté passant de 19,4% en 1996 à 24% en 1998 et à 28,1% en 2000. Le taux de pauvreté, monté à 0,5% à Bangkok en 1998, était redescendu à 0,3% en 2000 ; dans la région centrale, il est passé de 5,9% en 1996, à 7,0 en 1998 pour redescendre à 5,4% en 2000; dans le Nord, il a atteint 11,2% en 1996, est descendu à 9,1% en 1998, puis est remonté à 12,2% en 2000 ; dans la région du Sud, il est passé de 11,5% en 1996, à 14,6% en 1998 et à 11% en 2000.

Les différences d'éducation ont joué un rôle important dans l'écart des revenus. Les salaires réels de travailleurs ayant été scolarisés uniquement dans le primaire étaient de 3.443 bahts en 1999 ; de 4.877 bahts pour le travailleur ayant fait des études secondaires ; et de 11.164 bahts pour le travailleur de niveau universitaire (voir Tableau n° 28).

<sup>257</sup> Source: NESDB.

<sup>258</sup> Source: NESDB.



Niveau d'éducation	1997	1998	1999
Primaire	3.944	3.516	3.443
Secondaire	5.686	5.119	4.877
Universitaire	13.147	11.731	11.164
Total	6.070	5.680	5.568

Tableau n° 28: Salaire réel par niveau d'éducation<sup>259</sup>.

Pour soutenir temporairement le revenu des individus et des ménages, le gouvernement a annoncé la réduction de la TVA de 10% à 7% en 1999. Les taux d'imposition sur le revenu et sur les sociétés ont également été réduits. Le gouvernement a réduit les tarifs de l'électricité et du gaz à usage domestique. En outre, pour aider les populations ciblées, le gouvernement a lancé un programme de fourniture de repas et de lait aux 15.000 lycéens en difficulté et un programme d'assistance aux personnes âgées de 60 ans et plus, de 300 bahts par mois. Cependant, cette assistance était inférieure au seuil de pauvreté, de 877 bahts par mois. Les programmes sociaux n'étaient pas assez efficaces pour répondre aux besoins des personnes en difficulté.

---

<sup>259</sup> Khrongkaew , Medhi, Channivickorn, Suchitra & Nitithanprapas, Isriya, *Economic growth, employment, and poverty reduction linkages: The case of Thailand*, International Labour Organization, 2006, p. 34.



## CHAPITRE 5

# LA MODERNISATION DU SYSTEME DE SANTÉ DE 1950 A 1996 ET LES EFFETS DE LA CRISE ECONOMIQUE DE 1997 SUR LA SANTÉ

Après la modernisation de l'économie, la santé publique est devenue de plus en plus importante pour l'État, y compris en Thaïlande. L'amélioration de la santé des citoyens favorise le progrès économique. La Thaïlande a adopté les sciences médicales occidentales et les gouvernements successifs ont engagé plusieurs politiques nationales de santé publique. L'espérance de vie des Thaïlandais a ainsi progressé de 50,8 ans (1950-55) à 58,3 ans (1965-70), 64,6 ans (1980-85) et 67,3 ans (1990-95). Le taux de mortalité pour 1000 habitants a été réduit, de 15,6‰ (1950-55) à 10,5‰ (1965-70), 6‰ (1980-85) et 5,4‰ (1990-95). Le taux de mortalité infantile pour 1000 naissances a diminué, de 130,3‰ en 1950-55 à 75,5‰ en 1965-70, 38,9‰ en 1980-85 et 22,6‰ en 1990-95<sup>260</sup>. Cependant, les politiques nationales de santé ont été influencées par des facteurs internes et externes qui peuvent conduire à une allocation inégalitaire des ressources médicales et sanitaires. De 1950 à 1996, l'évolution du système de santé est liée au modèle de développement en Thaïlande dont les objectifs prioritaires étaient la croissance économique et la sécurité nationale.

### 1. Le renforcement de la médecine d'État (1950-1970)

#### *1.1 Les aides des États-Unis et des organisations internationales pour augmenter le nombre des professionnels de santé et des établissements sanitaires*

Les gouvernements du Parti du Peuple ont fait des efforts pour instaurer une médecine d'État. Les progrès de la médecine d'État étaient évidents pendant le premier gouvernement de Phibun sous lequel le nombre de professionnels de santé et d'établissements sanitaires a été multiplié. Cependant, l'instabilité économique et politique pendant la Seconde Guerre Mondiale a limité le budget de la santé. L'objectif de construire un hôpital public dans

---

<sup>260</sup> Source: ONU, [http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID% 3A77](http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A77).

chacune des provinces n'a pas été atteint. La formation de médecins était difficile. Le nombre de médecins formés entre 1935 et 1945 était seulement de 15 à 40 par an.

Après la guerre, les gouvernements civils ont annulé certaines des politiques sanitaires du gouvernement de Phibun comme la politique de promotion du mariage, le contrôle culturel et le contrôle de comportements favorisant la santé. Cependant, les gouvernements ont souhaité améliorer le bien-être des citoyens. Quatre programmes de santé, incluant la formation de médecins, la fabrication de médicaments, l'ouverture d'hôpitaux dans toutes les provinces, l'éducation à la santé et la prévention, ont donc été élaborés.

Au plan international, la santé était un domaine de concurrence entre le bloc occidental et le bloc communiste pendant la guerre froide. Les États-Unis, leader du bloc occidental, ont promu le modèle biomédical pour allonger la durée de la vie. La Thaïlande, membre du bloc occidental, a tiré certains avantages de ces politiques de santé internationales. Les États-Unis ont transféré des technologies médicales et apporté des aides financières. La fondation Rockefeller était revenue en Thaïlande pour établir deux centres hospitaliers universitaires : l'Université de Chiangmai dans la région du Nord et l'Université Mahidol à Bangkok. La Fondation a aussi élaboré le cursus médical, a établi des laboratoires de recherche médicale dans la région Nord, et a lancé des programmes de contrôle des maladies infectieuses.

En raison des relations entre la Thaïlande et les États-Unis, l'USOM a approuvé des aides financières pour 7 programmes de santé, tels que le contrôle démographique ; le contrôle des maladies infectieuses ; la santé et l'assainissement en milieu rural et les soins primaires ; l'éducation médicale et la formation à la santé ; les services hospitaliers ; la planification et l'évaluation de la santé ; et la nutrition, de 1950 à 1990. Cette aide a été évaluée à 92,05 millions de dollars. Ces aides financières étaient plus élevées dans la période 1960-1980 (voir le tableau n°29). L'USOM a aussi formé 1327 fonctionnaires pour travailler dans le domaine de la santé de 1951 à 1971.

Projets	1950-60	1961-70	1971-80	1981-90	Total
Contrôle démographique	0,061	1,780	8,340	22,130	32,311
Contrôle des maladies (programmes verticaux)	21,388		4,500		25,935
Santé et assainissement en milieu rural et soins primaires	2,944	10,000	7,584		20,528
Éducation médicale et formation sanitaire	2,418	6,345		0,272	9,035
Services hospitaliers	1,804	112	-	200	2,116
Planification et évaluation de la santé	-	-	-	1183	1,183
Nutrition	0,129	0,638	-	0,175	0,942

Tableau n° 29: Projets dans le domaine de santé approuvé par l'USAID (millions de dollar)<sup>261</sup>.

La coopération entre la Thaïlande et les États-Unis dans le domaine de la santé était plus forte pendant le gouvernement de Sarit et celui de Thanom. L'amélioration des conditions sanitaires dans les zones rurales, notamment dans la région du Nord-Est, a été une des composantes de la stratégie de lutte contre le communisme. De plus, sous le gouvernement militaire, la sécurité nationale était plus importante que la sécurité sociale. Le nationalisme forçait l'individu à sacrifier son propre intérêt à l'intérêt national. Les objectifs des politiques de santé n'étaient pas seulement d'améliorer la santé de la Nation mais aussi de renforcer la sécurité nationale et la richesse nationale en prioritaire. Selon Sarit, la prospérité et la sécurité de la Nation et l'accomplissement du développement économique et social se fondent sur une population en bonne santé. Il a fait un discours que:

...Selon le bilan du ministère de la Santé publique et des spécialistes de l'OMS, il y a environ 250.000 malades psychiatriques, soit un pourcent de la population totale de la Thaïlande. C'est beaucoup. Parce qu'elles ne travaillent pas et sont des personnes inutiles. La nation perd en productivité, perd en puissance militaire et perd en le développement social. De plus, elles peuvent troubler les autres et la société. Elles ne peuvent pas travailler. Elles sont des personnes dépendantes. Elles ne peuvent pas décider par eux-mêmes. Il est probable que les

<sup>261</sup> Appliqué de Muscat, Robert J., *op. cit.*, 1990, pp.316-317.

criminels puissent les convaincre de faire des actions illégales, par exemple, le vol à l'arraché, l'incendie. Le gouvernement et la société doivent les prendre en charge ce qui est un lourd fardeau. Le ministère de la Santé publique a établi cet hôpital des malades psychiatriques ce qui est un grand *Bun*. Il aide la nation d'éradiquer les problèmes sociaux. Je vous remercie, le ministre de la Santé publique et les fonctionnaires...<sup>262</sup>

Aussi des plans nationaux de santé ont été élaborés pour soutenir la sécurité de la Nation et le développement économique. L'objectif du premier plan de santé sous l'orientation des politiques de développement (1962-1966) et du deuxième plan (1967-1971) a été le renforcement des infrastructures dans les zones rurales en harmonie avec le premier plan national de développement.

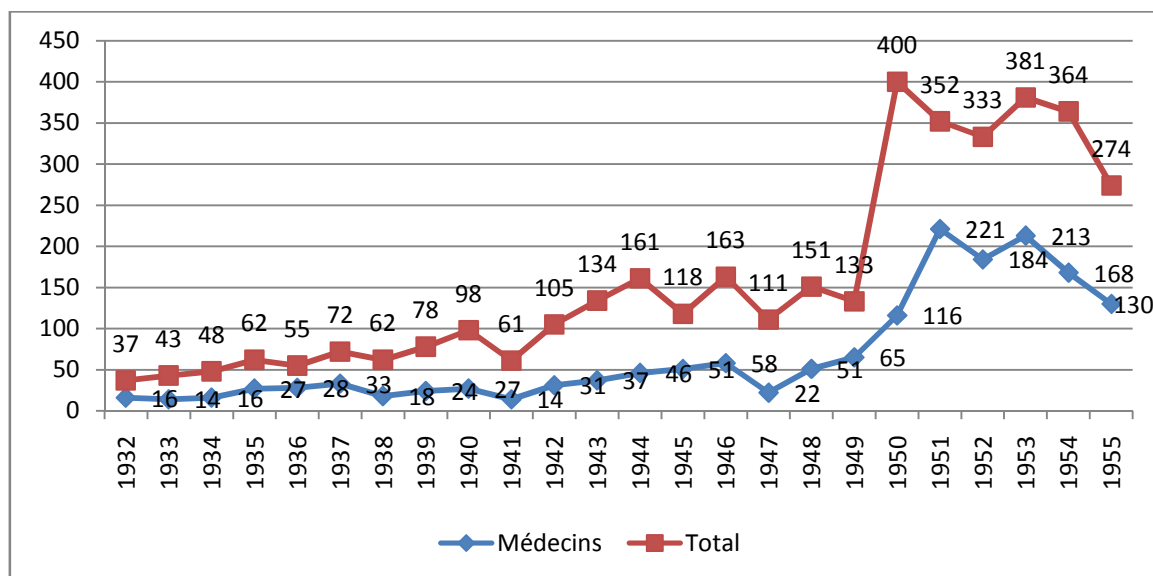
Grâce à la collaboration avec l'USOM, le projet de développement de la santé locale en 1958-1960 et le projet de la santé et de l'assainissement villageois en 1961 ont été lancés. Les conditions sanitaires des villes lointaines se sont améliorées pour lutter contre les maladies infectieuses gastro-intestinales et contre les parasites intestinaux. Le nombre de latrines a augmenté, de 36.165 en 1962 à 249.019 en 1965, 615.772 en 1968, et 1.092.689 en 1971. La présence de latrines dans les villages a augmenté, de 1% des ménages en 1962 à 6,3% en 1965, 14,1% en 1968, et 22,6% en 1971. Les systèmes d'adduction en eau potable ont également été améliorés. Quelque 300 villages pouvaient accéder à l'eau du robinet en 1965, 1775 villages en 1968 et 6560 villages en 1971<sup>263</sup>.

Grâce aux aides financières des États-Unis, l'accroissement du budget de la santé a permis d'augmenter considérablement le nombre de professionnels de santé et d'établissements sanitaires. Le budget de la santé est passé de 55 millions de bahts en 1950 à 86 millions de bahts en 1956, 274 millions de bahts (3,0% du budget national) en 1962, 476 millions de bahts (3,3%) en 1966, et 979 millions de bahts (3,4%) en 1971. En 1962, les aides financières étrangères ont représenté 33 millions de bahts, soit 12,4% du budget du ministère de la Santé publique. Elles sont passées à 94 millions de bahts (22,0% du budget de la Santé publique) en 1965, à 134 millions de bahts (24,3% du budget de la Santé) en 1967, et à 156 millions de bahts (24,2% dudit budget) en 1969.

---

<sup>262</sup> Discours du premier ministre Sarit Thanarat à l'occasion de l'ouverture du secteur ambulatoire dans l'hôpital des malades psychiatriques au 21 mars 1962.

<sup>263</sup> Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op. cit.*, 1982, pp.241-242.



Graphique n° 16 : Nombre de professionnels de santé formés chaque année de 1932 à 1955<sup>264</sup>.

Dans le graphique n°16, le nombre de médecins formés pendant la période 1950-1955 était de 116 à 220 par an, et de 270 à 400 par an pour l'ensemble des professionnels de santé. Le nombre de ces professionnels est passé de 2753 en 1962 à 4085 en 1971 pour les médecins ; de 5204 en 1962 à 9398 en 1971 pour les infirmiers ; de 421 en 1962 à 1586 en 1971 pour les pharmaciens ; de 142 en 1962 à 531 en 1971 pour les dentistes ; de 1814 en 1962 à 5212 en 1971 pour les sages-femmes ; et de 1681 en 1962 à 5367 en 1971 pour les assistants sanitaires<sup>265</sup>. La densité des professionnels de santé s'est améliorée. Le nombre d'habitants par médecin a diminué, de 10 123 en 1962 à 9037 en 1971; le nombre d'habitants par infirmier, de 5355 en 1962 à 3918 en 1971 ; le nombre d'habitants par pharmacien, de 66 201 en 1962, à 23 276 en 1971; le nombre d'habitants par dentiste, de 196 274 en 1961 à 69 529 en 1971; le nombre d'habitants par sages-femmes, de 15 364 en 1972 à 7083 en 1971; et le nombre d'habitants par assistant sanitaire, de 16 580 en 1962 à 6879 en 1971.

Le ministère de la Santé publique a construit 77 hôpitaux provinciaux dans les 72 provinces pendant la période 1951-1957, et le nombre total d'hôpitaux est ainsi passé de

<sup>264</sup> Sources : Wongsangiam, Tanwa, *รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ.2475-2500* [La Thaïlande et la santé de la population de 1932 à 1957], Memoire de l'Université de Chulalongkorn, Bangkok, 2010, p. 192.

<sup>265</sup> Note: พนักงานอนามัย (*pha-nak-ngan-a-na-mai*, assistant sanitaire) est un professionnel de santé en Thaïlande qui a fait des études en santé publique équivalent au niveau bac+2. Il travaille principalement dans un dispensaire qui est le plus petit établissement sanitaire public, au niveau de village. L'assistant sanitaire effectue un travail de prévention.

161 hôpitaux en 1962 à 211 hôpitaux en 1971. Au niveau de l'*Amphoe*, la couverture en établissements de santé est passée de 44% en 1962 à 54,9% en 1971 ; au niveau du *Tambon*, de 14% en 1962 à 42,9% en 1971<sup>266</sup>. Le nombre de lits a augmenté, de 19.961 lits en 1962 à 40.996 lits en 1971 ; le nombre d'habitants par lit a ainsi diminué, de 1.400 en 1961 à 900 en 1971. L'augmentation du nombre de professionnels de santé et d'établissements sanitaires a amélioré l'accès aux soins de la médecine moderne. La fréquence d'utilisation des services de soins ambulatoires est passée de 3,4 millions de cas en 1963 à 4 millions en 1965, et 7,8 millions en 1971. Le nombre de patients hospitalisés est passé de 318 766 en 1963 à 364 738 en 1967, 743 000 en 1970 et 826 000 en 1971. Le nombre total de jours d'hospitalisation a augmenté, de 2 261 622 jours en 1967 à 4 052 707 en 1970 et 4 467 750 en 1971 (voir Annexe IX).

Pour améliorer la fabrication de médicaments, le gouvernement a instauré un programme de doctorat en pharmacie en 1955. L'Université de Californie a collaboré à cette initiative et a élaboré le cursus. Quatre facultés de pharmacie ont été fondées de 1966 à 1969. L'usine de médicaments d'État créée en 1938 est devenue l'organisation pharmaceutique d'État, chargée de la fabrication et la distribution des médicaments ; en 1996, cette organisation pouvait fabriquer 368 types de médicaments. Le gouvernement a parallèlement encouragé les investissements étrangers dans le secteur pharmaceutique en Thaïlande. Grâce à la promotion des investissements effectuée par le BOI, 2 usines pharmaceutiques privées et 2 usines publiques ont été construites en 1960. L'Office de contrôle des produits pharmaceutiques et alimentaires a été créé et une loi sur les produits pharmaceutiques et alimentaires a été votée en 1967 pour standardiser la qualité des produits pharmaceutiques et assurer la sécurité des consommateurs.

### ***1.2 Les programmes de soins destinés à réduire le taux de mortalité***

Le gouvernement de Sarit et celui de Thanom ont poursuivi la politique visant au doublement de la population, initiée par le gouvernement de Phibun pendant la Seconde Guerre mondiale. Le Premier ministre a refusé le contrôle de la croissance démographique proposée par les technocrates du domaine de la santé et la Banque mondiale. Une population nombreuse était nécessaire à la croissance économique de la Thaïlande, qui dépendait fortement du secteur agricole. Le planning familial relevait de la responsabilité

---

<sup>266</sup> Note: l'administration locale en Thaïlande peut être hiérarchisée en province, *Amphoe*, *Tambon* et village.



individuelle. Selon le bouddhisme, on interdit l'avortement. Cependant, il y a une différence entre les deux gouvernements. La politique de Phibun était basée sur l'eugénisme, le contrôle des comportements des individus, et la multiplication des mariages pour augmenter le taux de natalité. Mais les aides financières et les transferts de technologies des États-Unis et de l'OMS ont permis au gouvernement de Sarit de profiter des nouvelles technologies médicales pour réduire le taux de mortalité.

Le gouvernement s'est focalisé sur la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile. La nutrition des femmes et des enfants a été améliorée. Les États-Unis ont fourni des compléments alimentaires et des équipements médicaux à la population thaïlandaise. De plus, ils ont transféré des technologies et des connaissances concernant la nutrition. Les services de soins maternels ont été renforcés. Le recours aux soins prénataux a augmenté, de 118 078 femmes en 1962 (11,35% des femmes enceintes) à 173 933 (14,74%) en 1965, 258 001 (21,86%) en 1968 et 292 450 (21,19%) en 1971. Le nombre de soins postnataux a progressé, de 182 624 femmes en 1962 (17,56% des grossesses) à 214 469 (18,18%) en 1965, et à 241 302 (20,45%) en 1968<sup>267</sup>. Le taux de mortalité infantile a diminué, de 97,4‰ en 1962 à 84,5‰ en 1965, à 57,1‰ en 1968 et à 49,1‰ en 1971. Le taux de mortalité maternel a régressé, de 5,6‰ en 1962 à 4,8‰ en 1965, 3,9‰ en 1968 et 3,2‰ en 1971 (voir Annexe IX).

La Thaïlande est membre de l'OMS depuis 1947. Le gouvernement américain et l'OMS ont participé au programme vertical de contrôle du paludisme, l'une des causes principales de décès chez les Thaïlandais, notamment dans les zones rurales. Environ 20% de la population thaïlandaise était infectés par le paludisme. Le paludisme a tué environ 57 000 personnes et était une menace pour le développement et l'industrialisation du secteur agricole. L'urbanisation a pu modifier les modalités épidémiologiques du paludisme et réduire l'intensité de sa transmission. Ce programme a été inséré dans le Projet de développement local de la santé pour améliorer l'assainissement et contrôler les maladies. Le programme comprenait deux phases : la pulvérisation d'insecticides à l'intérieur des habitations pour réduire le nombre de moustiques vecteurs, et la détection, la surveillance et le traitement des malades du paludisme. Le paludisme est un obstacle à la croissance économique, et affecte indirectement l'économie américaine, car les importations vers les États-Unis en provenance de pays impaludés sont *de facto* grevées d'environ 5% d'« un

---

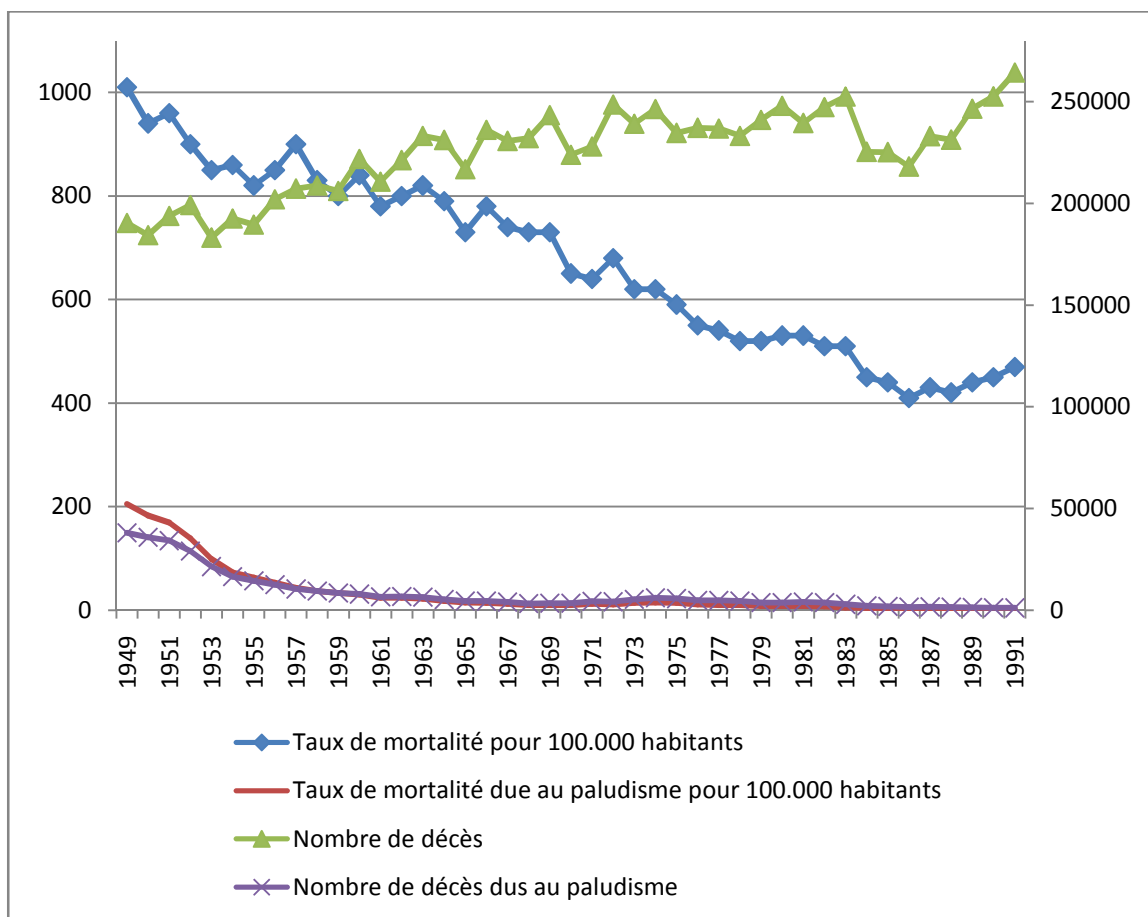
<sup>267</sup> Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op. cit.*, 1982, pp.243-244.

impôt caché induit par le paludisme», en raison de l'augmentation locale du coût de la production dans de telles conditions. Le paludisme induirait ainsi indirectement un surcoût de plus de 175 millions de dollars pour les États-Unis en 1938<sup>268</sup>. Par conséquent, le programme a été financé par les États-Unis pendant la période 1950-70. Le résultat a été impressionnant. Le gouvernement a décidé de poursuivre ce programme. Le nombre de décès dus au paludisme a diminué, de 38 046 personnes en 1949 à 16 473 en 1954, 8530 en 1959, 5278 en 1964, et 3450 en 1969. Le taux de mortalité due au paludisme pour 100 000 habitants a diminué, de 205,5 en 1949 à 73,9 en 1954, 33,2 en 1959, 18,2 en 1964 et 10,4 en 1969. Cependant, l'incidence du paludisme restait élevée dans des provinces frontalières, comme par exemple, Kanchanaburi, Chantaburi, etc.

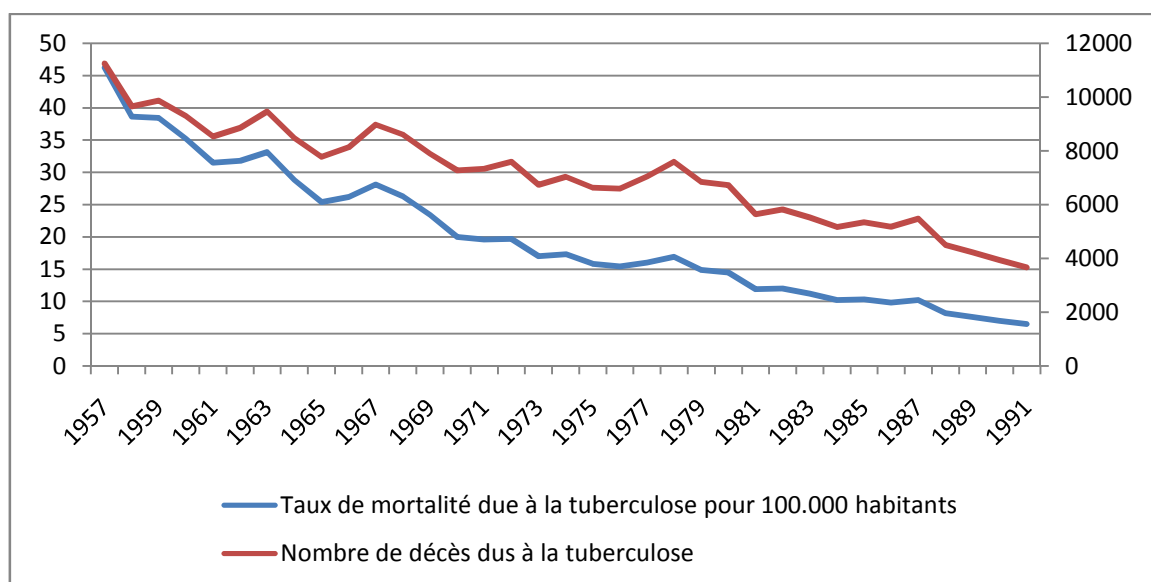
La tuberculose est une maladie chronique qui affecte les Thaïlandais depuis longtemps. Les succès de la vaccination (BCG) et les campagnes de lutte contre la tuberculose menées par l'OMS à l'échelle mondiale ont bénéficié à la Thaïlande. L'OMS et l'UNICEF ont participé à la formation de professionnels de santé pour la prévention de la tuberculose en Thaïlande. Ils ont conseillé de créer un programme de contrôle de la tuberculose et un centre de chirurgie thoracique. La couverture de la vaccination au BCG a atteint 93% des personnes âgées de plus de 20 ans dès 1956. Le gouvernement a établi 11 centres de traitement de la tuberculose dans 11 provinces. Par conséquent, le nombre de décès dus à la tuberculose a diminué, de 11 244 personnes en 1957 à 7269 en 1970. Le taux de mortalité due à la tuberculose pour 100000 habitants a diminué, de 46,2 en 1957 à 20,0 en 1970.

---

<sup>268</sup> Thorp, Willard L., « New International Program in Public Health », *American Journal of Public Health and The Nation's Health*, vol.40, n°12, 1950, p.1480.



Graphique n° 17: Nombre de décès et taux de mortalité due au paludisme de 1949 à 1991<sup>269</sup>.



Graphique n° 18: Nombre de décès et taux de mortalité due à la tuberculose de 1957 à 1991<sup>270</sup>.

<sup>269</sup> Source: Kiranandana, Tianchai, *op. cit.*, 1994, pp. 28-29.

<sup>270</sup> Source: *Ibid.*, pp. 43-44.

La Thaïlande a demandé aux États-Unis une assistance pour lutter contre le choléra. Ces derniers ont envoyé des spécialistes et fondé l'Institut de recherche du choléra en 1959, qui s'est transformé en Institut de recherche sur les maladies tropicales en 1961, cofinancé par l'armée thaïlandaise et des instituts de recherche américain.

En résumé, les caractéristiques des politiques de santé de la période 1950-1970 étaient les suivantes : en premier lieu, celles-ci se fondaient sur un modèle biomédical et des programmes verticaux de contrôle des maladies, à savoir des campagnes de lutte contre des maladies sélectionnées ; en deuxième lieu, elles renforçaient la médecine d'État, les infrastructures sanitaires et le nombre de professionnels de santé.

## **2. L'émergence de la médecine préventive et de la médecine sociale (1971-1986)**

### ***2.1 La pénurie de ressources médicales dans les zones rurales et la médecine préventive***

Les politiques de développement en Thaïlande de 1950 à 1970 ont stimulé la croissance économique, mais aussi renforcé les inégalités entre les zones urbaines et les zones rurales. Les problèmes d'inégalités ont été le principal objet des critiques du Parti communiste thaïlandais, ainsi que l'incapacité du gouvernement à réduire les méfaits du libéralisme économique. Par conséquent, le gouvernement a changé de politiques de développement et de santé afin d'augmenter son soutien populaire aux zones rurales. La pénurie de médicaments, de médecins et d'hôpitaux dans les zones rurales posait toujours un grand problème sanitaire. La plupart des Thaïlandais habitant dans les zones rurales, ils accédaient difficilement aux soins. En 1970, le taux d'automédication restait très fort, 51,4%, mais le taux de fréquentation des établissements sanitaires publics ou privés n'atteignait que 38,2%.

Des indicateurs nationaux ont créé l'illusion que la pénurie de professionnels de santé et d'établissements sanitaires s'était réduite. Ils montraient que le nombre de médecins avait augmenté, de 4.171 en 1972 à 4.607 en 1973 ; celui des infirmiers, de 9.467 en 1972 à 10 562 en 1973 ; de pharmaciens, de 1540 en 1972 à 1627 en 1973 ; de dentistes, de 529 en 1972 à 596 en 1973 ; des sages-femmes, de 5412 en 1972 à 5722 en 1973 ; et des assistants sanitaires, de 5014 en 1972 à 5312 en 1973. La densité de médecins, de

pharmaciens, d'infirmiers, de dentistes et autres professionnels de santé, ainsi que la densité des lits, s'est améliorée. Le nombre d'habitants par médecin a diminué, de 9168 en 1972 à 8599 en 1973 ; par infirmier, de 4035 en 1972 à 8599 personnes en 1973 ; par pharmacien de 24 805 en 1972 à 24 351 en 1973; par dentiste de 72 211 en 1972 à 66 476 en 1973; par sages-femmes, de 7.058 en 1972 à 6.924 en 1973; et par assistants sanitaires, de 7618 en 1972 à 6458 en 1973. Le nombre de lits a augmenté, de 50720 en 1972 à 52825 en 1973. Le nombre d'habitants par lit a diminué, de 809,7 en 1972 à 807,6 en 1973. De plus, le taux de mortalité infantile pour 1.000 naissance a diminué, de 38,1‰ en 1972 à 30,2‰ en 1973 ; tout comme celui de mortalité maternelle, passé de 3,1‰ en 1972 à 2,6‰ en 1973 (voir Annexe X).

Le gouvernement a fait beaucoup d'efforts pour augmenter le nombre de médecins et d'établissements sanitaires dans les zones rurales. Cependant, il n'a pas pu réaliser cet objectif. Il n'y avait pas assez de facultés de médecine en Thaïlande. La capacité de formation de médecins était seulement d'environ 250 médecins par année. De plus, beaucoup de médecins préféraient aller travailler aux États-Unis pour gagner plus d'argent. 140 sur 276 médecins qui ont réussi les études en médecine en 1965 ont décidé de travailler aux États-Unis. Par contre, il y eu environ 300 médecins qui ont travaillé dans les zones rurales dans la même période. De 1960 à 1975, environ de 1500 médecins thaïlandais ont émigrés et travaillé aux États-Unis<sup>271</sup>. En outre, le taux de mortalité diminuait continuellement, de 13,4‰ en 1947 à 10,8‰ en 1971, quand le taux de natalité augmentait de 28,6‰ en 1947 à 42,3‰ en 1971. La population est donc passée de 17 millions d'habitants en 1947 à 35 millions en 1970. Eu égard à la transition économique représentée par l'industrialisation, l'augmentation de la population était trop rapide pour assurer le bien-être social de tous. Par conséquent, en 1970 le gouvernement a réfléchi à la mise en place d'une politique démographique. Elle est apparue dans le 3<sup>e</sup> plan national de développement et le 3<sup>e</sup> plan national de santé (1972-1976), pour atteindre un taux de croissance démographique compatible avec le taux de croissance économique.

Pour Puaksom, un but des politiques sanitaires menées dans les zones rurales des années 1950 à 1970 était la lutte contre le communisme. Les facultés de Médecine de Siriraj, de Ramathibodi et de Chiangmai ont collaboré avec l'Agence de développement rural (Accelerated Rural Development Agency, ARD) pour créer des unités mobiles de

---

<sup>271</sup> Wibulpolprasert, Suwit et Pengpaibon, Paichit, « Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience », *Human Resource for Health*, 2003, p. 3.

médecins. Les équipes étaient financées en grande partie par les États-Unis, pour fournir des soins dans les régions sous influence du communisme. Une unité centrale à Udon Thani était dirigée par le frère aîné de la reine, le Dr. Kanlayakit Kitiyakorn. L'opération s'est déroulée jusqu'en 1974<sup>272</sup>.

Cependant, le Dr. Prawet Wasi estimait que l'ARD avait dépensé près de 20 millions de bahts pour ce projet, mais que les conditions de santé publique avaient peu évolué. Il y avait des limitations aux unités mobiles de médecins. Les médecins travaillaient dans chaque village temporairement ; ils ne connaissaient pas la culture locale et se focalisaient sur la distribution de médicaments aux villageois. Mais ils négligeaient de leur donner des informations sur les méthodes de prévention en matière de santé. Il en a conclu que, si le gouvernement thaïlandais avait utilisé l'argent sagement, ces sommes importantes auraient pu être allouées au financement d'un groupe de fonctionnaires de santé publique attachés à chaque village et sous-district, ou financer un poste permanent de médecin pour chaque district de la province concernée<sup>273</sup>.

Au début des années 1970, ce modèle biomédical a été remis en question. Il a conduit au gaspillage de beaucoup de fonds et ne pouvait pas couvrir tout le monde. Le Dr. Prawet proposait de diffuser la médecine préventive en Thaïlande. Comme mentionné dans le chapitre 2, la médecine préventive de Prawet se base sur les pratiques bouddhistes et les cultures locales plutôt que sur le capitalisme. Dans son article «*Santé publique et bouddhisme*» publiée en 1976<sup>274</sup>, il déclarait que la médecine préventive devrait être plus importante que la médecine curative. Environ 80 à 90% de maladies étaient des maladies évitables. Nous aurions pu éviter à ces maladies, si on avait renforcé l'éducation sanitaire, la prévention et la promotion de la santé pour les thaïlandais. Si les Thaïlandais avaient été en bonne santé, il n'y aurait pas eu besoin de plus de médecins et la pénurie de professionnels de santé aurait été résolue. Mais le gouvernement avait dépensé moins sur les mesures préventives que sur la médecine curative pour établir plusieurs hôpitaux publics. Par ailleurs, les médecins eux-mêmes ne voulaient pas porter leurs efforts sur la médecine préventive, car celle-ci leur rapporte moins de revenus. La plupart de médecins

---

<sup>272</sup> Puaksom, Davisakd, « A promise of desire: On the Politics of Health Care and Moral Discourse in Thailand 1950-2010 », in Bu, Liping & Yip, Ka-che (éds.), *Public Health and National Reconstruction in Post-War Asia: International influences, Local Transformations*, Routledge, 2014, p. 176-181.

<sup>273</sup> *Ibid.*, pp. 180-181.

<sup>274</sup> Wasi, Prawet, *สาธารณสุขกับพุทธธรรม* [Santé publique et bouddhisme], Fondation de Komol Keemthong, 1976, pp.61-125.

travaillaient à Bangkok et les zones urbaines. De plus, Prawet a recommandé de promouvoir la formation des professionnels locaux de santé pour prendre en charge la prévention et la promotion de santé communautaire.

Prawet a affirmé que le ministère de la Santé publique devait réformer le système sanitaire et redéfinir les fonctions de celui-ci. Plusieurs départements ou divisions auraient dû être intégrés au plan national de santé publique. Par exemple, le ministère de la Santé publique et l'école de médecine auraient dû coopérer étroitement l'un avec l'autre, tandis que le Département de la médecine, qui se focalisait sur la médecine curative, et le Département de l'hygiène, qui se focalisait sur la prévention de la santé, aurait dû être fusionnés. En bref, le traitement curatif et les divisions de prévention auraient dû être intégrés dans le système sanitaire<sup>275</sup>.

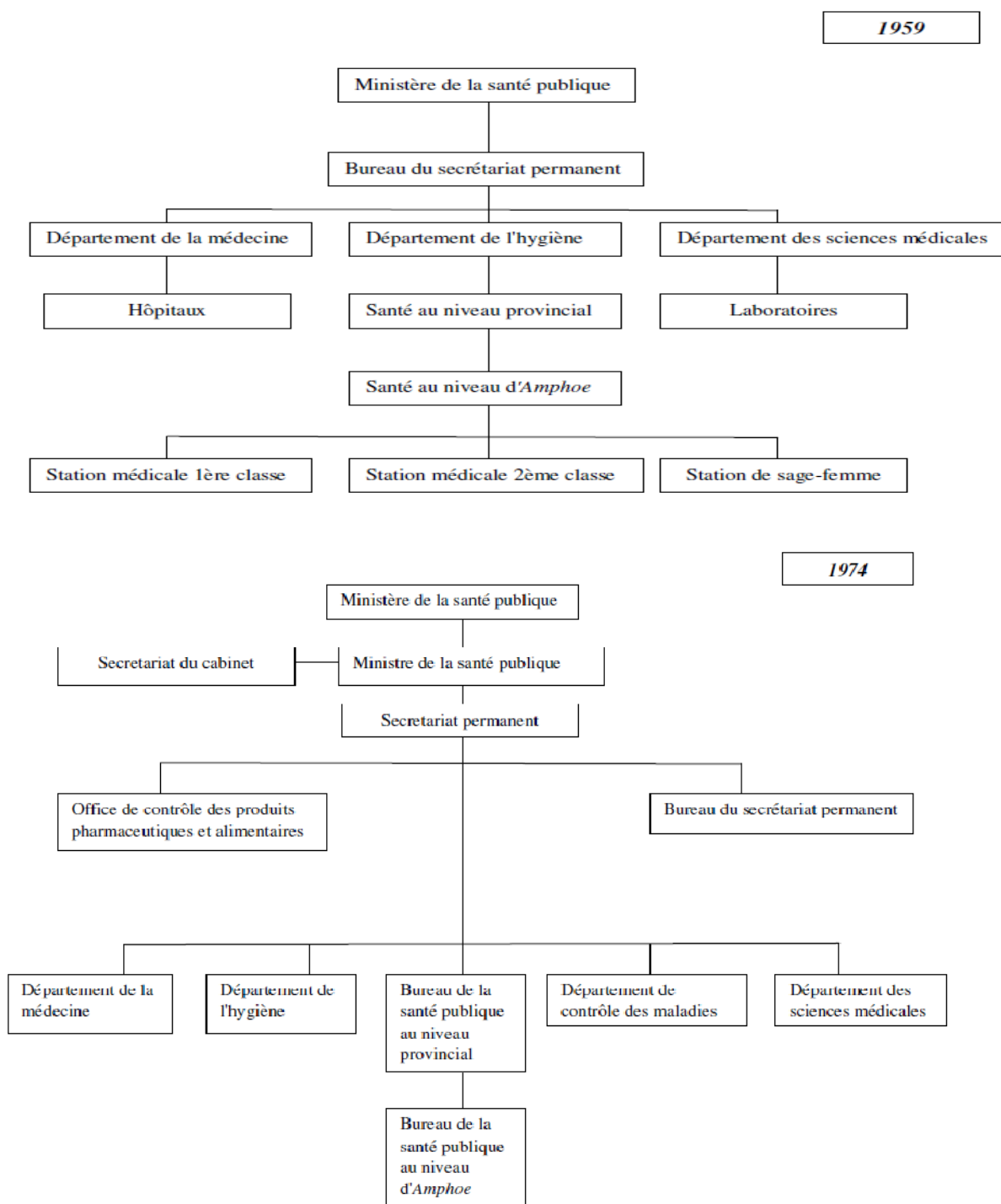
La proposition de Prawet a été adoptée après la chute du gouvernement militaire en 1973. Il y a eu des efforts de décentralisation de l'administration sanitaire et d'intégration entre le Département de la médecine et le Département de l'hygiène. Cependant, des assistants sanitaires du Département de l'hygiène ont fait de la résistance. Ils craignaient qu'un nouveau département soit dominé par des médecins formant un groupe de hauts fonctionnaires au ministère de la Santé publique. Finalement, en 1974, la réforme du ministère n'a pas intégré ces deux départements, mais a proposé une nouvelle administration locale de santé. Le bureau de la santé publique aux niveaux de la province, de l'*Amphoe* et du *Tambon*, a été placé sous la direction du secrétariat permanent à la santé. Les hôpitaux provinciaux pouvaient, de leur propre autorité, fournir des services de soins, et assurer la promotion et la prévention auprès de la population rurale. Le ministère de la Santé publique a créé un poste de médecin-directeur de l'hôpital public au niveau provincial (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, *Naipatsatarana sukjangwad*) dans toutes les provinces. Pour intégrer l'administration locale de la santé, les établissements sanitaires au niveau communal, au niveau du *Tambon*, et de l'*Amphoe* ont été placés sous l'autorité du médecin-directeur de l'hôpital provincial.

De plus, le 4<sup>e</sup> plan (1977-1981) et le 5<sup>e</sup> plan (1982-1986) nationaux de santé se focalisaient de plus en plus sur la prévention. Le budget de la prévention a donc augmenté, de 168,8 millions de bahts en 1973 à 352,7 en 1975 ; 606,8 en 1977 ; 868,3 en 1979 et 1011,2 millions en 1981. Des dispensaires se trouvaient dans tous les villages des zones

---

<sup>275</sup> Puaksom, Davisakd., *op.cit.*, 2014, p. 183.

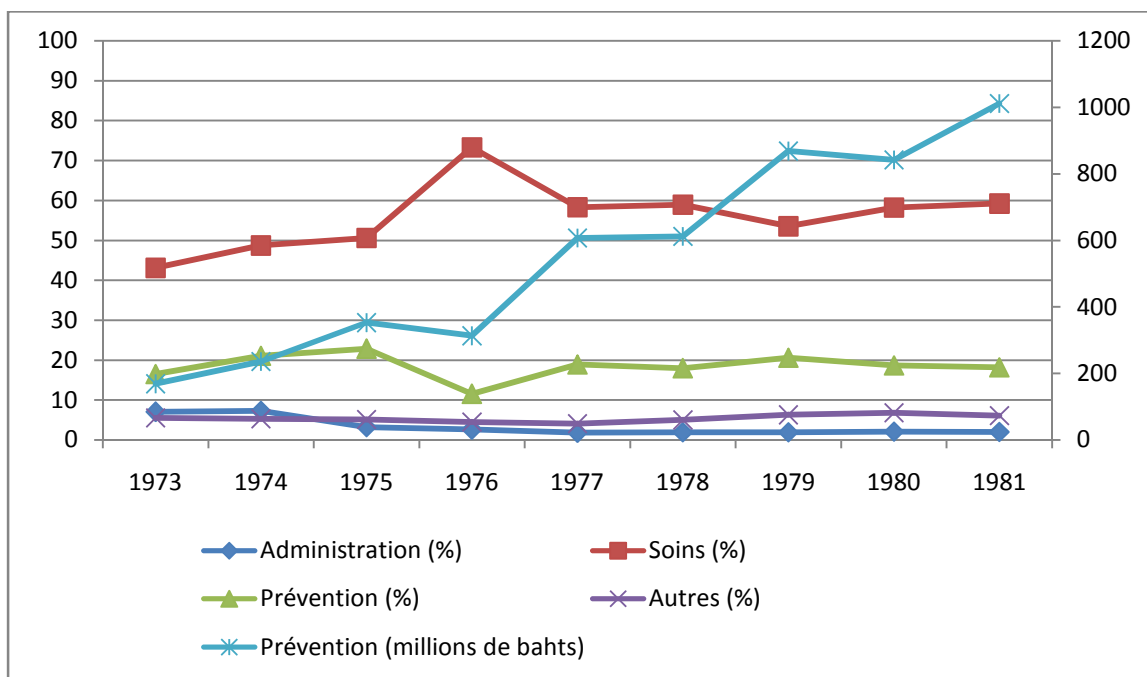
rurales. Leur rôle était devenu plus en plus important dans le système de santé. Ils étaient les établissements de base de la prévention, de la promotion et de la fourniture de soins aux villageois pour les pathologies élémentaires.



Graphique n° 19: Organigramme du ministère de la santé publique en 1959 et en 1974.<sup>276</sup>

<sup>276</sup> Pour l'année 1952, appliqué du Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 20 ปี แห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485 - 2505* [ La commémoration du 20e anniversaire du Ministère de la Santé





Graphique n° 20 : Structure de budget du ministère de la santé publique de 1973 à 1981<sup>277</sup>.

## 2.2 La participation des médecins au développement des zones rurales

La médecine sociale fut également renforcée pendant cette période. La médecine sociale est une branche de la médecine qui tient compte des facteurs socio-économiques et de leurs impacts sur la santé de la population. Le médecin et les autres professions de santé ont commencé à donner des informations sur les méthodes de prévention aux populations rurales. Ils s'engageaient de plus en plus dans le développement des zones rurales et participaient à la sphère politique. Au début des années 1970, des étudiants en médecine ont participé aux activités des organisations étudiantes, par exemple, la presse, le débat politique, etc. La faculté de médecine et celle de santé publique de l'Université Mahidol ont été au centre de mouvements d'étudiants qui s'étaient engagés dans les problèmes sociaux de la santé. Certains étudiants de médecine étaient membres de l'Union des étudiants de médecine de l'Université Mahidol, et de la Fédération des étudiants de Thaïlande. Ils ont aussi été actifs dans les événements du 14 octobre 1973 et du 6 octobre 1976.

publique (1942-1962)], pp. 60-63. Pour l'année 1974, appliqué du Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op. cit.* 1982, p. 297.

<sup>277</sup> Source : Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op. cit.* 1982, pp. 265-267.

Pour empêcher la fuite des cerveaux, depuis 1972, il devenait obligatoire pour tous les nouveaux médecins de travailler dans les zones rurales pendant trois ans au minimum. De plus, le gouvernement civil de Kukrit Pramoj a renforcé les politiques de bien-être social. Il a lancé un programme de fourniture de soins élémentaires aux pauvres, et le régime de couverture-santé des fonctionnaires. Le gouvernement s'est engagé à améliorer la répartition des professionnels de santé et la distribution des ressources médicales dans les zones rurales, et à construire de nouveaux établissements sanitaires pour couvrir tous les *Amphoe*. Ces projets étaient en harmonie avec la déclaration d'Alma Ata de l'OMS de 1978, qui proposait « un projet de soins primaires pour tous ». Ainsi, les médecins ont passé du temps dans les zones rurales et ont étudié les problèmes locaux. Beaucoup d'entre eux ont porté leur attention sur le bien-être des villageois, en particulier dans la région du Nord-Est. Leurs démarches coïncidaient avec celles des ONG et formeront le réseau social des années 1980-90. De nombreuses activités des ONG sont concernées non seulement par la santé, mais sont aussi liées à la promotion d'un développement social.

Du fait de l'inefficacité de la collaboration entre l'administration centrale et locale, ces nouveaux médecins ont rencontré beaucoup de problèmes, par exemple, la pénurie budgétaire, le manque de ressources médicales, l'épuisement professionnel et l'anxiété, etc. Au début de l'année 1976, la Fédération des médecins des zones rurales (สหพันธ์แพทย์ชนบท *sahapanpatchonnabot*) a été fondée pour soutenir les médecins des zones rurales et résoudre les problèmes auxquels ils devaient faire face. Cette fédération a regroupé des médecins des zones rurales, comme le Dr. Manit Prapansilp, le Dr. Wichai Chokwiwat, le Dr. Surakiat Archanuparb, etc. Le principe culturel de cette fédération est le respect de la priorité donné à l'âge. Le Dr. Sem Prinkpuangkaew, pionnier de la médecine sociale et de la santé publique dans les zones rurales et ex-ministre de la Santé publique en 1980 et de 1981 à 1983, et le Dr. Prawet en sont des membres éminents. Leurs pensées influencent fortement tous les membres de la Fédération.

Du fait de la participation de médecins et d'étudiants en médecine au mouvement du 6 octobre 1976<sup>278</sup>, les activités des médecins se sont retrouvées sous la surveillance du

---

<sup>278</sup> Le Massacre de Thammasat du 6 octobre 1976 est une attaque des forces policières thaïlandaises et des bandes paramilitaires d'extrême droite contre des manifestants étudiants à l'université Thammasat. Après la manifestation du 14 octobre 1973, le gouvernement civil de 1973 à 1976 renforçait la liberté d'expression. Le nombre de manifestations des paysans et des ouvriers a été augmenté pour demander l'amélioration de la qualité de vie au travail et la justice sociale. Les étudiants, y compris étudiants en médecine, étaient acteurs importants pour soutenir ces manifestations. L'université de médecine Mahidol était un centre important pour

gouvernement militaire après le 6 octobre 1976. Beaucoup de médecins ont été soupçonnés d'être communistes, y compris le Dr. Prawet. Certains professionnels de santé ont été tués. Ces événements ont forcé des professionnels de santé à fuir dans la jungle et à rejoindre le Parti communiste thaïlandais. Après l'amnistie de 1980, ceux qui avaient fui dans la jungle ont décidé de rentrer chez eux. Cependant, la méfiance entre eux et le gouvernement était encore forte. Des médecins qui avaient souhaité réintégrer la fonction publique ont fait face à des problèmes particuliers, car ils avaient été démis de leurs fonctions et ont fait l'objet d'enquête de sécurité. Toutefois, même après cette procédure, les médecins n'ont pas été embauchés en tant que fonctionnaires, mais plutôt comme contractuels, avec des salaires réduits<sup>279</sup>.

Du fait des conflits entre le gouvernement militaire et les médecins dans les années 1970-80, la critique des hommes politiques, du gouvernement central et de la politique nationale est devenu une mode très répandue parmi les médecins. En 1978, la Fédération des médecins des zones rurales a changé son nom en Association des médecins des zones rurales (ชมรมแพทย์ชนบท *chomrom patchonnabot*). L'association a renforcé son autonomie en créant, en 1982, la Fondation des médecins des zones rurales, une organisation privée pouvant collecter des fonds. Le Dr. Sem était membre du Comité d'administration de la fondation. L'objectif de cette fondation était de soutenir la recherche sur les services de soins et le financement d'établissements publics de santé dans les zones rurales. L'association est devenue un groupe fort et actif dans la politique thaïlandaise. Cependant, les médecins de cette association pensent que leurs actions sont différentes de celles des hommes politiques : leur mouvement aide la société civile et a pour but l'intérêt général. Par conséquent, leurs activités sont parfois opposées à celles du gouvernement central.

---

former l'idéologie gauchiste des étudiants. Les Médecins aux pied nus en Chine ont inspiré beaucoup d'étudiants thaïlandais en médecine pour travailler dans les zones rurales. Cependant, ces manifestations ont conduit à l'instabilité politique et économique. De plus, cet instabilité était renforcé par la crise du pétrole et la peur de l'insurrection communiste. Par conséquent, l'armée et les groupe d'extrême droite ont fait des efforts pour rétablir l'ordre social. Des bandes paramilitaires d'extrême droite ont été formé contre les manifestations de 1973 à 1976. Le septembre 1976 était le pic de la crise politique. Il a été signalé que Thanom rentrerait en Thaïlande pour faire un coup d'Etat. Donc, avant le massacre, cinq mille étudiants de diverses universités avaient manifesté contre le retour de Thanom. Le 4 octobre, il y eu une dramatisation mise en scène par des manifestants étudiants à l'université de Thammasat. Du fait que le visage d'un acteur rassemblait au prince Vajiralongkorn, le radio *Yanklor* qui était contrôlé par l'armée a accusé les manifestants étudiants de lèse-majesté. Le 6 octobre, des forces polices et des bandes paramilitaires ont attaqué les manifestants à Thammasat.

<sup>279</sup> Bamber, Scott, « The Thai medical profession and political activism », p. 239, in Hewison, Kevin (éd.), *Political Change in Thailand: Crisis, Democracy and Participation*, Routledge, 1997.

En revanche, les médecins ont collaboré avec des ONG sur le projet de soins primaires pour tous. Le Dr. Sanguan Nitiyaramphong, ex-président de l'Association des médecins des zones rurales, est un homme-clé de ce projet qui sera développé par le programme de l'UCS en 2001. En 1984, au moins 17 ONG ont participé à ce projet de soins primaires pour tous, incluant le Groupe d'étude des drogues, la médecine traditionnelle pour l'auto-guérison, le Groupe de santé communautaire et la Fondation pour les enfants. Ces ONG étaient réunies par une commune appartenance au Comité de coordination des ONG pour les soins primaires, créé en 1983 et présidée par le Dr. Prawet<sup>280</sup>.

Types de soins	Zones rurales et urbaines					Zones rurales		Zones urbaines	
	1970	1979	1985	1991	1996	1991	1996	1991	1996
Rien	2,7	4,2	-	15,9	6,9	15,6	6,7	17,9	7,5
Soins traditionnels	7,7	6,3	2,4	5,7	2,8	5,8	2,5	4,7	4,3
Automédication	51,4	42,3	28,6	38,3	37,9	38,6	38,4	36,9	36,0
Autres établissements publics de santé sauf hôpitaux publics	4,4	16,8	14,7	14,8	20,8	17,0	24,6	2,7	3,5
Hôpitaux publics	11,1	10,0	32,5	12,9	12,9	12,8	13,8	13,1	8,9
Clíniques et hôpitaux privés	22,7	20,4	21,8	12,4	24,2	10,2	14,0	24,7	39,8

Tableau n° 30 : Comportements de recours aux soins chez Thaïlandais (%)<sup>281</sup>.

L'émergence de la médecine préventive et de la médecine sociale dans cette période a créé des bons résultats. Le pourcentage de couverture des établissements sanitaires au niveau de l'*Amphoe* a augmenté de 55,9% en 1972 à 61,23% en 1981; et de 50,0% en 1972 à 82,1% en 1980 pour le taux de couverture des établissements sanitaires au niveau du *Tambon*. L'accès aux soins des Thaïlandais s'est amélioré. Ils pouvaient plus facilement bénéficier de soins dans les établissements de santé. Le taux d'automédication a diminué, de 42,3 % en 1979 à 28,6 % en 1985 et le recours aux établissements publics ou privés a

<sup>280</sup> *Ibid.*, p. 239.

<sup>281</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 2001-2004*, Bangkok, 2005, p. 165.

augmenté, de 47,2% des Thaïlandais en 1979 à 69,0 % en 1985 (voir tableau n°30). L'utilisation des services de soins ambulatoires a augmenté, de 8,967 millions d'usagers en 1972 à 30,071 millions en 1980. Le nombre de patients hospitalisés s'est accru, de 0,96 millions de personnes en 1972 à 2,261 millions en 1981 (voir Annexe X).

Les inégalités dans la distribution des professionnels de santé et des ressources médicales entre Bangkok et les autres régions se sont également améliorées. Le nombre de médecins est passé de 4069 en 1979 à 4211 en 1987) à Bangkok ; de 814 en 1979 à 1730 médecins en 1987 dans la région Centre ; de 741 en 1979 à 1264 en 1987 dans la région Nord; de 362 en 1979 à 908 médecins en 1987 dans la région Sud ; de 633 en 1979 à 1467 médecins en 1987 dans la région Nord-Est. La densité de médecins s'est améliorée dans toutes les régions. Cependant, elle est toujours la plus élevée à Bangkok et la plus faible dans la région Nord-est. Le nombre d'habitants par médecin a diminué, de 11 652 en 1979 à 6 663 en 1987 dans la région Centre ; de 13 112 en 1979 à 8 297 en 1987 dans le Nord ; de 15 641 en 1979 à 7705 personnes en 1987 dans le Sud ; de 25 713 en 1979 à 12 694 en 1987 dans le Nord-Est. L'écart de la densité de médecins entre Bangkok et le Nord-Est s'est amélioré, passant de 1 à 21,3 en 1979 à 1 à 8,9 en 1987 (voir tableaux n°31 et 32).

	Nombre de médecins et ratio nb. d'hab. / médecin									
	1979	1981	1983	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Bangkok	4069	3927	4084	3966	4211	5888	5832	6191	5582	7771
	(1210)	(1362)	(1404)	(1431)	(1418)	(1062)	(958)	(1045)	(999)	(720)
Centre	814	1019	1387	1521	1730	2008	2227	2490	3309	3100
	(11652)	(9407)	(7179)	(7335)	(6663)	(5920)	(5805)	(5180)	(4091)	(4506)
Nord	741	815	934	935	1264	2021	1747	1822	2037	2079
	(13112)	(12075)	(10879)	(10884)	(8297)	(5331)	(6317)	(6117)	(5844)	(5791)
Sud	362	447	608	865	908	1165	1179	1274	1369	1510
	(15641)	(13154)	(10061)	(7684)	(7705)	(6306)	(6079)	(6257)	(5591)	(5216)
Nord-est	633	723	889	1209	1467	1631	1818	1848	1884	2109
	(25713)	(23238)	(19675)	(14908)	(12694)	(11762)	(10970)	(10851)	(10936)	(9951)
Disparité du nb. d'hab./ médecin entre Bangkok et le Nord-est	1:21,3	1:17,1	1:14,0	1:10,4	1:8,9	1:11,1	1:11,4	1:10,4	1:10,9	1:13,8

Tableau n° 31: Distribution de médecins de 1979 à 1997<sup>282</sup>.

<sup>282</sup> *Ibid.*, p. 246.

	Nombre de lits et le rapport pop. / lit									
	1979	1981	1983	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Bangkok	14585	17661	18486	19376	24376	20337	21704	24351	25236	27327
	(337)	(303)	(310)	(293)	(245)	(308)	(257)	(266)	(221)	(205)
Centre	17481	20246	21954	32018	24628	24156	25519	27658	34248	37386
	(543)	(473)	(453)	(348)	(468)	(492)	(506)	(468)	(395)	(374)
Nord	9917	12503	12751	12650	14252	17520	16181	17502	20943	25874
	(980)	(787)	(797)	(804)	(736)	(615)	(682)	(637)	(568)	(465)
Sud	8515	8521	10258	10334	11153	11394	11888	12936	14449	16016
	(665)	(690)	(596)	(643)	(627)	(645)	(603)	(616)	(530)	(492)
Nord-est	10776	13437	14989	15294	15887	16575	18560	18719	23541	25802
	(1511)	(1250)	(1167)	(1178)	(1172)	(1157)	(1074)	(1071)	(875)	(813)
écart du ratio nb. d'hab. / lit entre Bangkok et le Nord-est	1:4,5	1:4,1	1:3,8	1:4,0	1:4,8	1:3,8	1:4,2	1:4,0	1:3,9	1:4,0

Tableau n° 32 : Distribution de lits de 1979 à 1997<sup>283</sup>.

Le programme de soins primaires pour tous est différent des programmes verticaux de lutte contre les maladies. Il couvre de nombreuses maladies, ainsi que la prévention et la promotion de la santé. En plus, il est destiné à toutes les zones rurales. La couverture des vaccinations a augmenté, de 3,22% pour enfants âgés de moins de 1 an en 1972 à 65,3% en 1981 pour la vaccine DTP ; de 8,0% des enfants âgés de 0 à 14 ans en 1972 à 70,14% en 1981 pour la vaccine BCG ; et de 8,0% des enfants âgés de 0 à 14 ans (1972) à 18,8% (1981) pour la vaccination contre la typhoïde. La prévention inclut l'éducation à la santé, les campagnes de santé en collaboration avec les opérateurs publics et privés, comme les campagnes de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, les accidents de la route, la douve du foie, l'abus de médicaments, etc., qui sont liées au contrôle des comportements de santé des individus. Le budget pour la promotion de santé de 1982 à 1986 a été 7678 millions de bahts et 11978 millions de bahts pour celui de 1987 à 1991<sup>284</sup>.

<sup>283</sup> *Ibid.*, p. 283.

<sup>284</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 1999, p. 210.

### ***2.3 La politique de contrôle du taux de natalité pendant les années 1970-1980***

La famille nombreuse était une tradition thaïlandaise avant 1970. Les bouddhistes croyaient que le contrôle des naissances était immoral. Sous les gouvernements militaires, la famille nombreuse était une devise nationale pour obtenir un grand nombre de travailleurs et un grand nombre de soldats, et pour renforcer la sécurité et la prospérité nationale. L'avancement des technologies médicales, l'accélération de taux de natalité et la baisse du taux de mortalité ont induit une croissance démographique plus rapide que la productivité. Par conséquent, le gouvernement devait augmenter les dépenses pour régler les problèmes de pauvreté, et les questions sociales et économiques. Les politiques démographiques ont été modifiées totalement depuis des années 1970.

Selon Praditsilp<sup>285</sup>, la sécurité nationale et des raisons socio-économiques ont justifié la naissance de la politique de contrôle du taux de natalité. Trois groupes de technocrates en ont été des acteurs importants. Premièrement, des médecins sociaux croyaient au néomalthusianisme. Selon eux, la surpopulation était une menace pour l'ordre sociale. La croissance démographique était plus rapide que la production alimentaire. Le rôle de médecins était de réduire le taux de mortalité et le taux de natalité. Deuxièmement, des économistes formés par des universités américaines croyaient que le revenu moyen par tête était un indicateur économique important. Le trop grand nombre d'habitants pouvait réduire mathématiquement le revenu moyen. Troisièmement, des sociologues croyaient à l'optimum de population. La population était une force économique et militaire, de consommateurs et de producteurs. Le contrôle du taux de natalité était nécessaire pour préserver le nombre optimal d'habitants. De plus, des institutions internationales comme la Banque mondiale, l'*International Planned Parenthood Federation*, le *Population Council of New York* et les États-Unis ont transféré des technologies médicales de contrôle des naissances et ont collaboré à et financé des programmes correspondants en Thaïlande. Les États-Unis ont approuvé l'assistance financière de 32 millions de dollars pour les programmes de formation de professionnels, la planification familiale et la fourniture d'équipements médicaux<sup>286</sup>.

<sup>285</sup> Praditsilp, Chaiyon, *op. cit.*, 1999, pp. 135-153.

<sup>286</sup> Dejchot, Thantima, *ความช่วยเหลือทางวิชาการของสหรัฐอเมริกาต่อประเทศไทย พ.ศ.2493-2516* [ l'assistance technique des États-Unis pour la Thaïlande de 1950 à 1973], mémoire de l'Université de Kasetsat, Bangkok, 2006, p.130.

Du fait de la collaboration des médecins, des technocrates et des institutions internationales, l'idéologie de contrôle des naissances s'est implantée dans la société thaïlandaise. Le contrôle des naissances était une nouvelle devise nationale pendant des années 1970-1980. Le gouvernement a expliqué que la surpopulation dégradait la qualité de vie, ce qui était un motif important de l'insurrection communiste. Des professionnels du contrôle des naissances ont réinterprété la croyance bouddhiste estimant que le contrôle des naissances n'était pas immoral. Ils ont également emprunté le symbole du Roi, disant que la famille royale soutenait le contrôle des naissances<sup>287</sup>.

La politique démographique et de planification familiale est apparue dans le 3<sup>e</sup> plan (1972-1976). L'article 86 de la Constitution de 1973 prévoit que le gouvernement doit mener une politique démographique cohérente avec les ressources naturelles, l'environnement économique et social, et les technologies disponibles afin de promouvoir le développement et la sécurité de l'État. Le gouvernement a créé deux institutions : l'Institut de démographie de l'Université Chulalongkorn et l'Institut de recherche sur la population et la société de l'Université Mahidol, pour élaborer les politiques démographiques. Le gouvernement a lancé des campagnes pour convaincre les citoyens de participer au planning familial. Les établissements publics de santé ont fourni des services de soins peu coûteux pour contrôler les naissances, comme l'insertion d'un dispositif intra-utérin, la stérilisation, la fourniture de préservatifs et de pilules contraceptives. Ces politiques ont réussi et le taux net de reproduction a été baissé de façon spectaculaire, de 6,2 % dans les années 1960-1965, à 2,0 % sur la période 1985-1990<sup>288</sup>.

### **3. La marchandisation de la santé (1987-1996)**

#### ***3.1 La réforme du système de santé dans le contexte de la mondialisation***

La mondialisation augmente le volume des échanges, y compris des biens et services de santé. La valeur du marché de la santé au niveau mondial est estimée à environ 3.000 milliards de dollars, et à 5 milliards de dollars pour la Thaïlande. La valeur du marché pharmaceutique mondial est d'environ 400 milliards de dollars, dont 1 milliard de dollars pour la Thaïlande. En 1995, l'OMC a proposé la libéralisation du marché international, y

---

<sup>287</sup> Praditsilp, Chaiyon, *op. cit.*, 1999, pp.306-316.

<sup>288</sup> *Ibid.*, 1999, p. 7.



compris celui des services de soins. La libéralisation du commerce peut affecter la santé. Ainsi, la réduction des tarifs peut diminuer les prix des équipements médicaux et des produits liés à la santé. La modification des règles internationales peut affecter le prix des médicaments et des vaccins. La libéralisation peut accélérer la croissance économique et améliorer la qualité de vie des peuples. Du fait de l'émergence de nouvelles épidémies telles que le SIDA, l'OMS a besoin de réfléchir à la gouvernance de la santé mondiale. Il faut renforcer le système de surveillance des maladies dans tous les pays membres. La libre circulation des informations de santé entre les pays membres est nécessaire pour créer des mesures standardisées visant à contrôler les maladies.

Ces mesures influencent l'évolution des politiques de santé en Thaïlande. La Thaïlande, membre de l'OMC, s'est engagée progressivement dans la libéralisation des services. Dans les 6<sup>e</sup> (1987-91) et 7<sup>e</sup> (1992-1996) plans nationaux de santé, le gouvernement thaïlandais a réformé le système de santé pour améliorer son efficacité et sa qualité dans le contexte de l'industrialisation et de la transition démocratique du pays. En outre, cette période a vu l'émergence de la société civile et des droits fondamentaux dans la société thaïlandaise. Le régime de la sécurité sociale a été instauré en 1991 et la couverture d'assurance maladie a été étendue à 70% de la population. Le système de santé a eu besoin de créer de nouvelles institutions pour mener à bien deux objectifs parallèles : d'une part, assurer le droit à la santé, et d'autre part, instaurer un marché libre dans le domaine de santé. Le rôle du ministère de la Santé publique a changé, passant de celui de fournisseur de soins à celui d'une agence de standardisation et de surveillance des soins en soutien au secteur privé.

Prawet a proposé de créer un Institut de recherche sur la santé publique. Le rôle de l'Institut est d'informer sur la recherche relative aux politiques nationales de santé, de soutenir la recherche nationale et le développement technologique, d'améliorer la capacité de la recherche nationale, et de donner des conseils en matière de politiques nationales de santé. L'Institut a été créé en 1992, sur la base d'une organisation autonome financée par le ministère de la Santé publique. Prawet a estimé que l'Institut devrait être autonome et non soumis à l'influence des politiciens. L'Institut a fait des recherches sur la réforme du système de santé et de son système de financement en 2001. De plus, deux autres organisations autonomes ont été créées, qui ont formé un partenariat avec l'Institut de recherche sur la santé publique. Premièrement, un fond de recherche thaïlandais a été créé par la loi sur la recherche de 1992, avec pour objectif le soutien à la recherche au niveau

local et national sur les problèmes sociaux. Deuxièmement, l'agence nationale de développement des sciences et des technologies a été créée en 1991 par le NESDB comme une organisation autonome, placée sous l'autorité de ministère des Sciences et de la Technologie. Le rôle de cette agence est de faire des recherches scientifiques dans cinq domaines : l'agriculture et l'alimentation, l'énergie et l'environnement, la santé et la médecine, les bio-ressources et la communauté, l'industrie et les services.

Pour la Thaïlande, les avantages de la libéralisation du marché de la santé sont, premièrement, l'augmentation des investissements étrangers dans le marché des assurances et dans les industries de santé, par exemple, l'ouverture d'hôpitaux ou cliniques privés ; deuxièmement, la transformation de la Thaïlande en un centre médical sud-est asiatique accueillant des patients étrangers. Au final, la concurrence sur le marché de la santé s'accroît et conduit à améliorer la qualité des services de soins et les technologies médicales. Cependant, la libéralisation du marché, également, affecte négativement le système de santé.

La libération du marché du tabac est un sujet surveillé par les technocrates du domaine de la santé. Les technocrates préféraient la prévention, précisément le contrôle des comportements nuisant à la santé, plutôt que la généralisation de la couverture d'assurance maladie, car la prévention coûte moins cher que la fourniture de soins à toute la population. La concentration sur la prévention de santé peut impliquer que le gouvernement s'empare de la responsabilité des citoyens en matière de santé. Avec la collaboration du gouvernement et du secteur privé, la Thaïlande a lancé des campagnes de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme depuis des années 1990, les plus fortes de toute l'Asie du Sud-Est. Deux lois de contrôle sur le tabac ont été adoptées en 1992. Les années suivantes, plusieurs arrêtés ministériels ont été pris pour améliorer la mise en œuvre des politiques de lutte contre tabagisme. Les lois en vigueur en Thaïlande couvrent la plupart des dispositions de la Convention-cadre de l'OMS. Tous les types de publicités sur le tabac sont interdits, comme toutes les formes de promotion des ventes, les distributeurs automatiques de cigarettes, la vente de cigarettes aux personnes de moins de 18 ans. Le gouvernement exige que des étiquettes de mise en garde lisibles, avec six messages différents, soient mises sur le devant des paquets de cigarettes.

Au niveau international, la Thaïlande est très active dans le différend avec les États-Unis devant l'OMC sur le cas du tabac. Elle a négocié l'interdiction de la publicité et de la

promotion des ventes de cigarettes de toutes provenances, y compris des États-Unis. En plus, en 1998, le ministère de la Santé publique a créé une commission ministérielle sur le commerce et la santé internationales, qui regroupe des experts universitaires, des représentants de la société civile et des représentants du ministère du Commerce. Un sous-comité a étudié les effets de la protection des brevets sur le prix des médicaments<sup>289</sup>.

Le développement a modifié les facteurs de mortalité. Les maladies transmissibles, qui constituaient la cause principale de décès pendant les dernières décennies, ont décliné. Les accidents de la route, les accidents du travail, le SIDA et certaines maladies non transmissibles, comme le cancer et les maladies respiratoires, etc., sont devenues des problèmes sérieux. De 1987 à 1992, il y avait environ de 40 000 à 60 000 accidents de la route chaque année, soit un nombre trois fois plus élevé que dans les périodes précédentes, avec environ 8000 à 9000 décès, soit un taux de mortalité de 7,4 à 16 pour 100 000 habitants. De 1993 à 1996, il y avait 80 000 à 100 000 accidents de la route chaque année, soit un doublement, avec environ 14 000 à 16 000 décès, soit un taux mortalité de 16,3 à 28,2 pour 100 000 habitants<sup>290</sup>.

Le nombre estimé de patients porteurs du virus VIH était d'environ 984 000 personnes, avec une prévalence élevée dans les régions du Nord et du Nord-Est<sup>291</sup>. La prévalence des maladies liées à l'expansion industrielle, comme la silicose, la byssinose, l'empoisonnement au plomb, la perte d'audition, etc., était aussi élevée. Par conséquent, la prévention et la promotion de la santé a été renforcée. De 1992 à 1996, le gouvernement a voté un budget de promotion de la santé de 43 161 millions de bahts (19,29 % du budget du ministère de la Santé publique), et 26 311 millions de bahts (11,75 % du budget du ministère de la Santé publique) pour la prévention<sup>292</sup>.

### ***3.2 L'expansion des services de soins du secteur privé***

La rapide croissance économique et le changement structurel de l'économie pendant la période 1987-1996 ont affecté le système de santé thaïlandais. De plus, du fait du déclin du communisme, le gouvernement a ralenti le rythme des politiques de développement dans

---

<sup>289</sup> World Health Organization & World Trade Organization, *WTO Agreements & Public Health: A joint study by the WHO and the WTO secretariat*, 2002, p.140.

<sup>290</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 1999-2000*, Bangkok, 2002, p. 223.

<sup>291</sup> *Ibid.*, p. 212.

<sup>292</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, Bangkok, 1999, p. 210.

les zones rurales. L'allocation budgétaire aux régions (Bangkok exclu) a été inférieure à 700 bahts par habitant en 1992, 1026 en 1994, 1281 en 1996 et 1127 bahts en 1997. En effet, la majeure partie des dépenses de santé a été allouée à la région la plus riche, celle de Bangkok, où la dépense publique de santé par habitant atteignait 2619 bahts en 1992, 3694 en 1994, 4098 en 1996 et 3820 bahts en 1997. La région la plus pauvre, c'est-à-dire le Nord-est, était la moins bien dotée, avec 267 bahts en 1992, 419 en 1994, 502 en 1996 et 409 bahts en 1997. L'écart des dépenses publiques par habitant entre Bangkok et le Nord-est était considérable, d'environ 1 à 9 (voir tableau n°33).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Bangkok	2619	3395	3694	3994	4098	3820
Centre	358	412	518	547	639	692
Nord	333	466	526	600	618	607
Sud	413	440	549	631	613	608
Nord-Est	267	358	419	467	502	409
Est	293	369	470	549	679	676
Ouest	351	384	454	508	679	675
Total	700	894	1026	1130	1281	1127

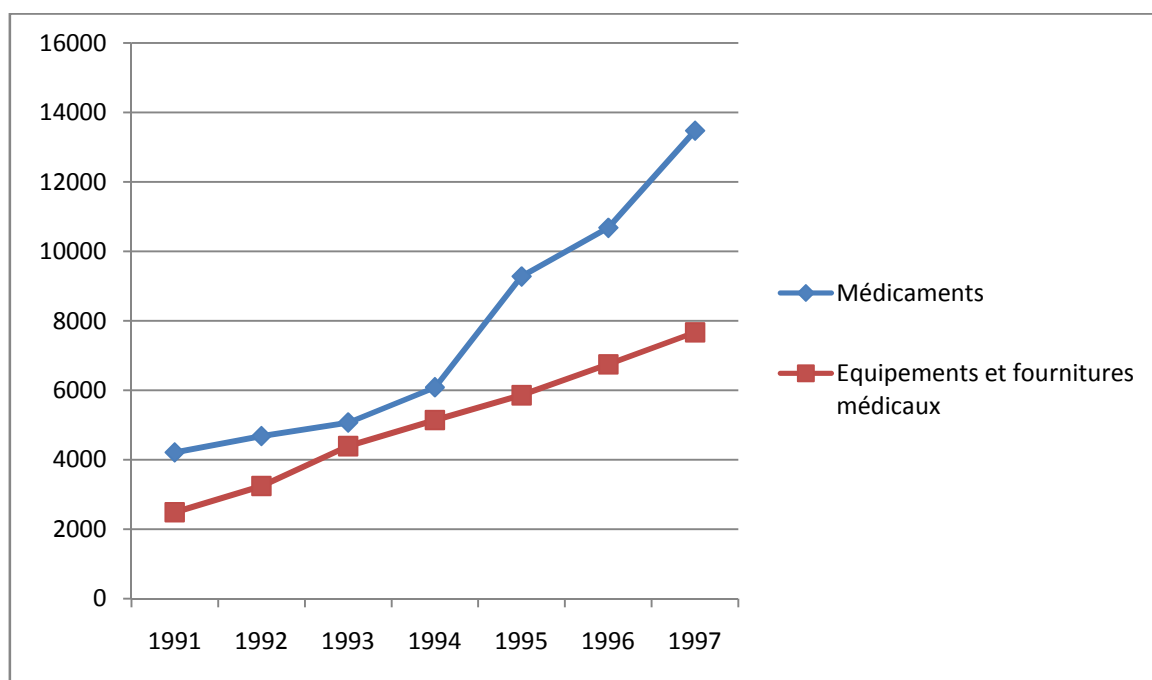
Tableau n° 33: Allocation du budget de la santé à prix constant en 2003 (bahts par habitant)<sup>293</sup>.

Le modèle de développement fondé sur l'hypercentralisation à Bangkok conduit à une distribution fortement inégale des ressources budgétaires dans le système de santé. Bangkok était une destination privilégiée pour les travailleurs thaïlandais et les expatriés. Le pouvoir d'achat des Bangkokiens s'est accru considérablement. Par conséquent, la demande de santé a doublé. Cependant, du fait de la libéralisation du marché mise en place par le plan national de développement, le gouvernement a limité son intervention face à l'augmentation de la demande tout en encourageant le secteur privé à investir dans le marché de la santé. Cette période est donc celle de la marchandisation croissante de la santé.

Grâce aux flux d'investissements directs étrangers et aux crédits bancaires, le nombre d'hôpitaux privés est passé de 132 en 1984 à 203 en 1988, 335 en 1992 et 474 en 1996. 21,7% d'entre eux étaient de grands hôpitaux, 30,4% des hôpitaux moyens et 47,9% de

<sup>293</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2005, p. 339.

petites structures. Le nombre de lits du secteur privé est passé de 8942 en 1984 à 13024 en 1988, 21297 en 1992 et 35052 en 1996. L'importation de médicaments, d'équipements et de fournitures médicaux a également augmenté. Les importations de médicaments sont passées de 4216,4 millions de bahts en 1991 à 5075,3 en 1993, 9276,4 en 1995 et 13 467,1 millions en 1997 ; et celles d'équipements et de fournitures médicaux, de 2493,2 millions de bahts en 1991 à 4395,6 en 1993 ; 5860,2 en 1995 et 7670,1 millions en 1997 (voir Graphique n°21). Les équipements de haute technologie se sont concentrés à Bangkok. 69,2% du nombre total de des appareils à Image-résonance magnétique (IRM) se trouvent à Bangkok ; 37,8% des lithotripteurs ; 73,5% des lasers ; et 34,7% des appareils à ultrason<sup>294</sup>. Le nombre d'habitants par IRM à Bangkok était 313766 ; 403414 pour des lithotripteurs ; 75303 pour des lasers et 28669 pour des appareils à ultrason. Pour les autres régions, le nombre d'habitants par IRM était 6977297; 2426886 pour des lithotripteurs ; 2067347 pour des lasers et 150453 pour des appareils à ultrason<sup>295</sup>.



Graphique n° 21 : Importations de médicaments et d'équipements et de fournitures médicaux de 1991 à 1997 (en millions de bahts)<sup>296</sup>.

<sup>294</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 1999, p. 181.

<sup>295</sup> Sources: calculations de l'auteur.

<sup>296</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2005, pp. 297-302.

	Nb. de médecins	Nb. de lits	Nb. d'hôpitaux	Médecin / lit	Médecin /hôpital
1970	236	1780	23	1:7,5	10,3
1972	329	2281	28	1:6,9	11,7
1974	387	3039	38	1:7,8	10,2
1976	461	4239	50	1:9,2	9,2
1978	687	6139	67	1:8,9	10,2
1980	781	7328	87	1:9,4	9,0
1982	819	8066	112	1:9,8	7,3
1984	890	8942	132	1:10,0	6,7
1986	892	11721	177	1:13,1	5,0
1988	1065	13024	203	1:12,2	5,2
1990	1938	14175	245	1:7,3	7,9
1992	2552	21297	335	1:8,3	7,6
1994	3217	25471	398	1:7,9	8,1
1996	3325	35052	474	1:10,5	7,0

Tableau n° 34: Nombre de médecins, de lits et d'hôpitaux dans le secteur privé<sup>297</sup>.

	Nb. de médecins	Nb. de lits	Nb. d'hôpitaux	Médecin / lit	Médecin /hôpital
1979	441	4750	291	1:10,8	1,5
1981	580	5540	313	1:9,6	1,8
1983	736	7220	388	1:9,8	1,9
1985	1162	9460	480	1:8,1	2,4
1987	1339	10800	557	1:8,1	2,4
1989	1549	11090	561	1:7,1	2,8
1991	1592	11910	576	1:7,5	2,8
1993	1766	15740	650	1:8,9	2,7
1995	1574	18560	688	1:11,8	2,3
1996	1653	20290	695	1:12,3	2,4

Tableau n° 35: Nombre de médecins, de lits et d'hôpitaux locaux dans le secteur public<sup>298</sup>.

Les dépenses de santé du secteur privé ont augmenté, de 133358 millions de bahts (72,45% de dépenses totales de santé) en 1993, à 164.842 (69,88% en 1995), et 180728 millions de bahts (62,87% de dépenses totales de santé) en 1997. Le nombre d'utilisation des services ambulatoires des établissements médicaux privés est passé de 13 millions en 1991 à 29 millions en 1996, et de 1,5 millions en 1991 à 2,3 millions en 1996 pour les

---

<sup>297</sup> *Ibid.*, p. 289.

<sup>298</sup> *Ibid.*, p. 288.

services hospitaliers. Le revenu annuel des hôpitaux privés a été estimé à 11769 millions de bahts en 1991 et 11592 millions de bahts en 1996<sup>299</sup>.

Les hôpitaux privés ont besoin de davantage de professionnels de santé, notamment de médecins. Pour résoudre la pénurie, les hôpitaux privés ont embauché des médecins du secteur public en leur offrant une rémunération 6 à 7 fois plus élevée que celle du public. De plus, la charge de travail dans le secteur public, notamment les hôpitaux locaux, était plus lourde que celle du secteur privé. Dans les hôpitaux locaux, la densité de médecins était d'environ 2,5 médecins par hôpital, avec 1 médecin pour 11 lits. Par contre dans les hôpitaux privés, la densité de médecins était d'environ 8 médecins par hôpital, avec environ 1 médecin pour 8 lits (voir Tableaux n°34 et 35). Le nombre de consultations de médecins dans les hôpitaux publics communaux était de 24 000 par an ; de 13 000 par an dans les hôpitaux régionaux, mais 6300 par an seulement dans les hôpitaux privés. Par conséquent, la fuite des cerveaux a augmenté. Beaucoup de médecins ont décidé de quitter les hôpitaux publics pour les hôpitaux privés. Certains entre eux ont décidé d'ouvrir des cabinets en libéral. Le nombre de médecins du secteur privé a augmenté, de 890 en 1984 à 1065 en 1988, 2552 en 1992 et 3325 en 1996. En 1997, 30,2% des nouveaux médecins ont décidé de démissionner de leur poste de fonctionnaires du ministère de la Santé publique (voir le tableau n°36).

Pour limiter la fuite des cerveaux du secteur public vers le secteur privé, en 1993 le gouvernement a accordé une rémunération supplémentaire de 10 000 bahts par mois pour les médecins qui ne travaillaient pas dans le secteur privé. En 1997, le gouvernement a augmenté la prime des médecins travaillant dans les hôpitaux publics des zones rurales, de 2500 à 10 000 bahts. Au total, la rémunération d'un médecin travaillant dans les hôpitaux public des zones rurales était d'environ de 40 000 à 65 000 bahts par mois. Mais celle-ci restait encore plus basse que la rémunération d'une jeune recrue dans le secteur privé, qui gagnait au moins 70 000 bahts par mois et le problème de fuite des cerveaux n'était pas résolu.

---

<sup>299</sup> Source: Bureau des statistiques nationales, การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2534 [Enquête sur les hôpitaux et les établissements privés de santé en 1991], Bangkok, 1992. Bureau des statistiques nationales, การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2539 [Enquête sur les hôpitaux et les établissements privés de santé en 1996], Bangkok, 1997.

	Nouveaux médecins formés	Réappliqué	Démissionné	Perte totale	% de perte
1994	526	-	42	42	8,0
1995	576	-	71	71	12,3
1996	568	-	98	98	17,3
1997	579	30	205	175	30,2

Tableau n° 36: Perte de médecins du ministère de la santé publique<sup>300</sup>.

La fuite des cerveaux du secteur public vers le secteur privé a accru les inégalités régionales en matière de répartition des professionnels de santé. Les hôpitaux privés se sont concentrés à Bangkok où le pouvoir d'achat était le plus élevé. Environ 29% du nombre total d'hôpitaux et 40% du nombre total de lits du secteur privé étaient situés à Bangkok. En revanche, 14% des hôpitaux et 14% des lits du secteur privé étaient dans la région Nord-Est ; et 11% des hôpitaux et 10% des lits dans le Nord (voir Tableau n°37). Depuis 1989, l'écart de nombre de lits et de médecins entre Bangkok et les autres régions a augmenté. Le nombre d'habitants par médecin à Bangkok était de 1418 en 1987, 1062 en 1989, 958 en 1991, 1045 en 1993, 999 en 1995 et 720 en 1997. Par contre, il était de 12 694 personnes par médecin en 1987, 11 762 en 1989, 10 970 en 1991, 10 851 en 1993, 10 936 en 1995 et 9951 en 1997 dans la région Nord-Est. La densité de médecins à Bangkok est 10 à 13 fois plus forte que dans le Nord-Est (voir Tableau n°31). Nous retrouvons aussi des inégalités dans la distribution des dentistes, des pharmaciens, et des infirmiers. L'écart de densité des dentistes entre Bangkok et le Nord-Est était de 1 à 13,5 ; de 1 à 15,6 pour les pharmaciens; et de 1 à 5,8 pour les infirmiers.

	Nombre d'hôpitaux	%	Nombre de lits	%
Bangkok	143	29	15505	40
Centrale	164	33	11044	29
Nord	56	11	3696	10
Nord-est	70	14	5268	14
Sud	58	12	2806	7
Total	491	100	38319	100

Tableau n° 37: Distribution des hôpitaux privés et leurs lits en 1997<sup>301</sup>.

<sup>300</sup> Wibulpolprasert, Suwit et Pengpaibon, Paichit, *op. cit.*, 2003, p. 6.



En outre, il y avait 5 CHU, 29 hôpitaux, 19 hôpitaux spécialisés, 3087 cliniques privées (27% du total) et 226 pharmacies (26%) à Bangkok. Mais le nombre total d'hôpitaux dans les autres régions était de 4 CHU, 25 hôpitaux, 41 hôpitaux spécialisés, 8354 cliniques privées (73% du total) et 8970 pharmacies (74%). La distribution inégale de professionnels de santé et d'établissements médicaux a changé les comportements de recours aux soins des Thaïlandais. La file d'attente étant très longue dans les établissements publics, ceux qui avaient assez de pouvoir d'achat choisissaient les services des hôpitaux ou cliniques privés les plus proches. Ceux qui n'avaient pas assez d'argent achetaient des médicaments dans les pharmacies ou des services de médecine traditionnelle. Le taux d'automédication est ainsi passé de 28,6% en 1985 à 38,3% en 1991 et 37,9% en 1996. Par contre, le taux d'utilisation des services de soins des hôpitaux publics a diminué, de 32,5% en 1985 à 12,9% en 1991 et 12,9% en 1996. À l'inverse, le taux d'utilisation des services de soins dans les hôpitaux privés a augmenté, de 12,4% en 1991 à 24,2% en 1996. Les habitants des zones urbaines pouvaient accéder aux soins des établissements privés de santé plus facilement que les habitants des zones rurales. Le taux d'utilisation des hôpitaux privés est passé de 24,7% en 1991 à 39,8% en 1996 dans les zones urbaines, mais seulement de 10,2% en 1991 à 14,0% en 1996 dans les zones rurales (voir le tableau n°30).

Des indicateurs de santé ont révélé les inégalités entre Bangkok et les autres régions. L'état sanitaire de la population des régions les plus pauvres, telles que le Nord et le Nord-Est est plus mauvais que celui des autres régions et celui des Bangkokiens est meilleur. L'espérance de vie à la naissance en Thaïlande en 1995-96 était en moyenne de 69,9 ans chez les hommes et de 74,9 ans chez les femmes. Mais elle était de 75,5 ans chez les hommes et 79,7 ans chez les femmes à Bangkok ; de 72,1 ans chez les hommes et à 75,7 ans chez les femmes dans le Centre ; de 69 ans chez les hommes et 75,5 ans chez les femmes dans le Nord ; de 68,4 ans chez les hommes et de 73,7 ans chez les femmes dans le Nord-Est ; de 68,5 ans chez les hommes et de 73,4 ans chez les femmes dans le Sud<sup>302</sup>.

Le taux de mortalité infantile de moins de 1 an en Thaïlande en 1995-96 était de 26,1 sur 1.000 (hors morts-nés). Le taux était le plus bas à Bangkok, 18,9. Il était élevé dans le Nord, 30,8, et dans le Nord-Est, 29,4 sur 1.000. En outre, le taux de mortalité infantile de moins de 1 an dans les zones rurales, soit 28,2 sur 1.000, était 1,85 fois plus élevé que

<sup>301</sup> Tangcharoensathien, Viroj et al, « Health impacts of rapid economic changes in Thailand », *Social Science & Medicine*, vol. 51, 2000, p. 795.

<sup>302</sup> Ministère de la Santé publique, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541 [ Les données statistiques de la Santé en 1998], Ministère de la Santé publique, Bangkok, p.20.

celui des zones urbaines, 15,2 sur 1.000<sup>303</sup>. Il en était de même pour le taux de mortalité. Le taux de mortalité était le plus bas à Bangkok, soit 4,7‰. En 1996, il était de 7,4‰ dans le Nord ; de 5,2‰ dans le Nord-Est ; et de 5,7‰ dans le Centre<sup>304</sup>. Le taux de mortalité maternelle était le plus bas à Bangkok, 2,7 sur 100.000, et dans le Centre, 10,5 sur 100.000. Mais il restait élevé dans le Sud, 26,2 ; dans le Nord, 19,1 ; et le Nord-Est, 18,7 sur 100.000<sup>305</sup>.

La croissance économique a amélioré la nutrition des enfants. Cependant, cette situation n'a pas progressé de manière semblable dans toutes les régions. Le taux de malnutrition bénigne chez enfants âgés de 0 à 5 ans à Bangkok s'est amélioré, passant de 13,08% en 1989, à 5,10% en 1991, 3,56% en 1993, et 2,89% en 1996 ; et de 1,25% en 1989, à 0,37% en 1991, 0,19% en 1993, et 0,23% en 1996 pour la malnutrition modérée et avancée. La malnutrition dans le Nord-Est était la plus grave, avec un taux de malnutrition bénigne de 24,91% en 1989, 21,52% en 1991, 19,51% en 1993, et 12,56% en 1996 ; et de 1,67% en 1989, 0,89% en 1991, 0,94% en 1993, et 0,71% en 1996 pour la malnutrition modérée et avancée. Le taux de malnutrition du Nord et du Sud était également élevé. Pour le Nord, le taux de malnutrition bénigne était de 18,76% en 1989, 16,78% en 1991, 15,28% en 1993, et 10,67% en 1996 ; et de 16,36% en 1989, 12,56% en 1991, 11,29% en 1993, et 8,21% en 1996 dans la région du Sud. Le taux de malnutrition modérée et avancée dans la région du Nord était de 1,33% en 1989, 0,97% en 1991, 1,12% en 1993, 0,83% en 1996 ; et de 1,37% en 1989, 0,56% en 1991, 0,62% en 1993, et 0,52% en 1996 dans la région du Sud. Le taux de malnutrition du Centre était bas, avec le taux de malnutrition bénigne de 9,45% en 1989, 7,3% en 1991, 6,11% en 1993, et 4,35% en 1996 ; et de 0,28% en 1989, 0,34% en 1991, 0,18% en 1993, et 0,15% en 1996 pour la malnutrition modérée et avancée<sup>306</sup>.

Les politiques de la santé étaient un instrument important de l'État pour accélérer la croissance économique et assurer la sécurité nationale. L'orientation de ces politiques était fluctuante, influencée par l'environnement politique et économique. Pour industrialiser le secteur agricole, le gouvernement a lancé des programmes sanitaires pour réduire le taux de mortalité et augmenter le nombre de main-d'œuvre. Pour lutter contre le communisme pendant la guerre froide, le gouvernement a lancé des programmes sanitaires dans les zones rurales et dans les zones rouges. À la fin de la guerre froide, le communisme n'était

---

<sup>303</sup> *Ibid.*, p.28.

<sup>304</sup> *Ibid.*, p. 51.

<sup>305</sup> *Ibid.*, p. 66.

<sup>306</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2002, p. 193.

plus la menace. Donc, le gouvernement a réduit des budgets de développements et sanitaires dans les zones rurales. De plus, pendant la croissance économique rapide des années 1990, le gouvernement a décidé de libéraliser le marché financier et le marché de santé pour que la santé devienne un nouveau secteur de développement dans l'économie thaïlandaise.

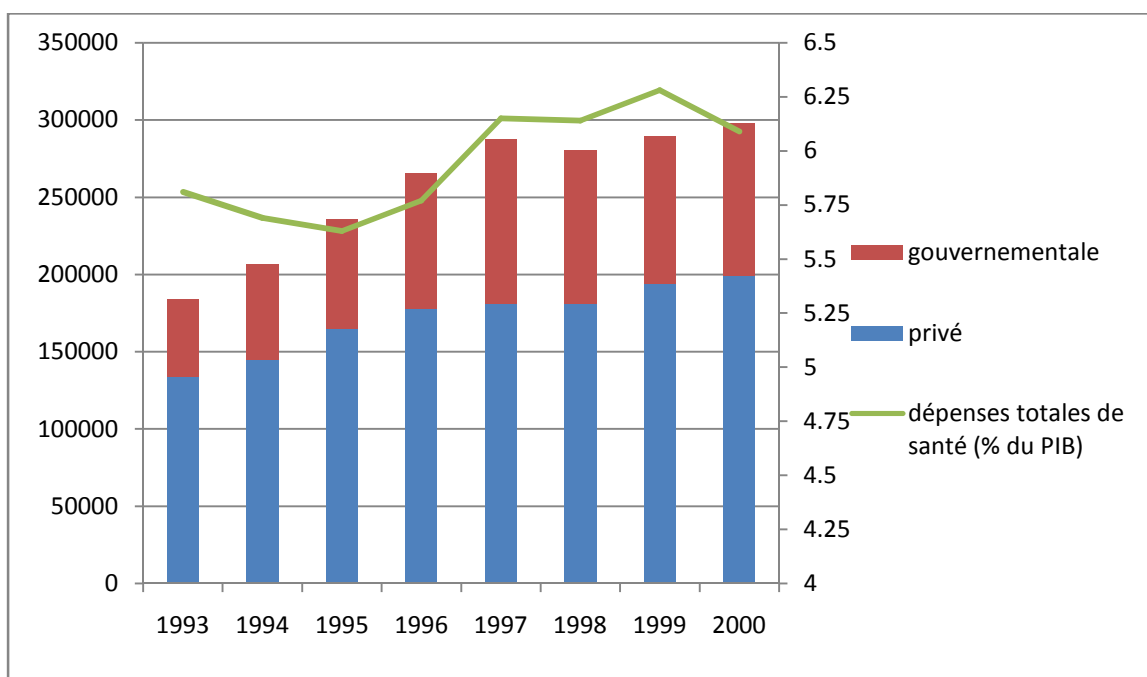
Intégrées aux politiques de développement, les politiques sanitaires étaient conduites par l'État, avec pour résultat que certaines populations pouvaient accéder aux soins plus facilement que les autres. La plupart de ressources médicales et des professionnels de la santé étaient concentrées à Bangkok. Grâce à leur capacité de paiement, les riches pouvaient accéder aux soins onéreux dans les hôpitaux privés ; à l'inverse, la file d'attente dans les établissements publics de santé était très longue et les ressources médicales et les ressources humaines en matière de santé n'étaient pas suffisantes dans les zones rurales. Pour la croissance économique, il fallait que la Thaïlande en assume le coût social et que l'écart entre les riches et les personnes défavorisées se creuse de plus en plus.

#### **4. La santé chez les Thaïlandais après la crise économique de 1997**

La crise économique a pénalisé le domaine de la santé. À cause de l'austérité fiscale, le budget du ministère de la Santé en prix courants a diminué de -5% en 1998 et -3% en 1999. La réduction du budget a été plus importante en bahts constants 1994 : -12,7% en 1998 et -3,8% en 1999. Plusieurs programmes du ministère de la Santé publique ont été touchés : le budget des programmes de services de soins a diminué de 12,5% ; celui de la promotion de santé de 14,2% ; celui de la protection de la santé des consommateurs de 6,0%. Cependant, les allocations à certains programmes considérés comme importants ont augmenté pendant la crise économique: celles des programmes de santé mentale ont augmenté de 255,7%, et celles des programmes du contrôle des maladies transmissibles de 6,8%<sup>307</sup>.

---

<sup>307</sup> Source: Bureau de la politique et la planification de santé, Ministère de la Santé publique.



Graphique n° 22: Dépenses de santé de 1993 à 2000 (en millions de bahts)<sup>308</sup>.

Du fait de la réduction des dépenses gouvernementales de santé, les dépenses de santé du secteur privé étaient de plus en plus importantes, de 180.728 millions de bahts en 1997 (62,87% des dépenses totales de la santé) ; 181.018 millions de bahts en 1998 (64,53%) ; 194.065 millions de bahts en 1999 (66,92%) (voir Graphique n°22).

Du fait du changement de la société, beaucoup de travailleurs du secteur agricole sont venus à Bangkok pour chercher du travail dans le secteur industriel. Pour que la Thaïlande soit transformée en un pays industrialisé, la protection sociale aurait dû se développer. Le lien familial et communautaire, qui avait été une composante important de la protection sociale, a été remplacé progressivement par la sécurité sociale. L'assurance maladie obligatoire aurait soulagé le fardeau financier des individus et des ménages en matière de santé pendant la crise économique. Mais les politiques d'austérité ont limité des budgets dans certains programmes sanitaires. Par conséquent, les dépenses de santé ont diminué de 106.607 millions de bahts en 1997 (37,09% de dépenses totales de la santé) à 99.329 millions de bahts en 1998 (35,41%) et à 95.667 millions de bahts en 1999 (32,99% de dépenses totales de la santé). Du fait de la réduction de la contribution obligatoire au régime de sécurité sociale (passant de 1,5% des salaires à 1%), les recettes de ce régime a diminué, de 10.245 millions de bahts en 1997 à 7.637 millions de bahts en 1998 et 7.676

<sup>308</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2005, p323.

millions de bahts en 1999. En revanche, à cause de l'inefficacité du contrôle des dépenses du régime de CSMBS, le budget de ce régime a très peu changé, de 15.503 millions de bahts en 1997 à 16.440 millions de bahts en 1998 et 15.174 millions de bahts en 1999<sup>309</sup>. L'écart de l'allocation budgétaire entre les régimes d'assurance maladie obligatoire restait ainsi toujours élevé.

Pendant la crise économique, le régime de LICS est devenu de plus en plus important. Le ministère de la Santé publique a collaboré avec le ministère du Travail pour aider les travailleurs licenciés. Les travailleurs licenciés et leur famille pouvaient bénéficier du régime de LICS et recevoir des soins gratuitement dans les établissements publics de santé pendant une année. Le gouvernement a augmenté le budget du régime de LICS de 6.370 millions de bahts en 1997 à 7.029 millions de bahts en 1998 et 8.405 millions de bahts en 1999. Les personnes affiliées à ce régime sont passées de 19% de la population totale, avant la crise, à 30% après la crise. Le nombre de bénéficiaires de ce régime était le plus élevé dans la région la plus pauvre, le Nord-Est, avec 8,14 millions de personnes. Il était le plus bas à Bangkok, avec 0,3 millions de personnes. Il concernait 3,24 millions de personnes dans le Centre, 3,94 millions dans le Nord, et 2,33 millions dans le Sud<sup>310</sup>. Comme mentionné dans le chapitre 3, les limitations du régime de LICS venaient du fait que les budgets annuels approuvés par le gouvernement étaient plus bas que ceux des autres régimes, et que la procédure pour qualifier les bénéficiaires en se basant sur le seuil de pauvreté n'était pas efficace.

	1996	1997	1998	1999
Bangkok	4098	3820	5164	4055
Centre	639	692	435	813
Nord	618	607	489	388
Sud	613	608	436	433
Nord-est	502	409	340	347
Est	679	676	581	419
Ouest	679	675	712	481
Total	1281	1127	1373	1067

Tableau n° 38: Budget de la santé à prix constant en 2003 (bahts par habitant)<sup>311</sup>.

<sup>309</sup> *Ibid.*, p. 323.

<sup>310</sup> Britran, Ricardo & Giedion, Ursula, *Waivers and exemptions for health services in developing countries*, The World Bank, 2002, p. 57.

<sup>311</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2005, p. 339.

L'augmentation du budget des LICs ne pouvait pas compenser les inégalités d'allocation budgétaire entre les régions. Après la crise, le budget de la santé était toujours le plus bas dans la région du Nord-Est avec 409 bahts par tête en 1997, 340 bahts en 1998 et 347 bahts en 1999. En revanche, Bangkok recevait toujours la plus grande part du budget avec 3.820 bahts par tête en 1997 à 5.164 bahts en 1998 et 4.055 bahts en 1999. L'écart de budget de la santé par habitant entre Bangkok et le Nord-Est qui était de 1 à 9 avant la crise, devint de 1 à 15 après la crise (voir le tableau 38).

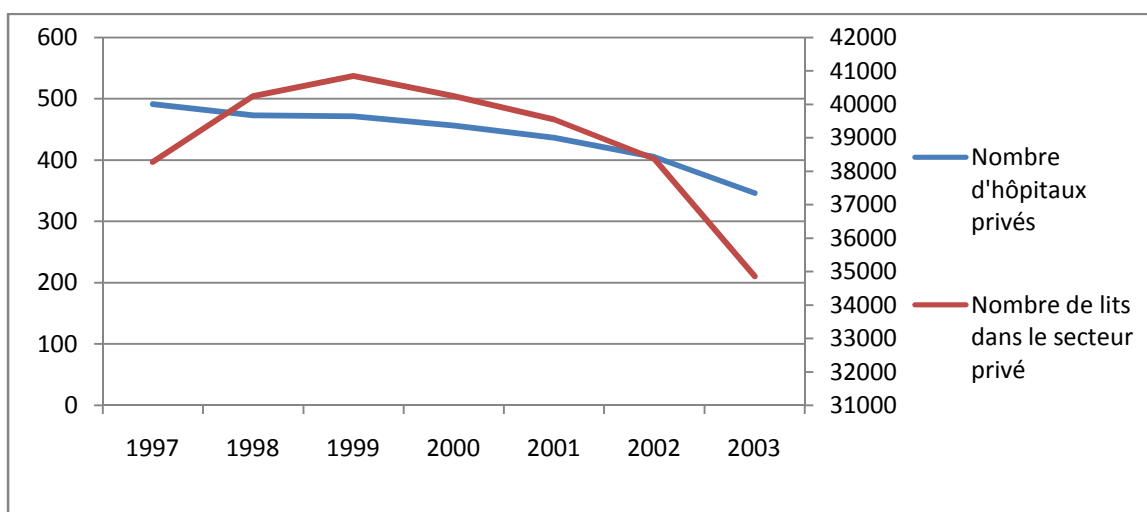
La structure des dépenses des ménages a changé après la crise. À cause de la dévaluation du baht et de l'inflation des prix alimentaires, les ménages ont dû sacrifier une part de leurs dépenses de santé. Les dépenses totales des ménages sont passées de 9.190 bahts par mois en 1996 à 10.389 bahts en 1998, 10.238 bahts en 1999, et 9.848 bahts en 2000. Mais les dépenses de santé des ménages ont diminué, de 343 bahts par mois en 1996 (4,2% des dépenses totales), à 287 bahts en 1998 (3,2%), 273 bahts en 1999 (3,1%) et 263 bahts en 2000 (3,1%). De plus, du fait de la carence de l'assurance maladie et de l'augmentation des prix des services de soins, les malades avaient tendance à choisir l'automédication. Les dépenses des ménages pour l'automédication ont augmenté, 41 bahts par mois en 1996, 48 bahts en 1998, 42 bahts en 1999 et 49 bahts en 2000. En revanche, les dépenses des ménages pour les soins dans les établissements de santé ont diminué, 302 bahts par mois en 1996, 239 bahts en 1998, 231 bahts en 1999 et 214 bahts en 2000<sup>312</sup>.

L'expansion rapide du secteur industriel de la santé était ralentie par la crise. Les hôpitaux privés ont été sévèrement touchés en raison de surinvestissements principalement financés par des prêts étrangers et de pertes dues aux fluctuations des taux de change. La dette totale des hôpitaux privés a été estimée à environ 51,6 milliards de bahts, soit 1,3 milliards de dollars. 68% de la dette provenait de prêts des banques nationales, 22% de prêts étrangers et 10% de prêts des sociétés financières<sup>313</sup>. Cette situation était aggravée par la réduction des revenus des hôpitaux privés. Les clients importants des hôpitaux privés étaient les salariés assurés par l'assurance maladie des entreprises et les catégories à revenu moyen ou élevé. À cause de la crise, certains d'entre eux ont été licenciés et ont perdu la couverture santé assurée par les entreprises et aussi une part de leurs revenus. Les dépenses des ménages pour les services de soins dans les établissements privés de santé

<sup>312</sup> *Ibid.*, p329.

<sup>313</sup> Tangcharoensathien, Viroj et al, « Health impacts of rapid economic changes in Thailand », *Social Science & Medicine*, vol.51, 2000, p.793.

ont diminué de 134 bahts par mois en 1996, à 115 bahts en 1998, à 122 bahts en 1999 et à 108 bahts en 2000.



Graphique n° 23 : Nombre d'hôpitaux privés et de lits dans le secteur privé de 1997 à 2003<sup>314</sup>.

Par conséquent, l'offre des hôpitaux privés excédait la demande. Plus de 40% des lits étaient inoccupés et devaient être supprimés après 2000. Le nombre des hôpitaux privés a diminué : 456 hôpitaux en 2000, 436 en 2001, 405 en 2002 et 346 en 2003. Le nombre de lits dans les hôpitaux privés a diminué : 40.250 lits en 2000, 39.551 lits en 2001, 38.370 lits en 2002 et 34.863 lits en 2003 (voir graphique n°23).

La seule conséquence positive a été la réduction de la fuite des cerveaux du secteur public vers le secteur privé. Du fait de la contraction du marché de la santé, la demande de services dans les hôpitaux ou cliniques privées a diminué d'environ 60-70%. De plus, le gouvernement a relancé les programmes sociaux dans les zones rurales en 1999, par exemple le projet pour l'augmentation du nombre de médecins dans les zones rurales. Certains médecins du secteur privé ont décidé de retourner à leur poste au ministère de la Santé publique : 30 médecins en 1997, 93 en 1998, 168 en 1999, et 92 en 2000. En revanche, la tendance à la démission des médecins du ministère de la Santé publique était en déclin. Le nombre de médecins démissionnaires a diminué de 205 médecins en 1997, à 117 en 1998, 63 en 1999, et 133 en 2000<sup>315</sup>.

<sup>314</sup> *Ibid*, p289.

<sup>315</sup> Wibulpolprasert, Suwit & Pengpaibon, Paichit, *op. cit.*, 2003, p.6.

	Nombre de médecins et le rapport hab. / médecin			Nombre de dentistes et le rapport hab. / dentiste		
	1997	1999	2001	1997	1999	2001
Bangkok	7771	7438	7504	1651	1891	1788
	(720)	(760)	(760)	(3389)	(2991)	(3190)
Centre	3100	3917	4315	657	818	878
	(4506)	(3653)	(3375)	(21263)	(17494)	(16588)
Nord	2079	2494	2699	398	446	577
	(5791)	(4869)	(4488)	(30248)	(27225)	(20993)
Sud	1510	1659	1612	248	316	414
	(5216)	(4888)	(5127)	(31760)	(25663)	(19963)
Nord-est	2109	2632	2817	460	555	660
	(9951)	(8116)	(7614)	(45622)	(38487)	(32499)
Disparité de pop/ médecin entre Bangkok et Nord-est	1:13,8	1:10,7	1:10,0	1:13,5	1:12,9	1:10,2

	Nombre de pharmaciens et le rapport hab. / pharmacien			Nombre d'infirmiers et le rapport hab. / infirmier		
	1997	1999	2001	1997	1999	2001
Bangkok	2847	2653	2295	15190	18543	19889
	(1965)	(2132)	(2485)	(368)	(305)	(287)
Centre	1145	1249	1426	13915	16738	19437
	(12201)	(11458)	(10213)	(1004)	(855)	(749)
Nord	757	731	1093	10130	11882	14149
	(15903)	(16610)	(11082)	(1188)	(1022)	(856)
Sud	507	606	851	7290	8332	10247
	(15535)	(13382)	(9712)	(1080)	(973)	(807)
Nord-est	685	823	1193	9841	12513	14320
	(30636)	(25954)	(17979)	(2132)	(1707)	(1498)
Disparité d'hab./ médecin entre Bangkok et le Nord- Est	1:15,6	1:12,2	1:7,2	1:5,8	1:5,6	1:5,2

Tableau n° 39: Distribution de professionnels de santé de 1997 à 2001<sup>316</sup>.

Après la crise, les inégalités de répartition des médecins entre les régions se sont améliorées temporairement. Le nombre de médecins a augmenté dans toutes les régions

<sup>316</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2005, p. 246.



sauf à Bangkok. Dans la région du Nord-est, il est passé de 2109 médecins en 1997, à 2632 en 1999 et à 2817 en 2001. En revanche, il a diminué à Bangkok, de 7771 médecins en 1997, à 7438 en 1999 et à 7504 en 2001. L'écart de densité des médecins entre la région du Nord-est et Bangkok a diminué, de 1 à 13,8 en 1997, à 1 à 10 en 2001. Les inégalités de répartition des autres professionnels de santé se sont également réduites. L'écart de densité des dentistes entre la région du Nord-est et Bangkok a diminué de 1 à 13,5 avant la crise à 1 à 10,2 après celle-ci ; de 1 à 15,6 à 1 à 7,2 pour les pharmaciens; et de 1 à 5,8 à 1 à 5,2 pour les infirmiers (voir Tableau n°39).

Pour l'accès aux soins, du fait de la réduction du pouvoir d'achat, le nombre de recours aux services de soins dans les établissements privés de santé a diminué dans les services de soins ambulatoires (de 4,45 millions en 1997, à 4,14 millions en 2000) et les services de soins hospitaliers (1,58 millions en 1997, à 1,62 millions en 1998, à 1,47 millions en 1999).

Par conséquent, des individus qui ne pouvaient pas payer les tarifs de soins dans les établissements privés ont changé leurs comportements en matière de santé et se sont réorientés vers le secteur public, qui coûtait moins cher. De plus, le gouvernement a étendu la couverture d'assurance maladie qui couvrait 50% de la population avant la crise, 70% après celle-ci. Les recours aux soins ambulatoires dans les établissements publics de santé ont augmenté de 87,88 millions en 1997, à 112,40 millions en 2000, et celui des recours aux soins hospitaliers de 5,0 millions en 1997, à 5,48 millions en 2000. Le gouvernement encourageait les soins primaires, qui coûtaient moins cher que les soins secondaires et tertiaires pour économiser des fonds. Par conséquent, le nombre de recours aux services de soins se concentrait dans les dispensaires ou les hôpitaux publics du niveau commun (voir Tableau n°40). Cependant, l'augmentation des recours aux services de soins des hôpitaux publics, conjugué à la réduction du budget du ministère de la Santé publique, pouvait accroître le surpeuplement des hôpitaux publics et diminuer la qualité des soins. Environ 45% des dispensaires et hôpitaux public du niveau commun ont déclaré qu'ils fournissaient des soins de santé de qualité inférieure pour des raisons budgétaires.

	Soins ambulatoires		Soins hospitalisés	
	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public
1996	4,95	78,88	1,63	4,85
1997	4,45	87,88	1,58	5,00
1998	5,17	96,62	1,62	5,44
1999	4,58	102,98	1,47	5,44
2000	4,14	112,40	1,48	5,48

	Soins ambulatoires du secteur public			Soins hospitalisés du secteur public	
	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux locaux	Dispensaires	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux locaux
1996	15,49	28,00	35,39	2,46	2,39
1997	16,78	29,57	41,53	2,56	2,44
1998	18,15	33,93	44,54	2,59	2,85
1999	19,41	36,71	46,86	2,62	2,82
2000	20,44	40,16	51,80	2,56	2,92

Tableau n° 40 : Recours aux soins du secteur public et privé de 1996 à 2000<sup>317</sup>.

La crise économique a affecté négativement la santé au niveau national. Le taux de mortalité infantile est un indicateur important pour évaluer l'impact négatif de la récession économique sur la santé de la population. Il est sensible au changement économique, notamment dans les pays pauvres. Généralement, le taux de mortalité infantile a une corrélation négative avec le taux de croissance économique et le PIB. La récession économique affecte négativement les revenus de ménages et leur pouvoir d'achat qui limite les dépenses de santé, de l'éducation et des biens de consommation, l'allocation chômage, etc. Elle induit également une réduction des dépenses gouvernementales dans le domaine de la santé, par exemple la fourniture des services de soins.<sup>318</sup> Par conséquent, il y a une tendance à ce que la santé des ménages se dégrade pendant la récession économique. Des causes de mortalité infantile sont évitables, par exemple la malnutrition des enfants, le manque d'accès aux soins infantiles, si les ménages en ont les moyens. Les enfants âgés de 0 à 5 ans sont dépendants de leurs parents et de leur famille. La réduction des revenus des ménages est susceptible d'affecter la quantité et la qualité de l'apport alimentaire des

<sup>317</sup> *Ibid.*, pp. 54-55.

<sup>318</sup> Ensor, Tim et al., «The impact of economic recession on maternal and infant mortality: lessons from history», *BMC Public health*, 2010, 10:727, pp. 2-3.

enfants et leur accès aux médicaments, aux soins et à l'éducation. Il est probable que la récession économique force les enfants à abandonner leur scolarisation, les femmes à chercher des revenus supplémentaires et augmente le stress dans la famille qui affecte négativement la santé physique et psychologique des enfants.

Pendant la crise économique en Thaïlande, le taux de mortalité infantile (de 0 à 1 an) a augmenté de 3,7 pour 1.000 naissances vivantes en 1997, à 4,9 en 1998, à 6,6 en 1999 et à 6,2 pour 1.000 naissances vivantes en 2000<sup>319</sup>. Le taux de mortalité infanto-juvénile (de 0 à 5 ans) a augmenté, de 1,5 pour 1000 en 1997, à 2,8 pour 1000 en 1998, à 2,1 pour 1000 en 1999 et à 1,8 pour 1000 en 2000<sup>320</sup>.

	Croissance du PIB (%)	Taux de mortalité infantile (de 0 à 1 an)		Taux de mortalité infanto-juvénile (de 0 à 5 ans)	
			Taux d'accroissement (%)		Taux d'accroissement (%)
1995	9,3	7,2	-	2,1	-
1996	5,9	5,5	-23,6	1,8	-52,3
1997	-1,4	3,7	-32,7	1,5	-16,6
1998	-10,8	4,9	32,4	2,8	86,6
1999	4,2	6,6	34,6	2,1	-25,0
2000	4,3	6,2	-6,0	1,8	-14,2

Tableau n° 41 : Taux de mortalité infantile et de mortalité infanto-juvénile de 1995 à 2000.

Cependant, il n'est pas évident que la crise économique ait affecté la malnutrition chez les enfants, adolescents ou femmes enceintes. Et l'impact de la réduction du budget des programmes de la santé reproductive et de la prévention du SIDA n'était pas clair.

Le nombre des malades mentaux a augmenté plus rapidement en raison des problèmes induits par la crise. Le taux d'admission des patients en psychiatrie ambulatoire est passé de 30,7 pour 100.000 habitants en 1997, à 33,4 pour 100.000 habitants en 2000. Le taux de suicide a augmenté (de 6,9 pour 100.000 habitants en 1997 à 8,4 en 2000), en particulier chez les hommes (de 10,7 pour 100.000 habitants en 1997 à 13,2 en 2000). Selon l'enquête du Département de la santé mentale, entre 1997 et 2000, la prévalence du stress et des idées suicidaires parmi les chômeurs était d'environ deux fois plus élevée que celle des employés<sup>321</sup>. Les problèmes psychiatriques étaient devenus une question nationale. Par conséquent, le gouvernement a lancé des programmes de prévention du

<sup>319</sup> Ministère de la Santé publique, สถิติสาธารณสุข พ.ศ 2541 .[ Les données statistiques de la Santé en 1998], Ministère de la Santé publique, Bangkok, p. 58.

<sup>320</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2002, p. 186.

<sup>321</sup> Lotrakul, Manote, « Suicide in Thailand during the period 1998-2003 », *Psychiatry and Neurosciences*, n° 6, 2006, pp.91-94.

suicide, par exemple, en créant des centres d'assistance et d'accompagnement pour écouter les personnes ayant une problématique de santé mentale, en organisant des séminaires pour la surveillance de la dépression et la prévention du suicide.

Le stress s'accumulait dans les familles et pouvaient éroder les relations familiales. Selon la coutume thaïlandaise, tous les membres de la famille ont le devoir de prendre soin des personnes âgées dans leur famille. Cependant, à cause de la perte de revenus, certaines personnes âgées étaient négligées en particulier dans les familles pauvres. Le stress en famille affectait aussi négativement la vie de couple. Le taux de divorce a fortement augmenté avec la crise, de 12,9% en 1996, à 21% en 2000. Par conséquent, le nombre d'enfants abandonnés de 0 à 6 ans a augmenté : de 2.242 enfants en 1997, à 2.598 enfants en 1998, à 2.633 enfants en 1999 et 2.558 enfants en 2000.

## **Troisième partie**

# **LE PROGRAMME DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DE SANTÉ : UN GRAND CHANGEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ THAÏLANDAIS EN 2001**



Des années 1950 aux années 1990, l'idéologie nationale Nation-Religion-Roi a influencé le système de santé et a affecté positivement le renforcement de l'unité de la Nation, l'amélioration de l'état sanitaire et la modernisation du système de santé. Cependant, les inégalités dans le domaine de la santé ont graduellement augmenté. La crise économique de 1997 a montré que le système de santé devait être réformé pour s'adapter aux évolutions rapides de la mondialisation.

La réforme du système de santé de 2001 était une réforme importante qui a renforcé les droits des patients et a assuré l'accès aux soins pour tous. Dans le chapitre 7, nous étudierons l'évolution de cette réforme: Quels sont les facteurs qui ont poussé à la réforme? Avec quels acteurs politiques et pour quels changements?

Dans le chapitre 8, nous étudierons le bilan de la réforme de 2001. Nous comparerons, avant et après la réforme, l'allocation budgétaire, les ressources humaines et les ressources médicales, l'accès aux soins et les inégalités devant la santé.

Tous les changements créent des opposants et des conflits. Même si la réforme de 2001 a amélioré l'accès aux soins et réduit des inégalités dans le domaine de la santé, le gouvernement ne pouvait pas convaincre tous les groupes d'intérêts d'accepter ce changement. Dans le chapitre 9, nous étudierons les conflits autour du système de santé après la réforme de 2001, entre les conceptions du modèle de développement, de la santé et la justice sociale des anciens acteurs politiques et du gouvernement de Thaksin.





## CHAPITRE 6

### LA RÉFORME DU SYSTEME DE SANTÉ DE 2001

De la fin de la Seconde Guerre mondiale à l'an 2000, le système de santé, intégré aux plans de développement, avait pour but d'améliorer la santé de la population et également de renforcer la croissance économique et la sécurité nationale. Le développement a créé de grands écarts de revenus et de santé entre les classes supérieures et la base. Le gouvernement n'a pas suffisamment reconnu l'importance du capital humain. Les personnes à faible revenu étaient marginalisées. Elles ont particulièrement souffert de la crise économique de 1997. Pour sortir de la crise socio-économique, la Thaïlande a donc eu besoin de réformes dans tous les domaines, y compris dans le domaine de la santé.

La Thaïlande a effectué de nombreuses réformes du système de santé, parmi lesquelles celle de 2001 a été la plus importante de son histoire. La réforme de 2001 a transformé l'ancien système de santé, dans lequel l'État avait un rôle minimal de fourniture de soins de base aux citoyens, et a introduit un nouveau système dans lequel l'État avait pour but d'assurer la santé des Thaïlandais. En outre, le gouvernement a réformé le financement, l'administration et la législation pour améliorer l'efficacité, la transparence, la responsabilité et l'équité du système de santé. Un des corollaires de cette réforme a été l'amélioration de l'état de santé de la main-d'œuvre pour qu'elle soit plus compétitive face à la concurrence internationale. Cependant, la mise en place de la couverture universelle de santé en Thaïlande a constitué une arène politique où plusieurs acteurs, hommes-politiques, médecins, médecins libéraux et ONG, se sont engagés.

#### 1. L'origine de la réforme du système de santé de 2001

##### *1.1 L'émergence des droits de l'homme et du droit à l'accès aux soins*

La fin de la guerre froide a mis fin à la menace du communisme, ce qui a été une opportunité pour renouveler l'engagement international en faveur des droits de l'homme. Les pays développés occidentaux avec le soutien des organisations internationales, telles

que l'ONU, la Banque Mondiale, l'OMS, l'OMC et le FMI, se sont préoccupés de ce sujet. En 2000, l'ONU, avec 193 pays membres, a adopté 8 objectifs du millénaire pour le développement : 1. Réduire la pauvreté et la faim, 2. Assurer l'éducation primaire pour tous, 3. Promouvoir l'égalité des sexes, 4. Réduire la mortalité infantile, 5. Améliorer la santé maternelle, 6. Combattre les maladies, 7. Assurer un environnement durable, et 8. Mettre en place un partenariat mondiale pour le développement.

De 1932 à 1990, la Thaïlande a connu 10 coups d'État et 13 Constitutions. Elle a été gouvernée pendant plusieurs années par des gouvernements militaires. La démocratisation s'est ralentie. Des années 1990, le changement de la politique internationale a influencé la Thaïlande et a poussé vers la transition à la démocratie. L'expansion de l'économie et de l'éducation a permis à la classe moyenne de faire des études dans les pays occidentaux et de comprendre la valeur du libéralisme et de la démocratie, ce qui a été une force importante pour les diffuser dans la société.

En 1991, le 11<sup>e</sup> coup d'État mené par le « Conseil national de maintien de la paix » a renversé le gouvernement élu de Chatchai Choonhavan. Pour justifier ce coup, le putsch a invoqué la « corruption » du gouvernement et la « dictature parlementaire ». L'armée a sélectionné le nouveau Premier ministre, Anand Panyarachun, et a établi un nouveau comité pour rédiger une nouvelle Constitution qui permettait une personne non élue d'être nommée Premier ministre. Après l'élection générale d'avril 1992, le parti politique Sammakhi Tham, un parti proche de l'armée, a formé un gouvernement de coalition pro-militaire. Le Parlement a invité général Suchinda Krapayoon, leader du putsch, devenir le nouveau Premier ministre. Suchinda a accepté cette proposition.

Le 6 mai 1992, la Fédération des étudiants thaïlandais et la Campagne pour la démocratie du peuple (CPD) ont organisé une grande manifestation qui a rassemblé 50.000 manifestants contre la junte. Cette manifestation a été différente de celle d'octobre 1973 et de celle d'octobre 1976. En dehors des étudiants, plusieurs secteurs de la classe moyenne y ont participé. Chamlong Srimuang, leader du parti politique Palangtham, un parti d'opposition, a entamé une grève de la faim contre le Premier ministre. De plus, il a été un des acteurs principaux pour formuler des revendications lors de cette manifestation et un leader du rassemblement. Gothom Ariya, vice-président du CPD, avait des relations étroites avec des ONG. Le 14 mai 1992, la Confédération pour la démocratie (CFD) a été fondée ; des médecins, des dirigeants d'ONG, des dirigeants d'entreprises d'État et des

dirigeants de syndicats étaient parmi ses membres. Les manifestants ont demandé la dissolution du gouvernement militaire.

Selon le journal hebdomadaire *Krunthep Thurakit Sutsapda*, 30 % des manifestants appartenaient la classe moyenne et avaient des téléphones mobiles. Parmi les manifestants figuraient des salariés du secteur privé, des hommes d'affaires, des membres de la secte bouddhiste Santi Asoke, des partisans de Chamlong et des personnes hautement qualifiées. Le journal hebdomadaire *Phuchatkan* a rapporté une enquête dirigée par l'Association des sciences sociales de Thaïlande, montrant que 50% des manifestants étaient des salariés du secteur privé, seulement 8,4% d'entre eux étaient des étudiants, 14,8% étaient des fonctionnaires. 52% des personnes ayant répondu à l'enquête avaient une licence, et 14,5% un master. 39,4% d'entre eux avaient 20-29 ans, 36,5% avaient 30-39 ans et 14,2% avaient 40-49 ans. 14,1% d'entre eux avaient des salaires de moins de 5.000 bahts, 28,5% avaient des salaires de 5.000 à 10.000 bahts, 30,0 % avaient des salaires de 10.000 à 20.000 bahts, 15,5% avaient des salaires de 20.000 à 50.000 bahts, et 6,2% avaient des salaires de 50.000 bahts ou plus<sup>322</sup>. Selon les conclusions de cette enquête, la manifestation du mai 1992 était une manifestation de la classe moyenne.

Du 15 au 18 mai, il y a eu des affrontements entre policiers et manifestants. Le gouvernement a déclaré l'état d'urgence le 18 mai, et a déployé environ 5.000 soldats lourdement armés pour réprimer l'émeute. La violence a entraîné, selon le bilan du ministère de l'Intérieur, 52 morts et plus de 1.200 blessés. Cette crise politique a été résolue par l'intervention du roi Rama IX. Le 20 mai 1992, le roi a ordonné à Suchinda et Chamlong d'arrêter le conflit. Suchinda a quitté son poste. Le pouvoir de l'armée dans la politique thaïlandaise a fortement diminué après le « Mai noir » de 1992. Par contre, la victoire du peuple a signifié le renforcement de la démocratie et de la participation des citoyens. La nécessité de la réforme politique et de la nouvelle Constitution s'est répandue dans la société.

Le droit à la santé est défini comme étant un des droits de l'homme par la Constitution de l'OMS qui dispose que:

---

<sup>322</sup> Yoshifumi, Tamada, *Myth and Realities: The Democratization of Thai Politics*, Kyoto University Press, 2008, pp.60-61.

... La possession du meilleur état qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ...

Le droit à la santé apparaît dans certains traités internationaux et régionaux pour lesquels la Thaïlande s'est engagée. L'État doit créer des conditions permettant à chacun d'atteindre le meilleur état de santé possible. La Constitution de 1997 ne mentionne pas le droit à la santé. Mais que son article 52 dispose que:

... Une personne doit jouir du droit égal de recevoir des services de santé publique standard, et les indigents ont le droit de recevoir des soins médicaux gratuits dans les centres de santé publique de l'État, comme prévu par la loi.

Le service de santé publique de l'État doit être fourni de manière approfondie et efficace et, à cet effet, la participation des organisations des collectivités locales et du secteur privé doit aussi être promue dans la mesure du possible.

L'État doit prévenir et éradiquer les maladies contagieuses dangereuses pour le public, sans frais, dans les conditions prévues par la loi ...

L'article 52 se fonde sur le droit positif à l'accès aux soins. Le système de santé idéal de Prawet qui conjugue la médecine préventive, le localisme, la formation d'un partenariat entre l'État et la société civile et la charité, met l'accent sur cet article.

La Constitution de 1997 ne pouvait pas fournir des soins aux citoyens automatiquement. Il y a eu une longue histoire et des obstacles à l'expansion de la couverture d'assurance maladie en Thaïlande. Du fait de la culture conservatrice au ministère de la Santé publique, les gouvernements ont préféré élargir progressivement la couverture en lançant le régime de CSMBS et de SSS, plutôt qu'une expansion rapide ou un grand changement du système de santé. Ils ont négligé les non-assurés qui ont fait face à une situation financière catastrophique et une paupérisation engendrée par les frais médicaux. Avec la collaboration de Deutsche Gesellschaft für Internationale, le gouvernement a lancé les projets pilotes de 1984-1993 qui ont été le modèle du programme de carte d'assurance maladie volontaire et du LICIS. Cependant les deux programmes n'ont été élargis qu'à 70% de la population.

Heureusement, la Banque mondiale, l'OMS, et l'UE ont eu un rôle important dans le transfert des connaissances et des techniques afin de réaliser la couverture universelle de santé. En 1993, la Banque mondiale, le ministère de la Santé publique et les décideurs politiques, comme, le NSDEB et le TDRI, ont organisé une conférence à Hua Hin pour discuter de la procédure de l'implantation de la couverture universelle. En 1996, l'OMS, l'UE et les décideurs politiques de la santé en Thaïlande ont organisé une conférence pour la réforme du financement de santé. En 1998, l'UE et 64 autres organisations ont organisé une conférence à Bangkok pour discuter la réalisation la couverture universelle de santé dans les pays à revenu moyen<sup>323</sup>.

De plus, il y avait quand même des réformistes dans le ministère de la Santé publique. Dans les années 1970, l'idée du socialisme s'était répandue parmi les étudiants, y compris les étudiants en médecine. Ils ont participé aux manifestations du 14 octobre 1973 et du 6 octobre 1976. Après l'amnistie de 1980, les étudiants en médecine sont rentrés et ont continué leurs études et certains ont décidé de travailler dans les petits hôpitaux publics des zones rurales. Pour réaliser son rêve, la couverture universelle de santé, le Dr. Sanguan Nitiyaramphong a obtenu une bourse pour continuer ses études sur le programme de la santé publique de l'Université d'Anvers en 1982. Ses camarades ont aussi obtenu des bourses pour acquérir des connaissances dans les pays étrangers. Par exemple, le Dr. Viroj Tangcharoensathien et le Dr. Supasit Pannarunotai, ont obtenu un diplôme de doctorat en économie de la santé de la London School of Economics and Political Science. Après avoir fini leurs études, en 1989, le Dr. Sanguan et ses collègues ont lancé un projet pilote appelé *Projet d'Ayudhdhaya*, qui est le modèle du programme de l'UCS. Grâce à la décentralisation partielle de l'administration de la santé, le chef de l'hôpital public a eu une certaine autonomie pour lancer sa propre politique. Le projet d'Ayudhdhaya a été initié à Khun Han, un petit *amphoe* (district) dans la région du Nord-Est, et puis dans la province d'Ayudhdhaya en 1996. Dans ce projet, le système de financement de la santé a changé. Tous les patients, quelle que soit leur pathologie, payaient un taux fixe par acte de 70 bahts.

Le projet de loi de la sécurité de la santé a été initié en 1996. Le programme de la couverture universelle a été proposé au gouvernement de Chuan Leekpai. Cependant, du fait de l'instabilité politique et de la crise économique, le parlement ne l'a pas approuvé.

---

<sup>323</sup> Pitayangsarit, Siriwan, *The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses*, Thèse de l'Université de Londres, 2004, pp. 67-69.

L'investissement dans la santé est resté une responsabilité individuelle. Le gouvernement a seulement fourni un ensemble de soins de base à des populations sélectionnées.

### ***1.2 L'émergence des ONG dans la politique thaïlandaise***

Contrairement aux expériences des pays européens occidentaux, l'évolution de la société civile en Thaïlande s'est effectuée très tardive. Le mot *ประชาสังคม* [société civile] s'est répandu en Thaïlande au début des années 1990<sup>324</sup>. La dégradation du pouvoir des gouvernements militaires au début des années 1980, le changement des politiques de développement, c'est-à-dire, la libéralisation du marché, le renforcement des exportations, et la transition démocratique ont été les principaux facteurs de l'émergence de la société civile. Le modèle du développement piloté par l'État a montré ses principaux désavantages, à savoir les inégalités socio-économiques. Des universitaires l'ont critiqué et ont expliqué que la société civile et la participation civique devaient être renforcées dans le nouveau modèle de développement. L'un d'entre eux a été Prawet, qui a conjugué le communautarisme avec la société civile. De plus, il a recommandé que les ONG soient une des cinq catégories de contributeurs importants (les communautés, les universitaires, les fonctionnaires, les ONG et les entreprises) au renforcement de la société civile. Par conséquent, depuis des années 1990, certaines ONG sont devenues des acteurs politiques forts pour négocier et faire des pressions sur les gouvernements et enclencher des mouvements sociaux.

Au début, les ONG n'étaient pas des acteurs politiques en Thaïlande. Dans les années 1950-60, les gouvernements autoritaires ont réprimé fortement les syndicats, la société civile et les mouvements politiques. Toutes les activités politiques étaient contrôlées. Pour éviter des conflits avec les gouvernements militaires, certaines ONG issues des organisations non-politiques ont focalisé leurs activités sur le travail social et humanitaire pour la population des zones rurales. Les ONG ont conservé leur neutralité politique et suivi le principe de non-violence. Le réseau des ONG thaïlandaises était réduit et avait rarement un lien avec des ONG étrangères. Dans les années 1970, certains membres d'ONG ont dénoncé l'exploitation capitaliste, le développement inégal et la violence du gouvernement contre le communisme. Ils ont adopté des idées gauchistes et se sont

---

<sup>324</sup> Somphong, Tossapol, *พัฒนาการและการพัฒนาประชาสังคม* [ le développement et l'évolution de la société civile], Institut de recherche de Prapokklao, Bangkok, 2013, p.15.

engagés de plus en plus en politique. Leur mouvement a eu pour but de protéger les paysans, ce qui a conduit à des affrontements avec le gouvernement. Par conséquent, les activités des ONG ont été surveillées et contrôlées par le gouvernement militaire. Parfois, les fonctionnaires et les élites locales s'y sont opposées et ont chassé les ONG hors de leur zone d'intervention<sup>325</sup>.

Dans les années 1980-90, les ONG se sont transformées en un acteur politique pour le développement des zones rurales. Le développement dirigé par l'État a laissé un grand écart entre les zones rurales et les zones urbaines. La croissance économique rapide et la promotion des exportations ont accéléré la demande de ressources naturelles, dont l'exploitation dans les zones rurales était inévitable. Cependant, les lois sur l'environnement et la propriété ont amené des conflits entre l'autorité publique, les entreprises privées et les populations locales. Plusieurs projets de construction ont dévasté des forêts autour desquelles certaines populations locales avaient construit leurs maisons, détruisant leurs résidences et leurs modes de vie. Les populations locales étaient impuissantes face à cette expansion du capitalisme. La combinaison du développement inégal et des conflits sur les questions environnementales et sociales a favorisé la création d'ONG dont le nombre a augmenté d'environ 30 organisations dans les années 1980 à plus de 300 dans les années 1990<sup>326</sup>.

Les ONG ont changé leurs stratégies pour devenir plus actives. Le communautarisme, la démocratie participative et la société civile ont été revendiqués afin de permettre aux populations locales d'accéder à la participation économique, politique et sociale. L'autosuffisance et la participation des populations locales dans le développement local ont constitué la première étape. Pour réduire la dépendance à l'économie nationale et mondiale, les ONG ont encouragé des petites coopératives, des petites banques locales et des producteurs locaux. Pour renforcer les pouvoirs locaux, les ONG ont soutenu les leaders des communautés pour développer la connaissance de l'histoire, des coutumes et de la culture locales. Sensibiliser et informer la société a été la deuxième étape. Du point de vue de la classe moyenne et supérieure de Bangkok, les violences d'État faites aux populations locales sont restées invisibles et négligeables. Les questions environnementales et sociales étaient importantes et complexes, nécessitant la consultation

---

<sup>325</sup> Jumbala, Prudhisana & Mitprasat, Maneerat, « Non-governmental development organisations: empowerment and environment », p. 198, in Hewison, Kevin (éd.), *Political Change in Thailand: Crisis, Democracy and Participation*, Routledge, 1997, 301 p.

<sup>326</sup> Connors, Michael Kelly, *Democracy and National Identity in Thailand*, NIAS Press, 2003, p.216.

de spécialistes et de techniciens. Les ONG ont agi comme coordinatrices entre les populations locales et d'autres acteurs. Ce qui a conduit à une troisième étape: l'expansion du réseau des ONG. Les ONG cherchaient sans cesse de nouveaux membres et de nouvelles alliances. Elles ont formé une alliance avec des universitaires pour acquérir des connaissances et des données. Les ONG locales ont ainsi pu partager leurs expériences, leurs budgets, leur main-d'œuvre, des techniques et des connaissances, et également à fortifier leur pouvoir de négociation avec l'autorité publique. De plus, les ONG thaïlandaises ont commencé à former des alliances avec des ONG étrangères, avec pour résultat le transfert de connaissances, de techniques, de financement et aussi la diffusion des valeurs de la démocratie internationale et du libéralisme politique. Cependant, avec l'expansion du réseau d'ONG, la bureaucratisation a été inévitable, comme l'instauration d'échelles salariales et l'allocation de financements pour des projets non basées sur les besoins de la population<sup>327</sup>.

Les ONG ont amélioré leur stratégie, lors de la quatrième étape, par la formation d'un partenariat avec le gouvernement central. En 1985, le comité de coordination des ONG sur le développement rural a été fondé. Le comité est un corps important de coordination entre les ONG, l'administration locale et le gouvernement central. Grâce à la relation proche entre des dirigeants des ONG et des technocrates du gouvernement de Chatichai, des représentants des ONG ont participé à la rédaction du septième plan national.

Les ONG ont été le principal acteur de la victoire de la manifestation du mai 1992. Leur pouvoir dans la politique thaïlandaise a augmenté progressivement dans cette période. Après le « Mai noir » de 1992, les ONG se sont engagées de plus en plus dans la politique nationale. La CPD a formé une équipe autonome de surveillance électorale pour s'assurer que l'élection du 22 mars 1992 soit juste. Les ONG ont réussi à promouvoir la réforme de la Constitution. Elles ont été financées, en partie, par le gouvernement central pour aider à la coordination de l'audience publique sur la réforme de la Constitution. Les ONG ont formulé une proposition de nouvelle Constitution dans laquelle les concepts du localisme, de la démocratie participative et de la civile société sont apparus. L'extension des droits du citoyen et la formation d'un partenariat entre le gouvernement, les communautés et le secteur privé ont été leurs objectifs principaux.

---

<sup>327</sup> *Ibid.*, p.218.



En 1994, le Dr. Prawet Wasi a été nommé président du comité de développement de la démocratie (DDC). Le rôle de ce comité a été de recommander des amendements de la Constitution pour mettre en œuvre la réforme politique. Prawet a intégré le bouddhisme et le communautarisme dans la recommandation. Selon lui, le développement de la valeur, de la culture, et du capital locaux était nécessaire. La communauté, qui est un espace de délibération et de coopération de tous ses membres, est une unité importante pour le développement de la démocratie. Le modèle de développement ne doit pas se baser sur la monnaie, mais sur la bonté, la famille, la communauté, la culture et l'environnement. Pour limiter l'expansion du pouvoir du gouvernement central, il fallait renforcer la société civile, c'est-à-dire le pouvoir du peuple. La démocratie participative est une structure de délibération des 5 groupes, qui sont l'État, les entreprises, les ONG, les universitaires et les élites locales<sup>328</sup>.

La procédure de rédaction de la nouvelle Constitution a été ralentie à cause de l'instabilité politique et de la résistance des hommes politiques. Le 28 avril 1995, le DDC a soumis à l'Assemblée nationale une proposition de loi pour pallier la corruption, la faible application de l'État de droit, le déclin du bouddhisme, la carence de la recherche académique, la bureaucratie et la centralisation. Le gouvernement de Banharn Silpa-archa (1994-1995) a négligé la proposition du DDC et a établi un autre comité, le Comité de la réforme politique pour étudier une autre réforme. Le mouvement populaire et certaines ONG ont poussé le gouvernement Chavalit (1995-1997) à poursuivre la rédaction de la nouvelle Constitution. Le 7 janvier 1997, l'Assemblée de la rédaction de la constitution a été formée et la Constitution a été promulguée et est entrée en vigueur le 11 octobre 1997. La nouvelle Constitution a renforcé les droits des citoyens, les droits sociaux, et les libertés publiques comme la liberté de communication (article 37), la liberté de religion (article 38), la liberté d'expression (article 39), la liberté de presse (article 40,41), la liberté académique (article 42), le droit à l'éducation fondamentale (article 43), la liberté de réunion et d'association (articles 44 et 45), etc. La Constitution de 1997 a été un élément important de la réforme dans tous les secteurs, tels que les élections, l'éducation, l'administration, la santé et le bien-être social, la presse et la société civile.

L'influence de Prawet et des ONG est devenue plus en plus forte dans le système de santé en Thaïlande. Ils ont fait une alliance avec le gouvernement pour que ce dernier

---

<sup>328</sup> *Ibid.*, pp. 224-226.

lance des politiques en faveur de la société civile et des ONG. Le huitième plan national de développement contenait le renforcement de la participation civique. Le gouvernement a approuvé un budget de recherches sur la société civile. Le ministère de l'Intérieur était un responsable important du renforcement de la société civile au niveau communautaire. Le gouvernement a soutenu non seulement des organisations à but lucratif, mais aussi des ONG. En 1992, le ministère de la Santé publique a mis en place un budget de 49,2 millions de bahts par an pour la période 1992-1997 destiné à financer 375 ONG dans le domaine de la santé<sup>329</sup>. Ce poste budgétaire est devenu obligatoire pour tous les gouvernements et constitue aussi une ressource importante du réseau de Prawet. La majorité des projets des ONG avaient pour but la prévention et la promotion de la santé, par exemple, les campagnes de lutte contre le tabagisme, contre l'alcoolisme, contre le SIDA etc.

Certes, la société civile est un élément important de la démocratisation. Cependant, la société civile au point de vue de Prawet et des ONG est la société civile de l'élite. Selon Phatharathananunth<sup>330</sup>, la société civile de l'élite ne vise pas à contester le pouvoir d'État, mais à former un partenariat avec lui. L'État domine les organisations et leur donne une autonomie limitée. L'État perçoit la nécessité du changement et regarde les organisations sociales comme un outil efficace. L'État doit jouer un rôle clé pour établir la société civile et formuler des politiques pour préserver la passibilité des masses. Pour la démocratisation, l'éducation civique au niveau communautaire, qui dépend de la force du capital social, de la confiance, la norme et du réseau de l'engagement civique, est nécessaire. Cependant, il y a des limitations dans la société civile de l'élite. L'idée de la société civile de l'élite est proche de celle de la démocratisation de l'élite qui regarde les masses comme une menace pour la société. Elle préfère conserver la structure actuelle sans changement fondamental, ni changement de la relation inégale entre l'État et le secteur social.

### ***1.3 Thaksin Shinawatra et le parti Thai Rak Thai***

Même si Thaksin Shinawatra, un des plus riches magnats des affaires dans les télécommunications, n'était pas l'initiateur de la politique de la couverture universelle de santé, lui-même et son parti politique, le Thai Rak Thai (les Thaïs aiment Thaïs), en ont

<sup>329</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 2008-2010*, Bangkok, 2011, p. 367.

<sup>330</sup> Phatharathananunth, Somchai, *Civil Society and Democratization: Social Movements in Northeast Thailand*, NIAS Press, 2006, pp. 5-10.

été les acteurs les plus importants. Après le refus par le Parti Démocrate de la proposition de couverture universelle de santé, le Dr. Sanguan a eu l'opportunité de rencontrer Thaksin en 2000 sur la recommandation du Dr. Surapong Seubwonglee, un homme clé pour l'élaboration du programme politique de santé du parti Thai Rak Thai. Il a expliqué son projet de couverture universelle de santé et Thaksin s'y est intéressé fortement.

Après avoir fait rapidement fortune dans le secteur des télécommunications en Thaïlande, Thaksin a décidé de devenir un homme politique. Pour sa première étape dans le monde politique en 1994, il a accepté une invitation de Chamlong Srimueang d'être membre d'un parti de taille moyenne comme le Palang Dharma, qui était populaire au sein de la classe moyenne à Bangkok. En 1995, Thaksin est devenu leader de ce parti. Cependant, le Palang Dharma, sous sa direction, a perdu lourdement deux élections générales, et son nombre de députés élus a diminué de 47 à 23 personnes en 1995, puis à seulement une personne en 1996. Thaksin, avec certains membres du parti, ont quitté le Palang Dharma en 1996 et ont formé le parti politique appelé Thai Rak Thai, le 15 juillet 1998. Les membres du Thai Rak Thai étaient variés, incluant des ex-étudiants du 14 octobre 1973 et du 6 octobre 1976, des hommes d'affaires, des ONG, des universitaires, des ex-fonctionnaires, etc. Il a expliqué que:

il admirait l'idéologie de Palang Dharma, mais le parti était désorganisé et tourné vers le passé. Le monde évolue rapidement en raison de la technologie, du libre-échange, de la tendance au régionalisme, l'environnementalisme, et l'avènement de la société de l'information. La politique de la Thaïlande avait besoin de changer pour se préparer à faire face à la mondialisation et au système politique international. Les dirigeants politiques devraient être en mesure de gérer efficacement le pays pour atteindre l'objectif de la compétitivité dans le monde<sup>331</sup>.

Après la crise économique de 1997, l'insatisfaction et la démoralisation se sont répandues parmi les Thaïlandais qui avaient demandé une réforme politique pour éradiquer la corruption, le népotisme, et l'inefficacité de la bureaucratie et l'incompétence des hommes politiques. L'une des propositions qui a influencé considérablement la société a été celle de Thirayuth Boonmi, un ex-leader des étudiants du 14 octobre 1973 et universitaire célèbre théoricien de « la bonne gouvernance ». Selon lui, la bonne gouvernance résulte d'un partenariat entre le peuple, les bureaucrates et le gouvernement.

---

<sup>331</sup> Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *Thaksin: The business of politics in Thailand*, Silkworm books, 2004, pp.63-64.

Elle se base sur les règles et réglementations qui conduisent à la transparence, la responsabilisation, l'efficacité et la justice<sup>332</sup>. Pour gagner l'élection générale de 2001, Thaksin a eu besoin du soutien des universitaires notamment ceux qui travaillaient dans la société civile et les ONG. Contrairement au gouvernement de Chuan qui était fréquemment en conflit avec les populations des zones rurales, Thaksin s'est présenté avec une nouvelle aspiration pour renforcer la société civile. Le *Thaï Rak Thaï* a accepté certaines propositions des ONG, telles que le renforcement des collectivités locales et des communautés rurales, et a élaboré des stratégies pour aider les personnes des zones rurales à élever leur niveau de vie.

Pendant la crise économique de 1997, le groupe Shinawatra a été l'un des très rares groupes thaïlandais à faire des profits, ce qui lui a permis d'utiliser son pouvoir financier pour la campagne électorale du *Thaï Rak Thaï*. De plus, l'image de Thaksin était très populaire au sein de la classe moyenne à Bangkok. Il s'est présenté, d'une part, comme un homme politique réformiste qui voulait changer la politique en proposant une nouvelle forme de « management », d'autre part, comme un homme d'affaire prospère qui pouvait mener la Thaïlande à la sortie de la crise économique. Thaksin a réussi à imposer l'image d'un leader fort, ce qui manquait dans cette période, et favorable au nationalisme économique. Il a commencé à critiquer l'échec de la politique d'austérité élaborée par le Parti Démocrate et le FMI. De plus, la proposition du renforcement des petites et moyennes entreprises locales proposée par le *Thaï Rak Thaï* a renforcé l'image d'un sauveur, de *chevalier blanc*, dans la crise économique.

Les propositions du *Thaï Rak Thaï* ont fait que les populations des zones rurales et la classe moyenne de Bangkok ont largement soutenu Thaksin. De plus, la Constitution de 1997 a changé le système électoral en diminuant le nombre de partis politiques de petite et moyenne tailles pour renforcer la stabilité politique et le gouvernement de coalition. En 2001, le *Thaï Rak Thaï* a réussi à obtenir 248 députés sur 500 comparé à son rival, le Parti Démocrate, qui n'a obtenu que 128 sièges. Pour avoir la majorité absolue au Parlement, Thaksin a invité les partis *Chat Thaï* et *Kwam Wang Mai* à former un gouvernement de coalition soutenue par 335 députés. Comme la Constitution de 1997 avait renforcé le pouvoir exécutif du Premier ministre et le style de management de Thaksin, le nouveau gouvernement a rapidement mis œuvre son programme électoral. Le 6 janvier 2001, la date de sa victoire électorale, Thaksin a déclaré que : « Si le parti ne pouvait pas tenir ses

---

<sup>332</sup> Boonmi, Thirayuth, « Good Governance: A Strategy to restore Thailand », pp. 31-34, in McCargo, Duncan (éd.), *Reforming Thai Politics*, NIAS, 2002, 291 p.

promesses, il trahirait la confiance de l'électorat ». Le gouvernement a lancé plusieurs programmes de développement des zones rurales, tels que le programme de rééchelonnement de la dette agraire, l'allocation d'un million de bahts à chaque village pour renforcer l'économie locale, la réforme du système d'éducation, la création d'emplois, l'éradication de la drogue et le programme de l'UCS.

Des membres importants du *Thaï Rak Thaï*, comme le Dr. Surapong Suebwonlee et le Dr. Prommin Lertsuridej, étaient médecins et travaillaient dans les zones rurales depuis de nombreuses années. Ils ont compris les problèmes rencontrés dans les hôpitaux publics des zones rurales, les inégalités d'allocation des ressources médicales, les inégalités devant la santé et pour l'accès aux soins. Leur ambition était semblable à celle du Dr. Sanguan : la justice sociale. Ces deux personnes ont été les hommes clés pour promouvoir le programme de l'UCS, contenu dans le programme électoral du parti, et que les populations des zones rurales ont soutenu largement en décidant de voter pour le *Thaï Rak Thaï*. De plus, depuis 1999, le *Thaï Rak Thaï* avait créé une équipe de professionnels de santé pour analyser les politiques de santé du gouvernement de Chuan Leekpai. Elle a constaté l'inefficacité de l'allocation des ressources médicales et humaines entre les secteurs public et privé, et a estimé que la collaboration entre ces deux secteurs était nécessaire. Cependant, à cause du manque d'études scientifiques et de données statistiques, l'équipe n'avait pas pu trouver de recommandations finales.

L'équipe des professionnels de santé a invité des médecins et fonctionnaires du ministère de la Santé publique à discuter du projet de système de santé. Leurs connaissances en matière de recherche sur le système de santé ont aidé le *Thaï Rak Thaï*. Ces technocrates de la santé ont recommandé la promotion de la santé et la couverture universelle de santé. Ce dernier point a attiré l'attention des décideurs du parti qui ont pensé que la Constitution de 1997 pouvait légitimer ce programme.

La question suivante a été la faisabilité économique et financière du programme de l'UCS. Le *Thaï Rak Thaï* a discuté avec une équipe d'économistes qui a estimé qu'il fallait un budget de 80 à 100 milliards de baht pour le réaliser. L'expérience des technocrates de santé ayant travaillé dans le régime du SSS et du CSMBS a aidé à préciser les détails du projet. Ils ont proposé le changement du financement du système de santé, par une contribution individuelle, et la réforme institutionnelle du ministère de la Santé publique. Cependant, l'équipe des professionnels de santé n'était pas convaincue que cette contribution permettrait de financer le programme. Par contre, elle a proposé que chaque personne paye 100 bahts par mois et 30 bahts par acte. Le parti a tenu une réunion pour

discuter du financement du projet. Les études statistiques ont confirmé la possibilité de la mise en œuvre du programme de l'UCS. Selon ces études, le montant de contribution individuelle était d'environ 1040 bahts par tête pour le réaliser. Or, le budget du ministère de la Santé publique était d'environ 70.000 milliards de bahts, ce qui était suffisant pour financer le programme.

De plus, l'affaire de corruption dans le ministère de la Santé publique a encouragé la revendication de la société civile pour la réforme du système de santé. En 1998, l'Association des médecins des zones rurales a révélé une affaire de corruption dans la distribution des médicaments au sein des autorités de la santé à hauteur de 14.000 milliards de bahts. Le ministre de la Santé publique et des hauts fonctionnaires ont été sanctionnés. Par conséquent, la revendication d'une réforme du ministère de la Santé publique pour améliorer l'efficacité et la transparence s'est répandue dans la société. Du fait de cette corruption, même si le budget national du médicament était assez élevé, certains groupes ne pouvaient pas accéder aux thérapies de bonne qualité, notamment, les patients atteints du VIH. L'ONG « People Living With AIDS Network », dirigée par Jon Ungphakorn, a demandé la couverture universelle de santé dans les médias et la société. Celui-ci et des ONG travaillant dans le domaine de la santé et pour des personnes exclues ont organisé une campagne pour proposer un projet de loi pour la sécurité de la santé des Thaïlandais en 2001.

Avec la faisabilité économique et financière et le soutien de la société civile, le Thai Rak Thai a intégré la couverture universelle de santé et la réforme du système de santé dans son programme électoral. Pour attirer l'attention publique, le parti a appelé ce programme « 30 bahts pour soigner toutes les maladies ». Le 26 mars 2000, il a publié ses propositions pour les politiques de santé:

1. Fournir une assurance santé à 62 millions de personnes selon les besoins et la contribution des ménages en fonction de leur capacité de paiement.
2. Offrir des choix au peuple pour s'inscrire auprès d'un fournisseur de soins de santé, public ou privé. Le fournisseur de soins de santé recevra un budget adéquat en fonction du nombre de personnes enregistrées.
3. Fournir des hôpitaux de qualité avec accessibilité géographique.
4. Soutenir la promotion de la santé chez les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées comme priorité nationale.

5. Assurer la prévention de la maladie par l'éducation sanitaire et la couverture universelle de vaccination.
6. Intégrer stratégie médicale, stratégie sociale, et stratégie morale pour réduire le nombre de patients atteints du SIDA.
7. Définir un plan national de prévention des accidents par l'éducation du peuple, encourager la collaboration entre les secteurs privé et public, et prévenir les accidents.
8. Utiliser tous les types de communication de masse pour augmenter les connaissances et les compétences pour la santé du peuple.<sup>333</sup>

## 2. Les politiques de santé du gouvernement Thaksin

Thaksin a instauré son propre modèle de développement appelé *Thaksinomics* dont les caractéristiques sont tout d'abord une combinaison entre néolibéralisme et keynésianisme. L'esprit d'entreprise et le mécanisme de marché, qui sont les idées du néolibéralisme, se trouvent dans l'orientation du *Thaksinomics*. Cependant, l'intervention de l'État est nécessaire pour les encourager ; la Thaïlande, elle-même, est une grande entreprise, et le Premier ministre agit comme un PDG. La bureaucratie est transformée en un outil du pouvoir exécutif pour générer le revenu national. La procédure d'accès aux capitaux a été modifiée plus facilement pour égaliser les chances entre les Thaïlandais et augmenter le nombre d'entrepreneurs.

Deuxièmement, combinaison entre nationalisme, régionalisme et mondialisation. La Thaïlande a diminué ses performances avec la mondialisation. Pour les recréer, le *Thaksinomics* retourne à la valeur locale. Au lieu d'une dépendance vis-à-vis de l'investissement et de la technologie étrangère, la Thaïlande devrait créer des industries avec l'ingéniosité et les connaissances locales. Un protectionnisme de niveau acceptable devrait être appliqué pour renforcer les petites et moyennes entreprises locales. Cependant, le nationalisme économique ne s'oppose pas à l'intégration aux marchés régional et mondial. Géographiquement, la Thaïlande se situe sur une position idéale pour le commerce international : au centre de l'Asie du Sud-Est et à côté de la Chine.

Finalement, le *dual tracks*, i.e. la croissance économique pour le *Thaksinomics*, se focalise sur, d'une part, la consommation interne, et d'autre part, la promotion des exportations. Une limitation de la promotion des exportations vient de ce que l'économie thaïlandaise dépend fortement de la croissance économique mondiale qui est fluctuante et

---

<sup>333</sup> Pitayangsarit, Siriwan, *op. cit.*, 2004, p. 63.

non durable. La Thaïlande a le potentiel d'augmenter sa consommation interne qui peut compenser la décélération des exportations. L'encouragement de l'esprit d'entreprise et le capital humain peuvent stimuler l'accès à la classe moyenne et accroître le pouvoir d'achat et la taille du marché interne.

Du point de vue de Thaksin, les politiques de santé étaient également un outil efficace de la croissance économique. Sa perception de la santé est liée au néolibéralisme du FMI et de la Banque mondiale, qui regardent la santé comme un capital humain dont l'investissement est la meilleure mesure dans la lutte contre la pauvreté. La bonne orientation des politiques de la santé peut aider les populations à réduire leurs dépenses, augmenter leurs revenus et égaliser leurs chances. Cependant, la situation en Thaïlande, à ce moment-là, ne permettait pas aux individus d'investir eux-mêmes pour leur propre santé. Le *Thaksinomics* a été appliqué dans les politiques de santé. D'une part, le gouvernement a investi sur le marché interne de la santé, à la place des particuliers, pour stimuler la consommation interne et, d'autre part, le gouvernement a encouragé l'exportation des services de soins.

### ***2.1 Le programme de l'UCS***

Le programme de l'UCS a été une arène politique dans laquelle tous les acteurs ont fait des négociations et des compromis pour défendre des intérêts divers et variés. Le *Thai Rak Thai* a vu ce programme comme un outil pour la croissance économique tout en satisfaisant des électeurs qui étaient aussi les patients. Les patients avaient besoin d'obtenir le meilleur éventail de soins et il fallait améliorer la protection du consommateur de médicaments et de traitements médicaux. Les technocrates du domaine de la santé rêvaient d'installer un nouveau système idéal influencé par les connaissances sur la santé publique, les sciences économiques et les idées de Prawet (la médecine préventive et le communautarisme). Le ministère de la Santé publique souhaitait conserver le pouvoir administratif. Le Bureau du budget exigeait le contrôle de l'excès de dépenses du gouvernement et la durabilité financière. Les hôpitaux privés étaient intéressés par ce nouveau marché de la santé. Les CHU priorisaient la qualité des services de soins secondaires et tertiaires, plus importants que la fourniture des services de soins primaires au peuple. Les Conseils des Ordres des professionnels de santé assuraient la défense de leur honneur et de leur indépendance. L'Association des médecins des zones rurales demandait la décentralisation fiscale et celle de l'administration de la santé.



Plusieurs comités de membres de chaque groupe de travail comprenant les représentants des acteurs concernés, ont été créés pour élaborer la politique du programme de l'UCS. En fin, les décideurs ont élaboré les objectifs de l'UCS comme suit : partager les risques sanitaires et financiers entre les Thaïlandais ; créer un système durable en termes de moyens financiers, institutionnels et politiques ; renforcer la participation du peuple, de la société civile et de tous les secteurs concernés ; promouvoir les recours aux soins primaires, la promotion de la santé et la prévention ; décentraliser l'administration de la santé ; contrôler les dépenses nationales de santé.

Pour réaliser l'UCS, une réforme institutionnelle et financière était nécessaire. Des technocrates ont recommandé la fusion entre des régimes des CSMBS, SSS et UCS pour les remplacer par un seul régime d'assurance maladie obligatoire, qui aurait pu égaliser les avantages entre les bénéficiaires. Cependant, les dirigeants du SSS et du CSMBS se sont opposés à cette proposition à cause des avantages moindres du régime UCS. Par conséquent, jusqu'à aujourd'hui, il y a 3 régimes d'assurance maladie obligatoire dirigés par les différentes institutions. L'UCS a remplacé le LICS et l'assurance maladie volontaire subventionnée par l'État. La loi sur la sécurité de la santé de 2002 a créé une nouvelle organisation, le Conseil national de la sécurité de la santé (the National Health Security Board, NHSB) dont le président est le ministre de la Santé publique et dont les 29 autres membres incluent des représentants de groupes variés tels que des fonctionnaires, des représentants du gouvernement local, des ONG, des professions de la santé et des hôpitaux privés, des spécialistes des assurances, de la médecine, de la santé publique, du droit, etc. Le NHSB définit les politiques et les règles de l'UCS, les avantages du paquet des soins de base et les moyens de financement des fournisseurs de soins ; il assure une norme unique des soins pour les Thaïlandais<sup>334</sup>. Le bureau national pour la sécurité de la santé (the National Health Security Office, NHSO), une autre nouvelle institution, agit comme le secrétariat du NHSB, effectue toutes les tâches de soutien et de coordination et gère également le régime de l'UCS. Le Bureau de la sécurité sociale, sous tutelle du ministère du Travail et des Affaires sociales, administre le régime de SSS, et le Département des contrôleurs généraux des comptes du ministère des Finances administre le régime du CSMBS.

---

<sup>334</sup> Health Insurance System Research Office, *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An Independent assessment of the first ten years (2001-2010)*, Health Insurance System Research Office, Thailand, 2012, p.51.

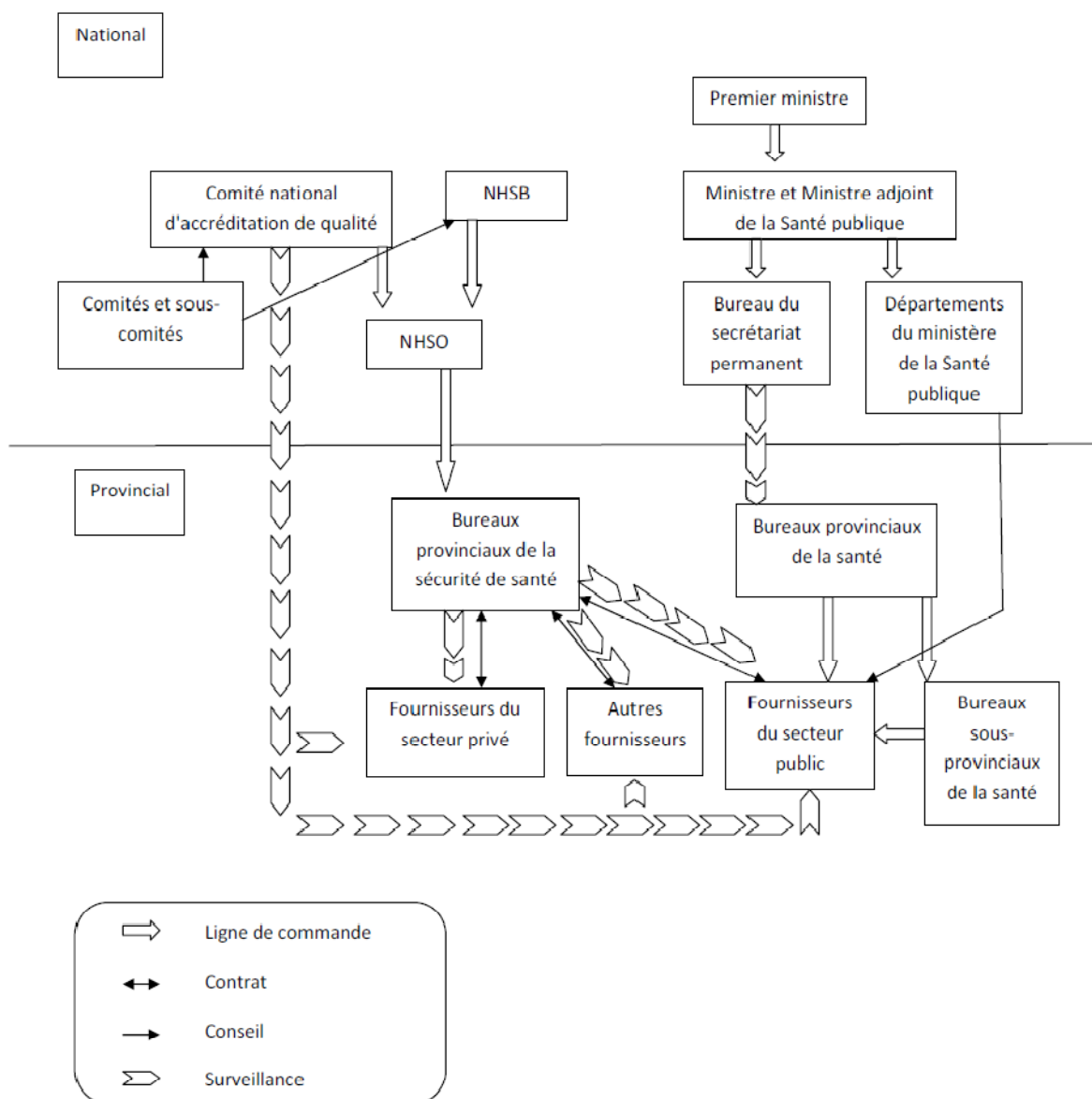
La réforme institutionnelle a introduit une nouvelle administration et la séparation entre « acheteurs ou financeurs » et « fournisseurs ou prestataires ». Dans le système d'assurance du CSMBS, le patient (l'acheteur) contacte directement le médecin (le fournisseur). L'assureur (le Département des contrôleurs généraux des comptes) rembourse les frais des soins en payant les fournisseurs. L'intérêt du patient est identique à celui du médecin. Le patient veut recevoir les meilleurs soins pour améliorer son état de santé. Le médecin veut fournir à son client les meilleurs soins pour réussir le traitement et gagner sa rémunération. De plus, à cause de l'asymétrie d'information entre le patient et le médecin, ce dernier a le pouvoir de définir le prix des soins et d'ordonner des soins onéreux et inutiles pour augmenter son revenu ou ceux de ses confrères. Par conséquent, le problème du prescripteur apparaît et les dépenses de santé se multiplient et augmentent le fardeau financier du gouvernement, entraînant également une perte du bien-être social.

Par contre, le nouveau système avait pour but d'améliorer la qualité des soins à un coût raisonnable. La séparation entre « acheteurs » et « fournisseurs » fait que le patient est seulement le consommateur des services des soins, pas l'acheteur. L'assureur s'agit comme opérateur intermédiaire et acheteur, et passe un contrat avec les fournisseurs. À la différence du patient, l'assureur a un pouvoir plus fort de négociation avec les fournisseurs pour déterminer les avantages du paquet de soins et l'enveloppe budgétaire. Les établissements de santé sont mis en concurrence pour offrir les avantages les plus intéressants à l'assureur et obtenir un contrat.

Le graphique n° 24 présente l'administration de la santé selon la loi de la loi de la sécurité de la santé de 2002. Au niveau national, le NHSO est l'acheteur du régime de l'UCS. Le NHSO a été configuré pour utiliser sa puissance financière à améliorer le système de prestation de services et répondre aux besoins sanitaires de ses bénéficiaires en passant un contrat avec un établissement de santé pour tous les 10 000 à 15 000 bénéficiaires<sup>335</sup>.

---

<sup>335</sup> *Ibid.*, p.53.



Graphique n° 24: Administration de la santé selon la loi de la loi de la sécurité de la santé de 2002<sup>336</sup>.

Au niveau provincial, il y a 13 bureaux provinciaux de la sécurité de santé.

Le premier bureau couvre Chiangmai et 7 autres provinces avoisinantes ; le deuxième bureau Pitsanulok et 4 provinces avoisinantes ; le troisième bureau, Nakornsawan et 4 provinces voisines ; Saraburi et 7 autres provinces avoisinantes, Ratchaburi et 7 autres provinces avoisinantes pour le cinquième bureau ; Rayong et 7 autres provinces avoisinantes pour le sixième bureau ; Konkaen et 3 provinces avoisinantes pour le septième bureau, Udonthani et 5 provinces avoisinantes pour le huitième bureau ; Nakornratchasima et 3 provinces avoisinantes pour le neuvième bureau ; Ubonratchatani et

<sup>336</sup> D'après Pitayangsarit, Siriwan, *op. cit.*, 2004, p. 117.

4 provinces avoisinantes pour le dixième bureau ; Suratthani et 6 provinces avoisinantes pour le onzième bureau ; Songkhla et 6 provinces avoisinantes pour le douzième bureau et Bangkok pour le treizième.

Ces 13 bureaux sont les acheteurs des soins. Ils collaborent avec le Bureau provincial de la santé.

Le ministère de la Santé publique a implanté des dispensaires dans toutes les communes pour promouvoir le recours aux soins primaires et économiser des dépenses de soins onéreux. Cependant, la plupart des Thaïlandais préféreraient les hôpitaux publics au niveau provincial et régional, parce qu'ils fournissent des soins secondaires et tertiaires de meilleure qualité. Les responsables du ministère de la Santé publique ont vu que la réforme institutionnelle était une bonne occasion de développer les services de soins primaires et le parcours de soins coordonnés. Contrairement au *Gate Keeper* (guichet) du NHS de la Grande-Bretagne dans lequel les médecins généralistes constituent des médecins de première ligne, exercent en ville et agissent comme des filtres, dans l'UCS de la Thaïlande, ce sont les dispensaires et les petits établissements publics de santé qui forment le *Gate Keeper*. Il faut passer par le référencement dans un dispensaire ou un petit établissement public de santé où le patient s'est inscrit pour accéder aux soins secondaires et tertiaires, sauf en cas d'urgence. Ce nouveau système peut améliorer l'égalité de la distribution des ressources médicales, géographiquement et démographiquement. Un petit établissement public de santé peut recevoir davantage de fonds budgétaires et de ressources humaines et médicales pour accueillir un plus grand nombre de patients. De plus, les dispensaires sont l'unité la plus proche des patients, ce qui économise le coût du transport, et sont insérés dans la culture locale et un environnement familial.

Cependant, ce système aurait pu limiter la qualité des soins et la concurrence sur le marché de santé. Premièrement, parce qu'il y avait une pénurie de médecins de famille travaillant dans les dispensaires et que les spécialistes préféreraient travailler dans les hôpitaux des zones urbaines. Deuxièmement, l'UCS contraint les patients à s'inscrire à l'établissement de santé le plus proche. Cela avantage les établissements des zones très peuplées. Ces derniers n'ont donc pas besoin d'améliorer la qualité des services pour attirer plus de clients et plus de fonds budgétaires. Par conséquent, le système a proposé la liberté de choix, c'est-à-dire que, chaque année, chaque patient a le droit de choisir de s'inscrire dans une unité de soins primaires. Si le patient n'est pas satisfait de la qualité de ses soins, il peut choisir une autre unité.

Depuis longtemps, les hôpitaux privés jouent un rôle important pour répondre à la demande de santé des individus en fournissant de meilleurs services de soins. Après la crise économique de 1997, la plupart d'entre eux ont fait face à une crise des liquidités et ont été ravis de participer au programme de l'UCS dont le total représentait 80.000 millions de bahts au minimum. Le Premier ministre, qui voulait encourager la consommation interne de soins et relancer les hôpitaux privés, était content de former un partenariat entre les secteurs public et privé. Le programme de l'UCS se base toujours sur les mécanismes du marché. Le gouvernement agit comme le régulateur du marché et, quelquefois, les pouvoirs publics interviennent sur le marché pour favoriser la justice sociale. La participation du secteur privé pouvait augmenter la concurrence entre les hôpitaux publics et privés, et améliorer l'efficacité et la qualité du système.

Du fait de la grande différence de qualité entre les secteurs privé et public, certains responsables du ministère de la Santé publique redoutaient que les hôpitaux privés puissent obtenir des subventions supérieures. De plus, la plupart des hôpitaux privés se situaient dans les zones urbaines et fournissaient des soins bien plus onéreux que les soins primaires et préventifs, ce qui était contraire au système idéal pour les technocrates. Pour protéger les hôpitaux publics, les fonctionnaires ont imposé certaines conditions. Les fournisseurs privés ont été autorisés à rejoindre le programme, Mais le ministère a limité la taille de la population concernée et a interdit aux nouveaux fournisseurs privés, établis après le 1 avril 2001, de le rejoindre pour éviter la participation de nouveaux investisseurs opportunistes<sup>337</sup>. De plus, les fournisseurs privés et publics ont dû fournir des soins primaires et préventifs pour se conformer au standard du ministère.

Selon la loi de décentralisation de 1999, tous les ministères, y compris celui de la Santé publique, doivent élaborer des plans pour déléguer les pouvoirs de l'administration, les infrastructures et les personnels à l'administration locale. De plus, avec la décentralisation fiscale, les gouvernements locaux ont le pouvoir de collecter certains types d'impôts, et leur revenu devait passer de 9% du total des recettes publiques à 20% en 2001 et à 35% en 2006. Le ministère de la Santé publique avait contrôlé tous les établissements publics de santé, la plupart des professionnels de santé et la plus grande part du budget gouvernementale pour la santé. La réforme du système de santé de 2001 a été une bonne occasion de décentraliser le pouvoir de l'administration de la santé dont l'objectif était le

---

<sup>337</sup> *Ibid.*, pp. 101-102.

transfert d'environ 80% du budget du ministère et environ 90% des ressources humaines à l'administration locale.

La décentralisation prévoyait la création d'un nouveau corps de l'administration locale de la santé, *Area Health Board* (le Conseil local de la santé, AHB). Ses membres devaient comprendre des représentants de l'administration provinciale, de l'administration municipale et de celle du *tambon*. Ils incluaient des fonctionnaires nommés par le ministère de la Santé publique, des représentants de la société civile et des spécialistes dans le domaine de la gestion et de la planification de la santé. Le rôle de l'AHB était de planifier l'accès aux soins de la population locale.

Pour la réforme financière, les décideurs ont discuté des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du programme de l'UCS. Pour le Premier ministre, le modèle souhaitable ne devait pas être un système de protection sociale socialiste dans lequel le riche paie plus cher que le pauvre<sup>338</sup>. Les technocrates craignent les expériences du « trou de la sécurité sociale » des pays occidentaux. La durabilité financière et le contrôle de dépenses publiques étaient leur priorité. Ils ont recommandé que le budget gouvernemental ne soit pas la seule ressource financière, mais que les patients payent une cotisation selon leur capacité de paiement avec co-paiement des services des soins onéreux. Cependant, la plupart des bénéficiaires du programme de l'UCS étaient concentrés dans le secteur informel, dans lequel il y avait des difficultés à calculer le revenu exact des ménages et à collecter les cotisations. Même si le système de taxation était faiblement progressif, à la fin, les décideurs ont choisi l'impôt sur le revenu et la TVA par pragmatisme, une autre ressource viennent du montant forfaitaire de 30 bahts de chaque consultation dans les services de soins ambulatoires.

Au niveau national, chaque année, le parlement vote le budget du programme de l'UCS en appliquant la méthodologie de paiement par capitation. La capitation est un forfait déterminé par personne pour effectuer des prestations médicales qui est versée à chaque établissement de santé dans le programme de l'UCS. Le budget total du programme est égal à la capitation multipliée par le nombre total de bénéficiaires d'UCS de cette année budgétaire. Cette mesure est plus transparente. Le calcul du taux de capitation repose sur le système d'enveloppe budgétaire et la négociation entre l'acheteur et les fournisseurs. Les dépenses, les revenus et les dettes de l'année précédente sont pris en compte. Pour l'année budgétaire de 2002, le ministère de la Santé publique a calculé un taux de capitation à

---

<sup>338</sup> *Ibid.*, p. 93.

1.202 bahts par tête, soit un total de 54.090 millions de bahts. Des hôpitaux ont été insatisfaits en raison d'insuffisances budgétaires. En 2003, le ministère a collaboré avec le Bureau du budget, des CHU, des hôpitaux privés et des universitaires pour recalculer le taux de capitation. Le taux de capitation est monté à 1.308 bahts par tête pour l'année budgétaire de 2004, à 1.396 bahts pour 2005, à 1.718 bahts pour 2006, à 1.983 bahts pour 2007, à 2.194 bahts pour 2008, à 2.298 bahts pour 2009, à 2.497 bahts pour 2010 et à 2.693 pour 2011<sup>339</sup>. Ironiquement, même si le Thaï Rak Thaï a initié le programme de l'UCS, l'augmentation du taux de capitation a été plus rapide après la chute du gouvernement de Thaksin en 2006.

Pour distribuer ces fonds aux établissements de santé, le NHSO en transfère une partie chaque Bureau provincial de la sécurité de santé, en fonction du nombre de bénéficiaires par province, ce qui pouvait améliorer l'équité de l'allocation budgétaire. Il a remplacé l'ancien système d'allocation budgétaire qui se basait sur l'offre de santé, où le budget des établissements publics de santé dépendait du nombre de lits, de personnels, d'équipements médicaux, de recours aux soins, plutôt que du nombre d'habitants. Le Bureau provincial de la sécurité sanitaire a le pouvoir de gérer le budget et de passer un contrat avec des établissements sélectionnés de santé. Le budget prévoit que chaque établissement reçoive une enveloppe budgétaire qui dépend du nombre de bénéficiaires et de l'efficacité de l'établissement.

Du fait des difficultés à contrôler les dépenses du CSMBS dans un système de paiement rétroactif, les décideurs ont choisi le paiement prévisionnel pour le système de financement du programme de l'UCS, de manière à contrôler efficacement les dépenses de soins onéreux et inutiles. Selon l'objectif des dépenses, le budget peut être classé en 5 grands groupes: services de soins ambulatoires, services des soins hospitaliers, services de soins onéreux, services d'urgence, prévention et promotion de santé. Le financement des dépenses des services de soins ambulatoires et de la prévention et la promotion de la santé se base sur le système de capitation. Par contre, les dépenses des services hospitaliers de chaque hôpital sont remboursées par la mesure du « groupe homogène de diagnostic » (un système proche de la tarification à l'activité de la France) pour inciter à la concurrence et à l'efficacité des établissements et réduire les dépenses.

---

<sup>339</sup> Health Insurance System Research Office, *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An Independent assessment of the first ten years (2001-2010)*, Health Insurance System Research Office, Thailand, 2012, p.40.

Pour l'application du programme de l'UCS, les technocrates avaient recommandé une période de 3 ans pour l'extension de la couverture, son introduction dans certains territoires puis le déploiement dans d'autres provinces. Cependant, le Thai Rak Thai voulait le réaliser dans les 12 mois en invoquant le droit à l'accès aux soins comme droit fondamental de tous les Thaïlandais. Enfin, en avril 2001, le gouvernement a introduit le programme dans 6 provinces: Payao, Pratumthani, Yasothon, Samutsakorn, Nakornsawan et Yala, qui avaient l'expérience du projet pilote de l'UCS. Deux mois plus tard, le programme a été étendu à 15 provinces et a permis la participation des hôpitaux privés. En octobre 2001, le programme couvrait toutes les provinces, sauf les CHU et les établissements publics de santé de Bangkok qui y ont participé après avril 2002. Le ministère de la Santé publique a été le responsable du programme de l'UCS jusqu'en novembre 2002, jusqu'à l'approbation de la loi pour la sécurité sanitaire et l'établissement du NHB et du NHSO. Le nombre de bénéficiaires est passé de 1,4 millions de personnes en avril 2001 à 4,9 millions en juin 2001, puis à 24 millions de personnes en avril 2002 et, enfin, à 45 millions de personnes à la fin de l'année 2002. Cependant, seuls 96 établissements privés de santé ont participé au programme (9% du nombre total d'établissements de santé sous contrat pour le programme de l'UCS) et ont couvert 1,8 millions de personnes (3% du nombre total de bénéficiaires du programme de l'UCS). La plupart des établissements sous contrat (83%) étaient les hôpitaux publics sous administration du ministère de la Santé, qui couvraient 93% des bénéficiaires<sup>340</sup>.

Les opposants ont critiqué le programme de l'UCS comme étant un programme pour les pauvres, dont les avantages couvraient seulement les soins à bas prix. En réalité, les avantages étaient raisonnables et s'amélioraient. Pendant deux premières années du programme de l'UCS, il comprenait les services de soins ambulatoires, les services de soins hospitaliers et les services de soins dentaires dans l'établissement où le bénéficiaire était inscrit. De plus, le bénéficiaire avait le droit d'accéder à la prévention et à la promotion de la santé, et à un bilan de santé annuel, sauf la vaccination. Pour la femme enceinte, le programme couvrait le planning familial, les services de soins prénataux et maternels, et deux accouchements par femme.

En comparaison avec le CSMBS, le programme de l'UCS ne couvrait pas le coût de la chambre particulière individuelle et le coût du médicament en dehors de la liste nationale des médicaments essentiels. En outre, pour contrôler les dépenses de soins onéreux, le

---

<sup>340</sup> Pitayangsarit, Siriwan, *op. cit.*, 2004, pp.120.



programme limitait le plafond de remboursement des soins onéreux, et exemptait de remboursement certaines maladies, par exemple, il ne couvrait pas la dialyse rénale et le coût du médicament contre le VIH pour le patient ayant le CD4 supérieur à 200, toutes les interventions esthétiques, le traitement de l'infertilité et la transplantation. Cependant, la société civile faisait sans cesse pression, le NHSO a négocié avec le Bureau du budget pour améliorer sa couverture. Depuis 2008, le programme couvre la dialyse rénale, et depuis 2015 il couvre le coût du médicament contre le VIH pour tous les patients.

## ***2.2 Le renforcement des droits du patient***

Selon la théorie du choix rationnel, l'individu veut maximiser son utilité sous la contrainte budgétaire. Dans le cadre théorique de l'information parfaite et du marché libre, il compare les caractéristiques des biens sur le marché, par exemple le prix, la qualité etc., pour formuler un panier de biens qui optimise son utilité et sa préférence. Les services de soins sont également des biens sur le marché. Mais leurs caractéristiques sont différentes des autres biens. Contrairement aux autres biens pour lesquels la demande est liée à la loi de l'offre et la demande, la demande des services de soins est imprévisible, parce que l'individu ne veut consommer des services de soins que lorsqu'il est malade. Or, il ne peut pas prévoir quand il sera malade. L'offre de soins ne peut pas se fonder sur un marché libre, mais elle est régulée par plusieurs mesures, comme par exemple, la prescription des médecins. De plus, l'utilité de la consommation des services de soins est incertaine. Nous les achetons pour améliorer notre état de santé. Mais il n'est pas sûr que tous les traitements réussissent. Et comme mentionné dans le chapitre 1, les soins se basent sur l'information et la connaissance approfondie, ce qui limite les possibilités pour l'individu d'accéder à l'information parfaite. Pour ces motifs, le marché de la santé est imparfait, et on ne peut pas lui appliquer la théorie du choix rationnel. Le marché libre ne conduit pas à un système de santé efficace. L'État, les organismes professionnels, les agences d'achat et les représentants des communautés jouent un rôle d'important dans la régulation des services de soins et le contrôle de la qualité et des prix.

La société se développe et devient plus en plus complexe. Le traitement n'est plus la simple relation entre le patient et le médecin, mais elle engage l'ensemble du système de santé. Dans le système moderne, la relation entre le médecin et le patient, qui reposait sur un modèle paternaliste, s'est changée en modèle de malade-consommateur fondé sur la théorie du choix rationnel. Le patient est un homme rationnel ayant une expérience de

malade et la liberté de choix. Cependant, l'insuffisance d'informations limite sa capacité de choix. Le médecin agit comme conseiller du patient, et son rôle est de lui fournir l'information nécessaire. Pour réaliser ce modèle, les droits du patient doivent renforcer le pouvoir de décision de celui-ci.

La réforme de 2001 a renforcé les droits des patients thaïlandais. En 2001, le Conseil d'Ordre des médecins de Thaïlande a énoncé 10 droits des patients:

- ..1. En vertu de la Constitution, tout patient a le droit de recevoir des soins médicaux de base.
2. Tout patient bénéficiera des services du personnel de santé, indépendamment de la race, de la nationalité, de la religion, du statut social, du sexe, de l'âge, des convictions politiques, et de sa maladie.
3. Sauf cas d'urgence, chaque patient a le droit de connaître suffisamment de renseignements au sujet de sa maladie, et d'être informé par les personnels de santé, afin de décider de tout traitement administré par ceux-ci.
4. Dans une situation où la vie est menacée, chaque patient a le droit de recevoir des traitements nécessaires administrés par les personnels de santé quelle que soit la demande du patient.
5. Chaque patient a le droit de connaître le nom, prénom, profession des personnels de santé qui le prennent en charge.
6. Tout patient a le droit d'obtenir une autre (ou plus) opinion des autres personnels de santé, et il / elle a le droit de changer de fournisseur de soins.
7. Sauf permission du patient ou autorisation légale approuvée, les personnels de santé ne peuvent pas divulguer les informations concernant le patient.
8. Avant toute expérimentation médicale, le patient a le droit de recevoir des informations approfondies.
9. À sa demande, chaque patient a le droit d'accès à ses dossiers médicaux. Cependant, il / elle ne peut pas porter atteinte aux droits d'autrui.
10. Pour un enfant de moins de 18 ans ou un patient handicapé mental, le père, la mère ou le tuteur légal peuvent exercer les droits du patient

...<sup>341</sup>.

Ces droits permettent au patient d'accéder à l'information médicale, à ses dossiers médicaux, et d'avoir la liberté du choix des services de soins, des personnels de santé et

---

<sup>341</sup> Acquis du site du Conseil d'Ordre des médecins de la Thaïlande: <http://www.tmc.or.th/privilege.php>

des établissements de santé. À l'inverse, les personnels de santé ont le devoir d'informer le patient. De plus, les droits du patient sont contenus dans les articles de 9 à 12 de la loi pour la sécurité sanitaire de 2002.

Comme le patient est aussi un consommateur, le développement du système d'accréditation des services de soins et de la protection des consommateurs est important pour minimiser le risque médical. Le risque médical est le risque d'évènements indésirables graves (EIG) lors de l'exécution d'une procédure diagnostique, préventive ou thérapeutique. Un EIG survient à suite d'une erreur, d'une faute médicale, d'une infection nosocomiale ou d'un aléa thérapeutique, ce qui n'est pas le cas de la dégradation naturelle. La faute médicale et l'erreur médicale sont différentes. Le médecin commet une faute lorsqu'il "sait", et une erreur lorsqu'il ne "sait pas"<sup>342</sup>. La gestion du risque se réfère à des stratégies qui permettent de réduire et de minimiser la possibilité de résultats défavorables et de dommages aux patients. La gestion du risque médical se compose de deux volets, *ex ante* et *ex post* de l'accident médical. La gestion du risque avant la procédure thérapeutique, préventive ou de diagnostic a pour but de réduire la possibilité d'un résultat défavorable et de dommages aux patients. Les principaux facteurs de la gestion des risques sont l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité des soins. Les procédures de gestion du risque sont: 1) la définition continue de normes cliniques; 2) l'étude des résultats; 3) le recueil des données; 4) les systèmes d'analyse; 5) le suivi de la pratique clinique; et 6) la correction des problèmes qui comportent un risque réel ou potentiel. La gestion du risque après la procédure thérapeutique, préventive ou diagnostique, *ex post*, a pour but de réduire les pertes lorsqu'ils se produisent.

Dans le cas de la Thaïlande, les régulateurs du le système de santé comprennent :

1°) le ministère de la Santé publique et ses Départements. L'administration chargée de la délivrance de la nourriture et des médicaments est responsable de régulation des équipements médicaux, des médicaments, des substances stupéfiantes et des substances psychotropes. Elle détient l'autorité de certification des équipements médicaux, des médicaments, des cosmétiques et de contrôle de la qualité des produits médicaux. Elle peut retirer les autorisations des produits médicaux avérés dangereux.

---

<sup>342</sup> Boccara Steve, *Responsabilité médicale et qualité des soins: Une analyse économique du droit*, Editions Universitaires Européennes, 2009, p. 13.

2°) Le Conseil de l'Ordre des professionnels de santé, qui contrôle la compétence des professionnels de santé, la qualité des services de soins, la norme standard des services de soins et l'éthique des professionnels de santé.

3°) Les acheteurs tels que le NHSO, le Bureau de la sécurité sociale et le Département des contrôleurs généraux des comptes publics contrôlent la qualité des services de soins en passant un contrat avec les établissements de santé qualifiés.

4°) Finalement, le consommateur et les médias, qui peuvent s'informer et se plaindre à l'autorité publique en cas de dommages commis par les services de soins.

De plus, en 1998, a été établi l'Institut de l'amélioration et de l'accréditation de la qualité des hôpitaux, qui est devenu une organisation autonome en 2007. Auparavant, le ministère de la Santé publique avait créé une norme thaïlandaise pour s'assurer de la qualité. Grâce à sa collaboration avec l'OMS et l'Institut de recherche sur le système de santé de la Thaïlande, l'Institut de l'amélioration et de l'accréditation de la qualité des hôpitaux a appliqué la norme internationale de qualité et instauré le système d'accréditation des hôpitaux. Le programme d'accréditation est passé de 35 hôpitaux dans le projet pilote en 2002 à plus de 350 hôpitaux en 2009, tandis que des centaines d'hôpitaux publics et privés se sont engagés volontairement dans le programme. Être accrédité, donc, signifie qu'un hôpital peut démontrer son engagement à améliorer la qualité des soins centrée sur le patient. Cela indique également que l'hôpital dispose d'un bon système de qualité pour minimiser les risques et assurer la qualité des soins, qu'il dispose d'un système de contrôle de la pratique et de l'éthique professionnelles, et qu'il a prouvé sa capacité à s'améliorer continuellement<sup>343</sup>.

La limitation de la gestion du risque s'explique parce qu'il est difficile de réduire le risque médical à zéro. Elle a besoin de deux autres outils, l'assurance et la responsabilité médicale pour minimiser le coût social de l'accident médical. La gestion du risque a pour but de réduire le risque médical et d'améliorer la qualité des soins. L'assurance a pour objectif de partager le risque financier après les dommages, et la responsabilité en matière d'indemnisation, la justice corrective et l'incitation à des comportements de précaution, de la part des médecins. Dans le cas de la Thaïlande, la codification du droit est le Code Civil. La loi sur la responsabilité médicale n'a pas encore été instaurée. Il existe aussi d'autres

---

<sup>343</sup> Sriratanaban, Jiruth, "Hospital Accreditation as a System Regulatory Mechanism: A case of Thailand", [http://ps4h.org/baliday3r/Jiruth%20Sriratanaban\\_Case%20\(BARU\)\\_Session%204.pdf](http://ps4h.org/baliday3r/Jiruth%20Sriratanaban_Case%20(BARU)_Session%204.pdf)

lois comme la loi sur l'accès aux informations administratives de 1997, la loi sur la responsabilité sur la civile, etc. La loi sur la responsabilité civile se fonde sur la règle de la responsabilité pour faute. Le médecin qui fait un acte imprudent ou une faute sera puni. Cette loi est appliquée en cas de conflit entre le médecin libéral et le patient. Mais, les médecins qui travaillent dans les établissements publics de santé sont considérés comme des fonctionnaires. Ils relèvent donc de la loi sur l'accès aux informations administratives de 1997, et de la loi de responsabilité des fonctionnaires de 1996. Certaines caractéristiques du système de santé et du système juridique ne permettent donc pas d'appliquer la règle de responsabilité pour faute. En raison de la difficulté d'accéder aux dossiers médicaux et du coût de la plainte, les agents peuvent échapper à leur responsabilité. Par conséquent, l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et le principe de précaution de la part des médecins ne sont pas respectés.

La réforme de 2001 a renforcé les droits des patients pour l'accès à l'information médicale, et a conduit à l'amélioration du pouvoir des patients en matière de plaintes dont le nombre est passé de 100 en 1998 à environ 280 en 2002<sup>344</sup>. L'augmentation du nombre de plaintes est un signe du début d'une crise de la responsabilité médicale et de la dégradation de la relation entre les patients et les médecins. La société a besoin de mesures pour la gérer. Initialement, le projet de loi pour la sécurité sanitaire de 2002 avait prévu que le NHSO soit la seule organisation centrale de collecte de la prime d'assurance délivrée par les établissements privés et publics de santé en cas d'indemnisation des dommages médicaux, et qu'un fonds d'indemnisation des dommages médicaux soit créé. Cependant, le Sénat a décidé, en août 2001, de retirer au NHSO la compétence en matière d'indemnisation pénalisant les agences privées, et de diffusion d'informations sur les cas de fautes professionnelles au public<sup>345</sup>.

### **2.3 Le « Medical Hub »**

En Asie du Sud-Est, notamment en Thaïlande, à Singapour et en Malaisie, les gouvernements jouent un rôle important dans la promotion du tourisme médical. Par exemple, des visas sont délivrés aux touristes médicaux et des organismes gouvernementaux ont été établis pour accroître les entrées des touristes médicaux. En sus

---

<sup>344</sup> Source: Conseil de l'Ordre des médecins de la Thaïlande.

<sup>345</sup> Pitayangsarit, Siriwan, *op. cit.*, 2004, pp.113.

de l'installation de la nouvelle orientation du marché de la santé, le Thai Rak Thai avait pour ambition d'appliquer le *Thaksinomics* au système de santé en encourageant l'exportation des services de soins. Le marché des services de soins du secteur privé en Thaïlande est un secteur important pour la croissance économique. En 2003, avec le potentiel du secteur privé, le gouvernement a lancé la politique du *Medical Hub* pour que la Thaïlande soit un pays destinataire important pour les patients étrangers. La politique du programme de l'UCS a développé la qualité des soins du secteur public pour répondre aux besoins nationaux. En parallèle, la politique de *Medical Hub* a développé la qualité des soins du secteur privé pour répondre aux besoins internationaux. La Thaïlande était un pays attractif pour les touristes. La qualité des services des soins et les compétences des professionnels de santé étaient meilleures que les pays voisins, et le coût de vie et les tarifs des soins étaient moins élevés. De plus, le secteur privé a beaucoup investi dans les infrastructures pendant le boom économique et pouvait accueillir un nombre accru de patients étrangers. Après la crise économique de 1997, le taux d'occupation des lits des hôpitaux privés est tombé à 60%. Un objectif de la politique gouvernementale du *Medical Hub* était de résoudre le problème de l'offre excédentaire des hôpitaux privés pour relancer l'économie thaïlandaise. La plupart des hôpitaux privés ont changé de stratégie commerciale. Les patients étrangers étaient une population ciblée pour pallier la réduction des dépenses de la classe moyenne dans les services de soins des hôpitaux privés. Ces derniers ont constitué, par exemple, un département unique pour accueillir seulement les patients étrangers, leur ont réservé des chambres particulières individuelles, ont développé l'investissement dans les équipements médicaux onéreux, ont obtenu une accréditation à la norme internationale, ont embauché des médecins spécialistes et des interprètes de langues étrangères, ont acheté des hélicoptères pour transporter les patients, ont formé des partenariats avec les sociétés d'assurances étrangères, ont amélioré leur système informatique, etc.

En mai 2003, grâce à la collaboration entre le ministère de la Santé publique, le ministère du Sport et Tourisme, le ministère du Commerce et le ministère des Finances, le gouvernement a lancé le plan « Medical Hub of Asia (2003-2008) » dont l'objectif était l'amélioration des services de soins pour atteindre la norme standard internationale et la transformation de la Thaïlande en centre des services de soins de l'Asie du Sud-est, en offrant des services de soins onéreux, des soins dentaires, des opérations de chirurgie esthétique, de la médecine traditionnelle, des massages thaïlandaise et des spa, des herbes

médicinales et des compléments alimentaires. Le gouvernement a également soutenu les hôpitaux privés. Ceux avec 50 lits ou plus ont été éligibles à trois à huit ans d'exonérations de l'impôt sur les sociétés ainsi qu'aux exonérations ou réductions des droits d'importation sur les équipements utilisés<sup>346</sup>. Grâce au soutien gouvernemental, le nombre de patients étrangers dans les hôpitaux privés a augmenté, 630.000 en 2002 ; 973.572 en 2003 ; 1.103.095 en 2004 ; 1.249.948 en 2005, ; 1.330.000 en 2006 et 1.373.807 personnes en 2007<sup>347</sup>, avec un revenu estimé à 36 milliards de bahts en 2006, soit 0,4% du PIB<sup>348</sup>. Les hôpitaux privés et les CHU ont soutenu cette politique. Par contre, certains technocrates et universitaires s'y sont opposés en raison du fait du risque d'accroissement des inégalités dans le système de santé représenté par le *Medical hub*, ainsi que de la fuite des cerveaux du secteur public vers le secteur privé.

Le gouvernement Thaksin a engagé des nouvelles politiques de santé qui ont changé largement le système de santé. La réforme de 2001 a renforcé des interventions étatiques, mais a respecté le mécanisme du marché en parallèle. Le programme de l'UCS a renforcé l'efficacité et a réduit des inégalités dans le système de santé. Quand le programme de l'UCS favorisait la consommation nationale, et simultanément, le Medical Hub accroissait l'exportation de services de soins.

---

<sup>346</sup> Kanchanachitra, Churnrurtai, Pachanee, Cha-aim, Dayrit, Manuel M. & Tangcharoensathian Viroj, «Medical Tourism in Southeast Asia: Opportunities and Challenges», in Hodges, Jill R., Turner, Leigh & Kimball, Ann Marie (éds.), *Risks and Challenges in Medical Tourism: Understanding the Global Market for Health Services*, Prager, US, 2012, pp. 56-86

<sup>347</sup> Naranong, Achana, Naranong, Viroj & Jindaruk, Sirachai, *Thailand Medical Hub*, TDRI, Thaïlande, 2009, p. 19.

<sup>348</sup> Pocock, Nicola & Phua, Hong Kai, « Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia », *Globalization and Health*, 7:12, 2011, p. 2.





## CHAPITRE 7

# LA COMPARAISON DU SYSTEME DE SANTÉ EN THAÏLANDE AVANT ET APRÈS LA REFORME DE 2001

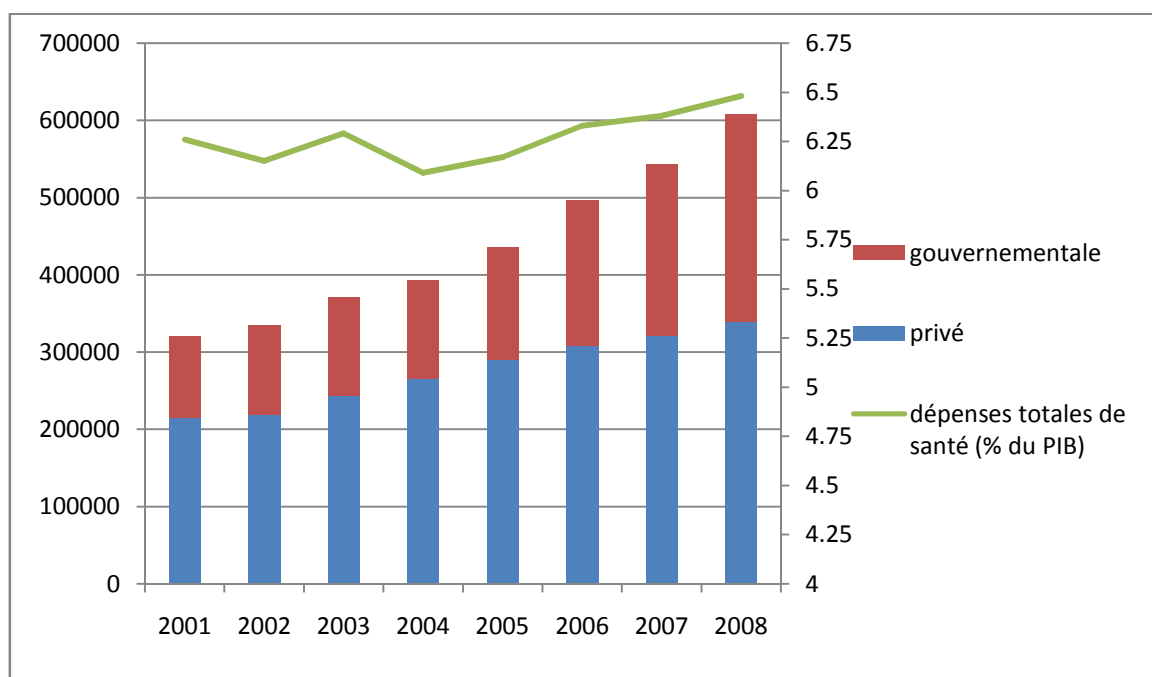
Le mouvement de tous les acteurs, à savoir la société civile, le parti Thai Rak Thai, et des technocrates du domaine de la santé, a réalisé le programme de l'UCS. Cette politique sociale a changé profondément le système de santé en Thaïlande. Avant la réforme de 2001, la santé était du ressort de la responsabilité individuelle. Le gouvernement avait un rôle minimal pour assurer la santé des citoyens et préférait fournir l'assurance maladie à des populations sélectionnées. Les services de soins se basaient sur le marché libre. Le secteur privé, cliniques et hôpitaux privés, avait un rôle important dans la fourniture des services de soins. Les inégalités sanitaires étaient considérables au niveau socio-économique et géographique ainsi qu'entre les différents régimes d'assurance maladie. Après la réforme, le droit à la santé a été considéré comme un droit fondamental des citoyens. Le gouvernement se voyait confier la mission d'assurer la santé des Thaïlandais, et d'agir comme régulateur sur le marché libre de la santé pour améliorer la justice sociale.

Le programme de l'UCS fournissait les services des soins en incluant les services ambulatoires, les services hospitalisés, les médicaments, la prévention et la promotion de santé, et certains services des soins onéreux, aux Thaïlandais afin de réduire partialement les inégalités sanitaires et améliorer un capital humain, c'est-à-dire la santé. La réforme institutionnelle et financière du système de santé avait pour objectif de redistribuer les ressources médicales et humaines entre les zones urbaines et rurales, d'économiser les dépenses nationales de santé, et d'améliorer l'accès aux soins, précisément des pauvres et des non-assurés. Est-ce que ces objectifs ont été réussis? Ce chapitre va comparer les inégalités sanitaires avant et après la réforme.

## 1. Des indicateurs au niveau macro-économique

### 1.1 Les dépenses nationales de santé

Du fait de la croissance économique rapide et de l'inefficacité du contrôle des dépenses nationales de santé pendant les années 1980 à 1990, les dépenses nationales de santé ont doublé, de 3,82% à 6,00 % du PIB. Cependant, le secteur privé a payé une grande part de celles-ci. Après la réforme de 2001, la perception de la santé en Thaïlande a changé. L'investissement dans la santé a fait l'objet d'une collaboration entre l'État et les individus. Les dépenses publiques de santé ont augmenté graduellement, de 32,91% des dépenses nationales de santé en 2001 à 34,41% en 2002, à 34,37% en 2003, à 32,28 % en 2004, 33,41% en 2005, 37,73% en 2006, 40,84% en 2007 et 42,23% en 2008. De plus, le nouveau système de financement du système de santé maintenait efficacement les dépenses nationales de santé entre 6,0 % et 6,5% du PIB (voir Graphique n° 25).

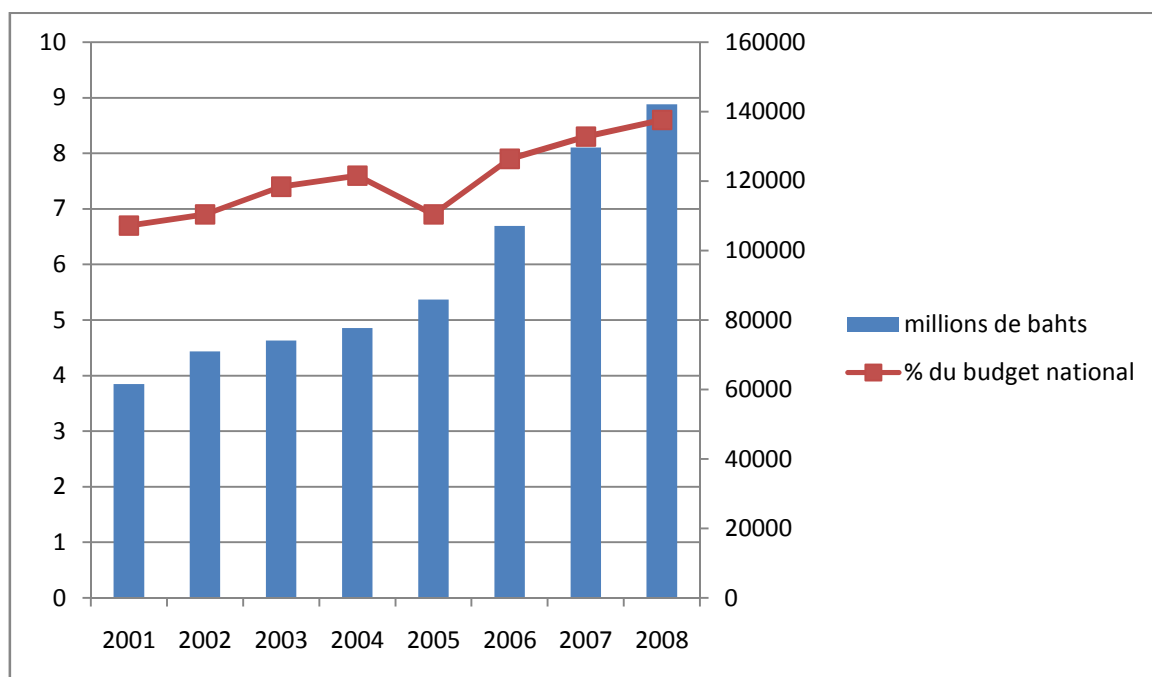


Graphique n° 25: Dépenses de santé de 2001 à 2008 (millions de bahts)<sup>349</sup>.

Du fait de la mise en œuvre du programme de l'UCS, le budget du ministère de la Santé publique a augmenté de 61.563 millions de bahts (6,7% de budget de l'État) en 2001 à 70.923 millions de bahts (6,9% de budget de l'État) en 2002, à 74.134 millions de bahts

<sup>349</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2011, p. 293.

(7,4% de budget de l'État) en 2003, à 77.721 millions de bahts (7,6% de budget de l'État) en 2004, à 85.934 millions de bahts (6,9% de budget de l'État) en 2005, à 107.101 millions de bahts (7,9% de budget de l'État) en 2006, à 129.683 millions de bahts (8,3% de budget de l'État) en 2007 et 142.114 millions de bahts (8,6% de budget de l'État) en 2008.



Graphique n° 26: Budget du Ministère de la Santé publique<sup>350</sup>.

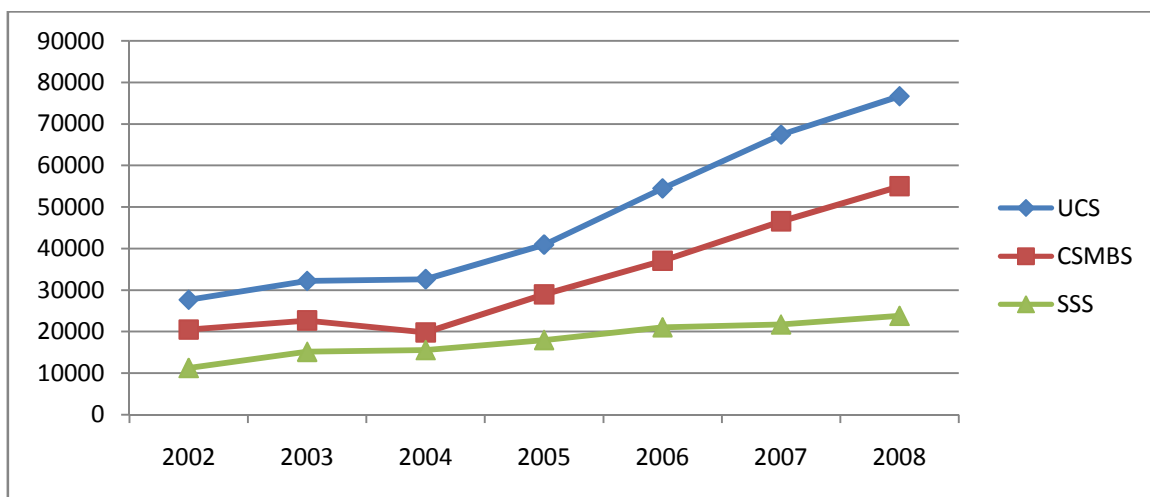
Le budget de programme de l'UCS est égal au nombre de bénéficiaires multipliés par la capitation, soit 53.022 millions de bahts en 2002, 57.697 millions de bahts en 2003, 60.431 millions de bahts en 2004, 68.207 millions de bahts en 2005, 78.535 millions de bahts en 2006, 86.594 millions de bahts en 2007 et 100.949 millions de bahts en 2008. Mais il faut remarquer que ce budget inclut les salaires des professionnels de santé. De plus, environ 10% du budget finance aussi les programmes de prévention et de promotion de santé. Par contre, le SSS et l'UCS ne les financent pas.

Même si le programme de l'UCS a été un programme initié par le TRT, il faut remarquer que l'augmentation de ces budgets a été plus marquée de 2006 à 2008, c'est-à-dire après le gouvernement Thaksin (voir Graphique n° 27). Ceci a été un point faible et

<sup>350</sup> *Ibid.*, p. 297.

des ONG ont estimé que la motivation du programme de l'UCS, disant que l'objectif de Thaksin était seulement la victoire électorale. Thaksin n'a pas eu l'intention d'améliorer les avantages d'UCS. Le contrôle strict du budget pourrait conduire à l'impossibilité financière du programme de l'UCS. L'insuffisance des fonds d'origine budgétaire ne pouvait pas répondre aux besoins des bénéficiaires.

Le graphique n° 27 représente le budget de l'UCS (en excluant les salaires des professionnels de santé), du CSMBS et du SSS. Même si plusieurs gouvernements ont mis en œuvre des mesures de contrôle des dépenses de CSMBS, elles ont échoué et les dépenses ont augmenté de façon régulière. Le graphique n° 27 donne l'illusion que le budget de l'UCS a augmenté plus vite que celui des autres régimes. Mais, si on examine les dépenses par habitant, celles de l'UCS sont très basses en comparaison des autres régimes, soit 608 bahts en 2002, 699 bahts en 2003, 695 bahts en 2004, 863 bahts en 2005, 1.144 bahts en 2006, 1.443 bahts en 2007 et 1.631 bahts en 2008. Les dépenses par habitant du CSMBS sont environ dix fois plus élevées que celles de l'UCS, soit 5.055 bahts en 2002, 5.627 bahts en 2003, 4.636 bahts en 2004, 6.976 bahts en 2005, 9.122 bahts en 2006, 9.067 bahts en 2007 et 10.987 bahts en 2008 (voir Tableau n°42). Cela montre que les inégalités financières entre les trois régimes d'assurance maladie obligatoire constituent toujours un problème dans le système de santé en Thaïlande.



Graphique n° 27: Budget de trois régimes d'assurance obligatoire de 2002 à 2008<sup>351</sup>.

<sup>351</sup> *Ibid.*, pp. 293& 352.

	UCS			CSMBS			SSS		
	Budget (millions de bahts)	Nombre de pop. (million)	Dépense par habitant (bahts)	Budget (millions de bahts)	Nombre de pop. (million)	Dépense par habitant (bahts)	Budget (millions de bahts)	Nombre de pop. (million)	Dépense par habitant (bahts)
2002	27612	45,35	608	20475	4,05	5055	11223	7,12	1576
2003	32138	45,97	699	22679	4,03	5627	15113	8,09	1868
2004	32573	47,10	695	19798	4,27	4636	15533	8,34	1862
2005	40890	47,34	863	28951	4,15	6976	17952	8,74	2054
2006	54429	47,54	1144	37037	4,06	9122	21029	9,20	2285
2007	67364	46,67	1443	46514	5,13	9067	21686	9,58	2263
2008	76599	46,95	1631	54937	5,00	10987	23767	9,84	2415

Tableau n° 42: Dépenses par habitant de trois régimes d'assurance obligatoire de 2002 à 2008<sup>352</sup>.

	1999	2000	2001	2002	2003
Bangkok	4055	1963	2610	4980	3160
Centrale	813	1656	1643	1383	1800
Nord	388	1298	1250	1061	1438
Sud	433	1291	1318	1038	1570
Nord-est	347	967	966	696	1129
Est	419	1282	1242	1111	1522
Ouest	481	1384	1434	1168	1594
Total	1067	1327	1398	1698	1650

Tableau n° 43: Allocation de budget de la santé à prix constant en 2003 (baht par habitant)<sup>353</sup>.

La nouvelle allocation budgétaire calculée proportionnellement à la population de chaque région a réduit les inégalités budgétaires géographiques. À l'exception de Bangkok, le budget de la santé par habitant a progressivement augmenté dans toutes les régions. Le budget de la santé par habitant à Bangkok, qui était presque dix fois plus important que celui de la région Nord-est, avant la réforme, a été divisé par trois en 2003. Dans toutes les régions (Bangkok excepté), il a été presque égal au budget moyen de la santé par habitant (voir Tableau n°43).

<sup>352</sup> Bureau national de la sécurité de la santé, *Rapport annuel du Bureau national de la sécurité de la santé en 2008*, Bangkok, 2009, p4. Les dépenses par habitant ont été calculées par l'auteur. Note: le budget d'UCS exclut les salaires des professionnels de santé dans l'établissements publics.

<sup>353</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2005, p339.

## 1.2 Les ressources humaines et médicales

Un des objectifs de la nouvelle allocation budgétaire était de réduire la disparité des ressources humaines et médicales entre les régions, notamment entre la région la plus riche (Bangkok) et la région la plus pauvre (Nord-est). Grâce à l'allocation budgétaire calculée sur la base du nombre d'habitants, les établissements publics de santé des zones rurales et des autres régions (hors Bangkok) ont vu leurs budgets annuels augmenter, ce qui a permis d'embaucher davantage de professionnels de santé et d'acheter plus de médicaments et d'équipements médicaux. La disparité du nombre de professionnels de santé entre Bangkok et la région du Nord-est a diminué graduellement. Avant la réforme, le ratio population/médecin à Bangkok était environ 13 fois plus bas que celui du Nord-est. Il a diminué à 8,01 en 2003, 8,09 en 2005 et 6,24 en 2007. Cette tendance a été similaire pour le dentiste, le pharmacien et l'infirmier (voir Tableau n°44).

	Rapport pop. / médecin			Rapport pop. / dentiste		
	2003	2005	2007	2003	2005	2007
Bangkok	924	867	850	1458	1305	1230
Centre	3301	3054	2683	11259	10494	9268
Nord	4766	3768	3351	13137	11830	10820
	4609	3982	4306	13443	11877	10657
Nord-Est	7409	7015	5308	13443	11877	10657
Disparité de pop/ médecin entre Bangkok et Nord-Est	1:8,01	1:8,09	1:6,24	1:9,22	1:9,10	1:8,66

	Rapport pop. / pharmacien			Rapport pop. / infirmier		
	2003	2005	2007	2003	2005	2007
Bangkok	4765	3562	3527	285	285	240
Centrale	7170	6700	5841	631	550	554
Nord	9743	8372	8194	734	528	638
Sud	8801	8125	7717	692	622	619
Nord-est	13184	12869	12197	1145	968	619
Disparité de pop/ médecin entre Bangkok et Nord-est	1:2,76	1:3,61	1:3,4	1:4,01	1:3,39	1:2,57

Tableau n° 44: Distribution de professionnels de santé de 2003 à 2007<sup>354</sup>.

<sup>354</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2011, pp.257-261.

Pour encourager le recours aux soins de santé primaires et contrôler les dépenses des soins onéreux, le parcours aux soins et le *Gate Keeper* ont été installés. Les dispensaires et les hôpitaux locaux sont devenus de plus en plus importants pour fournir des soins aux Thaïlandais. Par conséquent, la charge de travail des médecins des hôpitaux locaux était plus forte que celle des CHU, qui fournissent les soins tertiaires. Cependant, celle des hôpitaux locaux a eu tendance à diminuer chaque année. Grâce à la nouvelle allocation budgétaire, le nombre de médecins des hôpitaux locaux a augmenté de 1.956 (2,7 médecin par hôpital) en 1999 à 2.617 (3,7) en 2000, à 2725 (3,8) en 2001, 3.758 (5,2) en 2002 et 4,084 (5,6) en 2003<sup>355</sup>. La charge de travail dans les hôpitaux locaux a donc diminué, de 34.379 patients par médecin en 2002 à 29.997 en 2005, à 28.487 en 2007, 25.728 en 2008 et 23.006 en 2009. En revanche, celle des hôpitaux privés a augmenté de 12.849 par médecin en 2002 à 14.273 en 2005, à 15.681 en 2007, 15.168 en 2008 et 15.295 en 2009.

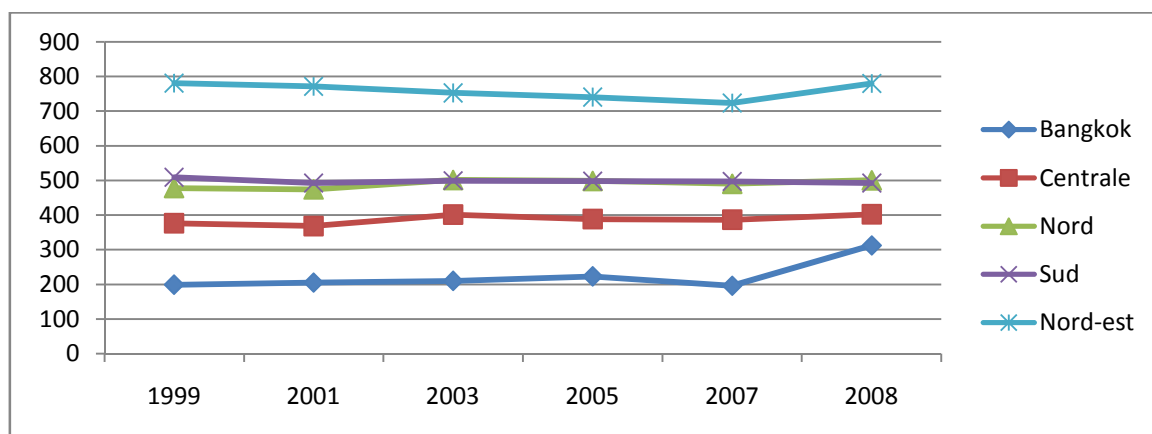
	2002	2005	2007	2008	2009
Hôpitaux locaux	34379	29997	28487	25728	23006
Hôpitaux régionaux	12020	13046	13305	14373	11721
CHUs	4931	3812	2701	2934	3353
Hôpitaux privés	12849	14273	15681	15168	15295

Tableau n° 45: Charge de travail des médecins de 2002 à 2009 (nombre de services de soins fourni par un médecin)<sup>356</sup>.

Pour la distribution des lits, le ratio nombre de population par lit dans la région du Nord-Est a diminué : de 780 personnes par lit en 1999 à 771 en 2001, à 752 en 2003, 740 en 2005, 723 en 2007 et 779 en 2008. De plus, en 2008 la disparité de ce ratio entre Bangkok et la région Nord-Est a diminué à environ 2 fois (voir Graphique n°28). Cependant, la densité de lits dans la région Nord-Est était toujours la plus faible et le taux d'occupation des lits était toujours constant: environ 80%. Le nombre moyen de jours hospitalisés dans la région du Nord-Est était le plus bas (3,7 jours) en comparaison de celui à Bangkok qui était de 5,1 jours, ce qui montre que le nombre de lits était inférieur à la demande des patients et qu'il fallait donc investir dans les infrastructures dans la région du Nord-est.

<sup>355</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2004, p288.

<sup>356</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2011, p. 268.



Graphique n° 28: Rapport de population/ lit de 1999 à 2008<sup>357</sup>.

Un autre objectif de la réforme de 2001 était de faire revivre le secteur privé. Grâce à la reprise économique, au *Medical-Hub* et au financement du programme de l'UCS, la consommation nationale de santé a augmenté, ce qui a aussi influencé positivement le secteur privé. Le nombre de fermeture d'hôpitaux privés a diminué, de 70 hôpitaux en 2003 à 6 hôpitaux en 2004, à 10 hôpitaux en 2005 et à 6 hôpitaux en 2006<sup>358</sup>. Le nombre de lits du secteur privé, qui était tombé de 28.992 lits en 2003 à 26.839 en 2005, est remonté à 30.554 lits en 2007. Le nombre d'employés dans les cliniques et les hôpitaux privés a augmenté, de 106.818 personnes en 2003 à 141.669 personnes en 2006.

Le profit des cliniques et les hôpitaux privés a augmenté, de 18.280 millions de bahts en 2003 à 28.297 millions de bahts en 2006. Cependant, les établissements privés de santé ont continué de se concentrer à Bangkok: 30% d'entre eux était à Bangkok, 33% dans la région centrale, 13% dans le Nord, 13% dans le Nord-est et 10% dans le Sud. Bangkok abritait environ 43% du nombre total de lits des établissements privés de santé ; le Centre, 28% ; le Nord, 12% ; le Nord-est, 10% ; le Sud, 6%. De plus, environ 50% des employés des établissements privés de santé travaillaient à Bangkok<sup>359</sup>.

La réforme de 2001 n'a pas eu l'intention d'intervenir fortement sur le marché. De nouvelles mesures n'ont pas été appliquées pour contrôler les établissements privés de santé. Par contre, le gouvernement de Thaksin favorisait la croissance des revenus des hôpitaux privés et la concurrence forte entre le secteur public et privé. Par conséquent, du

<sup>357</sup> *Ibid.*, 2011, p278.

<sup>358</sup> *Ibid.*, 2011, p274.

<sup>359</sup> Bureau des statistiques nationales, การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2550 [Enquête sur les hôpitaux et les établissements privés de santé en 2007], Bangkok, 2008, pp.3-5.



fait du fort pouvoir d'achat des hôpitaux privés, la proportion de médecins travaillant dans le secteur privé, qui avait chuté à 18,7% à cause de la crise économique, est remontée à 21,1% en 2003 et à 20,9% en 2007<sup>360</sup>. Les équipements médicaux de haute technologie se sont accumulés dans le secteur privé (voir Tableau n°46). Sans contrôle du gouvernement central, les prix des soins du secteur privé étaient fluctuants. La divergence du système de santé en Thaïlande est devenue de plus en plus forte. Le programme de l'UCS a été critiqué autant que le régime pour les pauvres et les services des soins du secteur privé pour les riches.

	2002-2003		2005-2006		2008-2009	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Scanners médicaux	83	183	61	282	145	254
Appareils à Image-résonance magnétique	12	19	15	30	23	28
Lithotripteurs	55	20	55	21	48	26
Appareils à mammographies	45	68	46	106	85	130
Appareils à ultrason	1271	372	1501	486	1624	534

Tableau n° 46: Nombre d'équipements médicaux de haute technologie de 2002 à 2009<sup>361</sup>.

### ***1.3 L'accès aux soins, la satisfaction des patients et la santé de la population***

Le programme de l'UCS a étendu la couverture d'assurance maladie de 70% de la population à presque 100% de la population. Par conséquent, l'utilisation des soins des établissements publics de santé a augmenté (voir Tableau n°47). Cette augmentation peut être un effet de la demande réelle de services de soins ou de l'aléa moral. Certains ont critiqué le programme de l'UCS comme facteur important de l'aléa moral et de l'ignorance de la promotion et de la prévention de santé. Selon eux, les Thaïlandais pouvaient gaspiller les services de soins, parce qu'ils étaient couverts gratuitement par l'assurance maladie.

<sup>360</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2011, p. 243.

<sup>361</sup> Pour 2002-2003, Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2005, p. 300. Pour 2005-2006, Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 2005-2007*, Bangkok, 2008, p. 310. Pour 2008-2010, Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, Bangkok, 2011, p. 285

<b>Ambulatoires</b>	<b>1999</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>
Centre	23.752.327	27.044.991	32.725.500	39.523.456
Nord	22.138.020	27.280.780	25.199.280	32.268.206
Nord-Est	33.604.415	35.027.843	34.014.043	41.542.748
Sud	12.394.286	13.928.240	13.796.198	17.406.925
Total	91.889.048	103.281.854	105.735.021	130.741.335
<b>Hospitaliers</b>	<b>1999</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>
Centre	1.308.866	1.696.854	2.155.394	2.595.974
Nord	1.023.384	1.538.329	2.182.691	1.884.371
Nord-Est	1.544.580	1.906.767	2.190.698	2.937.091
Sud	787.116	1.078.895	1.220.951	1.494.260
Total	4.663.946	6.220.845	7.749.734	8.911.696

Tableau n° 47: Nombre d'utilisation de services de soins dans les établissements publics de santé de 1999 à 2007.<sup>362</sup>

Cependant, cette critique n'était pas correcte, l'utilisation des services de soins ambulatoires et d'hospitalisation a été constante pour l'UCS. Le nombre de services de soins ambulatoires a été 111,95 millions en 2003, 112,49 millions en 2004, 111,64 millions en 2005, 114,77 millions en 2006, 119,29 millions en 2007 et 128,73 millions en 2008 où le taux moyen d'utilisation était d'environ 2,5 par personne et par an. Et le nombre de journées d'hospitalisation était de 4,30 millions en 2003, 4,16 millions en 2004, 4,34 millions en 2005, 4,73 millions en 2006, 4,88 millions en 2007, 4,95 millions de fois en 2008 ou 1,0 fois par personne par an en moyenne. De plus, du fait de l'amélioration des avantages de l'UCS, le nombre d'utilisation de services des soins onéreux du régime a augmenté: le nombre de patients du cancer soignés en ambulatoire par la chimiothérapie a augmenté, de 100.203 personnes en 2005 à 143.287 personnes en 2006 et 158.893 en 2007; celui de patients du cancer hospitalisés pour chimiothérapie a augmenté, de 56.812 personnes en 2005 à 63.701 personnes en 2006 et 69.837 en 2007; celui de patients soignés par la chirurgie invasive à cœur ouvert a augmenté, de 2.865 personnes en 2005 à 4.212 personnes en 2006 et 6.411 en 2007<sup>363</sup>.

Dans le parcours de soins, la part des services de soins ambulatoires dans les dispensaires a augmenté, de 41,6% des soins ambulatoires des établissements publics de

<sup>362</sup> Source: Bureau des statistiques nationales.

[http://service.nso.go.th/nso/nso\\_center/project/search/result\\_by\\_department-th.jsp](http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search/result_by_department-th.jsp)

<sup>363</sup> Bureau National de la sécurité de santé, *Rapport annuel de 2008*, Bangkok, 2008, pp. 5-6.

santé en 1993 à 46,1% en 2000 et 45,3% en 2009. En revanche, celui des hôpitaux publics régionaux a diminué, de 21,2% en 1993 à 18,2% en 2000 et 17,8% en 2009<sup>364</sup>.

Même s'il y a eu un strict contrôle budgétaire du programme de l'UCS, le programme a amélioré l'accès général aux soins, ce qui a répondu correctement aux besoins des Thaïlandais. Selon l'enquête annuelle de l'Université de l'Assomption en 2003, 83,01% des patients d'UCS étaient contents, avec une note moyenne de 8,54 sur 10 pour les services des soins fournis par l'UCS. De plus, cette proportion a augmenté chaque année de 83,42% en 2004, 82,35% en 2005, 84,00% en 2006, 83,16% en 2007 et 88,37% en 2008. Même si le programme de l'UCS a été un grand changement et a conduit à l'inquiétude et à la confusion parmi les professionnels de santé, la satisfaction des professionnels de santé vis-à-vis de l'UCS a progressivement augmenté, de 45,66% en 2003 à 39,34% en 2004, à 47,72 % en 2005, 50,99% en 2006, 56,57% en 2007 et 60,75% en 2008<sup>365</sup>.

La crise économique de 1997 avait affecté négativement certains indicateurs de santé nationale. La reprise économique et la réforme du système de santé de 2001 les ont améliorés. L'espérance de vie a augmenté de 68,9 ans en 1998 à 69,1 en 2002, 70,3 en 2004, et 72 ans en 2006. Le taux de mortalité infantile a diminué, de 24,0 pour 1000 naissances vivantes en 2001 à 23,0 en 2003, 18,0 en 2004, 7,0 en 2006 et 6,0 en 2007. Le taux de mortalité des enfants âgés moins de 5 ans a diminué, de 14,5 pour 1000 naissances vivantes en 1999, à 11,9 en 2000, à 12,3 en 2001 et à 11,7 en 2002, à 12,0 en 2003, à 11,3 en 2004, à 10,8 en 2005, à 10,4 en 2006 et 10,0 en 2007<sup>366</sup>. Le taux de mortalité maternelle a diminué de 13,2 pour 100,000 naissances vivantes en 2000 à 13,7 en 2003, à 13,3 en 2004, à 12,2 en 2005, à 11,7 en 2006 et à 12,2 en 2007. Pour ce qui est de l'état sanitaire des régions, le taux de mortalité maternel à Bangkok a varié, de 10,6 pour 100,000 naissances vivantes en 2003 à 8,8 en 2005 et à 10,9 en 2007. Il passe de 11,4 en 2003 à 8,1 en 2005 et 6,6 en 2007 pour le Centre ; à 21,5 en 2003, à 19,5 en 2005 et à 13,1 en 2007 pour le Nord ; à 9,6 en 2003, à 9,8 en 2005 et à 11,6 en 2007 pour le Nord-est ; à 20,2 en 2003, à 19,3 en 2005 et à 21,8 en 2007 pour le Sud. Le taux de mortalité infantile à Bangkok a varié de 7,5 pour 100,000 naissances vivantes en 2003 à 7,9 en 2005 et à 7,3 en 2007. Il est passé de 6,5 en 2003 à 6,8 en 2005 et 6,7 en 2007 pour le Centre ; de 7,8 en

<sup>364</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2011, p. 308.

<sup>365</sup> Bureau National de la sécurité de santé, *Rapport annuel de 2008*, Bangkok, 2008, p. 29.

<sup>366</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2011, pp. 154-159.

2003, à 7,5 en 2005 et 7,6 en 2007 pour le Nord; de 6,9 en 2003, à 8 en 2005 et 7,2 en 2007 pour le Nord-est; à 7,9 en 2003, à 8,3 en 2005 et à 8,1 en 2006 pour le Sud<sup>367</sup>.

## 2. La comparaison des inégalités dans le domaine de la santé

### 2.1 *Les dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement*

L'objectif du système de santé, généralement, est de fournir les services de soins aux personnes et, en même temps, de protéger les ménages ou les individus de l'impact négatif des dépenses de santé. Des dépenses de santé élevées peuvent réduire directement une part du revenu des ménages ou des individus ainsi que leur consommation de biens primaires et leur bien-être. Les dépenses de santé catastrophiques sont définies comme la part des paiements directs totaux de santé relatifs aux ressources des ménages qui atteignent le seuil de catastrophe<sup>368</sup>. Selon l'OMS, pour payer les soins, les malades ou les ménages doivent s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à leur revenu. Il n'y a pas de consensus sur le seuil pour définir la catastrophe, mais l'OMS suggère que le seuil survient lorsque les dépenses de santé atteignent ou dépassent 40% du revenu non indispensable à la subsistance du ménage<sup>369</sup>.

Il faut remarquer que les dépenses directes de santé sont plus flexibles, notamment chez les ménages pauvres. Par exemple, si le prix des soins est très élevé, les pauvres préféreraient payer des biens primaires comme la nourriture et ne pas consommer de services des soins, même s'ils sont malades. Par contre, un prix des soins élevé affecte légèrement les riches qui, grâce à leur épargne importante, peuvent payer le tarif des soins sans difficulté. Dans ce cas, la part des dépenses directes de santé dans la consommation des pauvres est moins élevée que celle des riches. Une faible incidence des dépenses de santé catastrophiques pourrait également signifier que les personnes ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin. En outre, cette mesure ne prend en compte les préférences des individus. Par exemple, on suppose que un ménage riche préfère les soins onéreux. Dans ce cas, le ratio des paiements de santé au revenu du ménage riche est plus élevé que le ménage pauvre. Mais, en réalité, le ménage riche peut payer les soins sans difficulté financière.

<sup>367</sup> Ministère de la santé publique, *Public health statistics 2007*, Bangkok, 2007.

<sup>368</sup> O'Donnell et al., *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A guide to Techniques and Their Implementations*, Banque Mondiale, Washington, 2008, p.204.

<sup>369</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *Système de financement de la santé: comment réduire les dépenses de santé catastrophiques*, 2005. Acquis du site: [http://www.who.int/health\\_financing/pb\\_number\\_2\\_fr.pdf](http://www.who.int/health_financing/pb_number_2_fr.pdf)

On peut également remplacer le revenu par la consommation. Une limitation de choisir le revenu est ce que le ratio des paiements de santé au revenu ne tient pas compte des moyens de financement des soins de santé. Les difficultés financières seraient plus faibles que la réalité lorsque le ménage emprunterait de l'argent pour payer les soins de santé. Par exemple, on suppose qu'il y a deux ménages dont les paiements directs de santé et le revenu sont pareils, c'est-à-dire le ratio des paiements de santé au revenu de ces deux ménages sont pareils. Mais le première ménage a fait des économies sur son budget et finance les soins de santé grâce à son épargne. Par contre, le second ménage doit emprunter d'argent ou sacrifier une part de consommation pour financer les soins. Dans ces cas-là, le ratio des paiements de santé à la consommation du première ménage est moins que le second ménage<sup>370</sup>.

En outre, il y a une limitation à calculer le revenu, précisément dans certains pays en voie de développement. Nous pouvons trouver que le revenu de certains individus ou de certains ménages est égal à zéro ou négatif. De plus, du fait de l'économie informelle, le revenu déclaré peut être plus bas que le revenu réel. La proportion des dépenses de santé par rapport au revenu peut induire en erreur et ne pas démontrer correctement leur état socio-économique. Du fait que des caractéristiques de ménages thaïlandais étaient comme ceux-ci, dans cette analyse, les dépenses totales de consommation seront considérées comme les ressources réelles des ménages. Les dépenses de santé catastrophiques sont définies comme la part des dépenses directes de santé relatives à la consommation. Pourrait être considérée comme catastrophique la situation dans laquelle les dépenses de soins dépassent 10% de la consommation des ménages<sup>371</sup>.

Pour mesurer l'incidence des dépenses de santé catastrophiques, l'approche est similaire à celle de la mesure de l'incidence de pauvreté. L'incidence de dépenses de santé catastrophiques est le ratio entre le numérateur (le nombre des ménages dont la part des dépenses directes de santé sur la consommation est supérieure au seuil de catastrophe), et le dénominateur (le nombre total de ménages dans un échantillon)<sup>372</sup>.

Pour comparer l'incidence des dépenses de santé catastrophiques avant et après la réforme de 2001, on se réfèrera à l'enquête socio-économique des ménages de l'année 2001 du Bureau national des statistiques de la Thaïlande pour les données statistiques de l'année

---

<sup>370</sup> *Chapter 18 Catastrophic Payments for Health Care*. Extrait du site de la Banque mondiale: <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/459843-1195594469249/HealthEquityCh18.pdf>

<sup>371</sup> O'Donnell et al., *op. cit.*, 2008, p. 205.

<sup>372</sup> *Ibid.*, p. 205.

précédant la réforme et l'enquête socio-économique des ménages de 2011 pour les données consécutives à la réforme. Ces enquêtes collectent des données tous les deux ans. Elles appliquent la méthode d'échantillage aléatoire stratifié pour couvrir le nombre total de ménages (environ 15 millions de ménages). Le nombre de l'échantillon de l'année 2001 est 12.266 ménages et 41.949 ménages pour l'année 2011. La variable géographique est classée en 5 groupes : Bangkok, le Centre hors Bangkok, le Nord, le Nord-est et le Sud. Pour la variable d'urbanisation, les zones municipales représentent les zones urbaines et les zones sanitaires représentent les zones rurales. De plus, ces deux enquêtes donnent la consommation mensuelle moyenne des ménages et les dépenses de santé mensuelles moyennes des ménages. La consommation inclure des dépenses pour la nourriture et les boissons, celles sur les produits du tabac et celles pour les autres biens et les services. Ces dernières incluent les dépenses de services de soins ambulatoires et hospitaliers et les fournitures médicales. Pour procéder aux résultats, le logiciel de *Stata11* sera utilisé.

Le tableau n°48 compare l'incidence de dépenses de santé catastrophiques avant et après la réforme de 2001, classée selon une variable géographique. En 2001, le revenu mensuel moyen des ménages est 13.899 bahts, soit (pour les deux extrêmes) 26.299 bahts à Bangkok et 6.689 bahts dans les districts sanitaires du Nord-est. Généralement, le revenu mensuel moyen des ménages des districts sanitaires est plus bas que celui des zones municipales. Nous pouvons trouver la même tendance en 2001 et 2011. En 2011, le revenu mensuel moyen des ménages dans toutes les régions est plus élevé que celui de 2001. Cependant, Bangkok est toujours la région la plus riche avec 50.447 bahts de revenu mensuel moyen des ménages ; et les districts sanitaires du Nord, la plus pauvre, avec 15.057 bahts.

En 2001, la consommation moyenne mensuelle est de 9.652 bahts, soit pour les deux extrêmes 17.178 bahts à Bangkok et 5.429 bahts dans les districts sanitaires du Nord-est. De plus, la consommation moyenne mensuelle des ménages des districts sanitaires est plus basse que celles des zones municipales en 2001 et 2011. En 2011, les dépenses mensuelles moyennes de consommation dans toutes les régions ont augmenté par rapport de celles de 2001, représentant un total de 18.035 bahts, soit pour les deux extrêmes 29.470 bahts à Bangkok et 11.970 bahts dans les districts sanitaires du Nord.

En 2001, les dépenses mensuelles moyennes de santé sont de 290 bahts (3% de la consommation) : 513 bahts (2,98%) à Bangkok ; 317 bahts (2,85%) pour les zones municipales et 278 bahts (2,79%) pour les district sanitaires du Centre ; 264 bahts (2,86%) dans les zones municipales et 196 bahts (3,14%) dans les districts sanitaires du Nord ; 311

bahts (3,08%) dans les zones municipales et 183 bahts (3,33% ) dans les districts sanitaires du Nord-est ; 353 bahts (3,16%) dans les zones municipales et 218 bahts (2,89% ) dans les districts sanitaires du Sud.

Sauf à Bangkok, les dépenses mensuelles moyennes de santé dans toutes les régions et les dépenses mensuelles moyennes de santé en pourcentage de la consommation ont baissée pour l'année 2011. De plus, la disparité entre les régions s'est réduite par rapport à 2001. Cela indique que la réforme pourrait partager plus efficacement le fardeau financier entre les ménages. En 2011 Les dépenses mensuelles moyennes de santé sont de 275 bahts (1,28% de la consommation) : 734 bahts (1,88%) à Bangkok ; 301 bahts (1,33%) dans les zones municipales et 241 bahts (1,35%) dans les district sanitaires du Centre ; 276 bahts (1,32%) dans les zones municipales et 163 bahts (1,13%) dans les districts sanitaires du Nord ; 226 bahts (1,02%) dans les zones municipales et 159 bahts (1,09%) dans les districts sanitaires du Nord-est ; 334 bahts (1,40%) dans les zones municipales et 250 bahts (1,35%) dans les districts sanitaires du Sud.

Les ménages des districts sanitaires ont fait face à un fardeau financier de santé plus grand que ceux des zones municipales. L'incidence des dépenses de santé catastrophiques moyenne en 2001 est de 6,41% : 5,27% à Bangkok ; 6,75% dans les zones municipales et 5,70% dans les zones sanitaires du Centre ; 6,33% dans les zones municipales et 6,82% dans les zones sanitaires du Nord ; 6,41% dans les zones municipales et 7,94% dans les zones sanitaires du Nord-est ; 5,17% dans les zones municipales et 7,08% dans les zones sanitaires du Sud.

La réforme de 2001 a amélioré partiellement le fardeau financier de la santé et l'incidence des dépenses de santé catastrophiques ont baissé dans toutes les régions. De plus, la disparité de l'incidence de dépenses de santé catastrophiques entre les zones municipales et les districts sanitaires a été réduite. L'incidence de dépenses de santé catastrophiques moyenne en 2011 est de 2,47% : 4,49% à Bangkok ; 2,5% dans les zones municipales et 2,53% dans les zones sanitaires du Centre ; 2,57% dans les zones municipales et 1,81% dans les zones sanitaires du Nord ; 1,95% dans les zones municipales et 2,00% dans les zones sanitaires du Nord-est ; 3,02% dans les zones municipales et 2,57% dans les zones sanitaires du Sud.

Région	2001					
	Nombre d'observations	Revenu mensuel moyen (baht)	Dépense mensuelle moyenne de consommation (baht)	Dépense mensuelle moyenne de santé (baht)	Dépense mensuelle moyenne de santé (% consommation)	Incidence des dépenses de santé catastrophiques (%)
Bangkok	872	26299	17178	513	2,98	5,27
Centre (zones municipales)	1881	16247	11116	317	2,85	6,75
Centre (districts sanitaires)	1403	12934	9949	278	2,79	5,70
Centrale (total)	3284	14832	10617	300	2,82	6,30
Nord (zones municipales)	1627	14370	9208	264	2,86	6,33
Nord (districts sanitaires)	1114	7596	5755	196	3,40	6,82
Nord (total)	2741	11617	7804	237	3,03	6,53
Nord-est (zones municipales)	1980	15622	10082	311	3,08	6,41
Nord-est (districts sanitaires)	1334	6689	5429	183	3,33	7,94
Nord-est (total)	3314	12026	8209	259	3,15	7,03
Sud (zones municipales)	1236	15952	11149	353	3,16	5,17
Sud (districts sanitaires)	819	9081	7529	218	2,89	7,08
Sud (total)	2055	13213	9706	299	3,08	5,93
Total	12266	13899	9652	290	3,00	6,41

Région	2011					
	Nb. d'observations	Revenu mensuel moyen (baht)	Dépense mensuelle moyenne de consommation (baht)	Dépense mensuelle moyenne de santé (baht)	Dépense mensuelle moyenne de santé (% consommation)	Incidence des dépenses de santé catastrophiques (%)
Bangkok	2446	50447	29470	734	1,88	4,49
Centre (zones municipales)	6911	25449	19355	301	1,33	2,50
Centre (districts sanitaires)	5316	20404	16953	241	1,35	2,53
Centrale (total)	12227	23256	18311	275	1,34	2,51
Nord (zones municipales)	6098	22304	17009	276	1,32	2,57
Nord (districts sanitaires)	4234	15057	11970	163	1,13	1,81
Nord (total)	10332	19334	14944	230	1,24	2,26
Nord-Est (zones municipales)	6695	26963	19518	226	1,02	1,95
Nord-est	4184	15705	12997	159	1,09	2,00



(districts sanitaires)						
Nord-Est (total)	10879	22633	17010	200	1,04	1,97
Sud (zones municipales)	3502	31107	21111	334	1,40	3,02
Sud (districts sanitaires)	2563	24765	18411	250	1,35	2,57
Sud (total)	6065	28427	19970	299	1,38	2,83
Total	41949	24462	18035	275	1,28	2,47

Tableau n° 48: Comparaison entre l'incidence de dépenses de santé catastrophiques entre l'année 2001 et 2011.

Le tableau n°49 présente l'incidence des dépenses de santé catastrophiques classées par quintiles de revenu. Le revenu mensuel moyen des ménages du quintile 1 (le plus pauvre) est 3.020 bahts ; 5.794 bahts pour le quintile 2 ; 9.068 bahts pour le quintile 3 ; 14.735 bahts pour le quintile 4 et 36.877 bahts pour le quintile 5 (le plus riche). Le revenu mensuel moyen des ménages les plus riches est 12 fois plus élevé que celui des plus pauvres. L'incidence des dépenses de santé catastrophique du quintile 2 est de 5,62% ; 5,99% pour le quintile 3 et 5,58% pour le quintile 4. Elle est élevée dans le quintile 1 (7,82%) comme dans le quintile 5 (7,25%). Un élément d'explication de ce résultat peut se trouver dans ce que, pour les plus riches, le coût marginal de dépenses de santé est plus bas que l'utilité marginale de la santé. Donc, les riches préfèrent investir dans leur santé. Une autre hypothèse est que, avant la réforme, le gouvernement ne fournissait une assistance sociale qu'aux plus défavorisés. Les riches paient directement les services de soins dans tous les établissements publics et privés de santé. Cependant, l'incidence élevée chez les plus pauvres indique que le programme d'assistance sociale n'était pas suffisamment efficace pour soulager leur fardeau financier en matière de santé.

En 2011, le revenu mensuel moyen de tous les quintiles a augmenté : 5.716 bahts pour le quintile 1 ; 10.418 bahts pour le quintile 2 ; 15.780 bahts pour le quintile 3 ; 24.380 pour le quintile 4 et 66.000 bahts pour le quintile 5. Cependant, la disparité de revenu entre les plus riches et les plus pauvres est restée constante (environ de 1 à 11,5). L'expansion de la couverture d'assurance maladie a soulagé le fardeau financier de santé des Thaïlandais. L'incidence de dépenses de santé catastrophiques a baissé dans tous les quintiles. Elle est égale à 2,21 pour le quintile 1 ; 2,18% pour le quintile 2 ; 2,07% pour le quintile 3 ; 2,45% pour le quintile 4 et 3,45% pour le quintile 5. Cependant, l'incidence de dépenses de santé catastrophiques dans le quintile 5 est toujours la plus élevée. Et la diminution de cette

incidence a été la plus forte dans le quintile 1. Ce qui prouve que le programme de l'UCS a donné la priorité aux plus pauvres sur les plus riches.

Revenu	2001		2011	
	Revenu mensuel moyen (baht)	Incidence de dépense de santé catastrophique (%)	Revenu mensuel moyen (baht)	Incidence de dépense de santé catastrophique (%)
Quintile1	3020	7,82	5716	2,21
Quintile2	5794	5,62	10418	2,18
Quintile3	9068	5,99	15780	2,07
Quintile4	14735	5,58	24380	2,45
Quintile5	36877	7,25	66000	3,45
Total	13899	6,41	24462	2,47

Tableau n° 49: Incidence de dépenses de santé catastrophiques classifié par les quintiles de revenu de l'année 2001 et 2011.

Le tableau n°50 présente l'incidence de dépenses de santé catastrophiques selon les régimes d'assurance maladie. Du fait des limites des enquêtes de l'année 2001, nous les répartissons en 3 groupes: LICS, VHCS et Autres, qui représentent ceux qui n'ont pas bénéficié du LICS ou du VHS. Le LICS est une assurance maladie que le gouvernement a fournie aux plus pauvres. Sans surprise, leur revenu mensuel moyen est le plus bas, avec 8.848 bahts ; 10.289 bahts pour le VHCS et 17.473 bahts pour les Autres. L'incidence des dépenses de santé catastrophiques chez les assurés du LICS est de 7,67%., soit presque l'équivalent de ceux du VHCS (7,07%). Par contre, celle des « Autres régimes » est plus basse (5,75%). Ce résultat indique que le programme d'assurance maladie pour couvrir la population sélectionnée n'était pas suffisamment efficace pour répartir les risques de maladies entre les assurés.

Le programme de l'UCS a remplacé le LICS et le VHCS. Les bénéficiaires de ces deux régimes ont été transférés au programme de l'UCS. Par conséquent, le revenu mensuel moyen de ce groupe est le plus bas avec 21.554 bahts. Celui du SSS est de 31.389 bahts, 40.980 pour le CSMBS et 59.376 bahts pour les bénéficiaires d'assurance maladie privée. En comparaison avec le LICS et le VHCS, l'incidence de dépenses de santé catastrophiques de l'UCS a largement diminuée (2,38%). De plus, celle des autres régimes est aussi plus basse qu'avant la réforme. Le programme de l'UCS est donc plus efficace que les deux anciens régimes et la réforme de 2001 a amélioré le fardeau financier de la santé des Thaïlandais.

Régime	2001	
	Revenu mensuel moyen (baht)	Incidence des dépenses de santé catastrophiques (%)
LICS	8848	7,67
VHCS	10289	7,07
Autres	17473	5,75
	2011	
UCS	21544	2,38
SSS	31389	1,63
CSMBS	40980	3,54
Privé	59376	4,02

Tableau n° 50: Incidence de dépenses de santé catastrophiques classifié par les régimes d'assurance maladie de l'année 2001 et 2011.

Niveau de scolarisation du chef de ménage	2001	
	Revenu mensuel moyen (baht)	Incidence des dépenses de santé catastrophiques (%)
Aucun	8006	9,21
Primaire inférieure	10218	7,39
Primaire supérieure	11420	4,57
Secondaire	17114	5,26
Universitaire et formation professionnelle	26542	4,64
	2011	
Primaire inférieure	19514	2,13
Primaire supérieure	17913	2,69
Secondaire inférieure	24548	2,15
Secondaire supérieure	29279	2,33
Universitaire et formation professionnelle	47882	2,71

Tableau n° 51: l'incidence de dépenses de santé catastrophiques en fonction des niveaux de scolarisation du chef de ménage de l'année 2001 et 2011.

Le tableau n°51 présente l'incidence des dépenses de santé catastrophiques en fonction des niveaux de scolarisation du chef de ménage. Le chef de ménage est une personne importante dans l'obtention du revenu du ménage et peut influencer les décisions des autres membres du foyer ainsi que leur consommation. En 2001, le revenu mensuel moyen de groupe dont le niveau de scolarisation du chef de ménage est inexistant est 8.006 bahts ; 10.218 bahts pour ceux scolarisés à l'école primaire inférieure ; 11.420 bahts pour ceux scolarisés à l'école primaire supérieure ; 17.114 bahts pour ceux scolarisés à l'école secondaire et 26.542 bahts pour ceux ayant reçu des formations universitaires et professionnelles. L'incidence des dépenses de santé catastrophiques dans le groupe dont le chef de ménage n'a pas été scolarisé est la plus élevée (9,21%) ; elle est la plus basse pour ceux ayant reçu des formations universitaires et professionnelle (4,64%) et ceux ayant bénéficié d'une scolarisation primaire supérieure (4,57%). Le revenu mensuel moyen a

augmenté dans tous les groupes en 2011. De plus, l'incidence de dépenses de santé catastrophiques dans tous les groupes a diminué à 2,00-2,70%.

Pour mesurer l'effet d'appauvrissement des dépenses de santé des ménages, j'applique l'approche de Wagstaff et van Doorslaer<sup>373</sup>. Cette approche mesure le taux de pauvreté avant paiement de dépenses de santé par rapport à celui après paiement de dépenses de santé. Le taux de pauvreté avant paiement de dépenses de santé est la proportion des ménages ayant un revenu inférieur au seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté est fixé par le NESDB sous forme de revenu par habitant. Par conséquent, pour transformer le revenu de ménages collecté par l'enquête socio-économique des ménages de l'année 2001 et 2011 en revenu par habitant, l'échelle d'équivalence de l'OCDE sera utilisée. Le revenu sera corrigé par la pondération suivante : 1 unité de consommation pour le premier adulte de ménage, 0,5 unité de consommation pour les autres personnes de moins de 15 ans et 0,7 unité de consommation pour les autres personnes de plus de 15 ans. Le taux de pauvreté après paiement de dépenses de santé est la proportion de ménages ayant le revenu après paiement des dépenses directes de santé inférieur au seuil de pauvreté. Le revenu après paiement des dépenses directes de santé est calculé sur la base du revenu moins le paiement des dépenses directes de santé. L'effet d'appauvrissement des dépenses de santé des ménages est calculé sur la base du taux de pauvreté après paiement de dépenses de santé moins le taux de pauvreté avant paiement de dépenses de santé, c'est-à-dire, le changement de pourcentage de ménages passant du statut de non pauvre au statut de pauvre après paiement de dépenses de santé.

Le tableau n°52 présente le taux de pauvreté avant et après paiement des dépenses de santé. En 2001, le taux de pauvreté avant et après paiement est le plus bas à Bangkok (2,17% et 3,78%) et le plus élevé dans les districts sanitaires du Nord-est (respectivement 26,38% et 32,98%). Le Nord-est est la région la plus pauvre et la plus gravement touchée par les dépenses de santé (le taux de pauvreté avant et après paiement est 16,08% et 20,91%). Les ménages des districts sanitaires (le taux de pauvreté avant et après paiement est 19,89% et 24,58%) sont plus pauvres et plus gravement touchés que ceux des zones municipales (le taux de pauvreté avant et après paiement est 11,54% et 14,32%). L'effet d'appauvrissement des dépenses de santé sur les ménages est en moyenne de 3,23% : 2,78% pour les zones municipales et 4,69% pour les districts sanitaires. L'effet d'appauvrissement est de 1,61% à Bangkok ; 2,55% dans les zones municipales et 3,35%

---

<sup>373</sup> Wagstaff, Adam & van Doorslaer, Eddy. « Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with application to Vietnam 1993-1998 », *Health Economics*, vol.12, pp. 921-934.

dans les zones sanitaires du Centre ; 2,46% dans les zones municipales et 3,77% dans les zones sanitaires du Nord ; 2,78% dans les zones municipales et 6,60% dans les zones sanitaires du Nord-est ; 3,48% dans les zones municipales et 4,51% dans les zones sanitaires du Sud.

Région	2001				2011			
	Seuil de pauvreté (baht) <sup>374</sup>	Taux de pauvreté (% , avant paiement de santé)	Taux de pauvreté (% , après paiement de santé)	Appauvrissement	Seuil de pauvreté	Taux de pauvreté (avant paiement de santé)	Taux de pauvreté (après paiement de santé)	Appauvrissement
Bangkok	2161	2,17	3,78	1,61	2901	1,39	2,28	0,61
Centre (zones municipales)	1931	7,86	10,41	2,55	2764	3,22	4,13	0,91
Centre (districts sanitaires)	1702	12,68	16,03	3,35	2477	4,47	5,58	1,11
Centre (total)	1781	9,80	12,54	2,74	2610	3,80	4,79	0,99
Nord (zones municipales)	1692	12,10	14,56	2,46	2403	3,83	4,10	0,27
Nord (districts sanitaires)	1302	18,67	22,44	3,77	2022	6,06	6,99	0,63
Nord (total)	1383	12,87	16,12	3,25	2160	4,59	5,35	0,76
Nord-Est (zones municipales)	1586	12,97	15,75	2,78	2363	4,22	4,88	0,66
Nord-Est (districts sanitaires)	1257	26,38	32,98	6,60	2027	6,62	7,88	1,26
Nord-Est (total)	1312	16,08	20,91	4,83	2130	4,79	5,76	0,97
Sud (zones municipales)	1891	8,81	12,29	3,48	2790	2,96	4,08	1,12
Sud (districts sanitaires)	1448	21,00	25,51	4,51	2335	3,16	3,97	0,81
Sud (total)	1550	12,60	16,10	3,50	2492	2,93	3,80	0,87
Total (zones municipales)	1911	11,54	14,32	2,78	2677	4,18	5,11	0,93
Total (districts sanitaires)	1394	19,89	24,58	4,69	2198	5,57	6,71	1,14
Total	1555	14,25	17,48	3,23	2415	4,73	5,69	0,96

Tableau n° 52: Taux de pauvreté avant et après paiement des dépenses de santé de l'année 2001 et 2011.

<sup>374</sup> Source: NESDB. Acquis sur le site:

[http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport\\_Final.aspx?reportid=854&template=2R1C&yeartype= M&subcatid=59](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=854&template=2R1C&yeartype= M&subcatid=59)

La réforme de 2001 a réduit l'effet d'appauvrissement des dépenses de santé des ménages dans toutes les régions ainsi que l'écart de pauvreté après paiement de dépenses de santé. Le taux de pauvreté avant et après paiement de dépenses de santé est en moyenne respectivement de 4,73% et 5,69%. Il est toujours le plus bas à Bangkok (2,17% et 3,78%) et le plus élevé dans les districts sanitaires (6,62% et 7,88%) du Nord-est. Mais l'écart entre ces deux régions a diminué (de 1 à 10 avant la réforme et environ de 1 à 2 après). Les ménages des districts sanitaires sont plus pauvres que ceux des zones municipales. Mais, l'écart entre ces deux groupes a également diminué. Le taux de pauvreté avant et après paiement des dépenses de santé est 5,57% et 6,71% pour les districts sanitaires et 4,18% et 5,11% pour les zones municipales. Par rapport à 2001, l'effet d'appauvrissement des dépenses de santé des ménages au total est tombé à 0,96% en moyenne en 2011, 0,93% pour les zones municipales et 1,14% pour les districts sanitaires. Il a baissé à 0,61% à Bangkok ; à 0,91% pour les zones municipales et 1,11% pour les zones sanitaires du Centre ; à 0,27% pour les zones municipales et 0,63% pour les zones sanitaires du Nord ; à 0,66% pour les zones municipales et 1,26% dans les zones sanitaires du Nord-est ; à 1,12% dans les zones municipales et 0,81% pour les zones sanitaires du Sud.

## ***2.2 La progressivité du financement de la santé et les inégalités d'utilisation de soins***

Le concept d'égalité verticale du financement de la santé veut dire que l'individu ou les ménages qui ont une capacité de paiement différente, payent des tarifs de soins ajustés à leur capacité. Les riches doivent payer plus cher que les pauvres, et financer les pauvres. L'analyse de progressivité compare les ménages à faible et haut capacité à payer en termes de part de leur revenu qu'ils paient pour les soins. Le financement est progressif si les ménages à haut capacité à payer paient une part de leur revenu plus élevée que les ménages à faible capacité à payer. Ces inégalités, entre les riches et les pauvres, sont acceptables et justes, si la norme sociale définit que le système de santé comme un des outils de la redistribution du revenu. Les riches doivent aider aux pauvres dans l'intérêt de la société. Selon Wagstaff<sup>375</sup>, la progressivité du financement de la santé est un sujet important, étudié dans plusieurs travaux universitaires. La progressivité du financement de la santé peut être analysée selon la nature des sources de financement de santé, par exemple, les

---

<sup>375</sup> Wagstaff, Adam., « Equity in health care finance an delivery », p. 1819, in Culyer, Anthony J. & Newhouse Joseph P. (éd.), *Handbook of Health Economics: volume 1B*, Elsevier Science B.V., 2000, pp. 891-1910.

paiements directs de santé, les impôts directs, les impôt indirects ou les prélèvements obligatoires, etc.

Pour analyser la progressivité du financement de santé, on se fondera à nouveau sur les données de l'enquête socio-économique sur les ménages de 2001 et 2011. Du fait de la limitation de ces données, les dépenses directes de santé seront la seule source de financement de la santé analysée dans cette étude. Le revenu et les dépenses directes de santé seront pondérés par l'échelle d'équivalence de l'OCDE. L'indice de Kakwani est une approche importante pour mesurer la progressivité du financement de santé. Le graphique n° 29 présente la comparaison de la progressivité du financement de la santé entre avant et après la réforme de 2001. L'axe horizontal est la part cumulée de la population classée selon le revenu. L'axe vertical est la part cumulée de revenu et de dépenses directes de santé. La courbe de  $Lpre$  est une courbe de Lorenz des revenus avant paiements de soins. La courbe de  $Lpay$  est la courbe de concentration de paiements des soins. Si le ratio paiements de santé / revenu est constant dans tous les ménages,  $Lpay$  et  $Lpre$  coïncident. Le financement n'est ni progressif ni régressif. Si le ratio paiements de santé / revenu est élevé dans les ménages dont le revenu élevé,  $Lpay$  se situe en dessous de  $Lpre$ . Le financement de soins est progressif. A l'inverse, si le ratio paiements de santé / revenu se diminue dans les ménages dont le revenu élevé,  $Lpay$  se situe en dessus de  $Lpre$ . Le financement est dégressif. Le degré de progressivité (dégressivité) peut donc être évalué en regardant la taille de la zone entre  $Lpre$  et  $Lpay$ . L'indice de Kakwani est mesuré comme la formule suivante :  $\pi_k = C_{pay} - G_{pre}$  où  $\pi_k$  est l'indice de Kakwani,  $C_{pay}$  est l'indice de concentration de paiement, et  $G_{pre}$  est le coefficient de Gini de prépaiement. Il est positif pour le financement de soins est progressif et il est négatif pour le financement de soins est dégressif<sup>376</sup>.

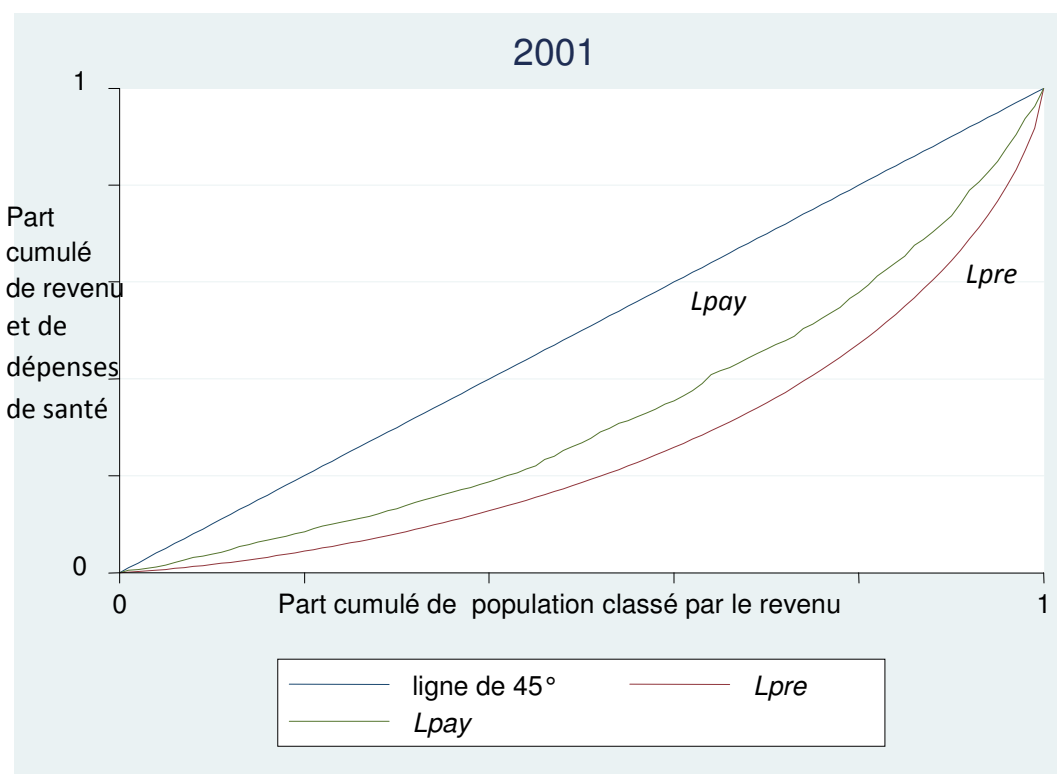
En 2001, la courbe de  $Lpay$  est en dessous la ligne diagonale, c'est-à-dire que la distribution des dépenses directes de santé est inégalitaire et que les paiements directs de soins des ménages riches sont plus élevés que les ménages pauvres. L'indice de concentration  $C_{pay}$  est égal à 0,3341. La courbe de  $Lpre$  est également en dessous de la ligne diagonale, c'est-à-dire que la répartition du revenu est inégalitaire et que le revenu des ménages riches est plus élevé que celui des ménages pauvres. L'indice de  $G_{pre}$  est égal à 0,4756. Mais, la courbe de  $Lpre$  est en dessous la courbe de  $Lpay$ . Par conséquent, le ratio paiements de santé / revenu se diminue dans les ménages dont le revenu élevé. Donc,

---

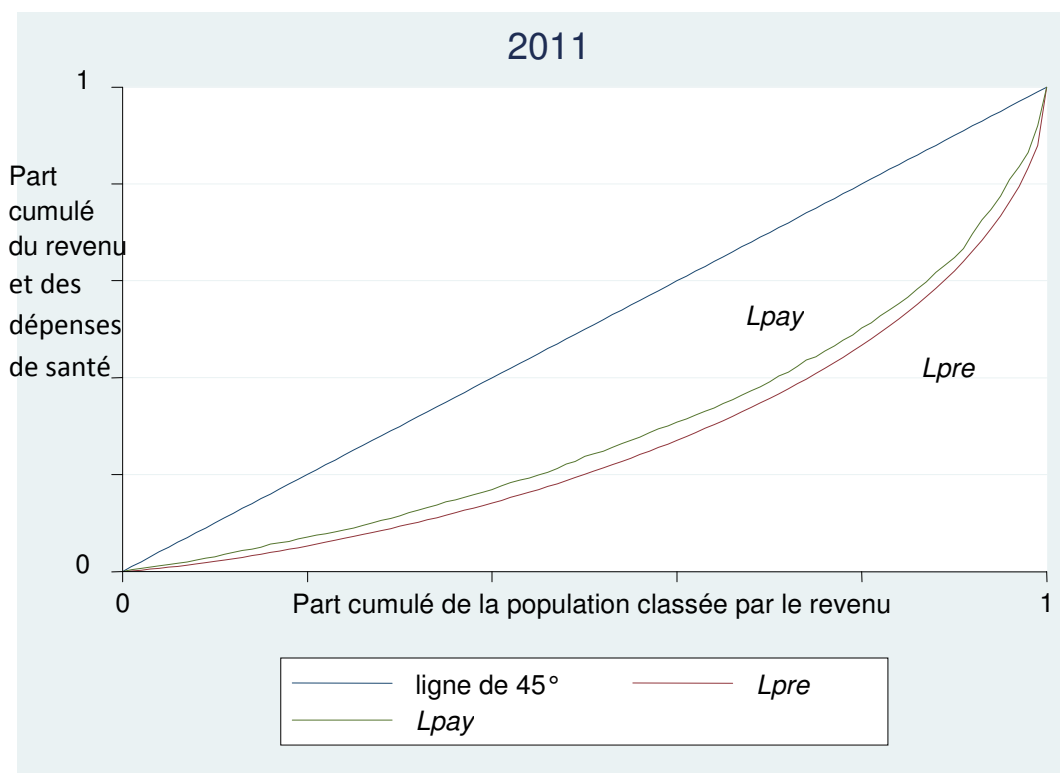
<sup>376</sup> *Ibid.*, pp. 1822-1824.

l'indice de Kakwani est égal à  $-0,1415$ , c'est-à-dire que les dépenses directes de santé étaient non pas progressives mais dégressives avant la réforme.

En 2011, la courbe de  $L_{pay}$  est également en dessous la ligne diagonale. L'indice de concentration  $C_{pay}$  est de  $0,4158$ , c'est-à-dire plus élevé que celui de 2001. Les ménages les plus riches en 2011 paient davantage de dépenses directes de santé qu'en 2001. Comme en 2001, la courbe de  $L_{pre}$  de l'année de 2011 est également en dessous de la ligne diagonale et la courbe de  $L_{pay}$ . L'indice de  $G_{pre}$  est égal à  $0,4708$ . Cependant, la surface entre ces deux courbes en 2011 est plus étroite qu'en 2001. L'indice de Kakwani étant égal à  $-0,055$ , la dégressivité de dépenses directes de santé en 2011 est donc moins forte qu'en 2001. La réforme de 2001 a donc amélioré légèrement les égalités verticales de financement de la santé.







Graphique n° 29 : Comparaison de la progressivité du financement de la santé entre l'année 2001 et 2011.

Le tableau n°53 présente la progressivité des dépenses directes de santé en fonction des différents régimes d'assurance maladie. Même si l'objectif du LICS et du VHCS a été d'aider les ménages pauvres, le financement de santé de ces deux groupes est caractérisé par la dégressivité. L'indice de Kakwani est égal à -0,1378 pour le LICS et à -0,1025 pour le VHCS. En 2011, la progressivité du financement de santé a été améliorée dans tous les régimes, sauf dans l'assurance privée. Cependant, l'indice de Kakwani de chaque régime est toujours négatif. Des mesures supplémentaires sont donc requises pour améliorer les égalités de financement du système de santé en Thaïlande.

Régime	2001		
	$G_{pre}$	$C_{pay}$	$\mathcal{I}_K = C_{pay} - G_{pre}$
LICS	0,4335	0,2957	-0,1378
VHCS	0,4067	0,3042	-0,1025
Autres	0,4468	0,3279	-0,1189
	2011		
UCS	0,4341	0,3998	-0,0343
SSS	0,3838	0,3702	-0,0136
CSMBS	0,4139	0,3461	-0,0678
Privé	0,5610	0,4044	-0,1566

Tableau n° 53: Comparaison de la progressivité du financement de la santé en fonction des régimes différents de l'assurance maladie entre l'année 2001 et 2011.

Pour mesurer l'égalité d'utilisation, on se référera au concept d'égalité horizontale d'utilisation des soins, qui estime que, en moyenne, les personnes ayant le même besoin doivent être soignées de la même façon, même s'il y a différence de revenu<sup>377</sup>. L'enquête sur la santé et le bien-être des ménages comparera les données statistiques de l'année 2001 (avant la réforme) et 2011 (après la réforme). Ces deux enquêtes fournissent les informations qualitatives et quantitatives. Elles se fondent sur des entretiens personnels auprès d'adultes et d'enfants. Cependant, la plupart des données concernant des personnes âgées de moins de 15 ans sont communiquées par les adultes de chaque ménage; et les informations directes concernant les enfants sont indisponibles. Donc, dans cette analyse, les répondants âgés de moins de 15 ans seront donc exclus.

L'état sanitaire de chaque personne sera utilisé comme variable de besoin. Dans ces deux enquêtes, pour connaître le besoin de services de soins ambulatoires, la question suivante a été posée «Avez-vous été malade durant les deux semaines passées (pour l'enquête de l'année 2001) et le mois passé (pour l'enquête de l'année 2011)?». Pour égaliser le besoin, les personnes ayant répondu « Non » seront exclues de l'analyse. Nous considérons uniquement les personnes qui ont eu besoin de services de soins, soit 26.918 personnes pour 2001 et 13.687 personnes pour 2011. Pour connaître le besoin de services de soins hospitaliers, la question suivante a été posée «Avez-vous été hospitalisé pendant les douze mois passés?». Une fois exclues les personnes ayant répondu «Non», il reste 5.290 personnes pour 2001 et 2.963 personnes pour 2011.

Pour mesurer les inégalités d'utilisation de soins, l'indice de concentration sera appliqué. La population sera classée selon son revenu. Le tableau n°54 présente l'indice de concentration en fonction du type d'établissements de santé où chaque répondant a consulté. Pour les services de soins ambulatoires, l'indice de concentration dans le groupe de personnes n'ayant pas consommé de soins est égal à -0,057 en 2001, la tendance de n'avoir pas recours aux services de soins se concentrant légèrement sur les pauvres plus que sur les riches. Cet indice a monté à 0,044 en 2011, ce qui montre que la réforme a amélioré l'accès aux soins chez les pauvres. La tendance à n'avoir pas recours aux services de soins se concentre sur les plus riches plus que sur les plus pauvres. Elle est similaire pour le groupe de personnes ayant choisi l'automédication. Leur indice de concentration est de 0,023 en 2001 et 0,102 en 2011. Pour les personnes ayant choisi les dispensaires,

---

<sup>377</sup> *Ibid.*, pp. 1833-1835.

l'indice est de -0,302 en 2001. Les dispensaires sont des établissements proximités, précisément dans les zones rurales où résident beaucoup d'individus à faible revenu. Par contre, les plus riches ont une capacité de paiement et peuvent choisir les établissements de soins secondaires ou tertiaires. Par conséquent, la décision de les choisir se concentre sur les pauvres. Après la réforme, le *Gate Keeper* a forcé les patients à passer d'abord par les dispensaires et l'indice est monté à -0,145 en 2011. Cette situation est identique pour le groupe de personnes ayant choisi les hôpitaux locaux dont l'indice est de -0,190 en 2001 et -0,145 en 2011. Pour le groupe de personnes ayant choisi les hôpitaux provinciaux, les plus riches ont un pouvoir d'achat plus élevé et préfèrent les services de soins tertiaires de spécialistes. L'indice est égal à 0,078 en 2001. La réforme a amélioré l'accès aux hôpitaux provinciaux, réduisant l'écart entre les riches et les pauvres et l'indice a diminué à -0,016. Sans surprise, la tendance à choisir les cliniques et les hôpitaux privés se concentre sur les riches dans laquelle l'indice est égal à 0,024 en 2001 et 0,140 en 2011.

Pour les soins hospitaliers, la tendance à choisir les hôpitaux locaux est davantage le fait des plus pauvres, pour lesquels l'indice est de -0,242 en 2001 et -0,104 en 2011. Pour ceux ayant choisi les hôpitaux provinciaux, la tendance qui avait été favorable aux plus riches avant la réforme s'est inversée en faveur des plus pauvres. Leur indice est passé de 0,007 en 2001 à -0,001 en 2011. Comme pour les soins ambulatoires, la tendance de groupe de personnes ayant choisi les cliniques et les hôpitaux privés est favorable aux plus riches, dont l'indice est passé de 0,316 en 2001 à 0,270 en 2011.

	Soins ambulatoires		Soins hospitalisés	
	2001	2011	2001	2011
Aucune	-0,057	0,044	-	-
Auto-médication	0,023	0,102	-	-
Dispensaires	-0,302	-0,145	-	-
Hôpitaux locaux	-0,190	-0,145	-0,242	-0,104
Hôpitaux provinciaux	0,078	-0,016	0,007	-0,001
Cliniques et hôpitaux privés	0,224	0,140	0,316	0,270

Tableau n° 54: Indice de concentration en fonction du type d'établissements de santé de l'année 2001 et 2011.

### 2.3 Les inégalités de santé

Le graphique n° 30 présente les courbes de concentration de la santé. Le taux de mortalité et le taux de mortalité infantile seront choisis comme indicateurs de santé. L'axe vertical est la part cumulée de l'état sanitaire, soit le taux de mortalité et le taux de mortalité infantile de chaque province. Les données de ces deux taux viennent des statistiques de santé publique collectées sur plusieurs années par le ministère de la Santé<sup>378</sup>. L'axe horizontal présente les 76 provinces de Thaïlande classés par produit provincial brut (PPB) par tête, par ordre croissant. Les données relatives au PPB par tête de chaque année sont collectées par le NSDEB<sup>379</sup>.

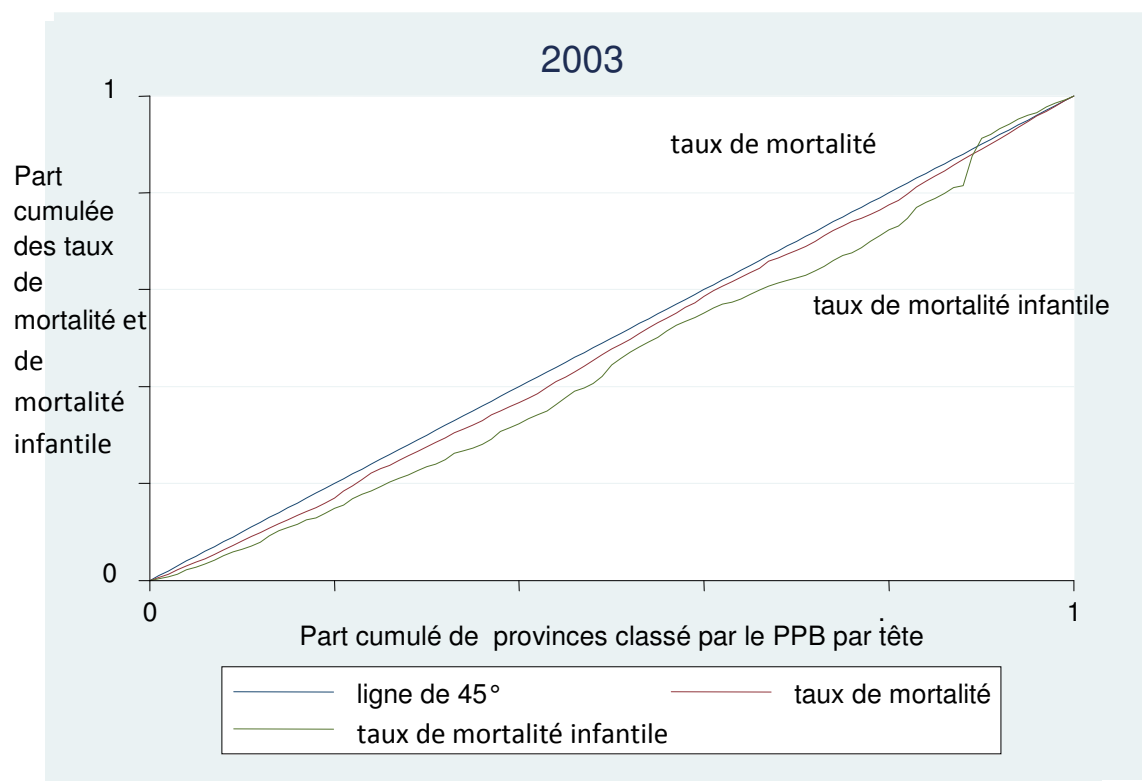
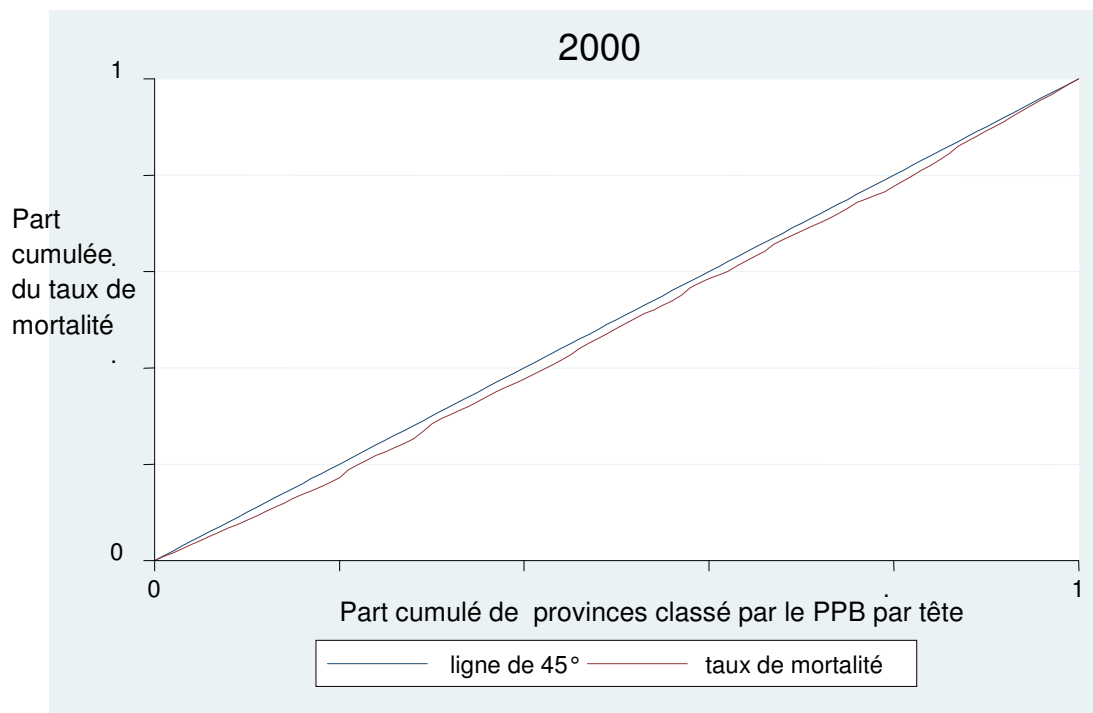
Dans ce graphique, la distribution du taux de mortalité et du taux de mortalité infantile est inconsistante. Les 5 provinces dont le PPB par tête est le plus bas ont des taux de mortalité et de mortalité infantile plus faibles que la valeur moyenne et, *vice versa* pour les 5 provinces dont le PPB par tête est le plus élevé. Cependant, en comparant des années différentes, la distribution du taux de mortalité et du taux de mortalité infantile est de plus en plus égalitaire en 2006 et 2009. Pour la distribution du taux de mortalité, l'indice de concentration est de 0,0340 en 2000 ; 0,0385 en 2003 ; 0,0314 en 2006 et 0,0159 en 2009. Pour la distribution du taux de mortalité infantile, l'indice de concentration est de 0,1008 en 2003 ; - 0,0019 en 2006 et 0,0195 en 2009.

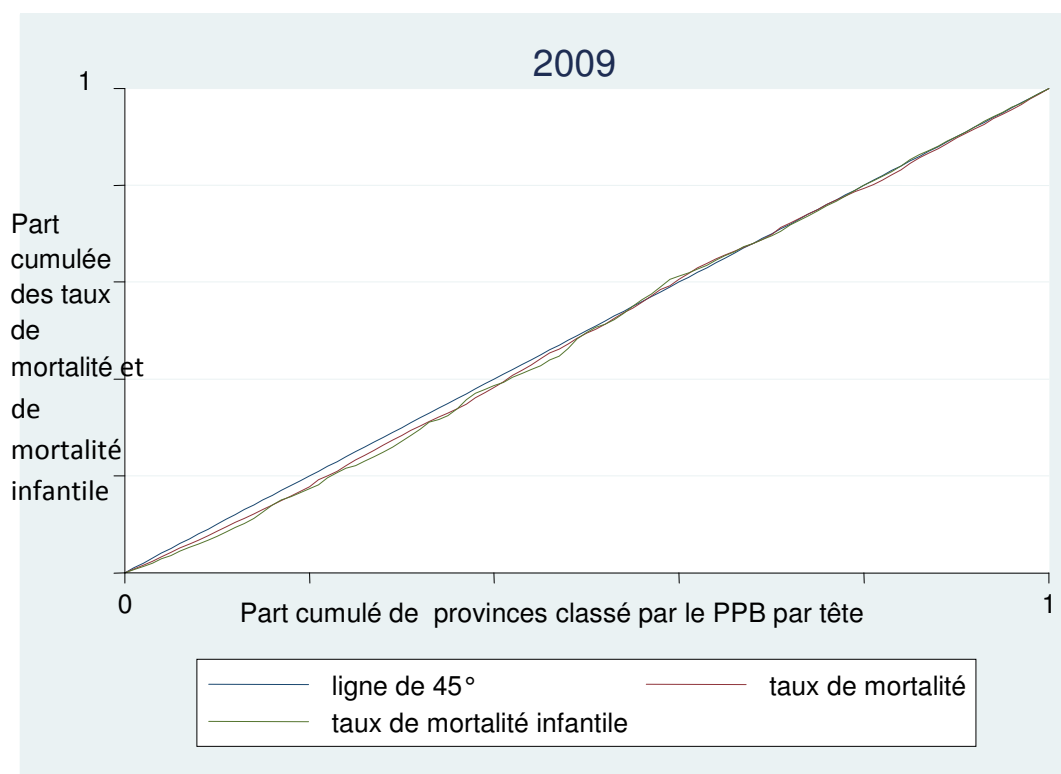
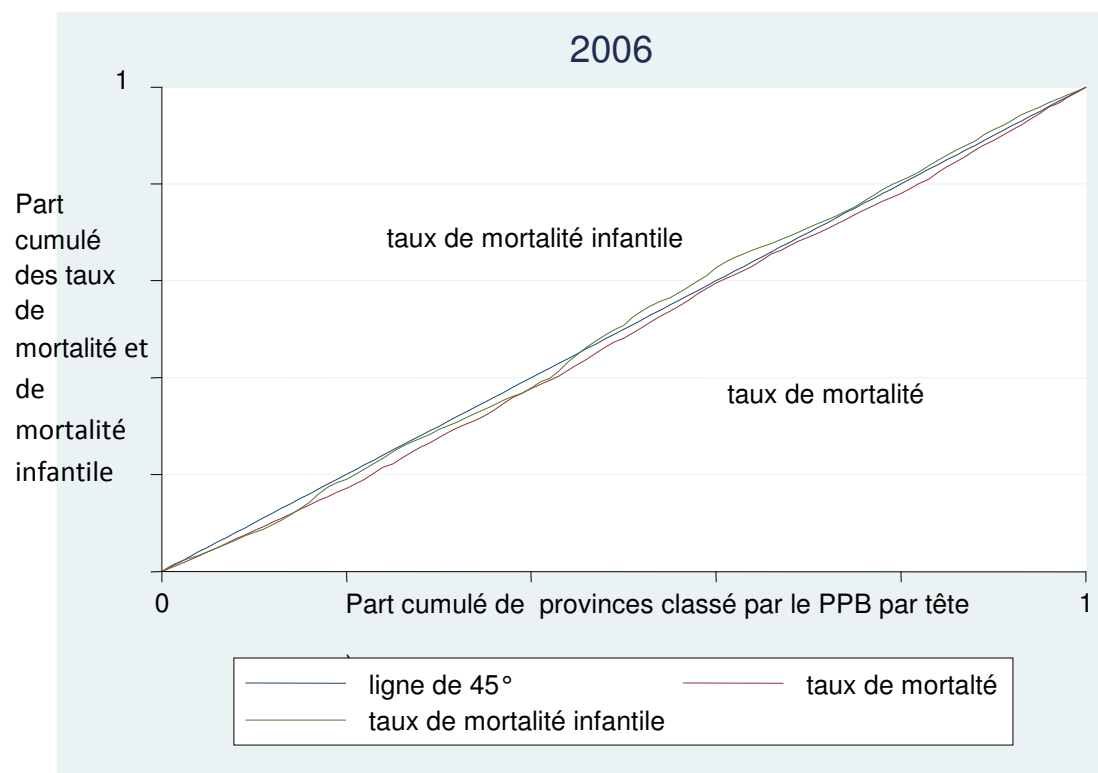
Le programme de l'UCS a remplacé les deux anciens régimes d'assurance maladie, le LICS et le VHCS et a amélioré l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers chez Thaïlandais, précisément chez les pauvres dans les zones rurales. Si le programme a diminué certaines inégalités, il demeure des inégalités dans le domaine de la santé. Les inégalités entre riches et pauvres et les inégalités entre les divers régimes d'assurance obligatoires étaient toujours remarquables. En outre, l'insuffisance d'allocation budgétaire de certains établissements de santé était un des problèmes du programme.

---

<sup>378</sup> Ministère de la santé publique, *Public health statistics 2000*, Bangkok, 2000. *Public health statistics 2007*, Bangkok, 2007. *Public health statistics 2010*, Bangkok, 2010.

<sup>379</sup> Acquis sur le site: [http://www.nesdb.go.th/nesdb\\_en/more\\_news.php?cid=156&filename=index](http://www.nesdb.go.th/nesdb_en/more_news.php?cid=156&filename=index)





Graphique n° 30: Courbes de concentration de la santé dans les années différentes.

## CHAPITRE 8

### LES CONFLITS DANS LE SYSTEME DE SANTÉ

La nouvelle administration Thaksin a transformé la politique de la Thaïlande. Au lieu de suivre les politiques de développement élaborées par le NESDB, le TRT a inventé de nouveaux programmes électoraux. Le rôle des technocrates devenait moins en moins important dans le gouvernement de Thaksin. La bureaucratie a été réformée pour améliorer son efficacité. Les droits socio-économiques des Thaïlandais ont été renforcés. Les politiques de développement du gouvernement de Thaksin se sont fondées sur les intérêts de la base, notamment des pauvres dans les zones rurales, pour augmenter la popularité du parti. Cependant, pour lancer plusieurs interventions publiques, le gouvernement a consolidé plus en plus son pouvoir central. En conséquence, les politiques de Thaksin ont été critiquées par des opposants qui les ont qualifiées de populistes. Du fait de l'augmentation des dépenses gouvernementales, des universitaires ont eu peur qu'il en résulte une crise du populisme et une crise économique comme lors d'expériences comparables dans certains pays d'Amérique latine.

Dans le domaine de la santé, la politique de l'UCS pour soigner toutes les maladies a été la promesse électorale la plus importante pour gagner le soutien de la population et renforcer la popularité du TRT. Même si l'accès aux soins et l'égalité du système de santé se sont améliorés après la réforme de 2001, la politique de l'UCS a été qualifiée de politique populiste. Les technocrates du domaine de la santé se sont efforcés pendant 20 ans de réaliser la couverture universelle de santé. Mais ils ont échoué. Par contre, le TRT a mis seulement une année et demie pour la réaliser. Cependant, ce changement rapide allait à l'encontre de groupes d'intérêts qui ont constitué peu à peu la résistance au gouvernement.

## **1. La modernisation du système de santé et les conflits d'intérêt**

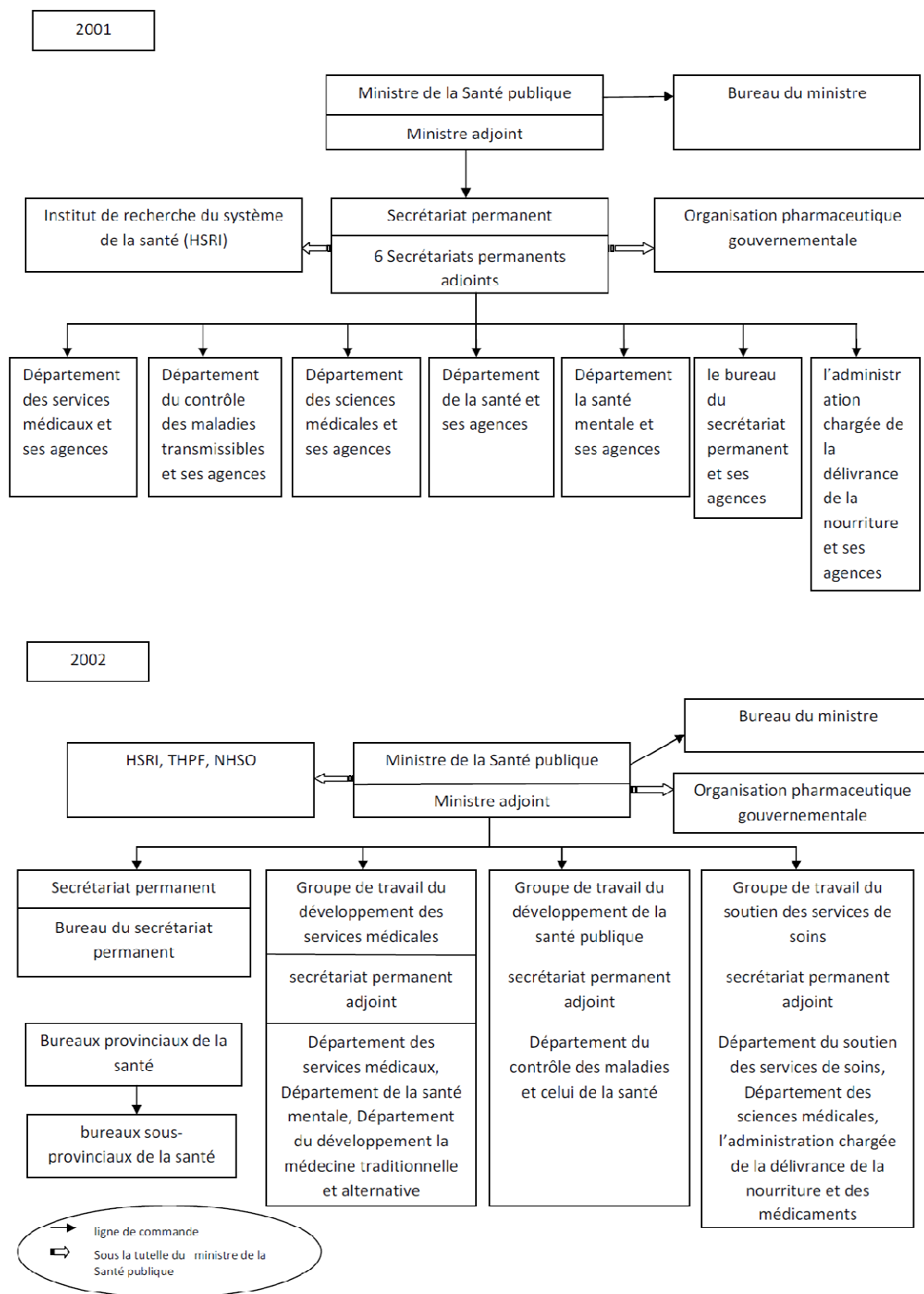
### ***1.1 La réforme du système de santé de 2001 et les conflits d'intérêt dans le ministère de la Santé publique et les hôpitaux publics***

La réforme de 2001 a créé quatre conflits d'intérêt dans le ministère de la Santé publique et les hôpitaux publics.

1°) Premièrement, un conflit de pouvoir administratif. Dans l'ancien système de santé, les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé publique élaboraient les politiques sanitaires. Après la réforme de 2001, ce pouvoir a été partagé entre les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé publique, le ministre de la Santé publique et les technocrates de la santé des nouveaux établissements publics autonome comme le NHSO. Thaksin a encouragé la concurrence entre les ministres successifs. Si la performance n'était pas convenable, il y avait une haute probabilité pour que les ministres soient limogés. Par conséquent, tous les ministres devaient travailler dur pour proposer des politiques intéressantes. Le ministre de la Santé publique du gouvernement de Thaksin est devenu de plus en plus un homme clé pour les élaborer.

Dans la partie du schéma ci-après, le NHSO, l'HSRI et le THF sont de nouvelles organisations. Le ministère de la Santé publique devait collaborer avec les établissements publics autonomes, telles que le NHSO, le HSRI et le THF, pour définir les politiques sanitaires et devait désormais partager son pouvoir de régulation avec le NHSO et le NHSB. Avant la réforme, le ministère contrôlait les services de soins, le budget, la gestion des hôpitaux publics sous une forme hiérarchique. Après la réforme, le NHSB avait pour rôle de définir le panier de soins, le standard de soins, la régulation et la gestion financière du fonds national de la sécurité de santé. Il devait également collaborer avec l'administration locale pour fournir des services des soins à la population locale et encourager la participation de celle-ci au domaine de santé. Le NHSO agit comme un secrétariat du NHSB et gère le fonds national de la sécurité de la santé. L'objectif du fonds se focalise seulement sur la fourniture des services des soins, la prévention et la promotion de la santé.





Graphique n° 31 : Structure du ministère de la Santé publique<sup>380</sup>

<sup>380</sup> Pour la structure du Ministère de la santé publique à l'année de 2001, Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2002, p. 362. Pour celle à l'année d2002, Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2005, p. 365.

Même si le ministre de la Santé publique préside le NHSB, il ne peut pas intervenir dans les fonctions de celui-ci, parce que les décisions finales sont prises par la majorité des membres du NHSB. De plus, comme mentionné dans le chapitre 6, la séparation entre l'acheteur et le fournisseur a été introduite pour contrôler les dépenses de santé et encourager l'efficacité et la concurrence entre les établissements de santé. Cependant, elle a diminué le rôle du ministère de la Santé publique. Avant la réforme, le ministère cumulait les rôles de financier des hôpitaux publics (une part du budget du ministère était versée directement aux hôpitaux publics) et fournisseur de services de soins (les hôpitaux publics étaient sous la direction du ministère et les personnels de santé du secteur public étaient fonctionnaires du ministère). Mais la nouvelle administration a éliminé une partie du pouvoir du ministère. Le ministère a conservé uniquement le rôle de fournisseur de services de soins. Par conséquent, une grande partie du budget du ministère de la Santé publique a été versée à l'acheteur, le NHSO, qui finançait les établissements publics ou privés de santé en passant un contrat. Ce budget a augmenté, de 33.738 millions de bahts (46% du budget total du ministère de la Santé publique) en 2003 à 33.593 (43%) en 2004, à 41.514 (48%) en 2005, 55.072 (51%) en 2006, à 68.174 (53%) en 2007, 77.405 (54%) en 2008, 81.533 (53%) en 2009, à 90.242 (56%) en 2010 et à 102.018 (54%) en 2011<sup>381</sup>. Pour ces raisons, la réforme a renforcé la défiance du ministère de la Santé publique à l'encontre du NHSB et du NHSO.

La structure du ministère de la Santé publique a également été réformée. Avant la réforme, l'administration était hiérarchisée. Tous les Départements (services médicaux, contrôle des maladies transmissibles, sciences médicales, santé, santé mentale, secrétariat permanent et logistique, c'est-à-dire la délivrance de nourriture et de médicaments), étaient placés sous la direction du secrétariat permanent. Sous le gouvernement Thaksin, les départements ont été classés et regroupés par groupe de travail. Le pouvoir des hauts fonctionnaires comme ceux du secrétariat permanent du ministère a diminué. Seule a été conservée l'administration du bureau du secrétariat permanent. Les départements des services médicaux, de la santé mentale, du développement la médecine traditionnelle et alternative ont été regroupés dans le groupe de travail du développement des services médicaux. Les départements du contrôle des maladies et de la santé ont été regroupés dans le groupe de travail du développement de la santé publique. Les départements du soutien

---

<sup>381</sup> Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *op. cit.*, 2011, p. 354.

Note: Le budget versé au NHSO inclut le budget d'administration du NHSO et le budget de l'assurance de santé.

aux services de soins, des sciences médicales et de la « logistique » ont été regroupés dans le groupe de travail de soutien aux services de soins. Chaque groupe de travail était sous la direction du secrétariat permanent adjoint. La structure du ministère de la Santé publique était moins hiérarchique qu'avant la réforme. Le ministre et le ministre adjoint commandaient directement les départements.

Pour l'administration territoriale, des bureaux provinciaux de la santé et les bureaux sous-provinciaux de la santé ont été instaurés pour la régionalisation. Le gouvernement central a nommé un médecin comme dirigeant de chaque bureau provincial et sous-provincial. La régulation des hôpitaux publics provinciaux a été transférée du secrétariat permanent aux bureaux provinciaux de la santé. De plus, Thaksin a renforcé le pouvoir des préfets. Les bureaux provinciaux de la santé ont été placés sous la commande du préfet de chaque province.

2°) Deuxièmement, la résistance contre la privatisation. Un responsable politique, Monsieur F (voir Annexe III), a expliqué que le but initial de politique de l'UCS était d'appliquer le mécanisme du marché dans le système de santé afin d'encourager la concurrence et l'efficacité des établissements de santé. La bureaucratie était vue comme un facteur de frein à la productivité. La privatisation des hôpitaux publics devraient être enclenchée. Si la privatisation était accomplie, les médecins dépendants du ministère de la Santé publique devraient abandonner leur statut de fonctionnaires pour devenir des médecins libéraux dont la rémunération se base sur la performance et sur l'offre et la demande sur le marché de travail, lesquels varient selon la position géographique. Le directeur et toutes les personnes travaillant dans l'établissement de santé devenaient des employés sous contrat privé. Si la performance d'un établissement de santé n'atteignait pas les objectifs prévus, l'acheteur pouvait annuler un contrat et choisir de passer un contrat avec un autre établissement de santé.

Cependant, le ministère de la Santé publique et des médecins-directeurs d'hôpitaux publics implantés dans les zones rurales se sont opposés fortement à cette proposition. Leurs motivations étaient que, pour le ministère, la décentralisation pouvait diminuer le pouvoir et le budget du ministère. Pour des médecins-directeurs d'hôpitaux publics des zones rurales, la privatisation risquait de créer une insécurité en matière d'emploi, d'autant qu'ils étaient habitués à un environnement de faible concurrence avec la bureaucratie. Par conséquent, la privatisation a progressé lentement. Les hôpitaux publics sont toujours sous

la direction du ministère de la Santé publique et les médecins du secteur public demeurent fonctionnaires.

3°) Troisièmement, le conflit entre les médecins des zones rurales et ceux des zones urbaines était un problème constant dans l'administration du ministère de la Santé publique. La différence entre les hôpitaux des zones rurales et ceux des zones urbaines alimentait leur divergence de points de vue. Les médecins des zones rurales se focalisent sur la santé publique, la prévention et la promotion de la santé. Mais ceux des zones urbaines se focalisent sur le traitement et l'avancement des connaissances et technologies médicales. Comme mentionné dans le chapitre 5, comme le gouvernement central avait réprimé le mouvement des médecins dans les années 1970-80, les médecins des zones rurales ne faisaient jamais confiance au gouvernement central. De plus, en 1998, l'Association des médecins des zones rurales avait publié un rapport sur l'affaire de la corruption dans la distribution des médicaments au sein des autorités de santé, renforçant d'autant l'hostilité entre les deux groupes.

Le programme de l'UCS n'a pas amélioré la relation entre les deux ; à l'inverse, la nouvelle allocation budgétaire a été un facteur important pour attiser le conflit. Avant la réforme, du fait de l'organisation hiérarchique du ministère de la Santé publique, les médecins des hôpitaux du niveau provincial pouvait communiquer directement avec le ministère. Ils pouvaient faire pression pour demander un budget plus facilement que les hôpitaux du niveau de l'*Amphoe* ou du *Tambon*. De plus, l'ancienne allocation budgétaire était basée sur le nombre de lits et de professionnels de santé. La plus grande partie du budget se concentrait sur les hôpitaux provinciaux. Après la réforme, la nouvelle allocation budgétaire était fondée sur un taux moyen par personne fixé par l'Assemblée Nationale, multiplié par le nombre d'habitants par zone considérée. Par conséquent, du fait d'une population élevée, les budgets des hôpitaux situés dans les zones rurales ont augmenté. Par contre, les budgets des hôpitaux implantés dans les zones urbaines couvrant une population plus faible ont diminué. Un responsable politique, Monsieur F (voir Annexe III) a expliqué que cette allocation avait pour but de résoudre l'inégalité de distribution de professionnels de la santé entre les zones urbaines et les zones rurales. Le budget élevé des hôpitaux d'*Amphoe* et de *Tambon* permettait d'augmenter la rémunération des professionnels de la santé pour les convaincre d'y travailler.

En outre, la nouvelle allocation budgétaire a introduit le système du *Gate Keeper*. Les hôpitaux doivent respecter le parcours de soins. D'abord, les patients doivent visiter les hôpitaux primaires où ils sont enregistrés. Si leurs maladies sont compliquées, les patients sont transférés aux hôpitaux secondaires ou tertiaires. Puis, ces hôpitaux secondaires ou tertiaires demanderont aux hôpitaux primaires le remboursement des dépenses totales de ces patients. Dans le système *Gate Keeper*, il faut une harmonisation entre ces trois types d'hôpitaux. Cependant, le système des enveloppes budgétaires a été aussi appliqué. Les établissements de santé ne pouvaient plus gaspiller les services de soins ; les pertes de chaque établissement étaient transférées sur l'année budgétaire suivante. Certains hôpitaux ne pouvaient pas s'adapter à cette nouvelle règle de financement et la crainte d'une insuffisance budgétaire s'est répandue parmi les directeurs des hôpitaux. Des hôpitaux primaires hésitaient à transférer leurs patients, parce qu'ils avaient peur que les hôpitaux secondaires ou tertiaires gaspillent les services de soins pour leur demander un remboursement élevé. Par contre, les hôpitaux secondaires ou tertiaires ont accusé les hôpitaux primaires de garder leur budget, ce qui a provoqué le ralentissement de la procédure de remboursement. La politique de l'UCS est devenue le révélateur du conflit entre les deux groupes.

4°) Quatrièmement, l'augmentation de la charge de travail et la responsabilité de médecins dans les établissements publics de santé. La réforme de 2001 a augmenté la charge des professionnels de la santé, notamment les médecins. Avant la réforme, la croyance bouddhiste et la culture thaïlandaise du *Nai-phrai* influençaient la relation entre le médecin et le patient. La fourniture de soins était regardée comme une activité de charité. Beaucoup de médecins croyaient que donner un traitement aux patients, notamment les pauvres, était une forme d'exercice du *Bun*, et non pas un devoir des fonctionnaires. Le pouvoir du médecin était supérieur à celui du patient. C'était le médecin qui décidait de donner sa générosité aux patients. Dans la société thaïlandaise, l'image du médecin était comme celle d'un saint. Mais la réforme de 2001 a changé ce statut social. L'accès aux soins est devenu un droit fondamental pour tous les Thaïlandais. Le médecin n'était plus le *Nai*, ni le saint, ni le parrain du patient. Il doit agir comme le conseiller du patient. La fourniture de soins est pour lui une obligation. Il faut respecter la dignité du patient. Les pauvres peuvent accéder aux soins sans se soucier des dépenses du traitement ou ne se sentent pas dans un état d'infériorité pour demander des services de soins. Par conséquent, le recours aux soins a augmenté de façon spectaculaire (voir le chapitre 7).

Mais le nombre de professionnels de santé était toujours insuffisant. De plus, la nouvelle administration de la santé a fortement besoin d'un système informatique et doit renforcer le système d'audit pour évaluer la performance et l'efficacité de chaque hôpital. Les professionnels de santé doivent enregistrer les données statistiques et les traiter pour les envoyer à l'autorité centrale, ce qui augmente leurs tâches administratives.

Du fait de l'augmentation de la charge de travail et des responsabilités avec un budget limité, certains professionnels de santé se sont épuisés à la tâche, et la probabilité de faute et d'accident médical a augmenté. En outre, du fait de la déclaration des droits des patients, la rumeur que certains patients avaient l'intention de profiter de l'indemnisation des dommages médicaux s'est répandue parmi les professionnels de santé. La relation entre les médecins et les patients s'est dégradée. En parallèle, grâce à la reprise économique et au *Medical-Hub*, la demande des professionnels de santé dans le secteur privé est élevée. Ceci a provoqué le départ de professionnels de la santé publique vers le secteur privé. Le nombre de médecins démissionnaires a augmenté de 276 personnes en 2001 à 564 en 2002, à 795 en 2003, 468 en 2004, à 663 en 2005, à 777 en 2006, à 736 en 2007, à 785 en 2008 et 669 en 2009<sup>382</sup>.

### ***1.2 L'intervention sur le marché et les conflits d'intérêt avec les hôpitaux privés et les médecins libéraux***

Un des objectifs du programme de l'UCS était de soutenir les hôpitaux privés qui ont été touchés par la crise économique de 1997. Mais les conséquences ont été contraires. L'expansion de la couverture d'assurance maladie a affecté à la fois positivement et négativement le secteur privé. Le nombre de recours aux services de soins ambulatoires dans les établissements privés de santé a augmenté, 33 millions en 2002, 37 millions en 2003, 40 millions en 2004 et 42 millions en 2005. Par contre, pour les services de soins hospitaliers qui étaient plus chers et couverts par le programme de l'UCS, le nombre de recours aux hôpitaux privés a diminué, 3,2 millions en 2002, 2,0 millions en 2003, 2,1 millions en 2004 et 2,3 millions en 2005. Le revenu des hôpitaux privés a augmenté de 48.117 millions de bahts en 2000 à 80.654 millions de bahts en 2006<sup>383</sup>. Seulement 20,8 % des hôpitaux privés ont participé au programme de l'UCS et 46 % entre eux étaient des

<sup>382</sup> *Ibid.*, pp.257-256.

<sup>383</sup> Bureau des statistiques nationales, การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2550 [Enquête sur les hôpitaux et les établissements privés de santé en 2007], Bangkok, 2008, pp. i-vii.

hôpitaux privés dont le nombre de lits était inférieur à 50 lits. Dans les grands hôpitaux privés qui n'étaient pas concernés par le programme de l'UCS, les clients ciblés étaient ceux à hauts revenus et les étrangers. Sans surprise, le taux de participation des hôpitaux privés au programme de l'UCS a été le plus bas à Bangkok avec 19 %. Il était plus élevé dans le Nord (27,7 %) et le Nord-Est (39,2 %) <sup>384</sup> où il y avait beaucoup d'hôpitaux privés de taille petite et moyenne dont les clients ciblés étaient à moyen ou faible revenu.

Certains hôpitaux privés ont décidé de participer au programme de l'UCS pour acquérir une part de ce marché. Ils ont pensé que le système de financement de l'UCS serait semblable à celui de la SSS dont le remboursement des dépenses de soins est fixé par un plafond. Mais le système de financement d'UCS est fondé sur la capitation et l'enveloppe budgétaire, ce qui limite efficacement le gaspillage des traitements onéreux et a affecté négativement les revenus des hôpitaux privés. En outre, le programme de l'UCS a été une mesure d'intervention sur le marché de santé. Le NHSB est le plus grand acheteur de Thaïlande, doté d'un grand pouvoir de négociation avec les hôpitaux et les industries pharmaceutiques. Selon l'étude de Treerat et Ngamarunchot <sup>385</sup>, grâce à la négociation du NHSB, le prix du traitement de cardiographie était de 30.000 bahts par patient (le prix dans le marché était de 80.000 bahts), celui d'Érythropoïétine a diminué de 670 bahts à 270 bahts, celui de Clopidogrel a diminué de 64 bahts à 3 bahts, celui d'Efavirenz a diminué de 2.600 bahts à 650 bahts, et celui de Kaletra a diminué de 15.000 bahts à 3.000 bahts. Le programme de l'ablation de la cataracte a été ajouté dans le programme de l'UCS, ce qui a diminué le revenu des hôpitaux privés de 989 millions de bahts par an. Le programme de l'UCS a pu réduire les dépenses nationales de santé d'environ de 20.000 millions de bahts par an. Mais il a renforcé la concurrence sur le marché et a affecté négativement le profit de certains hôpitaux privés. Les hôpitaux publics sont devenus une source de concurrence majeure pour les hôpitaux privés de taille petite et moyenne. Certains d'entre eux, qui ne pouvaient pas s'adapter au nouveau système, ont décidé de quitter le marché. Le nombre d'hôpitaux privés ayant un nombre de lits inférieurs à 31 a diminué, de 170 en 2000 à 163 hôpitaux (-4,3 %) en 2006. Par contre, le nombre d'hôpitaux privés ayant un nombre de lits entre 31 et 50 a augmenté, de 62 en 2000 à 68 en 2006 (8,8 %), et de 93 à 102 hôpitaux

---

<sup>384</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>385</sup> Treerat, Nualnoi & Ngamarunchot, Bank, การเมืองและดุลอำนาจในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า [Politique et balance du pouvoir dans le régime de l'UCS], Bangkok, 2012, pp.53-56.

(8,8 %) pour les hôpitaux privés ayant un nombre de lit supérieur à 51 en 2000 et à 100 en 2006<sup>386</sup>.

La réforme de 2001 a modifié la responsabilité médicale, car elle a affecté négativement les hôpitaux privés et les médecins dans le secteur privé. Du fait du coût élevé des traitements du secteur privé, les patients attendent de meilleurs services de soins, sans dommages collatéraux. Avant la réforme, en raison d'une information imparfaite, la procédure de demande d'indemnisation des victimes de dommages liés aux services médicaux durait très longtemps. Dans un cas très connu, une patiente a accouché dans un hôpital privé et son fils nouveau-né a été affecté. Cette patiente a décidé de réclamer une indemnisation. Mais la procédure avait duré plus de 20 ans et n'est pas encore terminée<sup>387</sup>. Comme mentionné dans le chapitre 6, le renforcement des droits des patients pour accéder à leur information médicale et à leurs dossiers médicaux peut aider, également, les patients à accéder à la justice, dans le cas de dommages liés aux soins. Par contre, il peut augmenter la charge de travail des hôpitaux privés et diminuer la probabilité d'échapper à la responsabilité médicale. Le projet de la loi d'indemnisation des victimes de dommages liés aux services médicaux a été initié en 2002 pour appliquer la responsabilité sans faute dans le nouveau système et collecter la prime d'assurance des dommages liés aux soins de tous les établissements de santé. Bien sûr, beaucoup de directeurs d'hôpitaux privés y sont extrêmement opposés. Certains entre eux étaient membres du Conseil national d'Ordre médical. Somsak Lolekha, président du Conseil et président d'un hôpital privé, a critiqué le programme de l'UCS en ce qu'il a augmenté le nombre de revendications de victimes de dommages médicaux. Il a demandé que le code pénal ne s'applique pas dans le cas d'une victime de dommages médicaux et a recommandé de fixer le plafond d'indemnisation<sup>388</sup>.

Dans la procédure juridique concernant les victimes de dommages liées aux soins, des membres du Conseil national d'Ordre des médecins sont invités comme spécialistes pour fournir l'information nécessaire concernant la médecine. Le Conseil a aussi autorité en matière de garantie des compétences des médecins et il peut confisquer leurs licences. Ce conflit d'intérêt laisse penser que le Conseil préfère protéger les intérêts des médecins libéraux et des hôpitaux privés, plutôt que ceux des patients. Certains d'entre eux, professeurs en médecine, influençaient les idées de leurs étudiants pour renforcer la

<sup>386</sup> Bureau des statistiques nationales, การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2550 [Enquête sur les hôpitaux et les établissements privés de santé en 2007], Bangkok, 2008, pp. v.

<sup>387</sup> Acquis sur le site: [http://thaimedicalerror.blogspot.com/2007/06/blog-post\\_2905.html](http://thaimedicalerror.blogspot.com/2007/06/blog-post_2905.html)

<sup>388</sup> Quotidien *Post Today*, 7 mars 2006, p.8.



résistance au projet de la loi d'indemnisation des victimes des dommages liés aux services médicaux, et également la résistance au programme de l'UCS<sup>389</sup>.

### ***1.3 La nouvelle campagne électorale et la concurrence politique***

La Constitution de 1997 a favorisé les grands partis politiques afin de renforcer le pouvoir exécutif et la stabilité politique. La politique thaïlandaise reposait sur la concurrence entre deux grands partis, le TRT et le Parti démocrate (DP). Le nouveau parti TRT, sous sa devise " *คิดใหม่ ทำใหม่ เพื่อไทยทุกคน*" (nouvelles idées, nouvelles actions pour tous les Thaïs) a proposé ses nouvelles propositions électorales et a battu le DP, d'orientation conservatrice, dont la popularité avait diminué par l'échec des politiques du gouvernement Chuan.

Avant l'élection de 2001, la victoire des hommes politiques dans les zones rurales dépendait fortement de la relation de proximité avec les électeurs. Le TRT a changé la politique thaïlandaise. Les électeurs des zones rurales ont choisi le TRT dont les propositions électorales étaient compatibles avec leurs intérêts. Thaksin est devenu le Premier ministre dont la popularité a été la plus forte dans l'histoire de la Thaïlande. Ses propositions électorales avaient pour but d'aider les pauvres qui étaient la majorité d'électeurs. Cependant, pour réaliser ses propositions, il fallait d'importants budgets gouvernementaux, difficiles à appliquer, en particulièrement en temps de crise financière et d'austérité budgétaire. Deux semaines après l'élection nationale du 6 janvier 2001, Kasian Tejapira, professeur en science politique, a introduit le mot ประชานิยม (*Prachaniyom* - *populisme*) dans les médias thaïlandais pour expliquer les caractéristiques des politiques de Thaksin. Aujourd'hui, ce mot est répandu dans la société. La définition est proche de celle de populisme d'Amérique Latine. Pour gagner les élections, l'homme politique populiste propose, de manière improvisée, des politiques en faveur des pauvres, même si ces politiques peuvent conduire à une crise financière ou à une crise économique. En effet, le mot *Prachaniyom* en Thaïlande est négatif et a été inventé spécifiquement pour donner une étiquette à Thaksin. Certains l'ont utilisé pour saper la réputation de Thaksin<sup>390</sup>.

<sup>389</sup> Juengsathiansap, Komatra et al., *ขบวนการแพทย์ชนบทและการธรรมาภิบาลสุขภาพ* [Mouvement de l'Association de médecins des zones rurales et la bonne gouvernance dans le domaine de la santé], Bangkok, 2013, p. 77.

<sup>390</sup> Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, « Thaksin's Populism ». p. 66, in Mizuno, Kosuke & Phongpaichit, Pasuk. (éd.). *Populism in Asia*. NUS Press, KyotoUniversity Press, 2009. 228 p.

Mais l'opinion de Tamada est contraire. Thaksin a été un leader légitime dont la popularité se fondait sur des élections démocratiques. Les politiques du TRT étaient destinées à redistribuer les ressources. Les politiques de redistribution des ressources sont appliquées dans de nombreux pays démocratiques, mais elles ont été mises en œuvre pour la première fois dans la société thaïlandaise. Les politiques du TRT ne conduisaient pas à l'augmentation de la dette publique comme des universitaires s'en sont inquiétés. Par contre, elles ont augmenté les recettes fiscales<sup>391</sup>. Selon Pongpaichit et Chris Baker, initialement, Thaksin était peu susceptible de devenir un leader populiste. Mais l'environnement politique l'a poussé à le devenir. Premièrement, les inégalités entre les zones urbaines et les zones rurales ont encouragé le TRT à élaborer certaines politiques de redistribution afin de répondre aux besoins de la population défavorisée. Deuxièmement, du fait du déclin de la popularité de Thaksin parmi la population de la classe moyenne à Bangkok à partir de 2004, Thaksin a eu besoin la popularité d'autres électeurs. Pour compenser cette perte, le TRT a renforcé les politiques de développement des zones rurales<sup>392</sup>.

La population des régions du Nord et du Nord-Est souffraient d'insuffisance des services médicaux et de dépenses de santé catastrophiques depuis longtemps. Le programme de l'UCS a amélioré l'accès aux soins qui pouvait répondre à leurs besoins. Sans surprise, les régions du Nord et du Nord-Est sont devenues la base électorale la plus importante du TRT. Le bilan favorable du programme de l'UCS a entraîné la loyauté de la population des régions du Nord et du Nord-Est envers le TRT, ce qui a augmenté ses chances de remporter le scrutin suivant. Dans ces deux régions, le TRT a gagné plus de cent députés soit la moitié du nombre total de députés du parti. Le parti de l'opposition aurait dû proposer une nouvelle politique sanitaire pour gagner l'élection nationale suivante. Cependant, le DP n'a pas proposé de nouveaux programmes aux électeurs, mais il a choisi de critiquer le programme de l'UCS.

Du fait que l'augmentation de budget de l'UCS ait dû être strictement contrôlée par le parlement, le DP a considéré que l'insuffisance budgétaire dans les établissements de santé était un sujet de préoccupation. Un an après le lancement du programme, le DP a critiqué le programme de l'UCS, lui reprochant une qualité de services de soins minimale, disant

<sup>391</sup> Tamada, Yoshifumi, « Democracy and Populism in Thailand ». pp. 94-108, in Mizuno, Kosuke & Phongpaichit, Pasuk, (éd.). *Populism in Asia*. NUS Press, KyotoUniversity Press, 2009, 228 p.

<sup>392</sup> Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, « Thaksin's Populism ». pp. 66-108. in Mizuno, Kosuke & Phongpaichit, Pasuk. (éd.). *Populism in Asia*. NUS Press, KyotoUniversity Press, 2009, 228 p.

que ce système n'avait pas encouragé les riches à payer plus cher que les pauvres et que sa planification et son application étaient inefficaces, l'allocation budgétaire destinée aux hôpitaux restant insuffisante. Le DP a recommandé le changement du nom du programme des « 30 bahts pour soigner toutes les maladies », l'accusant d'être de la propagande. Il fallait renforcer le système de contrôle de la qualité des soins<sup>393</sup>. Abhisit Vejjajiva a déclaré que le programme de l'UCS avait ébranlé les hôpitaux publics. À cause de l'insuffisance budgétaire, les hôpitaux publics étaient en faillite et ne pouvaient que fournir des services de moindre qualité. La fuite des cerveaux était remarquable. Selon lui, le système de santé était fracturé entre le programme de l'UCS pour les pauvres et le secteur privé pour les riches<sup>394</sup>.

En 2006, le programme de l'UCS était bien installé. L'assurance maladie est devenue un sujet important pour gagner le soutien populaire. Le DP a élaboré son propre programme électoral pour concurrencer le programme de l'UCS. Il a proposé l'expansion de la sécurité sociale pour couvrir tous les bénéficiaires de la SSS<sup>395</sup>. Cependant, cette idée n'a jamais été appliquée. Par contre, sous le gouvernement d'Abhisit (du 20 décembre 2008 au 5 août 2011), le DP a poursuivi le programme de l'UCS et a augmenté le budget pour améliorer certains avantages du programme.

## **2. Le conflit entre les valeurs universelles et les valeurs communautaires**

Grâce à la mondialisation, les valeurs universelles se répandent autour du monde. Le droit à la santé et à l'accès aux soins deviennent des droits fondamentaux de l'homme, sans discrimination de race ou d'origine ethnique, socio-économique et croyance religieuse. Les services des soins sont un type de service public que l'État assure pour tous. Cette nouvelle valeur est contraire à la croyance bouddhiste que la santé est une conséquence du karma et que seulement les plus pauvres devraient bénéficier des services de soins en se basant sur la charité. Il faut prendre du temps pour changer l'ancienne croyance des individus et les convaincre d'accepter une nouvelle valeur universelle.

La mondialisation renforce la gouvernance mondiale de la santé et le commerce international de services de soins et de produits médicaux. La Thaïlande, à ce moment-là, a

<sup>393</sup> Quotidien *Manager*, 1 avril 2002, pp. 15-16.

<sup>394</sup> Quotidien *Kom Chad Leuk*, 27 juin 2003, pp. 1 & 16.

<sup>395</sup> Quotidien *SiamRat*, 26 mai 2006, p. 3.

faisait face à la crise économique. Le capitalisme était toujours l'ennemi pour certains groupes, y compris le réseau de Prawet et l'association des médecins des zones rurales. Pour eux, le capitalisme menaçait les valeurs et la santé des ruraux. Cependant, le gouvernement ne devait pas suivre tous les avis des technocrates de la santé. La croissance économique durable et l'augmentation du revenu national étaient des objectifs importants du gouvernement pour financer les politiques publiques. Le *Dual track* du Thaksinomics était appliqué aux politiques sanitaires. La balance entre l'intérêt économique et le bien-être social était remise en question. L'insatisfaction des ONG et des groupes anticapitalistes s'est accumulée pour s'opposer au gouvernement de Thaksin.

### ***2.1 Les idées de Prawet sur la santé et le développement***

L'intelligence de Prawet était connue dans la société thaïlandaise. Il a obtenu une licence de médecine avec la mention très bien de la faculté de médecine de Siriraj. Puis, il a obtenu une bourse Ananda Mahidol pour finir ses études de doctorat en hématologie à l'Université du Colorado. Mais ses connaissances ne se sont pas limitées seulement au domaine de la santé. Il a également un rôle important dans le modèle de développement thaïlandais.

Pour formuler son idée de la santé, Prawet a été influencé par le bouddhisme et les sciences médicales occidentales. Depuis 1970, il était contre le modèle biomédical. La santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais elle est aussi le plaisir et l'ensemble du bien-être. Les technologies médicales avancées et les traitements onéreux ne sont pas la seule réponse pour guérir les maladies. Selon lui, environ 80-90% des maladies chez Thaïlandais sont évitables par des mesures de prévention. La maladie n'est pas seulement causée par un fonctionnement physique anormal mais aussi, par le mental. La santé est un ensemble physique, mental, social et spirituel. Pour avoir une bonne santé, l'individu doit faire une activité sportive, suivre un régime alimentaire, et pratiquer la méditation. La santé est liée aux comportements, à l'environnement et à la société. Les professionnels de la médecine traditionnelle et les moines formaient une équipe importante pour fournir les traitements physiques, mentaux et spirituels à la société thaïlandaise depuis longtemps. Mais l'émergence de la médecine occidentale a monopolisé le pouvoir des traitements médicaux et a éliminé la diversité culturelle et les alternatives thérapeutiques. Faire revivre la médecine traditionnelle et promouvoir le rôle des temples bouddhistes dans le domaine

de santé sont de bonnes mesures pour promouvoir la santé de la population. Parce que, premièrement, elles peuvent aider les personnes des zones rurales à accéder aux soins. Deuxièmement, ces tradi-praticiens comprennent la culture locale ce qui permet aux patients de rester calmes dans un environnement familial<sup>396</sup>.

On peut voir que le concept de santé de Prawet va dans la même direction que celui du modèle de Dahlgren et Whitehead. La santé est liée au mode de vie, au réseau social, aux conditions de vie et aux déterminants sociaux. Par conséquent, pour guérir les maladies, il faut aussi se préoccuper de la société. Pour Prawet, la santé s'intègre dans le développement humain et social<sup>397</sup>. Cela l'a encouragé à s'engager dans le développement. Prawet voit que le modèle de développement des gouvernements thaïlandais depuis 1950 est non-durable. Il se base fortement sur le capitalisme et l'économie nationale, créant des inégalités sociales et détruisant les valeurs de la communauté. La richesse s'accumule dans les grandes entreprises et laisse la majorité des Thaïlandaises dans la pauvreté. Donc, son modèle de développement est inverse: il se focalise sur l'autonomisation communautaire et le capital social. Le concept de capital social de Robert Putnam est une des idées qui influence Prawet, et que Prawet a citée plusieurs fois dans ses livres et séminaires.

La conclusion du travail de Putnam en 1993 est ce que la société civile et le capital social sont des facteurs importants de la croissance économique et renforcent la démocratie<sup>398</sup>. Son idée a été célèbre et répandue dans les organisations internationales et dans plusieurs pays, y compris la Thaïlande. Par conséquent, l'orientation des politiques de développement a été modifiée par le renforcement de la société civile et du capital social. Les ONG sont devenues de nouveaux acteurs importants pour promouvoir la participation des citoyens au développement.

Selon Putnam, le capital social se définit par: «... des caractéristiques de l'organisation sociale, tels que la confiance, les normes et les réseaux, qui peuvent améliorer l'efficacité de la société en facilitant des actions coordonnées...»<sup>399</sup>. Toutes les choses, par exemple la réciprocité, le réseau social, l'association privée, qui peuvent renforcer la confiance dans la société et créer un lien entre les membres de la société, sont considérées comme du capital

---

<sup>396</sup> Wasi, Prawet, *op.cit*, 1976, pp.61-82.

<sup>397</sup> Wasi, Prawet, *การปฏิวัติเงียบสู่โลกดุลยภาพ* [Révolution silencieuse pour l'équilibre du monde], Morchaoban, 2004, p.164.

<sup>398</sup> Putnam D., Robert, Leonardi, Robert et Nonetti Y. Rafaella, *Making Democracy work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, 1993.

<sup>399</sup> *Ibid.*, p. 167.

social. Le capital social, comme des autres capitaux, peut produire et se reproduire, s'accumuler et peut être investi. Le capital social apporte plusieurs avantages. La communauté qui renforce son capital social peut encourager ses membres à faire des activités bénévoles. La confiance entre les membres peut réduire le coût de transaction sur le marché financier. La norme sociale est plus efficace que la loi ou le marché pour influencer les comportements et suivre un cadre moral. La norme de réciprocité est un échange qui ne repose pas sur le marché, et dont l'avantage est de réduire le coût de transaction et de résoudre les problèmes individuels et collectifs dans l'économie. Nous donnons des aides aux voisins quand ils sont en difficulté. Nous espérons que, dans l'avenir, nos voisins nous retourneront les aides dès que nous serons en difficulté. Ces échanges ne dépendent pas d'un contrat, mais de la confiance.

Le réseau social est un outil important pour répandre la norme de réciprocité, la confiance, la croyance et les idées, l'information, et la norme sociale parmi les membres de la société. Cependant, le réseau social vertical est insoutenable, par exemple le patronage et le clientélisme. Il crée l'inégalité du pouvoir entre le patron (l'État) et les clients (les citoyens). Par contre, la relation horizontale est une caractéristique importante de la société civile durable et équitable, et encourage la bonne gouvernance et la démocratie.

L'engagement civique est une participation politique qui est meilleure que l'élection générale. Parce que l'élection générale est une relation entre l'électeur et l'institution politique, elle ne peut pas renforcer la confiance entre les membres de la société. Par contre, l'engagement civique fait le lien entre les membres et la communauté et peut renforcer la confiance entre les membres<sup>400</sup>. En outre, le capital social est corrélé positivement avec le bien-être et la qualité de vie, par exemple, la santé, l'éducation etc. La confiance sociale peut réduire le taux de criminalité dans la communauté. Le réseau social peut encourager les voisins à éviter l'abus d'alcool, de drogues et de cigarettes, à faire du sport et à changer leurs comportements sanitaires, ou le réseau social peut apporter des aides financières aux voisins pour payer les soins<sup>401</sup>.

Cependant, selon Putnam, le capital social a été érodé. Parce que le capitalisme a changé notre vie quotidienne. Le coût de la vie augmente, mais le salaire est toujours bas.

---

<sup>400</sup> Putnam D., Robert, «Turning In, Turning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America» in *Political Science and Politics*, vol. 28, no.4, 1995, p. 665.

<sup>401</sup> Putnam D., Robert, *Bowling Alone: The Collapse and Revival of America Community*, Simon and Schuster, 2000, pp.296-349.

Le lien social est en déclin. L'augmentation du taux de participation à la population active pour les hommes et les femmes a augmenté le nombre d'heure de travail. Elles (et ils) ne peuvent pas participer aux activités familiales, bénévoles, ou communautaires. L'avancement des technologies a renforcé l'individualisation des activités de loisirs et a réduit notre opportunité de participer aux activités communautaires. Les grands supermarchés et les entreprises multinationales ont remplacé les entreprises communautaires, ce qui peut nuire à l'engagement civique. L'insuffisance financière nous force à accepter les aides sociales de l'État. Cela renforce le pouvoir de l'État et détruit le système de charité, le lien social et la confiance entre les membres de la communauté<sup>402</sup>.

Le modèle utopique de développement de Prawet est pareil au concept de Putnam. Pour lui, la société civile est un facteur important pour une bonne économie, une bonne politique et la morale. Le problème majeur de la Thaïlande est que la relation est verticale. Il faut la mettre à l'horizontale<sup>403</sup>. Prawet a défini le capital social comme: «les gens qui se mettent ensemble pour accumuler le ความดี (*kwam-dee*, le *bon*) afin de résoudre les questions sociales»<sup>404</sup>. Le capital social est un pouvoir social. La confiance sociale et la culture locale sont des pouvoirs positifs qui peuvent résoudre tous les problèmes sociaux. Mais le capitalisme a détruit le capital social de la Thaïlande. Les valeurs locales et la norme de réciprocité des communautés ont changé, à cause des menaces de l'économie de marché<sup>405</sup>.

Pour lui, l'autonomisation communautaire est la clé du développement. Les ressources naturelles, les infrastructures, les fonds communautaires et l'emploi du secteur agricole et non-agricole sont importants pour renforcer l'autonomisation communautaire. En outre, les institutions politiques locales, les connaissances et la procédure de transfert des connaissances sont des pivots<sup>406</sup>. Prawet considère que le pouvoir de l'État est mauvais et qu'il faut donc le limiter. L'institution politique locale de Prawet est un organisme autonome que les locaux créent par eux-mêmes. Ses dirigeants ne sont pas élus par une élection locale ou nommés par l'autorité centrale. Ce sont les locaux qui nomment une

<sup>402</sup> Putnam D., Robert., «Bowling Alone: America's Declining Social Capital», *Journal of Democracy*, 6(1), pp.65-78.

<sup>403</sup> Wasi, Prawet, *op. cit.*, 2004, p.20.

<sup>404</sup> Wasi, Prawet, *ชุมชนเข้มแข็ง: ทุนทางสังคมไทย* [Communauté forte: le capital social de la Thaïlande], Bureau de fond social de la Banque d'épargne du gouvernement, 1999, p.101.

<sup>405</sup> Supawong, Chuchai & Kadkarnklai, Yuwadee (éds.), *ประชาสังคม: วรรณชนนักรคิดในสังคมไทย* [Société civile: point de vue des penseurs de la Thaïlande], Matichon, 1997, pp.16-18.

<sup>406</sup> Wasi, Prawet, *ประชาธิปไตย 2535* [Démocratie en 1992], Morchaoban, 1992, pp.10-14.

personne ou un groupe reconnus par les membres de la communauté. Le rôle de ces organismes est celui de l'administration locale qui élabore ses propres politiques locales de développement pour conduire les activités économiques communautaires. Le devoir de l'État est de les soutenir juridiquement et financièrement. Prawet a recommandé que l'État fasse des lois pour les transformer en personnes morales et leur allouer un budget pour développer des activités économiques communautaires<sup>407</sup>.

Pour générer les connaissances, Prawet a recommandé au gouvernement de créer des établissements publics autonomes pour faire des recherches sur les communautés, par exemple, les valeurs locales, les connaissances locales, l'histoire locale, la culture locale, les technologies appliquées pour les activités et l'économie locales, etc. Ces établissements sont placés sous tutelle du gouvernement et financés par le budget gouvernemental. Mais ils restent autonomes et ne sont pas directement sous le contrôle du gouvernement<sup>408</sup>. Selon Prawet, l'homme politique ou l'État ne doivent pas influencer et dominer la création des connaissances.

Pour la procédure de transfert de connaissances, Prawet estime les ONG sont un acteur clé qui agit comme un intermédiaire entre l'État et les communautés locales. Le rôle des ONG est de transférer des connaissances au niveau local et de créer des programmes de formation sur le terrain pour développer la capacité des locaux. Donc, le devoir de l'État est de soutenir financièrement les ONG<sup>409</sup>.

Il y a des critiques sur le concept de capital social de Putnam. Premièrement, pour lui, la norme sociale, la réciprocité et le réseau social sont cruciaux, mais l'État de droit est moins important. Deuxièmement, la confiance sociale peut réduire le coût de transaction, mais, en se fondant sur la relation personnelle dans les affaires commerciales, il peut encourager le capitalisme de copinage. Troisièmement, la réciprocité est une économie symbolique qui souligne l'inégalité entre le donneur et le receveur<sup>410</sup>. Quatrièmement, pour Bourdieu<sup>411</sup>, le capital social n'est pas indépendant du capital économique et culturel. Le réseau social ne se produit pas naturellement, mais l'individu utilise le capital économique et culturel pour

---

<sup>407</sup> Wasi, Prawet, เศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม: แนวทางพลิกฟื้นเศรษฐกิจสังคม [Économie suffisante: guide de la reprise économique et sociale], Morchaoban, 2007, pp.52-54.

<sup>408</sup> Wasi, Prawet, *op. cit.*, 2004, pp.106-108.

<sup>409</sup> Wasi, Prawet, *op. cit.*, 2007, pp.57.

<sup>410</sup> Bourdieu, Pierre, « chapitre 6 l'Economie des biens symboliques ». in Bourdieu, Pierre, *Raisons Pratiques: Sur la théorie de l'action*, Essais, 1996.

<sup>411</sup> Bourdieu, Pierre, «The Forms of Capital» in Richardson (éd.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Press, 1986, pp. 241-258.



investir dans la création d'un réseau social afin que ce réseau lui retourner un profit. Le réseau social crée une association fermée qui se focalise seulement sur l'intérêt et le privilège de ses membres. Il exclut les autres personnes. Ce réseau peut être conservé pour les générations suivantes ce qui augmente les inégalités sociales entre les membres et les autres. Cinquièmement, le réseau social fermé ne peut pas échanger les opinions et les normes différentes des autres groupes.

Cependant, le concept de capital social de Putnam n'est pas constant. Putnam a développé son idée et accepté que le capital social puisse produire des conséquences positives et négatives<sup>412</sup>. Dans certains cas, un réseau social fermé ne peut pas encourager la compétition sur le marché de travail, parce que l'emploi se base sur la relation personnelle et exclut des non-membres talentueux. Le réseau social fermé se focalise sur l'intérêt de ses membres et la diversité dans le groupe est très faible. Il est alors difficile de former un partenariat avec les autres groupes. Dans certains cas, le réseau social fermé crée des inégalités sociales et ne se base pas sur la démocratie, par exemple le KluKluxKlan.

## ***2.2 La confrontation entre Thaksin et le réseau de Prawet***

Prawet se focalise toujours sur l'idée de créer son réseau social. Pour lui, le réseau social est toujours la panacée qui ne conduit qu'à des conséquences positives pour traiter toutes les questions sociales. En 2012, Baitong Haeng, journaliste, a introduit le mot « เครือข่ายประเวศ » (*Kreu kai Prawet*, le réseau du Dr. Prawet Wasi) pour identifier l'ensemble des groupes partenaires influencés par les idées de Prawet. Le réseau de Prawet est un réseau social qui comprend l'association des médecins des zones rurales, les ONG dans le domaine de la santé et du développement communautaire, les chefs et les élites des communautés, les établissements publics autonomes du domaine de santé, c'est-à-dire, le HSRI, le THF et le NHSO. Comme le réseau de Prawet se préoccupe de la réciprocité, de la norme sociale et de la confiance parmi ses membres, son objectif prioritaire est de former des partenariats avec les autres groupes ayant le même intérêt, la même opinion ou les mêmes caractéristiques afin de produire le capital social et de renforcer la réciprocité,

---

<sup>412</sup> Putnam D., Robert.(éd.), *Democracies in Flux: The Evolution of Social Capital in Contemporary Society*, Oxford University Press, 2004, pp. 2-12.

la norme sociale et les valeurs locales. Évidemment, une des caractéristiques du réseau de Prawet est de former un réseau fermé. L'explication suivante peut le confirmer:

...L'association des médecins des zones rurales dépend de la relation personnelle et du réseau social partageant les mêmes opinions pour aborder les sujets qui nous intéressent. Un mode de travail de notre association est de se focaliser sur la constitution de partenariats avec les autres, la confiance entre les uns et les autres...<sup>413</sup>

Un outil important pour répandre le réseau de Prawet est la monnaie et la réciprocité. Pour renforcer la confiance entre ses membres, le réseau de Prawet fournit le budget de recherche et les bourses de travail sur le terrain à des partenaires comme des ONG, des élites des communautés, et des médias, etc. Par conséquent, le réseau a besoin de gros budgets. Pour les obtenir, il s'est efforcé d'accéder au pouvoir de l'administration centrale et de former un partenariat avec le gouvernement central. Comme mentionné dans le chapitre 6, après le Mai noir, Prawet a réussi à accéder au pouvoir central comme président du DDC. Il a été nommé après un coup d'État et par le gouvernement non-élu de Anand. Il a saisi cette opportunité pour réaliser son modèle utopique de développement, premièrement, par la création des établissements publics autonomes dans le domaine de la santé, et deuxièmement, par la création d'un établissement public autonome de développement local appelé « l'Institut de développement des communautés » (CODI) dont le rôle est de soutenir les organismes et les réseaux des communautés pour renforcer la société civile, l'autonomisation communautaire et le lien social. Ses programmes incluent la création de formations au travail sur le terrain, l'autosuffisance financière, le renforcement de la capacité des organismes des communautés pour élaborer leurs propres politiques de développement et le développement de la procédure de transfert des connaissances dans les communautés<sup>414</sup>. Le CODI a été créé en 2000 et doté par le gouvernement d'un budget de 270 millions de bahts en 2002, 180 millions de bahts en 2003 et 2004, et 300 millions de bahts en 2005 et 2006. Le CODI a distribué ces budgets principalement aux élites des communautés pour créer le lien et la confiance entre eux et le réseau de Prawet.

---

<sup>413</sup> Juengsathiansap, Komatra et al., *ขบวนการแพทย์ชนบทและการธรรมาภิบาลสุขภาพ* [Mouvement de l'Association de médecins des zones rurales et la bonne gouvernance dans le domaine de la santé], Bangkok, 2013, p.107.

<sup>414</sup> Acquis sur le site: <http://www.codi.or.th/housing/FrontpageGoals.html>

Le rôle du HSRI est la création des connaissances, mais aussi la distribution du budget de recherche aux chercheurs. Le rôle du THF est la promotion de santé. Mais, en pratique, elle a distribué ses budgets à ses partenaires pour réaliser certaines recherches en dehors du domaine de la santé<sup>415</sup>. La Cour des comptes a fait une enquête sur la Fondation et remarqué qu'il y avait des groupes monopolistiques qui bénéficiaient le budget de recherche de la Fondation. Or, la procédure de l'approbation des budgets de recherche se base sur la confiance et la relation personnelle<sup>416</sup>.

Comparer le réseau social de Putnam et celui de Prawet, montre un grand nombre de différences. Celui de Putnam se focalise sur les activités du secteur privé ou sur celles des associations privées. L'objectif du réseau social est de former la société civile pour faire pression sur le gouvernement. Il n'a pas pour but de partager le pouvoir de l'administration du gouvernement central ou de former un partenariat avec lui. Prawet a critiqué les désavantages de la relation verticale dans la société de la Thaïlande. Mais, il ne refusait pas l'existence de cette relation et préférait mélanger la relation verticale et horizontale, puis qu'il a dit que:

...La relation sociale horizontale ne peut pas survivre, si la relation verticale ne l'aide pas. Il faut établir des liens sociaux, les partenariats entre les communautés, les ONG, les fonctionnaires, le roi Rama IX et la princesse Sirindhorn. Si nous les réalisons, nous aurons un pouvoir social qui pourra résoudre toutes les questions sociales, comme la pauvreté, celles de l'environnement, etc. Si l'économie au niveau communautaire est très forte, l'économie nationale sera accrue...<sup>417</sup>

En conséquence, une des caractéristiques de réseau de Prawet est la relation verticale. Le réseau a pour but de partager le pouvoir de l'administration centrale et le budget gouvernemental.

Depuis des années 1990, le réseau de Prawet est un acteur politique important qui fait pression sur le gouvernement pour que le gouvernement réalise les politiques de développement élaborées par son groupe. Du fait qu'il est un réseau fermé, il est difficile que le réseau de Prawet accepte des opinions différentes et il est probable qu'il puisse

---

<sup>415</sup> Acquis sur le site:

<http://www.manager.co.th/AstvWeekend/ViewNews.aspx?NewsID=9580000116234>

<sup>416</sup> Juengsathiansap, Komatra et al., *op. cit.*, 2013, p.108.

<sup>417</sup> Supawong, Chuchai & Kadkarnklai, Yuwadee (éds.), *op. cit.*, 1997, pp.23-24

conduire aux conflits avec les autres groupes d'intérêts. Pendant l'élection générale de 2001, Prawet a soutenu totalement Thaksin. Mais la différence de conception de la santé et du modèle de développement entre les deux a conduit à des tensions. Dans sa conception de la santé, Thaksin voit la santé comme un capital humain important sur lequel l'investissement est la meilleure mesure pour lutter contre la pauvreté et améliorer l'économie nationale. Par contre, pour Prawet, la santé est l'ensemble de la santé physique, mentale, sociale et spirituelle. Elle est liée à tous les déterminants politico-socio-économiques et aux bonnes pratiques du bouddhisme. La prévention et la promotion de la santé, la valeur de communauté, la morale du bouddhisme et le réseau social sont les meilleures mesures pour avoir une bonne santé.

Il n'est pas sûr que Prawet ait été contre le programme de l'UCS de TRT. Une personne interviewée, Madame P (voir Annexe III) a dit que Prawet aimerait la prévention de santé, et qu'il ne soutenait pas l'assurance maladie pour tous. Une autre, Monsieur E, a dit que Prawet avait refusé de participer à la campagne populaire pour promouvoir la loi de la sécurité nationale de la santé de 2002. De plus, en novembre 2001, soit 6 mois après le lancement du programme de l'UCS, il l'a critiqué, disant que ce programme se focalisait sur une seule dimension, la santé physique et le traitement médical. La santé physique a été séparée des autres dimensions et des déterminants sociaux de la santé. Il a recommandé que, pour améliorer le programme, il se focalise sur la promotion et la prévention de la santé, la morale, l'autosuffisance et le rôle de l'individu et de communauté en matière de santé. En outre, Prawet a remarqué que l'Institut de recherche du système de santé et la THF avaient fait plusieurs de recherches sur ces sujets<sup>418</sup>. Ces divergences étaient signe que la compétition entre le réseau de Prawet et le gouvernement de Thaksin pour l'élaboration des politiques de la santé avait commencé.

Une année après la mise en place du programme de l'UCS, le problème des subventions et du déficit budgétaire de certains hôpitaux locaux a été une cause importante de l'opposition de l'Association des médecins des zones rurales à Thaksin<sup>419</sup>. Thaksin a cherché d'autres ressources pour augmenter le budget du programme. Le plan de fusion des caisses d'assurance maladie obligatoire a été envisagé encore une fois. Cependant, les dirigeants de chaque caisse y ont été totalement opposés. Puis, Thaksin s'est efforcé de reverser une part de l'impôt sur le tabac et l'alcool au programme de l'UCS et d'initier un

<sup>418</sup> Quotidien *Matichon*, 15 novembre 2001, pp. 6-7.

<sup>419</sup> Quotidien *Prachachatturakij*, 28 juin 2001, p.24.

plan pour fermer le THF. En 2004, Purachai Peamsomboon, vice-Premier ministre et le président du comité de le THF, a fait une évaluation. Il a trouvé des problèmes dans la procédure d'approbation des budgets de recherche. Les projets approuvés par le comité n'étaient pas compatibles avec les objectifs de la Fondation. Les sujets intéressants de la Fondation étaient divers, mais auraient dû se focaliser sur la santé. Le ministère des Finances a recommandé de fermer le THF. Certes, Paiboon Wattanasiritam, un membre du comité de la Fondation s'y est opposé<sup>420</sup>.

En décembre 2001, il y a eu un conflit entre Sudarat Keyuraphan, ministre de la Santé publique et le Dr. Surapong Suebwonglee, le ministre adjoint de la Santé publique. Même si elle n'avait pas d'expériences dans le domaine de la santé, Sudarat était une politicienne très proche de Thaksin. Par contre, le Dr. Surapong n'était pas un proche de Thaksin, mais il était un homme clé du programme de l'UCS. Pour les réconcilier, Thaksin a décidé de changer le ministre adjoint de la Santé publique. Il a nommé le Dr. Surapong ministre des Technologies et de l'Informatique en octobre 2002. En conséquence, la direction du programme de l'UCS a été changée. Les politiques de santé visaient de plus en plus à améliorer l'économie nationale et à maîtriser des dépenses de l'UCS. Par exemple, Sudarat a proposé un plan de co-paiement prévoyant que les patients payeraient une partie des services de soins<sup>421</sup>, ou un plan d'exclusion des plus riches du programme de l'UCS<sup>422</sup>. Le gouvernement a essayé de négocier une zone de libre-échange avec des pays étrangers qui pourrait affecter l'augmentation des prix des médicaments. Il a élaboré la politique de *Medical Hub* qui a encouragé la fuite de cerveaux des hôpitaux public vers les hôpitaux privés. Des ONG et des technocrates dans le domaine de la santé ont refusé et ont résisté ensemble contre Thaksin.

Comme modèle de développement, Prawet soutient l'autonomisation communautaire. Il est contre le capitalisme et les compétitions sur le marché. Les valeurs et les connaissances locales sont un capital social pour renforcer l'économie réciproque. Les ONG sont un acteur principal de l'autonomisation communautaire qui agit comme un intermédiaire entre l'État et les communes. En revanche, Thaksin encourage l'esprit d'entreprise parmi les villageois pour entrer en compétition sur le marché au niveau local, national et international. Les valeurs et les connaissances locales sont un capital productif qui peut

---

<sup>420</sup>Quotidien *Posttoday*, 19 août 2004, p.8.

<sup>421</sup>Quotidien *Matichon*, 22 avril 2003, p.5.

<sup>422</sup>Quotidien *Thairat*, 20 avril 2003, pp.1&16.

produire des biens pour augmenter les revenus communautaires et nationaux. Le gouvernement agit comme une grande entreprise qui fabrique les produits (les politiques de développement) pour contacter directement ses clients (les villageois) et répondre à leurs besoins. Le rôle des ONG comme intermédiaires n'est plus nécessaire.

Le gouvernement a élaboré des politiques de développement qui étaient hostiles au modèle de développement de Prawet. Ce dernier a critiqué le gouvernement pour avoir calomnié la société civile, les ONG et les universitaires. Un homme bon comme Paiboon a aussi été accusé<sup>423</sup>. Prawet a déclaré que la corruption du gouvernement de Thaksin était la plus élevée de l'histoire de la Thaïlande. Pendant, l'élection générale du 2 février 2005, il a prié tous les acteurs politiques comme les ONG, la société civile et les électeurs, etc., d'élire les partis politiques opposés au TRT<sup>424</sup>. Cependant, son effort a été futile. Le TRT a gagné 375 sur 500 députés.

L'affaire de la vente de Shin Corp. à Temasek a été un scandale qui a incité des acteurs politiques variés à former une alliance contre Thaksin. Prawet a prié la société civile, les hommes d'affaires, les fonctionnaires et le Conseil privé du roi de résoudre ensemble cette crise politique. Il a déclaré que:

...Nous devons éteindre l'incendie. Les fonctionnaires sont un moteur de l'État et peuvent arrêter l'injustice. Tous les membres du Conseil privé sont des hommes bons. Ils ont été nommés par le roi Rama IX. Si les fonctionnaires et le Conseil privé du roi sont ensemble, l'incendie sera éteint...<sup>425</sup>

La crise politique s'est développée. L'Alliance du peuple pour la démocratie a organisé des manifestations antigouvernementales, du fait que la culture du réseau est de respecter la norme sociale, et de non pas de respecter l'État de droit et la démocratie. Ainsi le Dr. Siriwat, un membre de l'association de médecins des zones rurales, a dit que:

...Je pense que sous la démocratie, certaines lois de la santé comme la loi du contrôle de tabac ne peuvent pas être approuvées. Parce que l'industrie internationale du tabac peut faire pression sur le gouvernement. J'ai dit à des étrangers que la démocratie en Thaïlande

---

<sup>423</sup> Wasi, Prawet, จาก "หมอบริเวณ" ถึง "ทักษิณ" [Lettres de Prawet envoyées à Thaksin], Matichon, 2006, p. 96.

<sup>424</sup> *Ibid.*, p.112.

<sup>425</sup> *Ibid.*, p.169-170.

est différente de votre démocratie. Beaucoup de bonnes lois ont été approuvées sous la junte...<sup>426</sup>

Par conséquent certains membres du réseau de Prawet ont participé aux manifestations pour renverser le gouvernement de Thaksin dont les politiques de développement étaient contraires à celles de son groupe. Le Dr. Prateep Tanakitcharoen, secrétaire adjoint du NHSO, est une autre personne qui soutient le régime autoritaire. Il a analysé de manière positif le coup d'État que :

...Certains universitaires ont critiqué, disant que ce coup d'État a dégradé la démocratisation de la Thaïlande. Croyez-vous que cette situation (le coup d'État) donne des avantages à certains domaines. Le domaine de la santé peut en bénéficier. Sous le régime autoritaire, il est en meilleure posture que sous le gouvernement élu...<sup>427</sup>

### **3. Le conflit entre la popularité de Thaksin et le charisme du Roi Rama IX**

Comme mentionné dans le chapitre 2, le Roi Rama IX était un roi exceptionnel. Il était le roi du développement et un intellectuel. Dès le premier jour de son couronnement le 5 mai 1950, il a déclaré à son peuple qu'il allait :

...Régner avec vertu pour le bénéfice et le bonheur du peuple siamois... [...เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขของชาวสยาม...]

Selon Sumet Tantivejkul, secrétaire général de la Fondation Chaipattana, ce discours est le contrat social entre le roi et le peuple. Régner avec vertu est un modèle prototype de la bonne gouvernance que les pays occidentaux ont construit<sup>428</sup>. Sous le règne du Roi Rama IX, le roi s'est efforcé d'améliorer le bien-être du peuple et de développer la Thaïlande. Les opinions du roi ont influencé les politiques de développement gouvernementales et les

<sup>426</sup> Juengsathiansap, Komatra et al., *op. cit.*, 2013, p.101.

<sup>427</sup> Acquis sur le site: <https://www.hfocus.org/content/2014/10/8406>

<sup>428</sup> Tantivejkul, Sumet, «เศรษฐกิจพอเพียง หัวใจเศรษฐกิจไทย ไม่ใช่ Dual Track» [Économie suffisante est le cœur d'économie de la Thaïlande, non le Dual Track], p.23 in Trisuriyathamma, Pinyo (éd.), *พิษทักษิณ* [Toxique Thaksinomics], Open Books, 2004, 233 p.

plans du NESDB. Tous les gouvernements ont collaboré avec les fondations du roi et formulé des politiques de développement en se basant sur les opinions du roi.

Tous les Thaïlandais, y compris Thaksin, aimaient et respectaient totalement le Roi Rama IX. Le gouvernement de Thaksin n'a pas eu l'intention d'être hostile à la famille royale. Les objectifs du gouvernement ont été semblables à ceux du Roi : le bien-être du peuple et de la Nation. Cependant, le mode de travail de Thaksin était différent des autres Premiers ministres. Le gouvernement a élaboré ses propres politiques de développement et n'a pas poursuivi les plans du NESDB. Par conséquent, les politiques ont réussi à améliorer la vie des villageois et des Thaïlandais, mais elles étaient involontairement en concurrence avec les opinions du Roi Rama IX.

### ***3.1 De l'économie suffisante à la santé suffisante***

La crise économique a brisé le moral des Thaïlandais. Pour encourager les Thaïlandais, le roi Rama IX a fait un discours du 4 décembre 1997 déclarant que:

...Le Premier ministre a dit que nous sommes confrontés à une crise. Nous devons toujours être conscients de ce qui devrait être fait et ce qui doit être évité. Ce que vous voyez sur cette étape vous étonnera, peut-être...

...Si nous utilisons des produits thaïlandais, achetons des produits thaïlandais, voyageons en Thaïlande, mangeons de la nourriture thaïlandaise, cela sera salubre...

... Être un tigre n'a pas d'importance. Ce qui est important est d'avoir assez pour manger et pour vivre; et d'avoir une économie qui fournit assez pour manger et pour vivre...

... J'ai dit plusieurs fois que la suffisance ne signifie pas que chaque ménage doit produire sa propre nourriture, tisser sa propre toile. C'est trop, mais dans un village ou un district, il doit y avoir une certaine quantité d'autosuffisance. Tout ce qui peut être produit au-delà des besoins locaux peut être vendu, mais pas trop loin, pour minimiser les coûts de transport.<sup>429</sup>

Ce discours a proposé le concept d' «économie suffisante» de la Thaïlande qui est un modèle alternatif de développement et se focalise sur la modération. Le concept d'économie suffisante a inspiré des universitaires et technocrates qui l'ont développé

---

<sup>429</sup> Acquis sur le site <http://kanchanapisek.or.th/speeches/1997/1204.en.html>



comme un nouveau modèle de sortie de la crise économique de 1997. Certains économistes ont considéré l'économie suffisante comme une philosophie liée au bouddhisme. L'économie monétaire encourage la convoitise des individus et détruit la suffisance qui est une valeur thaïlandaise et liée à la croyance bouddhiste.<sup>430</sup> Des universitaires ont soutenu que l'économie suffisante n'a pas été seulement un discours, mais qu'elle était une nouvelle théorie. Le mot d'*économie suffisante* est apparu, pour la première fois, dans le neuvième plan national de développement économique et social (2002-2006). Dans ce plan, l'économie suffisante est définie comme le mode de vie et de travail de tous les Thaïlandais, au niveau familial, communautaire, et national; du même le développement et l'administration publique doivent se baser sur la modération. La suffisance est définie comme la modération, le caractère raisonnable et la protection de soi pour neutraliser tous les effets de changement à la fois à l'extérieur et à l'intérieur. Les objectifs de ce plan sont le développement durable, le développement humain, le développement social qui sont prioritaires. De plus, le plan vise à changer les valeurs de la Thaïlande pour atteindre l'économie suffisante.

Cependant, l'émergence du *Thaksinomics* de 2001 à 2006 a permis la reprise de l'économie après la crise de 1997. Au niveau national, le *Thaksinomics* a amélioré les possibilités des villageois et a transformé leur mode de vie par l'intégration croissante aux mécanismes du marché. Le *Thaksinomics* était populaire parmi les Thaïlandais et était en concurrence avec le modèle de l'économie suffisante. La croissance économique a réduit l'importance de l'économie suffisante, ce qui a incité des universitaires et des technocrates à reprendre le concept de l'économie suffisante. Ces efforts ont porté leurs fruits. Le mot d'économie suffisante a été répandu dans la société. L'économie suffisante était une grande philosophie qui a été appliquée dans plusieurs domaines. Cependant, sa définition n'est pas claire et il y a plusieurs interprétations.

Apichai Puntasen, professeur en économie, a été inspiré par l'économie bouddhiste et les opinions du Roi Rama IX. Il est un homme clé du développement du concept de l'économie suffisante. Il a revu tous les textes concernant l'économie suffisante et en a fait une synthèse. L'économie suffisante est un modèle de développement, ainsi qu'un mode de vie. Elle est une socialisation pour se protéger les conséquences négatives de la mondialisation. L'économie suffisante soutient l'autonomie et l'autosuffisance, l'harmonie

---

<sup>430</sup> Conseil National de recherche de la Thaïlande, เศรษฐกิจพอเพียงของในหลวงกับการวิเคราะห์ความหมายของนักเศรษฐศาสตร์ [Économie suffisante du Roi Rama IX et la définition des économistes], Bangkok, 1999, pp. 21-31.

dans la société, l'optimisation des ressources naturelles, le développement des technologies locales et le contrôle de dépenses. L'économie suffisante n'est pas seulement une guide de développement. Mais elle peut être appliquée dans le développement humain, la protection de l'environnement et l'administration publique<sup>431</sup>. L'économie suffisante est une intégration interdisciplinaire qui couvre toutes les dimensions du développement, par exemple, l'histoire, les sciences économiques, les sciences politiques et l'anthropologie, etc. La plus grande partie de l'économie de la Thaïlande était régie par l'autonomie communautaire, et donc pouvait poursuivre l'économie suffisante. L'ancien modèle de développement élaboré par le gouvernement central était un discours pour user du pouvoir et dominer les communautés. En revanche, l'économie suffisante était un modèle alternatif pour négocier la répartition du pouvoir entre l'État et les communautés, pour préserver les ressources naturelles des communautés et la culture locale<sup>432</sup>.

Sumet a invoqué le concept d'économie suffisante pour le comparer au *Thaksinomics* et lutter contre celui-ci. Comme d'autres membres de l'élite, Sumet a estimé qu'une des causes de la crise économique de 1997 était la poursuite du modèle de développement occidental et de la mondialisation. La croissance économique et la consommation étaient prioritaires, mais le développement humain et la protection de l'environnement ont été négligés. L'économie suffisante devrait être le pilier du développement de la Thaïlande, pas le *Thaksinomics*. L'économie suffisante a été insérée dans le plan national, mais le gouvernement l'a négligée. Par conséquent, l'économie de base n'était pas assez forte. Le *Thaksinomics* a encouragé la convoitise des villageoises. Donc, ils sont sortis du secteur agricole qui était le secteur fondamental de la Thaïlande depuis longtemps et sont entrés dans le secteur industriel qui dépendait fortement des technologies et des investissements étrangers. L'économie suffisante nous apprend le respect de soi et l'autosuffisance. Si nous avons 100 bahts, nous devons économiser, ne consommer que 100 bahts, et ne devons pas emprunter aux autres. Pour Sumet, l'économie suffisante se base sur l'avantage comparatif. Si un individu ou un groupe est spécialiste dans un domaine, il doit produire dans ce domaine. Ainsi, Sumet a déclaré que:

---

<sup>431</sup> Puntasen, Apichai et al., *โครงการสังเคราะห์งานวิจัย ข้อเสนอแนะบทความเกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียง* [Synthèse des recherches et des littératures concernées de l'économie suffisante], Conseil National de recherche de la Thaïlande, 2006, pp. 16-20.

<sup>432</sup> Puntasen, Apichai (éd.), *สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียง* [Synthèse des connaissances de l'économie suffisante], Conseil National de recherche de la Thaïlande, 2006, pp. 125-170.

...Il faut reconnaître quelle est notre spécialité. La Thaïlande a le potentiel d'être la première du monde, par exemple en boxe. Hier, notre boxeur a battu son adversaire brutalement et a gagné. Mais, nous devons connaître nos limites. Nous ne pouvons pas entrer dans toutes les compétitions. Nos boxeurs sont des spécialistes au-dessous des poids coq. Ils ne peuvent pas combattre avec Mike Tyson dans les poids lourds...<sup>433</sup>

L'économie suffisante de Sumet conserve les structures sociales et les classes sociales qui sont déterminées par la naissance. Si on est né dans une famille paysanne, on doit être paysan toute sa vie. Si on est pauvre, on consomme comme les pauvres. On ne peut pas imaginer et avoir l'ambition d'être comme d'autres. Cela est contraire à l'idée de Thaksin qui est pour l'égalité des chances pour tout le monde et pour la juste compétition. Ainsi, il a déclaré que:

...Nous ne pouvons pas poursuivre totalement l'économie capitaliste. Du fait que tout le monde est sous le mécanisme du marché et la démocratie, elle semble juste. Mais, en détail, nous sommes dans des situations différentes de départ. L'un est à la ligne d'arrivée. Mais l'autre est au point de départ. C'est la réalité du capitalisme. Nous entrons dans la compétition juste avec des règles justes. Mais nous oublions que nos points de départ sont différents. Si je faisais du golf avec Tiger Woods, je perdrais sûrement. Il doit me donner un handicap...

...Nous sommes dans le marché libre. Mais le point de départ des pauvres est mauvais. Une théorie ou une règle ne peuvent pas améliorer le bien-être des Thaïlandais...

...Nous promouvons les opportunités. Mais, bien-sûr, tout le monde n'a pas le même talent. Nous égalisons les chances. Mais pour atteindre le but de sa vie, chacun doit faire plus des efforts. Cela peut réduire l'écart des revenus...<sup>434</sup>

Du fait que le roi Rama IX et ses opinions sont symboles d'unité et de vérité, Prawet a mélangé l'économie suffisante avec son modèle de développement pour justifier son idée. Selon l'interprétation de Prawet, l'économie suffisante est l'autosuffisance du niveau des

---

<sup>433</sup> Tantivejkul, Sumet, «เศรษฐกิจพอเพียง หัวใจเศรษฐกิจไทย ไม่ใช่ Dual Track» [Économie suffisante est le cœur d'économie de la Thaïlande. Dire non le Dual Track], p.27 in Trisuriyathamma, Pinyo (éd.), พิษทักษิณ [Toxique Thaksinomics], Open Books, 2004, 233 p.

<sup>434</sup> Pisitsettakarn, Pran, ทักษิณกับนโยบายสังคม [Thaksin et ses politiques sociales], Matichon, 2004, pp. 201-2.

ménages au niveau macroéconomique. Le développement est l'équilibre entre la croissance économique, la préservation de l'environnement, des connaissances locales et de la culture locale. Comme dans l'idée de Sumet, l'économie suffisante se base sur l'avantage comparatif. Le développement de l'économie communautaire consiste à préserver seulement le rôle des spécialistes dans les zones rurales. Exporter les biens ou développer la macro-économie est le rôle des grandes entreprises qui en sont spécialistes. Par conséquent, ils doivent former des partenariats pour harmoniser l'économie intégrale<sup>435</sup>. De plus, pour critiquer le *Thaksinomics*, Prawet a loué l'économie suffisante en tant que théorie reconnue au niveau mondial comme le seul modèle idéal pour le développement durable. Par contre, il a critiqué le *Thaksinomics* comme modèle de développement encourageant la convoitise, le capitalisme et le consumérisme. Le *Thaksinomics* a détruit la morale, l'autonomisation communautaire, l'harmonise et l'équilibre de l'économie<sup>436</sup>.

L'économie suffisante est présentée comme un outil polyvalent qui peut s'installer dans tous les systèmes, y compris le système de santé. Des technocrates ont vu que les politiques de Thaksin ont entraîné certains problèmes. Le capitalisme a changé l'attitude des médecins qui ont priorisé leurs rémunérations, contre les intérêts des patients. La relation entre le médecin et le patient s'est dégradée. Les dépenses nationales de santé se sont accélérées. Le financement du système de santé était en crise. La pénurie des professionnels de santé et la fuite de cerveaux se sont poursuivies. Certaines épidémies comme le Syndrome respiratoire aigu sévère ont été une conséquence négative de la mondialisation. Le capitalisme a changé les comportements des Thaïlandais, ce qui a entraîné des maux comme les accidents de la route, l'alcoolisme, les maladies liées au tabac, les maladies mentales, etc. Pour résoudre ces problèmes, le renforcement la société civile et l'économie suffisante sont les clés. Après le coup d'État de 2006, le gouvernement de Surayudh a mêlé l'économie suffisante à toutes les politiques, y compris les politiques sanitaires. Puis, deux nouveaux mots, *le système de santé suffisante et la santé suffisante*, sont apparus dans le dixième plan national de développement de la santé publique (2007-2011). Les 7 caractéristiques du système de santé suffisante sont: le renforcement de la santé publique au niveau communautaire; la modération de dépenses de santé et de l'utilisation des services médicaux; la modération des technologies médicales et l'application des connaissances locales sur la santé; l'intégration de la promotion, la

---

<sup>435</sup> Wasi, Prawet, *op. cit.*, 2007, pp. 1-10.

<sup>436</sup> Wasi, Prawet, *op. cit.*, 2006, pp.74-75.

prévention et le traitement de la santé; le développement du système de santé pour neutraliser les conséquences négatives de la mondialisation ; et le renforcement de la morale dans le système de santé. Certaines stratégies pour renforcer le système de santé suffisante allaient dans le même sens que les idées de Prawet, par exemple, pour renforcer la société civile, la bienfaisance, la valeur et les connaissances locales, la santé spirituelle, la MTT, la prévention et la promotion de santé et les réseaux sociaux.

### ***3.2 Le programme de l'UCS et le rôle de la famille royale dans le domaine de la santé***

Comme mentionné dans le chapitre 2, le roi Rama IX a fait des efforts pour améliorer la santé du peuple. L'unité médicale mobile était un de ses grands accomplissements pour distribuer les services médicaux à son peuple des zones rurales. Les fondations de la famille royale sont devenues un centre de philanthropie qui a collaboré avec les gouvernements pour contribuer à distribuer des aides sociales et des traitements médicaux aux personnes marginalisées. Les Thaïlandais perçoivent la prévenance de la famille royale comme une grâce divine.

Cependant, du fait de la limitation du budget, ces activités ne couvraient pas tous les Thaïlandais, mais seulement la population ciblée. Par contre, le programme de l'UCS est un régime d'assurance maladie obligatoire qui couvrait tous les Thaïlandais. Son fondement est de partager les risques entre tous les membres de la société, ce qui est différent de celui de la charité.

Selon Anek Laothammatat, ex-professeur en science politique, le patronage du roi est différent des politiques populistes de Thaksin, parce que le roi Rama IX est un symbole de respect pour tous les Thaïlandais depuis longtemps. Le patronage du roi est une coutume royale, qui ne demande pas la réciprocité. À l'inverse, le populisme de Thaksin demandait la réciprocité avec le vote. Cependant, les politiques populistes comme le programme de l'UCS pouvaient affecter négativement le patronage du roi. Ils peuvent être en concurrence avec les projets ou le charisme de la famille royale. Anek a illustré le cas d'un patient dans la région du Nord-Est qui a indiqué que le programme de l'UCS est mieux que les aides sociales pour la santé fournies par le patronage du roi depuis 60 ans<sup>437</sup>. L'image que les gens des zones rurales étaient pleins de gratitude et attendaient la visite du roi pour accéder

<sup>437</sup> Laothammatat, Anek, *ทักษิณานิยม* [Populisme de Thaksin], Institut du Roi Prajadhipok, pp. 66-67.

aux services médicaux de l'unité médicale mobile ou l'image du patient des zones rurales transféré sous le patronage du Roi à l'hôpital à Bangkok ont été remplacées par l'image des patients heureux d'obtenir leur carte d'or du programme des 30 bahts pour soigner toutes les maladies<sup>438</sup>.

Un entretien avec un ex-patient sous le patronage du roi et dirigeant d'une ONG, Monsieur R (voir Annexe III), a confirmé l'hypothèse d'Anek. Il a déclaré que:

...Il est impossible que tout le monde soit patient sous le patronage du roi, parce que la procédure est très compliquée. Tout d'abord, pour bénéficier de cela, vous devez avoir fait le bien ou contribué à aider la société. Une fois, j'étais patient sous le patronage du Roi, parce que j'avais fait un travail social pour les patients malades du rein. J'ai fait une demande pour obtenir des aides du Roi. Puis, un agent est venu chez moi pour vérifier mon histoire, que j'étais vraiment malade et en difficulté. Heureusement, la procédure n'a pris qu'un mois. Ce n'est pas facile. Certains ont été refusés. Maintenant, je ne suis pas en difficulté. Je veux abandonner mon droit d'être patient sous le patronage du Roi pour que d'autres puissent en bénéficier. Aujourd'hui, les avantages du programme de l'UCS incluent l'hémodialyse, etc. Je peux y accéder...

Certes, un objectif pour lancer le programme de l'UCS a été d'obtenir des votes. Thaksin n'avait pas l'intention d'être en concurrence avec les projets royaux dans le domaine de la santé. Par contre, il a eu besoin du soutien du roi Rama IX et des élites royalistes pour réaliser le programme. Le 28 mars 2001, deux jours avant le lancement du programme de l'UCS, Anand Panyarachun a recommandé que, dans ce programme, les décideurs réfléchissent au système de contrôle de la qualité et renforcent le partage des risques médicaux. Le programme de l'UCS ne devait pas avoir pour but de gagner des votes. Le ministre adjoint de la Santé publique l'a accepté et a invité Anand et Prawet à devenir membres du Conseil national de la sécurité de santé. Mais tous les deux ont refusé<sup>439</sup>. De plus, il y a eu une blague dans Internet : Un jour, le roi Rama IX a été hospitalisé; Thaksin lui a rendu visite pour lui donner la carte d'or du programme des 30

---

<sup>438</sup> *Ibid.*, p.105.

<sup>439</sup> Quotidien *Matichon*, 29 mars 2001, p.18

bahts, mais le roi a refusé. Il a répondu «je n'en ai pas besoin, parce que je peux bénéficier de l'assurance maladie des personnes âgées.»<sup>440</sup>.

Il n'y a pas de preuves que la famille royale ait été hostile aux politiques sanitaires de Thaksin. Le Roi Rama IX a critiqué, seulement une fois, le programme de l'UCS. Le roi a convoqué Thaksin au Palais Royal le 10 avril 2001, dix jours après le lancement du programme de l'UCS. Il a critiqué le fait qu'il n'y avait pas d'unité médicale mobile dans le programme de l'UCS. Les gens des régions éloignées n'avaient pas d'argent pour les transports et ils ne pouvaient donc pas accéder aux hôpitaux. Le ministre adjoint de la Santé publique a accepté cette critique et a promis d'établir des unités médicales mobiles dans les dispensaires et les hôpitaux au niveau communautaires<sup>441</sup>. Cela montre que le roi Rama IX a eu une grande influence sur l'orientation des politiques sanitaires du gouvernement de Thaksin. Cependant, le programme de l'UCS est toujours plus populaire que l'unité médicale mobile. Selon un sondage de l'Université Suan Dusit en 2015, 78,63% des personnes enquêtées ont indiqué que le programme de l'UCS est la meilleure politique du ministère de la Santé publique et seulement 13,68% des personnes enquêtées ont choisi l'unité médicale mobile<sup>442</sup>. Au niveau international, en 2003, la ministre de la Santé publique de la Chine a visité la Thaïlande pour étudier le programme de l'UCS<sup>443</sup>. Le *Guardian*, célèbre journal anglais, a reconnu que le programme de l'UCS est un bon modèle pour améliorer la santé et réduire les inégalités<sup>444</sup>. En 2014, Jim Yong Kim, président de la Banque mondiale, a déclaré que l'UCS est un outil important pour éradiquer la pauvreté et améliorer le bien-être des Thaïlandais<sup>445</sup>.

Cependant, les opinions du roi Rama IX ont inspiré des médecins qui ont critiqué le fait que le programme de l'UCS n'a pas été coordonné avec l'économie suffisante. Le Dr. Bunchob Junhasavasdikul a indiqué que les causes de la mauvaise santé des Thaïlandais était le consumérisme, les comportements individuels et les produits contaminants dans la nourriture. Le programme de l'UCS fournissait principalement les traitements médicaux et ne pouvait pas résoudre ces problèmes. Donc, il faut installer la santé suffisante dans le

---

<sup>440</sup> Acquis sur le site: <https://www.siamzone.com/board/view.php?sid=3265459>

<sup>441</sup> Quotidien *Matichon*, 10 avril 2001, pp.1&13.

<sup>442</sup> Acquis sur le site: <https://www.hfocus.org/content/2015/03/9628>

<sup>443</sup> Quotidien *Matichon*, 5 août 2003, p.18.

<sup>444</sup> Acquis sur le site: <https://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/-sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen>

<sup>445</sup> Acquis sur le site: <http://www.worldbank.org/th/news/speech/2014/01/29/remarks-world-bank-group-president-jim-yong-kim-2014-prince-mahidol-award-conference>

programme<sup>446</sup>. L'accusation selon laquelle Thaksin avait ignoré la prévention et la promotion de la santé était incorrecte. Environ 10% du budget de l'UCS finance la prévention et la promotion de la santé. Un objectif des politiques populistes était l'égalisation des chances, de la santé et des biens fondamentaux. Mais, à ce moment-là, les inégalités de la santé entre les Thaïlandais restaient remarquables. Donc, la première étape du programme de l'UCS avait eu pour but d'améliorer la santé des malades. Le discours suivant de Thaksin a reflété son intention :

...Si tous les Thaïlandais étaient en bonne santé, la Thaïlande serait puissante...

...Mais tout d'abord, il faut améliorer la santé des Thaïlandais. Parce que beaucoup de personnes n'ont pas d'argent pour payer les tarifs des soins...

...Nous promouvons des activités physiques des Thaïlandais. Le bilan est excellent. Il faut le faire continuellement pour changer leurs comportements. Si les comportements des Thaïlandais sont corrects, la fréquence d'utilisation des services de soins dans le programme de l'UCS diminuera...<sup>447</sup>

Un autre médecin, le Dr. Kasem Wattanachai, est un royaliste clé de la résistance contre Thaksin. Comme Prawet, il est ex-étudiant boursier de la Fondation d'Ananda Mahidol. Il a été professeur de la faculté de médecine et ex-doyen de l'Université de Chiangmai où plusieurs projets royaux ont été lancés pour soutenir les montagnards. De plus, il a été président d'un groupe de volontaires pour élaborer les projets royaux. Par exemple, tous les 5 décembre, le jour anniversaire du roi Rama IX, le groupe forme une unité médicale mobile pour fournir des services des soins, des fournitures nécessaires et de l'argent aux montagnards. En 2001, Kasem a été nommé ministre de l'Éducation du gouvernement de Thaksin. Cependant, après seulement cent jours à ce poste, il a quitté ses fonctions pour accepter son nouveau poste comme membre du Conseil privé du Roi. Aujourd'hui, Kasem a un rôle important dans l'élaboration des projets royaux de l'éducation et de la santé publique, par exemple, au secrétariat de la fondation d'Ananda Mahidol, au conseil de la Fondation des médecins volontaires de la mère du Roi Rama IX, au conseil de la Fondation *Phra Da Bos*, etc.

<sup>446</sup>Quotidien *Matichon*, 12 mars 2001, p.5.

<sup>447</sup>Pisitsettakarn, Pran, *ทักษิณกับนโยบายสังคม* [Thaksin et ses politiques sociales], Matichon, 2004, pp. 117-120.



Le concept de la santé de Kasem est pareil à celui de Prawet. La santé est l'ensemble de la santé physique, mentale, sociale et spirituelle. La promotion et prévention de la santé sont meilleures que les traitements. La santé est liée aux déterminants sociaux et à la morale. Pour aider les personnes marginalisées, Kasem préfère les aides sociales, les activités bénévoles et les patronages de la famille royale comme l'unité médicale mobile ou le programme des patients sous le patronage du roi. Il s'oppose à l'État-providence ou aux politiques sociales qui couvrent tous les membres de la société. Sans surprise, Kasem a critiqué le programme de l'UCS comme étant une cause importante de la crise du système de santé. Il préfère l'ancien système dans lequel seuls les pauvres bénéficiaient gratuitement des services de soins et où, les riches ne pouvaient avoir recours gratuitement aux services des soins. Pour lui, le programme de l'UCS a encouragé l'aléa moral qui a conduit à la crise financière du système de santé<sup>448</sup>.

La crise politique a débouché sur le coup d'État de 2006. Certains membres du réseau de Prawet ont eu également un rôle dans le nouveau gouvernement militaire pour défendre les intérêts de son groupe. Par exemple, Paiboon Wattanasiritam a été nommé vice-Premier ministre et ministre du Développement social et de la Sécurité humaine ; le Dr. Poldej Pinprateep, ministre adjoint Développement sociale et de la Sécurité humaine ; le Dr. Mongkol NaSongkla, ministre de la Santé publique et le Dr. Wallop Thaineu ministre adjoint de la Santé publique. Ils ont élaboré des politiques conformes à leurs exigences. Le budget du CODI est passé de 300 millions de bahts en 2006 à 1.993 millions de bahts en 2007 et 2.030 millions de bahts en 2008. Des licences obligatoires pour certains médicaments ont été imposées par le Dr. Mongkol, ce qui a maintenu le prix bas de ceux-ci. La politique du *Medical Hub* a été ralentie. Le co-paiement des 30 bahts a été annulé pour tous les bénéficiaires de l'UCS. Du fait de la popularité de Thaksin était liée au programme des 30 bahts, le ministre de la Santé publique a proposé le changement du nom du programme, qui s'appelle désormais «la couverture universelle de la santé»<sup>449</sup>.

Le coup d'État de 2006 n'a pas pu réconcilier les conflits entre idées différentes sur la santé et idées différentes sur la politique de développement. Au contraire, il a été le point de départ de la crise politique en Thaïlande qui apparaît jusqu'aujourd'hui et polarisait entre les pro-Thaksin et les anti-Thaksin.

---

<sup>448</sup> *Ibid.*, pp. 609-610.

<sup>449</sup> Quotidien *KomChadLeuk*, 14 octobre 2006, pp.1&14.

#### **4. Pour sortir des conflits: la justice procédurale est nécessaire**

Plusieurs travaux de recherches empiriques ont confirmé que le programme de l'UCS avait partiellement amélioré l'accès aux soins et le bien-être des Thaïlandais et réduit les inégalités sanitaires et la pauvreté. Cependant, le programme de l'UCS est un des programmes le plus largement controversé. Pourquoi le bon bilan du programme et la reconnaissance de ses résultats n'ont-ils pas suffi à convaincre tous les membres de la société de l'accepter?

La réforme du système de santé de 2001 a été une réforme radicale et rapide. Parce que, premièrement, le gouvernement de Thaksin a pris seulement une année et demie pour la réaliser. Deuxièmement, le taux de couverture de la population a fortement progressé, de 70% à presque 100%. Troisièmement, les prestations médicales dans le programme de l'UCS étaient meilleures que celles de l'ancien régime d'assurance maladie obligatoire. Et finalement, la réforme du financement du programme a soulagé le fardeau financier des patients. Une réforme radicale nécessitait la capacité de réforme des institutions d'État, comme celles des établissements de santé, le bureau du budget, le ministère de la Santé publique, l'ordre des médecins, etc. La réforme rapide a soulevé des opposants et des conflits au sein du système. Pour soulager la pénurie de médecins et l'insuffisance de ressources médicales dans les zones rurales, le gouvernement a dû affronter les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé publique et les médecins urbains. Pour financer le programme de l'UCS, il s'est confronté aux économistes conservateurs qui se préoccupaient de la faisabilité budgétaire. Pour élargir la couverture d'assurance maladie, il s'est heurté aux hôpitaux privés de taille petite et moyenne. Pour renforcer les droits des patients, il s'est opposé à l'ordre des professionnels de santé.

De plus, la réforme de 2001 a proposé un nouveau concept de la santé en Thaïlande et le gouvernement a défié involontairement l'ancien concept dominé par l'idéologie nationale Nation-Religion-Roi. Le programme de l'UCS a changé la croyance des Thaïlandais, en faisant de la santé un droit fondamental de tous et de la fourniture de services de soins le devoir de l'État. Les riches n'avaient pas eux seuls droit à être en bonne santé. La santé n'est pas une conséquence du *Karma* et la fourniture de services de soins n'est pas une activité philanthropique. La santé n'est pas seulement une responsabilité individuelle, mais elle est le fruit de la collaboration entre les individus et les collectivités. Les droits des patients ont également renforcé la dignité de patients et rééquilibré les pouvoirs entre médecins et patients.

Comme mentionné dans le chapitre 3, la procédure permettant d'arriver à un consensus social relativement à l'allocation de ressources et à la justice sociale en Thaïlande était un compromis entre les différentes conceptions des groupes dominants. L'utilitarisme, le bouddhisme et le communautarisme étaient les principaux courants de pensée. L'État élaborait l'orientation des politiques de développement et de la santé, sans la participation citoyenne. Cependant, le changement politique national et international depuis 1990 a renforcé la démocratisation et les mouvements sociaux en Thaïlande. De 1992 à 2006, il n'y a eu aucun gouvernement militaire et aucun coup d'État. Le modèle de développement piloté par l'État a été critiqué. Les masses populaires et des groupes d'intérêt avec des visions différentes se sont engagés de plus en plus dans l'élaboration des politiques de développement et de santé. Par conséquent, il est devenu plus complexe de parvenir à un consensus social.

Grâce au contexte politique et économique et à la Constitution de 1997, le Thai Rak Thai a obtenu 248 sur 500 députés. L'entrée d'un nouvel acteur comme Thaksin, qui a proposé des nouvelles idées en matière de développement, a mené au conflit. Un nouveau mode d'allocation des ressources médicales fondé sur l'égalité des chances s'est opposé à l'ancien système, renforçant le dilemme moral. Si la démocratie en Thaïlande avait été forte, la négociation entre plusieurs groupes d'intérêt aurait permis de sortir des conflits, de trouver un consensus social et d'éviter la violence. Mais, en Thaïlande, la démocratie délibérative est toujours faible. Nous ne pouvons pas mettre en place une justice procédurale permettant de réconcilier les différents points de vue en matière d'allocation des ressources et de retrouver un consensus social. Par conséquent, il est difficile de développer des politiques publiques réduisant les inégalités et de les poursuivre dans l'intérêt des générations suivantes.

Dans la première année du quadriennat du gouvernement de Thaksin, le soutien populaire au projet de celui-ci n'était pas fort en comparaison avec celle des années suivantes. Donc, le gouvernement a préféré de négocier avec les groupes d'intérêt. Grâce à la relation proche entre le ministre adjoint de la Santé publique, le Dr. Surapong, et un haut fonctionnaire du ministère de la Santé publique, le Dr. Mongkol Na Songkla, le processus de la mise en œuvre du programme de l'UCS s'est effectué rapidement, avec le soutien de la bureaucratie. Le gouvernement a négocié avec les médecins et puis a décidé d'annuler le projet de loi d'indemnisation des accidents médicaux. Mais, grâce à la réussite des politiques populistes, Thaksin a gagné largement un soutien populaire. Après la première

année, il a obtenu une majorité absolue au Parlement lui permettant d'échapper aux motions de censure. Thaksin a tenté d'abuser du pouvoir, ignorant la négociation avec ses opposants, ce qui a affaibli les mouvements sociaux, la société civile et la participation citoyenne.

Le gouvernement autoritaire de Thaksin avait les caractéristiques suivantes :

- ...1. Faire tout ce qu'il faut pour obtenir une majorité dans toutes les élections, y compris l'achat de candidats, de partis et de votes; et menaçant ceux qui ne se conformeront pas.
2. Définir des politiques pour obtenir des votes sans tenir compte des effets négatifs qu'ils ont sur le pays à court et à long terme. La stratégie consiste à se concentrer sur la majorité des personnes.
3. Construire une image avec la majorité des personnes sans porter attention à ce que penserait la minorité instruite.
4. Utiliser le pouvoir pour gagner le plus d'argent de toutes les manières possibles ; et utiliser l'argent pour gagner et conserver le pouvoir le plus longtemps possible.
5. Contrôlez les mécanismes législatifs pour obtenir une majorité dans les deux Chambres.
6. Contrôlez tous les mécanismes existants de contrôle et de contraintes afin que le gouvernement et ses affidés ne puissent être poursuivis.
7. Contrôler la police et les militaires afin qu'ils suivent ses directives en se plaçant dans le plus grand nombre possible de positions de contrôle.
8. Contrôler toutes les entreprises d'État à but lucratif existantes en y plaçant ses alliés ou des individus prêts à accepter ses ordres aux postes de dirigeants. Une fois en mesure de contrôler leurs dirigeants, Thaksin pouvait obtenir une véritable puissance de commandement et une centralisation uniquement sous ses ordres.
9. S'il ne peut pas être en position de pouvoir, il pousse quelqu'un qu'il peut commander et à qui il peut faire confiance, comme son beau-frère ou sa plus jeune sœur, à ce poste sans avoir son président du parti en tant que premier ministre.
10. Choisir des personnes dans les bureaux politiques principalement en fonction d'un système de quota, de récompense et d'obéissance, la capacité devenant secondaire. Nommer

les fonctionnaires du gouvernement à des postes clés tels que les secrétaires permanents, les secrétaires permanents adjoints et les administrateurs qui utiliseront ce même principe...<sup>450</sup>

Après avoir gagné le soutien populaire des pauvres, Thaksin n'a plus eu besoin du soutien des corps intermédiaires comme les ONG. Le gouvernement a appliqué des mesures pour les affaiblir et les ONG sont devenues des opposants de Thaksin. Phatarathanunth a résumé la situation de la manière suivante:

...Thaksin a désigné des ONG en tant que structures travaillant pour des organisations étrangères pour saper le développement économique de la Thaïlande. Le gouvernement a essayé de les discréditer en les reliant au blanchiment d'argent. Le gouvernement a utilisé la force pour supprimer toute protestation. Il y a eu beaucoup de harcèlement contre les militants sociaux, y compris les meurtres de militants de base. Et les actions les plus violentes contre les manifestations ont eu lieu à Tak Bai. En conséquence, 78 d'entre eux sont morts et 300 d'entre eux seraient confrontés à une accusation criminelle. Les groupes internationaux de défense des droits de l'homme ont exprimé leur inquiétude...<sup>451</sup>

Une année après avoir réalisé le programme de l'UCS, Thaksin a refusé de négocier avec des médecins et des ONG qui étaient des acteurs importants dans le système de santé. Certainement, il y a eu des points faibles dans le programme de l'UCS. Des opinions diverses étaient utiles au développement du programme. Le taux de capitation de 1.202 bahts n'était pas suffisant et certains établissements de santé se sont retrouvés en faillite. Des médecins ont revendiqué une augmentation de l'allocation budgétaire. Mais le gouvernement a ignoré leur demande et a contrôlé l'augmentation du taux de capitation, passé de 1.202 bahts en 2001 à 1.308 bahts en 2003. Pour stimuler la croissance économique, le gouvernement a lancé le *Medical Hub* et a signé un accord des zones de libre-échange. Il a ignoré les opinions des ONG dans le domaine de la santé qui estimaient que ces politiques pourraient augmenter le prix des médicaments et élargir des inégalités d'accès aux soins entre les riches et les pauvres.

---

<sup>450</sup> Sutabutr, Harirak, *What is Thaksin regime*, CNNiReport, 8 déc 2013. Acquis sur le site <http://ireport.cnn.com/docs/DOC-1069587>

<sup>451</sup> Phatarathanunth, Somchai, *op. cit.*, 2006, pp.220-223.

Thaksin a critiqué le Dr. Prawet, un de leaders importants des ONG, et le réseau de Prawet. Cependant, pour agir contre Thaksin, Prawet et ses partenaires ont employé toutes les mesures, y compris le soutien du coup d'État. Des ONG ont essayé de convaincre les paysans pour former des manifestations contre Thaksin. Mais presque tous les paysans ont soutenu Thaksin. Pour les paysans, il aurait été impensable de s'opposer à un Premier ministre qui les a aidés plus que jamais. Par conséquent, à la fin de 2005, des ONG ont décidé de former des alliances avec ceux qu'ils considéraient comme des membres de l'élite à Bangkok, y compris au sein de l'armée<sup>452</sup>. De plus, Prawet a emprunté les opinions du roi pour justifier ses idées et les mouvements d'opposition à Thaksin.

Selon Pitidol<sup>453</sup>, même si des théories soulignent que la société civile contribue positivement à la démocratisation, les événements en Thaïlande prouveraient le contraire. La valeur principale des ONG est le communautarisme et, dans certains cas, elle s'oppose à la valeur démocratique. La structure des ONG est hiérarchique. Les jeunes doivent respecter les opinions des supérieurs. De plus, des ONG ne sont pas seulement les groupes de pression, mais elles accèdent aussi au pouvoir et aux ressources de l'État.

Bien que le gouvernement militaire après le coup d'État 2006 ait élaboré des politiques sanitaires conseillées par le réseau de Prawet et annoncé vouloir améliorer l'état sanitaire de pauvres, il a créé un conflit politique profond et une polarisation entre les pro- et les anti-Thaksin. En outre, il a induit des pratiques incorrectes chez certains professionnels de santé. Si les politiques sanitaires sont contraires à leurs intérêts, ils vont soutenir le coup d'État ou d'autres mesures non-démocratiques pour renverser un gouvernement qu'ils n'aiment pas. Un membre d'ONG que j'ai interviewé, Monsieur R (voir Annexe III), a expliqué sa motivation à soutenir le coup d'État dans les termes suivants :

...Je n'ai pas le choix. Je suis malade, affecté par une maladie chronique x. Je dois prendre des médicaments tous les jours pour prolonger ma vie ce qui me coûte 20.000 bahts par jour. Mais Thaksin veut signer l'accord des zones de libre-échange qui protège des brevets de médicaments. Les médicaments coûteront cher. Je n'ai pas de moyens. Je n'ai pas le temps d'attendre le changement (du gouvernement). Donc, j'ai décidé de soutenir le coup d'État...

---

<sup>452</sup> Phatharathananunth, Somchai, « Civil Society Against Democracy », *Cultural Anthropology website*, 23 sep 2014. Acquis sur le site: <https://culanth.org/fieldsights/575-civil-society-against-democracy>

<sup>453</sup> Pitidol, Thorn, « Redefining democratic discourses in Thailand's civil society », *Journal of Contemporary Asia*, 2016. Acquis sur le site: <http://dx.doi.org/10.1080/00472336.2016.1164229>

L'association des médecins des zones rurales n'a pas soutenu la réforme de la rémunération supplémentaire pour les professionnels de santé proposée par le gouvernement de Yingluck Shinawatra, une sœur cadette de Thaksin. Ainsi, des professionnels de santé ont participé aux grandes manifestations en 2014 pour renverser le gouvernement. L'association des médecins des zones rurales et des professionnels de santé dans 9 universités de médecine a fait l'alliance avec Suthep Tueksuban, leader des grandes manifestations antigouvernementales. La photographie des médecins manifestant en blouse blanche avec une banderole mentionnant « arrêtons les consultations les patients pour expulser Yingluck » a été publiée largement dans les médias<sup>454</sup>.

De cette tension politique a entraîné le 13ème coup d'État militaire de l'histoire thaïlandaise. Cependant, cette junte est différente de celle de 2006. Les membres du réseau de Prawet n'ont pas été nommés dans le cabinet. Le gouvernement militaire a négligé l'avis des technocrates de la santé. Il a fait des efforts pour réduire le budget et le pouvoir de la THF et des autres partenaires du réseau de Prawet<sup>455</sup>. De plus, il s'est efforcé de supprimer le programme de l'UCS, une seule assurance maladie obligatoire pour tous les Thaïlandais qui aidait les pauvres et les autres à accéder aux services de soins, améliorait l'état sanitaire et réduisait les inégalités sociales et les inégalités du domaine de santé. Parce que ce programme est lié à la popularité de Thaksin, les forces royalistes et militaires voulaient effacer tous les restes de l'héritage de Thaksin<sup>456</sup>. En juin 2017, le gouvernement militaire voulait réformer la loi de l'assurance de santé, diminuer certaines prestations médicales et certains médicaments onéreux et forcera les patients à payer une part de tarifs médicaux<sup>457</sup>. Sous le gouvernement militaire actuel, les députés sont nommés par la junte. Il n'y a aucun parti s'y opposant. Il y a une haute probabilité que ce projet de loi soit approuvé sans motions de censure et participations citoyennes. Pour résoudre les déficits dans les établissements publics de santé, le gouvernement militaire a refusé d'augmenter le budget sanitaire, mais il a encouragé la charité du secteur privé. À la fin de l'année 2017, un chanteur thaïlandais, Toun, a initié un projet de collecte de fonds pour financer 11 hôpitaux publics qui étaient en faillite. Il a fait un marathon pour courir plus de 2.000

<sup>454</sup>Quotidien *Manager*, 20 janvier 2014, <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9570000007428>

<sup>455</sup>Quotidien *Thairath*, 30 mai 2016, <https://www.thairath.co.th/content/628571>

<sup>456</sup> Kuhonta, Erik Martinez, « The Politics of Health Care Reform in Thailand », in Yi, Ilcheong (éd.), *Toward universal health care in emerging economies: opportunities and challenges*, Palgrave Macmillan, UK, 2017, p.114.

<sup>457</sup> Acquis sur le site *BBC*: <http://www.bbc.com/thai/thailand-40173397>

kilomètres et collecter des dons plus de 1.200 millions de bahts<sup>458</sup>. Le premier ministre a vanté Toun: «...Le budget gouvernemental n'était pas suffisant pour financer les hôpitaux publics. Je voudrais remercier Toun qui s'est sacrifié pour le bien-être des autres. Il a fait un grand Bun. Ce projet est inspiré par l'opinion du roi dernier, le roi Rama IX, qui s'est sacrifié pour le bien-être du peuple depuis longtemps...»<sup>459</sup>

---

<sup>458</sup> Acquis sur le site: <https://www.kaokonlakao.com/>

<sup>459</sup> Acquis sur le site ThaiPBS: <http://news.thaipbs.or.th/content/268267>. et du site Naewna: <http://www.naewna.com/politic/306910>



## **CONCLUSION GÉNÉRALE**



La santé est un sujet politique. Même si le modèle biomédical encadre la santé par l'analyse de la relation entre les maladies et le corps, la médecine sociale élargit la conception de la santé au niveau collectif. La santé est un équilibre entre la responsabilité de l'individu et celle de la collectivité. Des déterminants sociaux affectent positivement et négativement la santé et l'accès aux soins. La santé est complexe. Elle est liée aux facteurs socio-économiques et politiques. Selon la théorie de la croissance endogène, la santé est un capital humain qui peut augmenter la croissance économique. La santé individuelle ainsi que la santé collective sont des éléments importants pour le développement de l'État. C'est pourquoi le pouvoir collectif est important. Un plan sanitaire national est nécessaire pour identifier les besoins de la population en matière de santé, pour distribuer les ressources médicales à la population de manière égalitaire et optimale et pour répondre aux besoins de la population et améliorer la santé de la population.

L'inégalité dans le domaine de la santé est une question morale. La santé est un bien fondamental dont tout le monde a besoin pour mener à bien ses activités et réaliser son projet de vie. La santé génère des opportunités et de la liberté pour les individus. Pour lutter contre les inégalités dans le domaine de la santé, la conceptualisation de la santé et de la justice sociale est importante. Cependant, la santé est une arène politique dans laquelle il y a plusieurs groupes d'intérêt et plusieurs idées sur la santé et l'allocation des ressources médicales. Des expériences de chaque pays découlent des caractéristiques différentes dans le système de santé. Chaque individu voit différemment l'allocation des ressources médicales, ce qui peut mener au conflit à l'intérieur de la société.

Dans une société pluraliste, la compétition pour faire avancer les idées de chaque groupe est normale ; il est alors très difficile de réaliser un consensus. De même, il y existe beaucoup de points de vue sur la justice sociale. Pour l'utilitarisme, la distribution est juste, si cette distribution maximise l'utilité espérée. Pour le libéralisme, la distribution est juste, si elle se base sur la volonté de l'individu. Pour l'égalitarisme, la distribution est juste, si elle égalise les ressources, la chance ou le résultat entre les membres. Pour harmoniser ces idées différentes et atteindre un consensus, la justice procédurale est aussi importante que la justice distributive. Il faut avoir des règles qui s'appliquent à tout le monde de manière égalitaire dans l'arène politique. Dans la démocratie, la liberté d'expression, la liberté d'opinion et les droits sont égaux pour tout le monde. L'État de droit déclare publiquement les règles justes et acceptées par tous qui s'appliquent à tout le monde de manière

égalitaire. Ceux-ci assurent l'égalité dans la concurrence entre chaque groupe différent dans l'arène politique. Ces deux éléments sont nécessaires pour atteindre la justice sociale.

### **Le système de santé en Thaïlande avant la réforme de 2001**

Cependant, les expériences historiques de la Thaïlande, différentes de celles des pays européens occidentaux, ont ralenti la démocratisation et constitué des obstacles au développement de l'État providence. Si la solidarité est le cœur de la protection sociale en France, l'idéologie nationale Nation-Religion (Bouddhisme)-Roi est au cœur de tous les systèmes en Thaïlande, y compris le système de santé.

Si l'industrialisation et la solidarité ouvrière ont incité les pays européens à élaborer des politiques sociales pour partager les risques sociaux entre membres et renforcer la solidarité nationale, elles ont eu l'effet inverse en Thaïlande. Après la révolution démocratique de 1932, les gouvernements militaires ont gouverné la Thaïlande pendant plus de 40 ans. Il y a eu 13 coups d'État. Les gouvernements militaires appliquaient des mesures violentes et non-violentes pour supprimer les mouvements sociaux et le syndicalisme. Ils élaboraient les politiques sociales, sans la participation citoyenne, afin de renforcer la stabilité politique et la croissance économique. Il était difficile que la solidarité ouvrière se développe. La solidarité familiale et les liens communautaires étaient nécessaires pour se soulager des risques sociaux.

L'expérience des pays européens et les connaissances médicales permettent de renforcer le pouvoir de l'État, et contribuent indirectement à créer l'État-Nation et à augmenter la productivité nationale. Les interventions étatiques ont graduellement pris le relais de la charité, dont l'Église, la noblesse et les commerçants étaient des acteurs importants. La politique de santé, en tant que politique publique, est devenue un outil politique pour l'État laïc.

En Thaïlande, où les connaissances médicales scientifiques ont été importées de l'étranger, la médicalisation de la société a pris un chemin différent de celui des pays européens. Des connaissances médicales traditionnelles s'y étaient accumulées depuis longtemps avant l'arrivée de la médecine occidentale. Le bouddhisme a influencé la culture siamoise et a façonné la croyance et la perception de la vie et du corps. La monarchie a exercé une grande influence sur la modernisation de la médecine. En outre, en raison de la

faiblesse du bio-pouvoir, le gouvernement central n'a pas pu convaincre la plupart de Thaïlandais de participer aux politiques sanitaires. Pour résoudre ce problème, le gouvernement central a renforcé le bio-pouvoir en faisant appel au bouddhisme et à la monarchie, appliquant l'idéologie « Nation-Religion (bouddhisme)-Roi ». Cependant, cette décision a rendu la médecine publique thaïlandaise différente de celles des pays occidentaux, les politiques de santé étant mises en œuvre dans l'intérêt des trois composantes officielles : la Nation, le Bouddhisme et le Roi.

L'identité nationale Nation-Religion-Roi s'est institutionnalisée dans le système de santé. Elle a influencé différents groupes de pouvoir qui ont développé des points de vue divergents sur l'allocation des ressources. Des technocrates nationalistes-utilitaristes ont pu se préoccuper plus des intérêts collectifs que des intérêts individuels, souhaitant élaborer des politiques sanitaires qui amélioreraient la santé des populations jugées importantes pour la croissance économique. Des technocrates inspirés par le bouddhisme croyaient que les maladies étant liées à un mauvais *Karma*, la santé relevait alors d'une responsabilité individuelle. Ils souhaiteraient développer une prévention et une promotion de la santé basées sur les pratiques morales du bouddhisme. Mais ils ont ignoré les inégalités sociales affectant les comportements sanitaires et la santé. La monarchie estimait que la charité était un bon moyen d'améliorer la santé de la population. L'assistance de l'État pouvait encourager la paresse des gens. Cependant, à cause des limitations du budget à disposition de la famille royale, les projets royaux dans le domaine de santé ne couvraient pas tout le monde. Un certain nombre de pauvres en étaient exclus. Ces idées justifiaient une allocation des ressources inégalitaire et dominaient la mentalité des Thaïlandais. La plupart d'entre eux toléraient ou ignoraient les inégalités. Par conséquent, le gouvernement avait un rôle minimal en matière de santé collective. Les interventions étatiques n'avaient pas pour but de redistribuer les ressources, la charité privée et individuelle jouant un rôle important dans la correction des inégalités.

L'orientation des politiques sanitaires était encadrée par les politiques de développement. En Thaïlande, les années 1950-80 furent une période importante dans la création de l'État-Nation, le renforcement de l'industrialisation et la lutte contre le communisme. Pour renforcer l'industrialisation et rattraper le niveau de développement des pays avancés, la Thaïlande a appliqué un modèle de développement piloté par l'État compatible avec un contexte économique où le secteur privé et les entreprises nouvelles étaient en train d'arriver à maturité. Les interventions étatiques étaient cruciales pour

transformer la Thaïlande, d'un pays agricole à faible revenu en un pays à revenu moyen. Pour industrialiser le secteur agricole, le gouvernement a lancé des programmes sanitaires visant à réduire le taux de mortalité et donc à augmenter la main-d'œuvre. Pour lutter contre le communisme pendant la guerre froide, le gouvernement a lancé des programmes de santé dans les zones rurales et dans les zones rouges. À la fin de la guerre froide, le communisme n'était plus une menace. Le gouvernement a donc réduit des budgets de développement et de santé dans les zones rurales. De plus, pendant la croissance économique rapide des années 1990, le gouvernement a décidé de libéraliser le marché financier et celui de la santé : la santé est ainsi devenue un nouveau secteur porteur de l'économie thaïlandaise et la responsabilité individuelle sur la santé a été renforcée.

Ce modèle a rapidement stimulé la croissance économique, tout en mettant en œuvre un développement inégal. Seuls les groupes ayant les moyens d'accéder aux échelons centraux de l'État (l'armée, les entrepreneurs sino-thaïs, les technocrates, et les hauts fonctionnaires) ont bénéficié des politiques de développement et ont accumulé richesse et pouvoir politique, creusant l'écart avec les ruraux et la population du Nord et du Nord-est. De plus, à cause du lien entre politiques de développement et santé, ils ont également été pénalisés par l'allocation inégale de ressources de santé. Les personnes dans ces deux régions accédaient difficilement aux soins en comparaison avec celle à Bangkok et les autres régions et leur santé étaient pire que celle dans les autres régions.

### **Les causes de la réforme du système de santé de 2001**

Le changement dans un contexte international et national des années 1990 a poussé la Thaïlande de réformer les politiques sociales et de santé. Premièrement, la pression de la mondialisation et des organisations internationales a changé la structure d'économie de la Thaïlande. D'une part, pour accéder aux prêts financiers de la Banque mondiale et du FMI en 1981, 1982 et 1985, le gouvernement a lancé les politiques de la libéralisation économique. D'autre part, les technocrates thaïlandais ont proposé la réforme économique pour renforcer la promotion des exportations. Par conséquent, le structure d'économie s'est transformé. Le revenu du secteur agricole a graduellement été remplacé par le revenu du secteur industriel et des services. Le nombre de travailleurs du secteur agricole a été diminué, mais celui du secteur industriel et des services a été augmenté. La valeur des

exportations ont été augmentée rapidement. Les flux de capitaux étrangers et les investissements en Thaïlande ont été accélérés.

Pour que la Thaïlande ait survécu dans le contexte de la mondialisation, l'amélioration des compétences des travailleurs était nécessaire. Le gouvernement a lancé des programmes sociaux pour améliorer le capital humain et la sécurité sociale, par exemple, l'extension de la scolarité obligatoire, les formations continues, le logement social, les aides sociales pour les populations en difficultés, les services de soins de bas, etc. La sécurité sociale a été mise en place en 1990 pour assurer les cinq risques sociaux de salariés et leur famille, c'est-à-dire, les risques maladies, les accidents du travail, le retraite, la maternité, l'allocation de chômage et d'invalidité.

Deuxièmement, le changement démographique. Les programmes de la planification familial et du contrôle du taux de fécondité commencés des années de 1970 a réussit de réduire le taux de fécondité à 2.0% sur la période de 1985 à 1990. Parallèlement, l'avancement de technologies médicales a réduit le taux de mortalité et prolonger l'espérance de vie. La part de la population âgée de 60 ans et plus en Thaïlande a passé de 5.0% en 1950 à 9.6% en 2000. La Thaïlande va faire face à la population vieillissante dans l'avenir. En outre, la transition à l'industrialisation a changé le structure familial en Thaïlande. Dans les zones urbaines, la famille élargie a été peu à peu remplacée par la famille nucléaire. Dans les zones rurales, le revenu bas du secteur agricole a poussé les travailleurs pour travailler comme les travailleurs-non qualifiés dans le secteur industriel et dans le secteur des services à Bangkok. Par conséquent, la solidarité familial qui était le filet social pour soulager les problèmes sociales dans la société thaïlandaise est devenue plus en plus faible. Il est difficile que les enfants prissent en charge leurs parents et grands-parents. La réforme de la protection sociale était inévitable pour que la Thaïlande se soit transformée en un pays industrialisé. Même si le SSS fournissait l'assurance maladie pour les salariés et leur famille dans le secteur formel, le taux bas de cotisation, 5% du salaire, limitait la qualité des prestations médicales. De plus, le SSS ne couvrait pas les travailleurs dans le secteur informel et il restait 30 pourcent de la population sans l'assurance maladie. Nous avons eu besoins de nouvelles politiques de santé pour élargir la couverture de l'accès aux soins.

Troisièmement, le changement de la demande de santé. La croissance économique rapide de 1986 à 1996 a augmenté le pouvoir d'achat ainsi que la demande de santé de la

classe moyen et riche. Les interventions étatiques n'étaient pas suffisantes pour répondre à l'augmentation rapide de cette demande. Le gouvernement a décidé d'encourager le secteur privé pour élargir la couverture d'accès aux soins. Grâce à la libéralisation d'économie et le flux d'investissements étrangers, de nombreux cliniques et hôpitaux privés ont été construits. Pour la commerce internationale, la volume d'importation de médicaments et d'équipements médicaux a également été augmentée. Plus de 60 pourcent de dépenses nationales de santé a consacré aux dépenses privés de santé.

L'accessibilité des services de santé n'était par égalitaire pour tous les thaïlandais. Mais elle dépendait du niveau de revenu. Le mécanisme du marché a crée deux mondes parallèles dans le système de santé en Thaïlande. Un accès rapide et efficace aux soins pour les riches et un accès plus lent et laborieux pour les pauvres. Les cliniques et hôpitaux privés fournissaient les services de soins spécialisés, les chambres privés de luxe, les soins onéreux aux riches à Bangkok et dans les zones urbaines. A l'inverse, les pauvres dans les zones rurales attendaient les services de soins dans les hôpitaux publics qui étaient surpeuplés.

Le gouvernement a lancé deux programmes d'assistance sociale pour améliorer l'accès aux soins des pauvres. Le LICS fournissait des services de soins de base aux ménages sous le seuil de pauvreté et le VHS pour les ménages qui ont payé la cotisation de 500 bahts par an. Mais, l'allocation budgétaire au niveau minimal pour ces deux programmes n'a pas pu répondre à leurs besoins de santé et n'a pas pu corriger les inégalités dans le domaine de la santé entre les riches et les pauvres.

En outre, des nouvelles maladies comme le SIDA, le cancer et les maladies cardiovasculaires dont le coût de soins étaient cher sont devenues nouvelles causes de décès. Les patients séropositifs avaient besoin d'antirétroviral, par exemple, Efavirenz, Nevirapine et Lamivudine, pour prolonger leur vie. Malheureusement, en raison de la pression des États-Unis sur la Thaïlande, l'amendement de la loi de la protection intellectuelle de 1979 a été mis en œuvre en 1992 pour protéger le brevet de médicaments. Par conséquent, le prix d'antirétroviral a été augmenté en manière spectaculaire. Les patients séropositifs ne pouvaient pas accéder aux médicaments. Beaucoup d'entre eux sont morts plus tôt qu'ils auraient dû.

La libéralisation d'économie a renforcé la responsabilité individuelle de la santé. Mais la crise économique de 1997 a réduit les investissements publics et privés sur la santé.



D'une part, en raison de conseils du FMI, le gouvernement du parti politique Democrate a lancé des programmes d'austérités qui ont réduit le budget gouvernementale de santé. D'autre part, à cause de la crise économique, de nombreux salariés ont été licenciés et de nombreux entreprises ont été fermées. Le pouvoir d'achat de la classe moyenne et supérieure qui était les clients importants des hôpitaux privés a été diminué. Le revenu d'établissements privés de santé a été réduit et certains d'entre elles ont été fermées. Par conséquent, la récession économique a affecté négativement la santé des Thaïlandais et l'accès aux soins. L'augmentation d'investissements publics sur la santé était indispensable pour compenser la réduction d'investissements privés sur la santé.

Enfin, le changement de la politique de la Thaïlande. La mondialisation a affecté non seulement l'économie mais aussi la politique de la Thaïlande. La valeur du libéralisme et de la démocratie ont été diffusées dans la société thaïlandaise qui ont encouragé la transition à la démocratie dans les années 90. De 1992 à 2005, il n'y a eu aucun coup d'État en comparaison de 11 fois de coup d'État dans la période de 1932 à 1991. Grâce à la transition à la démocratie, la société civile est devenue un acteur important dans la politique. Les ONG ont formé des alliances avec des ONG thaïlandais et étrangers pour consolider le pouvoir de négociation avec l'autorité publique. Elles ont soutenu la participation citoyenne pour que la société civile ait pu collaborer les politiques de développement et sociales. Elles ont agi comme coordinatrice entre les populations locales et l'État pour revendiquer les droits sociaux et des citoyens. De plus, certains dirigeants des ONG ont fait des alliances avec l'État pour accéder au pouvoir politique et au budget gouvernemental. Les mouvement sociales ont poussé les hommes politiques d'élaborer la procédure de la rédaction de la nouvelle Constitution pour réformer l'administration publique, lutter contre la corruption et renforcer l'État de droit. La constitution de 1997 a renforcé les droits des citoyens, les droits sociaux, comme le droit d'éducation, à la santé, etc. et les libertés fondées sur la démocratie comme la liberté de communication, d'expression etc.

Des organisations internationales comme la Banque mondiale et l'OMS ont par ailleurs encouragé leurs membres à mettre en place une couverture universelle de santé. Des colloques ont été organisés en Thaïlande pour étudier la procédure de l'implantation de l'accès universel de santé en Thaïlande. Des technocrates de santé comme le Dr. Sanguan, le Dr. Viroj, le Dr. Supasit, etc. ont fait des études en économie de la santé dans les pays occidentaux. Ils ont fait un réseau académique avec des universitaires étrangers pour que

les derniers aient transféré des connaissances et techniques concernant l'assurance maladie et l'administration de santé.

La crise économique de 1997 a affecté tous les Thaïlandais, y compris la classe moyenne et supérieure, poussant les Thaïlandais à engager des réformes politiques. La naissance de la société civile a encouragé la société thaïlandaise à devenir plus égalitaire. L'environnement politique et socio-économique et le besoin de changement dans la santé ont aidé à l'émergence du pouvoir de Thaksin et du parti Thai Rak Thai. Thaksin s'est présenté comme un homme politique réformiste et un leader fort. Pour diverger les programmes d'austérité de Democrat, le TRT a proposé les politiques populaires comme l'appui de la myriade de petits entrepreneurs, un moratoire sur les dettes de paysans, un prêt d'un million de bahts pour chacun des 77.000 villages, etc. dans la campagne électorale de 2001.

Dans le domaine de la santé, le TRT a proposé le programme d'accès universel de santé qui a été soutenu largement par la société civile. Le Dr.Surapong, un membre du TRT, était une personne clé qui a collaboré avec les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé publique, des universitaires, et des ONG pour mettre en place l'UCS. Thaksin a soutenu l'UCS. Pour lui, la santé est un capital humain. Pour l'améliorer, il faut y investir. Si les Thaïlandais sont en pleine forme, la capacité de production sera augmentée et la compétitivité de la Thaïlande pour survivre dans la mondialisation sera renforcée. L'UCS a été un investissement gouvernemental sur la santé qui a renforcé la consommation interne et créé des emplois. Au point de vue stratégique, l'UCS a pu répondre aux besoins des populations dans la région du Nord et du Nord-est dont le nombre de votes était le plus grand. L'UCS était le programme électorale le plus populaire en Thaïlande. Le TRT a obtenu les victoires écrasantes pour l'élection générale de 2001 et de 2005.

### **Les conflits après la réforme de 2001**

Le TRT a été le premier parti politique dont les membres sont inclus des groupes variés comme des ex-étudiants du 14 octobre 1973 et du 6 octobre 1976, des dirigeants des ONGs, des hommes politiques, des hommes d'affaires, des universitaires, des technocrates, des ex-fonctionnaires. Thaksin a été un nouvel acteur qui a été soutenu par la société civile et les groupes variés et est entré dans l'arène politique et dans le domaine de la santé.

Grâce à le grand soutien populaire, il a osé de proposer sa nouvelle méthode pour gérer l'administration politique. Le TRT a élaboré ses propres programmes électoraux des politiques de développement et a négligé les conseils du NESDB qui était une organisation ayant le monopole d'élaboration des politiques de développement de la Thaïlande.

Un nouvel acteur dans le domaine de la santé tel que Thaksin a réformé le système de santé. Ce faisant, il a – involontairement – défié les anciens acteurs qui avait monopolisé naguère le pouvoir politique. La réforme de 2001 a renforcé les droits des patients et l'accès aux soins, conférant au gouvernement un rôle essentiel pour garantir le bien-être de la population, ce qui est une idée différente de la croyance au *Karma*. La fourniture gratuite de services de soins aux Thaïlandais a diminué la nécessité de la charité royale dans le domaine de la santé. La popularité élevée de Thaksin a terni l'image de tous les acteurs traditionnels du domaine de la santé. La réforme de 2001 a transféré le pouvoir d'élaboration des politiques sanitaires des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé publique au gouvernement. La nouvelle administration politique et l'allocation budgétaire ont changé le mode de travail des professionnels de santé, plus précisément, celui des médecins. Le gouvernement leur a demandé une plus grande efficacité. La concurrence entre hôpitaux publics et hôpitaux privés s'est développée. L'UCS a affecté négativement le profit des établissements privés de santé et des multinationales pharmaceutiques. Le bilan positif de l'UCS a augmenté la loyauté des électeurs du TRT dans la région du Nord et du Nord-est et a fait la défaite électorale du parti d'opposition comme le Democrate.

De plus, la différence du concept de développement et de santé entre Thaksin et des dirigeants des ONG a créé des conflits. Certes, les objectifs politiques prioritaires de Thaksin étaient de rallier le plus grand nombre d'électeurs et de relancer l'économie. L'amélioration de l'état sanitaire et la diminution des inégalités sociales étaient des objectifs secondaires. Sans surprise, le gouvernement a pu ainsi lancer deux programmes sanitaires apparemment contradictoires. Thaksin a réalisé le programme de l'UCS. Le programme peut être considéré comme une intervention étatique sur le marché de santé en fournissant des services de soins de base gratuitement aux Thaïlandais. Mais, en même temps, Thaksin a lancé une autre politique de santé basée sur le marché libre comme le *Medical Hub* pour renforcer le nombre de touristes médicaux et le revenu national. Au contraire de Thaksin, le modèle de développement du Dr. Prawet, un leader important d'ONG thaïlandais, se base sur la modération, l'autonomisation communautaire, l'anti-mondialisation et l'anti-capitalisme. Son concept de santé se base sur le bouddhisme, la

prévention et la promotion de santé. Les idées de Prawet ont influencé largement des travailleurs d'ONG.

Après avoir le grand soutien d'électeurs, Thaksin n'a plus besoin de soutien des ONG. Il a refusé de négocier avec elles. Par exemple, Thaksin a refusé de négocier avec l'Association des médecins des zones rurales qui a revendiqué une augmentation de l'allocation budgétaire. L'Association des patients séropositifs a revendiqué le gouvernement pour que le dernier ait annoncé la licence obligatoire pour les produits pharmaceutiques et pour que la Thaïlande ait pu suspendre temporairement le monopole d'exploitation associé aux brevets sur l'antirétroviral. Mais, Thaksin a préféré de négocier avec le président Bush pour avancer la zone de libre-échange entre la Thaïlande et les États-Unis. Il a négligé la revendication des patients séropositifs. De plus, Thaksin a appliqué des forces polices pour supprimer les manifestations d'ONG et a discrédité leurs dirigeants en les reliant au blanchiment d'argent. Sans surpris, Prawet et les ONG qui avaient été une alliance importante avec le TRT pendant la campagne électorale de 2001 sont devenu un ennemi de Thaksin.

La résistance au programme de l'UCS a confirmé l'hypothèse que la justice procédurale est aussi importante que la justice distributive. Même si les inégalités sociales et sanitaires se sont réduites grâce aux programmes du gouvernement Thaksin, il faut reconnaître que Thaksin a été un leader autoritaire. Du fait de sa majorité absolue au Parlement, le gouvernement échappait aux motions de censure, ce qui a affaibli la société civile et la participation citoyenne. En parallèle, les groupes anti-Thaksin ont employé toutes les mesures, y compris le coup d'État, pour renverser le gouvernement Thaksin. De plus, les politiques de développement de Thaksin ont jeté par terre le modèle de développement de Prawet qui avait une grande influence dans la société. Ce conflit d'opinions a exacerbé la confrontation entre Thaksin et le réseau de Prawet. Pour justifier son modèle de développement, Prawet a appliqué la conception d'économie suffisante du roi Rama IX. Prawet a critiqué le modèle du *Thaksinomics* et a demandé à tous les Thaïlandais de renverser le gouvernement élu de Thaksin. Ses efforts ont porté leurs fruits. Après le coup d'État de 2006, certains membres du réseau de Prawet ont participé au nouveau gouvernement et ont élaboré les politiques de développement et les politiques sanitaires qu'ils souhaitaient.

La justice sociale est une condition de la paix sociale. Le coup d'État de 2006 n'a pas arrêté les conflits dans la société. En revanche, il a renforcé les tensions entre les pro-Thaksin et les anti-Thaksin. L'armée a fait un nouveau coup d'État en 2014 pour renverser le gouvernement de Yingluck Shinawatra. Pour effacer tous les héritages de Thaksin, le gouvernement militaire actuel a tenté d'annuler le programme de l'UCS, la politique qui répondait les besoins de la plupart de Thaïlandais et assurait l'accès aux soins de tous les Thaïlandais. De plus, les coups d'État ont détruit la justice procédurale. Il est indispensable que nous maintenions la démocratie, l'État de droit et la transparence dans le système de santé pour créer un système qui renforce la participation citoyenne, collabore les politiques de santé et redistribue les ressources médicales en manière plus égalitaire.



## **ANNEXES**





## I. BIBLIOGRAPHIE

### 1. OUVRAGES, ARTICLES ET MEMOIRES EN THAÏ

#### 1. Santé publique

- Bureau des statistiques nationales, *การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2550* [Enquête sur les hôpitaux et les établissements privés de santé en 2007], Bangkok, 2008, 132 p.
- Bureau des statistiques nationales, *การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555* [Enquête sur les hôpitaux et les établissements privés de santé en 2012], Bangkok, 2013.
- Bureau des statistiques nationales, *การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2544* [Enquête sur les hôpitaux et les établissements privés de santé en 2001], Bangkok, 2002.
- Cheungsatiansup, Komatra & Mooksong, Chatchai (éds.), *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย* [La frontière des connaissances et de l'histoire de la médecine et de la santé publique en Thaïlande], Thaïlande, la Fondation de Komol Keemthong, 2005, 294 p.
- Chokwiwat, Wichai & Cheungsatiansup, Komatra (éds.), *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ* [Chronique: l'histoire de la santé], Bangkok, Suksala, 2013, 343 p.
- Chumpol, Pratheep, *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย* [L'histoire de la médecine thaïlandaise], Bangkok, Odien Store, 2011, 246 p.
- Donaldson, Dale, Panarunothai, Supasit & Tangcharoensathien, *การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย* [Le financement de la santé en Thaïlande], Health System Research Institute, Thailand, 1999, 164 p.
- Ekarintarakul, Wiwan, *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520* [Administration de la santé en Thaïlande de 1958 à 1977], mémoire de faculté des arts, Université de Chulalongkorn, 2004.
- Juengsathiansap, Komatra, *ขับเคลื่อนวาระสุขภาพะไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ* [Le mouvement sur le bien-être des Thaïlandais: la société civile et la réforme du système de santé], Morchaoban, 2005, 176 p.
- Juengsathiansap, Komatra et al., *ขบวนการแพทย์ชนบทและการธรรมาภิบาลสุขภาพ* [Mouvement de l'Association de médecins des zones rurales et la bonne gouvernance dans le domaine de la santé], Bangkok, 2013, 146 p.
- Krassanairawiwong, Tares et al., « ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทย พ.ศ. 2543-2546 : ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน » [Les hôpitaux privés en Thaïlande de 2000 à 2003: recommandation de politique pour le développement durable], *Journal of Health system research in Thailand*, vol.2, n° 2, 2008, pp. 248- 262.
- Kawinwareekul, Kongsakol, *การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487* [Construire le corps des citoyens thaïs pendant le régime de Phibun de 1938 à 1944], Memoire de l'Université de Thammasat, Bangkok, 2002.
- Khamhom, Rapeepan, *สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย* [Le bien-être social et la société thaïlandaise], Thammasat University Press, 4ème édition, 2014, 360 p.
- Kiranandana, Tianchai, *เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์: การพัฒนาสุขภาพอนามัยในประเทศไทย* [L'économie de ressources humaines: le développement de la santé en Thaïlande], Bangkok, Chulalongkorn University Press, 1994, 220 p.

- Kiranandana, Tianchai, เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข [L'économie et le financement de la santé publique], Chulalongkorn University Press, 1996, 227 p.
- Ministère de la Santé publique de Thaïlande, อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 20 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ 2485 - 2505 [ La commémoration du 20e anniversaire du Ministère de la Santé publique (1942-1962)], 798 p.
- Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ ๒๔๘๕ - ๒๕๒๕ [La commémoration du 40e anniversaire du Ministère de la Santé publique (1942-1982)], Sahaprachapanich, 1982, 884 p.
- Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, สาธารณสุขของแผ่นดิน [La santé publique du Royaume de Thaïlande], Ministère de la Santé publique de Thaïlande, 2007, 199 p.
- Naranong, Viroj et al., โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-2545) [Le suivi et l'évaluation de la couverture universelle de la santé en Thaïlande: première phase 2001/2002], TDRI, 2002, 233 p.
- Naranong Viroj et al., หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546 [La couverture universelle en santé de 2002 à 2003], TDRI, 2005, 290 p.
- Naranong, Achana, Naranong, Viroj & Jindaruk, Sirachai, แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพของประเทศไทย [Le développement du Medical Hub de Thaïlande], National Economic and Social Advisory Council, Thaïlande, 2009, 148 p.
- Panarunothai, Supasit, เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข: ในยุคปฏิรูประบบสาธารณสุข [L'économie de la santé: dans la période de la réforme du système de santé], Research center of equity in health, Faculty of medicine, Naresuan University, 2000, 230 p.
- Pannarunothai, Supasit & Patamasiriwat, Direk, ดัชนีเศรษฐกิจมหภาคเพื่อวัดความเป็นธรรมทางการคลังและการใช้บริการสาธารณสุขระหว่างปี 2529-2541 [Indices macroéconomiques pour la mesure de l'équité dans le financement et la prestation de soins de santé 1986-1998], Research Center of Equity in health, Faculty of medicine, Naresuan University, 2001, 50 p.
- Pannarunothai, Supasit & Kanchit, Suknak, ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย [L'impact du libre-échange des services de soins sur la Thaïlande], Rapport de recherche n° 2, WTO Watch, Thaïlande, 2005, 124 p.
- Porkpermdee, Pongsathorn (éd.), หลังประติมาสาธารณสุข [Les architectes du système de santé ], PenTai Publishing, 2009, 317 p.
- Praditsilp, Chaiyon, เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย [Économie politique de la révolution de la reproduction en Thaïlande], Thaïlande, Research and Textbook Production Center of Krirk University, 1999, 382 p.
- Premyothin, Pornpen (éd.), จดหมายเหตุ 100 ปี วิชาชีพเภสัชกรรม [Archives de 100 ans de la profession pharmaceutique], Pharmacy for Society Foundation, 2013, 308 p.
- Puaksom, Davisakd, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย [Les germes, le corps et la médecine d'État: histoire de la médecine moderne dans la société thaïlandaise], Bangkok, Presse de l'Université de Chulalongkorn, 2007, 310 p.
- Suntorntham, Surajit & Jongudomsuk, Pongpisut (éds.), ระบบหลักประกันสุขภาพไทย [Le système d'assurance maladie en Thaïlande], National Health Security Office of Thailand, 2012, 451 p.
- Tangcharoensathien, Viroj et al., ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ [Les dépenses de services ambulatoires du régime de prestation de soins médicaux des fonctionnaires], 4ème livre de la série assurance maladie, Ministry of Public Health of Thaïlande, 1993, 60 p.

- Tangcharoensathien, Viroj et al., ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ [Les dépenses de services hospitalisés du régime de prestation de soins médicaux des fonctionnaires], 5ème livre de la série assurance maladie, Ministry of public health of Thaïlande, 1993, 75 p.
- Tangcharoensathien, Viroj et al., การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ. กรณีศึกษา พ.ศ.2538 [La réforme du régime de prestation de soins médicaux des fonctionnaires: cas d'étude de l'année 1995], Health System research Institute, 1997, 73 p.
- Tangcharoensathien, Viroj et al., บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544 [Comptes nationaux de la santé en Thaïlande 1994-2001], Health System research Institute, 2004, 105 p.
- Tanmanorn, Suntorn, โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค พ.ศ.2545-2552, [Le programme des 30 bahts pour soigner toutes les maladies de 2002 à 2009], Thai Research Fund, 2010, 101p.
- Tapaneeyakorn, Yuwadee, วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชการพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว [L'évolution de la médecine thaïlandaise de l'antiquité au règne du Roi Rama V], mémoire de la faculté de littérature de l'Université Chulalongkorn, Bangkok, 1979, 298p.
- Tantipidok, Yongsak, « การแพทย์แผนไทย: วาทกรรมสร้างรัฐชาติ วิทยาศาสตร์และภูมิปัญญา » [La médecine traditionnelle thaïlandaise: un discours sur la création de la Nation, des sciences et des connaissances], article soutenu par le Centre d'anthropologie de la Princesse Sirindhorn, 2003.
- Wasi, Prawet, « การสาธารณสุขเพื่อมวลชน » [La santé publique pour tous], in Jantornwong, Sombat & Thanapornpan, Rangsan (éd.), รักเมืองไทย: รวมบทความวิชาการทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ เพื่อเป็นเกียรติแด่ ศาสตราจารย์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ในโอกาสครบรอบอายุ 60 ปี [Aimer la Thaïlande: les articles des sciences sociales et des sciences humaines pour la commémoration du 60 ème anniversaire de Professeur Puay Ungpakorn], Presses de Thaiwattanapanich, Bangkok, 1976.
- Wasi, Prawet, สาธารณสุขกับพุทธธรรม [La santé publique et le bouddhisme], la Fondation de Komolkeemthong, 1978, 159 p.
- Wasi, Prawet, « ก้าวต่อไปของการศึกษาด้านสาธารณสุขไทย » [L'étape suivante de l'éducation à la santé publique en Thaïlande], *Health system research journal Thailand*, vol.2, n° 1, 1994, pp. 8-15.
- Wibulpolprasert, Suwit (éd.), 25ปีขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย [Les 25 ans du mouvement de l'Association des médecins des zones rurales de Thaïlande], Organisation Mondiale de la Santé, 2003, 286 p.
- Wongsangiam, Tanwa. รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ.2475-2500 [La Thaïlande et la santé de la population de 1932 à 1957], Memoire de l'Université de Chulalongkorn, Bangkok, 2010.

## 2. Environnement socio-économique

- Bhanomyong, Pridi,เค้าโครงการเศรษฐกิจ [Le projet de plan de développement économique], Bangkok, Institut de Pridi Bhanomyong, 1999, 216 p.
- Buddhadasa, Bhikkhu, Prayudh, Payutto & Wasi, Prawet, สุขภาพทางจิตวิญญาณ : สุขภาพทางปัญญา [La santé spirituelle: la santé de la sagesse], Institut de recherche du système de santé, 2002, 49 p.

- Chanwit, Pokpong (éd.), *60 ปีเศรษฐกิจไทย [60 ans d'économie thaïlandaise]*, Open books, Bangkok, Thaïlande, 2008, 640 p.
- Chatphonrak, Punnee, Sirisuk, Prakaithong & Petchlertanan, Thamrongsak, (tras.), *การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ โดย ทักษ์ เฉลิมเกียรติ [Charoemtiarana, Thak, Thailand: The Politics of Despotism]*, texte intégral en thaïlandais moderne avec introductions et notes, The Foundation for the promotion of Social Science and Humanities Textbooks Project, 2<sup>e</sup> édition, 2005, 470 p.
- Chitbundid, Chanida, *โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ : การสถาปนาพระราชอำนาจนำในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว [Les projets royaux: la réalisation de l'hégémonie royale du roi Bhumibol]*, Bangkok, The Foundation for the promotion of Social Science and Humanities Textbooks Project, 2007, 545 p.
- Chunsom, Nada, *รายงานฉบับสมบูรณ์ การบริหารการเงินของวัดในประเทศไทย [Le rapport: la gestion financière des temples en Thaïlande]*, Bangkok, NIDA, 2012, 106 p.
- Dejchot, Thantima, *ความช่วยเหลือทางวิชาการของสหรัฐอเมริกาต่อประเทศไทย พ.ศ.2493-2516 [L'assistance technique des États-Unis pour la Thaïlande de 1950 à 1973]*, Mémoire de l'Université de Kasetsart, Bangkok, 2006,
- Den-Udom, Maitree, *โลกพระศรีอารีย์ของปรีดี พนมยงค์ [L'utopie de Pridi Banomyong]*, Sukapabjai, 2010, 258 p.
- Fondation Arom Pongpangan, *ประวัติศาสตร์ขบวนการแรงงานไทย [Histoire du syndicalisme thaïlandais]*, Bangkok, Pimtula, 1990, 183 p.
- Jamjaras, Piman, (trans.), *หมอฝรั่งในวังสยาม โดย มัลคอล์ม สมิธ [Smith, Malcolm, A physician at the Court of Siam]* texte intégral en thaïlandais moderne avec introductions et notes, Bangkok, Sangdao Publishing, 4<sup>e</sup> édition, 2008, 274p.
- Kosiyanon, Lily, *รูปแบบการพัฒนาชนบทของประเทศไทย [Le modèle de développement dans les zones rurales en Thaïlande]*, Research series report, n° 48, Thammasat University, 1984, 237 p.
- Laothammatat, Anek, *ทักษิณานิยม [Populisme de Thaksin]*, Institut du Roi Prajadhipok, 166 p.
- Office of His Majesty's Principal Private Secretary, *ประมวลพระราชดำรัสและพระบรมราโชวาทที่พระราชทานในโอกาสต่างๆปี พุทธศักราช 2534 [Les discours du roi Rama IX de l'année 1991]*, Bangkok, Office of His Majesty's Private Secretary, 1992, 598 p.
- National Research Council, *เศรษฐกิจพอเพียงของในหลวงกับการวิเคราะห์ความหมายของนักเศรษฐศาสตร์ [Économie suffisante du Roi Rama IX et la définition des économistes]*, Bangkok, 1999, 69 p.
- Pensri, Chatree, *วาทกรรมการพัฒนาของรัฐไทย พ.ศ. 2504-2539 [Les discours sur le développement de la Thaïlande de 1961 à 1996]*, mémoire de faculté des sciences politiques, Université de Chulalongkorn, 2000.
- Petchlertanan, Thamrongsak, *บทบาททางการเมืองของจอมพลถนอม กิตติขจร พ.ศ.2506-2516 [Le rôle politique du général Thanom Kittikachorn de 1963 à 1973]*, thèse de la faculté de littérature de l'Université de Chulalongkorn, 2007.
- Phongpaichit, Pasuk et al., *ลุกขึ้นสู้: ขบวนการประชาชนร่วมสมัย [Lutte: Mouvement populaire contemporain]*, Thai Research Fund, 2000, 448 p.
- Pintobtang, Prapat, *การเมืองบนท้องถนน; 99 วันสมัชชาคนจนและประวัติศาสตร์การเดินขบวนชุมนุมประท้วงในสังคมไทย [La politique de la rue: 99 jours avec l'Assemblée des pauvres et l'histoire de la manifestation dans la société thaïlandaise]*, Kled Thai, 1998, 252 p.

- Pisitsettakarn, Pran, *ทักษิณกับนโยบายสังคม* [Thaksin et ses politiques sociales], Matichon, 2004, 414 p.
- Pisitsettakarn, Pran, *ทักษิณนิคมิกส์และ CEO ประเทศไทย* [Thaksinomics et le PDG de la Thaïlande], Matichon, 2004, 414 p.
- Pisitsettakarn, Pran, *ทักษิณบนเวทีเอเชียและโลก* [Thaksin dans la politique de l'Asie et mondiale], Matichon, 2004, 303 p.
- Puntasen, Apichai et al., *โครงการสังเคราะห์งานวิจัย ข้อเสนอและบทความเกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียง* [Synthèse des recherches et des littératures concernées de l'économie suffisante], Conseil National de recherche de la Thaïlande , 2006, 113 p.
- Puntasen, Apichai (éd.), *สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียง* [Synthèse des connaissances de l'économie suffisante], Conseil National de recherche de la Thaïlande , 2006, 312 p.
- Rural and Social Management Institute, *แผนที่เดินทางเศรษฐกิจพอเพียง* [La carte d'économie suffisante], Thai Research Fund, 2009, 260 p.
- Siamwalla, Ammar, *ข้าวในเศรษฐกิจไทย* [Le riz et l'économie thaïlandaise], Presses de l'Université Thammasat, 1979, 176 p.
- Siamwalla, Ammar (éd.), *สินเชื่อในชนบทประเทศไทย* [Les crédits financiers dans les zones rurales en Thaïlande], Presses de l'Université Thammasat, 1991, 326 p.
- Sophonsiri, Santisuk (éd.), *ชีวิตพอเพียง หมอเกษม วัฒนชัย* [Vie suffisante: l'autobiographie de Kasem Wannachai, Morchaoban, 2008, 665 p.
- Supawong, Chuchai & Kadkarnklai, Yuwadee (éds.), *ประชาสังคม: ทรรศนะนักคิดในสังคมไทย* [Société civile: point de vue des penseurs de la Thaïlande], Matichon, 1997, 187 p.
- Tan, Edita & Naiyavitti, Wannasiri, *การกระจายการศึกษาในระบบโรงเรียนในประเทศไทย* [La répartition de l'éducation au niveau scolaire en Thaïlande], Research series report, n° 26, Thammasat University, 1980, 52 p.
- Terdudomtham, Thammawit, *เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยนโยบายเขตการค้าเสรีของไทย* [L'économie politique de la zone de libre-échange de la Thaïlande], Rapport de recherche n° 8, WTO Watch, Thaïlande, 2008, 180 p.
- Thongsila, Suranuch, (tras.), *โคกนาฏกรรมสยาม : การพัฒนาและการแตกสลายของสังคมไทยสมัยใหม่ โดย วอลเดน เบลโล, เซียร์ คันนิงแฮม และ ลี เค็ง ปอห์* [A Siamese Tragedy: Development and Disintegration in Modern Thailand], texte intégral en thaïlandais moderne avec introductions et notes, Fondation Komol Khemthong, 2 ème édition, 1999, 428 p.
- Treerat, Nualnoi & Ngamarunchot, Bank, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า* [Politique et la balance du pouvoir dans le régime de l'UCS], Bangkok, 2012, 95 p.
- Trisuriyathamma, Pinyo (éd.), *พิษทักษิณ* [Toxic Thaksinomics], Open Books, 2004, 233 p.
- Tulathon, Chaitawat. *พระพรหมช่วยอำนาจให้ขึ้นฉ่ำ : เศรษฐกิจการเมืองว่าด้วยทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์หลัง 2475* [Grâce au Bhrama : l'économie politique du Bureau des propriétés de la Couronne après 1932]. Fadiaokan, 2014. 414 p.
- Wasi, Prawet, *ประชาธิปไตย 2535* [Démocratie en 1992], Morchaoban, 1992, 200 p.
- Wasi, Prawet, *ชุมชนเข้มแข็ง: ทุนทางสังคมไทย* [Communauté forte: le capital social de la Thaïlande], Bureau de fond social de la Banque d'épargne du gouvernement, 1999.
- Wasi, Prawet, *การปฏิวัติเงียบสู่โลกดุลยภาพ* [Révolution silencieuse pour l'équilibre du monde], Morchaoban, 2004, 202 p.
- Wasi, Prawet, *จาก หมอประเวศ ถึง ทักษิณ* [Lettres de Prawet envoyées à Thaksin], Matichon, 2006, 214 p.

- Wasi, Prawet, เศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม: แนวทางพลิกฟื้นเศรษฐกิจสังคม [Économie suffisante: guide de la reprise économique et sociale], Morchaoban, 2007, 89 p.
- Wasi, Prawet, บนเส้นทางชีวิต [Autobiographie de Prawet Wasi], Morchaoban, 2011, 856 p.
- Wesarat, Pratchaya, การประถมศึกษาในชนบทไทย [l'éducation primaire dans les zones rurales en Thaïlande], Bangkok, Presses de l'Université de Thammasat, 1984, 305 p.
- Wongboonsin, Kua, การวิเคราะห์อุปสงค์อุปทานของการใช้การวางแผนครอบครัว: กรณีประเทศไทย พ.ศ. 2527 [Analyse de la demande et de l'offre du plan familial en Thaïlande en 1984], Institute of Population studies, Chulalongkorn University, 1989, 45 p.

## **SOURCES DE PRESSE EN THAÏ**

*PostToday*  
*Manager*  
*KomChadLeuk*  
*SiamRat*  
*Matichon*  
*Prachachaturakij*  
*Thairat*

## **2. OUVRAGES, ARTICLES ET MEMOIRES EN LANGUE FRANÇAISE**

### **1. Santé publique**

- Beaussier, Anne-Laure, *La santé aux États-Unis: Une histoire politique*, Paris, Presses de SciencesPo, 2016, 254 p.
- Boccard Steve, *Responsabilité médicale et qualité des soins: Une analyse économique du droit*, Sarrebrück, Editions Universitaires Européennes, 2009, 287 p.
- Caudron, José et al., *Main basse sur l'assurance maladie*, Paris, Edition Syllepse et Fondation Copernic, 2003, 133 p.
- David, Pierre-Marie, « La santé: un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international? », *Socio-logos*, 6, 2011.
- Foucault, Michel, *Histoire de la Médicalisation*, Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'Université de l'État de Rio de Janeiro, octobre 1974.
- Foucault, Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? », *Première conférence sur l'histoire de la médecine, Institut de médecine sociale, Université d'État de Rio de Janeiro*, Centro biomedico, octobre, 1974.
- Foucault, Michel, *Naissance de la Biopolitique: Cours au Collège de France 1978-1979*. Edition établie sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Michel Senellart, Paris, Gallimard Seuil, 2004.
- Lambert, Denis-Clair, *Les systèmes de santé*, Paris, Seuil, 2000, 522 p.
- Majnoni d'Intignano, Béatrice, *Economie de la santé*, Paris, PuF (Thémis), 2001, 464 p.
- Majnoni d'Intignano, Béatrice, *Santé et économie en Europe*, Paris, PuF (Thémis), 2009, 128 p.
- Organisation Mondiale de la Santé, *Système de financement de la santé: comment réduire les dépenses de santé catastrophiques*, 2005 ; acquis du site: [http://www.who.int/health\\_financing/pb\\_number\\_2\\_fr.pdf](http://www.who.int/health_financing/pb_number_2_fr.pdf)
- Perrot, Jean & de Roodenbeke, Eric, *La contractualisation dans les systèmes de santé: Pour une utilisation efficace et appropriée*, Paris, Karthala, 2005, 572 p.

Potvin, Louise, Moquet, Marie-José et Jones, Catherine M. (éd.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Paris, Institut National de prévention et d'éducation pour la santé, 2010, 380 p.

## 2. Environnement socio-économique

Audier, Serge, *Léon Bourgeois: Fonder la solidarité*, Paris, Michalon, 2007, 126 p.

Audard, Cathérine, (trans.), *Rawls, John Theory of justice*, texte intégral en français moderne avec introductions et notes, Paris, Editions Points, 2009, 666 p.

Bourdieu, Pierre, *Raisons Pratiques: Sur la théorie de l'action*, Essais, 1996, 256 p.

Courtois, Stéphane, « Droit et démocratie chez John Rawls et Jürgen Habermas : fondationnalisme des droits ou démocratie délibérative ? », *Politique et Sociétés*, vol. 22, n° 2, 2003, p. 103-124.

Chokrane, Bertrand (tra.), Schulthesis, Franz & Paugam, Serge (éds.), *Georg Simmel: Les pauvres*, texte intégral en français moderne avec introductions et notes, Paris, PuF, 4ème édition, 2011, 102 p.

Dovert, Stéphane & Ivanoff, Jacques (éds.), *Thaïlande contemporaine*, Bangkok, IRASEC, 2011, 624 p.

Revisé, Nicolas, « Le système Thaksin: coup de frein au processus de démocratisation ou voie thaïlandaise vers la démocratie? », *Les Études du CERI*, n°115, 2005.

Rosanvallon, Pierre, *La crise de l'État-providence*, Paris, Seuil, 1981, 183 p.

Rosanvallon, Pierre, *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Seuil, 1990, 384 p.

Roux, Vincent, *Le Mirage de l'Etat providence*, Paris, L'Harmattan, 2007, 371 p.

Spitz, Jean-Fabien, « John Rawls et la question de la justice sociale », *Études* 2011/1 (Tome 414), p. 55-65.

## 3. OUVRAGES, ARTICLES ET MEMOIRES EN LANGUE ANGLAISE

### 1. Santé publique

Acemoglu, Daron & Johnson, Simon, « Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth », *Journal of Political Economy*, vol. 115, n° 6, 2007, pp. 925-985.

Anand, Sudhir, Peter, Fabienne, & Sen, Amartya (éds.), *Public Health, Ethics and Equity*, Oxford, Oxford University Press, 2004, 316 p.

Bachrach, Susan, « In the Name of Public Health-Nazi Racial hygiene », *The New England Journal of Medicine*, 351, 2004, pp.417-420.

Bambra et al., « Toward a politics of health », *Health Promotion International*, vol.20, n°2, 2005, pp.187-190.

Bambra, Clare & Katherine, Smith, « Politics and Health » in Naidoo, J. & Wills, J. (éds.), *Health Studies*, London, 2nd edition Palgrave MacMillan, 2008, pp. 257-287.

Beauchamp, Tom L. & Childress James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1994, 480 p.

Benjakul, Sarunya, *Equity of Health Care Utilization by the Elderly Population in Thailand during the Periods of the Economic Bubble and after the Economic Crisis: Human Security and Health Policy Options*, Tokyo, Policy and Governance Working Paper Series, n° 52, Keio University, 2004, 30 p.

- Boonyoen, Damrong, Wongboonsin, Kua, Tangcharoensathien, Viroj & Wongboonsin, Patcharawalai, *The impact of the crisis on population and reproductive health in Thailand*, Actes de la conférence du 15-17 octobre, Bangkok, 1998, 50 p.
- Britran, Ricardo & Giedion, Ursula, *Waivers and exemptions for health services in developing countries*, The World Bank, 2002, 87 p.
- Capp, Stan, Savage, Sally & Clarke, Valerie, « Exploring distributive justice in health care », *Australian health review*, vol.24, n°2, 2001, pp. 40-44.
- Chandarasorn, Voradej, « Implementation of primary health care policy in Thailand: An analysis of strengths and weakness in the management system », *The Journal of Development Administration*, vol.30, n°3, 1990, pp.39-60.
- Chayovon, Napaporn, Kamnuansilp, Peerasit & Knodel, John, *Demographic and Health Survey 1987*, Bangkok, Institute of Population studies, Chulalongkorn University, 1988, 217 p.
- Childress, James et al., « Public health ethics: Mapping the terrain », *Journal of Law, medicine & ethics*, 30, 2002, pp. 170-178.
- Cohen, Paul T., « Public health in Thailand: changing medical paradigms and disease patterns in political and economic context », in Lewis, Milton J. & McPherson Kerrie L. (éds.), *Public Health in Asia and the Pacific: Historical and comparative perspectives*, Abingdon, Routledge, 2008, pp. 106-121.
- Coward, Harold & Ratanakul, Pinit (éds.), *A Cross cultural Dialogue on Health Care Ethics*, Waterloo (Ontario), Wilfrid Laurier University Press, 1999, 288 p.
- Culyer, Anthony J. & Newhouse Joseph P. (éds.), *Handbook of Health Economics: volume 1A*, Amsterdam, Elsevier Science B.V., 2000, pp. 1-890.
- Culyer, Anthony J. & Newhouse Joseph P. (éds.), *Handbook of Health Economics: volume 1B*, Amsterdam, Elsevier Science B.V., 2000, pp. 891-1910.
- Culyer, Anthony J., « Equity-some theory and its policy implications », *Journal of Medical Ethics*, 27, 2002, pp. 275-283.
- Cutler, David M., Lleras-Muney, Adriana & Vogl, Tom, « Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms », *NBER Working paper n°14333*, 2008.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.
- Damrongplaisit, Kannika & Melnick, Glenn A., « Early Results From Thailand's 30 Baht Health Reform: Something to Smile About », *Health Affairs*, 28, n°3, 2009, pp. 457-466.
- Daniels, Norman, « Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles », *British Medical Journal*, 321(7272), 2000, pp. 1300-1301.
- Daniels, Norman, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008, 397 p.
- Daniels, Norman & Sabin, James E., *Setting Limit Fairly: Can we learn to share medical resource?*, Oxford, Oxford University Press, 2002, 191 p.
- Davis, John B. (éd.), *The Social Economics of Health Care*, Abingdon, Routledge, 2001, 290 p.
- Dawson, Angus (éd.), *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011, 248 p.
- Deaton, Angus, « Health, Inequality and Economic development », *Journal of Economic Literature*, vol.XLI march 2003, pp. 113-158.



- Dolan, Paul & Olsen, Jan A., *Distributing health care: Economics and ethical issues*, Oxford, Oxford University Press, 2002, 153 p.
- Douglas, Black, *Inequalities in Health: Report of a Research Working Groups*, DHSS, London, 1980.
- Dougherty, Charles J., « Bad Faith and Victim Blaming: The Limits of Health Promotion », *Health Care Analysis*, vol.1, 1993, pp.111-119.
- Eleftheriadis, Pavlos, « A Right to Health Care », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 40(2), 2012, pp.268-285.
- Executive Committee of the Eight Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine, *Siam in 1930: General and Medicial Features*, Bangkok, White Lotus Press, 2000, 332 p.
- Farmer, Paul, *Pathologies of power: health, human rights and the new war on the poor*, Berkeley, University of California Press, 2003, 402 p.
- Ferngren, Gary B., *Medicine & Health care in Early Christianity*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2009, 246 p.
- Ghislandi, Simone, Manachotphong, Wanwiphang, & Perego, Viviana M.E, « The impact of Universal Health Coverage on health care consumption and risky behaviours: evidence from Thailand », *Health Economics, Policy and Law*, 10(3), 2015, pp. 251–266.
- Granoff, Phyllis, « Cures and Karma II. Some Miraculous Healings in the Indian Buddhist Story Tradition. », *Bulletin de l'École française d'Extrême-Orient*; Tome 85, 1998, pp. 285-304.
- Goddard, Maria & Smith, Peter, *Equity of access to health care*, York, Center of Health Economics, University of York, 1998, 113p.
- Grossman, Michael, « On the concept of health capital and demand for health », *Journal of Political Economy*, 80, 1972, pp. 223-55.
- Hashimoto, Masanori & Hongladarom, Chira, *Effects of Child Death on Fertility in Thailand*, Bangkok, Research series report, n° 68, Thammasat University, 1978, 25 p.
- Health Insurance System Research Office, *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An Independent assessment of the first ten years (2001-2010)*, Bangkok, Health Insurance System Research Office, 2012, 120 p.
- Hodges, Jill R., Turner, Leigh & Kimball, Marie Ann, (éd.), *Risks and Challenges in Medical Tourism: Understanding the Global Market for Health Services*, Praeger, 2012, 329 p.
- Homedes, Nuria, Ugalde, Antonio & Forns, Joan R., « The World Bank, pharmaceutical policies, and health reforms in Latin America », *International Journal of Health Services*, 35(4), 2005, pp. 691-717.
- Hsiao, William C., « Health Care Financing in Thailand: Challenges for the Future », rapport de recherche présenté à l'atelier national pour le financement de la santé en Thaïlande, 1993.
- Hsiao, William C. (éd.), *Social Health Insurance for Developing Nations*, The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2007, 172p.
- Hughes, David & Leethongdee, Songkramchai, « Universal Coverage in The Land of Smiles: Lessons From Thailand's 30 Baht Health Reforms », *Health Affairs*, vol. 26, n°4, 2007, pp. 999-1008.
- Kawashi, Ichiro & Kennedy, Bruce P., « Income Inequality and Health: Pathways and Mechanisms », *Health Services Research*, 34(1), 1999.

- Kay, Adrian & Williams, Owain D. (éd.), *Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political Economy*, Londres, Palgrave MacMillan, 2009, 268 p.
- Keown, Damien, « Buddhism and Healthcare », *Japanese religions*, vol.37(1&2), 2012, pp.143-156.
- Kosulwat, Vongsvat, « The nutrition and health transition in Thailand », *Public Health Nutrition*, 5(1A), 2000, pp. 183-189.
- Kuhonta, Erik, « The political economy of equitable development in Thailand », *American Asian Review*, winter 2003, pp. 69-108.
- Kuhonta, Erik, « The Politics of Health Care Reform in Thailand », in Yi, Ilcheong (éd.), *Toward universal health care in emerging economies: opportunities and challenges*, Londres, Palgrave Macmillian, UK, 2017, pp. 91-118.
- Lai, Timothy Y.Y. & Leung, Gabriel M., « Equity and efficiency in healthcare: are they mutually exclusive? », *HKJ Ophthalmol*, vol.16, n°10, 2012, pp. 2-5.
- Lewis, Milton & MacPherson, Kerrie (éd.), *Public Health in Asia and the Pacific: Historical and comparative perspective*, Abingdon, Routledge, 2008, 320 p.
- Liamwattananon, Supon, Tangcharoensathien, Viroj & Prakongsai, Phusit, « Equity in financing healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand », *EQUITAP Project*, Working Paper no. 16, 2005, 35 p.
- Limwattana, Supon et al., « Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? », *BMC Public Health*, 12 (Suppl 1: S6), 2012.
- Liu, Gordon G. et al., « Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China », *Social Science and Medicine*, vol 55, 2002, pp. 1779-1794.
- Lotrakul, Manote, « Suicide in Thailand during the period 1998-2003 », *Psychiatry and Neurosciences*, n° 6, 2006, pp.90-95.
- Makinen, Marty. et al., « Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition », *Bulletin of the WHO* 78(1), 2000, pp. 55-65.
- Markle, William H., Fisher, Melanie A. & Smego, Raymond A.Jr. (éd.), *Understanding of global health*, New-York, McGraw Hill, 2007, 362 p.
- Mackenbach, Johan, Meerding, Willem J. & Kunst, Anton, *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, Bruxelles, European Communities, 2007, 159 p.
- McGuire, Alistair, Hendersen, John & Mooney, Gavin, *The economics of health care: An introductory text*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1988, 231 p.
- McIntyre, Di & Mooney, Gavin (éd.), *The Economics of Health Equity*, Cambridge, Cambridge University Press, 2007, 276 p.
- Mee-Udon, Farung, *The Contribution of Universal Health Insurance Coverage Scheme to villagers' wellbeing in Northeast Thailand*, Bath, thèse de l'Université de Bath, 2009, 353 p.
- Mongkolsmai, Dow, « The Social Welfare for Health Card », rapport de recherche présenté à l'atelier national pour le financement de la santé en Thaïlande, Novembre 12-13, Phetburi, 1993.
- Muksong, Chatchai & Cheungsatiansupm Komatra, « Medicine and Public Health in Thai Historiography: From an Elitist View to Counter-Hegemonic Discourse », in Monnais, Laurence & Cook J., Harold (éds.), *Global movements, Local Concerns: Medicine and Health in Southeast Asia*, Singapour, NUS Press, 2012, pp. 226-245.

- Mulholand, J. « Thai traditional medicine: Ancient thought and practice in Thai context», *Journal of the Siam Society*, 67, 1979, pp. 80-115.
- Naranong Viroj et Naranong, Achana, « The effects of medical tourism: Thailand's experience», *Bulletin World Health Organization*, 89, 2011, pp.336-344.
- Nishiura, Hiroshi et al., « Health inequalities in Thailand: Geographic distribution of medical supplies in the provinces», *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, vol.35, n° 3, 2004, pp. 735-740.
- Nitiyarumphong, Sanguan, *Struggling Along the Path to Universal Health Care for All*, NHSO, Thailand, 2006, 132 p.
- Nye, Robert A., « The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century », *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39 (2), 2003, pp.115-129.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, *Social capital, Human capital and Health: What is the Evidence?*, OECD, 2010, 40 p.
- Olsen, Jan B., « Theories of justice and their implications for priority setting in health care », *Journal of Health Economics*, 16, 1997, pp. 625-639.
- Pachanee, Cha-aim & Wibulpolprasert, Suwit, « Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand», *Health Policy and Planning*, 21(4), 2006, pp. 310-318.
- Pannarunothai, Supasit et al., « Financing reforms for the Thai health card scheme», *Health Policy and Planning*, 15(3), 2000, pp. 303-311.
- Panya, Laddawan, *Disparities in health and health care between Thai and hill tribe people at Poppra district, Tak province*, Mémoire en sciences médicales et sciences sociales de la santé, Bangkok, Université Mahidol, 2005, 150 p.
- Patcharanarumol, Walaiporn et al., « Why and How did Thailand achieve good health at low cost», in Balabanova, Dina, McKee, Martin et Mills, Anne, *Good health at low cost' 25 years on: What makes a successful health system?*, Londres, The London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2011, pp. 193-233.
- Phelps, Charles, *Health Economics*, new-York, HarperCollins Publishers, 1992, 559 p.
- Pitayangsarit, Siriwan, *The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses*, Londres, Thèse de l'Université de Londres, 255 p.
- Pocock, Nicola & Phua, Hong Kai, « Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia», *Globalization and Health*, 7:12, 2011, pp. 1-12.
- Porter, Dorothy, *Health, Civilization and the State*, Abigdon, Routledge, 1999, 389 p.
- Pramualrattana, Phromporn & Wibulpolprasert, Suwit (éds.), *Health Insurance Systems in Thailand*, Bangkok, HSRI, 2002, 228 p.
- Puaksom, Davisakd, « Of Germs, Public Hygiene, and the Healthy Body: The Making of the Medicalizing State in Thailand», *The Journal of Asian studies*, vol.66, n° 2, 2007, pp. 311-344.
- Puaksom, Davisakd, « A promise of desire: On the Politics of Health Care and Moral Discourse in Thailand 1950-2010 », in Bu, Liping & Yip, Ka-che (éds.), *Public Health and National Reconstruction in Post-War Asia: International influences, Local Transformations*, Abigdon, Routledge, 2014, pp. 175-196.
- Ruger, Jennifer P., *Health and Social Justice*, Oxford, Oxford University Press, 2009, 276 p.
- Sachs, Jeffrey D. et al., *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Genève, Report of Commission on Macroeconomic and Health, WHO, 2001, 200 p.

- Shrestha, Laura B., *Life Expectancy in the United States*, Washington, CRS Report for Congress, Congressional Research Service, 2006, 47 p.
- Singh, Prashant Kumar, Rai, Rajesh Kuma, Alagarajan, Manoj & Singh, Lucky, « Determinants of Maternity Care Service Utilization among Married Adolescent in Rural India », *Plos ONE*, 7(2), e3166, 2012.
- Smaje, Singh & Le Grand, Julian, « Ethnicity, Equity and The use of health service in the British NHS », *Social Science and Medicine*, vol. 45, n°3, 1997, pp. 485-496.
- Smith, James P., « Healthy bodies and thick wallets: the dual relationship between health and economic status », *J Econ Perspect*, 13(2), 1999, pp. 144-166.
- Somkotra, Tewarit & Lagrada, Leizel P., « Which Households Are At Risk Of Catastrophic Health Spending: Experience in Thailand After Universal Coverage », *Health Affairs*, 28, n°3, 2009, pp. 467-478.
- Soneji, Samir et al., « Racial Disparities in Stage-Specific Colorectal Cancer Mortality: 1960-2005 », *American Journal of Public Health*, vol 100, n°10, 2010, pp. 1912-1916.
- Supakankunti, Siripen, « Future prospect of voluntary health insurance in Thailand », *Health Policy and Planning*, 15(1), 2000, pp.85-94.
- Tangcharoensathian, Viroj et al. « The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? », *Social Science & Medicine*, 48, 1999, pp.913-923.
- Tangcharoensathien, Viroj et al, « Health impacts of rapid economic changes in Thailand », *Social Science & Medicine*, vol.51, 2000, pp.789-807.
- Teerawattananon, Yot, Tangcharoensathien, Viroj, Tantivess, Sripen & Mills, Anne, « Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda », *Health Policy*, vol. 26, 2003, pp. 323-338.
- Thorp, Willard L., « New International Program in Public Health », *American Journal of Public Health and The Nation's Health*, vol.40, n°12, 1950, pp. 1479-1485.
- Treerutkruakul, Apiradee, « Thailand's unsung heroes », *Bulletin de l'OMS*, 86(1), janvier, 2008.
- Van Doorslaer, Eddy & Koolman, Xander, « Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries », *Health Economics*, n°13, 2004, pp. 609-628.
- Van Doorslaer, Eddy & Van Outri, Tom, « Measuring inequality and inequity in health and health care », pp. 837-869, in Glied, Sherry et Smith, Peter C. (éd.), *Oxford Handbook on Health Economics*, Oxford, Oxford University Press, 2009, 992 p.
- Van Doorslaer, Eddy et al., « Equity in the delivery of health care in Europe and U.S. », *Journal of Health Economics*, vol. 19, 2000, pp. 553-583.
- Van Doorslaer, Eddy et al., *Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact*, EQUITAP Project: Working Paper n°2, 2005.
- Vilaithong, Villa, *A cultural History of Hygiene Advertising in Thailand, 1940- early 1980s*, Canberra, Australia National University ( ANU), 2006.
- Wagstaff, Adam, « Poverty and health sector inequalities », *Bulletin of the WHO* 80(2), 2002, pp.97-105.
- Wagstaff, Adam & Van Doorslaer, Eddy, « Equity in Health Care Finance and Delivery », pp. 1803-1862, in Culyer, Anthony J. et Newhouse, Joseph P., *Handbook of Economics: volume 1B*, Amsterdam, Elsevier, 2000, pp. 894-1910.
- Wagstaff, Adam & Manachatpong, Wanwiphang, *The Health Effects of Universal Health Care: Evidence from Thailand*, Policy Research Working Paper 6119, The World Bank Development Research Group, 2012.

- Whitehead, Magaret, « The concepts and principles of equity and health », *World Health Organization Regional Office for Europe*, Copenhagen, 18 p.
- Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 1997-1998*, Bangkok, 1999, 314 p.
- Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 1999-2000*, Bangkok, 2002, 492 p.
- Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 2001-2004*, Bangkok, 2005, 480 p.
- Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 2005-2007*, Bangkok, 2008, 480 p.
- Wibulpolprasert, Suwit (éd.), *Thailand Health Profile 2008-2010*, Bangkok, 2011, 510 p.
- Wibulpolprasert, Suwit & Pengpaibon, Paichit, « Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience », *Human Resource for Health*, 2003, pp. 1-17.
- Wibulpolprasert, Suwit et al., « International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand», *Human Resources for Health*, 2:10, 2004.
- Wibulpolprasert, Suwit et al., « Government use licenses in Thailand: The power of evidence, civil movement and political leadership», *Globalization and Health*, 7:32, 2011.
- Wikler, Daniel, « Personal and Social Responsibility for Health», *Ethics & International Affairs*, 16, n° 2, 2002, pp.47-55.
- World Health Organization, *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva, WHO, 2001.
- World Health Organization & World Trade Organization, *WTO Agreements & Public Health: A joint study by the WHO and the WTO secretariat*, Genève, WO, 2002, 171 p.
- Yiengprugsawan, Vasoontara et al., « Has universal health insurance reduced socioeconomic inequalities in urban and rural health service use in Thailand?», *Health & Place*, vol.16, 2010, pp.1030-1037.
- Yiengprugsawan, Vasoontara et al., « Explanation of inequality in utilization of ambulatory care before and after universal health insurance in Thailand», *Health Policy and Planning*, 26 (2), 2011, pp.105-114.
- Yip, Winnie C. et al., « Impact of Capitation Payment: The Social Security Scheme in Thailand », Bethesda, Major Applied Research 2, Working Paper No.4, Abt Association Inc., 2001, 100 p.
- Zysk Kenneth, *Asceticism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*, Oxford, Oxford University Press, 1991, 200 p.
- Zweifel, Peter, Breyer, Friedrich & Kifmann, Mathias, *Health Economics*, second edition, Berlin & Heidelberg, Springer-Verlag 2009, 529 p.

## 2. Environnement socio-économique

- Acemoglu, Daron & Robinson, James, « The Political Economy of the Kuznets Curve», *Review of Development Economics*, 6(2), 2002, pp.183-203.
- Acemoglu, Daron & Robinson, James, *Why Nations fail: The origins of power, prosperity and poverty*, Londres, Profiles, 2013, 529 p.
- Agénor, Pierre-Richard, Miller, Marcus, Vines, David & Weber, Axel, *The Asian Financial Crisis: Causes, Contagion and Consequences*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, 411 p.

- Akira, Suehiro, « Technocracy and Thaksinocracy in Thailand: Reforms of the Public Sector and Budget System under the Thaksin Government », *Southeast Asian Studies*, vol. 3, n° 2, 2014, pp. 299- 344.
- Andreoni, James, « Philanthropy », pp. 1202-1269, in Kolm, Serge-Christophe & Ythier, Jean Mercier (éds.), *Handbook of The economics of Giving, Altruism and Reciprocity*, vol. 2, Amsterdam, Elsevier, 2006, pp. 887-1588.
- Anuman Rajadhon, *Essays on Thai folklore / by Phraya Anuman Rajadhon*, Bangkok, Institute of Thai Studies, Chulalongkorn University, 2009.
- Baker, Chris & Phongpaichit, Pasuk, *Pridi by Pridi: Selected Writings on life, politics, and economy*, Chiang Mai, Silkworm Books, 2000, 295 p.
- Barme, Scot, *Luang Wichit Wathakan and the Creation of a Thai Identity*, Singapour, Institute of Southeast Asian Studies (ISEAS), 1993, 201 p.
- Betcherman, Gordon & Islam, Rizwanil (éd.), *East Asian Labor Markets and the Economic Crisis: Impacts, Responses & Lessons*, The World Bank, 2001, 492 p.
- Bhumirat, Chinnapat, et al., *Research and evaluation on the quality of primary education in Thailand*, Bangkok, Bridges project, 1987, 83 p.
- Bourdieu, Pierre, «The Forms of Capital» in Richardson (éd.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Westport, Greenwood Press, 1986, pp.241-258.
- Brown, Andrew, *Labour, Politics, and the State in Industrializing in Thailand*, Abingdon, RoutledgeCurzon, 2004, 174 p.
- Charumilind, Chutatong, Kali, Raja & Wiwattanakantang, Yupana, « Connected Lending: Thailand before Financial Crisis », *The Journal of Business*, vol.79, n° 1, 2006, pp. 181-218.
- Choeun, Hong, Godo, Yoshihisa & Hayami, Yujiro, « The economics and politics of rice export taxation in Thailand: A historical simulation analysis, 1950-1985 », *Journal of Asian Economics*, vol.17, 2006, pp. 103-125.
- Connors, Michael Kelly, *Democracy and National Identity in Thailand*, Copenhagen, NIAS Press, 2003, 293 p.
- Corbett, Jenny & Vines, David, « The Asian Crisis: lessons from the collapse of financial systems, exchange rates and macroeconomic policy », pp. 67-111 in Agénor, Pierre-Richard, Miller, Marcus, Vines, David & Webber, Axel (éds.), *The Asian Financial Crisis: Causes, Contagion and Consequences*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, 417 p.
- Cossmann, Brenda, « Reform, Revolution, or Retrenchment? : International Human Rights in the Post-Cold War Era », *Harvard International Law Journal*, vol. 32, n° 2, 1991, pp. 339- 352.
- Deolalikar, Anil, *Poverty, Growth and Inequality in Thailand*, Erd Workingpaper Series No. 8, Asian Development Bank, 2002.
- Dixon, Chris, *The Thai Economy: Uneven development and internationalisation*, Abingdon, Routledge, 1999, 316 p.
- Doner, Richard F., *The Politics of Uneven Development*, Cambridge University Press, 2009, 368 p.
- Eeckhoudt, Louis & Gollier, Christian, « The impact of prudence on optimal prevention », *Economy Theory*, vol. 26(4), 2005, pp. 989-994.
- Eeckhoudt, Louis, Rey, Béatrice & Schlesinger, Harris, « A good sign for multivariate risk taking », *Management Science*, vol. 53(1), 2007, pp.117-124.

- Englehart, A. Neil, *Culture and Power in Traditional Siamese Government*, Ithaca, Cornell University Press, 2001, 137 p.
- Esping-Andersen, Gosta, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990.
- Glassman, Jim, *Thailand at the Margins: Internationalization of the State and the Transformation of Labour*, Oxford, Oxford University Press, 2004, 264 p.
- Harper, Caroline, Jones, Nicola & McKay Andy, *Including children policy responses to economic crises*, UNICEF, 2010, 117 p.
- Hell, Stefan, *Siam and the League of Nations: Modernisation, Sovereignty and Multilateral diplomacy 1920-1940*, Bangkok, River Books, 2010, 300 p.
- Hewison, Kevin (éd.), *Political Change in Thailand: Crisis, Democracy and Participation*, Abingdon, Routledge, 1997, 301 p.
- Hoa, Tran Van & Harvie, Charles, *The causes and impact of the Asian financial crisis*, Londres, McMillan Press, 2000, 232 p.
- Hogue, Cavan (éd.), *Thailand's Economic Recovery*, Singapour, ISEAS, 2006, 111 p.
- Holliday, Ian, « Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia », *Political Studies*, 48(4), 2000, pp.706-723.
- Ikemoto, Yukio & Uehara, Mine, « Income inequality and Kuznets' Hypothesis in Thailand », *Asian Economic Review*, vol.14, n° 14, 2000, pp. 421-443.
- Jansen, Karel, *External finance in Thailand's development: an interpretation of Thailand's growth boom*, New York, Macmillan Press, 1997, 301 p.
- Jansen, Karel, « Thailand: The Making of Miracle? », *Development and Change*, vol. 32, issue 2, 2001, pp. 343-370.
- Jeong, Hyeok, *Sources of Kuznets Dynamics in Thailand*, thèse de l'Université de Chicago, Chicago, 2000.
- Jitsuchon, Somchai, *Alleviation of Rural Poverty in Thailand*, Bangkok, TDRI, 1989, 80 p.
- Jones, Nicola & Marsden, Hannah, *Assessing the impacts of and responses to the 1997-98 Asian financial crisis through a child rights lens*, UNICEF, 2010, 122 p.
- Kitiarsa, Pattana (éd.), *Religious commodifications in Asia: Marketing Gods*, Londres, Routledge Taylor & Francis, 2008, 265 p.
- Krongkaew, Medhi, *The Distributive Impact of Government's Policies: An Assessment of the Situations in Thailand*, Bangkok, Research series report, n° 83, Thammasat University, 1980, 135 p.
- Khrongkaew, Medhi, « Capital flows and economic crisis in Thailand », *The developing Economies, 1999*, pp. 395-416.
- Krongkaew, Medhi & Tongudai, Pawadee, *The Growth of Bangkok : Economics of Unbalanced Urbanization and Development*, Bangkok, Research series report, n° 90, Thammasat University, 1984, 68 p.
- Krongkaew, Medhi & Kakwani, Nanak, « The growth-equity trade-off in modern economic development: the case of Thailand », *Journal of Asian Economics*, vol. 14, 2003, pp. 735-757.
- Khrongkaew, Medhi, Chamnivickorn, Suchitra & Nitithanprapas, Isriya, *Economic growth, employment, and poverty reduction linkages: The case of Thailand*, Genève, International Labour Organization, 2006, 50 p.
- Kittiprapas, Sauwalak, *Social Impacts of Financial and Economic crisis in Thailand*, EADN Regional Project on the social impact of the Asian financial crisis, 2002, 29 p.
- Krueger, Anne O., Schiff, Maurice & Valdés, Alberto, « Agriculture incentives in developing countries: measuring the effect of sectoral and economy wide policies »,

- World Bank Economic Review*, vol 2, no 3, 1988, pp. 255-271. Kuznets, Simon, « Economic growth and income inequality », *The American Economic Review*, vol.45, n° 1, 1955, pp. 1-28.
- Lauridsen, Laurids S., « The Financial Crisis in Thailand: Causes, Conduct and Consequences? », *World Development*, vol.26, n° 8, 1998, pp. 1575-1591.
- Lee, Chung H. (éd.), *Financial Liberalization and the Economic Crisis in Asia*, RoutledgeCurzon, 2003, 233 p.
- McCargo, Duncan (éd.), *Reforming Thai Politics*, Copenhagen, NIAS, 2002, 291 p.
- McCargo, Duncan & Pathamanand, Ukrit, *The Thaksinization of Thailand*, Copenhagen, NIAS Press, 2005, 277 p.
- McGregor, Andrew, *Southeast Asian Development*, Abingdon, Routledge, 2008, 251 p.
- Mead, Kullada Kesboonchoo, *The Rise and Decline of Thai Absolutism*, Abingdon, Routledge, 2004, 240 p.
- Meesook, Oey Astra, *Income Distribution in Thailand*, Bangkok, Research series report, n° 50, Thammasat University, 1976, 183 p.
- Meesook, Oey Astra, *A Study of Disparities in Income and Social Services Across Provinces in Thailand*, Bangkok, Research series report, n° 7, Thammasat University, 1978, 103 p.
- Menkhoff, Lukas & Suwanaporn, Choedchai, « 10 years after the crisis: Thailand's financial system reform », *Journal of Asian Economic*, n° 18, 2007, pp. 4-20.
- Motonishi, Taizo, « Why has income inequality in Thailand increased?: An analysis using survey from 1970 to 1998 », *Japan and the World Economy*, vol.18, 2006, pp. 464-487.
- Muscat, Robert J., *Thailand and the United States: development, security and foreign aid*, New-York, Columbia University Press, 1990, 377 p.
- Murashima, Eiji, « The Origin of Modern Official State Ideology in Thailand », *Journal of Southeast Asian Studies*, vol. 19, n°1, 1988, pp. 80-96.
- Nabarath Dilok, Prince., *Siam's rural Economy under King Chulalongkorn*, Bangkok, White Lotus Press, 2000, 314 p.
- Nethipo, Viengrat, « Thailand's divided civil society at time of crisis », in Ganesan, Narayanan & Dürkop, Colin (éd.), *Civil society and democracy in Southeast Asia and Turkey*, Berlin, Konrad-Adenauer-Shiftung, 2015, pp. 160-197.
- Nitungkorn, Sukanya, , « The problem of Secondary Education Expansion in Thailand », *Southeast Asian Studies*, Vol. 26, n° 1, 1988, pp. 24-41.
- North, Douglass C., *Institutions, Institutional change and economic performance*, Cambridge University Press, 1990, 152 p.
- Ouyanont, Porphant, « Bangkok's Population and the Ministry of the Capital in Early 20th Century Thai History », *Southeast Asian Studies*, Vol. 35, n° 2, September 1997, pp. 240-260.
- Ouyyanont, Porphant, « The Crown Property Bureau in Thailand and the Crisis of 1997 », *Journal of Contemporary Asia*, vol. 38, n°1, 2008, pp. 166-189.
- Phatharathananunth, Somchai, *Civil Society and Democratization: Social Movements in Northeast Thailand*, Copenhagen, NIAS Press, 2006, 251 p.
- Phatharathananunth, Somchai, « Civil Society Against Democracy », *Cultural Anthropology website*, 23 sept. 2014.
- Phongpaichit, Pasuk, Phiriyarangsarn, Sangsit & Treerat, Nualnoi, *Challenging social exclusion: rights and livelihood in Thailand*, International Institute for Labour Studies: United Nations Development Program, 1996, 122 p.



- Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *Thailand's Boom and Bust*, Chiang Mai, Silkworm Books, 1998, 367 p.
- Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *Thailand: Economy and Politics*, second edition, Oxford, Oxford University Press, 2002, 509 p.
- Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *Thaksin: The business of politics in Thailand*, Silkworm books, 2004, 302 p.
- Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, *Thai Capital after the 1997 Crisis*, Chiang Mai, Silkworm Books, 2008, 326 p.
- Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris, « Thaksin's Populism ». p. 66. in Mizuno, Kosuke & Phongpaichit, Pasuk. (éd.). *Populism in Asia.*, Singapour & Kyoto, NUS Press & Kyoto University Press, 2009, pp. 66-93.
- Pitidol, Thorn, « Redefining democratic discourses in Thailand's civil society », *Journal of Contemporary Asia*, 2016.
- Polsiri, Piruna & Wiwattanakantang, Yupana, *Business Groups in Thailand : Before and after the East Asian Financial Crisis*, Tokyo, CIE Working Paper Series, n°2004-13, Institute of Economic Research Hitotsubashi University, 2004, 46 p.
- Polsiri, Piruna & Wiwattanakantang, Yupana, « Coporate Governance of Banks in Thailand », pp. 315-390 in Nam, Sang-Woo & Lum, Chee Soon (éds.), *Coporate Governance of Banks in Asia*, Manille, ADBI, 2006, 390 p.
- Potter, David M., *Japan's foreign aid to Thailand and the Philippines*, New-York, St. Martin's Press, 1996, 206 p.
- Putnam D., Robert, Leonardi, Robert et Nonetti Y. Rafaella, *Making Democracy work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton, Princeton University Press, 1993, 286 p.
- Putnam D., Robert, « Turning In, Turning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America », *Political Science and Politics*, vol.2 8, no.4, 1995, pp. 664-683.
- Putnam D., Robert., « Bowling Alone: America's Declining Social Capital », *Journal of Democracy*, 6(1), 1995, pp.65-78.
- Putnam D., Robert, *Bowling Alone: The Collapse and Revival of America Community*, New-York, Simon and Schuster, 2000, 544 p.
- Putnam D., Robert.(éd.), *Democracies in Flux: The Evolution of Social Capital in Contemporary Society*, Oxford, Oxford University Press, 2004, 528 p.
- Ramesh, M., « Economic Crisis and its Social Impacts: Lessons from the 1997 Asian Economic Crisis », *Global Social Policy*, vol. 9, n° 1, 2009, pp. 79-99.
- Salguero, C. Pierce, *Traditional Thai Medicine: Buddhism, Animism, Ayurveda*, Prescott, HOHM Press, 2007, 142 p.
- Santiprabhob, Veerathai, *Lesson Learned From Thailand's Experience with Financial-Sector Restructuring*, Bangkok, TDRI, 2003, 84 p.
- Scott, Rachele M., *Nirvana for Sale?: Buddhism, Wealth, and the Dhammakaya Temple in Contemporary Thailand*, Albany, State University of New York Press, 2009, 256 p.
- Self, Sharmistha & Grabowski, Richard, « The Asian financial crisis: Impact of human development », *Review of Applied Economics*, Bruxelles, The European Commission, 2006, vol. 2, n° 2, pp. 245-257.
- Skinner, G. William, *Chinese Society in Thailand: An Analytical History*, New York, Cornell University Press, 1967, 488p.
- Subbarao, Kalanidhi & Rudra, Kaushik, *Protecting the Disadvantages in a High Growth Economy: Safety Nets in Thailand*, Poverty and Social Policy discussion paper, no. PSP 97, The World Bank, 1996.

- Terwiel, Barend J., *Thailand's Political History: From 13th century to recent times*, Bangkok, River Books, 2005, 344 p.
- Thongpakde, Nattapong & Paitoonpong, Sravooth, , « Thailand Country Paper», pp. 125-175, in *Impact of the Asian Financial Crisis on the Southeast Asian Transitional Economies*, Rapport de conférence du 21-22 janvier, Phnom Penh, 1999, 175 p.
- Townsend, Robert M., *Financial systems in developing economies: growth, inequality, and policy evaluation in Thailand*, Oxford, Oxford University Press, 2011, 452 p.
- Walker, Andrew, *Thailand's political peasants: Power in the modern rural economy*, The University of Wisconsin Press, 2012, 276 p.
- Warr, Peter G. & Nidhiprabha, Bhanupong, *Thailand's Macroeconomic Miracle: Stable Adjustment and Sustained Growth*, Kuala Lumpur, Oxford Univ. Press, 1996, 257 p.
- Warr, Peter, « Is growth good for the poor?: Thailand's boom and bust », *International Journal of Social Economics*, vol. 27, n° 7/8/9/10, 2000, pp. 862- 877.
- Warr, Peter, « Globalization, Growth, and Poverty Reduction in Thailand », *ASEAN Economic Bulletin*, vol.21, n° 1, 2004, pp. 1-18.
- Warr, Peter, « Thailand's Development Strategy and Growth Performance», Working paper n° 2011/02, UNU-WIDER, 2011, pp. 1-27.
- Wenar, Leif, "John Rawls", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2017 Edition), Edward N. Zalta (ed.), <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/rawls/>.
- Wilkinson, Richard G., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Abingdon, Routledge, 1996, 255p.
- Wong, Kar-Yiu, « Housing Market Bubbles and the Currency Crisis: The case of Thailand», *Japanese Economic Review*, vol.52, n° 4, 2001, pp.382-404.
- Woods, Ngaire, « Understanding Pathways Through Financial Crises and the Impact of the IMF: An Introduction», *Global Governance*, n° 12, 2006, pp. 373-393.
- Yonemura, Akio (éd.), *Universalization of Primary Education in the Historical and Development Perspective*, Tokyo, Institute of Developing Economies, 2007, 398 p.
- Yoshifumi, Tamada, *Myth and Realities: The Democratization of Thai Politics*, Kyoto, Kyoto University Press, 2008, 356 p.
- Tamada, Yoshifumi, « Democracy and Populism in Thailand». pp. 94-108. in Mizuno, Kosuke & Phongpaichit, Pasuk, (éd.). *Populism in Asia*, Singapour & Kyoto, NUS Press & Kyoto University Press, 2009, pp. 94-111.
- Zimmerman, Carle C., *Siam: rural economic survey, 1930-1*, Bangkok, Times Press, 1931.
- Zimmerman, Carle C., « Some phases of land utilization in Siam », *Geographical Review*, 27, pp. 373-393, 1936.

## II. QUESTIONNAIRES D'ENQUÊTE DE TERRAIN

### **1. Programme de l'UCS.**

1. Quel est l'idéologie et l'objectif du programme de l'UCS ?
2. Quel est le lien entre le programme de l'UCS, le bouddhisme et la médecine préventive?
3. Quelle est la différence entre le programme de l'UCS du gouvernement de Thaksin et votre programme de l'UCS préféré?
4. Quel sont les résistances et les groupes d'intérêt partie prenantes du programme de l'UCS? Comment négocient-ils pour réaliser le programme de 30 bahts?
5. Comment le programme de l'UCS réforme-t-il l'administration de santé et les institutions dans le système de santé? Comment la décentralisation affecte le pouvoir central et le pouvoir du ministère de la Santé publique?
6. Comment le programme de l'UCS impacte l'économie thaïlandaise et les inégalités du système de santé?
7. Comment le programme de l'UCS influence l'attitude, l'idée et le comportement des Thaïlandais?
8. Votre opinion pour améliorer le programme de l'UCS?

### **2. Autres questions.**

1. Est-ce que la chute du gouvernement de Thaksin impacte le système de santé? Comment?
2. Selon vous, quel serait le régime politique idéal pour réduire les inégalités sociales et les inégalités dans le système de santé?

### III. PERSONNES INTERROGÉES

Pour des raisons évidentes, il nous a paru indispensable de préserver l'anonymat des 25 personnes interrogées, dont le profil est le suivant :

	<b>Prénom</b>	<b>Sexe</b>	<b>Profession</b>	<b>Date d'interview</b>
1	A	masculin	chercheur	15 janvier 2016
2	B	masculin	universitaire	15 janvier 2016
3	C	masculin	universitaire	15 janvier 2016
4	D	masculin	professionnel de santé	21 janvier 2016
5	E	masculin	journaliste	22 janvier 2016
6	F	masculin	décideur politique	26 janvier 2016
7	G	féminin	universitaire	27 janvier 2016
8	H	masculin	décideur politique	19 février 2016
9	I	masculin	décideur politique	10 mars 2016
10	J	féminin	décideur politique	11 mars 2016
11	K	masculin	décideur politique	12 mars 2016
12	L	masculin	universitaire	12 mars 2016
13	M	féminin	militant d'ONG	19 mars 2016
14	N	féminin	militant d'ONG	20 mars 2016
15	O	masculin	militant d'ONG	22 mars 2016
16	P	féminin	militant d'ONG	18 avril 2016
17	Q	féminin	professionnel de santé	7 mai 2016
18	R	masculin	militant d'ONG	22 avril 2016
19	S	masculin	chercheur	24 avril 2016
20	T	masculin	chercheur	24 avril

				2016
21	U	masculin	chercheur	3 mai 2016
22	V	masculin	chercheur	8 mai 2016
23	W	masculin	chercheur	10 juin 2016
24	X	féminin	universitaire	10 juin 2016
25	Y	masculin	chercheur	15 juin 2016

## IV. ABRÉVIATIONS

AHB	Area Health Board (Conseil local de la santé)
ARD	Accelerated Rural Development Agency (Agence de développement rural)
BIRD	Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (Banque Mondiale)
BoI	Board of Investment
CFD	Confédération pour la démocratie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CODI	Community Organization Development Institute
CPD	Campagne pour la démocratie du peuple
CSMBS	Civil Servant's Medical Benefit Scheme (Le régime de prestation de soins médicaux des fonctionnaires)
DDC	Democracy Development Council
DP	Parti Démocrate
EIG	Evènements indésirables graves
FMI	Fonds Monétaire International
HSRI	Health System Research Institute
IDE	Investissements direct à étrangers
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISI	Industrialisation par substitution aux importations
LICS	Low Income Card Scheme (assurance maladie pour les personnes à faible revenu)
MTT	Médecine traditionnelle thaïlandaise
NEDB	National Economic Development Board (Conseil national du développement économique)
NESDB	National Economic and Social Development Board (Conseil national de développement économique et social)

NHSB	National Health Security Board (Conseil national de la santé)
NHSO	National Health Security Office (bureau national de la santé)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PPB	Produit provincial brut
SSS	Social Security Scheme (Le régime de sécurité sociale)
TDRI	Thailand Development Research Institute
THF	Thai Health Promotion Fund
TRT	Parti politique Thai Rak Thai
USAID	United States Agency for International Development
UCS	Universal Coverage Scheme (Le régime de couverture universelle de santé)
USOM	United States Operations Mission
VHCS	Voluntary Health Card Scheme (assurance maladie volontaire subventionné par l'État)

## V. CHRONOLOGIE DE LA POLITIQUE THAÏLANDAISE<sup>460</sup>

- 1932 Révolution convertit de la monarchie absolue à la monarchie constitutionnelle
- 1933 Révolte de prince Baworadet
- 1934 Université de Thammasat est fondée
- 1935 Abdication du roi Rama VII
- 1938 Phibun est devenu le premier ministre
- 1939 Nom du pays, *Siam*, est devenu *Thaïlande*; Les édits et les recommandations de l'Etat commencent
- 1941 Armée japonaise entre en Thaïlande; La Thaïlande déclare la guerre aux Alliés
- 1942 Parti communiste thaïlandais (CPT) est rétabli
- 1944 Libre Thaï est fondée; Banque de Thaïlande est fondée
- 1945 Négociations de paix entre la Thaïlande et les États-Unis
- 1946 Gouvernement de Pridi; la mort du roi Rama VIII; l'accession du roi Rama IX
- 1947 Fédération nationale d'ouvriers est fondée; le Coup d'Etat pour le retour de Phibun
- 1949 Révolte de Pridi; Pridi prend la fuite
- 1951 Première aide militaire des États-Unis
- 1952 SEATO est fondée
- 1957 Coup d'Etat de Sarit
- 1958 Second Coup d'Etat de Sarit
- 1960 Troupes thaïlandaises se battent au Laos
- 1961 CPT forme la première bastion à Phuphan
- 1962 Accord pour former l'alliance de sécurité avec les États-Unis
- 1963 Décès de Sarit; l'émergence du pouvoir de Thanom

---

<sup>460</sup> Pour la chronologie de 1932 à 2005, d'après Baker, Chris & Pongpaichit, Pasuk, *A History of Thailand*, Cambridge University Press, 2005.



- 1964 Première frappe aérienne sur le Vietnam par avions de la Thaïlande
- 1965 Première coup de l'insurrection communiste
- 1967 Troupes thaïlandaises se battent au Vietnam du Sud
- 1971 Coup d'Etat de Thanom contre son propre gouvernement
- 1972 Protestation étudiante contre les produits japonais
- 1973 Grande manifestation des étudiants contre Thanom (14 octobre)
- 1974 Création de la Fédération des paysans de Thaïlande
- 1975 Gouvernements élus dirigés par Kukrit et Seni Pramoj; *Nawaphon* et *Krating Daeng* sont formés; Les troupes américaines commencent à partir
- 1976 Massacre à l'université de Thammasat et le coup d'état militaire (6 octobre)
- 1979 Restauration des élections et du parlement
- 1980 Échec du coup d'État
- 1984 Dévaluation de Baht
- 1985 Échec du coup d'État
- 1987 Restes du CPT sont arrêtés
- 1988 Chatichai Choonhavan devient le premier ministre élu depuis 1976
- 1991 Coup militaire par *Conseil national de maintien de la paix*; Anand Panyarachun est le premier ministre
- 1992 Grande manifestation du *Mai noir*; Démission de Suchinda Kraprayun, le premier ministre et le chef du *Conseil national de maintien de la paix*
- 1994 Plan d'agriculture de suffisance du Roi Rama IX
- 1995 Création de l'Assemblée de rédaction de la Constitution; Création de l'Assemblée des Pauvres
- 1997 Crise économique
- 1998 Parti politique *Thaï rak Thaï* est fondé
- 2001 Thaksin est le premier ministre
- 2005 Victoire aux élections de février; Deuxième mandat de Thaksin
- 2006 Affaire scandale de Temasek (23 janvier); Thaksin dissout le parlement (24 février); Manifestations dans la rue dirigées par l'alliance du peuple pour la

- démocratie (PAD) (5 mars); Victoire des élections d'avril auxquelles le Thai rak Thai est un seul grand parti participe ; Cour constitutionnelle invalide les élections d'avril (8 mai); Coup d'Etat militaire (19 septembre)
- 2007 Parti politique Palang Prachachon (PPP), qui est lié avec Thaksin, remporte la victoire des élections du 23 décembre.
- 2008 Samak Sundaravej est le premier ministre (28 janvier); Thaksin est placé en garde à vue après son retour d'exil en Thaïlande (28 février); Manifestants de la PAD s'habillent le chemise jeune pour protester contre Thaksin ( septembre); Thaksin est en exil (octobre); Deux aéroports principaux ont été occupés par des manifestants de Chemise jeune (novembre); Cour constitutionnel dissout le PPP et le parti opposant, *Democrat*, est au pouvoir (décembre)
- 2009 Deux personnes sont tuées et au moins 113 blessées dans des affrontements entre des anti- Thaksin et des partisans pro-Thaksin
- 2010 Manifestations des partisans pro-Thaksin, *Chemise rouge*, affluent à Bangkok pour renverser le gouvernement de Abhisit (12 mars); Etat d'urgences (7 avril); Opérations militaires pour arrêter les manifestations commencent et plus de 90 sont morts, environ 1 800 sont blessés (mai)
- 2011 Victoire des élections du parti Pheu Thai, Yingluck Shinnawatra, sœur cadette de Thaksin, est la première ministre
- 2013 Gouvernement présente un projet de loi d'amnistie (août); Grandes manifestations de chemise jeune à Bangkok (novembre); Dissolution du gouvernement de Yingluck (décembre)
- 2014 Coup d'état militaire (22 mai ); Prayut Chan O-cha, chef du coup d'Etat, est le premier ministre (24 août)
- 2016 Mort du roi Rama IX (13 octobre ); l'accession du roi Rama X

## VI. CHRONOLOGIE DE LA MÉDECINE MODERNE EN THAÏLANDE<sup>461</sup>

- 1511 Diplomate portugais entre au royaume d'Ayutthaya avec la pommade
- 1589 Premier hôpital de portugais est fondé
- 1669 Premier hôpital de français est fondé
- 1682 Missionnaires commencent fournir des soins
- 1686 Première chirurgicale des médecins occidentaux
- 1687 Médecins occidentaux travaillent pour la famille royale
- 1767 Chute du royaume d'Ayutthaya; des recettes médicales occidentales sont disparues
- 1812 Collecter et développer des recettes médicales dans la période du roi Rama II de la dynastie Chakri
- 1828 Retour des médecins occidentaux au Siam
- 1835-1851 Dean Beach Bradley, prêtre et médecin américain, ouvre son pharmacie à Bangkok (1835); le Dr. House ouvre son pharmacie à Bangkok (1851)
- 1835-1888 Inoculation contre la variole
- 1842 Bradley publie un livre d'accouchement moderne
- 1860 Emploi de quinine
- 1866 Bradley recommande l'amélioration de l'hygiène pour contrôler l'épidémie de choléra à Bangkok
- 1872 Tianhee, premier thaïlandais diplômé de médecine aux Etats-Unis
- 1886 Hôpital dans le palais Wanglang est fondé
- 1888 Hôpital de Siriraj est fondé
- 1889 Annulation de Yu-Fai dans le palais
- 1890 Reine Saovabha veut changer des Siamois pour accepter l'accouchement moderne
- 1895 Premier livre de la prévention pour contrôler le cholera est publié

---

<sup>461</sup> D'après Chokwiwat, Wichai & Cheungsatiansup, Komatra (éds.), *op.cit.*, Banakok, Suksala, 2013, pp.8-19.

1897-1929	Plusieurs lois sur la santé publique sont appliquées
1912	Institut de Pasteur est fondé à Bangkok
1914	Hôpital Chulalongkorn est fondé
1915	Annuler la formation de la médecine traditionnelle dans l'école royale de médecine
1920	Institut de Saovabha remplace l'Institut de Pasteur
1922	Thaïlande est une membre de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations
1923	Application de la loi de la médecine pour standardiser la médecine et les compétences des médecins; Collaboration avec la fondation de Rockefeller commence
1925	Hôpital pour les patients atteints de la lèpre est fondé à Nakornsrihammarat
1937	Hôpital de Chiangrai est fondé par les donations du peuple
1939-1942	Annonce des Recommandations de l'Etat
1939	Première usine de médicaments d'Etat est créée
1942	Ministère de la Santé publique est fondé
1947	Faculté de médecine à l'hôpital Chulalongkorn est fondée; la Thaïlande est une membre de l'OMS
1948	Faculté de santé publique est fondée
1950-1996	USOM-USAID fournit des aides financières dans le domaine de la santé
1954	Création de l'Unité mobile du roi Rama IX
1955	Création de la bourse de Mahidol
1959	Grâce à la collaboration avec les Etats-Unis, les projets d'amélioration de la qualité d'hygiène dans les zones rurales commencent; la bourse de Mahidol est devenue la fondation
1961	Application de la loi des établissements de santé
1962	Création de l'école de MTT au temple Wat pho
1967	Application de la loi des médicaments; le nombre d'unités mobiles du roi Rama IX est augmenté
1968	Fondation pour la lutte contre la choléra est fondée

1969	Université Mahidol est fondée
1970	Fondation Rajaprasamasai est fondée
depuis 1972	Tous les nouveaux médecins doivent travailler dans les zones rurales pendant trois ans au minimum
1973	Fondation Rajapranugroh est fondée
1974	Création des fonds de l'indemnisation des accidents du travail; la réforme de l'administration du ministère de la Santé publique
1975	Fondation Saijaithai est fondée
1975-1980	Lois pour réorganiser et rassembler les prestations médicales des fonctionnaires en une seule caisse
1975-2001	Assurance maladie pour les personnes à faible revenu
1978	Création de l'Association des médecins des zones rurales; la déclaration de l'Alma-Ata pour assurer les soins primaires pour tous
1979	Création de la comité nationale pour promouvoir la phytothérapie
1981	Création de la fondation Moh Chao Ban
1982	Création du Conseil des projets royaux de développement
1983-2001	Assurance maladie volontaire subventionné par l'Etat
1985	Politique de santé pour l'usage des plantes médicinales
1986	Campagne pour lutter contre le tabagisme
1987	Premier patient atteint du SIDA en Thaïlande
1989	Création du comité nationale pour contrôler le tabagisme
1990	Création de la sécurité sociale
1992	Réforme de l'administration du ministère de la Santé publique; Création de l'Institut de recherche du système de santé; Application de la loi de contrôler le tabagisme
1993	Création de l'Institut de médecine traditionnelle thaïlandaise
1994	Grâce à la collaboration avec l'UE, le ministère de la Santé publique lance le Projet de réforme du système de santé
1998	Affaire scandale de la corruption dans le ministère de la Santé publique
1999	Application de la loi de protection et de promotion de la MTT

- 2001      Création du programme de l'accès universelle des soins; Création de Thai Health Fund; Déclaration des droits des patients
- 2002      Application de la loi de la sécurité de la santé; Création du NHSO, du NHSB; Réforme de l'administration du ministère de la Santé publique
- 2003      Politique de *Medical Hub* commence
- 2007      Application de la loi de la santé

**VII. NOMBRE DE PATIENTS DU PROJET DES UNITÉS  
MOBILITÉS DE LA MÉDECINE ROYALE ET NOMBRE DE  
PATIENTS SOUS LE PATRONAGE DU ROI<sup>462</sup>**

2004	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.		2005	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.	
Région		nombre	%	Région		nombre	%
Nord	5.638	51	0,90	Ouest	2.920	33	1,13
Central	2.331	22	0,94	Nord-est	5.204	78	1,50
Sud	966	5	0,52	Nord	5.576	45	0,81
				Sud	6.236	81	1,30
Total	8.935	78	0,87	Total	19.936	237	1,19
2006	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.		2007	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.	
Région		nombre	%	Région		nombre	%
Est	2.526	15	0,59	Ouest	690	-	-
Ouest	758	5	0,66	Nord-est	7.205	71	0,99
Nord-est	5.288	107	2,02	Nord	6.778	93	1,37
Nord	11.528	80	0,69	Sud	1.681	5	0,30
Sud	2.060	44	2,14				
Total	22.160	251	1,13	Total	19.936	169	1,03
2008	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.		2009	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.	
Région		nombre	%	Région		nombre	%
Est	374	11	2,94	Est	411	4	0,97

<sup>462</sup> Source: Rapports annuels d'unité mobilités de la médecine royale de 2004-2013. acquis du site du bureau des projets royaux de la Princesse Sirindhorn.  
[http://kanchanapisek.or.th/kp14/News\\_propagandise.htm](http://kanchanapisek.or.th/kp14/News_propagandise.htm)

Ouest	1.005	14	1,39	Ouest	1.643	27	1,64
Nord-est	609	19	3,12	Nord-est	2.452	37	1,51
Nord	3.675	61	1,66	Nord	2.751	86	3,13
Sud	3.663	75	2,05	Sud	987	38	3,85
Total	9.326	180	1,93	Total	8.244	192	2,33
2010	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.		2011	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.	
Région		nombre	%	Région		nombre	%
Est	697	31	4,45	Est	1.537	47	3,06
Ouest	1.553	31	2,00	Ouest	444	11	2,48
Nord-est	1.879	89	4,74	Nord-est	2.773	141	5,08
Nord	2.780	63	2,27	Nord	3.505	128	3,65
Sud	3.636	175	4,81	Sud	1.388	56	4,03
Total	10.545	389	3,69	Total	9.647	383	3,97
2012	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.		2013	Nombre de patients en consultation	Patients sous le patronage du roi.	
Région		nombre	%	Région		nombre	%
Est	726	20	2,75	Est	322	8	2,48
Ouest	700	11	1,57	Ouest	830	19	2,29
Nord-est	1.887	97	5,14	Nord	2.028	130	6,41
Nord	5.576	206	3,69	Sud	1.958	80	4,03
Sud	780	51	6,54				
Total	9.669	385	3,98	Total	5.165	237	4,59



### VIII. REVENU NATIONALE DE 1946 A 1989<sup>463</sup>

	Agriculture (millions baht)	% de croissance	Industrie (millions baht)	% de croissance	Services (millions baht)	% de croissance	PIB (millions baht)	PIB par habitant (bahts)	Taux de crois sance
1946	6272	-	1146	-	2915	-	10333	597	-
1947	9549	52,2	1641	43,2	4649	59,5	15839	881	48
1948	11211	17,4	1706	4,0	5540	19,2	18457	997	13
1949	13332	18,9	2545	49,2	6322	14,1	22199	1165	17
1950	14650	9,9	3239	27,3	7706	21,9	25595	1304	12
1951	14139	-3,5	2901	-10,4	11170	45,0	28210	1395	7
1952	12944	-8,5	3288	13,3	13289	19,0	29521	1417	2
1953	14018	8,3	3714	13,0	14496	9,1	32228	1502	6
1954	12830	-8,5	3778	1,7	15436	6,5	32044	1405	-3
1955	16568	29,1	4648	23,0	18232	18,1	39448	1733	20
1956	16586	0,1	4970	6,9	19533	7,1	41089	1753	1
1957	16990	2,4	5510	10,9	22948	17,5	45448	1882	7
1958	19099	12,4	5229	-5,1	22843	-0,5	47171	1897	1
1959	18964	-0,7	5831	11,5	25651	12,3	50446	1969	4
1960	21463	13,2	6759	15,9	25762	0,4	53984	2046	4
1961	23111	7,7	7727	14,3	28132	9,2	58970	2167	6
1962	23689	2,5	8997	16,4	31107	10,6	63793	2274	5
1963	24564	3,7	9653	7,3	33862	8,9	68079	2354	4
1964	25008	1,8	10435	8,1	39224	15,8	74667	2504	6
1965	29383	17,5	11978	14,8	42942	9,5	84303	2742	10
1966	36921	25,7	13910	16,1	50459	17,5	101290	3195	17
1967	34641	-6,2	16663	19,8	56990	12,9	108294	3335	4
1968	36616	5,7	17851	7,1	62307	9,3	116774	3481	4
1969	40321	10,1	20141	12,8	68104	9,3	128566	3724	7
1970	38163	-5,4	23503	16,7	85719	25,9	147385	4146	11
1971	36666	-3,9	26934	14,6	89817	4,8	153417	4167	1
1972	43130	17,6	31311	16,3	95635	6,5	170076	4434	6
1973	61523	42,6	42643	36,2	117944	23,3	222110	5560	25
1974	75420	22,6	53475	25,4	150311	27,4	279206	6756	22
1975	81521	8,1	56636	5,9	165162	9,9	303319	7155	6

<sup>463</sup> Source: Warr, Peter G. & Nidhiprabha, Bhanupong, *Thailand's Macroeconomic Miracle: Stable Adjustment and Sustained Growth*, Kuala Lumpur, Oxford University Press, 1996, pp. 63-64. Les taux de croissance de l'agriculture, de l'industrie, et des services sont calculés par l'auteur.

1976	92460	13,4	68186	20,4	185870	12,5	346516	8019	12
1977	99970	8,1	81432	19,4	222127	19,5	403529	9115	14
1978	119638	19,7	97658	19,9	270930	22,0	488226	10797	18
1979	134148	12,1	117611	20,4	307102	13,4	558861	12120	12
1980	152852	13,9	139936	19,0	365721	19,1	658509	14023	16
1981	162987	6,6	169461	21,1	427747	17,0	760195	15880	13
1982	156839	-3,8	176360	4,1	486803	13,8	820002	16786	6
1983	185628	18,4	191344	8,7	530082	8,9	910054	18381	10
1984	175190	-5,6	218050	13,8	580172	9,4	973412	19245	5
1985	169895	-3,0	224456	2,9	620048	6,9	1014399	19583	2
1986	178140	4,9	258644	15,2	658584	6,2	1095368	20679	6
1987	205592	15,4	299327	15,7	748228	13,6	1253147	23262	12
1988	250384	21,8	373326	24,7	883267	18,0	1506977	27420	18
1989	266379		453258	21,4	1056341	19,6	1775978	32174	17

## IX. INDICATEURS DU SYSTEME DE SANTÉ EN EN THAÏLANDE DE 1962 A 1971<sup>464</sup>

	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Pop. totale (millions)	27,871	28,618	29,385	30,824	31,700	32,680	33,690	34,740	35,550	36,920
Mortalité infantile pour 1000 naissances	97,4	82,7	84,5	84,5	73,1	60,7	57,1	51,7	53,8	49,1
Mortalité maternelle pour 1000 naissances	5,6	5,5	4,8	4,8	4,6	4,2	3,9	3,9	3,5	3,2
Nb. de médecins	2753	3017	3448	3344	3609	3330	3375	3520	3583	4085
N. d'habitants par médecin	10123	9485	8522	9217	8783	9813	9973	9869	9921	9037
Nb. d'infirmières	5204	5874	6608	6761	6873	6805	5721	7870	7797	9398
Nb. d'habitants par infirmier	5355	4871	4446	4559	4612	4802	5012	4414	4559	3918
Nb. de pharmaciens	421	476	703	871	940	1126	1216	1341	1407	1586
Nb. d'habitants par pharmacien	66201	60121	41799	35389	33723	29023	27705	25906	25266	23278
Nb. de dentistes	142	169	183	206	255	340	358	426	446	531
Nb. d'habitants par dentiste	196274	169337	160573	149631	124313	96117	94106	81549	79352	69529
Nb. de sages-femmes	1814	2030	2445	2837	2834	3183	3373	3601	4203	5212
Nb. d'habitants par sage-femme	15364	14097	12018	10864	11185	10267	9988	9647	8458	7083
Nb. d'assistants sanitaires	1681	1844	1904	2052	2118	2271	2517	3649	4315	5367
Nb. d'habitants par assistant sanitaire	16580	15553	15433	15021	14966	14390	13384	9525	8238	6879
Nb. d'hôpitaux	161	163	165	182	175	191	194	204	209	211

<sup>464</sup> Source: Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op. cit.*, 1982, pp. 228-249.

Nb. de lits	19961	21671	23255	25442	26539	31048	34391	37383	38116	40996
Nb. d'habitants par lit	1400	1320	1263	1202	1200	1053	980	930	896	900
% de couverture des établissements sanitaires ( <i>Amphoe</i> )	44,0	46,0	48,8	41,2	42,3	44,8	50,7	50,6	53,5	54,9
% de couverture des établissements sanitaires ( <i>Tambon</i> )	14,0	14,5	15,3	17,1	18,3	18,6	20,5	27,4	33,7	42,9
Nb. d'utilisations des services de soins ambulatoires (millions)	-	3,401	3,581	4,025	-	-	-	-	6,935	7,881
Nb. de patients hospitalisés	-	318766	362732	394686	-	364738	-	-	743000	826000
Jours d'hospitalisation	-	-	-	-	-	2261662	-	-	4052707	4467750

## X. INDICATEURS DU SYSTEME DE SANTÉ EN EN THAÏLANDE DE 1972 A 1981<sup>465</sup>

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Pop. totale (millions)	38,200	39,620	41,020	42,100	43,214	44,338	45,620	46,140	47,173	48,117
Mortalité infantile pour 1000 nais.	38,1	30,2	36,8	36,7	36,0	36,2	37,4	38,5	36,1	-
Mortalité maternelle pour 1000 naissances	3,1	2,6	2,4	2,4	2,1	1,7	1,6	1,45	1,3	-
Nb. de médecins	4171	4607	4640	5005	5210	5796	5776	6259	6722	7185
Nb. d'habitant par médecin	9158	8599	8840	8411	8294	7649	7846	7371	7017	6696
Nb. d'infirmiers	9467	10562	11613	12658	13700	15208	16407	17006	18805	20004
Nb. d'habitants par infirmier	4035	3751	3532	3325	3154	2915	2762	2713	2508	2406
Nb. de pharmaciens	1540	1627	1757	1913	2074	2236	2240	2407	2574	2741
Nb. d'habitants par pharmacien	24805	24351	23346	22007	20836	19829	20232	19167	..	17554
Nb. de dentistes	529	596	600	652	744	818	920	1022	1124	1226
Nb. d'habitants par dentiste	72211	66476	68366	64570	58083	54202	49260	45146	41968	39247
Nb. de sages-femmes	5412	5722	5907	6338	7304	7151	7794	7946	8143	8340
Nb. d'habitants par sage-femme	7058	6924	6944	6642	5916	5721	5840	5806	5793	5769

<sup>465</sup> Source: Ministère de la Santé publique de la Thaïlande, *op. cit.* 1982, pp. 230-251.

Nb. d'assistants sanitaires	5014	5312	5748	6079	6273	6983	6983	7372	7761	8150
Nb. d'habitants par assistant sanitaire	7618	6458	7136	6925	6888	6349	6490	6258	6078	5903
Nb. d'hôpitaux	262	268	280	281	295	317	582	621	-	-
Nb. de lits	50720	52825	55265	57075	61538	65425	-	-	-	-
Nb. d'habitants par lit	809,7	807,6	802,0	800,0	747,0	745,0	806,0	765,0	813,2	-
% de couverture des établissements sanitaires (Amphoe)	55,9	54,8	55,01	54,1	52,9	52,1	52,65	58,0	58,7	58,1
% de couverture des établissements sanitaires (Tambon)	50,0	54,3	60,1	66,1	67,7	75,3	77,1	81,4	82,1	-
Nb. d'utilisation des services de soins ambulatoires (millions)	8,967	10,156	11,954	13,068	15,582	18,329	21,750	22,120	30,071	-
Nb. de patients hospitalisés (millions)	0,960	1,000	1,069	1,223	1,418	1,408	1,515	1,455	2,130	2,261
Jours d'hospitalisation	4879000					6701000	6943000	7098000	7939000	9733000

## TABLE DES GRAPHIQUES ET SCHÉMAS

Graphique n° 1: le cercle vicieux de la santé et de la pauvreté .....	18
Graphique n° 2: Les déterminants de santé du modèle de Dahlgren & Whitehead (1991).....	35
Graphique n° 3: Le cadre conceptuel de l'analyse des inégalités de la santé.....	36
Graphique n° 4: la relation entre santé et croissance économique.....	45
Graphique n° 5: Exportation de riz (£) de 1870 à 1904. ....	76
Graphique n° 6: Nombre de prestations royales du roi Rama IX de 1954 à 1971. ....	95
Graphique n° 7: Somme de la collecte de dons du roi Rama IX de 1963-1971 classée par destination des dons (millions de bahts) .....	97
Graphique n° 8: Budget gouvernemental pour les projets d'initiative royale (million de baht).....	99
Graphique n° 9: Dépense d'assurance maladie volontaire de 1978-1992. ....	133
Graphique n° 10: Dépenses de santé des ménages sur 1970-1991.....	134
Graphique n° 11: Dépenses de santé sur 1978-1992.....	135
Graphique n° 12: Dépenses personnelles pour la santé en pourcentage du revenu mensuel par habitant (classifié par déciles de revenu) en 1992.....	136
Graphique n° 13: Aides économiques et militaires des États-Unis à la Thaïlande (million de dollar). ....	155
Graphique n° 14: Ventilation du PIB par secteur de 1951 à 1994 à prix constants 1972 (en pourcentage).....	156
Graphique n° 15 : Incidence de la pauvreté et coefficient de Gini de 1962 à 1996. ....	177
Graphique n° 16 : Nombre de professionnels de santé formés chaque année de 1932 à 1955. ...	197
Graphique n° 17: Nombre de décès et taux de mortalité due au paludisme de 1949 à 1991. ....	201
Graphique n° 18: Nombre de décès et taux de mortalité due à la tuberculose de 1957 à 1991. ...	201
Graphique n° 19: Organigramme du ministère de la santé publique en 1959 et en 1974. ....	206
Graphique n° 20 : Structure de budget du ministère de la santé publique de 1973 à 1981. ....	207
Graphique n° 21 : Importations de médicaments et d'équipements et de fournitures médicaux de 1991 à 1997 (en millions de bahts). ....	219
Graphique n° 22: Dépenses de santé de 1993 à 2000 (en millions de bahts).....	226
Graphique n° 23 : Nombre d'hôpitaux privés et de lits dans le secteur privé de 1997 à 2003. ....	229
Graphique n° 24: Administration de la santé selon la loi de la loi de la sécurité de la santé de 2002.....	257
Graphique n° 25: Dépenses de santé de 2001 à 2008 (millions de bahts).....	272
Graphique n° 26: Budget du Ministère de la Santé publique. ....	273
Graphique n° 27: Budget de trois régimes d'assurance obligatoire de 2002 à 2008. ....	274
Graphique n° 28: Rapport de population/ lit de 1999 à 2008.....	278
Graphique n° 29 : Comparaison de la progressivité du financement de la santé entre l'année 2001 et 2011.....	295
Graphique n° 30: Courbes de concentration de la santé dans les années différentes. ....	300
Graphique n° 31 : Structure du ministère de la Santé publique .....	303

## TABLE DES TABLEAUX

Tableau n° 1: Population à Bangkok de 1855 à 1937. ....	73
Tableau n° 2: Fiscalité des exploitations rizicoles et des exploitations des verges de 1893 à 1901. .....	75
Tableau n° 3: Lois de la santé publique et lois médicales.....	77
Tableau n° 4: Naissances et décès dans tout le royaume pour les années 1921-1930.....	79
Tableau n° 5: Nombre de manifestations et nombre de journées de travail perdues de 1956 à 1984 .....	117
Tableau n° 6: Revenu moyen et la dépense moyen des ménages de 1990 à 2000. ....	128
Tableau n° 7: Population âgée de 15 ans et plus qui consomme régulièrement du tabac en 2001. .....	131
Tableau n° 8: Population âgée de 15 ans et plus consommant régulièrement de l'alcool en 2001. .....	132
Tableau n° 9: Incidence de la pauvreté après le paiement des dépenses de santé (classifié par quintiles de revenu) en 2000. ....	136
Tableau n° 10: Budget de CSMBS et de SSS de 1988 à 1997.....	139
Tableau n° 11: Comparaison de la durée moyenne de séjour et de la charge total entre les patients du SSS et CSMBS.....	139
Tableau n° 12: Population couverte par LICS et ses budgets annuels .....	141
Tableau n° 13: Nombre de personnes participant le programme de formation soutenu par l'USOM. .....	154
Tableau n° 14 : Structure d'emploi de 1960 à 1994. ....	158
Tableau n° 15: Part de récoltes dans les productions végétales à prix constants 1972 de 1961 à 1991.....	159
Tableau n° 16: Productivité de rizière de la Thaïlande et des pays voisins (T/ha). ....	160
Tableau n° 17: Croissance du PIB, des exportations et importations, et de la FBCF de 1980 à 1991.....	172
Tableau n° 18: exportations et importations de 1981 à 2000.....	173
Tableau n° 19: Inégalités de revenus de 1975 à 1994.....	178
Tableau n° 20: Parts de la population et du PIB dans chaque région de 1960 à 2000 (%). ....	180
Tableau n° 21: Taux de pauvreté et revenu mensuel par habitant classé par région de 1975 à 1994. .....	181
Tableau n° 22: Budget des ministères de 1997 à 1998.....	185
Tableau n° 23: Budget des programmes du ministère de l'Éducation en 1998. ....	185
Tableau n° 24: Nombre d'enfants et de jeunes non scolarisés de 1997 à 1998.....	186
Tableau n° 25: Nombre d'emplois et le salaire moyen classifié par le secteur.....	187
Tableau n° 26: Taux de chômage et le salaire moyen du secteur privé dans chaque région.....	188
Tableau n° 27 :Taux de pauvreté dans chaque région de 1996 à 2000. ....	190
Tableau n° 28: Salaire réel par niveau d'éducation. ....	191
Tableau n° 29: Projets dans le domaine de santé approuvé par l'USAID (millions de dollar)....	195
Tableau n° 30 : Comportements de recours aux soins chez Thaïlandais (%). ....	210
Tableau n° 31: Distribution de médecins de 1979 à 1997.....	211
Tableau n° 32 : Distribution de lits de 1979 à 1997.....	212
Tableau n° 33: Allocation du budget de la santé à prix constant en 2003 (bahts par habitant).....	218



Tableau n° 34: Nombre de médecins, de lits et d'hôpitaux dans le secteur privé.....	220
Tableau n° 35: Nombre de médecins, de lits et d'hôpitaux locaux dans le secteur public. ....	220
Tableau n° 36: Perte de médecins du ministère de la santé publique.....	222
Tableau n° 37: Distribution des hôpitaux privés et leurs lits en 1997.....	222
Tableau n° 38: Budget de la santé à prix constant en 2003 (bahts par habitant).....	227
Tableau n° 39: Distribution de professionnels de santé de 1997 à 2001.....	230
Tableau n° 40 : Recours aux soins du secteur public et privé de 1996 à 2000. ....	232
Tableau n° 41 : Taux de mortalité infantile et de mortalité infanto-juvénile de 1995 à 2000.....	233
Tableau n° 42: Dépenses par habitant de trois régimes d'assurance obligatoire de 2002 à 2008..	275
Tableau n° 43: Allocation de budget de la santé à prix constant en 2003(baht par habitant). ....	275
Tableau n° 44: Distribution de professionnels de santé de 2003 à 2007.....	276
Tableau n° 45: Charge de travail des médecins de 2002 à 2009 (nombre de services de soins fourni par un médecin).....	277
Tableau n° 46: Nombre d'équipements médicaux de haute technologie de 2002 à 2009. ....	279
Tableau n° 47: Nombre d'utilisation de services de soins dans les établissements publics de santé de 1999 à 2007. ....	280
Tableau n° 48: Comparaison entre l'incidence de dépenses de santé catastrophiques entre l'année 2001 et 2011.....	287
Tableau n° 49: Incidence de dépenses de santé catastrophiques classifié par les quintiles de revenu de l'année 2001 et 2011.....	288
Tableau n° 50: Incidence de dépenses de santé catastrophiques classifié par les régimes d'assurance maladie de l'année 2001 et 2011. ....	289
Tableau n° 51: l'incidence de dépenses de santé catastrophiques en fonction des niveaux de scolarisation du chef de ménage de l'année 2001 et 2011.....	289
Tableau n° 52: Taux de pauvreté avant et après paiement des dépenses de santé de l'année 2001 et 2011.....	291
Tableau n° 53: Comparaison de la progressivité du financement de la santé en fonction des régimes différents de l'assurance maladie entre l'année 2001 et 2011. ....	295
Tableau n° 54: Indice de concentration en fonction du type d'établissements de santé de l'année 2001 et 2011.....	297

# TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
I. L'interrogation initiale.....	7
II. L'objet de l'étude et son traitement.....	12
III. La thèse du conflit idéologique dans le système de santé en Thaïlande: l'origine des inégalités dans le domaine de la santé.....	20
IV. Présentation des chapitres et de la méthodologie d'analyse .....	22
<b>PREMIERE PARTIE-LA MÉDICALISATION DE LA SOCIÉTÉ THAÏLANDAISE: L'INSTITUTIONNALISATION DES GROUPES DOMINANTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ .....</b>	<b>25</b>
<b>Chapitre 1 LA SANTE ET LE RAPPORT DE FORCE SOCIO-ECONOMIQUE ET POLITIQUE .....</b>	<b>29</b>
1. La santé dans le domaine socio-économique et politique .....	<b>30</b>
1.1 <i>La santé au niveau individuel.....</i>	30
1.2 <i>La santé au niveau collectif.....</i>	38
1.3 <i>La santé au niveau mondial .....</i>	46
2. L'inégalité face à la santé .....	<b>49</b>
2.1 <i>L'inégalité face à la santé et la justice sociale .....</i>	49
2.2 <i>La relation entre inégalité de la santé et inégalités socio-économiques.....</i>	51
2.3 <i>Le dilemme moral de l'allocation de ressources médicales.....</i>	53
<b>Chapitre 2 LES IDEOLOGIES RELATIVES AU SYSTEME DE SANTE EN THAÏLANDE .....</b>	<b>57</b>
1. La santé et les traitements médicaux dans le Siam prémoderne .....	<b>58</b>
1.1 <i>Le concept de la vie, de la maladie et du traitement médical .....</i>	58
1.2 <i>La fourniture de traitements médicaux .....</i>	62
2. La médecine et la modernisation de l'État.....	<b>68</b>
2.1 <i>L'intervention sur la santé de la population dans le système monarchique traditionnel .....</i>	68
2.2 <i>Le Kana Rassadorn (Parti du peuple) et la proposition d'établir la protection sociale .....</i>	79
3. L'installation des trois valeurs (bouddhisme, royalisme et nationalisme) dans le système de santé .....	<b>83</b>
3.1 <i>La santé de la population comme un facteur de puissance de la nation.....</i>	83

3.2 <i>Le rôle du roi Rama IX dans le domaine de la santé</i> .....	90
3.3 <i>Le lien entre le bouddhisme et la santé dans la société moderne</i> .....	101
<b>Chapitre 3 UNE PROTECTION SOCIALE LIMITÉE</b> .....	<b>111</b>
1. La protection sociale pilotée par l'État et la faible participation citoyenne.....	<b>112</b>
1.1 <i>Le faible développement du syndicalisme en Thaïlande</i> .....	112
1.2 <i>L'élaboration des politiques sociales par les groupes dominants</i> .....	120
2. Les limitations de la gestion des risques de santé avant la réforme de 2001 .....	<b>126</b>
2.1 <i>Les limitations de la gestion du risque maladie au niveau individuel</i> .....	126
2.2 <i>Les inégalités entre les assurances maladies obligatoires</i> .....	137
2.3 <i>Les désavantages de l'assistance sociale de l'État et de la charité</i> .....	140
<b>DEUXIEME PARTIE-L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN THAÏLANDE DANS LA PERSPECTIVE DU DÉVELOPPEMENT NATIONAL</b> .....	<b>147</b>
<b>Chapitre 4 LES POLITIQUES DE DEVELOPPEMENT DE 1950 À 1996 ET LES EFFETS SOCIAUX DE LA CRISE ÉCONOMIQUE DE 1997</b> .....	<b>151</b>
1. L'émergence du modèle de développement piloté par l'État (1950-1972) .....	151
1.1 <i>La triple alliance: l'armée - les entrepreneurs sino-thaïs - la bureaucratie et les technocrates</i> .....	151
1.2 <i>L'intensification de la production du secteur agricole et l'industrialisation par la substitution aux importations (ISI)</i> .....	157
2. L'élaboration de politiques de développement pour lutter contre le communisme (1973-1979).....	162
2.1 <i>L'écart du niveau de développement entre les zones urbaines et les zones rurales et l'insurrection communiste</i> .....	162
2.2 <i>Le changement des politiques de développement des zones rurales</i> .....	166
3. La promotion des exportations, la libéralisation du marché et la mondialisation (1980-1996) .	170
3.1 <i>La promotion des exportations et la libéralisation du marché et du secteur financier</i> .....	170
3.2 <i>La croissance rapide et l'inégalité élevée des revenus</i> .....	176
4. Les effets sociaux et les politiques sociales après la crise économique de 1997 .....	183
<b>Chapitre 5 LA MODERNISATION DU SYSTEME DE SANTÉ DE 1950 A 1996 ET LES EFFETS DE LA CRISE ECONOMIQUE DE 1997 SUR LA SANTÉ</b> .....	<b>193</b>
1. Le renforcement de la médecine d'État (1950-1970) .....	193
1.1 <i>Les aides des États-Unis et des organisations internationales pour augmenter le nombre des professionnels de santé et des établissements sanitaires</i> .....	193
1.2 <i>Les programmes de soins destinés à réduire le taux de mortalité</i> .....	198
2. L'émergence de la médecine préventive et de la médecine sociale (1971-1986).....	202
2.1 <i>La pénurie de ressources médicales dans les zones rurales et la médecine préventive</i> .....	202
2.2 <i>La participation des médecins au développement des zones rurales</i> .....	207
2.3 <i>La politique de contrôle du taux de natalité pendant les années 1970-1980</i> .....	213

3. La marchandisation de la santé (1987-1996) .....	214
3.1 <i>La réforme du système de santé dans le contexte de la mondialisation</i> .....	214
3.2 <i>L'expansion des services de soins du secteur privé</i> .....	217
4. La santé chez les Thaïlandais après la crise économique de 1997 .....	225
<b>TROISIEME PARTIE-LE PROGRAMME DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DE SANTÉ :UN GRAND CHANGEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ THAÏLANDAIS EN 2001</b> .....	<b>235</b>
<b>Chapitre 6 LA RÉFORME DU SYSTEME DE SANTÉ DE 2001</b> .....	<b>239</b>
1. L'origine de la réforme du système de santé de 2001.....	239
1.1 <i>L'émergence des droits de l'homme et du droit à l'accès aux soins</i> .....	239
1.2 <i>L'émergence des ONG dans la politique thaïlandaise</i> .....	244
1.3 <i>Thaksin Shinawatra et le parti Thai Rak Thai</i> .....	248
2. Les politiques de santé du gouvernement Thaksin.....	253
2.1 <i>Le programme de l'UCS</i> .....	254
2.2 <i>Le renforcement des droits du patient</i> .....	263
2.3 <i>Le « Medical Hub»</i> .....	267
<b>Chapitre 7 LA COMPARAISON DU SYSTEME DE SANTÉ EN THAILANDE AVANT ET APRÈS LA REFORME DE 2001</b> .....	<b>271</b>
1. Des indicateurs au niveau macro-économique.....	272
1.1 <i>Les dépenses nationales de santé</i> .....	272
1.2 <i>Les ressources humaines et médicales</i> .....	276
1.3 <i>L'accès aux soins, la satisfaction des patients et la santé de la population</i> .....	279
2. La comparaison des inégalités dans le domaine de la santé.....	282
2.1 <i>Les dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement</i> .....	282
2.2 <i>La progressivité du financement de la santé et les inégalités d'utilisation de soins</i> .....	292
2.3 <i>Les inégalités de santé</i> .....	298
<b>Chapitre 8 LES CONFLITS DANS LE SYSTEME DE SANTÉ</b> .....	<b>301</b>
1. La modernisation du système de santé et les conflits d'intérêt.....	302
1.1 <i>La réforme du système de santé de 2001 et les conflits d'intérêt dans le ministère de la Santé publique et les hôpitaux publics</i> .....	302
1.2 <i>L'intervention sur le marché et les conflits d'intérêt avec les hôpitaux privés et les médecins libéraux</i> .....	308
1.3 <i>La nouvelle campagne électorale et la concurrence politique</i> .....	311
2. Le conflit entre les valeurs universelles et les valeurs communautaires .....	313
2.1 <i>Les idées de Prawet sur la santé et le développement</i> .....	314
2.2 <i>La confrontation entre Thaksin et le réseau de Prawet</i> .....	319

3. Le conflit entre la popularité de Thaksin et le charisme du Roi Rama IX .....	325
3.1 <i>De l'économie suffisante à la santé suffisante</i> .....	326
3.2 <i>Le programme de l'UCS et le rôle de la famille royale dans le domaine de la santé</i> .....	331
4. Pour sortir des conflits: la justice procédurale est nécessaire.....	336
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>343</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>357</b>
I. BIBLIOGRAPHIE.....	359
II. QUESTIONNAIRES D'ENQUÊTE DE TERRAIN.....	377
III. PERSONNES INTERROGÉES.....	378
IV. ABRÉVIATIONS .....	380
V. CHRONOLOGIE DE LA POLITIQUE THAÏLANDAISE .....	382
VI. CHRONOLOGIE DE LA MÉDECINE MODERNE EN THAÏLANDE .....	385
VII. NOMBRE DE PATIENTS DU PROJET DES UNITÉS MOBILITÉS DE LA MÉDECINE ROYALE ET NOMBRE DE PATIENTS SOUS LE PATRONAGE DU ROI.....	389
VIII. REVENU NATIONALE DE 1946 A 1989.....	391
IX. INDICATEURS DU SYSTEME DE SANTÉ EN EN THAÏLANDE DE 1962 A 1971 ....	393
X. INDICATEURS DU SYSTEME DE SANTÉ EN EN THAÏLANDE DE 1972 A 1981 .....	395
<b>TABLE DES GRAPHIQUES ET SCHÉMAS.....</b>	<b>397</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX .....</b>	<b>398</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>400</b>



Pakpoom SAENGGANOKKUL

## LE SYSTÈME DE SANTÉ EN THAÏLANDE ET L'ORIGINE DES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ : UNE ANALYSE POLITICO-ÉCONOMIQUE

Cette thèse a pour objet l'analyse du système de santé et des inégalités en matière de santé en Thaïlande. Il s'agit d'abord d'identifier les acteurs politiques du système de santé et les idéologies sur lesquelles ils se fondent, et sur cette base, d'examiner la manière dont les politiques mises en œuvre ont affecté la santé et la distribution de santé. En Thaïlande, la triade nationale "Nation-Bouddhisme-Roi" a imprégné toute la société, y compris le système de santé. Elle a également influencé les acteurs et les décideurs politiques qui ont conçu le système de protection sociale thaïlandais. Influencé par l'utilitarisme-nationalisme, le ministère de la Santé a privilégié l'efficacité plutôt que l'égalité, et a amélioré la santé de la population afin d'augmenter la croissance économique. Influencés par le bouddhisme, certains technocrates ont lancé des politiques de promotion de la santé, basées sur le concept de *Karma*, qui renforcent la responsabilité individuelle, mais ignorent les inégalités sociales. Les organisations caritatives royales ont fourni des soins de santé pour des groupes marginalisés, mais de nombreux patients n'ont toujours pas été traités. Grâce à ces acteurs, de nombreux indicateurs de santé de la population ont été améliorés, mais parallèlement les disparités de santé ont été renforcées. La réforme de la santé, lancée en 2001 par le parti Thai Rak Thai, a mis en place un nouveau programme d'assurance maladie qui fournit des soins de base à tous les Thaïlandais. Bien que de nombreux bilans aient confirmé la réduction des inégalités et l'amélioration de l'accès aux soins, certains groupes d'intérêts ont largement protesté. Ce nouveau programme, fondé sur l'égalité des chances et le droit à la santé, a involontairement défié les anciens acteurs et les anciennes idéologies. En conséquence, les conflits dans le système de santé et l'instabilité politique ont entravé le développement de nouvelles politiques de santé.

Mots-clé: Système de la santé en Thaïlande, Politico-économique, Idéologies, Nation-Bouddhisme-Roi, Inégalités, Justice sociale, Conflits, décideurs, Développement.

This thesis uses a political economy frame to analyze Thailand's health system and its inequalities in health. After identifying the political actors of the health care system and the ideologies on which they are based, it examines the way in which the policies put in work have affected the health and the distribution of health. In Thailand, national trilogy "Nation-Buddhism-King" impregnated the whole political pattern, including health system. It also influenced political agents and political decision-makers in building the Thai social protection system. Influenced by utilitarianism and nationalism, the Ministry of Health had prioritized efficiency, rather than equality, and improved population health in order to increase economic growth. Due to Buddhism, some technocrats have launched health promotion policies based on the concept of Karma that reinforced individual responsibility for health, but ignored social inequalities that affected health-risk behaviors. Royal charities have provided health care for marginalized groups for long times, but many patients still were left untreated. Thanks to these actors, many health indicators were improved, but, at the same time, it increased health disparities between rich and poor, rural areas and urban areas, as between Bangkok and the poorest regions, North and Northeast. In 2001, Thai Rak Thai party launched a new health insurance program providing basic health care for all Thais. Although many reports confirmed the good results of a policy that reduced some inequalities and improved health care access for the poor, it raised the opposition from several stake-holders groups. This new program, based on equal opportunities and the right to health, unintentionally challenged the old policies and the old ideologies in health care justice. As a result, conflicts in health system as well as political instability as a whole constrained the development of new health policies for the next generations.

Keywords: Health system in Thailand, Political economy, Ideologies, Nation-Buddhism-King, Inequalities, Social justice, Conflicts, decision-maker, Development.