Politiques sanitaires et changement social dans la société taiwanaise

Evelyne Micollier

▶ **To cite this version:**

Evelyne Micollier. Politiques sanitaires et changement social dans la société taiwanaise. Taiwan, économie, société et culture, colloque de l'INALCO, 1997, Paris, France. pp.71-92. ird-00440736

HAL Id: ird-00440736
https://ird.hal.science/ird-00440736

Submitted on 15 Dec 2009

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.

POLITIQUES SANITAIRES ET CHANGEMENT SOCIAL DANS LA SOCIÉTÉ TAIWANAISE [1]

Les changements dans le domaine de la santé publique accompagnent les transformations économiques et sociales qui s'accélèrent depuis une dizaine d'années à Taiwan. La problématisation des évolutions très récentes des politiques sanitaires et du rôle du changement social dans ces évolutions est l'objet principal de notre contribution. Ces transformations sont envisagées selon une perspective socio-anthropologique plutôt que médicale ou économique. Des projets de santé publique dont l'objectif est de faire face à des problèmes nouveaux ou nouvellement reconnus par les instances officielles comme des problèmes prioritaires de santé publique, et les difficultés de leur mise en œuvre, ont une pertinence particulière dans la cadre d'une problématique articulée autour du changement social : il s'agit de la mise en place d'une assurance maladie généralisée à l'ensemble de la population, de la réévaluation de la médecine traditionnelle dans la politique officielle de santé publique et enfin, du contrôle des maladies transmissibles avec l'exemple de la lutte contre le SIDA.

Ces trois projets présentent un intérêt par leur dimension socioculturelle : ils vont susciter des débats dans la société taiwanaise et les questions soulevées font partie de problèmes sociaux d'ordre plus général qui dépassent le cadre de la santé publique.

Ayant choisi de parler des évolutions significatives du point de vue des évolutions sociales, l'objectif n'est pas de faire une synthèse des évolutions structurelles et conjoncturelles qui se produisent dans le système de santé publique. A partir des exemples choisis, le domaine de la santé publique peut être considéré comme un lieu de revendication et de démocratisation. La prise de parole de personnes atteintes de maladies stigmatisantes telles que les

1. La recherche sur le terrain a été réalisée en 1997 avec le concours du « Centre d'Etudes Chinoises » *Hanxue yanjiu zhongxin*, Bibliothèque Nationale, Taipei, et du CNRS, Département SHS, programme thématique SIDA.

handicapés ou les personnes séropositives, et de groupes sociaux qui ont tendance à être marginalisés tels que les homosexuels ou les prostituées, témoignent du processus de démocratisation en cours au niveau de la société civile. Ce phénomène est concomitant à la démocratisation des structures politiques [2].

Pour contextualiser les évolutions des politiques sanitaires, un éclairage historique retrace les traits généraux du système de santé publique : depuis les années 1950, Taiwan est en phase de transition dans le domaine de la santé. Cette phase qui accompagne le passage d'un pays en développement à un pays développé, présente les caractéristiques suivantes, indépendantes du contexte culturel : déclin de la mortalité et notamment de la mortalité infantile, changements dans les modèles de morbidité, accroissement des pathologies comportementales (conséquence de ce que l'on appelle communément le triple fléau en santé publique, à savoir la consommation de tabac, d'alcool, et de drogue). Pendant cette phase, le recours à la médecine traditionnelle est de plus en plus fréquent pour soigner les maladies chroniques et celles qui ne nécessitent pas une médecine d'urgence. L'un des paradoxes de la généralisation de l'accès aux soins par une volonté politique et de la modernisation des infrastructures de santé publique, est que ces changements érodent habituellement la base savante classique de la médecine autochtone. L'exemple du Japon, et dans une certaine mesure de la Chine et de l'Inde, est significatif : au Japon, la base classique a complètement disparu du corpus de connaissances, et de la transmission des savoirs médicaux. A Taiwan, en 40 ans, la transition est remarquable : alors que les maladies infectieuses aiguës constituaient les principales causes de mortalité en 1950, actuellement les dix premières causes sont des maladies chroniques et en particulier les cancers, un indicateur bien connu de la phase de transition dans le domaine de la santé. La durée de vie moyenne pour un homme et pour une femme a augmenté considérablement en 40 ans ; elle s'élevait à 53 et à 56 ans respectivement en 1950 ; elle est de 72 et 77 ans en 1991 [3]. Un nouveau projet global de santé publique est lancé en Juillet 1985. L'objectif est d'équilibrer la distribution des ressources médicales, d'augmenter la qualité des

2. Pour un état des lieux et un historique de la démocratisation des institutions taiwanaises, cf. Mengin, F. 1997 « Taiwan ou la démocratisation sous tutelle : heur et malheur de la contrainte » *Revue d'Etudes comparatives Est-Ouest* vol. 28 n° 3 : pp. 43-62.

3. Cf.*Towards the Goal of Health for All. A Health White Paper* 1994 DOH, Executive Yuan, ROC.

services médicaux, de planifier un programme d'assurance maladie à l'échelle nationale, d'établir un réseau d'information sur la santé, et enfin, de rendre accessible à tous les soins médicaux au niveau local.

A Taiwan, le système de santé comprend un secteur public et un secteur privé. Avant mars 1995, date de mise en place d'une assurance-maladie nationale, l'assurance-maladie couvrait, pour donner un ordre d'idée, 13 % de la population en 1976, 32 % en 1987, et 56 % en Déc. 1992. Deux ans après sa mise en place au niveau national, 96 % de la population, selon les statistiques officielles publiées par le Département de la Santé en 1997, en bénéficient : en 20 ans, le nombre de personnes prises en charge par les programmes de sécurité sociale a été multiplié par huit [4]. En ce qui concerne le personnel médical, les médecins sont pour la majorité formés à la biomédecine, c'est-à-dire à la médecine internationale ou encore médecine occidentale actuelle [5], et diplômés de facultés de médecine prestigieuses étrangères ou taiwanaises. Au niveau des institutions, il y a quatre niveaux administratifs de santé publique, le niveau national, provincial ou municipal pour les grandes métropoles, le niveau du district ou de la ville, enfin le niveau de la petite ville ou du village [6]. Le Département de la Santé *Weisheng shu*, la plus haute autorité sous le contrôle du Yuan Exécutif, est en charge des politiques de santé, de la conception et de la mise en forme des programmes. Il supervise et coordonne les services médicaux à tous les échelons administratifs. Techniquement, il est organisé en six bureaux (bureau des Affaires médicales, des Affaires pharmaceutiques, du Contrôle sanitaire de l'alimentation, du Contrôle des maladies transmissibles, de la Promotion et de la protection de la

4. Cf. Tableau 1-2 « Some general socio-economic indices »*Public Health in Taiwan*« 1997, DOH : p. 8.

5. Elle obéit au paradigme des sciences biomédicales ; il s'agit de la médecine occidentale moderne *xiyi* (indique le lieu d'origine et le fait qu'il y a eu et qu'il existe encore des médecines occidentales pré-modernes, phytothérapie, homéopathie, etc.) ou médecine internationale (parce qu'elle est pratiquée partout dans le monde) ; sur le débat et les opinions avancées à propos de la terminologie de cette médecine internationale et normalisée, cf. Unschuld, P.U. 1976 « The Social Organisation and Ecology of Medical Practice in Taiwan » in : Leslie, C. ed. *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press, pp. 300-316 : p. 300.

6. Cf. Chang, H. et al. 1983 *Republic of China. A reference book*, Taipei, United Pacific International Inc. : pp. 277-284 ; cf. fig. 1 « Health Organization in the ROC »*Public Health in Taiwan*, 1997, DOH : p. 9.

santé, de la planification sanitaire) [7]. La province de Taiwan comprend 21 districts *xian* et métropoles *shi* : des bureaux de la santé *Weisheng ju* sont affectés à chacune de ces unités administratives.

Le programme national d'assurance maladie

Avant mars 1995, l'assurance-maladie fonctionnait selon trois systèmes principaux (eux-mêmes sub-divisés en treize sous-systèmes) : l'assurance des employés du gouvernement, celle des travailleurs, et celle des paysans. Les trois systèmes différaient par leurs fondements juridiques, les autorités administratives de tutelle, les assureurs, la population cible et les bénéfices dégagés. En décembre 1992, ceux qui ne bénéficiaient pas de l'assurance-maladie, c'est-à-dire 44 % de la population totale, étaient en majorité des jeunes enfants et des personnes âgées. Les treize systèmes dépendaient de deux Yuans, de trois ministères et départements. Ils étaient gérés par deux assureurs qui n'avaient pas harmonisé les méthodes de collecte des cotisations, les systèmes et les critères de paiements, et les procédures de réclamation. Ainsi, la complexité du système affectait le fonctionnement des institutions et portait atteinte aux droits des assurés [8]. C'est dans ce contexte qu'est né le projet d'une assurance-maladie généralisée. L'objectif est d'établir un système d'assurance unique géré par l'Etat et d'étendre la couverture sociale à toute la population. La mise en place d'un système de paiement partiel pour les soins médicaux et d'un budget global pour les coûts, permet de construire un système financier indépendant pour faciliter l'application du programme. Trois ans après son lancement, 4 % de la population n'est pas assurée : ce sont les personnes qui ne peuvent pas payer les cotisations, celles qui les trouvent trop chères, les chômeurs ou les personnes qui ne sont plus couvertes pour cause de changement professionnel. Les contributions des familles à revenus très modestes, des chômeurs et des orphelins, seront prises en charge par des aides sociales. Pour les chômeurs et les orphelins, c'est le ministère de l'Intérieur qui prend le relais du Département de la Santé s'ils refusent de s'enrôler dans le programme d'assurance universelle. En effet, des sanc-

7. Cf. fig. 2 « Organization of the DOH », *Public Health in Taiwan*, 1997, DOH : p. 10.

8. Cf. *Towards the Goal of Health for All. A Health White Paper* 1994 DOH : chap. 6.

tions seront prises contre ceux qui refuseront de s'inscrire dans le programme en application de la loi.

Au niveau des financements, le programme national d'assurance-maladie est un programme social fondé sur les principes de l'entraide réciproque et du partage du risque. Selon le principe d'auto-financement, les fonds nécessaires proviennent d'une répartition par tiers entre les assurés, les employeurs et le gouvernement. La cotisation moyenne s'élève depuis Juillet 1996 à 900 dollars taiwanais (un peu moins de 200 FF) par mois et par personne. Concernant les pourvoyeurs de soins médicaux, 91 % des structures médicales ont signé des contrats avec le Bureau d'Assurance-maladie nationale. Ces institutions sont strictement contrôlées pour éviter le gaspillage des ressources médicales, protéger les droits des patients, et sanctionner les pratiques illégales.

Les autorités sanitaires montrent un intérêt croissant pour le modèle britannique de santé publique. Une mission britannique est venue à Taiwan en 1996 (24-26 Sept.). M^me^ Chang Po-Ya, directrice-générale du Département de la Santé s'est, à son tour, déplacée en Angleterre. L'objectif est de promouvoir les échanges commerciaux et la coopération dans le domaine de la pharmacie et du système de santé entre les deux pays. Face aux problèmes budgétaires du Département de la Santé et pour améliorer son programme national d'assurance-maladie, Taiwan pourrait s'inspirer de celui du Royaume Uni qui consacre seulement 7 % du PIB aux dépenses de santé, soit la moitié de la somme dépensée par les États-Unis [9].

La réévaluation de la médecine traditionnelle

Après l'instauration d'un pouvoir colonial japonais à Taiwan en 1895, les autorités japonaises ont instauré un système d'examens pour les médecins traditionnels à partir de 1897 pour contrôler le système traditionnel de santé. Pendant les 50 années d'occupation japonaise, aucun examen ou concours ne fut organisé et aucune nouvelle licence ne fut accordée aux médecins traditionnels. En 1925, les japonais ont annoncé que la médecine moderne était une science suffisamment avancée pour supplanter la médecine tradi-

9. Cf. *Les Echos de la République de Chine* 21 Sept. 1996 vol. 29 n° 25 : p. 4.

tionnelle ; les licences ne furent attribuées qu'à des médecins spécialisés en médecine moderne occidentale [10].

Après 1945, quand le gouvernement chinois a repris le pouvoir, les médecins traditionnels furent autorisés à exercer de manière légale ; dans les faits, leur pratique fut tolérée mais ils n'ont bénéficié d'aucun soutien du système étatique de santé publique [11].

Finalement, le Yuan législatif a ordonné l'établissement d'un collège de médecine traditionnelle en 1958 du Ministère de l'Education avec pour l'objectif de former des médecins performants de manière équivalente dans les deux médecines, médecine traditionnelle *zhongyi* et biomédecine *xiyi*. Le Comité sur la Pharmacopée chinoise, créé en 1973 pour promouvoir le développement de la médecine traditionnelle à Taiwan, dépend du Département de la Santé. Les efforts se sont concentrés sur la recherche en médecine traditionnelle fondée sur une base scientifique [12]. Peu après l'installation du gouvernement nationaliste à Taiwan, un Comité sur la Médecine et la Pharmacologie chinoises assigné à un rôle consultatif, a été créé au sein du Département de la Santé placé sous l'autorité du Ministère de l'Intérieur. En Mars 1971, le Département de la Santé passe sous contrôle du Yuan Exécutif sans que le rôle du comité ne change.

Le 1er novembre 1995, une instance administrative autonome mais restant sous le contrôle du Département de la Santé, est mise en place pour promouvoir plus activement le développement de la médecine traditionnelle et de sa pharmacopée. Doté d'un nouveau statut, le Comité sur la Médecine et la Pharmacologie chinoises comprend quatre sections : Médecine chinoise, Pharmacologie traditionnelle, Recherche et développement, Informations et publications. Pour être conforme aux exigences du programme national d'assurance maladie, une série d'études concerne le contrôle de la qualité des préparations de médecine chinoise : 14 projets de recherche sont lancés en 1995.

Parmi les fonctions de la section « Recherche et Développement », la priorité est donnée à la promotion des échanges internationaux et avec la Chine continentale : depuis 1993, pour développer les échanges privés dans le domaine de la santé entre les

10. Cf. Unschuld, P.U. chap. cité 1976.

11. Cf. Croizier, R.C. 1968 *Traditional Medicine in Modern China. Science, nationalism and the tensions of cultural change*, Cambridge, Harvard University Press.

12. Cf. Unschuld, P.U. chap. cité 1976.

deux rives du Détroit, le collège de médecine chinoise de Taizhong a été sollicité pour élaborer des projets en vue de faciliter les échanges sur la médecine et la pharmacologie chinoises [13]. Une autre priorité depuis la création du Comité sur la Pharmacopée chinoise en 1973, reste d'actualité : l'objectif est de prouver que la médecine chinoise est scientifique. La collaboration entre des chercheurs en biomédecine et des chercheurs en médecine traditionnelle est donc encouragée et existe réellement. Jusqu'à aujourd'hui, le collège de Taizhong n'est pas associé à un hôpital pour l'apprentissage clinique qui occupe pourtant une place importante dans la transmission traditionnelle et dans la formation universitaire en Chine populaire parce qu'il conditionne l'exercice correct de la médecine chinoise. La formation au collège de Taizhong conduit plutôt à la recherche sur la pharmacopée qu'à l'exercice de la médecine. L'enseignement sérieux de la clinique suppose que les étudiants et les professeurs soient intégrés dans une structure de type CHU « Centre hospitalo-universitaire » : il faut aller en Chine populaire pour être formé dans ce type d'établissement.

Les fonctions de la section « Médecine chinoise » sont d'améliorer la qualification des médecins chinois traditionnels, la qualité des structures médicales et de faciliter leur développement. Des changements sont en cours au niveau organisationnel. Pour accélérer l'intégration des médecines chinoise et occidentale et pour promouvoir la pratique de la médecine chinoise dans le cadre institutionnel, les hôpitaux municipaux et provinciaux sont encouragés à créer des services de médecine chinoise. Par ces mesures, l'objectif est d'utiliser les deux médecines de manière optimale pour contribuer à la santé des personnes. Depuis la mise en place du programme national d'assurance-maladie, tous les hôpitaux et les cliniques de médecine chinoise ont signé un contrat avec le programme [14].

La tendance actuelle est d'adopter un mode de fonctionnement visant à l'intégration de la médecine traditionnelle dans les structures sanitaires qui se rapproche du système en vigueur en Chine continentale [15]. La promotion des échanges dans ce domaine entre

13. Cf. Committee on Chinese Medicine and Phamarcy, DOH, documentation officielle accessible sur *internet :* //www.ccmp. gov.tw.

14. Cf. même site *internet*.

15. Pour une approche du pluralisme médical en Chine populaire, cf. Micollier, E. 1995 *Un aspect de la pluralité thérapeutique en Chine populaire : les pratiques de Qigong. Dimension thérapeutiqueldimension sociale*, Thèse de doctorat en Anthropologie, Université de Provence : pp. 71-101.

les deux rives du Détroit de Taiwan est-elle le résultat d'une volonté politique des autorités taiwanaises et/ou d'une demande populaire ? Ce fait peut être interprété tout simplement comme la reconnaissance officielle que la médecine chinoise même si elle est restée longtemps dans le secteur populaire des soins médicaux et hors du contrôle officiel parce que son développement était peu favorisé, est encore bien présente dans le système médical taiwanais. J'entends par système médical, l'ensemble des recours thérapeutiques disponibles dans un contexte culturel donné que ces recours soit populaires, traditionnels et/ou intégrés dans l'institution médicale [16].

Toutefois, les perspectives de développement de la médecine traditionnelle dans le système officiel de santé publique, sont assez limitées dans le contexte sanitaire actuel. Il est probable qu'elle continuera à y occuper une place marginale tant que l'élite médicale à Taiwan ne changera pas d'attitude ; en général, le milieu médical est hostile à l'insertion de la médecine traditionnelle dans le système, une insertion injustifiable à plusieurs niveaux. La majorité des médecins et des officiels de la santé publique adopte résolument un point de vue positiviste et moderniste : la médecine chinoise n'est pas moderne et sa « scientificité » n'a, jusque là, pas été prouvée. Elle n'obéit pas aux critères définis dans le cadre du paradigme scientifique [17]. Une raison plus simple et évidente est de préserver des intérêts économiques et politiques, et de conserver une situation de quasi-monopole sur le savoir et le pouvoir médical.

Le contrôle des maladies transmissibles : l'exemple du SIDA

Avec l'amélioration du niveau de vie de la majorité de la population, les personnes se déplacent dans le pays et à l'étranger plus fréquemment pour faire du tourisme ou des affaires. Les Taiwanais peuvent aussi rendre visite à leur famille en Chine populaire ; depuis 1989, des travailleurs migrants en provenance des Philippi-

16. Sur le pluralisme médical dans le contexte taiwanais, voir l'ouvrage de référence de Kleinman, A. 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.

17. Sur les critères de scientificité et la définition du paradigme scientifique, cf. Kwok, D.W.Y 1965 *Scientism in Chinese Thought*, New Haven ; Kuhn, T.S. 1983 *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion ; Popper, K.R. 1978 *La logique de la découverte scientifique*, Paris, Payot.

nes, de Thailande, de Malaisie et d'Indonésie, viennent à Taiwan et ils sont chaque année plus nombreux [18]. Pour toutes ces raisons, le contrôle des maladies transmissibles est devenu un problème crucial de santé publique. Pour les dix prochaines années, le Département de la Santé a établi un plan de modernisation du système de contrôle. Les maladies qui font l'objet d'un contrôle prioritaire et pour lesquelles de nouvelles mesures ont été prises en 1997, sont la poliomyélite, les hépatites, le SIDA, la tuberculose, et la dengue. Pour le SIDA, ces innovations concernent l'introduction des nouvelles thérapies et les programmes d'éducation pour la prévention [19]. Taiwan est, du point de vue de l'accès à la trithérapie, unique en Asie et parmi les quelques pays au monde où le traitement est pris en charge en totalité et directement par le Département de la Santé. Depuis le 1er Janvier 1998, le remboursement partiel des dépenses médicales des personnes contaminées par le VIH, est garanti par l'Assurance maladie nationale [20].

Au niveau épidémiologique, Taiwan a l'un des taux de séroprévalence les plus faibles au monde. Les statistiques délivrées fin Juin 1997 par le Département de la Santé, font état de 1491 personnes séropositives dont 484 malades. 90 % sont des Taiwanais et 94 % sont des hommes. La transmission s'est effectué par voie sexuelle pour 78 % d'entre eux avec 39 % par voie hétérosexuelle. La tranche d'âge la plus touchée sont les 20-39 ans.

Il faut remarquer une particularité de la tendance épidémique à Taiwan qui est, là encore, unique : le rapport hommes/femmes des personnes contaminées est de 12 hommes pour une femme. La voie sexuelle étant le mode dominant de transmission, les efforts de contrôle doivent être concentrés sur la prévention et l'éducation sexuelle. Des programmes d'éducation sexuelle sont mis en place

18. La communauté immigrée la plus importante de l'île est celle des Philippins (240 000). Le contrat de travail non renouvelable est valable 3 ans avec obligation de quitter le territoire quand il s'achève. Selon la loi, les travailleurs migrants bénéficient des mêmes droits et avantages que les ouvriers taiwanais., cf. « Health management of Alien laborers« *Public Health in Taiwan,* 1997, DOH : pp. 57-58.

19. Pour une synthèse des politiques officielles de contrôle des maladies transmissibles, cf. « Control of Communicable Diseases« *Public Health in Taiwan,* 1997, DOH : pp. 52-72.

20. Cf. *Les Échos de la République de Chine*, 21 Févr. 1998, vol. 31 n° 5 : p. 4. Depuis le 1er Janvier 1998, se pose donc la question du remboursement total des frais médicaux. Est-ce que le Département de la Santé assure toujours la gratuité en payant la part complémentaire des dépenses ? Ayant consulté la documentation officielle à l'adresse *internet* indiquée note 13, aucun changement n'a été signalé. En attendant plus d'informations, il convient d'émettre une réserve sur cette question.

progressivement dans les institutions scolaires en premier lieu à l'université et au lycée. Ils seront généralisés à grande échelle cette année. L'épidémie à Taiwan par rapport à d'autres pays d'Asie présente des aspects rassurants : elle est à un stade naissant ; le traitement des personnes séropositives est disponible, couramment accessible et établi sur la base d'essais thérapeutiques. Les dépistages confidentiels et les sites de traitement sont de bonne qualité. Comparées à la Thailande par exemple, les infrastructures sont mieux adaptées pour prévenir et traiter le VIH.

Le risque généré par le commerce sexuel est plus inquiétant : le nombre de prostituées dépasserait les 50 000 dans la capitale seulement [21] : c'est un chiffre important comparé à la taille de la population. Il y a donc un risque évident d'expansion de l'épidémie dans le milieu des prostituées et de leurs clients.

Des faiblesses de la campagne officielle sont notables :

— Le Département de la Santé est critiqué pour ne pas cibler les femmes.
— Les clients transmettent le SIDA aux prostituées et ce n'est pas automatiquement l'inverse, préjugé qui prévaut parmi les officiels de la santé qui ne ciblent pas les clients.
— L'épidémie touche en priorité des personnes désavantagées économiquement qui ne voyagent pas. Alors comment sont-elles contaminées si ce n'est par des personnes qui voyagent qui, elles, ne sont pas ciblées par la campagne ?

Les articles sur le SIDA dans la presse écrite, paraissent pour la plupart en décembre à l'occasion de la Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA. Les actions de prévention médiatisées sont prévues à cette date. L'attitude renforce l'idée largement répandue que c'est une maladie « étrangère ». Le fait que le premier cas de séropositivité recensé à Taiwan soit un touriste américain homosexuel est resté présent dans les mémoires : la maladie touche donc les étrangers et homosexuels de surcroît. Aujourd'hui, la maladie est devenue hétérosexuelle et l'attention s'est focalisée sur les travailleurs immigrés. Même les professionnels de la santé, les médecins partagent ces idées ; j'ai eu l'occasion de rendre visite aux patients d'un hôpital assigné pour le dépistage et le traitement du SIDA et le professeur qui m'accompagnait, disait devant les

21. Cf. « La prostitution est désormais illégale dans la capitale » *Les Echos de la République de Chine*, 21 Sept. 1997 vol. 30 n° 26 : p. 4.

patients que toutes ces personnes étaient des Chinois de la diaspora et non des Taiwanais...comme s'il voulait absolument me prouver que la maladie n'affectait pas les Taiwanais bien que les chiffres officiels confirment que 90 % des personnes contaminées sont des Taiwanais. Si le seul objectif conscient ou inconscient est de désigner l'Autre en parlant de la question du Sida, en parler va même à l'encontre de la campagne de prévention qui doit viser à se penser comme soi contaminant ; c'est l'un des effets pervers de la diffusion en particulier par les médias. L'ignorance est parfois préférable à des informations qui produisent le développement d'un imaginaire associé à la maladie qui désigne l'Autre, qui stigmatise et qui éloigne le « mal » de soi.

La santé publique comme lieu de revendication et de démocratisation

La conception et la mise en application de l'assurance-maladie pour tous, sont l'expression d'une volonté politique. La majorité de la population est hostile à cette réforme. L'une des raisons est qu'elle n'a pas été correctement informée et éduquée pour comprendre les avantages et les enjeux d'une couverture médicale généralisée à tous dans une société en voie de démocratisation. Faut-il en conclure que la société civile n'a pas revendiqué la généralisation de l'assurance-maladie ? Cette réforme est un lieu de revendication et de démocratisation : d'une part, elle provoque un débat entre des élites politiques et économiques ; d'autre part, la population a fait savoir qu'elle désapprouvait cette réforme du moins dans ses modalités d'application de lancement. L'opposition de « l'establishment » médical à cette réforme est forte. Les élites restent divisées sur le projet de l'assurance pour tous : la division n'est pas établie selon les partis politiques mais plutôt selon les personnalités, les positions personnelles des élus. Le débat sur le modèle à adopter a suscité aussi de nombreuses discussions. Dans un premier temps, c'est le système français qui a été envisagé mais les coûts se sont révélés trop élevés et l'intérêt actuel pour le modèle britannique s'explique par une logique financière de dépenses publiques minimales.

La presse, dans les mois qui suivent sa mise en application, notamment en mai et juin 1995, rapportent de nombreuses plaintes ; la réforme est fortement critiquée ce qui conduira à une reconsidération de certains points. Je citerai pour exemple quelques extraits d'articles de presse :

Deux mois après le lancement du programme national d'assurance maladie, « selon un sondage de l'opinion publique, environ 60 % de la population est contre le programme actuel. Les plaintes exprimées concernent le renouvellement de la carte d'assurance qui nécessite des démarches trop compliquées, les cotisations trop élevées, le fait d'être obligé de se faire soigner dans les cliniques au lieu des hôpitaux si la maladie est bénigne.

Ces critiques et les autres témoignent de la hâte avec laquelle le programme a été mis en application... » [22].

« ... L'une des déficiences structurelles est que le programme a diminué la compétition entre les hôpitaux et les cliniques, ce qui a résulté en une baisse de la qualité des services médicaux. Le Bureau de l'Assurance maladie devrait limiter son rôle à superviser le programme. Le gouvernement devrait respecter la connaissance professionnelle de la communauté médicale et aussi leur réattribuer des ressources. La compétition garantit l'innovation et l'efficacité au bénéfice de l'intérêt général » [23].

En Juin 1995, « plus de 70 % des résidents taiwanais sont mécontents du programme national d'assurance maladie, selon une enquête conduite par l'Association de Santé Publique. Le montant des cotisations, le coût pour l'enregistrement et les médicaments, sont les premières sources d'insatisfaction. Les autres plaintes exprimées concernent la qualité des soins, l'attitude défavorable du personnel des cliniques et des hôpitaux, les inconvénients pour obtenir les cartes » [24].

« La difficulté pour obtenir les cartes d'assurance, est un autre objet de désapprobation. En Juin 1995, chaque carte permet à l'assuré six visites à l'hôpital ; ensuite, il doit demander une nouvelle carte. Ce système présente des inconvénients pour les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies chroniques et les handicapés qui ont des difficultés pour aller dans les agences gouvernementales où les cartes sont délivrées. On a décidé d'instaurer un système de cartes permanentes pour chaque assuré jusqu'à ce qu'elle soit perdue ou hors d'usage. Mais le système actuel, conçu pour limiter les dépenses médicales, a provoqué l'irritation générale. Les officiels en charge de la santé publique, prennent des mesures pour rendre le programme plus acceptable, parmi lesquelles diminuer les charges et simplifier les procédures.

22. *China Post*, May 1st, 1995.
23. *China News*, 19/05/1995 (*Lianhe bao* « United Daily News » May 18).
24. *China News*, 9/06/1995.

Cependant, la mesure la plus urgente est de lancer une campagne d'information pour faire mieux comprendre le sens et les procédures du programme » [25].

La résistance voire l'hostilité spontanée de la majorité de la population s'explique aussi par des valeurs, des représentations et des pratiques spécifiques au contexte culturel chinois. Le concept « d'Etat-providence » ne correspond pas aux formes traditionnelles de solidarité dans le monde chinois ; des solidarités fondées sur d'autres valeurs perdurent. Pour beaucoup de gens, « *Quan bao* » la santé pour tous est associé à la baisse de la qualité des services médicaux. Par contraste, les organisations bouddhiques ont fait pression en faveur de l'adoption du système de santé pour tous ; leur attitude s'explique par des valeurs de la tradition bouddhique. Ces groupes ont des projets caritatifs. Ils s'occupent principalement d'actions caritatives dans les domaines de l'enseignement et de la santé publique. L'exemple du mouvement « néo-bouddhiste » *Ciji hui* [26] qui gère une énorme structure sanitaire à Hualian, ville située sur la côte Est de Taiwan, est significatif : cette structure est l'un des 13 hôpitaux assignés par le gouvernement pour le dépistage et la prise en charge des personnes séropositives. La faculté de médecine de *Ciji* participe à des programmes de prévention et de prise en charge de l'alcoolisme, un grave problème de santé publique dans les populations aborigènes. Le Département de la Santé délègue volontiers la gestion des problèmes de société et la concrétisation des projets à des ONG (organisations non-gouvernementales), aux groupes religieux bouddhistes ou chrétiens. Par exemple, une maison thérapeutique pour accueillir les personnes séropositives va être ouverte par un groupe chrétien. La gestion des problèmes de société posés par les handicapés, les pauvres, ou les prostituées, est confiée à des associations religieuses ou laïques avec l'aide de financements publics. Ainsi, le risque de collusion entre les champs du religieux et du politique est accru.

25. *China Post*, 26/06/1995.

26. Les « néo-bouddhistes » connaissent un développement remarquable dans la société taiwanaise depuis une dizaine d'années ; ce renouveau du bouddhisme représenté par les groupes *Ciji, Foguang shan* et par ceux qui sont engagés dans la défense de l'environnement, est une composante des phénomènes de restructuration religieuse. La nonne Zheng Yan native de la ville de Hualian, a créé la fondation *Ciji*. « Zheng yan a fondé, avec l'aide des élus politiques locaux, un centre de soins pour les pauvres, une école d'infirmiers, une faculté de médecine et un hôpital », cf. Kuo Liying 1997 « Aspects du bouddhisme contemporain à Taiwan » dans Clémentin-Ojha, C. *Renouveaux religieux en Asie*, Paris, EFEO, Etudes thématiques 6, pp. 83-110 : p. 94.

Dans les journaux, l'idée de « Santé pour tous » apparaît comme le début du déclin de la moralité ; l'aide à des personnes traditionnellement discriminées est inconcevable. Payer pour des groupes sociaux méprisés est une idée étrangère au monde chinois. Il existe d'autres formes de solidarité mais qui ne sont pas fondées sur des idées de type universaliste ou égalitariste. La « Santé pour tous » est un aspect du projet nationaliste ; cette réforme contribue à la modernisation de la société et à la construction d'un Etat moderne. Une bonne santé pour l'ensemble de la population, la prospérité et le développement économique, sont des valeurs qui relèvent d'une vision du monde homogène. La tension avec la Chine populaire est un autre facteur explicatif du projet sanitaire nationaliste : l'objectif est de réussir mieux que la Chine communiste, rejoindre le rang des pays développés selon le plus de critères possibles, et la santé est un critère important pour évaluer le niveau de développement d'un pays.

Vis-à-vis de la médecine traditionnelle, le changement de politique a été encouragé par une demande de l'opinion publique exprimée par la voix de quelques élus : « la médecine traditionnelle a ses défenseurs et la députée au Yuan législatif, Mme Hsiao Chin-lan, est l'un d'entre eux. En 1996, elle a exhorté le gouvernement à développer et à promouvoir l'enseignement de cette science millénaire ». Elle a rappelé qu'il n'existait toujours pas de faculté de médecine traditionnelle dans un cadre hospitalo-universitaire à Taiwan et que, pour l'étudier, il fallait se rendre en Chine continentale. « Environ 10 000 Taiwanais y séjournent actuellement pour apprendre cette discipline qui reste très appréciée dans l'île puisque 30 % de ses habitants consultent régulièrement des médecins traditionnels dans le cadre du programme national d'assurance-maladie » [27].

De plus, la volonté du gouvernement est peut-être d'appliquer une politique d'intégration de la médecine chinoise qui a porté ses fruits en Chine continentale et qui valorise la tradition chinoise, ce qui répond à une quête identitaire et culturelle de la population dans une société soumise à une modernisation et à une occidentalisation accélérées. Cependant, comme je l'ai indiqué précédemment, il convient de rester prudent à propos de la perspective de développement de la médecine traditionnelle, de la volonté politique réelle des autorités en charge et de son intégration véritable dans le système de santé publique officiel.

27. Cf. *Les Echos de la République de Chine* 21 Sept. 1996 vol. 29 n° 25 : p. 4.

Les actions des personnes séropositives ou sensibilisées au problème, prennent la forme de conférences de presse et de manifestations de rue. La prise de parole est limitée par des contraintes liées au contexte culturel. Si les revendications relèvent de problèmes sociaux qui sont des facteurs d'exclusion tels que les maladies-stigmates (notamment le Sida ou les handicaps), la prostitution, l'homosexualité, les participants défilent masqués pour ne pas être identifiés. C'est une manière d'éviter l'exclusion à cause d'une prise de parole sur des questions de société au sujet desquelles le silence est la règle, tout en réclamant ses droits ouvertement, si l'on peut dire. Par exemple, une manifestation d'hémophiles contaminés par le VIH qui représentent 3.8 % des personnes séropositives à Taiwan, a eu lieu en novembre 1997 pour défendre leurs droits à être indemnisés. Les personnes présentes couvraient leur tête, portaient des vêtements amples pour ne pas être identifiées [28].

La possibilité de lancer des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles, révèle des changements socio-culturels au niveau des mœurs, du rapport au corps et à l'intimité.

L'exemple du contrôle de l'épidémie du SIDA montre que le changement social est à la fois moteur et révélateur d'évolution des politiques sanitaires. La prévention du SIDA nécessite des ressources massives, des programmes d'éducation énergiques et des changements culturels profonds. Les comportements les plus intimes et les plus personnels, doivent être modifiés. C'est aussi un problème de démocratie pour construire des sociétés où il est possible de dialoguer, d'amener des débats sur la place publique.

Dans le cadre du contrôle de l'épidémie du SIDA et dans le domaine de la médecine traditionnelle, le changement social peut être considéré à la fois comme moteur et révélateur de l'évolution des politiques sanitaires. Dans le contexte de la mise en application du programme de sécurité sociale, les évolutions très récentes des politiques sanitaires accompagnent le changement social par la prise en compte des critiques avancées par différentes catégories de population, ce qui conduit à une restructuration progressive de la réforme. Aujourd'hui, en 1998, la réforme est beaucoup mieux acceptée et même appréciée.

Pour conclure, j'évoquerai les défis posés par ces débats de société à la démocratie taiwanaise. Les débats en cours attestent l'émergence d'une société civile, un processus qui accompagne réellement les transformations des structures et des institutions

28. Cf. 15/11/97 *China News* et journaux chinois.

politiques et juridiques à Taiwan. Cependant, des relents, des signes d'autoritarisme sont décelables et demeurent structurellement et symboliquement présents.

Au niveau structurel, ils transparaissent dans les mesures prises malgré un processus et une volonté de démocratisation réels de la société : l'obligation de déclarer son statut séropositif aux autorités sous peine de sanctions pénales, l'obligation de s'enrôler dans le programme de sécurité sociale. Le Département de la Santé est relayé par le Ministère de l'Intérieur pour faire appliquer la loi dans une société où par exemple, les orphelins et les chômeurs ont honte d'être identifiés ; ces derniers préfèrent ne pas solliciter l'aide de l'Etat pour bénéficier du système d'assurance. Ainsi, c'est le Ministère de l'Intérieur qui est chargé d'obliger les personnes à participer au programme sous peine de sanctions pénales.

Au niveau symbolique, les représentations culturelles traditionnelles encore très prégnantes en dépit de changements drastiques, empêchent les personnes atteintes de maladies-stigmates (séropositives ou handicapées), les minorités sexuelles (homosexuels) ou les personnes enrôlées dans le commerce sexuel pour diverses raisons (prostituées) de lutter ouvertement pour obtenir des droits sans avoir besoin de dissimuler leur identité.

Ces « verrous » autoritaires au sein de la nouvelle machine démocratique en bloque parfois le fonctionnement ou du moins en limite l'efficacité d'autant plus qu'ils existent non seulement dans les politiques officielles mais aussi dans la vie associative, les mouvements sociaux et, dans une perspective plus large, au cœur de la nouvelle société civile.

DÉBAT

Le PRÉSIDENT. — Merci beaucoup, Évelyne Micollier, pour cette présentation très complète du système sanitaire taiwanais et de cette façon de revitaliser des médecines traditionnelles aujourd'hui à Taiwan.

M. Joël THORAVAL. — Vous nous avez donné des précisions très intéressantes sur la situation du sida à Taiwan. Nous avons un peu de mal à les évaluer car vous ne donnez aucun élément de comparaison. Je sais que vous connaissez la situation ailleurs qu'à

Taiwan. Qu'est-ce qui est massivement spécifique à Taiwan ? Qu'est-ce qui est le plus frappant si vous comparez son cas au monde chinois, à l'extrême Asie, ou de manière générale ?

M^me^ Évelyne MICOLLIER. — L'influence du système japonais est spécifique. Taiwan a été colonisé pendant cinquante ans par les Japonais. Les infrastructures et le système juridique japonais sont plus ou moins restés en place, comme pendant très longtemps le fait de placer les problèmes sanitaires sous l'autorité du ministère de l'Intérieur, bien que le gouvernement nationaliste ait, à un moment, adopté précédemment cette politique en Chine populaire. C'est une spécificité historique. Ce qui a beaucoup différé, c'est le rapport à la médecine traditionnelle. C'est vrai que le projet nationaliste du Guomindang était contradictoire. Il ne voulait pas faire comme les Japonais, c'est-à-dire supprimer quasiment cette médecine traditionnelle, mais il ne l'a pas non plus encouragée. Ce sont deux spécificités. Actuellement, le système de santé à Taiwan est en plein remaniement. J'ai donc du mal à en parler. Ils se sont d'abord plus ou moins inspirés de la France pour le modèle de Sécurité sociale. Après, ils ont estimé que ce n'était pas tellement applicable. Ils ont eu de gros problèmes budgétaires. Pour ces raisons, ils se tournent maintenant vers le modèle britannique. Il est notable que, dans les publications officielles, en introduction, il est décrit succinctement les différents modèles de santé publique qui existent, en ajoutant que Taiwan allait peut-être s'en inspirer.

Il y a aussi des problèmes au niveau structurel, mais cela arrive dans le secteur économique aussi au niveau des projets. Par exemple, pour le métro à Taiwan, il y a eu des problèmes qui ont eu les mêmes causes. Le fait d'emprunter des modèles différents, d'en sortir une nouvelle structure a montré des déficiences structurelles. C'est un débat actuel à Taiwan qui n'est pas du tout terminé. Le programme de sécurité sociale est une réforme en cours. Elle n'est pas terminée. Loin de là. Beaucoup de débats ont lieu entre les élites économiques et politiques. À l'origine, il y avait des désaccords pour la mise en place de ce système. La loi est passée. Autant dans le Guomindang que dans le Minjintang, il y avait des personnes favorables à ces changements. Ces dissensions perdurent avec l'application de la réforme au niveau des élites. Au début, la population l'a refusée purement et simplement. Comme le disait Gilles Guiheux, la notion d'État-providence qui nous est familière n'était pas du tout évidente à Taiwan.

Tout ce dont j'ai parlé apparaît un peu confus car c'est en cours. J'ai voulu parler des évolutions très récentes des politiques, c'est-à-dire actuelles et qui ne sont pas terminées, que ce soit le contrôle des maladies transmissibles, la médecine traditionnelle ou l'assurance maladie. C'est une façon de montrer la démocratisation réelle qui a lieu à Taiwan, malgré tout ce qu'on dit sur la collusion entre les élites économiques et politiques, sur la cooptation. Je crois que les gens prennent la parole à Taiwan.

Intervention dans la salle. — Vous disiez que la base a refusé le système de sécurité sociale. Pour quelles raisons ? L'ont-ils trouvé trop cher ? Imaginaient-ils d'autres conséquences ?

Une autre question : On sait que la presse a davantage de liberté à Taiwan. Récemment, y a-t-il des gens faisant partie de la société et non pas de l'autorité qui discutent plus librement dans la presse du sida et des autres problèmes ?

M^me^ Évelyne MICOLLIER. — Les formes de solidarité ou de sociabilité, et l'organisation en réseau, sont spécifiques à la Chine. Ce modèle de l'État-providence ou d'éléments de l'État-providence n'est absolument pas chinois. Cela ne correspond pas du tout au modèle traditionnel de solidarité. Comme cela se veut universel, on aide tout le monde, on n'aide plus seulement le réseau, le clan ou la famille. Dans ce cadre, on doit aider tout le monde. C'est une notion qui choque la population en général, sans parler de l'élite. Dans la presse, des articles évoquaient de déclin de la moralité dans le fait de payer pour des gens qu'on n'estime pas. De plus, il y a beaucoup de tabous au niveau de groupes sociaux, que j'appelle stigmatisés.

Un élément reste du système autoritaire de Taiwan. C'est une loi qui oblige tout le monde à s'enrôler dans le système de sécurité sociale. On ne peut pas rester en dehors. On doit être enrôlé sous peine de sanctions, par exemple pour les orphelins ou les chômeurs qui ne voulaient pas s'enrôler pour diverses raisons. L'État a noté que ces catégories de population ne s'inscrivaient pas à la Sécurité sociale. Ils ont donc fait intervenir le ministère de l'Intérieur. Je ne sais pas exactement sous quelle forme. Maintenant, ces gens sont enrôlés de force. Ils sont reconnus. Ce n'est peut-être pas ce qu'il y avait de mieux à faire dans une société en voie de démocratisation. C'est toute la contradiction de ce qui se passe à Taiwan actuellement. Les cotisations des personnes qui ne peuvent pas payer sont

payées par les autres. C'est une notion qui n'est pas évidente à faire accepter dans le monde chinois.

Au niveau de la prise de parole par rapport au sida, ceux qui sont engagés dans cette lutte de près ou de loin sont très actifs. Ils ont beaucoup de mérite parce qu'ils osent prendre la parole, même s'ils sont parfois masqués, comme je le disais. Mais ils participent ouvertement aux conférences de presse. Une grande majorité de la population ne veut pas en parler. C'est encore le silence qui prévaut ainsi que la manière de toujours renvoyer à l'autre. On l'a connu en France il y a dix ou quinze ans. Ce n'est donc absolument pas spécifique au contexte culturel, même si c'est peut-être renforcé par le contexte culturel. L'exemple des programmes d'éducation sexuelle est assez intéressant. Une loi rendra obligatoire à toutes les écoles des cours d'éducation sexuelle insérés dans des disciplines variées (biologie, éducation sanitaire, sciences humaines). Bien que de nombreux enseignants et parents aient été contre au début, cela sera généralisé cette année. Jusqu'à maintenant, cela a été assez marginal. J'ai rencontré les gens qui avaient écrit les manuels et qui sont en charge de l'application de la loi. Ce n'est pas simple.

Intervention dans la salle. — Il y a quelques années, quand je suis passée à Taiwan, j'ai entendu parler d'une expérience qui me paraissait très intéressante. Dans une clinique, une concertation permanente s'est réalisée entre la médecine occidentale, même de pointe, et la médecine traditionnelle. Il y a une concertation entre les médecins pour trouver des solutions de traitement. Je voudrais savoir si c'est une expérience qui se poursuit aujourd'hui et qui se généralise ou bien si elle reste dans un domaine plus ou moins privilégié ou privé.

M^me^ Évelyne MICOLLIER. — En matière de recherche et développement, ces projets se développent. C'est aussi le projet du gouvernement nationaliste que je n'ai peut-être pas bien précisé dans mon intervention. Pour le gouvernement nationaliste, il s'agit d'une intégration des deux médecines. On parle d'insertion de la médecine traditionnelle dans des structures, mais toujours de manière marginale. En revanche, où le phénomène n'est pas marginal, c'est dans le domaine de la recherche et du développement. Là, les gens collaborent. C'est l'intérêt à montrer que la médecine chinoise est très performante. Ils savent que le seul moyen de le montrer est de le prouver scientifiquement. On travaille donc avec des chercheurs de biomédecine, forcément. Là, il y a des projets importants avec de

gros budgets et des collaborations avec la Chine populaire. Évidemment, ce sont des projets privés pour les raisons politiques déjà évoquées avec la Chine populaire. Entre chercheurs, cela se passe très bien.

C'est la recherche qui se développe en médecine traditionnelle davantage que la pratique médicale. Au niveau clinique, l'apprentissage est encore très limité. C'est pourquoi les étudiants taiwanais vont en Chine populaire où l'enseignement clinique est très important. Ce sont des hôpitaux qu'on appellerait en France des CHU. Il est donc plus facile d'apprendre la clinique dans un CHU que dans un collège de médecine traditionnelle, isolé à Taizhong et non inséré dans des structures sanitaires.

M. Claude CADART. — Quelle a été l'attitude des bouddhistes à l'égard de la réforme du système de santé ? Négative ? Positive ? Neutre ?

M^me^ Évelyne MICOLLIER. — Certains groupes, qui possèdent un gros hôpital à Hualien, collaborent tout à fait avec le département de la Santé. C'est même l'une des structures qui collabore le plus facilement au niveau des pouvoirs locaux. C'est lié aux représentations bouddhiques. On retrouve ce qui existe chez les chrétiens, c'est-à-dire la charité vis-à-vis de l'autre et l'entraide réciproque, sans le réseau, la famille ou les valeurs traditionnelles chinoises. On retrouve une influence bouddhiste. Les bouddhistes collaborent très bien à ce genre de projets. Ils étaient même un groupe de pression derrière les hommes politiques. C'est un autre sujet, mais on pourrait parler en effet de la collusion du politique et du religieux. C'est très important à Taiwan. Sous l'égide de certains élus, les bouddhistes avaient fait valoir leur opinion. C'était un véritable groupe de pression surtout que, maintenant, ils ont de gros financements.

Le grand hôpital de Hualien est assigné au dépistage et au traitement du sida. C'est l'un des hôpitaux qui fonctionne le mieux pour les aspects psycho-sociaux. Il y a une prise en charge psychologique des malades du sida, par rapport à d'autres hôpitaux très renommés où elle n'existe pas du tout. Je suis allée voir ce qui se passait. Je peux le dire.

M. Jean-Pierre CABESTAN. — Concernant la médecine traditionnelle chinoise, en fréquentant les établissements hospitaliers et les médecins taiwanais, j'ai eu l'impression que la médecine tradition-

nelle chinoise est considérée avec un certain mépris par tout l'establishment médical. C'est un cours conçu en dilettante, en première ou en deuxième année de médecine. Après, on n'en fait plus jamais. Les médecins sont totalement axés sur le système américain. Les diplômes de médecine taiwanais sont valables aux États-Unis. On peut pratiquer la médecine aux États-Unis avec un diplôme taiwanais. Ils sont totalement orientés vers un système occidental, pour une raison bien simple que vous avez évoquée qui est l'impulsion japonaise, suivie de la politique ambiguë des nationalistes et cette volonté de modernisation. Il faut bien voir que la médecine traditionnelle chinoise a une image très ambiguë en Chine, une image qui est parfois celle de pharmacopée efficace mais aussi de médecine qui se rattache à des pratiques superstitieuses ou sans véritables bases scientifiques. Dans la pratique des hôpitaux, quand un malade suit un traitement occidental, les médecins craignent surtout que la famille arrive avec des médicaments de perlimpinpin qui contrarient le traitement occidental. Il faut choisir l'un ou l'autre. Quand il s'agit de maladies graves, les médecins sont farouches et entrent très souvent en conflit avec la famille. Ils essaient d'empêcher la famille d'apporter des fortifiants. Le grand problème est de combiner les deux médecines. On a une image de la médecine chinoise traditionnelle qui est faussée par ce que les Chinois de Pékin, particulièrement de l'époque maoïste, nous en ont montré. Combiner les deux médecines était une panacée parce qu'il n'y avait pas d'argent et pas assez de médecins formés à la médecine occidentale en Chine. Par des moyens de fortune, parce qu'ils n'avaient pas d'argent, ils ont donc essayé d'apporter une certaine médecine et des médicaments beaucoup moins chers, basés sur les plantes, qui sont parfois efficaces et, d'autres fois, pas du tout. Je me demande si, à l'avenir, cette médecine traditionnelle chinoise ne restera pas marginale. C'était ma première question.

Ma deuxième question concerne l'assurance santé pour tous. Il y a un certain nombre d'effets pervers qui ont aggravé une situation qui n'est pas préoccupante parce que les gens l'acceptent, mais qui est très loin de la manière dont on reçoit les soins médicaux en Europe. Il faut savoir qu'un médecin, un pédiatre ou un généraliste, reçoit soixante-dix à quatre-vingts patients par jour. C'est la chaîne. Il n'y a pas du tout la qualité des soins qu'on peut recevoir en Occident ou en Europe. Maintenant, le système de l'assurance maladie a fixé des barèmes qui sont assez bas pour éviter de trop augmenter les cotisations et d'accroître la pression sur les médecins

pour qu'ils voient le plus de patients possibles chaque jour. C'est un problème très concret. On en arrive à des situations limites parfois dans les hôpitaux où les chirurgiens refusent de pratiquer des interventions chirurgicales bénignes parce qu'elles ne rapportent rien. Une opération de l'appendicite coûte 2 500 yuans, c'est-à-dire 500 francs. Un médecin ne se déplace pas pour 2 500 yuans. Il y a donc des patients qui passent d'un hôpital à l'autre pendant un jour ou deux pour essayer de trouver un médecin prêt à intervenir. Ce sont des problèmes très concrets. Je vous prie de m'excuser pour ces remarques terre à terre. C'est un effet pervers de l'assurance-maladie actuelle qu'on a du mal à corriger. Certains le corrigent en pratiquant la médecine payante, en apportant des soins de meilleure qualité mais à des prix beaucoup plus élevés pour une élite qui restera forcément minoritaire.

M^me^ Évelyne MICOLLIER. — Sur la deuxième question, je suis tout à fait d'accord. On risque d'aboutir à un système de médecine à deux vitesses. C'est tout à fait ce qui se passe. Dans le privé, certains médecins qui travaillent dans le secteur public font maintenant des opérations sans les déclarer et les font payer très cher. Il n'y a pas qu'à Taiwan qu'on le fait. Mais cela risque vraiment de se généraliser à Taiwan. Je suis d'accord évidemment quand la santé pour tous est associée à la baisse de qualité des services médicaux. C'est l'état actuel des choses. On verra comment cela évolue. Il faut dire aussi que l'establishment médical qui ne participe pas était un groupe de pression opposé à la santé pour tous. Comme ce groupe de pression a perdu, il ne collabore pas maintenant. Dans l'establishment médical, la position n'a pas changé. Ils ne sont pas très favorables à la santé pour tous.

Sur la médecine traditionnelle, je crois qu'elle restera marginale à Taiwan. Là encore, comme je l'ai dit, les médecins sont formés dans les facultés de médecine étrangères ou taiwanaises, mais qui sont inspirées évidemment du modèle américain. La plupart des médecins de haut niveau sont formés dans les universités américaines. Ils sont convaincus de ce modèle. Ils sont beaucoup plus adeptes de la biomédecine que nous-mêmes, en Europe. [...]