

Évolution de l'organisation du système de santé

Inefficacité, violence et santé numérique

CARINE MILCENT

RÉSUMÉ : L'organisation du système de santé chinois a connu plusieurs phases de développement. L'objectif de cet article est de montrer comment d'un système hiérarchisé, le système de santé s'est déstructuré puis a donné naissance à un système centralisé où le point d'entrée du parcours des soins est devenu l'hôpital, en particulier les centres hospitaliers offrant un niveau de qualité des plus performants. Le système de santé, se caractérisant alors par son inefficacité, a conduit à une forte violence entre le corps médical et la population. Les raisons en sont l'engorgement de l'offre hospitalière, l'ambiguïté du statut des établissements publics, les compensations financières et autres à-côtés dont bénéficie le corps médical, et le statut de fonctionnaire des praticiens, et ses implications. La mise en place de centres de santé primaires se fait avec peine tandis que la santé numérique est un marché en expansion.

MOTS-CLÉS : système de soins, hôpital, inefficacité, violence, santé numérique.

Introduction

Aujourd'hui, les hôpitaux publics chinois gèrent 90 % des consultations correspondant aux soins de ville ou soins ambulatoires en France et 90 % des admissions hospitalières⁽¹⁾. Ainsi, les hôpitaux publics traitent les demandes pour les soins en consultations comme les soins en séjours hospitaliers.

La Chine connaît une situation paradoxale avec des indicateurs de santé qui connaissent une courbe de progression spectaculaire, suivant celle des indicateurs économiques. C'est aussi un marché gigantesque, les dépenses de santé s'élevant à 511,3 milliards de dollars en 2013⁽²⁾. Elles représentent 5,6 % du PIB⁽³⁾. Pourtant, le système de soins est officiellement décrit comme inefficace et le climat entre le personnel soignant et les patients est délétère.

Avant de présenter le système de santé et ses mutations, nous donnons ici un bref panorama démographique, d'état de santé et sanitaire de la Chine d'aujourd'hui. En 2015, la population de Chine continentale a un taux de croissance naturelle de 5,21 pour mille habitants, avec un taux de natalité brut de 12,37 ‰ et un taux de mortalité brut de 7,16 ‰. Les résidents urbains représentent désormais 54,8 % de la population totale (1 400 millions d'habitants). La population est composée de 51,2 % d'hommes et de 48,8 % de femmes⁽⁴⁾. L'espérance de vie s'est considérablement améliorée au cours du temps : de 67 ans pour les hommes et de 70 ans pour les femmes en 1990, elle atteint en 2010 72,5 ans pour les hommes et de 76,8 ans pour les femmes. De même le taux de mortalité à 5 ans et la mortalité maternelle se sont nettement améliorés. Toutefois, une surconsommation de médicaments et notamment d'antibiotiques est observée aujourd'hui. Pour les médicaments prescrits, 70 % contiennent des antibiotiques⁽⁵⁾. L'une des conséquences de cette consommation non appropriée de médicaments est

l'augmentation de la morbidité et de la mortalité. Lianping Yang *et alii*⁽⁶⁾ estimaient à 2,5 millions le nombre de patients admis chaque année en hospitalisation pour des réactions médicamenteuses indésirables⁽⁷⁾.

Sur le plan économique, le produit intérieur brut (PIB) talonne celui des États-Unis⁽⁸⁾. Si le taux de croissance tend à ralentir⁽⁹⁾, il était tout de même prévu d'atteindre 6,9 % pour l'année 2016⁽¹⁰⁾. Globalement, le niveau de richesse générale de la population est en augmentation. Le PIB par tête était de 1 644 RMB en 1990 pour atteindre 38 420 RMB en 2012.

Ainsi, le système de santé chinois a été amené à s'adapter non seulement à un changement démographique mais également à une demande de soins

1. Jeffrey Moe, Shu Chen et 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 et Chee-Ruey Hsieh, « Too Few Doctors or Too Low Wages? Labor Supply of Healthcare Professionals in China », *China Economic Review*, vol. 24, n° 1, 2013.
2. « Industry Report, Healthcare: China », *The Economist Intelligence Unit*, août 2014.
3. La part des dépenses de santé dans le PIB était de 4 % en 1990. Il est de 17 % aux États-Unis.
4. Bureau national des statistiques de Chine, « Statistical Communiqué of the People's Republic of China on the 2014 National Economic and Social Development », 26 février 2015, www.stats.gov.cn/english/PressRelease/201502/t20150228_687439.html (consulté le 26 octobre 2016). Les chiffres présentés ici n'incluent pas Hong Kong, Macao et Taiwan.
5. Lucy Reynolds et Martin McKee, « Factors Influencing Antibiotic Prescribing in China: An Exploratory Analysis », *Health Policy*, vol. 90, n° 1, 2009, p. 32-36.
6. Lianping Yang, Chaojie Liu, J. Adamm Ferrier, Wei Zhou et Xinping Zhang, « The Impact of the National Medicines Policy on Prescribing Behaviours in Primary Care Facilities in Hubei Province of China », *Health Policy Plan*, vol. 28, n° 7, 2013, p. 750-760.
7. L'usage excessif des antibiotiques, et notamment des médicaments ototoxiques, participerait pour 60 % de la surdité des enfants.
8. D'après les chiffres du Fonds Monétaire International (FMI), le PIB chinois est légèrement supérieur à celui des États-Unis en 2014.
9. Le taux de croissance était de 10,6 % en 2010.
10. « China Economic Outlook », *FocusEconomics*, 18 octobre 2016. Source : Banque populaire de Chine, 2017.

différente : il est passé de la gestion d'une population à faible revenu, à fort taux de mortalité et à forte natalité, réclamant en premier lieu la mise en place de soins de base, à une population relativement plus âgée, à faible taux de natalité et à un revenu plus conséquent exigeant des soins de plus en plus performants. Depuis les réformes économiques, le niveau standard attendu de qualité des soins s'est fortement élevé réduisant *de facto* le nombre d'établissements permettant d'y répondre aux établissements les plus performants se trouvant en zone urbaine, et créant ainsi une pénurie de l'offre pour ces niveaux de qualité tandis que les établissements de santé de moindre qualité se sont retrouvés dans une situation d'excès d'offre sans parvenir à attirer la demande.

Cette exigence d'une offre de soins par un personnel soignant « formé et qualifié » a conduit à réduire l'offre possible pour cette demande et donc à entraîner des files d'attente de plus en plus longues et des temps de consultation de plus en plus courts. Les prix des soins ont flambé, cela s'expliquant parallèlement et partiellement par l'insuffisance de cette offre qualifiée mais également par un désengagement financier de l'État dans le financement des hôpitaux publics. De même, les médecins financièrement intéressés aux profits de l'établissement public de santé, ont sur-prescrit, sur-diagnostiqué, et le coût des médicaments s'est envolé, le tout sur fond de corruption des médecins.

La relation patient-médecin s'est alors transformée en relation conflictuelle face à des coûts de soins exorbitants, des temps d'attente extrêmement longs, des temps de consultation de plus en plus courts et des pratiques de pots de vin de plus en plus généralisées. La pratique des dessous de table permet au patient de raccourcir les délais d'attente et de s'assurer une meilleure prise en charge médicale.

Différentes formes de violence se sont développées ces dernières années dans les hôpitaux en Chine. Il peut s'agir de formes inoffensives de revendication, comme l'exposition par ses proches du corps d'un défunt devant l'hôpital, jusqu'à des formes plus actives comme la destruction de locaux ou des altercations voire des actes de grande violence envers le personnel soignant ou encore le recours à des gangs organisés⁽¹¹⁾. Les mots-clés « hôpital – violence » renvoient sur les moteurs de recherche usuels à des centaines d'articles de journaux relatant des faits divers de médecins blessés ou tués par des patients⁽¹²⁾.

En juillet 2015, un article du journal *China Daily* rapportait la signature par 600 000 docteurs d'une pétition en ligne appelant à la fin des attaques sur le personnel soignant⁽¹³⁾. Cette pétition faisait suite à l'attaque violente d'un médecin par un patient, durant son service dans un hôpital de niveau 3 (*Longmen xian Renmin yiyuan* 龙门县人民医院), dans la province du Guangdong. La Commission de santé et de planning familial au niveau local a alors réagi en demandant la mise en place d'une antenne de police au sein de l'hôpital et des patrouilles régulières afin de pouvoir intervenir rapidement lors de violences. Des caméras de surveillance et des alarmes ont également été installées⁽¹⁴⁾.

L'organisation du système de soins a connu plusieurs phases de développement. Les réformes économiques des années 1980 ont introduit divers degrés de mécanismes de marché entraînant de fortes inégalités d'accès aux soins non seulement entre les zones rurales et urbaines mais également au sein de ces zones. Depuis, la nécessité d'un accès aux soins de base pour tous s'est imposée. Deux philosophies coexistent : un accès universel pour les soins de base grâce à un marché fortement régulé, et pour les autres types de soins, une mise en concurrence des soins grâce au développement du marché privé. De nouvelles séries de réformes⁽¹⁵⁾ furent annoncées par le Conseil des affaires d'État de la République populaire de Chine et par le

Comité central du Parti communiste chinois en mars 2009. Elles se sont poursuivies avec le 12^e plan quinquennal (2012-2016), et le 13^e plan quinquennal (2016-2020) en donne les nouvelles orientations.

De ce fait, le secteur sanitaire est en plein essor. D'une part, le nombre d'établissements médicaux et de santé ne cesse d'augmenter. Cette croissance de l'offre s'observe autant en ville que dans les campagnes, dans le secteur public comme dans le secteur privé. Elle présente toutefois de fortes hétérogénéités qui seront présentées dans la suite de cet article⁽¹⁶⁾. D'autre part, ce secteur emploie un nombre croissant de personnes. En 2015 étaient recensés 7,39 millions de travailleurs⁽¹⁷⁾. Une vraie volonté politique d'étendre le tissu hospitalier et sanitaire est à l'origine de ces augmentations. L'évolution démographique de la société chinoise implique également une augmentation du nombre d'établissements de protection sociale⁽¹⁸⁾.

Toutefois, la mise en place de ce système de soins se heurte à la non-mobilité du personnel médical. Pour des raisons de statut (équivalent de fonctionnaires d'État avec un certain nombre de privilèges supplémentaires), le personnel médical préfère clairement travailler dans une structure publique. Pour des raisons que nous verrons plus loin dans cet article, le personnel médical correspondant au nouveau standard de la demande (« formé et qualifié ») est uniquement présent dans les grands établissements publics de haut niveau de performance⁽¹⁹⁾. Ainsi, si l'offre se diversifie, la demande reste concentrée dans les établissements publics de haut niveau de qualité.

Internet apparaît alors comme une solution à cette concentration de la demande. Nous présentons dans la suite de cet article comment Internet est envisagé comme une solution permettant de résoudre en partie les attentes interminables dans les halls d'accueil des établissements publics de santé de haute qualité. Nous expliquons le rôle d'Internet comme outil de désengorgement grâce à la télémedecine mais aussi grâce au téléconseil et à la téléconsultation⁽²⁰⁾. De ce fait, ces hôpitaux publics apparaissent comme davantage accessibles grâce à des temps d'attente ne se faisant plus sur

11. Jiong Tu, « Yinao: Protest and Violence in China's Medical Sector », *Berkeley Journal of Sociology*, 11 décembre 2014, <http://berkeleyjournal.org/2014/12/yinao-protest-and-violence-in-chinas-medical-sector> (consulté le 26 octobre 2016).
12. Un exemple récent : Xinhua, « Doctor Dies after Stabbing Attack in Guangzhou », *China Daily Asia*, 7 mai 2016, www.chinadailyasia.com/nation/2016-05/07/content_15429118.html (consulté le 26 octobre 2016).
13. « 600,000 Chinese Doctors Sign Petition against Hospital Violence », *China Daily*, 19 juillet 2015, www.chinadaily.com.cn/china/2015-07/19/content_21326495.htm (consulté le 26 octobre 2016).
14. Lors de mes différentes visites d'hôpitaux de niveau 3 à Pékin et à Shanghai, j'ai également pu constater qu'à la porte d'entrée des complexes hospitaliers se trouvait désormais systématiquement un poste de police.
15. Pour certains observateurs, le tournant des réformes intégrant davantage d'éléments de protection sociale est marqué en 2006 par le discours de Hu Jintao, le secrétaire général du Parti, lorsqu'il introduisit la notion de « société harmonieuse ». Joe C. B. Leung et Yuebin Xi, *China's Social Welfare*, Cambridge, UK, Malden, MA, Polity Press, 2015.
16. En 2015, 982 443 institutions de ce type étaient comptabilisées. Ce chiffre inclut 25 865 hôpitaux, 36 899 centres de santé cantonaux, 34 264 centres de santé au niveau des villages ou des regroupements de villages, 646 044 dispensaires au niveau des villages ou des regroupements de villages, 3 491 centres de prévention des maladies épidémiques, centres de surveillance sanitaire. Source : Bureau national des statistiques de Chine, « Statistical Communiqué of the People's Republic of China on the 2014 National Economic and Social Development », *art. cit.*
17. Ce chiffre inclut 2,82 millions de médecins et assistants et 2,92 millions d'infirmières accréditées. Le nombre de lits recensés était de 6,52 millions de lits dont 4,84 millions dans les hôpitaux et 1,17 millions dans les centres de santé.
18. En 2015, il existait 5,9 millions de lits dont plus de 5,5 millions pour la prise en charge des personnes âgées. Au total, 2,8 millions de personnes âgées sont pensionnaires d'un établissement. Bureau national des statistiques de Chine, « Statistical Communiqué of the People's Republic of China on the 2014 National Economic and Social Development », *art. cit.* La prise en charge des personnes âgées ne sera pas davantage abordée dans cet article.
19. L'explication sera donnée dans la suite de cet article.
20. Ces termes seront davantage définis dans la suite de cet article.

place et à une régulation de la demande. Parallèlement, si une part de la demande de soins pour les consultations effectuées dans ces établissements publics peut se faire *via* Internet, cela peut également amener à une réduction de la demande de soins. Le relâchement de la pression de la demande peut alors permettre d'envisager une réduction des temps d'attente et un allongement des temps de consultation améliorant ainsi le dialogue entre le personnel médical et les patients. Par ailleurs, ceci introduit également une forme de concurrence entre les consultations physiques et les consultations virtuelles permettant possiblement une baisse des prix de l'offre physique. Toutefois, la solution apportée par Internet n'est pas dénuée d'inconvénients. Cela soulève des questionnements tels que la confidentialité des données, l'identification du porteur de la responsabilité médicale en cas de faute médicale ou encore la standardisation des niveaux de qualité offerts et leur contrôle.

La littérature sur le système de santé chinois décrit son évolution, ses réformes et étudie l'effet de ses réformes⁽²¹⁾, notamment l'effet de la mise en place d'assurances de santé. Toutefois, il n'existe qu'une très faible littérature sur la violence⁽²²⁾ et moins encore sur l'émergence du numérique comme solution à l'inefficacité du système de santé chinois.

En première partie de cet article, nous expliquons l'évolution du système de santé, de sa mise en place depuis la période maoïste jusqu'à aujourd'hui en passant par l'effet des réformes économiques. En deuxième partie, nous décrivons les déterminants menant à la montée de la violence entre le personnel soignant et les patients et les tentatives du gouvernement d'introduire des centres de soins primaires comme nouveau point d'entrée du parcours de soins. En troisième partie, nous présentons l'état actuel de l'effet de ces réformes et les solutions offertes par l'utilisation de l'e-santé, ses avantages et ses limites.

Le matériel mobilisé ici se compose d'articles de presse et de communications officielles, de textes réglementaires, de sites Internet officiels et d'articles scientifiques publiés en langue anglaise ou chinoise. Le présent article s'appuie également sur des entretiens menés à Shanghai et à Pékin entre mars et décembre 2015. Parmi les personnes interrogées, on compte des médecins d'hôpitaux de niveaux 1, 2 et 3, de centres de santé, des directeurs financiers d'hôpitaux, des directeurs de systèmes d'informations d'hôpitaux, des infirmières, des chercheurs notamment de l'Académie chinoise des sciences sociales (CASS), de l'Université de Fudan, et des responsables d'entreprises de conseil.

L'organisation du tissu hospitalier

En zones rurales...

Jusqu'aux années 1980, pour les habitants des zones rurales, le système de soins chinois était organisé en trois niveaux d'accès aux soins⁽²³⁾. Le premier niveau correspondait aux dispensaires dans le village ; le deuxième niveau correspondait aux centres de santé dans le canton ; le troisième niveau était représenté par l'hôpital local dans le district⁽²⁴⁾. Cette organisation composait le système public communautaire de soins. La quasi-gratuité des soins était assurée, mais pour un niveau de qualité médiocre.

Entre 1966 et le début des années 1980, presque toutes les communautés de villages étaient équipées d'un dispensaire. Ces centres de santé correspondaient à des soins fournis par des paysans locaux ayant bénéficié de quelques semaines de formation et appelés « médecins aux pieds nus ». Ils fournissaient les soins de prévention, les soins ambulatoires et les premiers soins hospitaliers.

Les établissements de santé de niveau II avaient des niveaux d'équipements plus importants que les dispensaires ou encore les établissements cantonaux. Ils prenaient en charge des patients aux pathologies plus sérieuses. Le patient était redirigé vers ces établissements en fonction de son état de santé.

Les hôpitaux de niveau III étaient au niveau du district. Ils avaient pour vocation de prendre en charge les pathologies les plus lourdes. Leur niveau d'équipements était supérieur à celui des hôpitaux de niveau II. Le personnel médical était également composé d'un personnel senior. Il existait des hôpitaux de taille et de niveaux d'équipements plus importants. Ces hôpitaux correspondaient aux hôpitaux de provinces ou aux hôpitaux centraux.

Comme le soulignent Therese Hesketh et Wei Xingzhu⁽²⁵⁾ ou Winnie Yip et William C. Hsiao⁽²⁶⁾, des années 1950 au début des années 1980, l'organisation du système de santé chinois a ainsi permis une amélioration très nette de la santé de la population. Les différents indicateurs (présentés en introduction) en attestent. Toutefois, le niveau de qualité offert était relativement faible avec des niveaux d'équipements médiocres.

Dès 1991, le gouvernement chinois a poussé à la mise en place de structures privées. Les services fournis par les établissements privés de santé sont, en moyenne, de meilleure qualité que ceux qui étaient jusqu'alors offerts par les établissements de santé publics. Avec les réformes économiques et la décollectivisation (au début des années 1980), les communes populaires qui finançaient les services publics ont été démantelées. Le financement du système médical communautaire s'est trouvé fortement réduit et il a parfois même disparu. Les établissements privés ont soit remplacé les établissements anciennement publics, soit concurrencé les établissements publics existants. Les établissements publics de niveau I se sont alors effondrés faute de financement laissant les zones rurales sans offre publique de soins. Ainsi, dans les zones rurales, la distance pour se rendre dans l'établissement de santé le plus proche s'est réduite mais la distance à un établissement public a crû, comme le montrent John S. Akin *et alii*⁽²⁷⁾. La population locale s'est finalement trouvée face à une offre de soins globalement privée et chère.

21. John S. Akin, William H. Dow, Peter M. Lance et Chung-Ping A. Loh, « Changes in Access to Health Care in China, 1989-1997 », *Health Policy and Planning*, vol. 20, n° 2, 2005, p. 80-89 ; Sarah L. Barber et Lan Yao, « Development and Status of Health Insurance Systems in China », *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 26, n° 4, 2011, p. 339-356 ; Meng Qingyue et Tang Shenglan, « Universal Health Care Coverage in China: Challenges and Opportunities », *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, vol. 77, 2013, p. 330-340 ; Hufeng Wang, « A Dilemma of Chinese Healthcare Reform: How to Re-define Government Roles? », *China Economic Review*, vol. 20, n° 4, p. 598-604 ; Hufeng Wang, Michael K. Gusmano et Qi Cao, « An Evaluation of the Policy on Community Health Organizations in China: Will the Priority of New Healthcare Reform in China be a Success? », *Health Policy*, vol. 99, n° 1, 2011, p. 37-43 ; Hong Liu, Song Gao et John A. Rizzo, « The Expansion of Public Health Insurance and the Demand for Private Health Insurance in Rural China », *China Economic Review*, vol. 22, n° 1, 2011, p. 28-41.
22. Xinqing Zhang et Margaret Sleeboom-Faulkner, « Tensions between Medical Professionals and Patients in Mainland China », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 20, n° 3, 2011, p. 458-465 ; Xu Xin et Lu Rongrong, « Baoli yu buxinren: zhuanxing Zhongguo de yiliao baoli yanjiu: 2000-2006 » (Violence and Mistrust: Research on Violence in Medical Treatment in Transforming China [2000-2006]), *Fazhi yu shehui fazhan* (Law and Social Development), n° 1, 2008, p. 82-101 ; Therese Hesketh, Dan Wu, Linan Mao et Nan Ma, « Violence against Doctors in China », *The British Medical Journal Clinical Research*, n° 345, 2012, p. 1-5.
23. Xingzhu Liu et Junle Wang, « An Introduction to China's Health Care System », *Journal of Public Health Policy*, vol. 12, n° 1, 1991, p. 104-116.
24. Ce système « *sanji zhi* » est souvent traduit par « système de soins à trois niveaux, district-canton-village » (en anglais : *county-township-village three-tier health care system*).
25. Therese Hesketh et Wei Xingzhu, « Health in China: From Mao to Market Reform », *The British Medical Journal*, n° 314, 1997, p. 1543-1545.
26. Winnie Yip et William C. Hsiao, « What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms? », *Health Systems & Reform*, vol. 1, n° 1, 2015, p. 52-61.
27. John S. Akin, William H. Dow, Peter M. Lance et Chung-Ping A. Loh, « Changes in Access to Health Care in China, 1989-1997 », *art. cit.*

Dans le même temps, les offreurs de soins publics de niveau II et III ont acquis une autonomie de gestion croissante, incluant la gestion de leurs profits. Ceci leur a permis de développer leurs équipements et d'acquérir des nouvelles technologies médicales. Ceci était le pendant à un rapide dés-engagement financier de l'État puis des provinces⁽²⁸⁾.

Sans subvention publique (ou très marginale), les établissements publics n'ont plus été soumis à des missions de service public. Par ailleurs, les établissements publics de santé se comportant alors comme des entreprises commerciales, la théorie économique enseigne que l'offreur maximise son profit⁽²⁹⁾. Les situations de quasi-monopole sur leur zone géographique localisée ont permis aux offreurs de soins publics d'imposer leur prix.

Le prix des soins (consultations, services de soins et médicaments) a flambé. Ce bouleversement de l'offre de soins a été concomitant à une augmentation des niveaux de revenus entraînant également des inégalités de revenus. Les différences de niveau de qualité proposé entre les villes et les campagnes se sont accentuées. Par ailleurs, l'obligation d'accès à des structures de niveau I afin d'avoir accès à des structures de santé de niveau II et niveau III n'avait plus de sens. *De facto*, la population rurale s'est trouvée avoir le choix de sa structure de soins pour sa consultation médicale.

La préférence de la population rurale s'est alors portée sur des établissements se trouvant en zone urbaine, notamment les établissements offrant les niveaux de qualité d'excellence. Ceci a également été rendu possible par une plus grande mobilité d'une partie de cette population. En effet, la part de la population rurale dans la population totale a diminué à un rythme rapide, une part croissante de la population rurale effectue des déplacements pendulaires et travaille loin de son domicile. Possiblement corrélé, l'état des routes s'est fortement amélioré. Les temps de transport, de ce fait, se sont réduits. La population hésite ainsi de moins en moins à parcourir de longues distances et à subir les heures voire les jours de files d'attente pour une consultation en soins externes.

Pour des raisons financières, l'impossibilité d'accès aux soins des populations les plus fragilisées puis d'une part de plus en plus grande des populations rurales s'est imposée comme un problème majeur⁽³⁰⁾. La mise en place d'un système d'assurance publique introduit en 2003 a apporté une bouffée d'air sans résoudre durablement le problème⁽³¹⁾. Par ailleurs, ce système d'assurance santé n'a que très peu imposé une trajectoire dans le système de santé. En effet, si le patient se rend dans un hôpital en dehors de sa localité, sa pénalité sera un moindre (ou un non) remboursement de ses soins par l'assurance publique de santé pour les zones rurales⁽³²⁾. Or, le taux de remboursement des soins en consultation externe reste faible. Ainsi, les patients ou leur familles hésitent peu à y renoncer. Un encombrement important de la demande dans les hôpitaux d'excellence situés en zone urbaine est donc très largement observé et se poursuit ces dernières années.

Nous voyons donc que depuis les années 1980, le système de soins dans les zones rurales est passé 1) d'un système décentralisé et structuré où le patient n'avait pas le choix de sa trajectoire de soins, où le standard de niveau de qualité était faible et où il n'existait pas ou peu d'inégalité d'accès aux soins, à 2) un système centralisé et déstructuré où le patient est libre de sa trajectoire de soins et où la demande se concentre dans les établissements hospitaliers d'excellence situés en zones urbaines, y créant une pénurie de l'offre, où un haut niveau de qualité des soins est exigé par la demande comme standard de soins, où il existe de fortes inégalités d'accès aux soins et où une part de la population rurale serait laissée en dehors du système de soins sans intervention de l'État *via* la mise en place d'une assurance publique de santé.

....et en zones urbaines

Dans les zones urbaines, entre 1949 et 1980, l'accès aux soins était largement organisé au niveau de l'entreprise⁽³³⁾. Chaque entreprise d'État gérait l'accès aux soins de ses employés et de leurs enfants ainsi que la mise en place d'une pension lors de la retraite. Il s'agissait d'entreprises de taille titanesque. Leur taille rendait possible la mutualisation des risques. Il s'agissait, comme en zones rurales, d'un système extrêmement décentralisé.

Au niveau des établissements de santé, le patient était pris en charge par l'établissement de santé de son entreprise. Puis, en fonction de l'état de gravité du patient, et des capacités de prise en charge dudit établissement, le patient était orienté vers un hôpital du district, un hôpital municipal, ou bien un hôpital de la province. Le niveau le plus élevé était l'hôpital central.

Avec les réformes économiques, les entreprises d'État ont muté pour devenir des entreprises privées ou semi-privées. Elles ont été fractionnées. Le démantèlement des grandes entreprises d'État des zones urbaines a entraîné le transfert de l'assurance médicale à des unités de plus petite taille. Le caractère mutualisé de protection sociale a alors été géré indépendamment par chaque entreprise. Il s'en est trouvé fragilisé : Les entreprises de taille alors plus réduite ont rapidement peiné à financer leur propre sécurité sociale. Deux principales raisons peuvent être données : tout d'abord, les unités étant plus petites, l'assurance reposait sur un nombre plus réduit d'individus ; ensuite, ces unités devaient être rentables désormais sans aucune intervention de l'État. Toutefois, une partie de leurs profits était utilisée pour la sécurité sociale de leurs salariés. Les faillites se sont multipliées et ont menacé l'ensemble du système. Face au risque d'effondrement économique, le gouvernement a dû réagir. Il a déchargé les entreprises du poids financier des couvertures sociales. Parallèlement, il a introduit une forme de sécurité sociale publique. Celle-ci était bien plus réduite que précédemment mais a eu l'avantage d'exister, contrairement à ce qui se produisait dans les zones rurales. Ainsi les habitants des zones urbaines ont assisté à une dégradation de leur système de protection sociale tout en en conservant globalement la structure.

Avec les réformes économiques et le démantèlement des entreprises d'État, un certain nombre d'hôpitaux appartenant à des ex-grosses entreprises ont été transformés en hôpitaux locaux et administrés par les bureaux de santé. Ils doivent leur existence aux réformes depuis les années 1980. Ils offrent un niveau de qualité souvent jugé insuffisant par la population, autant du point de vue du personnel médical où les médecins ont un niveau de formation inférieur à ce qui peut être offert dans les établissements de

28. Chinese Ministry of Health, *Research Report on China National Health Accounts*, Beijing, 2004 ; Winnie Yip et William C. Hsiao, « The Chinese Health System at a Crossroads », *Health Affairs*, vol. 27, n° 2, 2008, p. 460-468. Voir la partie sur le mode de financement des établissements pour plus de détails.

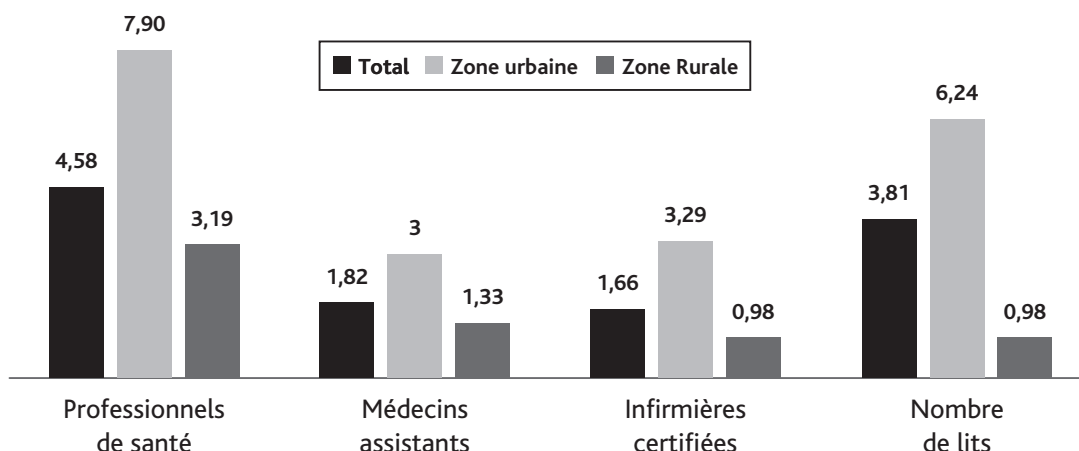
29. Maximisation du profit sous contrainte de profit nul.

30. Carine Milcent, « Healthcare-seeking Behaviour Changes in Rural China: The Situation of Farmers », working paper, PSE n° 201423, 2015 ; Gerald Bloom et Gu Xingyuan, « Health Sector Reform: Lessons from China », *Social Science and Medicine*, vol. 45, n° 3, 1997, p. 351-360 ; Therese Hesketh et Weixing Zhu, « Health in China: The Healthcare Market », *The British Medical Journal*, n° 314, 1997, p. 1616-1618 ; Jun Gao, Shenglan Tang, Rachel Tolhurst et Keqing Rao, « Changing Access to Health Services in Urban China: Implications for Equity », *Health Policy and Planning*, vol. 16, n° 3, 2001, p. 302-312.

31. Dans les zones rurales, l'assurance santé publique évoquée ici est nommé Nouveau système communautaire médical (Rural), sous l'acronyme NCMS en anglais.

32. Ici, nous nous plaçons après la mise en place du NCMS dans les campagnes.

33. Dans les zones urbaines avant 1979, une grande partie des établissements de santé étaient construits et gérés par les entreprises d'État, mais pas exclusivement. Il existait également des établissements de niveaux provincial et municipal (les hôpitaux du peuple en particulier mais pas seulement), mais aussi certains hôpitaux militaires. Il y avait cohabitation de deux systèmes.

Graphique 1 – Personnel médical et nombre de lits en Chine, 2011 (pour 1 000 habitants)

Source : Sarah L. Barber, Michael Borowitz, Henk Bekedam et Jin Ma, « The Hospital of the Future in China: China's Reform of Public Hospitals and Trends from Industrialized Countries », *Health Policy and Planning*, vol. 29, n° 3, 2014, p. 367-378. Source : *China Health Statistical Yearbook*, 2012.

niveau supérieur, qu'au niveau des équipements présents dans la structure de soins.

Un système d'accréditation des hôpitaux chinois a été initié en 1989 par le ministère de la Santé. Il s'agissait d'une première classification. Depuis les années 2000, une nouvelle nomenclature en trois niveaux (et trois sous-niveaux) ainsi qu'un niveau supplémentaire pour le niveau dit d'excellence des centres hospitaliers a été mise en place. Une distinction entre les établissements à but lucratif et non-lucratif ainsi que publics et non-publics a également été défini⁽³⁴⁾. Cette classification s'est accompagnée d'une politique portant sur les subventions gouvernementales et les niveaux de taxation accordés à ces établissements. Le premier niveau correspond aux infrastructures les plus frustes et le troisième niveau désigne les grandes infrastructures.

Parallèlement, une politique volontariste d'augmentation de l'offre de soins primaires a été mise en place. Les soins primaires correspondent en France aux consultations de ville dans des cabinets médicaux, encore appelés les soins ambulatoires, ou bien aux centres de santé en ville. Ces structures ne proposent pas d'admission hospitalière. Il s'agit pour le gouvernement chinois de développer les consultations en dehors de toute structure hospitalière. Un certain nombre de centres hospitaliers de niveau 1 ont également été transformés en centres de soins primaires.

En conclusion de cette première partie, aujourd'hui, le nombre d'hôpitaux est passé de 18 000 structures en 2003 à plus de 25 000. La majorité de ces établissements sont publics (environ les deux tiers). Le tissu hospitalier est complété par des centres de soins primaires de plus en plus nombreux. Ils incluent les centres de santé urbains, les centres de santé des cantons ruraux, les centres de consultations externes. Au total, les centres de soins représentent plus de 900 000 structures d'offre de soins⁽³⁵⁾.

Cette évolution cache de fortes inégalités géographiques. La vaste majorité des centres de soins sont des postes de santé, frustes en équipements et en qualité des soins (72,2 %). Pékin, municipalité de rang provincial, a cinq fois plus d'hôpitaux par habitant (429 pour 10 millions d'habitants) que la province du Guangxi (88 pour 10 millions d'habitants). De façon similaire, si le nombre de lits a fortement augmenté entre 1960 et aujourd'hui, il cache également de fortes disparités géographiques⁽³⁶⁾. Le graphique 1 présente les différences entre les zones urbaines et rurales en termes de personnel médical et de capacité d'accueil⁽³⁷⁾.

En zones urbaines, nous montrons également que le système centralisé et structuré a évolué vers un système où la demande se concentre vers les établissements d'excellence. Les séries de réformes dont celle majeure en 2009 ont poussé à l'émergence de l'offre de soins primaires. Toutefois, la demande apparaît comme encore très réticente à opter pour un tel parcours de soins.

En somme, il est possible de dire qu'en Chine, aujourd'hui, décrire l'offre de soins, c'est « parler de l'hôpital public ».

Yinao ou la violence à l'hôpital

Yi 医 (médical) nao 闹 (dispute/violence) : chaque année, plus de 10 000 médecins seraient attaqués. Le nombre de conflits était en 2010 de 17 243 cas, en augmentation de 70 % par rapport à 2004. D'après un rapport de 2012⁽³⁸⁾, le taux de conflit entre le personnel soignant et les familles augmenterait de 22,9 % par an. Une enquête sur 10 provinces montre que la moitié des médecins chinois auraient été verbalement agressés, un tiers physiquement menacés⁽³⁹⁾.

Nous avons vu comment le système de santé s'est déstructuré et a amené la demande à se centrer sur les établissements hospitaliers de premier rang. Comment expliquer que la centralisation et la déstructuration du système de santé chinois mènent à des inefficacités conduisant à une situation où

34. Conseil des affaires d'État, « Implementing Guideline for Classified Administration on Urban Medical Institutions », 2000 ; Conseil des affaires d'État, « State Council General Office Notice to Issue the Instructive Opinions on Urban Medical and Health System Reform », 2000.

35. Swedish Agency for Growth Policy Analysis, « China's Healthcare System: Overview and Quality Improvements », 2013, <http://docplayer.net/150831-China-s-healthcare-system-overview-and-quality-improvements.html> (consulté le 20 décembre 2016).

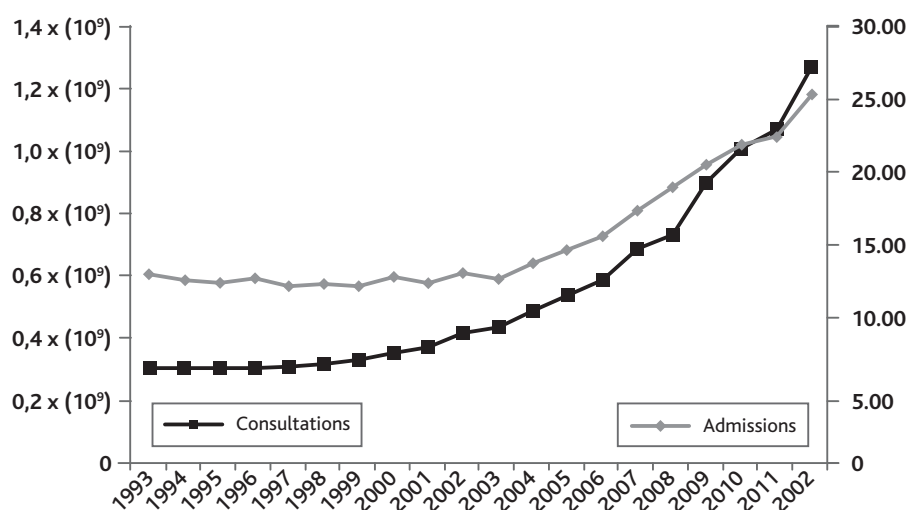
36. Source ministère de la Santé chinois, *China National Health Yearbook 2009*.

37. *China Health Statistics Yearbook*, 2012.

38. Wang Zhongming et Li Jianhua, « Yiliao jufen fasheng de yuanyin ji yingdui cuoshi » (La raison et les contre-mesures des litiges médicaux), *Zhongguo shequ yishi* (Le médecin des communautés de quartier de Chine), n° 12, 2012, p. 409-410, www.cnki.com.cn/Article/CJFDTotal-ZGSQ201212402.htm (consulté le 31 octobre 2016).

39. « Meinian yiwan yisheng bei ouda, cuiruo yihuan jinbuqi zhongya, baoli shang yisheng heshixu », (Chaque année des dizaines de milliers de médecins sont attaqués, la relation fragile médecin-patient ne peut supporter le lourd fardeau des attaques, quand la violence s'arrêtera-t-elle ?), *health.people.com*, 11 novembre 2011, <http://health.people.com.cn/GB/16209592.html> (consulté le 6 octobre 2014).

Graphique 2 – Évolution (1993 - 2012) des entrées en admission et des consultations à l'hôpital public (en milliards)



Source : Shan Wang, Lihua Liu, Lin Li et Jianchao Liu, « Comparison of Chinese Inpatients with Different Types of Medical Insurance Before and After the 2009 Healthcare Reform », *BMC Health Services Research*, vol. 14, 2014, p. 443. Source des chiffres : *China Health Statistical Yearbook*, 2012.

les actes de violence empirent et se multiplient ? Quelles sont les clés de cette montée de violence ? Nous identifions trois principaux points. Outre i) celui précédemment évoqué de l'engorgement des établissements publics et ses conséquences, qui sont liés à l'évolution du statut public des établissements de santé, il s'agit ii) des spécificités des hôpitaux publics chinois et des compensations financières des médecins et iii) du statut qui combine la position de fonctionnaire et de cadre du parti ⁽⁴⁰⁾ (*bianzhi* 编制) de ces derniers, avec ses implications.

Inefficacité de la répartition de la demande et ses conséquences

Si l'offre de soins primaires à travers le nombre de centres de santé communautaires (CHCs) a massivement augmenté en quelques années, les hôpitaux de niveau 3 offrant le niveau de qualité le plus élevé, continuent de voir croître le nombre de patients en consultation externe et plus encore en admission hospitalière. Entre 2007 et 2011, le nombre d'admissions a augmenté de 56 % et les consultations à l'hôpital de 33 %. Le graphique 2 présente l'évolution du nombre de patients entre 1993 et 2012 pour les consultations et les admissions hospitalières.

Toutefois, lorsque l'on interroge les médecins opérant dans des établissements de santé de niveau 3 d'excellence (nommés 3AAA), tout comme les patients dans ces centres de santé, les mêmes réponses reviennent :

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 souhaité. Par ailleurs, l'hôpital de niveau 3 offre un « tout en un » que n'offrent pas les centres CHCs ou les hôpitaux de niveau 1 où l'offre est fragmentée ⁽⁴¹⁾.

Ainsi, il est désormais possible de dire aujourd'hui que l'hôpital public inclut l'ensemble des consultations médicales et les admissions hospitalières.

Sur l'ensemble du territoire, les hôpitaux publics représentent 89 % du total des lits, 91,6 % du total des admissions et 91,7 % du total des consultations externes ⁽⁴²⁾. D'après une enquête, 20 % des patients traités en consultation à l'hôpital le sont pour des rhumes ou des gastroentérites ⁽⁴³⁾.

Cette situation a des conséquences dramatiques sur les dépenses de santé. Il est estimé que 30 % des admissions sont médicalement injustifiées. Le coût d'une admission est chiffré à 37 fois le coût d'une consultation. Par ailleurs, la durée de séjour hospitalier en Chine est deux fois plus longue que ce qui est observé en moyenne pour les pays de l'OCDE ⁽⁴⁴⁾. Bien qu'il s'agisse d'une moyenne, ces chiffres sont inquiétants pour le poids qu'ils représentent sur les dépenses de santé. Certes, ces chiffres d'augmentation de la demande peuvent s'expliquer par l'urbanisation de la population mais pas uniquement.

Comme précédemment expliqué, dans les zones rurales, une partie de la demande de soins se dirige vers ces structures hospitalières d'excellence pour les consultations comme les soins hospitaliers.

Recréer un parcours de soins aurait pu être l'un des avantages de la mise en place de l'assurance publique de santé dans les zones rurales, apparue dès 2003. La mise en place de ce système d'assurance publique a été conditionnée aux lieux de prise en charge des soins.

En zones rurales comme en zones urbaines, la mise en place des différentes assurances publiques de santé a permis de diminuer le reste à charge du patient (somme payée par le patient et non remboursée par une assurance santé). Son pourcentage dans les dépenses totales de santé a diminué entre les années 1990 et aujourd'hui. D'après un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ⁽⁴⁵⁾, en 1995, il était de 46,4 %, atteignait 59 % en 2000 et est aujourd'hui de 34,9 % (graphique 3). Toutefois, d'une part ce taux cache de fortes disparités géographiques, notamment urbaines/rurales. D'autre part, dans le même temps, les

40. Au sens strict, le terme « fonctionnaire » est la traduction de *gongwuyuan* mais il s'agit de bien davantage ici.

41. Interview à Pékin, novembre 2015 (traduit du chinois).

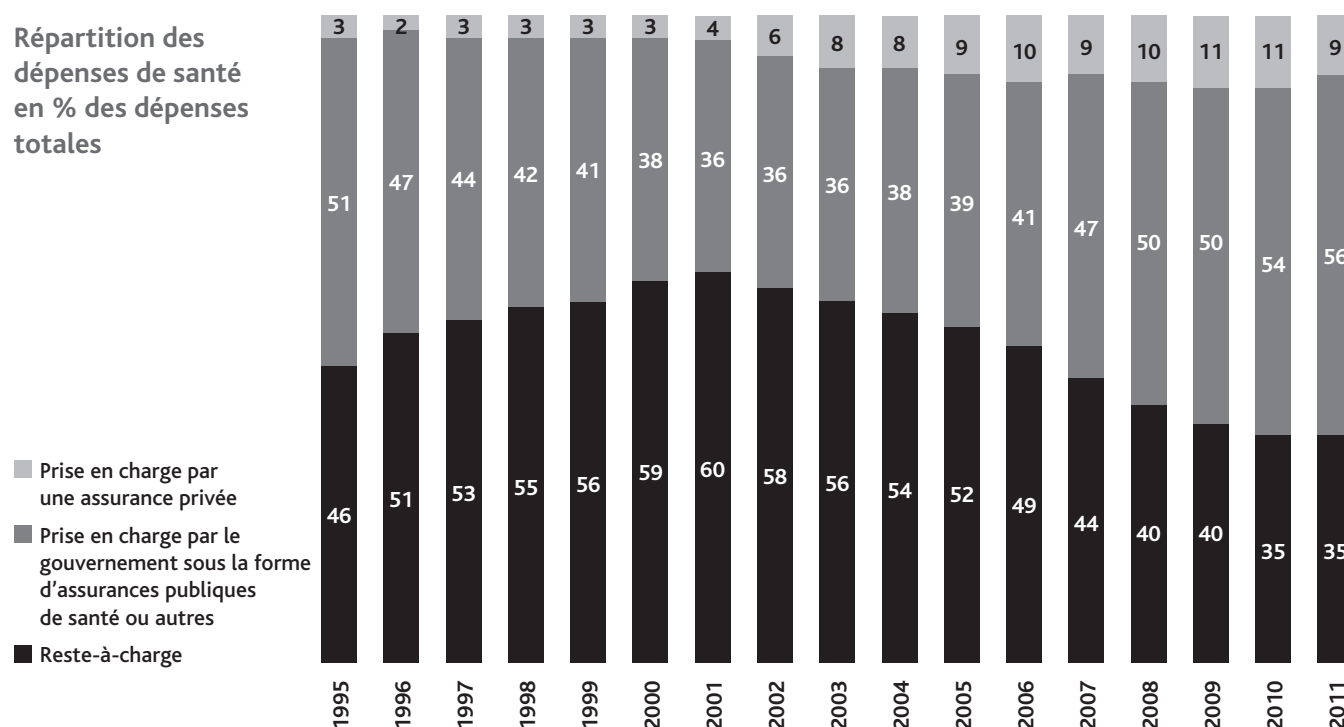
42. Sarah L. Barber, Michael Borowitz, Henk Bekedam et Jin Ma, « The Hospital of the Future in China: China's Reform of Public Hospitals and Trends from Industrialized Countries », *Health Policy and Planning*, vol. 29, n° 3, 2014, p. 367-378. Données issues de *China Health Statistical Yearbook*, 2012.

43. Lim Meng Kim, Yang Hui, Zhang Tuohong, Zhou Zijun, Feng Wen, Chen Yude, « The Role and Scope of Private Medical Practice in China », Rapport final à l'Organisation mondiale de la santé et au Programme des Nations unies pour le développement, PNUD, OMS et ministère de la Santé de Chine, 2002.

44. Banque mondiale et Centre de recherche pour le développement du Conseil d'État de la RPC, « Urban China: Toward Efficient, Inclusive, and Sustainable Urbanization », Banque mondiale, 2011, <http://www.worldbank.org/en/country/china/publication/urban-china-toward-efficient-inclusive-sustainable-urbanization>, données du ministère de la Santé.

45. Shyama Kuruvilla, Julian Schweitzer, David Bishai, Sadia Chowdhury, Daniele Caramani, Laura Frost, Rafael Cortez, Bernadette Daelmans, Andres de Francisco, Taghreed Adam, Robert Cohen, Y Natalia Alfonso, Jennifer Franz-Vasdek, Seemeen Saadat, Beth Anne Pratt, Beatrice Eugster, Sarah Bandali, Pritha Venkatachalam, Rachael Hinton, John Murray, Sharon Arscott-Mills, Henrik Axelson, Blerita Maliqi, Intissar Sarker, Rama Lakshminarayanan, Troy Jacobs, Susan Jacks, Elizabeth Mason, Abdul Ghaffar, Nicholas Mays, Carole Presern, Flavia Bustreo, « Success Factors for Women's and Children's Health Study Groups », *Bulletin of World Health Organisation*, vol. 92, n° 7, 2014, p. 533-544, www.who.int/pmnch/successfactors/en (consulté le 31 octobre 2016). Les données sources proviennent de *China Health Statistics Yearbook*.

Graphique 3 – Dépenses de santé en Chine, 1995 - 2011



Source: Base de données de l'Organisation mondiale de la Santé, <http://apps.who.int/nha/database> (consulté le 31 octobre 2016).
Les données d'origine proviennent de *China Health Statistics Yearbook*, 2012.

dépenses en pourcentage du PIB (de 4,55 % en 2006 à 5,15 % en 2011)⁽⁴⁶⁾ comme les dépenses de santé par tête ont fortement augmenté. Ces dépenses étaient de 178 RMB en 1995 puis 362 RMB en 2000 pour atteindre aujourd'hui 1801 RMB. Le résultat est que malgré une très sensible amélioration de la couverture d'assurance, les restes à charge ont très fortement crû.

Ainsi, le panier de soins couverts et le niveau de couverture étaient et restent très limités⁽⁴⁷⁾. Ces dispositifs n'ont pas été suffisants pour enrayer les bouleversements spatiaux de la patientèle. La demande a opté pour la recherche de la qualité des soins aux dépens de son accessibilité financière et son accessibilité géographique. Les dispensaires, les centres de santé primaires et les hôpitaux de niveau 1 ont été délaissés au profit des hôpitaux de niveau 2 et surtout de niveau 3. Une autre conséquence de la concentration de la demande est donc un encombrement important dans les hôpitaux de niveau 3, entraînant des temps d'attente incroyablement longs et des temps de consultation très courts. La situation devient d'autant plus aigüe que l'établissement est à même de proposer des équipements performants et d'offrir des soins de qualité. Dans le même temps, les centres de santé primaires ainsi que les établissements hospitaliers de niveau 1 et partiellement de niveau 2 se caractérisent par une sous-utilisation de l'offre de soins dans son ensemble, et notamment des équipements. Le taux d'utilisation des lits est de plus de 100 % dans les établissements hospitaliers d'excellence alors qu'il est de 80 % dans les structures de niveau 2 et de 55 % dans les structures de niveau 1⁽⁴⁸⁾.

Tout ceci a lieu dans un contexte de fragilité financière d'une grande partie de la population. Dans ce contexte de très forte augmentation des dépenses, où l'accès aux soins pose des problèmes financiers, cela entraîne un certain nombre de frictions entre le personnel soignant des établissements d'excellence et les patients.

Les files d'attente et leur gestion comme facteur d'augmentation des frictions entre personnel soignant et patients

Sur le site web d'un des plus grands hôpitaux de Pékin, l'Hôpital de Pékin (*Beijing Yiyuan* 北京医院), il est indiqué 4 500 consultations médicales par jour. Suivant les sources, le nombre de consultations par jour et par médecin varie entre 60 et 80 consultations. Quand l'hôpital est fortement renommé ce chiffre atteint 100 patients par jour et par médecin et jusqu'à 200 patients les jours de pic⁽⁴⁹⁾. L'Hôpital Anzhen (*Anzhen yiyuan* 安贞医院) a reçu en consultation plus de 2,41 millions de patients en 2014. Il est l'un des 10 hôpitaux les plus importants de la localité en nombre de consultations. À l'Hôpital des Enfants de Pékin (*Beijing Ertong Yiyuan* 北京儿童医院), le nombre de consultations externes a atteint 3,37 millions en 2014. D'après un médecin d'un hôpital de Shanghai⁽⁵⁰⁾ : « C'est devenu commun de voir plus de 1 000 patients et membres de la famille attendre depuis le petit matin ».

Dans les hôpitaux que j'ai visités, les médecins évoquent régulièrement des temps de consultation de 2 minutes par patient. D'après une étude réalisée dans la province du Shaanxi, le médecin passerait moins d'une minute et demie à parler avec le patient. Le résultat est un comportement parfois hystérique de la part des familles de patients.

46. *China Health Statistical Yearbook*, 2012.

47. Carine Milcent et Binzhen Wu « How Do You Feel? The Effect of the New Cooperative Medical Scheme in China », *The Journal of Development Studies*, vol. 51, n° 12, 2015, p. 1585-1602.

48. Claudia Süßmuth-Dyckerhoff et Jin Wang, « China's Health Care Reforms », *Health International*, n° 10, 2010.

49. Interview à Pékin et Shanghai de médecins d'hôpitaux de niveau 3, février 2015, novembre 2015 et décembre 2015.

50. Xinhua, « No More Long Queues in China's Smart Hospitals », *China Daily*, août 2015, www.chinadaily.com.cn/china/2015-08/05/content_21511189.htm (consulté le 14 septembre 2016).

La visite d'hôpitaux chinois permet un éclairage sur la gestion des patients en consultation externe. L'hôpital se divise en deux secteurs. Le secteur dédié aux consultations externes correspond à un énorme hall d'entrée. En son centre se trouve un accueil tenu par des infirmières. Leur rôle est d'orienter le patient vers le spécialiste qui convient. Toutefois, le nombre d'infirmières ne permet pas la gestion de l'ensemble de la demande de renseignements. Au cours d'une conversation en groupe d'un grand hôpital de Pékin, un médecin explique :

Toutefois, le nombre de patients ne permet pas de gérer ce flux continu de personnes. Ainsi, c'est le patient lui-même qui doit être à même de choisir la spécialité pour laquelle il est venu consulter. Le patient doit prendre un ticket numéroté. Il est alors enregistré comme demandant une consultation externe. Il passe tout d'abord par le guichet du prépaiement pour valider sa mise sur liste d'attente en tant que patient en consultation externe. Ce système génère un grand nombre de frustrations⁽⁵¹⁾.

Il apparaît des frustrations dont deux types sont plus prégnants. D'une part, le manque de généralistes ne permet pas au patient de savoir quel spécialiste aller consulter avec certitude. Son temps d'attente pour obtenir un ticket puis consulter un spécialiste est alourdi par l'incertitude d'avoir opté pour le bon spécialiste.

D'autre part, une conséquence supplémentaire de la concentration de la demande est l'apparition d'un marché noir des tickets de file d'attente. Même si la prise de ticket de file d'attente n'est pas gratuite, la somme est trop dérisoire pour désinciter à un trafic de tickets, particulièrement pour les établissements de niveau 3. À titre d'exemple, dans l'un des hôpitaux les mieux équipés de Pékin, l'Hôpital populaire de l'Université de Pékin (*Beijing daxue renmin yiyuan* 北京大学人民医院), il est de 5 RMB et le nombre de tickets distribués par jour est limité. Sur le marché noir, son prix atteint rapidement 200 RMB et peut aller bien au-delà. Cela vient encore alourdir le prix de la consultation. Entre les files d'attente de plusieurs jours, les temps de consultations très courts et le marché noir des tickets, on peut facilement comprendre le sentiment de frustration, voire de colère des patients pouvant les mener à des gestes de violence. À cela s'ajoute la pratique des « enveloppes rouges », des pots de vin versés aux personnels hospitaliers, dont les médecins, comme autres moyens pour couper les files d'attente mais également s'assurer d'une meilleure prise en charge du patient lors d'une hospitalisation.⁽⁵²⁾

Le mode de financement des établissements et du personnel soignant comme facteur explicatif de la montée de la violence

De façon générale, au début des années 1980, l'État central finançait 60 % des dépenses des établissements hospitaliers. En 2003, ce financement s'était réduit à, en moyenne, 7 %. Durant la période 1979-1991, le gouvernement a introduit un système de co-paiement dans les établissements de santé. Le but était d'offrir plus de flexibilité en termes de profits et ainsi d'inciter les établissements à augmenter le niveau de qualité des soins offerts et à accroître le niveau de professionnalisation du corps médical⁽⁵³⁾. Pour faire face à la baisse du niveau de financement, les établissements de santé ont utilisé les médicaments et les procédures de diagnostic comme principales sources de financement. En 1992, le ministère de la Santé a officiellement accordé une plus grande autonomie aux hôpitaux publics. Il leur a été permis de facturer leurs services et de

vendre à profit. Ils sont responsables de leurs pertes et de leurs dettes mais en compensation, ils conservent le potentiel surplus généré par leur activité. Ils autofinancent une large partie de leurs investissements en équipements et infrastructures. Ils peuvent également s'associer à des structures privées en créant des *joint-ventures* ainsi qu'investir dans un département de santé privé à but lucratif au sein de la structure hospitalière publique.

L'hôpital public en Chine a ceci de particulier qu'il agit désormais comme une entreprise en maximisant son profit par ses choix d'investissements et de fixation des prix tout en ayant le mode de gouvernance traditionnel d'une institution publique. Par exemple, les fonds versés par l'État central ou les autorités locales sont exclusivement alloués aux hôpitaux publics⁽⁵⁴⁾. En outre, la gestion du personnel dépend des autorités centrales du secteur public, notamment le MoRHSS, autant pour la structure des effectifs que pour les promotions. Le lien entre pouvoir central et structures hospitalières est toujours présent malgré l'autonomie des hôpitaux. Les hôpitaux restent largement en monopole sur leur zone géographique, ce qui entraîne une absence de mise en concurrence et donc de régulation du prix par le marché. Dans un contexte de fixation des prix des soins par la structure hospitalière sans régulation (par la tutelle ou le marché), cet état de fait peut alors poser problème. En conclusion, l'hôpital public est ainsi incité à augmenter son revenu en offrant des soins de plus en plus coûteux et de plus en plus rentables pour lui sans aucun mécanisme de régulation (ni par le marché, ni par l'État ou les provinces)⁽⁵⁵⁾.

Par ailleurs, à cause du mode de fonctionnement de l'hôpital public précédemment décrit, des compléments de revenus, aux règles opaques, sont également distribués aux médecins et personnels hospitaliers. Ces compléments de revenus dépendent de l'activité à but lucratif de l'établissement public. Il est alors aisé de comprendre que les médecins soient incités à agir de façon à augmenter les activités à but lucratif : multiplier le nombre de visites, sur-prescrire, sur-diagnostiquer. La « fonction objectif » du personnel soignant et du médecin inclut alors un objectif de maximisation du profit. Dans cette configuration, les deux parties sont gagnantes : autant la partie managériale de l'hôpital que le personnel médical. Une course au profit prend la place d'une activité dont la rémunération était jusqu'alors déconnectée de toute influence sur le profit engendré. Aujourd'hui, la vente de médicaments représente plus de 40 % du chiffre d'affaires des établissements publics de santé. Les victimes sont les patients, pour qui le coût des soins augmente de façon drastique avec une surconsommation des soins, créant un climat de plus en plus tendu entre le personnel soignant incluant les médecins, et les patients.

Pourquoi est-il difficile de décentraliser l'offre de qualité menant à ces frictions ?

La Chine compte environ 2,79 millions de médecins (accrédités). 90 % d'entre eux ont une formation en médecine occidentale plutôt qu'exclusi-

51. Interview à Pékin, novembre 2015 (traduit du chinois).

52. Cheris Shun Ching Chan, « A Market of Distrust: Unofficial Payments for Hospital Care in China », The 12th Conference of the European Sociological Association (ESA 2015), Prague, République tchèque, 25-28 août 2015.

53. Juan Du, « Economic Reforms and Health Insurance in China », *Social Science and Medicine*, vol. 69, n° 3, 2009, p. 387-395.

54. Des contre-exemples peuvent être trouvés à la marge.

55. L'objectif des réformes de 2009 est d'agir sur les établissements hospitaliers afin de modifier cette situation. Les effets restent mineurs.

vement en médecine traditionnelle. La formation des médecins en Chine est assez complexe et diverse en fonction des zones géographiques. En 2013, dans les centres hospitaliers seulement 28,5 % de l'offre de soins étaient composée d'un personnel avec au moins un niveau licence⁽⁵⁶⁾. Dans les zones rurales, 70 % du personnel médical et soignant n'ont pas de qualification au-delà du niveau secondaire⁽⁵⁷⁾. Théoriquement, un médecin dit « médecin rural » ne pourra pas pratiquer en zone urbaine car son niveau de formation ne le lui permet pas. Toutefois, la séniorité peut entrer en considération.

Si les médecins des hôpitaux de niveau 2 sont de plus en plus diplômés du supérieur, beaucoup sont encore issus d'une formation correspondant à une spécialisation durant le lycée. *A contrario*, les médecins des établissements de santé de niveau 3 sont diplômés d'université et bénéficient de plus en plus fréquemment d'une formation continue. Cette situation est en constante évolution.

Après l'obtention du diplôme, les jeunes médecins deviennent salariés de la structure dans laquelle ils trouvent un poste. L'obtention d'un poste dans une structure publique de niveau 3 est associée au statut de fonctionnaire d'État (*bianzhi*). Ce statut qui ne s'applique pas uniquement aux médecins mais également à une large partie du personnel soignant, garantit l'emploi à vie, ainsi que des avantages en termes de prise en charge médicale ou de retraite. Cela signifie en outre une double carrière : d'une part, le médecin évolue au sein de la structure hospitalière, d'autre part, il évolue également au sein du Parti communiste, ces deux carrières se nourrissant l'une de l'autre.

Par ailleurs, comme condition du statut de *bianzhi*, le personnel médical et soignant travaillant aujourd'hui dans un hôpital n'a pas la possibilité de travailler en parallèle dans une autre structure, que ce soit dans la même localité ou ailleurs. Le numéro d'enregistrement professionnel est rattaché à une structure médicale. Pour un médecin ayant un statut de fonctionnaire, décider de travailler dans une structure privée signifie donc la perte de ce statut et l'impossibilité de le retrouver.

Ainsi, le recrutement de médecins ayant un niveau de formation et de qualification de pointe est extrêmement difficile pour une structure privée. Le statut des médecins, les avantages que leur confère ce statut, ainsi que les compléments de salaires sous diverses formes limitent fortement les incitations à aller travailler dans une structure privée. Sur une zone géographique donnée, cela limite donc très fortement la possibilité de concurrence : seul le secteur public reste attractif par son niveau de qualité du personnel soignant. Parmi les différentes expérimentations entourant la réforme des hôpitaux, il y a également la possibilité pour les praticiens d'exercer dans une autre structure que leur structure d'enregistrement professionnelle. D'après des chercheurs de la CASS et de l'Université de Fudan⁽⁵⁸⁾, si la réforme offre théoriquement cette possibilité, dans les faits, les responsables d'hôpitaux et des administrations locales découragent les médecins de recourir à ce type de pratique. Parmi les instruments désincitatifs mis en œuvre, les médecins rapportent une réduction de leur bonus et autres compléments de salaire, ainsi que des effets sur leur avancement de carrière⁽⁵⁹⁾.

Au-delà de ces aspects financiers et de statut, il existe des effets d'entraînement. L'absence d'engouement des médecins réputés pour travailler dans les structures privées amène ces structures à embaucher des médecins de second rang, créant de ce fait un rejet de ce type d'établissements, autant par les jeunes médecins prometteurs que par la patientèle. Deux médecins d'hôpitaux publics de rang 1 de Pékin, An Hua et Li Peng, confiaient qu'ils ne seraient pas opposés à aller travailler dans une structure privée⁽⁶⁰⁾. Leur

nombre d'heures de travail, le nombre de patients et le climat délétère entre les patients et le corps médical leur pesaient. Toutefois, ils ne connaissaient aucune structure privée capable de leur offrir un service de taille suffisante et un environnement de travail suffisamment stimulant.

Ainsi, seuls les établissements hospitaliers d'excellence ont des médecins ayant un haut niveau de formation, quoi qu'il existe une certaine variance. Pour une patientèle imparfaitement informée sur le personnel médical de chaque structure de soins, se diriger vers un établissement d'excellence est l'assurance d'une médecine réalisée par une « équipe médicale performante ».

Des think-tanks universitaires font valoir l'idée que remettre en cause le statut de *bianzhi* permettrait de réintroduire de la motivation parmi le personnel soignant. Le directeur adjoint de l'Institut d'économie et directeur de recherche en politique publique de la CASS, Zhu Hengpeng, explique que selon lui, ce statut nuit à l'efficacité des établissements de santé et qu'il faudrait soit une modification du statut de *bianzhi*, soit en limiter l'application⁽⁶¹⁾.

Pour conclure sur cette partie, les patients, comme expliqué précédemment, se concentrent quasiment exclusivement dans les hôpitaux de grande taille (niveau 3 voire 3AAA), correspondant également à des hôpitaux de niveau d'équipements supérieur. Les médecins de ces structures *i)* subissent l'afflux de patients qui préfèrent venir dans ces structures et *ii)* prennent en charge leur patientèle en maximisant le coût de la consultation. Tout ceci dans un contexte d'information imparfaite où le patient ne peut juger de la pertinence des soins et de la prescription.

L'apport du numérique et « l'offre de soins virtuelle »

L'inefficace répartition géographique de l'offre d'un côté, avec la présence de déserts médicaux sur le territoire chinois, et l'inefficace répartition géographique de la demande de l'autre, menant à l'hypertrophie hospitalière des structures de niveau 3 faute d'organisation de la médecine primaire (ambulatoire) ou de sa mauvaise utilisation par la demande, mènent à voir le numérique comme une solution potentielle, permettant la rencontre de l'offre et de la demande en s'abstrayant des frontières terrestres. Nous verrons dans cette partie quelles sont les solutions novatrices apportées.

Le système de santé chinois est actuellement dans une situation où la communication orale, le dialogue entre l'offre de soins et la demande de soins, est absente. La défiance a remplacé la relation qui existait avant les années 1980 entre patients et médecins, relation présente même dans le cas de médecins qui n'avaient qu'une formation superficielle. La variable « temps » comptait peu. Aujourd'hui, le temps à consacrer aux patients par les médecins éduqués sur un modèle « occidental⁽⁶²⁾ » (cinq ans ou plus

56. « China Releases 2013 Health and Family Planning Statistics », *China Daily*, 25 juin 2014, http://en.hfpc.gov.cn/2014-06/25/content_19004549.htm (consulté le 19 janvier 2016). La même année, le nombre de médecins enregistrés atteignait 2,06 pour 1 000 habitants, le nombre d'infirmeries enregistrées 2,05 pour 1 000 habitants et le nombre de lits 4,55 pour 1 000 habitants.

57. *Chuji zhongxue* en chinois. Karen Eggleston, Li Ling, Meng Qingyue, Magnus Lindelow et Adam Wagstaff, « Health Service Delivery in China: A Literature Review », *Health Economics*, vol. 17, n° 2, 2008, p. 149-165.

58. Entretiens à Pékin et Shanghai, octobre et novembre 2015 (traduits du chinois et de l'anglais).

59. Entretiens à Pékin et Shanghai, novembre 2015 (traduits du chinois).

60. Entretien à Pékin, juin 2015 (traduit du chinois). Les noms des médecins ont été modifiés.

61. Interview à Pékin, novembre 2015 (traduit du chinois).

62. Ici, il ne s'agit pas d'opposer la médecine chinoise et la médecine occidentale. Le point porte sur la durée de la formation médicale et le processus éducatif menant au titre de docteur en médecine.

d'études après le baccalauréat) est trop court car ces médecins se concentrent dans les établissements hospitaliers de niveau 3 où le temps de consultation est désormais de moins de deux minutes. Parallèlement, des médecins moins formés mais dont la qualification est suffisante pour répondre à une grande part de la demande de soins primaires, ne rencontrent pas cette demande. S'y ajoutent des restes à charge croissants pour le patient⁽⁶³⁾ tandis que du côté du médecin, des compensations financières corrélatées aux montants des dépenses médicales lui sont versées. Tout ceci conduit à des relations conflictuelles entre le personnel hospitalier et le patient ou ses proches amenant parfois à des actes d'une extrême violence. Nous verrons ici que l'utilisation d'Internet fournit un début de réponse à certaines des inefficacités du système de soins chinois, avec par exemple une plus grande communication grâce au téléconseil ou à la télécommunication, l'accès à des médecins qualifiés même dans des zones de désert médical grâce à la télémédecine. Par ailleurs, le mode de financement des établissements et des médecins est un des éléments au cœur de la relation conflictuelle actuelle. Une voie de changement est la mise en place de modèles alternatifs de paiement permettant de limiter les incitations de surprescription et de sur-diagnostic. Le mode de financement qui semble le mieux répondre à ces objectifs est un mode de financement d'abord apparu aux États-Unis, basé sur des groupes homogènes de malades. Le nom générique est *Diagnostic Related Groups* (DRG). Il nécessite des informations importantes et de bonne qualité sur le séjour du patient incluant sa pathologie et ses diagnostics, les procédures, les actes réalisés durant le séjour et la durée du séjour. La création de base de données est essentielle à sa mise en place.

Internet comme outil entre professionnels permettant de diffuser une offre de soins au standard d'« hôpitaux d'excellence »

Comme nous l'avons vu, le standard d'exigence du niveau de qualité des soins a notablement évolué entre les réformes économiques des années 1980 et aujourd'hui. Les patients ou les proches sont disposés à parcourir des kilomètres pour consulter dans un établissement hospitalier correspondant à leur standard, créant alors des situations d'engorgement. Une solution apportée par le numérique est d'une part, une plus grande communication virtuelle entre professionnels permettant la diffusion du savoir médical ; d'autre part, l'utilisation du virtuel pour des collaborations cliniques (comme la télémédecine décrite ci-dessous).

Tout d'abord, il existe le *Clinical Decision Support Systems* qui est un outil d'aide aux possibles erreurs médicales pour les praticiens. Il fournit des alertes en fonction des effets secondaires, allergies et autres effets indésirables. Introduit dans les années 1990, il n'est plus utilisé que de façon très marginale. Les *smartphones* et leur rapide diffusion ont permis une plus grande flexibilité dans l'accès à ces outils d'aide. Il existe désormais des applications ou des plateformes mettant en ligne des articles de recherche à destination des professionnels comme la plateforme initiée par Ding Xiang Yuan en 2000. Aujourd'hui plus de 880 000 médecins la consultent. Les médecins modifient également leur comportement de prescription à partir des informations fournies sur Internet.

Une aide plus active entre professionnels est également possible grâce à la télémédecine. Le concept de télémédecine a été introduit en 1999 par une circulaire du ministère de la Santé (MoH) qui encourageait son utilisation entre deux instituts de santé. En 2013, d'après les statistiques publiées

par le *National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China* (NHFPC), plus de 2 057 institutions médicales utilisent ce type de méthode. Le 29 août 2014, le NHFPC publia les directives portant sur les services de télémédecine en Chine. Ces documents ont rapidement été rendus publics⁽⁶⁴⁾. Ces avis promeuvent l'utilisation plus intensive de la télémédecine par les institutions médicales. Ils reflètent l'effort du gouvernement chinois pour généraliser l'utilisation de la télémédecine à travers le pays. La télémédecine est vue comme un instrument permettant de résoudre, au moins partiellement, les disparités géographiques. Aux difficultés de l'accès aux soins liés à des aspects de géographie physique sont ainsi proposées des solutions numériques.

Internet pour faire disparaître le marché noir des tickets de file d'attente

Internet ainsi que les applications pour téléphone mobile peuvent également être des instruments pour réguler la demande et l'aiguiller afin de diminuer les phénomènes d'engorgement dans les hôpitaux de niveau 3. À Pékin, la Commission municipale pour la Santé et le Planning familial a confirmé en décembre 2015 que l'ensemble des hôpitaux de premier niveau imposerait d'ici la fin de l'année 2017 à leur patientèle l'obligation de prise de rendez-vous en ligne et la possibilité d'un service de paiement en ligne afin de leur éviter les files d'attente. Ce type de paiement a d'ailleurs déjà été introduit dans certains hôpitaux pékinois. Par exemple, un des grands hôpitaux de Pékin, l'Hôpital des enfants de Pékin (*Beijing ertong yiyuan* 北京儿童医院) offre à ses patients la possibilité de prendre des rendez-vous en ligne ainsi que de payer en ligne depuis juin 2015, grâce à une application mobile. Certains hôpitaux étendent même déjà leurs services virtuels à l'envoi de résultats de tests.

Nous avons vu que l'un des effets de la concentration de la demande vers des établissements de niveau 3 est le temps d'attente au sein de ces établissements. Internet apparaît ici comme une première solution à l'attente physique. Cela ne permet pas de résoudre les temps d'attente pour la consultation médicale ou l'admission hospitalière. Ainsi, Internet apparaît ici comme en association à d'autres solutions.

Internet comme nouveau marché d'offre de soins

Comme précédemment expliqué, une part importante des patients a une grande défiance dans les soins fournis par des médecins ne travaillant pas dans des structures hospitalières d'excellence. Or, la pratique de la médecine d'un praticien est rattachée à une structure hospitalière. Il y a une notion d'appartenance. Le résultat est qu'il n'y a pas de mobilité des médecins « formés et qualifiés ». Toutefois, il existe une zone grise, la consultance. D'après un chercheur en droit de la CASS⁽⁶⁵⁾, ce statut de « consultant » tombe dans une zone grise juridique permettant aux médecins d'exercer en-dehors de leur structure hospitalière. Ainsi, un médecin d'une structure hospitalière peut consulter virtuellement sur la toile sans pour autant remettre en cause le principe d'un « unique lieu » de pratique médicale. Sa

63. Il s'agit ici du reste à charge mesuré en sommes dues et non mesuré en pourcentage de la somme totale des dépenses de santé.

64. Les avis du NHFPC et une traduction en anglais peuvent être trouvés sur le site suivant : <https://www.healthcarelawtoday.com/wp-content/uploads/sites/15/2014/09/China-Telemedicine-Opinions-Aug-29-2014.pdf> (consulté le 31 octobre 2016).

65. Entretiens à Pékin, octobre et novembre 2015 (traduits de l'anglais).

consultation sur Internet peut être juridiquement vue comme une acte de consultance.

Pour les patients, les applications les plus fréquentées sont celles proposant des consultations en ligne. C'est un moyen d'éviter les longues files d'attente dans un hôpital ou/et d'avoir un premier avis ou second avis auprès d'un spécialiste exerçant dans un hôpital de haut niveau de qualité. Ainsi, il existe des plateformes Internet en ligne où le médecin peut consulter à partir des informations fournies par le patient. À titre d'exemple, citons Chunyuyisheng qui regroupe plus de 15 millions d'utilisateurs et 10 000 médecins certifiés. Du côté de l'offre, le développement de la santé numérique ouvre de nouvelles possibilités d'activité pour les médecins, sans avoir à se déplacer vers une autre structure. Grâce à un statut de consultant, elle permet aux praticiens de ne pas subir les conséquences d'une activité supplémentaire.

L'avantage d'Internet est donc de donner accès à des médecins offrant le standard de qualité souhaité, à un tarif de consultance parfois inférieur à ce qu'il aurait été à l'hôpital (où des « enveloppes rouges » et l'achat de ticket de file d'attente auraient encore augmenté le prix facial de la visite médicale). Ainsi, le marché *via* le numérique semble dominer les autres formes de mise en place de marché des soins impulsées par l'État central, telles que la création de centres de santé primaires pour les consultations. Toutefois, la prescription et la délivrance de médicaments sont un frein à cette pratique. Il est actuellement discuté de créer une association entre des consultations virtuelles et des centres de santé primaires qui donnerait accès à la délivrance des médicaments. Il apparaît ici que d'une part Internet permet de résoudre le problème de la non-mobilité des médecins des structures hospitalières de niveau 3. D'autre part, Internet crée un marché concurrentiel par rapport à ces établissements qui jusqu'alors étaient en situation de monopole sur leur zone géographique.

Des plateformes mobiles de communication directe entre le patient et le médecin existent également. Lors de nos séjours à Pékin, nous avons pu tester l'utilisation de Wechat ou de l'email comme moyen de communication entre le patient et le médecin dans plusieurs hôpitaux de Pékin. L'avantage est qu'il est possible sans déplacement, de poser des questions à son praticien ou de demander des compléments d'information suite à une consultation médicale. Toutefois, il s'agit de services non régulés qui posent la question de la responsabilité du médecin exerçant par ce biais. La question de la confidentialité des données se pose également.

Le numérique comme aide à un nouveau mode de financement des établissements hospitaliers

Nous avons vu le poids que joue actuellement le mode de financement des établissements de santé dans les relations conflictuelles entre les offreurs de soins et les patients. Il s'agit ici de montrer comment Internet intervient dans la mise en place d'un nouveau mode de paiement partiellement déconnecté des prescriptions et des diagnostics réalisés sur le patient.

Au niveau international, il existe un consensus⁽⁶⁶⁾ sur l'avantage d'une tarification hospitalière basée sur l'activité des établissements car ce type de tarification permet d'éviter les sur-prescriptions. La Chine n'échappe pas à la volonté de mise en place de ce mode de tarification⁽⁶⁷⁾. Toutefois, cette tarification nécessite une base d'information complexe, contenant des données très complètes et uniformisées. Les séjours sont classés par un code en fonction des actes pratiqués et diagnostics relevés durant le séjour. À chaque code est associé un forfait.

Les réformes ont également pour objectif d'améliorer les capacités en technologies de l'information du système de santé, lesquelles sont aujourd'hui assez peu développées. En 2012, le ministère de la Santé a investi 9,5 millions de dollars⁽⁶⁸⁾ pour le développement de l'enregistrement des données médicales et l'amélioration du système d'information des hôpitaux chinois. L'objectif est la création de données standardisées, notamment sur les caractéristiques des patients, afin de mieux répondre à leurs besoins et donc de limiter les tensions existantes aujourd'hui.

La première étape voulue par le ministère de la Santé est de collecter en routine, de façon uniformisée, les informations qui pourront être utiles à la tutelle (et/ou l'organisme payeur), aux offreurs de soins et pour le dossier médical du patient (au niveau individuel). L'un des objectifs est l'obtention généralisée d'un recueil électronique des données médicales (*Electronic Medical Records*, EMRs). Dans certaines régions comme Pékin, un système informatique de recueil de données utilisant les mêmes protocoles a déjà été développé, auquel participent plusieurs grands hôpitaux universitaires ainsi que d'autres structures hospitalières. D'autres régions ont également lancé des programmes pilotes de mise en place d'EMRs telles que les province du Jiangsu et celle du Fujian⁽⁶⁹⁾.

Conclusion et discussion

Les standards des patients concernant ce que doit être un médecin « formé et qualifié » sont devenus de plus en plus exigeants au cours du temps. Ceci a conduit à réduire l'offre possible pour cette demande et donc à entraîner des files d'attente de plus en plus longues et des temps de consultation de plus en plus courts. Parallèlement, et partiellement dû à l'insuffisance de cette offre qualifiée, mais également expliqué par un désengagement financier de l'État dans le financement des hôpitaux publics, les prix des soins ont flambé. De même, les médecins financièrement intéressés au profit de l'établissement public de santé, ont sur-prescrit, sur-diagnostiqué, et le coût des médicaments s'est également envolé.

La relation patient-médecin s'est alors transformée en relation conflictuelle face à des coûts des soins exorbitants, des temps d'attente extrêmement longs, des temps de consultation de plus en plus courts et des pratiques de pots de vin de plus en plus généralisées.

Le numérique semble offrir des solutions innovantes à l'inefficience du système de santé chinois actuel. Notons qu'Internet n'est pas la seule solution aux problèmes que connaît actuellement le système de santé chinois. Toutefois, il semble aujourd'hui que des solutions purement géographiques n'ont eu que des effets modérés. Il s'agit entre autres de la multiplication des centres de santé primaires publics ou l'encouragement au développement du secteur privé pour une meilleure mise en concurrence des offreurs ou encore la limitation des marges de profit, comme les politiques de « *zero mark-up* » (aucun profit) sur une liste de médicaments essentiels. En revanche, l'utilisation du numérique ou l'association du numérique à ces mesures semblent être une voie prometteuse.

66. S'il y a un consensus sur l'avantage de ce type de tarification, les modalités de mise en place suscitent ensuite des critiques au sein des pays.

67. Peter Leslie Annear et Dale Huntington (éds.), « Case-based Payment Systems for Hospital Funding in Asia: An Investigation of Current Status and Future Directions », OCDE, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, *Comparative Country Studies*, vol. 1, n° 2, 2015.

68. Alison Tudor-Ackroyd, « Private Equity Backs China's Healthcare Push », *FinanceAsia*, 16 septembre 2015, www.financeasia.com/News/401984,private-equity-backs-china8217s-healthcare-push.aspx (consulté le 24 mai 2016).

69. Claudia Süßmuth-Dyckerhoff et Jin Wang, « China's Health Care Reforms », *art. cit.*

Toutefois, Internet n'a pas que des avantages. Le marché du numérique est un marché principalement privé. Par ailleurs, pour certains besoins spécifiques, le gouvernement a été amené à déléguer certaines missions de services publics à des entreprises à but lucratif. L'avantage technologique et de situation de ces grands groupes Internet les ont placés comme sous-traitants au service de l'État qui leur délègue des missions de service public. Ceci n'est pas sans poser de questions sur la situation de position dominante dans laquelle ils pourraient se trouver.

Depuis le début de l'année 2016, différents scandales sont apparus dans la presse pointant les conflits d'intérêts entre une entreprise à but commercial et des missions de service public qui lui sont octroyées. Ainsi, en se restreignant ici aux trois géants de l'Internet que sont Baidu, Alibaba et Tencent, nous proposons en conclusion de cet article de relater ces faits divers et de mettre l'accent sur ce qu'ils signifient pour le système de santé chinois actuellement en construction.

Baidu Tieba Forum, régi par Baidu (équivalent chinois de Google), est un gestionnaire de forums sur Internet. Il compte plus de 10 000 sous-forums dont des sous-forums d'échange d'information en santé. Ces derniers mois, des scandales⁽⁷⁰⁾ ont éclaté pour avoir laissé des firmes privées prendre le contrôle de forums de santé à vocation non commerciale, et ainsi autoriser des publicités de produits médicaux à la qualité douteuse. Le cas qui a attiré l'attention est un forum pour hémophiles où des publicités vantaient la qualité d'offres de soins qui se sont avérés être sans licence d'exercice et de mauvaise qualité. Plus récemment, en mai de cette même année, un étudiant, décédé des suites d'un cancer, avait envoyé un long post où il mettait en avant la responsabilité de Baidu pour avoir promu à tort les niveaux de performance et de qualité de l'hôpital où il avait choisi d'être admis.

Le gouvernement a cherché à mettre en place une plateforme d'authentification et de traçage des produits pharmaceutiques (*Product Identification*

Authentication and Tracking System, PIATS)⁽⁷¹⁾. Le PIATS a été externalisé à AliHealth par la *China Food and Drug Administration*. Au delà des questions soulevées sur la collecte de données personnelles médicales par une entreprise privée à but commercial et donc lucratif, le groupe semble être dans une situation de conflit d'intérêt, dans la mesure où il vend lui-même des médicaments en ligne (Alibaba a annoncé le transfert des opérations de Tmall Online – une cyberpharmacie – à AliHealth⁽⁷²⁾). Ceci donne à AliHealth un rôle majeur dans la régulation des produits de santé et des informations privilégiées sur ces mêmes produits de santé⁽⁷³⁾. La gestion de PIATS fait ressortir la double mission de participation à la régulation de la vente des produits pharmaceutiques tout en étant en même temps, acteur de ce marché. Pour calmer les autres acteurs du secteur, il a été annoncé que les entreprises pharmaceutiques seront exonérées de frais pour le traçage de leurs produits pour une durée de trois ans. Que se passera-t-il ensuite ?⁽⁷⁴⁾

En conclusion, nous pouvons dire qu'Internet offre de multiples sources d'amélioration du système de santé chinois mais n'est pas la solution unique aux manques d'efficacité. Une stratégie d'inclusion de ces outils accompagnée par une forte volonté politique de régulation des acteurs privés ayant des missions de services publics devrait être intégrée. Ce champ est objectivement aujourd'hui en pleine construction.

■ Carine Milcent, chercheur CNRS à Paris-Jourdan Sciences Economiques (PSE), est en affectation au CEFC depuis le 1er septembre 2014 (carine.milcent@psemail.eu).

Article reçu le 30 mai 2016. Accepté le 6 octobre 2016.

70. Zhou Dongxu, « Baidu Backtracks on Letting Private Firms Run Popular Forums », *CaixinOnline*, 13 janvier 2016, <http://english.caixin.com/2016-01-13/100899054.html> ; Belinda Cao et Stephen Stapczynski, « Baidu Retreats on Chinese Private Hospital Advertising Boycott », *Bloomberg*, 6 avril 2015, www.bloomberg.com/news/articles/2015-04-06/baidu-retreats-on-chinese-private-hospital-advertising-boycott (URLs consultées le 31 octobre 2016).

71. La situation juridique est plus complexe puisque l'entreprise Citic21CN, qui gère les données des produits pharmaceutiques et participe également à la mise en place du PIATS, est détenue en partie par AliHealth.

72. Les relations des filiales du groupe Alibaba et AliHealth ont été simplifiées ici.

73. « China Pharmacies Urge Abolition of Alibaba Health Drug Tracking Platform », *Reuters*, 24 février 2016, <http://mobile.reuters.com/article/idUSKCN0VX0UX> ; Reuters, « China Suspends Ali Health-run Online Drug Monitoring Platform », *Fortune*, 21 février 2016, <http://fortune.com/2016/02/21/cfda-ali-health-drug-monitoring> ; Baber Saeed, « Chinese Pharmacy Chains Demand Revocation of Alibaba Group Medicine Tracking Platform », *China Business News*, 24 février 2016, www.chinabusinessnews.com/2390-chinese-pharmacy-chains-demand-revocation-of-alibabas-medicine-tracking-pla ; Laurie Burkitt, « Alibaba Health Swallows Bitter Pill, as China Halts Drug-monitoring System », *The Wall Street Journal*, 22 février 2016, www.wsj.com/articles/ali-health-swallows-bitter-pill-as-china-halts-drug-monitoring-system-1456144563 (URLs consultées le 31 octobre 2016).

74. « AliHealth to Launch New Third-party Drug Tracking Platform », *Marbridge Daily*, 10 mai 2016.