



**HAL**  
open science

## **Systemes de santé chinois : clés de décryptage**

Carine Milcent

► **To cite this version:**

| Carine Milcent. Systemes de santé chinois : clés de décryptage. 2018. <halshs-02012328>

**HAL Id: halshs-02012328**

**<https://shs.hal.science/halshs-02012328v1>**

Submitted on 8 Feb 2019

**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.



HAL Authorization



www.cnrs.fr

# Le CNRS en Chine

N° 27 / Printemps-été 2018 La vie des laboratoires

Ouvrière du frelon asiatique *Vespa velutina nigrithorax*



**Bureau du CNRS en Chine**

**Le CNRS**  
Renouvelle ses liens  
avec la Chine!

**Systèmes de  
santé chinois**

**ASEAN-CHINE**  
**Normes sociales**

**Projet**  
Modélisation physique  
avancée - développement  
durable urbain

# Systèmes de santé chinois : clés de décryptage

Par Carine Milcent<sup>1</sup>

## Un système de santé décentralisé

Contrairement aux idées reçues, la **structure du système de santé chinois est décentralisée**. Si les grandes orientations sont centralisées, le budget ainsi que les modalités de mise en applications sont très souples et offrent un tableau très divers. De façon schématique, imaginez qu'à Marseille, vous ne payez que pour tous les soins hospitaliers lourds comme pour des soins en cancérologie mais qu'à Lille, vous ayez à payer presque l'intégralité. En contrepartie, vous avez la gratuité des soins de ville. Considérez-vous qu'il s'agisse du même système de soins ? Dans les grandes lignes, c'est ainsi qu'est structuré le système de santé chinois. Budgétairement, les ressources du système de santé proviennent de taxes locales. Ainsi, les provinces ont un budget à la hauteur de leur richesse et une prise en charge de l'offre de soins également à la hauteur de ce budget. **Les différentes réformes du système de santé n'ont jusqu'à présent jamais été dans le sens d'une remise en cause de sa décentralisation.**

Entreprendre de décrire le paradigme économique du système de santé chinois et son évolution ses dernières années permet de définir le cadre dans le lequel nous nous situons. Comme la plupart des autres pays, la Chine se situe dans **un modèle de système de santé mixte entre pro-marché et pro-Etat providence**. Les réformes entreprises depuis l'ouverture économique du début des années quatre-vingt ont successivement indiqué des oscillations plus marquées dans un sens ou un autre<sup>2</sup>. La conférence de fin 2008 et les réformes qui ont été annoncées en avril 2009 ont illustré l'absence de consensus entre une politique pro-marché et une politique pro-Etat pour la gestion des hôpitaux chinois. Dès 2003, et de façon plus perceptible à partir de 2009, un certain nombre



Carine Milcent

Professeure associée à l'École d'Économie de Paris (PSE)  
Chercheuse CNRS<sup>3</sup>



de réformes ont été mises en place afin de **favoriser l'accès universel à des soins de base**. Il s'agit d'une couverture publique de santé, d'amélioration des soins primaires, de la définition d'un panier de soins de base et son accès à tous. Toutes ces mesures vont dans le sens d'une politique pro-Etat providence.

A l'inverse, fin 2013, à la suite du 18<sup>ème</sup> Comité Central du parti Communiste Chinois, les réformes énoncées favorisent **l'investissement privé dans les hôpitaux, impliquant la privatisation des établissements publics**. Ces réformes semblent être en faveur d'une politique à idéologie pro-marché pour les établissements hospitaliers. Les orientations du 13<sup>ème</sup> plan quinquennal (2016-2020) portent à la fois sur l'assurance santé avec un objectif de **couverture uni-**

**verselle pour 2020 et le développement des services de santé privés** incluant la santé numérique, le développement d'assurances privées de santé ainsi qu'une plus grande uniformisation des systèmes d'information médicale pour une meilleure transmission entre parties concernées. Ceci montre que le « bien santé » ne peut plus être défini aujourd'hui comme intégralement public tel que ce fut le cas avant les réformes économiques des années 80. Toutefois, il ne peut être non plus considéré comme privé comme cela pouvait être globalement le cas, à des exceptions près, au début des années 2000.

*« Le système de santé chinois, avec ses difficultés actuelles et le tournant vers une utilisation de plus en plus large du digital, doit se lire à travers les grandes mutations démographiques et économiques que ce pays a connues depuis les réformes économiques des années 1980 »*

## La démographie chinoise en bref

En 2018, la population de Chine continentale a atteint 1,400 millions d'habitants. L'espérance de vie s'est considérablement améliorée au cours du temps. En 1990, elle était de 67 ans pour les hommes et de 70 ans pour les femmes. En 2010, elle était de 72,5 ans pour les hommes et de 76,8 ans pour les femmes. De même le taux de mortalité à 5 ans s'est nettement amélioré. Entre 1991 et 2013, il est passé de 61/1000 à 12/1000. Sur la même période, la mortalité maternelle a diminué de 71%. Parallèlement, on observe un vieillissement très net de la population. Le taux de fertilité était de 6 entre 1950 et 1955. Depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, il est désormais légèrement en deçà du taux de remplacement<sup>4</sup>. **Le pourcentage de personnes âgées de 60 ans ou plus devrait atteindre 30% en 2030**. La population s'est aussi fortement urbanisée. Les résidents permanents urbains représentent désormais 54,8% de la population totale. Sur le plan économique, le Produit Intérieur Brut (PIB) talonne celui des Etats-Unis<sup>5</sup>.

## Une demande de soins différente

Ainsi, le système de santé chinois a été amené à s'adapter non seulement à un changement démographique de sa population mais également à une demande de soins différente : il est passé de la gestion d'une population à faible revenu, à fort taux de mortalité et de natalité, réclamant la mise en place de soins de base à une population relativement à faible taux de mortalité et de natalité, avec un revenu plus conséquent exigeant des soins de plus en plus performants. **Les dépenses de santé y représentent aujourd'hui 5,4% du PIB<sup>6</sup>**. Toutefois, une surconsommation de médicaments et notamment d'antibiotiques est observée aujourd'hui. Environ 70% des prescriptions sur ordonnance contiennent des antibiotiques<sup>7</sup>. L'une des conséquences de cette consommation non appropriée de médicaments est l'augmentation de la morbidité et de la mortalité. Ye et Wu (2007)<sup>8</sup> estimaient à 2,5 millions le nombre de patients admis chaque année pour des réactions médicamenteuses indésirables<sup>9</sup>.

## Le marché des soins en Chine est complexe

Aujourd'hui, pour se faire soigner, la majorité des patients chinois vont dans des hôpitaux publics offrant un certain niveau de qualité. Ceci est vrai pour les admissions hospitalières. Ces établissements de santé publics prennent en charge 90% des soins hospitaliers<sup>10</sup>. Mais, ce qui est spécifique à la Chine, **les grands hôpitaux publics traitent également 50% des consultations médicales** que nous appellerions communément, soins

<sup>1</sup>Ph.D. supervisor (PSE) - CNRS <http://www.parisschoolofeconomics.eu/fr/milcent-carine/>

<sup>2</sup>Yip, W and W. Hsiao. 2015. *What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms?*, *Health Systems Reform*, 1(1), 52-61.

<sup>3</sup> Autres publications de l'auteur (2018) : *Social science & Medicine: "Ownership and Hospital Behaviour: Employment and Local Unemployment"* ; *Health Economics Review: "Prenatal care and socioeconomic status: effect on cesarean delivery"* ; *Health Reform in China: From Violence To Digital Healthcare*

<sup>4</sup> Peng, Xizhe "China's Demographic History and Future Challenges" *Science* 333, 581 (2011).

<sup>5</sup> D'après les chiffres du *Fond Monétaire International (FMI)*, le PIB Chinois est légèrement supérieur à celui des Etats-Unis en 2014.

<sup>6</sup> La part des dépenses de santé dans le PIB était de 4% en 1990.

<sup>7</sup> Reynolds L, McKee M, « Factors influencing antibiotic prescribing in China: an exploratory analysis », *Health Policy* 2009, 90(1):32-36.

<sup>8</sup> Ye K, Wu Y: *Rational drug utilization for commonly clinical cases*. *J China Food Drug Adm* 2007, 2:53-55.

<sup>9</sup> L'usage excessif des antibiotiques et notamment des médicaments ototoxiques participerait pour 60% de la surdité des enfants.

<sup>10</sup> Yip W, Hsiao WC. *What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms?* *Health Systems & Reform*. 2015 Feb 25; 1(1): p. 52-61.

de ville<sup>11</sup>. De ce fait, dans ces établissements de santé, un médecin consulte entre 60 et 80 patients par jour<sup>12</sup>. Le médecin passe donc très peu de temps avec son patient alors que celui-ci a attendu un temps considérable pour bénéficier de cette consultation. Par ailleurs, la trajectoire du patient ne suit plus une offre de soins progressive du premiers secours aux soins à technologie avancée. Les patients, même pour un problème bénin de santé, souhaitent une prise en charge dans

les meilleurs hôpitaux, engorgeant ces derniers. Lors d'études de terrain (réalisées entre sept. 2016 et juin 2017), les mêmes réponses sont revenues « *Il est préférable de faire la queue dans un hôpital pouvant offrir des soins de qualité que d'aller dans des structures plus proches, plus humaines en taille mais n'offrant pas le niveau de qualité des soins désiré* ». De plus, l'offre « tout en un » de ces hôpitaux ne peut se comparer à des structures de santé où l'offre est fragmentée.

Il est nécessaire de définir ce qui est entendu par le « bien santé » pour une consultation médicale. A la différence de notre système, la partie « **consultation et prescription** » se confond avec la partie « **réalisation des actes de diagnostics et acquisition des médicaments** ».

Ainsi, à l'issue d'une consultation, le patient passe au comptoir de l'officine où lui seront fournis les médicaments prescrits. Si la structure sanitaire le permet, les actes de diagnostics comme les prélèvements sanguins et autres actes de biologie ou de radiographies lui seront également réalisés. Ensuite, le patient se dirige enfin à la caisse où il devra s'acquitter du montant de la facture totale. Le tarif que le patient devra payer se compose ainsi du coût global de l'ensemble des services et produits de santé sans que le choix d'accepter ou non lui ait été proposé. Il s'agit d'une démarche complètement normale pour tout patient chinois.



■ Un hôpital classique en Chine avec le département des consultations, plein de monde et de mouvement.

Source : Nov. 2015, Peking University People's hospital. Outpatient Department. © C.Milcent



### Autonomie de gestion des hôpitaux publics

Une seconde spécificité du système de santé chinois est la façon dont sont administrés et gérés les hôpitaux publics. Il s'agit de structures publiques dont la grille de salaire du personnel hospitalier et la gestion de carrière est gérée par un ministère, le **ministère de la Sécurité Sociale et des Ressources Humaines**. Dans le même temps, ils bénéficient d'une grande autonomie de gestion. Les grandes structures hospitalières publiques ne sont en effet financées que très marginalement par l'Etat et les états provinciaux (environ 7%). Parallèlement, ces structures ont subi une très forte incitation à la **modernisation de leur équipement et à une grande amélioration du niveau de qualité fournie**. Ainsi, les hôpitaux publics chinois sont amenés à agir comme des entreprises privées pour générer les ressources nécessaires à leur fonctionnement et à l'investissement tout en étant en situation de **monopole sur leur zone géographique** (à l'exception peut-être des très grandes mégapoles chinoises). Les médecins ainsi que le personnel hospitalier sont associés au profit réalisé par la structure ; tout ceci pousse à un comportement de **maximisation du profit par une surmédicalisation, un sur-diagnostic**. Le « bien santé » correspondant aux services de santé est donc un bien largement régi par le marché.

### La couverture sociale

La mise en place **d'assurances publiques de santé (NCMS, URBMI, UEBMI)**<sup>13</sup> apparue durant la première décennie des années 2000 est un instrument d'une politique pro-Etat providence ayant pour objectif de pallier les problèmes d'**accessibilité aux soins liés à la fixation d'un prix santé par le marché**. Une politique de zero mark-up pour un panier défini de médicaments a été mise en place pour les centres de santé primaires.

Les sources de profit des hôpitaux ont également été soumises à une plus grande régulation.

A la lecture des chiffres publiés depuis, ces mesures contribuent à réduire le niveau des dépenses excessives sans les endiguer. Parallèlement, **une politique incitative envers les compagnies d'assurances privées est menée**. Un modèle d'acquisition (par création ou achat de centres hospitaliers publics) similaire aux modèles américains du type *Health Maintenance Organisation* (HMO) est une voie d'orientation actuelle. Des assurances privées offriraient la prise en charge des soins primaires et les admissions hospitalières dans le cadre d'un package assurantiel. Comme dans le cas du programme fédéral *medicare*, un système de reversement entre caisses d'assurances publiques et privées compenserait les assureurs prenant en charge les patients éligibles à des assurances publiques (NCMS, URBMI, UEBMI).

**Privilégier le développement du digital dans le système de santé contribue également à la recherche de solutions pour une meilleure efficacité.**



■ Un hôpital en Chine ayant mis en place - un service de réservation en ligne - pour le département des consultations.

Mai 2018, HKU-Shenzhen hospital. Outpatient Department à Shenzhen. Crédits photos : C.Milcent (HKU: Hong-Kong University)

<sup>11</sup> Jeffrey Moe, Shu Chen, and Andrea Taylor, "Initial Findings in a Landscaping Study of Healthcare Delivery Innovation in China," IPIHD (International Partnership for Innovative Healthcare Delivery) research Report 14-01, 2014; Xuezheng Qin, Lixing Li, and Chee-Ruey Hsieh, "Too Few Doctors or Too Low Wages? Labor Supply of Healthcare Professionals in China," *China Economic Review*, Vol. 24, No. 1, 2013.

<sup>12</sup> Yip W, Hsiao WC. What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms? *Health Systems & Reform*. 2015 Feb 25; 1(1): p. 52-61.

<sup>13</sup> L'assurance publique *New Cooperative Medical Scheme* \_NCMS pour les zones rurales et les assurances publiques *Urban Employee Basic Medical Insurance* \_UEBMI pour les salariés des zones urbaines et *Urban Resident Basic Medical Insurance* \_URBMI pour les habitants des zones urbaines non couverts par le UEBMI).

Une des forces de la santé digitale est son adoption qui peut être instantanément massive et rapide grâce à une digitalisation de l'espace qui permet de s'extraire des contraintes physiques ordinaires<sup>14</sup>. Ainsi, pour juguler la présence des patients en attente de soins à l'intérieur des établissements de santé, **un système informatique d'enregistrement en ligne** liant la prise de rendez-vous au numéro d'identité du patient, est désormais obligatoire dans certaines provinces chinoises comme celle de Pékin. Par ailleurs, des plateformes internet entre praticiens ou entre patients et médecins offrant non seulement des conseils médicaux mais également des consultations en ligne se sont rapidement développées.

En outre, les systèmes d'information comparables au PMSI (Programme Médicalisé de Système d'information à la base de la T2A) tel qu'il existe en France se généralisent avec la question de la compatibilité entre différents types de systèmes. Des systèmes de *Electronic Health Record* (EHR) ou encore *Electronic Medical Records* (EMR) se mettent très rapidement en place dans les centres hospitaliers et plus lentement dans les centres de santé. **Ces systèmes permettent une connaissance instantanée du dossier du patient.** L'utilisation d'applis servant à la fois à communiquer et à échanger des informations se révèle au cœur de ce nouveau système innovant d'accès aux soins. L'apparition de ce nouveau système soulève un certain nombre de questions sur la confidentialité des données de santé, les conflits d'intérêt lorsqu'une entreprise à but lucratif est également missionnée pour répondre à une demande de service public sans cadre légal strict puisque par essence, il s'agit d'une activité en mutation.

Le système de santé chinois se caractérise donc par **une multiplicité de régimes d'assurance, avec un développement inégal du secteur privé et une multiplicité de configurations pour l'offre de soins.** Dans le contexte des inégalités économiques et sociales croissantes sur le territoire chinois, la question légitime à se poser est : le système est-il appelé à converger progressivement ou va-t-on assister à la pérennisation de cette situation éclatée en fonction des zones géographiques et du niveau de richesse des publics visés ? Il semble se dégager trois grands modèles suivant à la fois la situation socio-économique des agents et leur implantation géographique. Suivant le modèle, les assureurs privés, les trois géants d'Internet (Baidu, Tencent ou Alibaba) ou les autorités à la fois locales et centrales en seront le moteur. ☘



Un hôpital en Chine ayant mis en place - un service de réservation en ligne - pour le département des consultations

Mai 2018, HKU-Shenzhen hospital. Outpatient Department à Shenzhen.  
Crédits photos : C.Milcent (HKU: Hong-Kong University)

## De Strasbourg à Pékin : le centre franco-chinois pour l'innovation en éducation

Par Romuald Normand<sup>1</sup> & LIU Min<sup>2</sup>

### Le Centre Franco-Chinois pour l'Innovation en Education (CFCIE)

Le CFCIE a été créé à l'**Université Normale de Pékin (BNU)** en 2015 dans le cadre des échanges de haut niveau sur la culture et l'éducation entre les gouvernements français et chinois, et un accord-cadre signé entre **BNU, l'Université de Strasbourg et le CNRS**. Côté français, le CFCIE est intégré à l'Unité Mixte de Recherche **CNRS 7363 SAGE** (Sociétés, Acteurs et Gouvernement en Europe) spécialisée dans les études politiques sur l'Europe. Côté chinois, il est intégré à l'**Institut d'Éducation Internationale et Comparée** de la Faculté d'éducation de l'Université Normale de Pékin. Cette université chinoise est une université de premier rang dans la recherche en éducation en Chine et elle développe des liens étroits avec le Ministère de l'Éducation chinois.

Le centre vise à mobiliser différentes institutions, chercheurs et experts de la Chine et de la France afin de conduire des recherches interdisciplinaires, de développer des coopérations bilatérales et multilatérales en fonctionnant comme **une plate-forme collaborative et scientifique en réseau** ayant pour mission de conduire des recherches académiques, de former des élites administratives et scientifiques, d'offrir une expertise et développer des échanges de rang international.

Comme centre d'excellence pour BNU, le CFCIE entend promouvoir des échanges et des coopérations plus approfondies entre son université de rattachement, des institutions françaises et européennes concernées par l'éducation, en contribuant à l'analyse des politiques éducatives de chacun des pays, ainsi qu'au développement des travaux de recherche sur la gouvernance et le management de l'éducation.



**Romuald Normand**

- Directeur du CFCIE
- Professeur associé à l'Université Normale de Pékin
- Faculté des sciences sociales, Univ. de Strasbourg

Professeur de sociologie spécialisé dans l'analyse comparée des systèmes éducatifs et des politiques d'éducation. Il s'intéresse également aux questions de management et d'organisation scolaire dans une perspective internationale. Il a développé des travaux sur les politiques de la mesure en éducation, la construction européenne de l'éducation et de l'enseignement supérieur, les transformations des conditions du travail académique, les développements de l'expertise.

**LIU Min**



- Directrice du Centre Franco-Chinois pour l'Innovation en Education et professeure associée à l'Institut d'Éducation Internationale et Comparée, Faculté d'Éducation, et directrice-adjointe du Centre pour la Formation Continue des Enseignants et l'Apprentissage tout au long de la vie à l'Université Normale de Pékin.

Elle conduit des recherches sur l'éducation en France, la gouvernance et les politiques d'éducation, la comparaison internationale des systèmes éducatifs. Elle a publié plusieurs dizaines d'articles sur l'université française et ses réformes, et elle a participé à de nombreux projets de recherche sur la comparaison internationale des politiques d'enseignement supérieur.



<sup>1</sup> Professeur des Universités, UMR SAGE, Faculté de Sciences Sociales, Université de Strasbourg, et directeur du Centre Franco-Chinois pour l'Innovation en Education, professeur associé à l'Université Normale de Pékin, [rnormand@unistra.fr](mailto:rnormand@unistra.fr) ; [page personnelle](#) ; <https://www.cfcpe-edu.org/>

<sup>2</sup> LIU Min, Professeure associée, Institut d'Éducation Internationale et Comparée, Faculté d'Éducation, et directrice-adjointe du Centre pour la Formation Continue des Enseignants et l'Apprentissage tout au long de la vie, Université Normale de Pékin, [liumin@bnu.edu.cn](mailto:liumin@bnu.edu.cn)