

L'impact du système sanitaire sur les tendances de mortalité en Chine

PENG FEI
Philippe WANNER
Michel LORIAUX

12

Université catholique de Louvain

Département des Sciences de la Population
et du Développement

L'impact du système sanitaire sur les tendances de mortalité en Chine

PENG FEI
Philippe WANNER
Michel LORIAUX

Document de Travail n° 12
Octobre 2001

Texte publié sous la responsabilité de l'auteur

L'IMPACT DU SYSTEME SANITAIRE SUR LES TENDANCES DE MORTALITE EN CHINE*

PENG FEI

Département de statistique, Université du Peuple de Chine
(RENMIN University), Beijing, Chine

Philippe WANNER

Unité de Démographie, Forum suisse pour l'étude
des migrations, Neuchâtel, Suisse

Michel LORIAUX

Institut de démographie, UCL

Introduction

Depuis les années 1950, la Chine a connu une véritable révolution démographique pouvant être mise en relation avec les bouleversements politiques et sociaux observés (le *Grand bond en avant* de 1958, la *Révolution culturelle* entre 1966 et 1976, la *Réforme économique* depuis la fin 1978). La situation démographique a été fondamentalement modifiée au cours des 50 dernières années. Le monde Occidental connaît bien le contexte de la diminu-

* Cette étude a été partiellement financée par le « UE-China Higher Education Cooperation Program », no 4040057/90.

tion de la fécondité chinoise ayant marqué la seconde moitié du 20^e siècle, en revanche la profonde évolution ayant marqué la mortalité est moins bien documentée. Le recul de la mortalité en Chine au cours du 20^e siècle a été pourtant l'un des plus rapides jamais observé. Il peut être relié aux mutations fondamentales du système de santé prévalant en Chine.

L'objectif de cette étude est de décrire l'évolution de la mortalité chinoise, en accordant une attention particulière au contexte socio-sanitaire dans laquelle cette évolution a eu lieu. Dans une première partie, le système de santé chinois est présenté, tandis que la seconde partie de cette étude traite de l'évolution de la mortalité, en accordant une importance particulière à l'évolution des taux de mortalité par âge et sexe.

1. Le système de santé en Chine

1.1 Le développement du système d'assurance maladie

Depuis près de 50 ans, la Chine a connu un progrès remarquable en matière de soins de santé qui a eu certainement un effet sur la baisse de la mortalité, et plus particulièrement sur la baisse de la mortalité infantile. Les pouvoirs publics ont été largement impliqués dans cette évolution. Des moyens techniques, financiers et humains considérables ont été mobilisés tant sur le plan national que local pour promouvoir les soins de santé.

Au début des années 1950, la priorité a été donnée aux mesures de prévention et à l'éradication des principaux fléaux traditionnels (par exemple, les maladies contagieuses, les maladies liées à la consommation d'opium, les maladies vénériennes et la lèpre) : vaccination massive des enfants, campagnes en faveur de l'hygiène, assainissement de l'environnement (et éradication des nombreux parasites et insectes responsables de la transmission de maladies). La politique de planification familiale a renforcé les progrès concernant la santé des enfants et des mères, car en demandant aux femmes de limiter le nombre de leurs enfants, elle a permis une réduction automatique de la mortalité maternelle, d'une part ; et les enfants – moins nombreux – pouvaient, d'autre part, recevoir des soins meilleurs et mieux adaptés qu'avant la mise en place de la politique familiale.

Au cours de la Révolution culturelle, le système de prévention reposait sur l'expérience des auxiliaires médicaux, les « médecins aux pieds

nus¹ », chargés de transmettre les règles sanitaires les plus élémentaires à la population. Ces personnes représentaient le lien entre la population et la médecine. Il faut noter dans ce contexte que la notion de santé est différente en Chine, par rapport à celle que l'on connaît dans le monde Occidental. La notion prédominante repose sur l'équilibre corporel et le maintien de la santé par un investissement individuel et collectif dans la prévention.

Les pouvoirs publics ont été largement impliqués dans ces mesures visant à l'amélioration des conditions de vie, d'abord dans la prévention de la santé, ensuite en matière d'éradication des principaux fléaux par des mesures de santé primaire (Kane, 1985, p.383). Durant cette période, la politique sanitaire s'est focalisée sur l'amélioration de l'hygiène publique grâce à l'établissement des centres anti-épidémiques au niveau des districts. Des mouvements pour la promotion de l'hygiène publique ont joué des rôles importants pour le perfectionnement de la prévention du choléra, notamment par la généralisation de latrines et l'usage d'engrais organiques. Parallèlement, on a construit des maternités et des cliniques de pédiatrie, qui ont permis une réduction de la mortalité maternelle et infantile (Sigwalt, 1989).

En même temps, la Chine a mis en place les premiers éléments d'un système de sécurité sociale. Ainsi, en 1951, le gouvernement chinois a publié les *Règlements d'Assurances sociales de la R.P. de Chine* (« Zhonghua Renmin Gongheguo Laodong Baoxian Tiaoli »²), qui peuvent être considérés comme les fondements d'un système de sécurité sociale plus étendu. Concernant l'assurance maladie, les soins, peu coûteux à l'époque, étaient payés par l'Etat pour les cadres, les fonctionnaires et les étudiants (Gongfei Yiliao) et par les entreprises pour les ouvriers et les employés (Laobao Yiliao). Pour les membres de la famille des assurés, les assureurs prennent en charge la moitié des frais de traitement.

Signalons que ces règlements ne couvraient pas la population vivant en milieu agricole, qui représentait alors plus de 80 % de la population totale, et que le système de sécurité sociale était en fait inspiré de l'exemple de l'Union soviétique.

En 1956, 94 % des salariés concernés par cette assurance avaient déjà bénéficié de ce système, qui se caractérisait donc par une assurance étatique et la gratuité médicale.

1 Les médecins aux pieds nus étaient généralement des paysans peu formés en médecine. Marchant pieds nus dans les rizières, ils ont été nommés tels quels. Ils étaient choisis en fonction de leurs compétences par les habitants de leur village pour servir d'auxiliaires sanitaires à temps partiel.

2 Voir ces règlements dans Hou Wenruo (1995), pp.1080-1083.

Durant la période allant de 1958 à 1965, un système coopératif d'assurance maladie (« Nongcun Hezuo Yiliao Zhidu ») a été installé en complément dans certaines régions rurales. Les paysans et la collectivité villageoise prenaient chacun en charge une part des frais sanitaires. Cette protection du risque de maladie ne concernait pas l'ensemble du monde rural, puisqu'elle était en place pour une partie des villages ruraux.

Une augmentation très rapide des frais médicaux a conduit à la mise en place de ces premiers éléments d'un système de sécurité sociale : la population pouvant se faire soigner gratuitement, elle a donc augmenté sa consommation de soins. Pour répondre à cette tendance, le gouvernement chinois a modifié sa politique de santé en 1965³ et 1966⁴, afin d'éviter un gaspillage de ressources médicales. Les bénéficiaires du système de sécurité sociale décrit ci-dessus devaient alors participer au paiement d'une partie des frais (par exemple les frais d'inscription à l'hôpital, un tiers des frais de repas pour les hospitalisés, etc.).

Malgré l'introduction de cette participation financière visant à limiter les dépenses médicales, le régime de sécurité sociale en matière de santé publique joue encore aujourd'hui un rôle fondamental dans la protection de la santé des habitants des régions urbaines.

A la fin de l'année 1997, la couverture de l'assurance sociale de la santé publique concernait dans ces régions environ 170 millions d'habitants, soit 13 % de la population totale du pays. Dans les régions rurales, la santé publique dépend principalement du système coopératif de l'assurance maladie (17 % des villages disposaient d'une assurance médicale en 1996). L'assurance privée ne concernait qu'environ 5 millions d'habitants, soit 0,4 % de la population totale. Signalons que le régime de l'assurance sociale est associé à l'ancien système de l'économie planifiée.

1.2 Les récents changements du système de sécurité sociale

La transition de l'économie planifiée à l'économie de marché qu'a connue la Chine depuis le début des années 1980 a eu pour conséquence l'augmentation des revenus individuels. L'ancien régime de la sécurité sociale en matière de santé publique, qui se caractérisait donc par le remboursement des principaux frais médicaux par l'état ou l'entreprise, a également connu des réformes importantes dans la plupart des régions : le système traditionnel montrait en effet des problèmes de plus en plus sérieux suite à l'accroisse-

3 Hou Wenruo (1995), p.1143.

4 Hou Wenruo (1995), p.1010.

ment des frais médicaux, associés en partie à un gaspillage des ressources médicales. Le tableau 1 met en évidence cet accroissement des frais médicaux entre 1978 et 1989 : il a été supérieur à 34 % entre 1987 et 1988, et en règle générale supérieur à 10 % chaque année.

Tableau 1. Accroissement des frais médicaux. Chine entre 1978 et 1989

années	Frais médicaux au total	
	Nombre absolu (cent millions RMB)	Augmentation par rapport à l'année précédente (en %)
1978	27,3	100,0
1979	31,7	116,1
1980	36,4	114,8
1981	39,0	107,1
1982	44,4	113,8
1983	50,0	112,6
1984	55,4	110,8
1985	64,6	116,6
1986	69,0	106,8
1987	84,2	122,0
1988	112,9	134,1
1989	135,2	119,7

Source : « *Laodong Gongzi Zhidu Gaige* », *Zongguo Laodong Chubanshe*, 1991, Beijing, p. 303.

Afin de répondre à cette évolution des coûts, le gouvernement a été contraint, dès 1994, d'introduire des réformes de l'assurance dans certaines villes. Ces réformes peuvent être résumées comme suit :

- Premièrement, certaines régions se sont mises à pratiquer une méthode caractérisée par la combinaison entre un *compte personnel* (financé par chaque individu, le « *Geren Zhanghu* ») et une *fondation d'assurance de santé* (financée par l'entreprise ou l'état, le « *Gongji Zhanghu* »). Deux démarches peuvent se distinguer :
- Dans les villes de Jiujiang (province de Jiangxi) par exemple, l'individu doit payer 1 % du salaire qui est versé sur un compte personnel pour l'assurance sociale de santé, et l'employeur doit payer 10 % du salaire à la fondation de l'assurance de santé. Les frais médicaux doivent être payés d'abord par le compte personnel ; si ce dernier s'avère insuffisant, l'individu payera lui-même un supplément équivalant à 5 % du salaire, et la fondation interviendra en dernier ressort pour payer une majorité du montant restant.
- Dans certaines régions comme la province de Hainan en revanche, des catégories de maladies ont été définies, et une grande partie des frais médicaux concernant certaines catégories est payée par la fondation de

- l'assurance médicale ; pour les autres catégories, le solde des frais médicaux sera payé par le compte personnel.
- Deuxièmement, afin de mieux gérer les risques associés aux maladies importantes pour les petites entreprises et sociétés, vers la fin des années 1980, certaines régions ont établi un *fonds de prévoyance pour les maladies importantes*.
 - Troisièmement, un *régime mixte de sécurité sociale en matière de santé publique* a été mis en place dans certains cas. Par exemple, dans la ville de Shenzhen, les salariats locaux pratiquent la méthode de la combinaison entre le compte personnel et la fondation décrite ci-dessus. En revanche, les travailleurs provisoires (immigrants qui n'ont pas le permis de domicile local à long terme) doivent faire la demande d'une assurance privée qui les couvrira en cas d'hospitalisation. Les retraités ont, quant à eux, le droit de bénéficier d'une sécurité sociale complète en matière de santé publique.
 - Quatrièmement, pour répondre à l'augmentation des ressources nécessaires pour les personnes arrivant aux âges de la retraite, certaines régions ont mis sur pied un *fonds de prévoyance pour les maladies des personnes retraitées*.

Ainsi, à mesure que le revenu personnel augmente, l'individu doit s'investir de plus en plus dans la prise en charge des frais médicaux. Les réformes ont certainement eu des impacts positifs sur la durée de vie moyenne dans les régions urbaines ou pour les salariés ; pour les retraités et agriculteurs, il est difficile de se rendre compte de l'évolution de la situation sanitaire. Afin de mesurer quantitativement les impacts des évolutions du système de protection sociale sur la santé et la durée de vie individuelle, il est nécessaire d'attendre de nouvelles enquêtes ou un recensement.

1.3. L'organisation du système de santé

Aujourd'hui, l'établissement du système de santé est verticalement associé à la subdivision administrative du gouvernement. Au niveau national, le Ministère de la santé est l'autorité en charge du système de santé dans son ensemble. Il gère par ailleurs des institutions comme l'Hôpital général, la station anti-épidémique, ainsi que les institutions nationales de formation en santé publique. Au sein de chaque région, un bureau de santé publique est présent et a pour mission d'appliquer la politique sanitaire, sous la responsabilité du gouvernement régional et du bureau de santé publique national. Dans les régions rurales, comme dans les régions urbaines, le système de santé est construit sur trois niveaux :

Au niveau inférieur, on trouve les « médecins de village » (anciennement médecins aux pieds nus) à la campagne, et les « médecins d'usine » ou de voisinage à la ville. A ce niveau, les « médecins », qui sont plutôt des infirmiers sans formation complète de médecine, doivent recueillir les données sanitaires, organiser les vaccinations et pourvoir aux soins de santé primaire. Au niveau intermédiaire, il y a les hôpitaux (centres de santé, environ un pour 10 à 30 villages) de bourgade (anciennement commune populaire, unité géographique disparue au début des années 1980) dans la région rurale, et les hôpitaux de quartier dans la région urbaine. C'est à ce niveau que l'on trouve des médecins qualifiés. Enfin, le troisième niveau se base sur le district, qui doit appliquer les politiques nationales, gérer des institutions comme l'Hôpital général, la station anti-épidémique, les institutions de formation. Au sein de ce système, le niveau intermédiaire supervise le niveau inférieur et prend en charge les malades qu'il n'est pas possible de soigner au niveau inférieur. Ce système peut offrir à toute la population les soins de santé adaptés et des services de prévention et d'éducation sanitaire (Cailliez, 1998 ; Rosenthal, 1990).

2. L'évolution de la mortalité

Le système de santé traditionnel et les modifications qu'il a subi au cours des dernières années peut être mis en parallèle avec l'évolution de la mortalité et l'augmentation de la durée de vie au cours de la deuxième moitié du 20^e siècle. Les relations entre système de santé et mortalité sont notamment mises en évidence par le fait que la mortalité a longtemps été élevée en Chine, avant de diminuer d'une manière particulièrement rapide au moment de l'introduction du programme d'éradication des maladies infectieuses et du système de sécurité sociale. Nous allons discuter dans les détails l'évolution de la mortalité.

Ce n'est qu'à partir du recensement de 1982 que la Chine a disposé de données de mortalité pour l'ensemble du pays. Pour la période précédente nous avons retenu les données qui nous paraissent les plus représentatives et fiables. Il s'agit des données de l'enquête de Buck et Chiao en 1929-1931⁵, et de l'enquête épidémiologique sur le cancer qui a été organisée en 1973-1975.

5 Cette enquête a été organisée en 1929-31, en collaboration avec le département d'agronomie de l'Université de Nankin. Elle avait pour but de connaître le niveau de la récolte agricole et d'estimer l'influence de cette récolte sur la fécondité et la mortalité. Cf. Peng Fei, 1997a, chapitre 1.

Avec celles des recensements de 1982, de 1990⁶, et du micro-recensement de 1995, nous disposons de différentes mesures réparties sur les 70 dernières années du 20^e siècle. Pour compléter ces données, notamment pour les années 1950 et 1960, nous avons utilisé les estimations de la Division de la population des Nations Unies.

Tableau 2. Evolution de l'espérance de vie à la naissance, Chine, 1929-1995

Périodes ou années	Hommes	Femmes	Ensemble
1929-1931	34,9	34,6	34,7
1950-1955	39,3	42,3	40,8
1955-1960	43,1	46,2	44,6
1960-1965	48,7	50,4	49,5
1965-1970	58,8	60,4	59,6
1970-1975	62,5	63,9	63,2
1973-1975	63,6	66,3	-
1981	66,2	69,1	67,7
1989	67,8	71,4	69,6
1995	67,4	71,9	69,6
1990-1995	66,7	70,5	68,4

Sources : Ni Jiangling (1985), Nations Unies (1999), Peng Fei (1997a) ; Zhang et al. (1997).

Le tableau 2 montre l'évolution de l'espérance de vie à la naissance tirée de ces différentes sources. Nous pouvons remarquer que dans les années 1930 et 1940 – qui furent pourtant des périodes de troubles politiques importants – l'espérance de vie à la naissance a gagné 4,4 ans pour les hommes et 7,7 ans pour les femmes. De moins de 35 ans en 1929-31 (34,9 ans pour les hommes et 34,6 ans pour les femmes, selon l'enquête de Buck et Chiao), la durée moyenne de vie est passée à plus de 40 ans dans la première moitié des années 1950 (39,3 ans pour les hommes et 42,3 ans pour les femmes). Au milieu des années 1990, elle atteignait 67,4 ans et 71,9 ans respectivement. La Chine a donc connu une augmentation rapide de l'espérance de vie à la naissance, telle qu'« on n'en a jamais enregistré » ailleurs (Calot et Caselli, 1989). Cette amélioration a été surtout remarquable dans les années 1950 et 1960, au cours desquelles le gain moyen de durée de vie a été d'un an environ chaque année. De 1950 à 1995, les gains d'espérances de vie à la naissance en Chine ont été de presque 30 ans pour les hommes et les femmes ; à titre de comparaison, en France sur la même période, les hommes ont ajouté 9 ans et les femmes 13,5 ans à leur espérance de vie à la naissance. La progression a donc

6 A l'exception d'un léger sous-enregistrement de la mortalité infantile, la qualité des données du recensement de 1982 est assez bonne; pour le recensement de 1990, un sous-enregistrement des décès dans la population infantile et celle âgée s'observe (Peng Fei, 1997a, pp.49-73).

été près de 3 fois plus rapide en Chine qu'en France ou dans les autres pays occidentaux.

Malgré ces progrès, la Chine n'est pas parvenue à atteindre les niveaux de mortalité particulièrement bas des pays d'Asie les plus développés. Parmi ces pays, on trouve notamment le Japon qui enregistre l'espérance de vie à la naissance la plus élevée du monde ; la différence avec la Chine atteint 9,7 ans pour les hommes et 11,9 ans pour les femmes pour la période 1990-1995. La durée moyenne de vie en Chine se situe également bien en deçà de celle observée à Singapour ou en Corée du Sud. En revanche, la Chine se trouve en bonne position comparée aux Philippines, avec une espérance de vie à la naissance supérieure de deux ans environ. Elle l'est plus encore comparée à l'Inde, l'autre géant démographique mondial, avec un écart de 6,4 ans pour les hommes et de 10 ans pour les femmes (Tableau 3).

Tableau 3. Espérance de vie à la naissance dans quelques pays d'Asie en 1990-95 (en années)

Pays	Hommes	Femmes	Ensemble
Japon	76,4	82,4	79,5
Singapour	73,9	78,3	75,6
Corée du Sud	67,3	74,9	70,9
Chine	66,7	70,5	68,4
Philippines	64,5	68,2	66,3
Inde	60,3	60,5	60,3

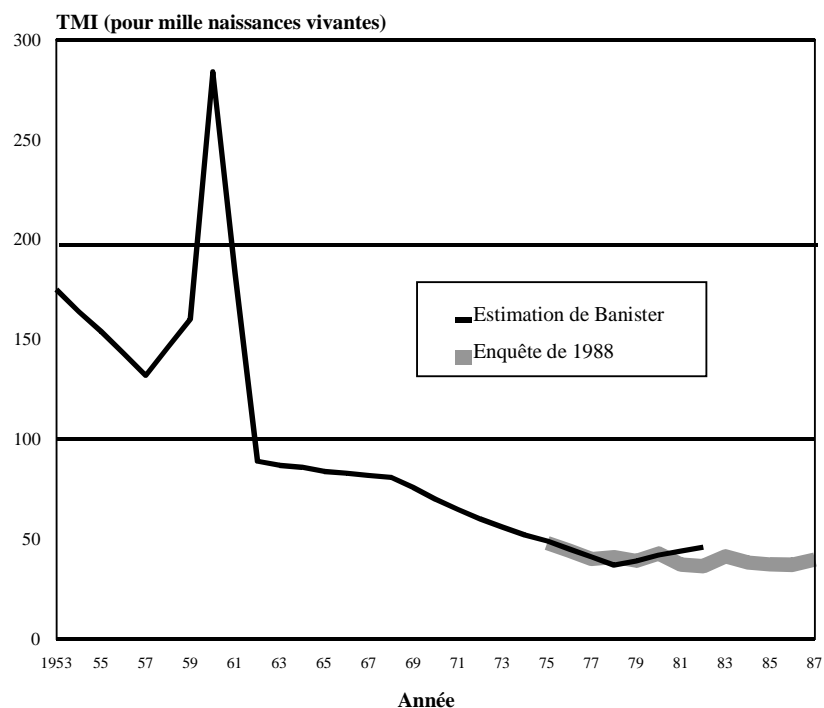
Source : Nations Unies (1999).

Lorsque l'on s'intéresse à l'évolution de la mortalité selon l'âge, la première information tirée des données disponibles est relative à la diminution des taux de mortalité infantile. Le taux de mortalité infantile étant une bonne estimation du niveau de développement sanitaire d'un pays, nous pouvons déjà établir une impression générale plutôt favorable sur l'amélioration des conditions de vie en Chine. L'introduction du système de santé dans les années 1950 a été marquée, nous l'avons dit plus haut, par un effort particulier dans la prévention de la morbidité et mortalité infantile et juvénile, avec notamment la diffusion de règles d'hygiène élémentaires (eau bouillie) et l'organisation de campagnes de vaccinations (qui devraient avoir un effet sur la mortalité juvénile, plutôt que sur la mortalité infantile). De même, la diminution de la fécondité et les changements dans la position de l'enfant au sein de la famille ont probablement eu un effet sur les soins accordés à celui-ci.

L'enquête de 1988 sur la procréation et la contraception (échantillon au 2/1000e) permet le calcul des taux de mortalité infantile (TMI) considérés comme étant de bonne qualité, pour chaque année, depuis 1975 (Lin Fude et Wang Feng, 1991). Pour la période précédant 1975, il faut se contenter

d'estimations indirectes, notamment celles établies par Banister (1984) pour la période comprise entre 1953 et 1982. Ces estimations reposent sur l'enquête nationale sur la fécondité au 1/1000e de 1982. Signalons que les résultats de Banister entre 1975 et 1982 sont très proches des TMI fournis par l'enquête de 1988 pour la même période (Figure 1).

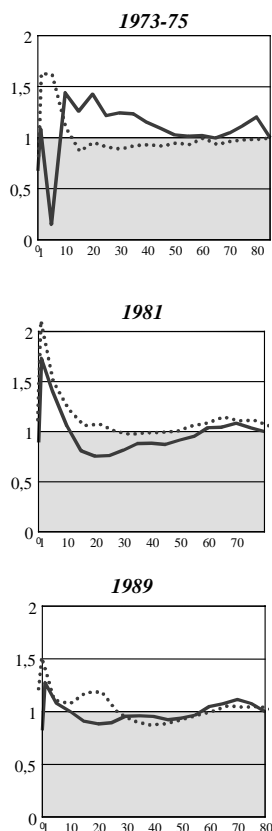
Figure 1. Transition de la mortalité infantile (en ‰). Chine 1953-1987



Sources : J. Banister (1984), p. 254 ; Bureau national de statistique de Chine (1989), p. 141.

Dans les années 1950, le taux de mortalité infantile a varié entre 175‰ en 1953 et 132‰ en 1957, amorçant une baisse qui a été stoppée durant la période du *Grand Bond en Avant*, caractérisée par des problèmes politiques, alimentaires (famine) et économiques. A la fin des années 1950, la mortalité infantile concernait près de 3 nouveau-nés sur 10 (284‰). C'est dans les années 1960 qu'elle a fortement diminué, d'abord en raison de la fin de la crise économique et sanitaire ayant accompagné le *Grand Bond en Avant*, puis probablement grâce à l'amélioration des conditions sanitaires suite aux mesures de santé décrites plus haut. Le taux a atteint 87‰ en 1963 et 56‰ en 1973, pour se stabiliser vers 40‰ dans les années 1980.

Figure 2. Comparaison des tables chinoises avec les tables-types des Nations unies :
rapport des quotients observés / estimés
(en trait plein, hommes ; en pointillés, femmes)



Source : Estimations et comparaisons effectuées à l'aide du logiciel MortPak-lite (2.0), Nations-Unies, 1988. Hommes : 1973-75 Schéma N-U de l'Asie Méridionale, $e(0) = 63,6$ ans ; 1981 et 1989 Famille Ouest de Princeton, $e(0) = 66,4$ ans 1981 et $67,7$ ans pour 1989 ; Femmes : 1973-75 Schéma N-U général, $e(0) = 66,3$ ans ; 1981 et 1989 famille Ouest de Princeton, $e(0) = 69,4$ ans 1981 et $e(0) = 71,0$ ans 1989.

La figure 1 montre clairement que c'est entre 1953 et 1973 que la baisse a été la plus forte, à l'exception des années de crise⁹. Dans les années 1990, avec un niveau compris, selon les estimations, entre 40 et 50 décès

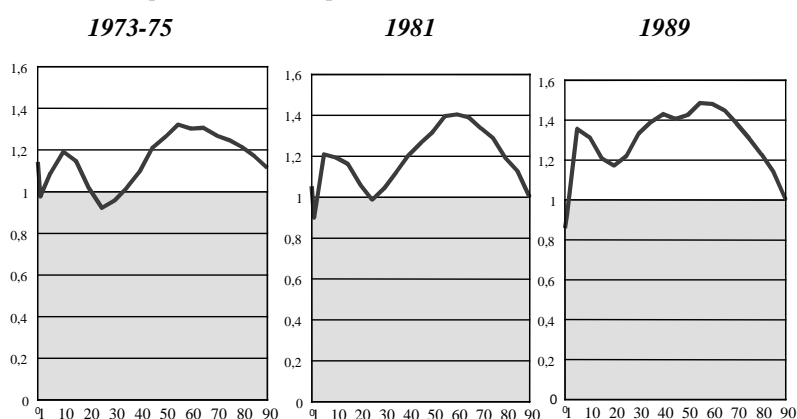
9 Cette évolution a été étudiée par, notamment, Kane (1985) et Jian et al. (1984).

infantiles pour 1000, la Chine se situe dans une position intermédiaire entre les pays de faible mortalité de la région asiatique et les pays en voie de développement. Cependant, compte tenu de l'espérance de vie à la naissance observée en Chine, le niveau de mortalité infantile peut être considéré comme particulièrement élevé, et représente pour cette raison l'indicateur d'un problème spécifique de santé publique.

D'ailleurs, la comparaison des tables de mortalité pour la Chine avec des modèles de « tables-types » met en évidence les caractéristiques de la mortalité selon l'âge et le sexe, par rapport à des structures types reflétant la situation internationale. Banister et Preston (1981) avaient déjà comparé la table de mortalité de 1973-75 (sexes confondus) avec des tables-types. Nous avons entrepris la même procédure pour chaque sexe et pour trois périodes (1973-75, 1981, 1989), en considérant la famille de référence la mieux adaptée. Dans une seconde étape, nous avons comparé la table observée avec celle estimée par le recours aux tables-types. Il ressort (Figure 2) que si les schémas de mortalité aux âges adultes sont proches de ceux des tables de référence, la mortalité infantile est bien plus élevée que celle attendue en fonction du niveau d'espérance de vie à la naissance. Cela s'observe surtout pour 1981, le différentiel entre les deux tables ayant diminué par la suite.

La figure 3, qui compare les niveaux de mortalité masculine et féminine observés en Chine, montre par ailleurs une surmortalité féminine avant l'âge de 5 ans qui s'écarte des schémas traditionnellement observés dans le reste du monde. Le même phénomène a été observé pour la plupart des pays européens au 19ème siècle et au début de notre siècle (Tabutin et Willems, 1995 ; Tabutin, 1978).

Figure 3. Rapports des risques de décès entre les sexes selon l'âge : quotient masculin/quotient féminin. Chine 1973-1989

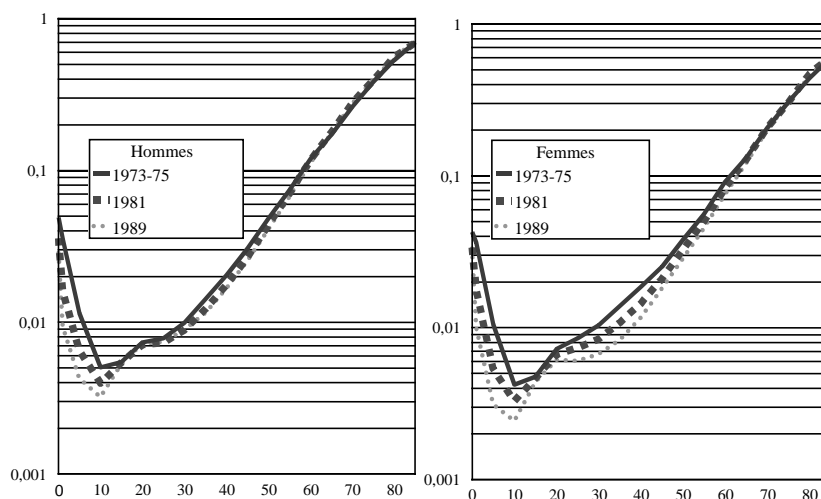


Source : Peng Fei (1997a).

Au cours de la même période, on a observé l'émergence de la surmortalité masculine aux âges reproductifs pour lesquels, jusqu'au début des années 1980, la femme était soumise à un niveau de mortalité plus élevé que l'homme en raison des conditions dans lesquelles les grossesses étaient menées. L'augmentation de la surmortalité masculine traduit probablement une amélioration de la condition sanitaire des femmes. Cependant, le niveau de surmortalité masculine n'atteint pas encore celui qui est observé dans les pays à faible mortalité, montrant que des progrès restent certainement encore à faire dans le domaine de la mortalité féminine.

Une autre observation particulièrement intéressante, relative à la mortalité selon l'âge, est l'absence d'évolution des niveaux de mortalité observés chez les personnes âgées au cours de la décennie 1970 et 1980 (Figure 4). La baisse de la mortalité féminine a touché en premier lieu les âges infantiles et juvéniles (entre 0 et 14 ans), ainsi que les âges concernés par la mortalité maternelle (entre 20 et 39 ans). Chez les hommes, la baisse a surtout concerné les enfants, adolescents et adultes de 34 à 64 ans. La meilleure attention accordée à la femme enceinte et à l'enfant – parallèlement à la mise en place des politiques de limitation de la fécondité – a eu un effet sur le niveau de mortalité de ces groupes. Pour les âges avancés, il est possible qu'une amélioration de l'enregistrement des décès à l'état civil explique – en partie du moins – l'absence de progrès.

Figure 4. Evolution des profils de la mortalité par groupes d'âges. Chine 1973-1989



Source : PENG Fei, (1997 a).

Discussion

La Chine a connu une très forte augmentation de l'espérance de vie à la naissance, principalement dans les années 1950 et 1960, à l'exception de la période marquée par le *Grand Bond en Avant*. Depuis, la mortalité a diminué, mais le rythme de cette diminution a ralenti. Ainsi, le niveau de l'espérance de vie à la naissance pour la Chine se situe à la fin des années 1980 à mi-chemin entre celui des pays développés d'Asie et celui des pays en voie de développement. Les données disponibles sur la mortalité par âge pour les années 1970 et 1980 montrent cependant que certains progrès devront encore être effectués au niveau de la mortalité infantile et juvénile pour rejoindre le groupe de tête des Etats asiatiques à faible mortalité. De même, il ressort de cette analyse que la mortalité chinoise présente quelques caractéristiques intéressantes en matière de structure par âge et de disparités entre les sexes.

La description du système sanitaire et de protection sociale introduit en Chine au début des années 1950 et les modifications successives observées depuis, pose de nombreuses questions en relation avec l'impact qu'il a pu avoir sur l'évolution de l'espérance de vie à la naissance. Les profils de mortalité par âge ne sont disponibles que depuis les années 1970, si bien qu'il est difficile d'estimer le rôle des pratiques préventives et de l'introduction du système de médecins aux pieds nus sur la diminution de la mortalité des adultes. En revanche, pour ce qui est des enfants, les données et estimations de la mortalité infantile montrent qu'il y a une cohérence temporelle entre la mise en place des mesures préventives et les campagnes de vaccination, d'une part, et la diminution plus rapide de la mortalité infantile, d'autre part.

Bien que les données sur l'état de santé de la population chinoise fassent défaut, il est probable que l'approche adoptée par la santé publique chinoise, visant à maintenir l'équilibre entre corps et environnement plutôt qu'à intervenir au moment où la maladie se déclare, ait eu pour conséquence de rendre possible la forte diminution de la mortalité générale et l'augmentation de l'espérance de vie, sans avoir recours à des moyens thérapeutiques et infrastructures considérables, comme ce fut le cas des pays industrialisés.

Les réformes de la sécurité sociale et de santé publique depuis la fin des années 1980 ont certainement eu des impacts sur la durée de vie moyenne dans les régions urbaines ; pour mesurer quantitativement ces impacts, il faudra attendre la disponibilité de données de nouvelles enquêtes ou recensements. En revanche, la plupart des résidents ruraux ne bénéficient pas du système de sécurité sociale, et le système de santé dans ce milieu a besoin d'un développement. Le gouvernement chinois devra envisager au cours des prochaines années les problèmes liés au système de santé rural, en accordant

une priorité aux régions les plus pauvres (Cailliez, 1998), qui sont aussi celles ayant le niveau de mortalité le plus élevé (Peng Fei, 1997b).

Bibliographie

- BANISTER J. (1984), Analysis of Recent Data on the Population of China, *Population and Development Review*, New York, 10 (2), pp. 241-271.
- BANISTER J. et PRESTON S. H. (1981), Mortality in China, *Population and Development Review*, New York, 7(1), pp. 98-110.
- BUREAU NATIONAL DE STATISTIQUE (1989), *China Population Statistics : Yearbook 1989*, Beijing, Dec. (en chinois).
- CAILLIEZ C. (1998), L'effondrement du système de santé rural, in *Perspectives chinoises*, N°47, mai/juin 1998, pp. 38-45.
- CALOT G., CASELLI G. (1989), La mortalité en Chine d'après le recensement de 1982 : analyse selon le sexe et l'âge au niveau national et provincial. *Population* N° 45, pp. 841-872.
- HOU WENRUO (1995), « Baoxian Fa Yu Baoxian Shiwu Quanshu » (Lois des assurances et les affaires d'assurances), Qiyie Guanli Chubanshe, 1995, Beijing.
- JIAN ZHENGHUA, ZHANG WEIMING et ZHU LIWEI (1984), Zhongguo Renkou Pingjun Qiwang Shouming De Chubu Yanjiou (Etude initiale sur la vie moyenne de la population chinoise), *Renkou Yu Jinji* (Economie et Population), Beijing, N° 3.
- KANE P. (1985), L'influence des politiques économiques et sociales, Etudes de cas, La Chine ; *La lutte contre la mort : influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*, éd. par J. Vallin et A. Lopez, Travaux et documents, N° 108, Paris, INED, PUF, pp. 369-384.
- LIN FUDE et WANG FENG (1991), Quanguo Shengyu Jieju Chouyang Diaocha Ciliao de Zhilian Jianyian (Analyse de la qualité des données de l'enquête sur la procréation et la contraception au 2/1000e de la population nationale en 1988), *Renkou Yanjiu* (Recherche de population), N°1, Beijing, pp. 3-7.
- NATIONS UNIES (1988), *Mortpak-Life : The United Nations Software Package for Mortality Measurement*, Sales Number E. 88. XIII. 2. New York, United Nations.
- NATIONS UNIES (1999), *World Population Prospects, the 1998 Revision*, New York, United Nations.

- NI JIANGLING (1985), Wuo Guo Renkou Shouming De Yanjiu (les recherches sur l'espérance de vie en Chine), *Zhongguo Weisheng Tongji* (Statistique sanitaire de la Chine), 1985, Vol.2, N° 1, Beijing, pp. 6-9.
- PENG FEI (1997, a), *Approche spatio-temporelle de la mortalité : cas de la Chine dans les années 1980*, Academia/Bruylant, L'Harmattan, Belgique, L-L-N, 257 p.
- PENG FEI (1997, b), *Disparités et changements de la mortalité régionale en R. P. de Chine dans les années 1980*, in Actes du XXIIIe Congrès Général de la Population, UIESP, Beijing, 11-17 octobre 1997, volume 3, pp. 1353-1370.
- ROSENTHAL M. M.(1990), The People's Republic of China and its Health Care System, in *Cat. Socio. Démo. Méd.*, 30 (1), pp. 47-73, (January-March 1990).
- SIGWALT P. (1989), Le système de santé à la croisée des chemins, in *l'Etat de la Chine*, Paris, 1989, p. 163.
- TABUTIN D. (1979), Mortalité des enfants dans les pays en développement, Observation et analyse, Chaire Quetelet'79, *La mortalité des enfants dans le tiers-monde. Orientations et méthodes de recherche*, Ordina Editions, Liège, pp. 13-73.
- TABUTIN D. (1991), *La surmortalité féminine en Afrique du Nord de 1965 à nos jours*, Département de Démographie, UCL, Louvain-la-Neuve, Working Paper, N° 152.
- TABUTIN D., WILLEMS M. (1995), Les différences de mortalité entre sexes de la naissance à la puberté : l'expérience historique de l'Occident (1750-1930), in : United Nations, *Sex differentials in infant and child mortality*.
- ZHANG WEIMING et al. (1997), Current Changes of China's Population - A Brief Analysis on the Population Data of China's 1995 1 % Population Sample Survey, in *Demography of China*, IUSSP General Population Conference, China Population Association, October, 1997, Beijing, pp. 36-71.



Université catholique de Louvain
Département des sciences de la population et du développement
1, Place Montesquieu, bte 4 B-1348 Louvain-la-Neuve
Tel. : (32 10) 47 40 41 Fax : (32 10) 47 29 52
E-mail : letocart@sped.ucl.ac.be