

La santé en Chine

Jean-Louis Durand-Drouhin

DANS **LES TRIBUNES DE LA SANTÉ 2011/1 n°30**, PAGES 87 À 112
ÉDITIONS **PRESSES DE SCIENCES PO**

ISSN 1765-8888

DOI 10.3917/seve.030.0087

Date de mise en ligne : 11/05/2011

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2011-1-page-87?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

LES RÉFORMES DES SYSTÈMES DE SANTÉ, ICI ET AILLEURS

La santé en Chine

Jean-Louis Durand-Drouhin

La question de l'accès à la santé et à une médecine de qualité constitue pour les autorités chinoises un enjeu majeur pour réduire les inégalités, assurer la stabilité sociale et confirmer la viabilité du modèle de développement chinois. À la suite du désengagement de l'État à la fin des années 1970, une majorité de la population, sans couverture sociale, a cessé d'accéder aux structures de soins, accentuant les inégalités, notamment entre les villes et les campagnes. La réforme du système de santé de 2008, primordiale pour l'avenir du pays, a pour objectif d'assurer à la totalité de la population urbaine et rurale une couverture de soins minimum grâce à un système d'assurance maladie, de rendre accessible les médicaments de base, de moderniser et développer les hôpitaux et les structures sanitaires de premiers recours, en particulier au profit des populations des campagnes.

UN SYSTÈME DE SANTÉ INACCESSIBLE AU PLUS GRAND NOMBRE

Du grand bond économique à la question sociale

La question de la santé comme celle de l'éducation est au cœur du débat en cours sur l'avenir de la Chine. Elle ne peut s'examiner que replacée dans le contexte de l'état et du développement de ce pays qui fascine le reste de la planète. Elle ne peut être détachée des grands enjeux auxquels il se trouve confronté dans le domaine de l'économie mais aussi, plus largement, celui de la société tout entière.

La Chine aujourd'hui défraie la chronique avec des taux de croissance exceptionnellement élevés qui n'ont en moyenne quasiment pas faibli depuis

le début des années 1990, plus de vingt ans. Dans le contexte de la crise de l'économie mondiale qui ne devait pas épargner l'Asie, le taux de croissance de la Chine pour 2009 aura été de 9,1 %, et de 11,9 % au premier trimestre 2010. On notera des excédents commerciaux records ces dernières années, une accélération de l'appréciation du yuan par rapport au dollar et à l'euro, le troisième PIB derrière les États-Unis et le Japon en 2008, la première place pour la production l'acier, 47 % de la production mondiale, au deuxième rang pour la production d'électricité (2009), etc. Les journaux affichent quotidiennement ce type de nouvelles et nombre d'observateurs, un peu rapidement, parient sur une domination chinoise prochaine fondée sur une économie occupant demain la première place.

1. Indice statistique composite qui prend en considération l'espérance de vie, le niveau d'alphabétisation des adultes, le PIB par habitant.

La vision est bien différente quand ces performances sont rapportées au nombre d'habitants. Ainsi, en 2009 la Chine est placée au 99^e rang par tête pour le PIB par la Banque mondiale qui la considère comme un « pays à revenu intermédiaire inférieur », derrière la Thaïlande et la Malaisie, devant l'Algérie et le Viet Nam. L'indice de développement humain (IDH¹) du Pnud positionne la Chine au 92^e rang en 2009.

La question posée aujourd'hui à ce pays est celle d'une transition dont l'enjeu est démographique, social, urbanistique, sanitaire, environnemental et écologique.

L'enjeu démographique

- Le nombre : avec 1,341 milliard au recensement de 2002, la population devrait dépasser 1,4 milliard en 2010.
- Un *sex ratio* parmi les plus déséquilibrés de la planète : cent vingt garçons pour cent filles, résultat d'une politique stricte de contrôle des naissances qui favorise les comportements sélectifs. Ceux-ci s'inscrivent dans une tradition ancienne essentiellement d'origine rurale (travail de la terre par les garçons) et confucéenne (la fille quitte sa famille, qui devra payer une dot, pour vivre dans celle de son mari, tandis que le fils, lui, demeure avec ses parents et se trouve mieux à même de perpétuer le culte des ancêtres). Un taux de mortalité infantile (avant 5 ans) plus défavorable pour les petites filles contribue aussi à ce déséquilibre.
- La politique de l'enfant unique inaugurée en 1973 (qui souffre de nombreuses exceptions puisque le taux de fécondité aurait été de 1,7 ‰ en 2008) conduit à une situation, notamment dans les grandes villes, où sur les épaules d'un seul enfant reposent deux générations : celle de ses parents et celle de ses grands-parents dont la durée moyenne de vie s'allonge.
- Un vieillissement accéléré de la population a fait dire à des observateurs

que « la Chine sera vieille avant que d'être riche ». Si déjà en 2007, 11 % de la population avait plus de 65 ans, en 2040 cette part devrait être de 16 %, avec des conséquences sur le marché du travail, sur le coût de la santé et celui de la dépendance croissante qui influent directement sur les dépenses de sécurité sociale.

L'enjeu social

- Le principal : l'accentuation des inégalités. Les écarts se creusent entre les villes et les campagnes, entre les dix provinces côtières et celles de l'intérieur, plus récemment entre les centres des grandes villes et les périphéries où habitent les travailleurs pauvres venus des campagnes ou chassés des centres villes réhabilités destinés aux affaires et aux commerces. En 2006, le revenu moyen annuel par tête était de 1 100 euros en ville et de 334 euros à la campagne ; un rapport de l'ordre de 1 à 3 subsiste aujourd'hui. L'amplitude entre les extrêmes est illustrée par l'exemple du PIB par habitant du Guangdong (province de Canton) qui correspond à seize fois celui de la province pauvre du Guizhou.

- La multiplication des conflits et manifestations : 8 000 en 1994, 90 000 en 2006 (sources officielles), probablement plus de 100 000 en 2009. Les conflits sont de plus en plus violents : conflits du travail dans de grandes entreprises étrangères et chinoises, autour de l'utilisation du sol, concernant le logement, pour des indemnisations ou des salaires non versés, etc.

- La précarité du groupe de 200 à 250 millions de migrants (les *mingong*, dont le nombre est difficile à cerner) qui se déplacent des campagnes vers les villes pour des périodes de temps variables, même si l'on observe une tendance à la sédentarisation d'une partie d'entre eux qui deviennent les nouveaux urbains. En situation irrégulière, la plupart ne disposent pas de l'autorisation de séjour (le *hukou*) de la province où ils travaillent : outre les bas salaires et les très dures conditions de travail, ils se trouvent dans l'impossibilité de faire venir leur famille, d'accéder aux logements décentes, à l'école et à l'hôpital.

- Le marché de l'emploi devient un problème. À la rentrée 2007, la presse chinoise titrait sur les 20 millions de nouveaux demandeurs d'emploi pour les 12 millions de postes de travail... On indiquera toutefois que la notion d'emploi est certainement plus vague et plus extensive en Chine qu'en Europe : le cumul de plusieurs emplois y est fréquent et de nombreux « emplois » ne sont pas officiellement recensés. Depuis quelques années, les jeunes diplômés des universités rencontrent des difficultés après leurs études ; en 2009, ils étaient 6,1 millions à la recherche d'un emploi.

L'enjeu de l'urbanisation

L'urbanisation progresse à pas de géant. Si en 2006 la population urbaine atteignait 44 %, en 2010 elle correspond à environ 50 %. La rapidité du phénomène pose aux grandes villes et aux villes moyennes des problèmes aigus d'infrastructures, de logements, de transports et de services indispensables tels les établissements d'enseignement, de santé, etc.

L'enjeu sanitaire

Il est lié aux conditions d'hygiène et de sécurité :

- certaines dépendent fortement des risques environnementaux et écologiques : selon la Banque mondiale, seize des vingt villes les plus polluées dans le monde sont chinoises,
- d'autres dépendent des risques épidémiologiques comme le rappellent les récents épisodes du Sras, de la grippe aviaire, du lait contaminé (6 200 cas en 2008), plus récemment encore l'épidémie « pieds-mains-bouche ».

Pour mesurer le chemin qui reste à parcourir, on rappellera que seulement 50 % de la population bénéficient de l'assainissement et 66 % ont accès à l'eau salubre.

Une situation sanitaire contrastée

En positif, le niveau de l'espérance de vie atteignait 73,4 ans en 2009, identique à celui de la Hongrie, meilleur que celui du Brésil (71,9), de l'Indonésie (70,7), et moins bon que celui du Japon (82,1), de la France (80,9) ou des États-Unis (78,1). En négatif, le taux de mortalité infantile (moins de 5 ans) était de 17,2 ‰ en 2009 (3,6 ‰ en France).

À partir des principaux indicateurs de santé, on relèvera :

- pour les maladies infectieuses :
 - tuberculose : 4,5 millions de patients et 1 076 938 nouveaux cas déclarés en 2009 (il y aurait 400 millions de porteurs) ;
 - VIH : 740 000 porteurs du virus dont 105 000 cas déclarés (des estimations faites par des ONG évaluent à un ou plusieurs millions le nombre de porteurs) ;
 - hépatite B : 120 millions de porteurs et 1 170 607 cas déclarés en 2009 ;
 - maladie « pieds-mains-bouche » : 490 000 cas et 126 décès en 2008 ;
 - grippe aviaire : 38 cas dont 25 décès ;
 - le Sras entre 2003 et 2004 a atteint 5 327 personnes et provoqué 349 décès ;
- pour les maladies émergentes :
 - hypertension : 160 millions de patients (24,7 % reçoivent un traitement) ;

- diabète : 11% de la population ;
- première cause de mortalité, les cancers : du poumon (6 000 000 de décès chaque année, 33 % des cancers, taux de mortalité : 30,8/100 000 en 2005), du foie (taux de mortalité : 26,2/100 000), de l'estomac (taux de mortalité : 24,7/100 000), du sein (200 000 femmes touchées chaque année) ;
- autres indicateurs :
 - tabagisme : 350 millions de fumeurs ;
 - obésité : 70 millions de personnes ;
 - malnutrition : 24 millions.

Ainsi, aux maladies infectieuses traditionnelles s'ajoutent aujourd'hui en Chine les maladies « modernes » des pays développés.

Le poids de l'histoire : de Mao à l'ère des réformes

La période qui va de la fondation de la République populaire de Chine en 1949 à l'ère des réformes (à partir de 1978) est caractérisée par une organisation sociale des masses populaires étroitement encadrée par le Parti communiste qui s'inspire du modèle soviétique.

L'ensemble de la population est organisée en ville dans les unités de travail (*danwei*), à la campagne dans les communes populaires. Cette organisation, à laquelle aucun individu n'échappe, atteindra sa pleine portée dans le contexte de deux temps forts et dramatiques de l'histoire de la jeune République populaire, car ils feront des millions de victimes : celui du Grand Bond en avant (1958-60) et celui de la Révolution culturelle (1966-69).

Dans le cadre de cette politique dite du « bol de riz en fer », chaque individu est totalement pris en charge par la collectivité pour son emploi comme pour sa santé. Se pratique une médecine principalement axée sur les soins primaires et une prévention élémentaire dans des structures que l'on assimilerait aux dispensaires que les pays occidentaux connaissaient à la même époque. Le patient n'effectue aucun paiement. Il en est de même à l'hôpital. Pourtant, c'est là qu'apparaissent rapidement des niveaux de prise en charge qualitativement différents, notamment au profit des cadres, de leurs familles et des travailleurs les plus méritants.

L'ère des réformes traduit la fin de l'État providence. Le système de couverture collective et généralisée des soins se désagrège. En 1979, la réforme du système de santé entraîne une réduction du financement des hôpitaux publics de 90 à 15 %, au nom du primat de la loi du marché que le pays redécouvre.

Malgré ses moyens limités et ses méthodes rudimentaires, l'organisation

de cette offre de soins élémentaires – qui s’appuie sur le Parti communiste et l’armée de libération populaire pendant les trente premières années du régime – va permettre d’obtenir des résultats. Le quadrillage sanitaire généralisé de la population mis en place sur l’ensemble du territoire (installation des postes de prévention épidémique en 1954) va permettre l’éradication de fléaux endémiques comme la schistosomiase. Des campagnes de vaccination à grande échelle sont entreprises avec succès. L’interdiction de la prostitution et la moralisation des mœurs à outrance va faciliter l’éradication des MST. Le renforcement dans les campagnes à partir de 1966 du dispositif des « médecins aux pieds nus » favorise une prise en charge sommaire des habitants des zones rurales les plus démunies. L’espérance de vie, inférieure à 40 ans au tout début des années 1950, passe à 67,9 ans en 1981.

Des progrès significatifs dans le domaine de la santé sont donc obtenus avant les réformes économiques des années 1980, comme le montre la figure 1.

Une organisation décentralisée

L’organisation du système de santé est pyramidale, hiérarchisée et fortement décentralisée (figure 2). Elle correspond aux principaux niveaux territoriaux de la carte administrative de la Chine². Les bureaux de santé provinciaux et les bureaux de santé des villes et des districts constituent les pivots d’une organisation administrative fortement territorialisée. Leur direction est responsable devant l’autorité politique provinciale ou locale qui la nomme. Les centres hospitaliers communautaires urbains et ruraux dépendent des bureaux des villes et des districts, les dispensaires de village des comités de village.

Depuis 2004, parallèlement à chacun des niveaux territoriaux, ont été installés les 3 545 CDC qui sont chargés de la veille épidémiologique et de l’intervention d’urgence pour les cas déclarés. Ils dépendent du Centre national de contrôle de prévention des maladies (CDC de Pékin), placé sous la tutelle du ministère. Ce dispositif mis en place au lendemain de l’épidémie de Sras a bénéficié d’un important soutien des experts du CDC américain d’Atlanta.

Le ministère de la santé à Pékin fixe les objectifs et les orientations nationaux de la politique de santé dans le cadre des plans quinquennaux et des plans nationaux de santé publique. Il élabore les lois et règlements. Il apporte un soutien technique et méthodologique aux différents niveaux territoriaux. Il a enfin une mission d’information et anime la coopération internationale, tant multilatérale (OMS, Onusida, Fonds mondial de lutte contre le sida, la malaria et la tuberculose, etc.) que bilatérale, avec de très nombreux pays dont la France. Le ministère proprement dit ne compte que quatre cents

2. Organisation administrative :
 - 31 unités de niveau provincial : 22 provinces, cinq régions autonomes (Guangxi, Mongolie intérieure, Ningxia, Tibet, Xinjiang), quatre municipalités (Pékin, Shanghai, Tianjin, Chongqing),
 - 333 préfectures,
 - 2 861 districts comprenant 1 642 districts ruraux, 374 villes et 845 districts hautement urbanisés,
 - 44 000 bourgades rurales et villes moyennes,
 - 680 000 villages ruraux ou urbanisés.

Figure 1. Croissance du PIB et espérance de vie, 1952-2000 (source : China Year-book 2002, Unido Analysis).

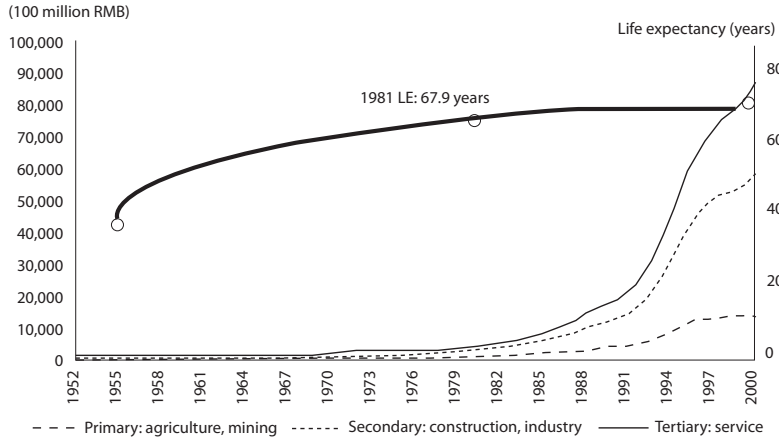
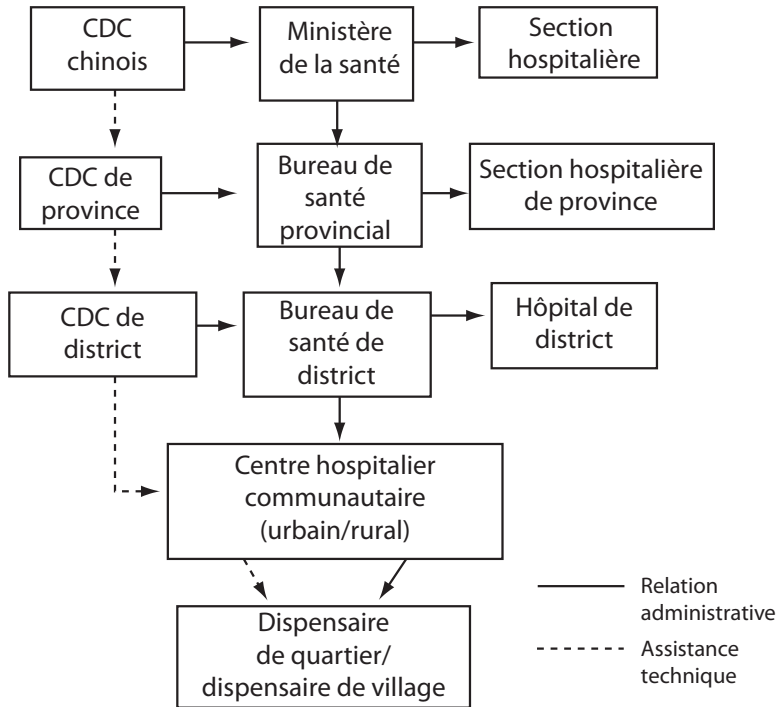


Figure 2. L'organisation de la santé : un système cohérent, hiérarchisé et territorialisé (source : site Internet Banque mondiale).



3. En 2004, la répartition des ressources financières s'établissait ainsi : 3 % au niveau central, 22 % au niveau provincial, 32 % des préfectures, 43 % des districts.

fonctionnaires à Pékin, ce qui est peu, même si l'on ajoute les personnels d'une dizaine d'agences à vocation technique dans sa mouvance. Le domaine de la santé n'étant pas une compétence régaliennne, l'administration centrale n'a qu'une fonction de supervision de l'activité des différents échelons territoriaux. Les organes de direction de ces derniers bénéficient d'une large autonomie, considérablement renforcée par la maîtrise à leur niveau de l'essentiel des ressources financières³.

Particularité, et non des moindres, la direction du ministère ainsi que les exécutifs des différents niveaux territoriaux comprennent un représentant du Parti communiste. Celui-ci est étroitement associé aux prises de décision des directions tout en référant à l'échelon supérieur dont il dépend au sein de l'organisation du Parti.

L'hôpital pivot du système de soins

Les établissements de santé

L'hôpital public est en Chine le principal acteur de santé car il a le monopole de l'offre de soin. En effet, il n'existe pas de cabinets privés de médecine de type occidental en ville ou à la campagne permettant à des médecins de famille, comme dans de nombreux pays, d'offrir un premier recours (ce qui n'est pas le cas pour la médecine traditionnelle dont les praticiens sont autorisés à ouvrir des consultations privées).

À côté du secteur public existe aujourd'hui un secteur privé qui n'assure que 5 % de l'offre de soins mais dont le rôle effectif dans l'ensemble du système de santé s'avère plus important, notamment pour la qualité des soins et le développement de certaines techniques de pointe. Les autorités sanitaires en prévoient d'ailleurs le développement rapide.

Il n'en demeure pas moins que pour la population, l'hôpital (en 2009, on compte 3,2 lits pour 1 000 habitants, contre 7,4 en France) va constituer le principal enjeu, tant en ce qui concerne l'accès aux soins que l'amélioration de leur qualité. Le tableau 1 en donne une répartition selon les types (2008).

Tableau 1. Les établissements médicaux (source : China Statistical Yearbook 2004).

Type d'établissements médicaux	En nombre
Hôpitaux au niveau provincial	19 250
Hôpitaux au niveau district/cantonal	11 500
Centres hospitaliers communautaires	63 000
Dispensaires	212 250
Centres hospitaliers maternels et infantiles	3 033
Hôpitaux psychiatriques	1 124

4. Sans prendre en compte les hôpitaux de médecine traditionnelle chinoise (environ 2 700), les hôpitaux de niveau provincial, de district, les centres hospitaliers maternels et infantiles, les hôpitaux psychiatriques, soit environ 35 000 établissements correspondent schématiquement à ce que nous nommons « hôpital » (de l'hôpital local au CHU). Les autres (centres hospitaliers communautaires et dispensaires) s'apparentent plutôt dans la terminologie occidentale à des structures de premier recours, proches des dispensaires.

5. Les « quatre modernisations » de 1978 promues par Deng Xiao Ping : l'agriculture, la défense nationale, l'industrie, avec la création en 1980 des zones économiques spéciales, les sciences et les technologies.

Les hôpitaux provinciaux (plus de 500 lits) assurent des services spécialisés et une large gamme de services de soins standard, les hôpitaux de district (de 100 à 500 lits) un nombre limité de services de soins standard, les centres hospitaliers communautaires urbains et ruraux (moins de 100 lits) uniquement des soins de base⁴.

L'hôpital malade

En même temps que la Chine redécouvrait les vertus de l'économie libérale et celles de la loi du marché, au moment de l'ère des réformes de la fin des années 1970⁵, il apparut que ce qui était bon pour les entreprises devait aussi l'être pour les hôpitaux. C'est ainsi qu'une loi de 1979 réforme le système de santé et oblige les hôpitaux, qui bénéficiaient jusque-là d'un financement public, à s'autofinancer à hauteur de 85 % de leur budget (plus de 90 % ces toutes dernières années : ainsi en 2007, sur 375 milliards de yuans, seulement 7,6 % proviennent des subventions du gouvernement).

C'est la fin de l'État providence à la chinoise : les patients doivent payer les soins et les médicaments, qui assurent encore aujourd'hui souvent plus de 50 % du budget de l'hôpital, qui pratique de façon systématique la surprescription et la surfacturation des soins, en particulier des examens médicaux.

À partir des années 1980, en même temps que se désagrège le système de prise en charge collective, on assiste à une quasi-« privatisation » de fait du fonctionnement des hôpitaux publics. En conséquence, une partie importante de la population n'a plus accès à l'hôpital, comme en témoigne une enquête de 2005 qui montre que 75 % des ruraux et 45 % des urbains déclarent ne pas pouvoir aller à l'hôpital du fait des coûts trop élevés. Selon une étude parue dans *The Lancet* le 24 janvier 2009, le coût moyen d'une hospitalisation correspond au double du salaire annuel moyen des 20 % de la population ayant les salaires les plus bas.

Ces données rendent compte pour une part des très fortes inégalités qui s'observent entre les campagnes délaissées et les villes qui concentrent 80 % des ressources médicales. Une étude récente, dont les principaux résultats sont résumés dans le tableau 2, pointe, de façon critique, les carences pour chaque type de structure.

Un corps médical inadapté

Médecins et infirmiers(ères) sont en nombre insuffisant. En 2009, on comptait :

- 1,62 médecin pour 1 000 habitants (3,39 en France, moyenne mondiale : 2,2),
- 1,30 infirmier(ère) (en France 7,73).

Tableau 2. Principales carences des différents types de structure (source : IBM Global Business Services et Institut d'analyse IBM).

	Services de santé assurés	Situation actuelle	Mesures engagées et/ou envisagées
Hôpitaux de niveau provincial	Services spécialisés et large panel de services de santé standard	Question de la qualité des soins et de l'efficacité de l'hôpital	Améliorer la qualité des médecins et des hôpitaux
		Volonté de devenir des centres d'excellence internationale	S'agrandir par l'acquisition de plus petits hôpitaux ou en construisant de nouveaux bâtiments
Hôpitaux de niveau district ou cantonal	Services de santé standard	Le financement constitue un problème majeur Manque d'infrastructures médicales solides	Collaborer avec des cliniques privées et des centres urbains et communautaires pour faciliter l'accès aux patients
	Traitement des patients en externe	Difficulté à recruter du personnel qualifié Capacités de gestion limitées	Coopérer avec les fournisseurs de service
Centres hospitaliers communautaires (urbains et ruraux)*	Quelques services de santé standard	Difficultés majeures à attirer les patients et à générer suffisamment de profits pour couvrir les dépenses de fonctionnement	Viser à l'augmentation du nombre de patients
			Améliorer la qualité des soins Diminuer les frais des patients
Services hospitaliers spécialisés	Traitements spécialisés (ex. : chirurgie esthétique)	Revenus provenant des dépenses des patients (choix privés et individuels)	Proposer des services d'accompagnement aux patients

*Si l'on note une suroccupation des lits dans les grands hôpitaux, dans les établissements communautaires leur sous-occupation (40 % des lits sont occupés) est notable et traduit la défiance de la population vis-à-vis de structures sous-équipées aux personnels souvent incompetents.

Le niveau de formation du personnel médical et paramédical est insuffisant.

Les études de médecine sont de durées très variables. En 2005, 0,9 % des médecins avaient un doctorat, 3,3 % un master, 34,3 % un diplôme universitaire de cinq ans, 32,1 % un diplôme d'école de santé de trois ans et 29,3 % une formation de niveau inférieur. Ainsi, seuls 39 % des médecins ont bénéficié d'une formation de cinq ans et plus. Pour les pharmaciens, la situation est encore plus préoccupante puisque seulement 0,2 % ont un master et 6,6 % un diplôme universitaire de cinq ans.

La majorité des médecins exerçant dans les hôpitaux ont bénéficié d'une formation théorique de trois ans à laquelle se sont ajoutées deux années de pratique.

Il y a une nette différence entre la ville et la campagne où la plupart des médecins n'ont suivi qu'une formation théorique de trois ans au sein d'une école de santé, où l'on entre après le collège.

Parallèlement, les facultés de médecine des grandes villes universitaires, dont les cursus se rapprochent de ceux des pays occidentaux, ne forment pour la plupart que des spécialistes (trois facultés de médecine forment depuis peu des généralistes).

Les campagnes restent fortement pénalisées : de moins en moins de médecins acceptent d'y rester travailler et de plus en plus partent en ville. Les moins qualifiés demeurent dans les zones rurales, dont beaucoup tirent leur principal revenu de la vente des médicaments⁶.

Les salaires fixes demeurent faibles, de 2 000 à 5 000 yuans (200 à 500 euros), auxquels peuvent s'ajouter des commissions sur les ventes de médicaments, voire de l'argent en liquide donné directement par le patient (les « enveloppes rouges »).

L'image du médecin dans la société n'est pas très positive : souvent considéré comme un « gagne-petit » par les couches moyennes aisées, il est en même temps critiqué pour son manque de déontologie et son âpreté au gain dans un milieu où la corruption est fréquente.

Un atout : la médecine traditionnelle

Vieille de plus de trois mille ans, la médecine et la pharmacopée traditionnelles chinoises bénéficient d'une réputation et d'une audience auprès de la population jamais démenties. Médicaments naturels, moxibustion, acupuncture et massage font partie de l'environnement quotidien des Chinois. Les médicaments traditionnels représentent 38,5 % du marché pharmaceutique, en augmentation de 15 % par an depuis 2001.

La médecine traditionnelle est dispensée dans près de 3 000 hôpitaux spécialisés (2 688 dont 286 privés en 2008), dans de très nombreux cabinets privés à la ville comme à la campagne, où ces pratiques médicales jouent un rôle plus important encore.

La plupart des hôpitaux de médecine occidentale disposent d'un service de médecine traditionnelle. Médecine moderne et médecine traditionnelle sont pratiquées de façon complémentaire ; il en est de même des médicaments (40 % des médicaments prescrits à l'hôpital de médecine occidentale relèvent de la pharmacopée traditionnelle, la même proportion de médicaments prescrits dans les hôpitaux de médecine traditionnelle viennent de la médecine occidentale).

Au terme d'une réflexion menée ces dix dernières années (réglementation

6. Yang Y., Yang D., « Community health services centers in China, not always trusted by populations they serve? », China Economic Review, 2009, doi:10.1016/j.chieco.2009.04.004.

du 1^{er} octobre 2003 favorisant le développement d'une approche scientifique s'appuyant sur les technologies modernes), quatre orientations ont été définies :

- moderniser la fabrication industrielle et les pratiques pour une meilleure efficacité, plus de qualité et de sécurité,
- donner une plus forte légitimité à la médecine et la pharmacopée traditionnelles en établissant des standards internationaux et des normes de fabrication pour les médicaments,
- renforcer les complémentarités avec les autres pratiques médicales en favorisant le travail en commun des professionnels de santé,
- promouvoir la recherche et le développement.

L'enjeu de ces orientations est double :

- d'une part, il s'agit de créer les conditions du développement des exportations (et à terme des savoir-faire) ; les perspectives pour l'économie chinoise sont jugées exceptionnellement importantes, notamment dans les pays riches où existent des attentes et une demande fortes pour les pratiques médicales alternatives et l'usage de produits naturels ;
- d'autre part, sur le plan intérieur, il s'agit de favoriser l'accès aux soins dispensés dans les hôpitaux des populations les plus défavorisées des campagnes et des villes.

Un dossier clef : le médicament

Important secteur de l'économie chinoise, le médicament représente un élément clef du système de santé chinois. En 2005, ce marché représentait 23 milliards de dollars, la Chine se situant ainsi à la deuxième place en Asie, derrière le Japon. Ce marché connaît une croissance annuelle de l'ordre de 17 à 18 % (les fabricants étrangers représentant 25 % des parts de marché).

On estime que 85 % des médicaments sont vendus dans les hôpitaux, qui en tireraient en moyenne près de 50 % de leurs revenus. Par ailleurs, accessibles sans ordonnance, 47 % des achats relèveraient de l'automédication.

La part des contrefaçons mises sur le marché demeure très importante, au point que l'OMS l'estime à environ 50 milliards de dollars.

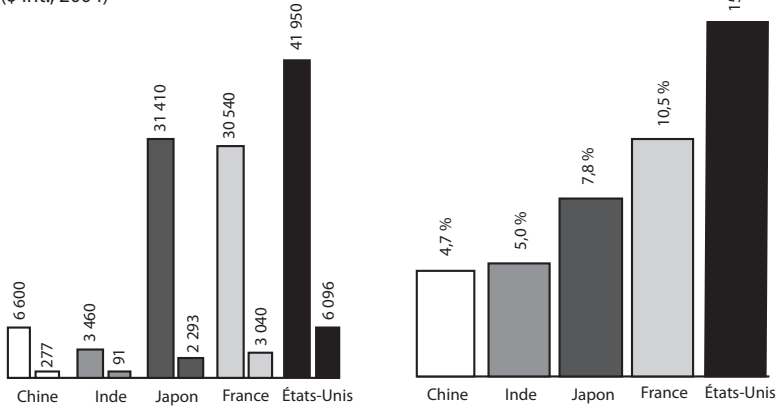
Selon les standards internationaux, en 2001 est adoptée une loi relative au contrôle de la production et de la distribution des médicaments, et en 2002 une réglementation sur les procédures d'enregistrement, d'autorisation et de certification. Ces nouvelles règles vont permettre, au terme d'une campagne d'homologation, de faire fermer 2 000 entreprises en cinq ans.

À l'instar de nombreux pays, une administration spécifique a été mise en place en 2003 sous l'autorité du Conseil des affaires d'État (équivalent

Figure 3.
Les dépenses de santé dans le monde.

Revenu national brut par habitant
(\$ internationaux PPA)
Dépenses totales de santé par habitant
(\$ int., 2004)

Dépenses totales de santé
(% du PIB, 2004)



chinois approximatif des services du Premier ministre en France). Aujourd'hui placée sous la tutelle du ministère de la santé, l'Administration d'État pour l'alimentation et les médicaments (State Food and Drug Administration/SFDA) est chargée de la rédaction des lois et règlements. Elle est responsable du contrôle de la fabrication et de la qualité des médicaments et de leur distribution.

De nombreuses campagnes pour plus de transparence sont menées dans ce secteur où la corruption est particulièrement développée.

Un financement public insuffisant

Un manque de ressources financières

En 2009, les dépenses de santé représentaient 4,96 % du PIB et le gouvernement chinois a dépensé en moyenne 72,1 euros par habitant. La part du financement public dans l'ensemble des dépenses de santé ne représentait que 24,7 % (contre 50 % aux États-Unis et près de 80 % dans les pays européens et au Japon) (figure 3).

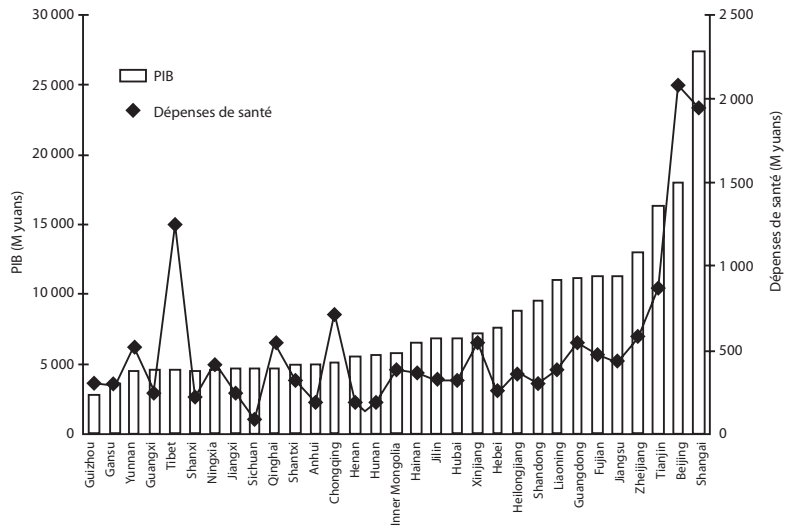
Des dépenses supportées majoritairement par les ménages

Si, en 1980, avec une prise en charge de 20 % par les ménages s'amorce déjà la transition avec la période d'assistance totale qui précède, en 2005 la part des ménages dépasse 52 % (tableau 3).

Tableau 3. Évolution des dépenses de santé en Chine (source : Statistiques chinoises 2006).

	1980	1990	2000	2005
Total dépenses de santé (milliards de Rmb)	14	75	459	866
Part payée par le gouvernement	36,2 %	25,1 %	15,5 %	17,9 %
Part payée par les assurances médicales	42,6 %	39,2 %	25,6 %	29,9 %
Part payée par les individus	21,2 %	35,7 %	59 %	52,2 %

Figure 4. Dépenses publiques en matière de santé par province et PIB (source : China Statistical Yearbook 2003).



Des ressources réparties inégalement

Le niveau des dépenses publiques par habitant en matière de santé rapporté au PIB par habitant de chacune des provinces montre une très forte inégalité entre ces dernières. En l'absence d'une forte péréquation effectuée au niveau central, ces inégalités ne sont pas corrigées. Le niveau des dépenses de santé par habitant est donc en général étroitement corrélé à celui de la richesse de chaque région, sauf pour quatre d'entre elles : le Tibet pour des raisons sociopolitiques, le Yunnan, le Ningxia et le Qinghai. Ces régions parmi les plus pauvres se caractérisent par la forte présence d'importantes minorités. Signalons aussi la ville de Chongqing, à l'époque où la municipalité constituait un exemple de la nécessité de créer des pôles de développement à l'intérieur du pays (données 2003). Ainsi, si le financement public des dépenses de santé atteint 341 yuans par habitant et par an à Pékin, il est inférieur à 50 yuans dans douze provinces.

Au-delà de cette inégalité de répartition de moyens entre les provinces (figure 4), on notera que 68 % des ressources publiques sont allouées aux hôpitaux urbains et qu'ainsi deux tiers des fonds publics bénéficient à seulement un tiers de la population, essentiellement en zone urbaine, où sont concentrés 80 % des équipements médicaux.

UNE RÉFORME INÉVITABLE AUX RÉSULTATS ENCORE INCERTAINS

Le projet de réforme

L'objectif de la réforme va être d'améliorer l'accès aux soins en réduisant les déséquilibres villes-campagnes et en élevant le niveau de la qualité des soins. Elle a été rendue inéluctable par les critiques croissantes de la population dont ont rendu compte entre 2004 et 2006 de nombreuses enquêtes relayées par la presse lors de vigoureuses campagnes qui dénonçaient les carences du système de soin, les inégalités entre territoires et l'impossibilité d'accéder aux soins pour une grande majorité de la population.

Le coup d'envoi de la réforme va s'effectuer en plusieurs temps : annoncée en janvier 2006, puis de nouveau en août 2007, elle démarrera véritablement en avril 2008.

Le projet d'octobre 2008

Le texte du projet, soumis à la population en octobre 2008, recèle un objectif majeur : établir un système de soins de qualité accessibles aux urbains et aux ruraux selon trois axes principaux :

- mise en place d'une assurance maladie,
- établissement d'un système de fourniture de médicaments de base,
- réforme de l'organisation et de la gestion des hôpitaux publics.

Pour atteindre les objectifs correspondants, le projet prévoit « un système d'investissement pluraliste » qui implique le renforcement de la gouvernance de l'État et des autorités locales aux différents échelons territoriaux ainsi que l'accroissement des financements publics.

Sur le plan des principes, la réaffirmation du rôle de l'État et celui de l'accroissement nécessaire du financement public constituent une des principales caractéristiques de cette réforme. Le pouvoir entame en cela une rupture avec la logique du marché et de la concurrence qui a prévalu depuis le début des années 1980.

Pour autant, la démarche reste prudente : le texte prévoit de procéder par étapes, par expérimentations. On notera qu'il ne contient aucun calendrier précis, ni montant de sommes à allouer, qu'il pose plutôt un modèle pour les

vingt ou trente prochaines années mais auquel ne manque aucun des attributs des grands systèmes de santé occidentaux : la carte sanitaire, la tarification à l'activité, la nouvelle gouvernance, le dossier patient informatisé, etc.

Un début de mise en œuvre

7. Ce concept voit officiellement le jour en 2003 lors de la 3^e session du comité central du XVI^e congrès du PCC.

En fait, un double calendrier va finalement s'esquisser au fil des mois qui suivent l'annonce de la réforme. Celui des objectifs à long terme : c'est finalement l'horizon 2020, date emblématique de l'avènement annoncé de la « société harmonieuse⁷ », qui servira de point de mire. Celui du court terme : à cause de la crise économique mondiale et dans le cadre du dispositif mis en place pour y répondre, c'est un plan de trois ans (2009-2011) qui a été établi. Un financement de 875 milliards de yuans (85 milliards d'euros) est prévu, répartis entre les différents échelons territoriaux. On relève toutefois que 39 % viennent de l'échelon central, ce qui constitue dans le champ de la santé, par rapport à la période précédente, un réel tournant confirmant le retour de l'État, une des orientations fortes de la réforme.

Ce plan de trois ans reprend les principaux objectifs contenus dans le projet général de réforme :

- accélérer la mise en place et l'amélioration du système d'assurance maladie,
- instaurer un dispositif national de mise à disposition de médicaments de base, bon marché et de qualité,
- renforcer les services de soins primaires et en universaliser l'accès,
- améliorer l'organisation, le fonctionnement et le financement des hôpitaux sur la base d'une étude pilote.

Un premier bilan peut être dressé à partir des mesures prises ces toutes dernières années et celles aujourd'hui en cours.

Le renforcement de l'offre de soins

Annoncé en septembre 2009, le projet concernant l'amélioration des infrastructures médicales dans les zones rurales devrait conduire à doter les 680 000 villages d'un centre médical et entraîner la construction de 2 000 hôpitaux de district et 5 000 cliniques communautaires rurales (dispensaires).

Parallèlement au programme « 10 000 médecins » pour les campagnes, sont prévues la formation de 1,37 million de médecins actuellement dans les villages, ainsi que plus de 1,9 million de sessions de formation pour les personnels des centres médicaux ruraux et de quartier.

En ville, 3 700 centres médicaux de quartier et 11 000 centres de services

sanitaires seront créés ou modernisés ainsi que 2 400 installations médicales dans des zones urbaines sous-équipées.

Le renforcement de l'hôpital public

En février 2010, un « avis pour l'amélioration du fonctionnement des services de l'hôpital public » a été publié qui prévoit :

- la généralisation de la consultation sur rendez-vous,
- la diminution du prépaiement lors de l'admission et le remboursement par la sécurité sociale à la sortie,
- l'amélioration de la gestion des réclamations.

Une circulaire facilite aussi l'exercice médical dans plusieurs établissements de la même province ou de la même municipalité.

Sont également préconisés : une meilleure efficacité des services d'urgences, le renforcement de la sécurité des soins, la mise en place de protocoles pour la prise en charge des cancers, de l'insuffisance rénale, de la leucémie infantile et des cardiopathies congénitales. Afin d'améliorer le fonctionnement des services, dans ce même avis sont préconisés la diminution des durées de séjour, le renforcement de la coordination à l'intérieur de l'hôpital et l'accélération de son informatisation.

Une expérimentation : seize hôpitaux pilotes

Ce même mois de février 2010, un autre avis conjoint des ministères de la santé, des finances, des ressources humaines et de la sécurité sociale et des commissions d'État pour la réforme du secteur public et pour la réforme et le développement fixe les termes d'une expérimentation de réforme globale de seize hôpitaux de seize villes différentes, dirigée directement par l'État⁸.

De ces chantiers à l'échéance 2011 qui concernent tous les aspects de l'offre de soins, on retiendra à ce stade l'ampleur des carences et des dysfonctionnements que révèlent les mesures proposées. Les résultats effectifs dans un laps de temps relativement court et au vu d'un financement limité⁹ mériteront une analyse ultérieure approfondie.

Encourager et guider l'investissement privé

Par circulaire du Conseil des affaires d'État de novembre 2010, l'investissement privé est encouragé pour créer et développer des établissements privés, mais encore pour « intervenir dans la transformation des hôpitaux publics et favoriser ainsi le pluralisme de l'offre de soins ».

Pour faciliter leur fonctionnement, parmi plusieurs mesures, on retiendra des avantages fiscaux, une politique de tarification adaptée et, si certains

8. Il s'agit de Anshan (Liaoning), Zhenjiang (Jiangsu), Weifang (Shandong), Xiamen (Fujian) et Shenzhen (Guangdong) à l'est, Qitaihe (Heilongjiang), Wuhu et Ma'anshan (Anhui), Luoyang (Henan), Ezhou (Hubei), Zhuzhou (Hunan) au centre, Zunyi (Guizhou), Kunming (Yunnan), Baoji (Shanxi) et Xining (Qinghai) à l'ouest. Les sujets visés : le système de soins et la gestion en général des hôpitaux publics (statut juridique, fonctionnement et gestion internes, financement, contrôle, internat, partenariat, secteur hospitalier privé).

9. Selon Gu Xin (*Health Care Reform Review*, 12 février 2009), sur les 850 milliards de yuans prévus pour le financement du plan 2009-2011, seulement 50 seraient affectés à la réforme des hôpitaux.

10. Ambassade de France en Chine, Conseiller pour les affaires sociales, « Vers un renouveau du secteur privé hospitalier », *Chine, chronique sociale*, n° 17, 2-4, nov.-déc. 2010.

critères sont remplis, l'intégration d'établissements privés à but non lucratif au système de protection sociale. En contrepartie, et pour favoriser leur pérennité, ils sont « encouragés » à respecter les normes de qualité, les lois et règlements. Des facilités devraient par ailleurs leur permettre de passer du statut d'établissement à but lucratif à celui d'établissement à but non lucratif et inversement¹⁰.

Si les capitaux privés ont pour vocation de faciliter l'adaptation du système de santé « aux différents niveaux de besoins de la population », comme cela a alors été écrit dans la presse, la place plus importante faite au financement privé risque d'accentuer les inégalités et de conforter la perspective d'une santé à deux vitesses.

La longue marche de l'assurance maladie

Si l'offre de soins constitue le bout d'une chaîne, l'autre extrémité est constituée par l'assurance maladie. Ensemble, elles vont permettre un fonctionnement plus ou moins satisfaisant du système de santé. En effet, la capacité d'offrir des soins de qualité à l'ensemble de la population, quel que soit son niveau de ressources et l'endroit où elle vit, dépend largement de la possibilité pour l'assurance maladie d'en assurer le financement. C'est peut-être dans ce domaine que la réforme en cours, et les mesures prises ces dernières années avant même son lancement officiel, ont produit les résultats les plus spectaculaires.

En 1997, une assurance maladie de base couvre 130 millions d'employés et 50 millions de fonctionnaires (dont un petit nombre, des cadres, bénéficient d'une couverture totale) et concerne alors moins de 20 % de la population. À cette époque et jusqu'à une date récente, la population rurale en est complètement exclue. La situation aujourd'hui est tout autre. Entre 2003 et 2009, des mesures volontaristes vont modifier le paysage, et la loi d'octobre 2010, longtemps attendue, va fixer les contours de l'ensemble du dispositif pour une longue période.

L'extension à tous les ruraux du bénéfice de l'assurance médicale coopérative rurale

L'effort, essentiellement à partir de 2003, va porter sur la population rurale. Du fait de ses faibles ressources et du renchérissement du coût des soins, notamment à l'hôpital, celle-ci est quasiment exclue de l'assurance.

En 2003, après une période d'expérimentation, est instituée l'assurance médicale coopérative rurale. Sous l'autorité du Conseil des affaires d'État, elle est pilotée au niveau gouvernemental en formation interministérielle.

Une coordination est aussi instituée au niveau des provinces, municipalités, régions autonomes et districts.

Au début, une somme de 30 yuans (3 euros) par personne et par an se trouvait mutualisée, l'échelon central apportant dix yuans (un euro), l'échelon local dix et la famille rurale autant pour chacun de ses membres, sous forme d'une contribution volontaire. Selon le même principe, le montant par personne et par an atteint 50 yuans en 2006 (on notera le fait significatif que ce sont les échelons central et local qui doublent leur contribution et non le bénéficiaire, dont la cotisation reste inchangée). En 2008, le gouvernement décide de passer à 100 yuans (soit 40 pour chacune des autorités centrale et locale, la part de l'intéressé passant de 10 à 20 yuans). Il est prévu en 2011 de passer à 120 yuans, et à 150 en 2015. Cette montée en charge rapide du dispositif pour ces premières années ne doit pas créer d'illusions : les montants restent modestes au vu du coût des soins et des médicaments, notamment en cas de maladies graves et de maladies chroniques, et le niveau de remboursement demeure limité.

Ainsi, le choix a été de privilégier la couverture du plus grand nombre : en 2009, 98 % des habitants des campagnes sont couverts. Ils vont surtout bénéficier du remboursement des soins les moins coûteux dispensés au niveau du village et des centres communautaires de santé, auquel s'ajoutera le bénéfice de certaines prises en charge par les hôpitaux de district. Pour des soins médicaux dans les autres établissements où se trouve le corps médical le plus qualifié, le niveau de prise en charge de la population rurale demeure très faible. En 2008, une enquête effectuée auprès de 3 340 familles, dont une partie seulement bénéficiait de la nouvelle assurance coopérative, a montré que celle-ci n'avait pas d'effet déterminant sur l'accès aux soins. Le principal obstacle demeure le manque d'argent nécessaire à l'achat des traitements, dû au niveau encore trop faible de l'enveloppe financière mutualisée¹¹.

Cet effort a été rendu possible par le prélèvement de moyens financiers importants sur l'enveloppe des 850 milliards de yuans, puisque 560 milliards y ont été affectés. De ce point de vue, les choix des autorités chinoises ne sont pas sans intérêt et pourraient prendre valeur de leçon :

- d'une part, dans ce plan de trois ans le financement de l'assurance maladie est nettement privilégié par rapport à celui de l'offre de soins dont elle est censée assurer le financement,
- d'autre part, la politique volontariste de l'État qui, pour « amorcer la pompe », se substitue, en apportant l'essentiel du financement (mais pour combien de temps ?), à des cotisants peu solvables. L'important aussi est que la mécanique soit mise en place et puisse connaître de nouveaux développements.

11. Réalisée sous l'égide du Centre de gestion des ressources humaines du ministère de la santé et des services de coopération de l'ambassade d'Italie en Chine (*The Chinese health care system at the crossroads: the issue of accessibility and reform perspectives*), cette enquête a été effectuée dans six districts des provinces du Hebei, de Mongolie intérieure et du Shaanxi. Elle a été présentée en juin 2009 à l'Institut culturel italien de Pékin.

L'extension de l'assurance maladie à la quasi-totalité de la population urbaine

L'année 2007 constituera une date charnière dans l'histoire de l'assurance maladie dans ce pays puisque l'assurance médicale de base est généralisée pour les urbains qui en étaient jusque-là exclus (enfants, personnes handicapées, personnes âgées, chômeurs, étudiants, etc.), soit 363 millions de personnes.

L'aide médicale sociale

Mise en place en 2009 pour aider les populations les plus défavorisées, elle aura bénéficié à 9,4 millions d'urbains et 65,5 millions de ruraux. Si le niveau de l'aide par individu reste très modeste, ce dispositif représente une sorte de garantie de couverture minimale pour les plus pauvres, préfigurant une couverture médicale universelle, objectif affiché du gouvernement chinois.

La couverture aujourd'hui réalisée pour la plus grande partie de la population représente un résultat tangible que le gouvernement peut mettre au crédit des réformes en cours¹². Bien entendu, le niveau de protection demeure faible : si en moyenne 45,5 % des dépenses de santé restent à la charge des patients, ce qui représente un progrès, les disparités demeurent considérables entre les ruraux et les urbains, les plus pauvres et les plus riches.

Le sort des migrants n'est pas réglé

Reste un point noir, celui des 200 ou 250 millions de migrants, dont la grande majorité ne sont pas couverts car il ne disposent pas du certificat de résidence leur ouvrant des droits. Une évolution semble cependant se dessiner : la réglementation évolue dans certaines provinces et grandes villes, toutefois plutôt au profit des moins démunis et des plus qualifiés.

Il semble que près de 43 millions d'entre eux bénéficieraient aujourd'hui d'une assurance. Il n'en demeure pas moins que la question du principe de la portabilité de leurs droits reste posée, comme en témoigne le scandale régulièrement dénoncé par la presse de leur fréquente prise en charge dans des « cliniques privées » coûteuses, aux personnels la plupart du temps incompetents et qui leur sont spécifiquement destinées.

La loi sur les assurances sociales du 28 octobre 2010

La première loi sur les assurances sociales a été adoptée lors de la 17^e session du Comité permanent de la XI^e Conférence nationale de l'Assemblée nationale populaire. Ce texte, fruit d'un travail de plus de dix années et qui a fait l'objet de quatre réexamens avant d'être voté, concerne la retraite et couvre la maladie, les accidents du travail, le chômage.

12. Sarah Barber (in : O'Leary M. (dir.), *China Health Reform Update*, WHO, octobre 2010) confirme ces premiers résultats tangibles en faisant remarquer que les interruptions de traitement à l'hôpital dus aux coûts étaient passés de 28 % en 2003 à 13 % en 2008.

Les conditions d'accès au bénéfice des différents dispositifs sont précisées : les populations urbaines et rurales concernées, les cotisations individuelles et collectives, les contributions des employeurs, les financements de l'État et autres financements publics. Sont énoncés les droits à un revenu minimum de subsistance, à une retraite de base, à une assurance médicale de base correspondant à un « panier de soins ». La portabilité de leurs droits par les migrants est reconnue. Un fonds particulier sera créé pour chaque type de risque dont la gestion sera confiée à des comités formés de représentants des assurés, des syndicats et des employeurs, que les gouvernements locaux sont chargés de mettre en place.

Quelques remarques :

- dans le même esprit que celui qui a présidé à l'écriture du texte de la réforme du système de santé, ce texte de loi « pose » un schéma d'organisation global, complet et précis, « prêt à l'emploi » à une échéance non précisée,
- même si ce texte intervient après et non avant les mesures importantes déjà prises ces dernières années, il tend à homogénéiser les différents dispositifs dans un cadre national ; une application effective et généralisée des dispositions de la loi implique un engagement des gouvernements locaux et une mobilisation de ressources à tous les niveaux qui demandera plusieurs années et que l'État central devra imposer,
- le rôle dévolu à des « comptes individuels » pour les retraites et l'assurance chômage et la prééminence accordée à une approche par minima laissent augurer d'un système mixant répartition et capitalisation. Ainsi, le principe de solidarité n'apparaît pas comme le soubassement essentiel du nouveau système prévu par la loi, où les influences anglo-saxonnes sont assez présentes, et qui risque d'être fortement marqué par la persistance, voire l'accroissement des inégalités.

Une nouvelle politique du médicament décisive

Les réformes dans le domaine du médicament n'ont pas attendu celles du système de santé aujourd'hui à l'ordre du jour, mais la question du médicament revient en force dans un nouveau contexte.

On l'a vu, une série de lois et de règlements des années 2001-2003 ont créé les bases d'une administration moderne de la production, de la distribution et du contrôle des médicaments s'inspirant des standards internationaux.

Un nouveau système national de production et distribution des médicaments de base

Dans le cadre de la réforme de l'offre de soins, la mise en place en août

2009 par le Conseil des affaires d'État d'un nouveau système de production et de distribution de médicaments de base moins chers est au centre de l'actualité.

Si, dès 2007, la prescription prioritaire de génériques a été promue, c'est en septembre 2009 que sont publiés une première liste concernant 307 produits actifs (205 occidentaux et 102 traditionnels) et les tarifs recommandés pour 2 349 médicaments qui seront mieux remboursés (les prix de 45 % de ces médicaments auraient baissé en moyenne de 12 %, 6 % continuant d'augmenter).

Plus lourd de conséquences, peut-être, pour le fonctionnement des hôpitaux, l'annonce en novembre de la même année de la suppression progressive de leurs marges bénéficiaires, plafonnées à 15 % en phase de transition. La généralisation de ce dispositif à tous les établissements du pays est prévue à l'échéance de 2020. Toutefois, dès le mois de décembre le ministère de la santé annonçait que, face à des obstacles opérationnels, l'échéance à court terme, pour couvrir 30 % des centres médicaux communautaires en ville et des établissements médicaux ruraux, prévue initialement fin 2009, était repoussée à mars 2010¹³.

Nouvelle étape, paraissait en février 2010 un premier « Répertoire national 2010 » à l'usage des prescripteurs recensant les différentes catégories de médicaments utiles pour le traitement de 119 pathologies courantes.

Le médicament : une question clef pour la réforme

Au-delà d'une approche économique classique, à laquelle tous les pays sont confrontés dans le cadre des politiques de réduction et de maîtrise des dépenses de santé et dans laquelle le médicament joue évidemment un rôle central, les autorités chinoises sont confrontées à un problème spécifique particulièrement difficile : comment à la fois diminuer le prix des médicaments, lutter contre la surprescription et réduire les marges prélevées par les hôpitaux alors que la revente de ces médicaments, sans parler des commissions que touchent des médecins, contribue souvent pour plus de la moitié au budget des hôpitaux ? Cette question renvoie bien sûr à celle du « refinancement public » des hôpitaux. Une part de la réponse, sans ambiguïtés, vient d'être apportée par le ministre Chen Zhu qui confirme que « le gouvernement va relever les tarifs de façon à éviter que les hôpitaux publics perdent de l'argent¹⁴ ».

13. D'après : *La santé en Chine*, Bureau de la conseillère pour les affaires sociales, ambassade de France à Pékin, 2010.

14. Propos recueillis par Delphine Chardon, *Le Quotidien du médecin*, 19 octobre 2010.

Quelques dates

1949 : Création de la République populaire de Chine. Mise en place d'un système de santé collectif au niveau des unités de travail.
 1954 : Création des postes de prévention épidémique.
 1958-60 : Grand Bond en avant
 1966-69 : Révolution culturelle (« les médecins aux pieds nus »).
 1979 : Réforme du système de santé : autofinancement des hôpitaux à hauteur de 85 %, la prise en charge gratuite des soins disparaît.
 2003 : Crise du Sras. Premières expérimentations d'assurance médicale coopérative rurale.
 2004 : Création des CDC. Lancement d'un programme d'immunisation gratuite contre une dizaine de maladies infectieuses.
 2006 : Lancement du débat sur la réforme du système de santé dont le principe est arrêté. Adoption d'une réglementation sur la prévention et le traitement du sida qui consacre l'obligation de soins, condamne les discriminations et définit les responsabilités des autorités locales. Adoption d'une réglementation sur les greffes d'organe : interdiction du trafic et du prélèvement sur des mineurs.
 2007 : Parution du projet de réforme du système de santé.
 2009 : Généralisation de l'assurance médicale coopérative rurale. Annonce du plan de trois ans (2009-2011) avec un financement de 875 milliards de yuans. Publication du texte définitif de réforme du système de santé. Programme de renforcement de l'offre de soins. Mise en place d'un nouveau système de médicaments de base.
 2010 : Loi sur les assurances sociales.

CONCLUSION : DES OBSTACLES À LA HAUTEUR DES ENJEUX*Des obstacles*

Le coût de la réforme

Il est colossal, rapporté au niveau de la faible part que représente la santé dans le PIB et compte tenu du désengagement de l'État au tournant de la réforme économique de la fin des années 1970-début des années 1980. Aucun chiffre à ma connaissance n'a été avancé par les autorités chinoises : le texte du projet de réforme n'en comportait pas et les observateurs disposent de données très partielles (le budget de la santé du gouvernement central, 3 % des ressources pour 2010, les 875 milliards de yuans pour la période 2009-2010).

Qui doit payer, tant sur la versant de l'offre de soin que sur celui de l'assurance maladie : le patient ? l'État ? Et, en ce qui concerne ce dernier : le niveau central ? les différents échelons territoriaux ? si oui, lesquels et dans quelles proportions ? Comment surmonter les contradictions d'une politique du médicament plus rationnelle et moins coûteuse et contribuer par le financement public au fonctionnement de l'hôpital et à la reconstitution d'un service public ? Comment concilier cette exigence d'accès à l'hôpital plus juste du milliard de Chinois qui cohabitent avec les 250 à 300 millions qui font

partie des « nouvelles couches moyennes » les plus à l'aise dans le système actuel ?

Le « manque » d'État

Pour ce qui est de l'État au sens d'appareil central, son manque est assez surprenant. Il n'est pas seulement lié à une absence de maîtrise par le gouvernement de Pékin de la majorité des financements dont disposent les provinces et les autres niveaux territoriaux. Il s'agit aussi de sa capacité de supervision et de coordination. La faiblesse des péréquations opérées entre les régions les plus riches et les plus pauvres en sont un exemple convaincant. Toute loi, tout règlement, en l'absence de hiérarchie des normes, peut être neutralisé par des textes adoptés localement. L'application des lois et règlements adoptés à Pékin, dont la mise en œuvre et le financement sont confiés aux autorités locales, s'effectue de façon variable, partielle, différée dans le temps. L'échelon central, compte tenu aussi des dimensions du territoire, ne dispose pas toujours des moyens de contrôle et de la capacité de sanction qui seraient nécessaires.

Intérêts privés versus intérêt public

Des hôpitaux publics qui fonctionnent comme des cliniques privées, des médecins aux pratiques mercantiles (car souvent sous-payés), des fournisseurs de toutes natures et une industrie pharmaceutique chinoise et étrangère privée qui ont constitué des groupes puissants ont conduit à faire de ce secteur un des plus corrompus. Au niveau local, les intérêts des entreprises privées convergent souvent avec ceux de la bureaucratie locale et les cas de collusion sont souvent révélés par la presse ou par les internautes. Une certaine moralisation du secteur, une plus grande maîtrise par les pouvoirs publics de leur politique du médicament, menacée par des organisations qui ont intérêt à ce que rien ne change, représentent les conditions décisives du succès de la réforme.

Cultures et mentalités

Il s'agit ici de redonner confiance à une partie de la population, la plus démunie mais numériquement majoritaire, qui a pris l'habitude de se détourner des structures des soins de premiers recours, dispensaires, centres hospitaliers communautaires démunis aux personnels peu qualifiés. Les conflits entre personnels soignant, souvent même les violences, sont monnaie courante. Comment rassurer cette population si ce n'est par un énorme effort de formation des professionnels, la modernisation des locaux et des équipements de

première nécessité, l'humanisation de l'accueil et l'accès aux médicaments de base ?

Des risques à la hauteur des enjeux

Les risques

L'accès à la santé comme à l'éducation représente pour le pouvoir actuel un enjeu considérable. La situation à laquelle le pays est parvenu est devenue inacceptable pour une majorité des gens qui se sont trouvés exclus des soins. Pour le pouvoir, qui a senti croître le mécontentement, la situation est aussi devenue synonyme de risque de désordres sociaux qui, combinés à d'autres sujets d'insatisfaction ou de frustration, pourraient déboucher sur une crise politique majeure.

Il est un autre risque, sanitaire celui-là, qui, après l'épisode du Sras, a donné à réfléchir aux décideurs. Le boulet est passé très près : outre le grand nombre possible de victimes, les dirigeants ont, à ce moment-là, entraperçu le spectre de l'effondrement d'une économie sur laquelle tout repose. Les efforts fournis à partir de cet épisode pour assurer une meilleure organisation du système de santé et de la veille épidémiologique et sanitaire sont à la mesure des frayeurs ressenties.

Les enjeux

La réussite de la réforme constitue un des critères de viabilité du « modèle de développement ». Son échec, tout comme des dysfonctionnements majeurs dans le système d'éducation, mettrait sérieusement en péril le projet économique et social chinois, sans parler de la « société harmonieuse »...

Concernant la méthode, marquée du sceau du pragmatisme, elle semble avoir déjà fait ses preuves : approche empirique et par étapes, expérimentations préalables à toute généralisation, initiation du changement dans des territoires limités, inscription dans la durée, etc.

Mais d'autres facteurs, plus structurels et institutionnels, conditionnent le succès de la réforme. Outre le fait qu'elle ne relève pas que du seul ministère de la santé chinois et qu'elle concerne tout le gouvernement, sa réussite passe :

- par une réforme de l'État qui vise à renforcer l'autorité de l'échelon central par rapport aux libertés dont jouissent les différents échelons territoriaux pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé, l'application des lois et règlements par les exécutifs,
- par des engagements financiers inversement proportionnels au désengagement du financement public trente ans auparavant,
- par un changement des esprits.

La patience chinoise est une vertu, et obligation est faite de s'inscrire dans un temps long. Plusieurs décennies seront certainement nécessaires pour faire passer un milliard de Chinois de la catégorie « pauvres/moyennement pauvres » à celle de membres à part entière des nouvelles couches moyennes. Le pays a les moyens de rejoindre progressivement, par étapes, le groupe des pays développés. Aujourd'hui une fenêtre existe, peut-être pour un temps limité, pour accélérer le processus. Le niveau de croissance exceptionnel de l'économie peut permettre de dégager des moyens qui autorisent des rattrapages considérés comme indispensables par beaucoup. La question devient alors celle du choix de société et celui de la volonté politique.

contact**[jlduranddrouhin@hotmail.fr](mailto:jlDurandDrouhin@hotmail.fr)**

Jean-Louis Durand-Drouhin, administrateur civil, a occupé plusieurs postes de responsabilité au sein des ministères sociaux (mission Fonds social européen, Direction des hôpitaux, Division des affaires internationales, Direction d'ARH). Il a passé sept ans à l'ambassade de France en Chine comme conseiller culturel, puis conseiller pour les affaires sociales. Il est actuellement chargé des questions de santé au sein de la Mission interministérielle pour la reconstruction d'Haïti.