



HAL
open science

Pourquoi une réforme du système de santé est-elle urgente?

Evelyne Micollier

► **To cite this version:**

Evelyne Micollier. Pourquoi une réforme du système de santé est-elle urgente?. F.Duléry. Aujourd'hui la Chine, CNDP (Centre National de Documentation Pédagogique)-CRDP, SCEREN, Montpellier, pp.88-91, 2011, Questions ouvertes. halshs-01073224

HAL Id: halshs-01073224

<https://shs.hal.science/halshs-01073224>

Submitted on 13 May 2017

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.

Pourquoi une réforme du système de santé est-elle urgente?

Evelyne Micollier, IRD, UMI 233-INSERM U1175

Depuis trois décennies, l'évolution structurelle et conjoncturelle des politiques sanitaires a eu pour conséquence de réduire drastiquement l'accès aux soins du plus grand nombre. kàn bìng nán, kàn bìng guì (aller consulter est difficile et cher),

une expression populaire fréquemment reprise par les médias et les officiels, résume parfaitement la situation : le coût des soins est devenu prohibitif et les structures sanitaires difficiles d'accès ou peu appropriées à la demande de la majorité de la population. La détérioration des infrastructures, le manque de personnel et une prévalence accrue de certaines pathologies sont attestés dans la majorité des zones rurales.

L'accroissement des inégalités face à la santé, constaté dans de nombreux pays émergents dont le développement économique s'accélère, apparaît sous une forme paradigmatique en Chine. Le creusement des inégalités dans les domaines de la santé et de l'éducation entre les habitants des zones urbaines et ceux des zones rurales tend à tracer des frontières plus marquées entre populations socio-économiquement protégées et populations vulnérables. Ce constat est partagé par tous les acteurs du développement et plus largement par les observateurs des transformations de la société chinoise. La situation particulière de la catégorie des travailleurs migrants, une population qui brouille les frontières entre villes et campagnes, complexifie encore la situation.

En deux décennies, le système chinois de soins de santé primaire, pourtant considéré comme le modèle à suivre pour les pays en développement par l'OMS (1978, déclaration de la conférence d'Alma-Ata), a complètement disparu au profit d'un système commercialisé et *de facto* privatisé qui s'appuie sur des structures sanitaires publiques contraintes à s'autofinancer. Le système de soins antérieur à l'ère des réformes était très rudimentaire mais il avait le mérite d'exister, d'être plus égalitaire avec 80 % de la population qui bénéficiait d'une quasi-gratuité des soins (système de coopérative médicale rurale). Dans les années 2000, quelques chiffres démontrent l'urgence d'une réforme de la santé : seuls 20 % de la population ont une assurance médicale et on estime que 15 à 20 % sont bénéficiaires de 60 à 80 % des ressources médicales publiques. Les catégories sociales privilégiées sont principalement les employés du gouvernement et ceux des entreprises d'État. 50 % de la population urbaine et 80 % de la population rurale n'ont aucune couverture médicale; 50 % des habitants des

zones rurales n'ont pas accès aux soins à cause de leur coût. Seulement 30 % des dépenses sont prises en charge par les assurances alors que 52 % sont assumées directement par les patients. Les familles chinoises épargnent 40 à 60 % de leurs revenus pour faire face à un éventuel problème de santé. Plus d'un tiers de la population urbaine et presque la moitié de la population rurale peinent à s'acquitter de frais médicaux qui représentent un facteur d'appauvrissement pour la majorité de la population.

Une politique d'ajustement structurel appliquée dans le cadre plus général des réformes économiques et préconisée par les organismes financiers internationaux (comme le FMI) a sacrifié le système médical coopératif sur l'autel de la croissance économique produisant graduellement des effets pervers de plus en plus criants: parmi eux, citons la réduction drastique de la prise en charge d'un grand nombre de pathologies et la contrainte pour l'ensemble des structures sanitaires de générer des gains face à un État qui se désengage. Dans les années 2000, la part du financement public, mutuel ou coopératif se situe entre 16 et 18 % contre 70 à 80 % en Europe par exemple, même si 90 % des structures sanitaires sont toujours publiques avec un but non lucratif en principe. En fait, l'hôpital fonctionne comme une entreprise à but lucratif et développe un véritable commerce du médicament fondé sur l'usage de prescriptions injustifiées et une surfacturation systématique. Un tel commerce permet aux médecins d'augmenter leurs revenus.

Une personne âgée se fait contrôler les oreilles par un docteur sur un trottoir de Pékin. (photo AFP)



L'évolution de certains indicateurs de santé en population générale, qui sont aussi des indicateurs de développement humain, met en lumière les conséquences de la déréglementation : alors que les taux de mortalité maternelle et infantile avaient fortement diminué et que l'espérance de vie à la naissance avait doublé en deux décennies (1960-1980), à partir des années 1980, ces tendances positives se tassent voire s'inversent, provoquant un malaise profond dans la société. Ce malaise est exprimé publiquement grâce à une vaste couverture médiatique des multiples situations de détresse et de pauvreté générées par les graves défaillances du système de santé, lesquelles affectent de nombreuses couches sociales et suscitent des protestations spontanées et fréquentes. La colère et la frustration de l'opinion sont à la fois relayées et attisées par la presse et les blogs chinois. En outre, les crises sanitaires des années 2000 et leur gestion inégale par le gouvernement alimentent l'inquiétude des populations. D'une part, l'émergence ou la résurgence de maladies infectieuses aiguës ou chroniques telles que le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), la grippe aviaire, la tuberculose et les hépatites associées à l'évolution épidémiologique du VIH/sida, d'autre part, le scandale de la vente du sang et son impact sur la propagation du VIH/sida, les accidents du travail, la sécurité sanitaire et alimentaire, la santé environnementale, sont autant de sources de préoccupation qui nourrissent des débats de société. De fait, les problèmes énumérés dépassent largement le cadre de la santé publique par leurs implications sociales et économiques et produisent des situations de crise de l'échelle micro- à l'échelle macro- sociale.

Face à l'urgence de la situation, une réforme de la santé de grande ampleur lancée officiellement en 2009, mais déjà en marche sous la forme de projets pilotes depuis plusieurs années, a pour objectif principal de réduire les inégalités face à la santé et donc réduire la pauvreté. La priorité d'une telle réforme a été maintes fois rappelée par les divers acteurs internationaux et nationaux du développement. Selon des documents officiels parus en 2008 et 2009, ses lignes directrices prévoient la généralisation d'un système d'assurance maladie avec une couverture de base pour 90 % de la population en 2011, l'amélioration de l'accès aux soins par une réforme hospitalière au cœur du projet, enfin un financement conséquent et la fourniture en médicaments destinés aux hôpitaux pour endiguer les dérives d'une commercialisation excessive. Comme toujours en Chine en matière de mise en œuvre des politiques publiques, les experts et les spécialistes s'interrogent déjà sur les difficultés d'application de cette réforme car de nombreuses questions ne sont pas clarifiées.

Se soigner autrement : l'émergence de la psychanalyse en Chine

« Je me suis aperçu d'une chose, c'est peut-être que je ne suis lacanien que parce que j'ai fait du chinois autrefois », disait Jacques Lacan en 1971. S'il s'est intéressé à la Chine, la Chine s'intéresse-t-elle à lui, ou même à la psychanalyse, d'une manière générale ? Les disciples de Freud ont toujours postulé l'existence d'un inconscient universel. Mais un patient chinois peut-il s'accommoder d'une science dont les concepts, éminemment culturels, reposent sur un fonctionnement familial bien éloigné des fondements confucianistes et sont souvent issus de mythes proprement occidentaux, qui n'ont pas même leur pendant en Chine (l'Œdipe, pour ne citer que lui) ? Ces différences ne sont pas pour effrayer Huo Datong, qui souligne comme Lacan une adéquation presque parfaite entre la psyché chinoise et la discipline qu'il enseigne et pratique, en professant que « l'inconscient est structuré comme un caractère chinois ». L'attrait pour la psychanalyse en Chine n'est pas neuf. La première traduction d'un livre de Freud remonte à 1929. Puis Mao en a interdit toute pratique en 1949. Et depuis une dizaine d'années, la psychanalyse, lentement, modestement, mais sûrement, gagne du terrain et tente de s'imposer contre une psychologie et une psychiatrie très inspirées des modèles soviétique puis américain. Elle intéresse les maisons d'édition, qui multiplient les traductions plus ou moins heureuses des œuvres de Freud. Et enfin, elle s'enseigne. Cette transmission de la psychanalyse s'organise autour de trois centres de formation principaux, assez différents, tant au niveau de leur structure que de leur orientation psychanalytique : Shanghai, Canton et Chengdu. À Shanghai, l'enseignement très pratique de la psychanalyse est aussi tourné vers d'autres formes de thérapies, et prend la forme de stages courts, majoritairement encadrés par des Allemands. À Canton, la théorie jungienne s'est imposée. Le centre de Chengdu, plus influencé par une tradition psychanalytique française, est hébergé dans le département de philosophie de l'université de Chengdu. Son chef de file, Huo Datong, a estimé salutaire de se rapprocher des sciences sociales pour gagner son indépendance vis-à-vis de la psychiatrie. Ses étudiants, à qui il demande d'apprendre le français afin de pouvoir lire Lacan dans le texte, y suivent un cursus de 3 ans, post-licence, et s'engagent dans une cure analytique personnelle. Malgré le sérieux de la formation, les publications du centre ne sont pas reconnues par l'autorité académique. Qu'à cela ne tienne : comme le souligne Huo Datong, « la psychanalyse chinoise [...] n'est pas en train de naître dans les milieux urbains et bourgeois » : la moitié de ses analysants sont en effet d'origine paysanne.

Evelyne Micollier, IRD, UMI 233, IRD-Université de Montpellier I

Pour en savoir plus • Renaud de Spens, « Santé: les insatisfactions de l'opinion », *Connexions*, n° 45, 2008. • Huo datong, *La Chine sur le divan*, Plon, Paris, 2008