



HAL
open science

FOCUS -LA NOUVELLE DONNE DU SYSTÈME DE SANTÉ : PLURALITÉ DES RECOURS ET TENSION ENTRE PRIVATISATION ET RE-NATIONALISATION

Evelyne Micollier

► **To cite this version:**

Evelyne Micollier. FOCUS -LA NOUVELLE DONNE DU SYSTÈME DE SANTÉ : PLURALITÉ DES RECOURS ET TENSION ENTRE PRIVATISATION ET RE-NATIONALISATION. 2014. halshs-01182193

HAL Id: halshs-01182193

<https://shs.hal.science/halshs-01182193>

Submitted on 30 Jul 2015

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

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

FOCUS - LA NOUVELLE DONNE DU SYSTÈME DE SANTÉ : PLURALITÉ DES RECOURS ET TENSION ENTRE PRIVATISATION ET RE-NATIONALISATION

Évelyne Micollier

CNAF | *Informations sociales*

2014/5 - n° 185

pages 52 à 55

ISSN 0046-9459

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-5-page-52.htm>

Pour citer cet article :

Micollier Évelyne, « Focus - La nouvelle donne du système de santé : pluralité des recours et tension entre
privatisation et re-nationalisation »,
Informations sociales, 2014/5 n° 185, p. 52-55.

Distribution électronique Cairn.info pour CNAF.

© CNAF. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Focus

La nouvelle donne du système de santé : pluralité des recours et tension entre privatisation et re-nationalisation

Évelyne Micollier – anthropologue

L'accroissement des inégalités en termes de santé, constaté dans de nombreux pays émergents dont le développement économique s'est accéléré, se manifeste en Chine sous une forme paradigmatique. Le système de santé de l'époque maoïste était universel mais offrait des services limités. La libéralisation de l'économie depuis les années 1980 a fait disparaître progressivement ce système sans que soient résolus la plupart des problèmes sanitaires, ce qui a récemment conduit les pouvoirs publics chinois à réinvestir le champ sanitaire.

En moins de deux décennies (1980-2000), le système de santé chinois s'est transformé en un système privatisé *de facto* – y compris le système de soins rural de santé primaire. Pourtant celui-ci, fondé sur la pratique des « médecins aux pieds nus » (des acteurs médicaux locaux formés rapidement à utiliser les ressources locales) et caractérisé par son coût très réduit ⁽¹⁾, fut en 1978 cité par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un modèle à suivre pour les pays en développement (Déclaration de la Conférence d'Alma-Ata). Les politiques publiques ont encouragé le recours aux mécanismes de marché pour le financement des structures sanitaires, désormais contraintes à l'auto-financement, comme pour la délivrance de soins, largement à la charge des patients. Le renforcement des inégalités dans les domaines de la santé et de l'éducation, entre

les habitants des zones urbaines et ceux des zones rurales, a contribué à augmenter fortement les écarts de niveau de vie entre populations socio-économiquement protégées et populations vulnérables. Ces dernières années, des réformes d'envergure de la santé et de l'éducation et le réengagement de l'État ont tenté de remédier à cette situation. Depuis les années 1950, l'originalité du système de santé chinois tient notamment à la pluralité institutionnelle des recours au soin qui intègrent la médecine traditionnelle chinoise.

La médecine plurielle au cœur du système actuel

La médecine traditionnelle promue par les autorités sanitaires chinoises intègre des éléments de biologie et de médecine modernes d'origine occidentale dans la transmission et dans la pratique. Ces éléments la façonnent selon une rationalité précise, consciemment élaborée à partir de la transformation de savoirs savants qui ont, au cours de l'histoire, bénéficié des apports des médecines populaires – et vice versa, les savoirs s'étant coconstruits.

En Chine populaire, la pluralité contemporaine en matière de recours thérapeutique peut être déclinée ainsi : si la biomédecine d'origine occidentale, avatar de la modernité, est dominante, une forme de médecine chinoise, synthèse d'un

héritage savant et de science moderne, restaurée et transformée par des politiques publiques volontaristes dès les années 1950, occupe toujours une place relativement importante, voire plus importante à l'ère de sa mondialisation (de Bruyn et Micollier, 2011), bénéficiant par exemple d'investissements plus significatifs en recherche fondamentale et en recherche-développement (R&D) de la part de l'État et de l'industrie pharmaceutique publique et privée (Micollier, 2013). Ces deux types de pratiques médicales officielles sont pratiqués dans le cadre institutionnel et professionnel. Par ailleurs, des formes de médecine traditionnelle ou populaire, liées à l'usage de pharmacopées locales et à des pratiques religieuses locales ou régionales, ainsi que la médecine populaire familiale sont organisées hors des institutions officielles ou bien elles relèvent de pratiques complètement informelles. La médecine professionnelle officielle est donc plurielle, intégrant principalement la biomédecine, et des aspects de la médecine traditionnelle chinoise mais aussi, éventuellement, des formes de médecines locales ; la pratique clinique s'exerce dans le cadre de structures sanitaires communes ou séparées à tous les échelons de la stratification administrative. Le système chinois révèle ainsi une différence structurelle fondamentale, voire une différence de nature, comparé à ceux de la majorité des pays en développement et développés. Il est également révélateur d'un processus original d'hybridation des savoirs et des pratiques qui peut produire des innovations sociales et/ou économiques.

Années 1980 : la première réforme

L'abandon du système de santé maoïste, universel et gratuit mais limité

Le système de santé des années maoïstes, mis en œuvre avant la Réforme économique post-1979, était très rudimentaire. Il avait cependant le mérite d'exister et l'objectif d'accès aux soins de la

majorité de la population était largement atteint, avec 80 % de la population bénéficiant de la quasi-gratuité des soins grâce à un système de coopératives médicales rurales. Conséquence logique mais sûrement imprévue par les autorités, ce système porté par le modèle agricole socialiste a disparu avec les communes populaires rurales et l'application de la réforme agraire.

Une transition à la chinoise

L'originalité de la première réforme du système de santé dans les années 1980 est qu'elle opère une transition vers une économie de marché « aux caractéristiques chinoises », c'est-à-dire qu'il s'agit d'une privatisation pilotée par un État qui a continué à administrer les hôpitaux et à fixer les prix. Mais les politiques de financement, de prix, de gestion et d'organisation ne furent pas coordonnées et produisirent des dysfonctionnements importants au sein du système, tels que des coûts injustifiés des services et des médicaments (Hsiao, 1995).

Une politique d'ajustement structurel appliquée dans le cadre plus général des réformes économiques, préconisées par les organismes financiers internationaux (Fonds monétaire international ...), a soumis le système médical coopératif aux règles de marché, produisant graduellement des effets pervers : parmi ceux-ci, citons la diminution de la prise en charge d'un grand nombre de pathologies et l'obligation pour l'ensemble des structures sanitaires de générer des gains face à un État qui se désengage. Au début des années 2000, par exemple, la part du financement public, mutuel ou coopératif, s'élevait à 16 % contre 70 % en Europe. Même si 90 % des structures sanitaires restaient des institutions publiques administrées par l'État et fonctionnaient avec un personnel au statut de fonctionnaire, en pratique, la gestion de l'hôpital était devenue entrepreneuriale : un commerce du médicament très fructueux s'y développait et donnait lieu à des pratiques et usages abusifs, tels que des prescriptions irrationnelles,

une surfacturation systématique des produits et des examens médicaux et une utilisation excessive des technologies médicales de pointe.

Un bilan mitigé, voire préoccupant

L'évolution de certains indicateurs de santé, par ailleurs indicateurs de développement humain, mit en lumière les conséquences à moyen terme de la réforme. Alors qu'en deux décennies, de 1960 à 1980, le taux de mortalité maternelle et infantile avait fortement diminué et que l'espérance de vie à la naissance avait doublé, à partir des années 1990 ces tendances positives s'inversent (Cook, 2007). Pourtant, l'état général de santé de la population reste stable dans l'ensemble. Deux facteurs explicatifs principaux peuvent être identifiés : le gouvernement a maintenu son engagement financier par habitant en santé publique et pour la prévention (Hsiao, 1995) ; le niveau de vie de la population générale et les conditions d'hygiène et de vie quotidienne se sont améliorés grâce au développement économique.

Pour les citoyens et les acteurs nationaux et internationaux du développement, l'état du système de santé devient préoccupant au début des années 2000 (OCDE, 2006) : entre 20 % et 30 % de la population est couverte par une assurance médicale ; 15 % à 20 % de la population bénéficie de 60 à 80 % des ressources médicales publiques. Certaines catégories sociales, comme les employés du gouvernement et des entreprises d'État, ont un accès privilégié à la santé ; 50 % de la population urbaine et 80 % de la population rurale n'a aucune couverture médicale ; 50 % des habitants des zones rurales n'ont pas accès aux soins pour des raisons de coût (OMS, fiche pays, 2000). Plus d'un tiers de la population urbaine et presque la moitié de la population rurale ne peuvent plus assumer des frais médicaux qui contribuent à un appauvrissement relatif généralisé. Seulement 30 % des dépenses sont prises en charge par les assurances alors que

52 % sont assumées directement par les patients. Une partie de l'épargne familiale est destinée à faire face à un éventuel problème de santé.

Enfin, les travailleurs migrants ne peuvent pas se faire soigner où ils vivent et travaillent. Cette population nombreuse, brouillant *de facto* les frontières entre villes et campagnes, soulève des questions sociales difficiles pour tous les acteurs concernés, d'autant plus que ces travailleurs furent des acteurs incontournables de réformes économiques visant à générer de la croissance.

Deuxième réforme (2009-2020) :

les premiers résultats

Face à l'urgence de la situation, une réforme de la santé de grande ampleur est lancée en 2009 pour réduire les inégalités et donc la pauvreté (Chen, 2009 ; cet auteur était alors le ministre de la Santé). L'objectif d'une assurance médicale de base pour 90 % de la population en 2011 a bien été atteint (Meng *et al.*, 2012) : entre 2003 et 2011, la couverture a augmenté de 29,7 % à 95,7 %. La part des dépenses prise en charge par l'assurance est passée de 14,4 % à 46,9 %. La proportion d'accouchements à l'hôpital s'établit en moyenne à 95,8 % en 2011. L'augmentation de la couverture médicale et des remboursements s'accompagne d'une utilisation accrue de l'offre de soins (Meng *et al.*, 2012). Une réforme hospitalière est au cœur du projet, assortie d'un financement conséquent et d'une politique d'approvisionnement en médicaments pour protéger la population des dérives d'une vente à prix d'or. Le ré-engagement financier de l'État doit permettre d'atteindre, à l'horizon 2020, l'objectif d'une assurance médicale universelle et un accès aux soins plus égalitaire à une échelle nationale et régionale. Cet objectif semble en bonne voie de réalisation. Cependant, ces politiques doivent être coordonnées avec d'autres pour développer des services à des coûts optimisés. Par ailleurs, certaines caractéristiques, héritées du système précédent, restent difficiles à combattre : le

gaspillage des ressources, le manque de personnels compétents, la qualité parfois insuffisante des services, la mauvaise répartition des ressources humaines, en particulier du personnel qualifié (Yip *et al.*, 2012). Pour une mise en œuvre réussie du schéma complexe des réformes en cours, il conviendrait, face à la résistance de certains acteurs médicaux officiels et aux difficultés d'application d'un certain nombre de mesures, de repenser les questions de la gouvernance des hôpitaux, en incluant par exemple la participation d'acteurs non médicaux, de s'interroger sur la motivation et l'éthique dans les professions médicales et, enfin, de renforcer le système réglementaire.

Note

1 – Sur la figure et le rôle du « médecin aux pieds nus », voir Zhang et Unschuld, 2008.

Bibliographie

- Chen Z., 2009, « **The Launch of the health-care reform plan in China** », *The Lancet*, vol. 373, p. 1322-1324.
- Cook S., 2007, « **Putting Health Back in China's Development** », *China Perspectives*, n° 71, p. 100-110.
- De Bruyn P. H. et Micollier É., 2011, « **Diffusion institutionnelle de la médecine chinoise : typologie des principaux enjeux** », *Perspectives chinoises*, n° 116, p. 24-33.
- Hsiao WC., 1995, « **The Chinese health care system: lessons for other nations** », *Social Science and Medicine*, vol. 41, n° 8, p. 1045-1057.
- Meng Q., Xu L. *et al.*, 2012, « **Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study** », *The Lancet*, vol. 379, n° 9818, p. 805-814.
- Micollier É., 2013, « **Nouveaux produits de la pharmacopée chinoise contemporaine : R&D, définition et socialité en réseaux** », *Autrepart. Revue de sciences sociales au Sud*, n° 63, p. 69-88.
- Yip W. C.M., Hsiao W. C. *et al.*, 2012, « **Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms** », *The Lancet*, vol. 379, n° 9818, p. 833-842.
- Zhang D. Q. et Unschuld P. U., 2008, « **China's barefoot doctor: past, present and future** », *The Lancet*, publié en ligne, 20 octobre.