

Guo Yan*

ÉVOLUTION ET DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME MÉDICAL CHINOIS

La politique de réforme et d'ouverture lancée il y a trente ans en Chine a connu un succès remarquable depuis sa mise en place. Grâce aux efforts de plusieurs générations, l'efficacité du système sanitaire chinois, auparavant insuffisante, s'est améliorée, au point que les expériences chinoises sont citées en exemple pour le développement sanitaire international, notamment pour les pays en voie de développement. Après les années 1980, le développement sanitaire a été confronté à de nombreux défis, avec notamment des niveaux de remboursement et de couverture du réseau sanitaire largement réduits.

Depuis le début du XXI^e siècle, au fur et à mesure du lancement de la nouvelle réforme médicale, le niveau du système sanitaire chinois a été rétabli et connaît un développement considérable, la couverture du système ainsi que la santé de la population ont été fortement améliorées. L'espérance de vie des habitants est passée de 35 ans avant 1949 à 73 ans en 2008, le taux de mortalité des femmes enceintes et des femmes ayant accouché a diminué, passant de 15 ‰ avant 1949 à 0,342 ‰ en 2008, et celui des nouveau-nés de 200 ‰ à 14,9 ‰ par rapport aux mêmes périodes. Bien que la Chine reste encore un pays à revenus faibles, ses principaux indices sanitaires sont parmi les meilleurs des pays en voie de développement.

I/ Création du système médical chinois (1949-1978)

Après la fondation de la nouvelle Chine, le système sanitaire était à reconstruire comme les autres secteurs. A l'époque, les ressources sanitaires en médecins et en médicaments étaient en forte pénurie, le niveau de santé des habitants était très faible et leur espérance de vie était de 35 ans (Xu,

* Madame Guo Yan est professeur à l'Institut de Santé publique de l'Université de Pékin.

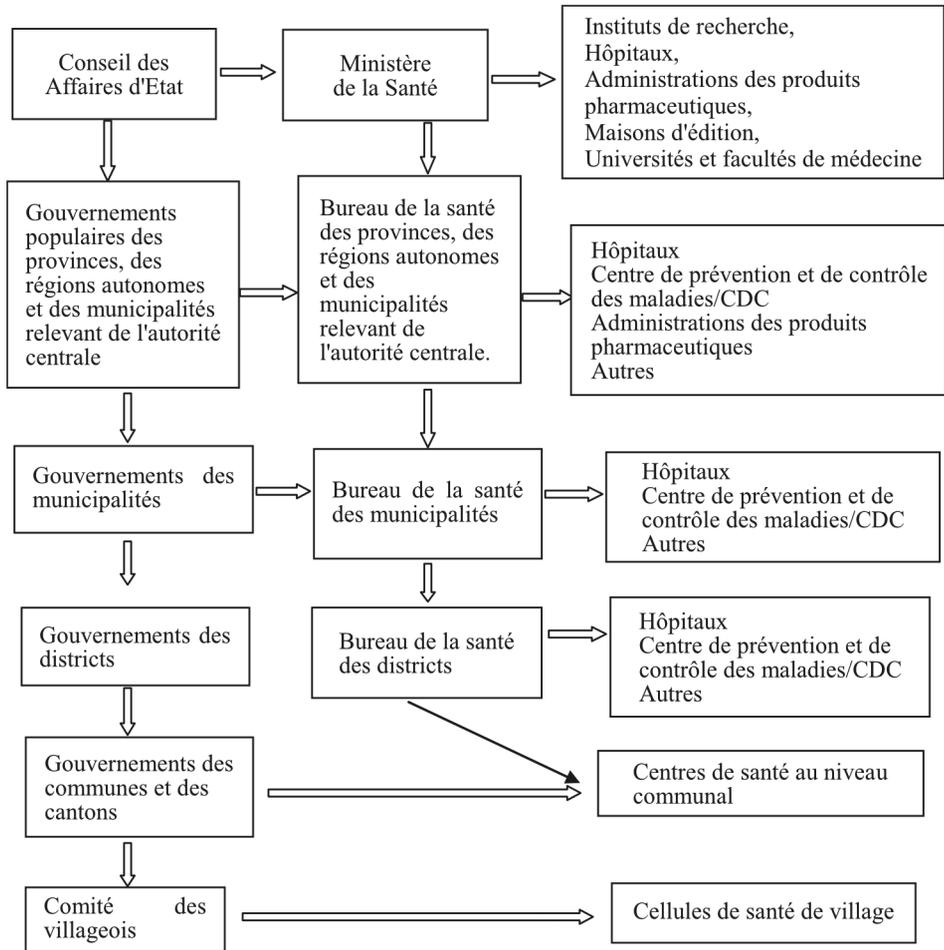
1985). Le défi que le pays devait relever était de créer de bonnes conditions économiques et sociales et de rétablir un ordre favorable à la vie de la population. Dans ce contexte, la Constitution chinoise, élaborée en 1954, stipulait que les travailleurs avaient le droit aux aides matérielles en cas de vieillesse, de maladie ou d'incapacité au travail. Dans les faits, le pays a commencé à mettre en place des systèmes d'assurances sociales, d'aides sociales ainsi que de santé publique. Le gouvernement a également renforcé la construction des infrastructures afin de favoriser l'application de ces droits à la population.

Dans un contexte historique spécifique, le gouvernement chinois a mis en œuvre un système médical sur le modèle soviétique ; ainsi le cadre d'un système sanitaire de base a été créé. Ce système incorporait un cadre de gestion sanitaire verticale, mais aussi des établissements de services sanitaires de différents échelons. Le gouvernement a créé le ministère de la Santé au niveau central, et le bureau (direction) de la Santé au niveau régional (provinces, municipalités relevant directement des autorités centrales, régions autonomes) ainsi qu'au niveau des municipalités et des districts. Dans les communes rurales et les bureaux de communautés résidentielles urbaines, les gouvernements locaux ont désigné des cadres professionnels en charge de la santé. A l'échelon du district et des divisions supérieures, les grands hôpitaux, les centres de prévention et de contrôle des maladies ainsi que les établissements de protection de la santé maternelle et infantile, ont également été mis en place. Ils avaient pour mission de fournir des services tels que les soins médicaux, la prévention et le contrôle, la santé maternelle et infantile, la fourniture des médicaments ainsi que la médecine traditionnelle chinoise. A l'échelon inférieur aux districts, ces services ont été offerts par les centres des soins médicaux dans les communes rurales et les centres de services sanitaires dans les communautés résidentielles des villes (schéma 1).

En août 1950, la première Réunion nationale de travail a fixé ainsi les lignes directrices du travail de santé : « s'adresser aux ouvriers, paysans et soldats, donner la priorité à la prévention et combiner les médecines occidentale et traditionnelle chinoise ». En décembre 1952, la deuxième Réunion les a complétées en ajoutant l'objectif suivant : « Associer le travail de santé avec les activités sanitaires de la masse populaire ».

Au début des années 50, le gouvernement chinois a créé la *Commission de la campagne sanitaire patriotique*, avec pour mission d'organiser les activités en matière de santé publique, afin de mieux répondre à l'appel du Président Mao : « Mobilisez-vous pour vous occuper de la santé, prévenir les maladies et améliorer le niveau de santé du peuple ». Cette campagne de grande ampleur perdure et constitue une partie importante de la cause sanitaire.

Schéma 1 : Organigramme du système chinois de services sanitaires (Source : LIU&YANG 1991).



Au lendemain de la fondation du nouveau régime, l'Etat a commencé à explorer la possibilité d'établir le système d'assurance médicale dans les régions urbaines au profit des employés des entreprises d'Etat et de leurs familles (soins médicaux dans le cadre de l'assurance du travail) et des agents travaillant dans le secteur public et les établissements publics à but non lucratif (soins médicaux dans le cadre du budget public). Le gouvernement a également cherché à établir le système médical de base au niveau rural en créant les centres de protection de santé et en développant les soins mutualisés grâce à une économie collective et à des financements des paysans. En juin 1965, à l'appel du Président Mao pour « privilégier les réformes de santé en milieu rural », de nombreuses équipes médicales ont été envoyées dans les régions rurales pour offrir des services médicaux, prévenir des maladies et former des professionnels de santé qui travaillaient

en même temps aux tâches agricoles, des médecins accoucheurs ainsi que des paysans qui pouvaient faire de la médecine. Ce mouvement a été apprécié par les habitants, Dans ce contexte, des « médecins aux pieds nus » (*chi jiao yi sheng*) ont été formés et le système médical mutualisé a été généralisé. Un réseau médical à trois niveaux (district, commune et village) a été mis en place. Ce réseau, le système médical mutualisé et les « médecins aux pieds nus » constituaient les trois piliers du développement sanitaire dans les régions rurales chinoises, ce modèle étant considéré par l'OMS comme un bon exemple pour la généralisation de la protection élémentaire de santé dans les pays en voie de développement. A la fin de cette période, le développement sanitaire a été très affecté par la révolution culturelle, mais le principe de donner la priorité aux réformes à la campagne a été reconnu et apprécié tant à l'intérieur de la Chine qu'à l'étranger.

En une vingtaine d'années, le gouvernement chinois a créé un réseau de prévention et de protection de santé couvrant trois niveaux (district, commune et village). De plus, il a mis en place un système médical basé sur des structures bipolaires : dans les régions urbaines, les soins médicaux dans le cadre du budget public (pour les agents du secteur public et des établissements publics à but non lucratif) et d'assurance de travail (pour les employés des entreprises d'Etat) et dans les régions rurales, les soins médicaux mutuels. Parallèlement, le niveau de santé du peuple s'est amélioré : le taux de mortalité des femmes enceintes et venant d'accoucher est passé de 15 ‰ en 1950 à 1 ‰ en 1980, et celui des enfants de moins de 5 ans est passé de 225 ‰ à 64 ‰ pendant la même période.

Mais pendant cette période l'assurance médicale, les services sanitaires ainsi que le financement dépendaient trop du planning et du rôle du gouvernement. La capacité de financement était limitée tout comme l'égalité d'accès aux soins, et les établissements sanitaires manquaient de capacité de développement et de dynamisme, ce qui explique le manque d'efficacité des services.

II/ Période transitoire du système médical (1979-2003)

Au lendemain du lancement de la politique de réforme et d'ouverture, pour résoudre les problèmes dits des « trois difficultés » (voir le médecin, hospitaliser et opérer), la réforme médicale a suivi le modèle de la réforme économique en mettant fin à l'« égalitarisme » et à la « grande marmite commune » (*da guo fan*) afin de mobiliser et dynamiser les agents et d'améliorer l'efficacité et la capacité d'offre des services. Les établissements hospitaliers dans les villes, y compris les hôpitaux publics, ont ainsi commencé à commercialiser leurs services.

Après 1949, l'Etat avait établi le système médical dans les régions urbaines : les employés des entreprises d'Etat bénéficiaient des soins dans le cadre de leur assurance de travail et les agents du secteur public et des établissements publics à but non lucratif pouvaient recevoir les soins gratuits dans le cadre du budget public. Mais entre 1986 et 2003, le nombre de ceux qui pouvaient bénéficier de l'assurance médicale a diminué de 85,9 % à 49,6 %, tandis que ceux qui prenaient cette charge à leurs frais augmentaient de 13,9 % à 44,8 % (tableau ci-dessous).

Type d'assurance	1986	1993	1998	2003
Assurance sociale	85.9	72.4	52.6	49.6
Assurance commerciale	0.1	0.3	3.3	5.6
Prise en charge titre individuel	13.9	27.3	44.1	44.8

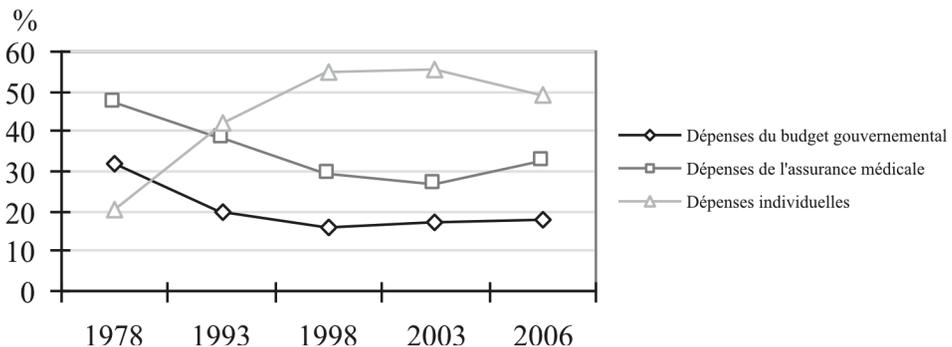
Dans les régions rurales, le gouvernement a mis en place dans les années 1980 le système de responsabilité forfaitaire du foyer avec rémunération liée au rendement, le foyer constituant la cellule de production de base. Dans ce contexte, la désagrégation de l'économie collective et celle du système médical sont allées de pair : le mode de fonctionnement des cellules de santé des villages a changé et les soins mutualisés ont été affectés par l'absence d'économie collective. En 1989, les villages administratifs, adeptes du système de mutualité médicale, ne représentaient plus que 4,8 % de la totalité des villages. A la suite de l'insuffisance d'investissements dans les installations, dans les infrastructures et dans les professionnels de santé, le réseau de prévention et de protection de santé qui couvrait trois niveaux était paralysé dans certaines régions. Les services sanitaires étaient devenus peu accessibles aux ruraux, dont beaucoup s'appauvrissaient à cause des maladies - « *kan bing nan, kan bing gui* » (accès difficile et coûteux aux soins médicaux) -, entraînant un grand problème pour les paysans chinois.

Cependant, l'économie de marché a multiplié les ressources sanitaires. Pendant cette période, le financement du secteur sanitaire a augmenté, la proportion des charges sanitaires par rapport au PIB passant de 3 % au début de l'application de la réforme à 5,65 % en 2003. De 1978 à 2003, si le PIB chinois a crû de 9,7 % par an, les dépenses de santé sont passées de 11 à 659,5 milliards de yuans, soit 60 fois plus. Néanmoins, dans la structure des dépenses, celles du gouvernement ont considérablement diminué de 32,16 % en 1978 à 17,1 % en 2003, tandis que celles des habitants sont passées de 20,43 % à 55,8 % (tableau ci-après).

Évolution des charges médicales en Chine 1978 – 2003

Indice	1978	1993	1998	2003
Totalité des charges (milliards de yuans)	11	137,8	367,9	659,5
Dépenses du budget gouvernemental	3,5	27,2	59	112,8
Dépenses de l'assurance médicale	5,2	52,5	107,1	178,9
Dépenses des individus	2,3	58,1	201,8	367,9
En proportion (%)				
Budget gouvernemental	31.8	19.7	16.0	17.1
Assurance médicale	47.3	38.1	29.1	27.1
Individus	20.9	42.2	54.9	55.8
Charges sanitaires par rapport au PIB (%)				
	3.02	3.90	4.36	4.85
Dépenses du gouv. en matière sanitaire par rapport à la totalité de ses dépenses financières (%)				
	3.16	5.86	5.46	4.53
Dépenses par habitant (yuans)	11.5	116.3	294.9	509.5

Graphique 1 : Évolution des prises en charge des frais médicaux par le gouvernement, la société et les individus



La réforme, orientée vers le marché, a alors permis la croissance des ressources sanitaires, le renforcement des capacités de l'offre des soins et l'amélioration de l'efficacité, mais elle a également donné lieu à une commercialisation et à un mercantilisme excessifs. Parallèlement, l'accès difficile et coûteux restait un problème de plus en plus important à cause d'une distribution irrationnelle des ressources sanitaires.

III/ Réforme du système médical

Le système médical chinois est confronté à trois défis depuis le début du siècle :

Premièrement, le défi lié à la santé pendant la période de transition socio-économique. La réforme et le développement durant trente ans ont permis d'améliorer grandement les conditions de vie et la santé de la population, mais cette transition socio-économique a provoqué de nombreux défis : vieillissement, urbanisation, égalité à l'accès des soins à cause du déséquilibre du développement, notamment le décalage régional (urbain et rural) et interrégional (Est, Centre et Ouest) et l'écart entre les résidents permanents urbains et les travailleurs migrants ; par exemple, de 1996 à 2004, le taux de mortalité des femmes enceintes et des femmes ayant accouché est passé de 0,8 ‰ à 0,5 ‰, ce qui représentait une diminution de 34,6 %, celui des régions urbaines s'est abaissé à 0,2 ‰, et pour les régions rurales, 0,6 ‰ (Graphique 2).

Deuxièmement, le défi lié aux maladies traditionnelles et émergentes. Bien que la Chine ait enregistré de grands succès en matière de contrôle des maladies, les menaces telles que la tuberculose, l'hépatite ainsi que le VIH/SIDA demeuraient ; d'autre part, le taux de mortalité des maladies comme l'hypertension, l'accident vasculo-cérébral, le diabète ainsi que le cancer, etc. ne cessait d'augmenter. (Graphique 3).

Troisièmement, le défi lié à un système médical peu performant et peu efficace. Les établissements sanitaires ont placé le profit économique au centre de leur préoccupation afin de pouvoir survivre ; par ailleurs, la répartition des ressources médicales restait irrationnelle : 70 % réparties aux régions urbaines, les nouvelles techniques avancées et les professionnels de qualité centralisés dans les grands hôpitaux urbains. C'est pourquoi les services de base restaient sous-développés et la Chine se situait au quatrième rang des pays où la distribution des ressources sanitaires était la plus inégale.

Afin d'orienter les établissements sanitaires à s'intéresser à leur mission initiale plutôt qu'aux profits économiques, notamment pour renforcer le lien entre les nombreuses mesures prises dans le cadre de la réforme, le gouvernement a publié en 1997 le texte « Décision sur la réforme et le développement sanitaire du CC du PCC et du Conseil des Affaires d'Etat », qui a défini les objectifs et les lignes directrices de la réforme médicale. Puis le gouvernement a lancé les trois réformes associées de « système d'assurance médicale, système de gestion des hôpitaux et système d'administration des produits pharmaceutiques ». En 1998, le gouvernement a publié la « Décision sur la mise en place du système d'assurance médicale de base des employés urbains » en demandant d'établir le système d'assurance médicale de base au niveau national. Parallèlement, le gouvernement a lancé une série de réformes liées à l'indépendance entre les prescripteurs et les vendeurs de médicaments, à l'appel d'offre au cours de l'achat des médicaments ainsi qu'à la catégorisation de la gestion des établissements hospitaliers, etc. En 2003, l'épidémie du SRAS a permis aux habitants de porter une attention particulière à la santé publique et au système sanitaire pour leur santé. En 2005, le Centre de recherche sur le développement du gouvernement a conclu que la réforme sanitaire avait abouti à un quasi échec, ce qui a suscité un grand débat sur cette réforme.

Face à une pression de plus en forte, à la suite de nombreuses investigations et argumentations, le Comité central du PCC et le gouvernement ont publié conjointement le 6 avril 2009 un « Avis sur l'approfondissement de la réforme des systèmes médical, pharmaceutique et sanitaire du CC du PCC et du Conseil des Affaires d'Etat », document officiel visant à diriger la réforme et le développement sanitaire en Chine. Selon ce programme, la réforme, tout en mettant les citoyens et leur santé au centre du développement, met l'accent sur l'égalité et l'efficacité au cours des soins et la réconciliation des rôles du gouvernement et du marché. Elle a également fixé les objectifs des différentes phases : en 2020, le gouvernement mettra en place un système médical de base qui couvrira tous les habitants en milieu urbain et rural. Pour ce faire, les autorités chinoises ont fixé les cinq priorités du travail dans le cadre de la réforme à brève échéance : élargir la couverture d'assurance médicale, établir le système d'accessibilité universelle aux médicaments élémentaires, renforcer la mise en place des établissements sanitaires dans les communautés résidentielles, améliorer l'égalité d'accès aux services élémentaires de santé publique et lancer la réforme pilote des hôpitaux publics. Les années de 2008 à 2011 constituent la première phase de la réforme, le gouvernement a investi 860 milliards de yuans pendant cette période afin de renforcer les cinq domaines cités ci-dessus. Actuellement, leurs états d'avancement sont les suivants :

1/ Accélérer la mise en place d'un système de soins médicaux de base. Actuellement, il existe trois systèmes de couverture médicale : un système médical pour les employés des villes, un autre pour les citoyens inactifs ainsi qu'un nouveau système de santé mutualisé au niveau des régions rurales. Jusqu'en juin 2010, 833 millions de personnes étaient couvertes par le système rural et 39 millions d'habitants par le système urbain, soit plus de 90 % de la population couverte par les systèmes médicaux de base, ce qui permet de renforcer la capacité des habitants à lutter contre les maladies.

2/ Établir une première liste officielle des médicaments essentiels. Le gouvernement a établi et publié le catalogue national des médicaments élémentaires et des mécanismes accessoires en matière d'élection, d'ajustement et de gestion. Il a établi également un système d'approvisionnement de médicaments tout en régularisant leur achat et distribution. En outre, il a mis en place un système de sélection prioritaire et d'utilisation rationnelle des médicaments essentiels. Jusqu'en fin 2010, le système d'accès généralisé aux médicaments essentiels a été mis en place dans 57,2 % des établissements sanitaires de base du gouvernement.

3/ Établir et étendre l'accès au système de santé de base. Le gouvernement donne la priorité aux développements des hôpitaux du district (y compris les hôpitaux de médecine traditionnelle chinoise), des centres sanitaires des communes et cantons, des centres de services sanitaires des communautés résidentielles urbaines en difficulté ainsi que des cellules de santé des villages isolés. Le gouvernement soutient à priori le développement de 1 877 hôpitaux de district, la rénovation de 5 169 centres sanitaires des communes et cantons et de cellules de santé des villages isolés en vue de valoriser le réseau rural de services sanitaires de trois niveaux ; en outre, 2 382 centres de services sanitaires des communautés résidentielles urbaines et 11 000 cellules de services sanitaires des communautés résidentielles ont été ou vont être restaurés ou construits. Par ailleurs, le gouvernement s'efforce d'améliorer la qualité des soins élémentaires par la formation des professionnels afin de faciliter l'accès aux soins pour les habitants à la fois dans le milieu rural et urbain.

4/ Procéder à une uniformisation graduelle de l'accès aux soins médicaux publics de base. Dans le cadre de cette mesure, les services élémentaires de santé publique tels que la prévention et le contrôle des maladies, la protection de la santé infantile et maternelle ainsi que l'éducation pour la santé sont offerts aux habitants des milieux urbain et rural. Actuellement, 48,7 % des habitants urbains et 38,1 % des habitants ruraux ont leurs archives ; ainsi 35,54 millions de malades souffrant d'hypertension, 9,2 millions de diabétiques et 1,7 millions de déficients mentaux graves peuvent bénéficier d'un suivi et d'une gestion efficace des maladies. De plus, 84,49 millions de personnes âgées de plus de 65 ans ont

bénéficié d'un contrôle physique. Jusqu'en fin décembre 2010, plus de 60 millions d'enfants de moins de 15 ans se sont fait vacciner gratuitement pour lutter contre l'hépatite B, et les femmes rurales ont aussi reçu des contrôles de cancer cervical et de cancer du sein à titre gratuit, les femmes en âge de procréation ont bénéficié de l'acide pteroyl-glutamique et 14,55 millions de femmes enceintes en milieu rural ont bénéficié de subventions d'hospitalisation et d'accouchement.

5/ Mener des réformes pilotes dans les hôpitaux publics. Les réformes pilotes des hôpitaux publics ont été lancées à partir de 2009. De nombreux domaines des hôpitaux publics ont été touchés : système de gestion, mécanismes de fonctionnement et de supervision. Le gouvernement encourage le modèle de fonctionnement avec le maintien de l'indépendance entre les administrations et les établissements publics, entre les autorités de contrôle et celles de gestion des hôpitaux. Parallèlement, il améliore la réforme du mécanisme de remboursement des hôpitaux publics tout en renforçant les investissements afin de résoudre le problème de « rémunérer les médecins par la vente des médicaments ». En outre, le gouvernement incite et soutient les capitaux privés en faveur du développement sanitaire tout en diversifiant les acteurs et modes d'investissements et en multipliant les ressources sanitaires afin de satisfaire les besoins variés. Enfin, le gouvernement encourage les hôpitaux publics à optimiser leurs procédés de soins et à réglementer leurs activités à travers une meilleure gestion interne afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de leurs services.

Au niveau national, à la suite de l'intensification des investissements du gouvernement et de l'amélioration progressive du système sanitaire, les dépenses gouvernementales et sociales ne cessent d'augmenter par rapport à la totalité des charges sanitaires, elles sont passées de 40 % en 2001 à 61,8 % en 2009 ; parallèlement, celles des individus ont diminué continuellement de 60 % en 2001 à 38,2 % en 2009, ce qui a permis de décharger le fardeau en matière de frais médicaux.

*

Après le développement et les réformes durant 60 ans, le système sanitaire chinois est passé d'une période où il était absent et impuissant (où les autorités s'intéressaient surtout au développement des établissements) à une époque dans laquelle il est très présent et performant (où le gouvernement se soucie plutôt de l'homme, notamment grâce à la réforme du système médical qui est encore en cours), ce qui a permis d'ouvrir un nouveau chapitre pour le développement sanitaire en Chine. Bien que cette réforme ait été lancée il y a seulement trois ans, elle a déjà connu un succès remarquable s'agissant notamment de la promotion de l'égalité d'accès aux soins et de l'amélioration de la santé publique. Il est certain qu'avec

l'approfondissement de la réforme, la Chine pourra enregistrer un résultat encore plus satisfaisant, que ce soit en matière d'égalité, d'efficacité, de qualité ou d'accessibilité, afin d'en faire profiter plus largement la population.

Texte traduit du chinois par Wu Juanjuan, diplômée de l'Institut de Diplomatie de Pékin et titulaire du Mastère de Diplomatie et Négociations stratégiques de l'Université Jean Monnet (Paris XI – Sceaux).