



HAL
open science

La chine et la crise sanitaire de covid-19 programme humanitaire & développement observatoire de la santé mondiale -global health

Carine Milcent

► To cite this version:

Carine Milcent. La chine et la crise sanitaire de covid-19 programme humanitaire & développement observatoire de la santé mondiale -global health : PROGRAMME HUMANITAIRE & DÉVELOPPEMENT OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE -GLOBAL HEALTH. [Rapport de recherche] PROGRAMME HUMANITAIRE & DÉVELOPPEMENT OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE -GLOBAL HEALTH. 2020. hal-02906960

HAL Id: hal-02906960

<https://hal.science/hal-02906960>

Submitted on 26 Jul 2020

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.

**PROGRAMME
HUMANITAIRE &
DÉVELOPPEMENT**

LA CHINE ET LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19

Par Carine MILCENT

CHERCHEUSE AU CNRS,
PROFESSEURE À L'ÉCOLE ÉCONOMIQUE DE PARIS (PSE)

MAI 2020

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – *GLOBAL HEALTH*



L'INFLUENCE DE LA CHINE DANS LES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Le président Donald Trump annonça le vendredi 10 avril 2020 une possible fin de financement des États-Unis à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), avec la création d'une organisation parallèle qui concernerait les pays de l'alliance panaméricaine. Cette déclaration prenait place après les accusations américaines d'influence chinoise sur l'OMS, influence jugée disproportionnée au regard de la contribution financière de la Chine à cette institution, en comparaison à celle des États-Unis. Avant de poursuivre sur les raisons et les fondements de ces accusations, la question ici de l'indépendance des institutions internationales face à leurs financeurs se pose très clairement. Ce qui est remis en cause dans le discours du président américain n'est pas le lien lui-même entre les institutions internationales et les pays, mais bien le lien au regard des contributions versées. L'impartialité de ces institutions n'est ici même pas un sujet. Il est acquis, pour D. Trump, que cette impartialité ne fait plus partie du tableau. Le point porte sur la création d'une nouvelle institution ou le remaniement de l'institution existante, au regard des 400 millions de dollars américains versés par les États-Unis en 2019 à l'OMS.

Avant de poursuivre sur les chiffres révélés par la Chine, ce qui a découlé de ces chiffres¹, il semble important de resituer la création des organisations internationales, et notamment l'Organisation des Nations unies dans une perspective historique. Sa création remonte à l'après-guerre, en 1948. Elle est le point d'orgue d'une série de tentatives pour endiguer la propagation de maladies à forte létalité et/ou à transmission rapide. La peste, le choléra en sont des exemples. À la suite de la grippe espagnole, la Société des Nations (SDN) créa une unité propre, le « comité d'hygiène », qui peut déjà être considéré comme la première institution aux directives comparable à celle de l'OMS. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, trois organisations coexistaient : deux organisations européennes et une organisation panaméricaine, toutes occidentales. À cette époque, il a semblé sage et

¹ C'est-à-dire, les décisions prises par l'OMS et leur inscription dans le temps.

plus efficace de les assembler sous l'égide d'une seule organisation. Les récentes positions de D. Trump reviennent donc sur ce constat qui paraissait sensé à la fin de la Seconde Guerre. Toutefois, si l'accord a été signé par les représentants de 61 états, les règles établies dans l'approche aux soins et à la santé étaient celles des états occidentaux et de leur société. Pour tenir compte de la pluralité des problèmes sanitaires et des capacités d'action, six groupes géographiques ont été définis au cours du temps. La résultante est une organisation, l'OMS, dont les décisions dépendent de l'appréhension et la compréhension des informations diffusées par chaque zone. Ces mêmes décisions seront traduites en action suivant les pays. Toutefois, ces actions qui découlent des décisions de l'OMS peuvent être en décalage avec les modes de communication de chacun des groupes géographiques. Ainsi, au-delà de toutes possibles sous-estimations des risques de pandémie du virus Covid-19, les prises de conscience au niveau national dépendent également d'un processus de décisions qui dépassent les seules considérations sanitaires, d'autant plus si les signaux d'alerte sont mal compris ou sous-identifiés.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été dirigée par Mme Margaret Chan, ressortissante chinoise de 2007 à 2017. Ainsi, après les virulentes critiques de l'OMS sur la gestion chinoise de la crise sanitaire du SARS (2002-2003), le régime chinois a renforcé sa capacité d'influence auprès de cette organisation internationale dans les quatre années qui ont suivi. En 2017, pour la première fois dans l'histoire de l'OMS, son successeur Tedros Adhanom Ghebreyesus, le nouveau directeur général, est africain. Il s'agit d'un chercheur en microbiologie, ayant travaillé sur les stratégies de réponse au paludisme et la santé communautaire. Il a été ministre de la Santé en Éthiopie (2005-2012), puis ministre des Affaires étrangères (2012-2016). L'influence de la Chine sur son élection nécessite de positionner la politique chinoise en Afrique, et notamment en Éthiopie. Cet intérêt économique est lié aux intérêts géopolitiques de la Chine. Les marchés africains, loin de supplanter les marchés nord-américains et européens, offrent des perspectives pour des PME chinoises et les télécommunications. En parallèle, l'Afrique offre une source importante en matières premières, dont les métaux rares, indispensable à l'industrie chinoise. Depuis 2010, la Chine est devenue l'un des tout premiers partenaires

commerciaux de l'Afrique. L'Éthiopie a une place encore plus particulière. Le siège du fonds sino-africain de développement se trouve à Addis-Abeba. De plus, toujours à Addis-Abeba, la Chine a financé la construction du siège de l'Union africaine faisant symboliquement de l'Éthiopie la « capitale de l'Afrique »². Et, elle y a financé, en 2017, le siège de l'African Center for Diseases Control³. Enfin, les liens entre Tedros Adhanom Ghebreyesus et la Chine peuvent s'illustrer par ses déclarations sur le site officiel de l'OMS⁴, où il y dit que le « système de santé chinois est un modèle », permettant d'« améliorer la santé de 60 millions de personnes dans les plus de soixante pays engagés dans les Routes de la soie ». Le « partenariat stratégique entre la Chine et l'OMS » et la coopération avec le projet Belt & Road Initiative dans le domaine de la santé est appelé à se renforcer. Cette prise de position est en concordance avec la politique de diplomatie sanitaire chinoise. Ainsi, il est à peu près certain que la Chine ait pesé en faveur de son élection à la tête de l'OMS, lui permettant d'influer sur l'OMS de façon plus indirecte que par l'un de ses ressortissants à sa tête.

Au-delà de l'OMS, la Chine a étendu sa sphère d'influence à d'autres institutions internationales. Le journal *L'Express* titrait le 7 octobre 2018 « Dans une ONU divisée, la Chine trace son sillon ». Dans cet article, plusieurs diplomates, sous couvert d'anonymat, faisaient état des postes désormais occupés par des personnalités chinoises alors que ses postes étaient traditionnellement occupés par le Royaume-Uni, la France ou les États-Unis. En 2018, plus de 2 500 militaires chinois étaient Casques bleus et présents notamment en Afrique. La Chine finance également un nombre croissant de rapports et de missions permettant d'étendre son influence tout en acquérant de l'information à la source. Parmi les personnalités chinoises, M. Xing Qu est numéro 2 de l'UNESCO, Mme Fang Liu est à la tête de l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), M. Houlin Zhao à la tête de l'Union internationale des télécommunications (UIT) et M. Qu Dongyu comme directeur général de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Mme Wang Binying est actuellement une candidate plus que potentielle à la direction générale de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle

² Jean-Pierre Cabestan, « China and Ethiopia, Authoritarian Affinities and Economic Cooperation », *China Perspectives*, n° 4, 2012

³ « US Warns over Chinese 'Spying' on African Disease Control Centre », *Financial Times*, 6 février 2020

⁴ « Building from Strength: Expanding the Strategic Partnership between WHO and China », who.int, 18 juillet 2018

(OMPI). Tout ceci illustre le désir de la Chine à être influente au sein d'organisation internationale. En parallèle, avec l'arrivée au pouvoir de D. Trump, les États-Unis ont délaissé leur rôle historiquement joué et le multilatéralisme qui y est associé.

La temporalité des évènements est également cruciale pour comprendre la polémique actuelle sur les chiffres chinois de l'épidémie du Covid-19 et la réaction de l'OMS. Les premiers cas avérés remonteraient à novembre 2019. Le virus serait apparu sur un marché aux poissons insalubre et où la vente d'animaux interdits à la consommation aurait lieu. Rapidement, début décembre, des médecins ont sonné l'alerte au prix d'arrestations, d'intimidations et de réprimandes. Le docteur Li Wenliang, parmi les sonneurs d'alerte décèdera de cette épidémie six semaines plus tard. Plus récemment, le docteur Ai Fen, cheffe des urgences à l'hôpital central de Wuhan a donné une interview le 10 mars, publiée par le magazine chinois *Personnage*, où elle révèle la chronologie de la détection du Covid-19, dès la fin décembre. Le 5 janvier 2020, l'OMS déclare que sur la base des informations transmises par la Chine, « aucune preuve de transmission interhumaine significative et aucune infection par des agents de santé n'ont été signalées ». Il faut attendre le 12 janvier pour que l'OMS déclare l'existence d'un nouveau virus nommé « coronavirus ». Ce même jour, les scientifiques chinois partagent la séquence complète du génome du nouveau coronavirus. Le laboratoire où ont été effectuées les analyses sera fermé le lendemain de ce partage à la communauté scientifique internationale. Le 13 janvier, si une transmission d'humain à humain n'est toujours pas établie, une femme en Thaïlande, sera détectée positive au Covid-19. Elle provient de Wuhan, mais assure ne s'être jamais rendue dans le marché incriminé. Le 22 janvier, tout s'accélère alors en Chine avec la fermeture autoritaire de la province du Hubei où se situe la ville de Wuhan. Le confinement concernera en fait l'ensemble de la Chine, mais les projecteurs seront braqués sur cette province où le confinement ne connaîtra aucune souplesse, et où les individus seront parqués chez eux afin de ralentir puis stopper l'expansion de l'épidémie. En parallèle, le comité d'urgence de l'OMS est réuni au titre du Règlement sanitaire international (RSI) qui est l'instrument juridique imposant aux États la notification sans délai des alertes sanitaires, et qui a été renforcé en

2016. Malgré de fortes divergences en son sein, il ne sera pas déclaré d'urgence de santé publique de portée internationale. Rappelons qu'à cette date, il n'y a que 11 cas en dehors de Chine sur six pays, ce qui peut justifier cette décision. Le 24 janvier, la France fait état de trois cas sur son territoire, en connexion avec la ville de Wuhan. L'OMS recommande, ce 24 janvier 2020, la mise en place de mesures pour la détection des cas de Covid-19 et cela, à chacun des pays. C'est également ce jour que le président Xi Jinping prononce un discours sur ce virus et la gravité de la situation. On observe aussi la concomitance entre les déclarations de l'OMS et ceux du gouvernement central chinois. De son côté, D. Trump loue les efforts de la Chine et sa « transparence » sur Twitter le 24 janvier. De retour de Chine, le 29 janvier, le directeur de l'OMS déclare que « la Chine mérite notre gratitude et notre respect ». Le 31 janvier où le bilan chinois affiché était de 10 000 personnes contaminées et 213 décès, l'OMS déclare l'urgence internationale, fait rarissime depuis la création de l'OMS (sixième fois). Il faudra attendre le 10 février pour qu'une équipe d'experts de l'OMS se rende en Chine. Si la diplomatie des discours de l'OMS envers la Chine peut s'expliquer par son besoin d'autorisation de l'état membre pour se rendre sur son territoire, on peut en revanche se questionner sur le rôle du bureau régional, mais aussi national, de l'OMS en Chine... Au-delà de ce qui a pu s'observer sur le timing des recommandations de l'OMS, il est remarquable de constater qu'à la date du 31 mars 2020, où tant de pays subissaient déjà le confinement de par l'expansion du virus Covid-19, le Conseil de sécurité de l'ONU ne soit parvenu à aucune déclaration commune sur le caractère pandémique du virus, moment où la Chine présidait le conseil. On ne peut là incriminer aucune tierce personne, contrairement à l'OMS où son directeur est directement visé par les critiques.

LA RÉACTION CHINOISE AU REGARD DES AUTRES PAYS

L'attitude de la Chine pour tenter d'endiguer l'épidémie du virus Covid-19 a été la fermeture brutale et complète de la province du Hubei, et de façon encore plus serrée, un confinement très autoritaire de la ville de Wuhan. En tant qu'observateur, et

rétrospectivement, on peut se demander pourquoi n'a-t-elle pas réagi comme l'on a alors fait dans les pays ou territoires voisins comme Singapour, Taiwan et Hong Kong.

Dès les premiers cas sur leur territoire, on a pu observer à Taiwan, Hong Kong, Singapour et en Corée du Sud, des mesures drastiques. Suivant les endroits, une systématisation de tests à un stade précoce a été mise en place. Un confinement sévère des personnes infectées a été instauré. De plus, un traçage des personnes infectées a été réalisé permettant d'identifier autant dans l'espace que dans le temps, une possible contamination du virus au cercle étendu de fréquentation des personnes contaminées. Des fermetures de frontières ont aussi rapidement été mises en place, ainsi que des décisions de fermetures d'école et une généralisation du port du masque. Il s'agit de régions où depuis le SARS (2002-2003), les habitudes et réflexes sanitaires ont changé de façon durable. Le port du masque quand on est soi-même malade, même d'un simple rhume, est devenu presque automatique. Ainsi, réactiver plus fortement ces réflexes est relativement simple.

Tout d'abord, comme élément de réponse, rappelons que Singapour et Hong Kong sont des régions à la population fortement urbaine, déjà, à l'époque du SARS. Par ailleurs, ce sont des zones qui, géographiquement, ont la possibilité de couper leurs frontières avec l'extérieur et de filtrer les entrants. De plus, les liens avec la province du Hubei ne sont pas les mêmes que les provinces chinoises voisines du Hubei. Enfin, ce sont des zones dont les systèmes de santé mis en place offrent une forme de gratuité aux soins, permettant une grande adhésion de la population à se faire dépister, car cela n'implique pas ou peu de restes à charge. Toutes ces raisons sensiblement différentes du contexte chinois expliquent les différences de réaction avec la Chine continentale.

Ensuite, il est important de garder en tête que la crise sanitaire a débuté en Chine. À travers le début de cette crise, probablement à partir du début du mois de novembre, s'est joué un jeu de pouvoir et de rétention d'information entre la province et l'État central chinois.

Revenons sur la rupture qu'a présentée le président chinois actuel Xi Jinping, contrairement à son prédécesseur : la lutte contre la corruption. L'empire du Milieu est

aux prises avec un niveau de corruption important, qui touche l'ensemble des sphères du pouvoir, du local au central. Xi Jinping s'est présenté lui-même comme celui qui « assainirait » le pays. Il se présente donc comme un exemple d'intégrité et porte des actions fortes pour l'imposer au niveau inférieur. Dans un contexte d'arrangements par *Hongbao* (enveloppe rouge correspondant à des pots-de-vin), cette politique de l'État central est alors vécue comme une menace par rapport à un ordre précédemment établi. De par la décentralisation du pouvoir en Chine, l'un des objectifs majeurs des responsables locaux est de ne créer aucun remous, afin de ne pas braquer les yeux de l'État central sur leurs activités. Pour ce faire, il faut répondre aux critères de l'État central en termes de taux de croissance du Produit intérieur brut (PIB) et d'indicateurs d'améliorations sociales incluant, si possible, la mise en place de nouvelles mesures sociales. Les dirigeants politiques locaux sont notés sur leur performance en matière de PIB, mais également de critères sociaux, ce qui leur permet de naviguer au sein de l'appareil du parti politique. La province du Hubei fait partie de ces riches provinces qui ont aujourd'hui le plus à craindre du pouvoir central. Dans ce contexte, il est compliqué pour les autorités locales d'alarmer sur une possible crise sanitaire. La préférence est donnée à une gestion interne de la crise, allant jusqu'à dissimuler la teneur et l'ampleur de la crise, ici sanitaire. Or, le tournant semble avoir été le 31 décembre 2019, date à laquelle la commission sanitaire de Wuhan a communiqué sur la présence alarmante d'un coronavirus.

LA VÉRACITÉ DES CHIFFRES DE LA CRISE SANITAIRE CHINOISE

Il y a eu une communication sur l'épidémie du Covid-19, contrairement à ce qui a pu être observé lors de l'épisode du SRAS. Toutefois, le mode de communication n'a pas toujours été bien appréhendé par les pays concernés. À titre d'exemple, revenons à la France. La semaine du 21 janvier 2020, l'ambassade de Chine à Paris alertait les autorités françaises sur le cas d'une femme ayant pris l'avion depuis Wuhan et, via un réseau en ligne (Wechat/Weixin), s'étant décrit à sa famille en Chine comme présentant des symptômes que l'on peut aujourd'hui associer au Covid-19. Si les autorités françaises ont examiné

cette femme, il n'y a eu ni isolement ni mise en quarantaine, car à ce moment, la gravité de la situation n'était pas perçue comme telle. La réaction de l'ambassade de Chine n'a pas été perçue comme un signal d'alarme inquiétant.

Au regard des chiffres donnés par les autorités chinoises, y avait-il matière à envisager la situation présente, et notamment la situation catastrophiquement alarmante du nombre de décès aux États-Unis ?

Le nombre de décès affiché en Chine ne donne pas le tournis. Le 22 janvier, jour où la province du Hubei, incluant la ville de Wuhan, est mise en quarantaine, 555 personnes sont déclarées officiellement contaminées et 17 décès dus au Covid-19 sont comptabilisés. Le 31 janvier, jour où l'OMS déclare l'urgence internationale, le bilan chinois affiché est de 10 000 personnes contaminées et 213 décès. Le 14 février 2020, toutefois, le nombre de décès était de 1 400 et le nombre de personnes contaminées atteignait 64 000 personnes.

Les chiffres, en comparaison même de la grippe, sans parler du cancer, ne font pas bondir. En France comme ailleurs, le public s'étonne de l'envolée des décisions autoritaires des autorités chinoises comme des institutions internationales. Sur la toile des pays occidentaux, elles seront jugées excessives par certains. En fait, il est difficile de croire aujourd'hui en leur véracité au vu de ce qui est observé à travers le monde et cela, quel que soit le système de santé mis en place dans le pays.

Connaître les chiffres réels est toujours difficile. Quel que soit l'endroit, quel que soit le type d'épidémie (par exemple la grippe), les « vrais » chiffres dans le comptage des décès ne peuvent se calculer que rétrospectivement, après le passage de l'épidémie. Lorsqu'une personne est admise à l'hôpital, en fonction de ses comorbidités, l'affectation de son décès à telle ou telle cause est parfois compliquée. Lorsqu'il s'agit de décès en dehors de la structure hospitalière, déterminer la cause du décès est alors d'autant plus complexe. Cela ne veut pas forcément dire que l'on cherche à masquer les chiffres pendant la crise. La tâche est d'autant plus ardue en Chine, que ce pays au régime autoritaire et au parti unique, a une mise en exécution de sa politique qui est très décentralisée et pragmatique, suivant les lieux géographiques ainsi que leur niveau de richesse et d'inégalités sociales.

Ainsi, comprendre ce que signifient les chiffres donnés et le timing des mesures prises permet de mieux comprendre le décor de la situation présente et décriée.

Tout d'abord, l'État central a-t-il tardé à prendre conscience de la gravité sanitaire de la situation ? Il est possible que les dirigeants de Wuhan aient voulu, dans un premier temps, minimiser la situation en tentant d'en garder les rennes, un temps trop long avant que Pékin s'en saisisse.

La diversité de l'offre de soins joue également sur les chiffres officiels donnés. La première décennie après l'épisode du SRAS a vu la mise en place des trois assurances maladie publiques couvrant ainsi dès 2000, quasiment 100 % de la population chinoise. La seconde décennie a assisté à la complexité d'unification du système d'assurance mise en place, aux difficultés de réallocation de la demande vers une offre de soins de proximité, mais dont le niveau de qualité ne correspond pas à l'attendue et à des restes à charge excluant encore une large part de la population à l'accès financier aux soins. Ces dernières années, une montée des solutions impliquant le digital *via* des plateformes est apparue, notamment à travers les trois géants de l'internet chinois (Alibaba, Tencent et Baidu). Au moment de la crise sanitaire, la population est donc face à des difficultés financières d'accès aux soins. Les 100 % de couverture de l'assurance de santé publique cache des restes à charge très conséquents. De plus, l'assurance de santé publique prend en charge un panier de soins de base prédéfini. Tout soin en dehors du panier est à la charge du patient et de sa famille. Au cœur de l'épidémie, le remboursement des tests par l'autorité centrale ne permettait de répondre que partiellement à ces difficultés. Le test ne pouvant être fait dans l'ensemble des cas et le reste du séjour restant à la charge du patient, car ne faisant pas partie du package de prise en charge par l'une des assurances publiques. Par ailleurs, le système de santé chinois étant très décentralisé, le montant du reste à charge varie d'une zone géographique à une autre, même au sein d'une même province. De plus, la qualité du personnel soignant est dépendante de la structure sanitaire. Les diplômés de médecins comme celui d'infirmiers ne nécessitent pas les mêmes années d'études suivant les structures auxquelles le diplôme donne le droit d'exercer. À la différence de la France, entre un centre de santé et un établissement hospitalier, les médecins n'ont pas suivi les

mêmes cursus, à aucun moment de leur scolarité et de leur formation. Il est donc plus compliqué d'homogénéiser les pratiques de prises en charge et de repérer de façon homogène les cas de complications et de décès liés au Covid-19. La comptabilisation des cas liés au Covid-19 s'en trouve affectée.

Il est tout à fait crédible que nombre de personnes soient décédées du Covid-19, sans être passées dans les grands hôpitaux du Hubei (pour ce qui concerne l'épicentre de la pandémie) ou par les hôpitaux des capitales provinciales. L'écart de prise en charge entraîne forcément un écart dans l'évaluation. En France, pendant toute une période, on n'a pas comptabilisé les morts dans les Ehpad. De plus, il est également plausible qu'un certain nombre de personnes ne se soient pas rendues dans une structure sanitaire.

La question de l'accessibilité aux soins est cruciale dans un pays qui connaît un très haut niveau d'inégalités sociales. Elle est cruciale pour les patients, bien sûr. Mais elle l'est également dans l'établissement des chiffres de mortalité. Les conséquences de ces inégalités sociales et d'accès aux soins se voient également en France et notamment en Seine Saint-Denis, où le taux de mortalité se révèle plus fort que dans d'autres départements. Mais aussi aux États-Unis où l'absence totale de couverture sociale pour une partie de la population, population présentant également des taux de comorbidités plus importants, a des répercussions dramatiques.

Au total, il apparaît clairement que le système de santé chinois amène à un intervalle d'erreur beaucoup plus important que celui existant en France, à titre de comparaison. Choisir dans cet intervalle, communiquer sur le chiffre le plus petit n'est pas fournir un chiffre erroné. Les pays ayant un système de santé offrant un accès aux soins à tous ont des chiffres dans un intervalle d'erreur plus réduit, amenant mécaniquement à la publication de chiffres plus importants au regard de leur population. Il faut donc se méfier des comparaisons abusives des chiffres, dont l'ampleur peut ne révéler alors qu'un mixte entre la performance du système de santé et la performance de son système statistique de recueil exhaustif de l'information. Les chiffres sont à mettre au regard de ces deux éléments. Toutefois, il est certain que les chiffres de la crise sanitaire n'ont pas uniquement servi un but épidémiologique, mais ont également été utilisés comme

instrument de socio-politique en interne à l'empire du Milieu et un outil géopolitique pour l'international. La sortie de crise observée actuellement suit les mêmes canaux de communication, quitte à surjouer la performance du gouvernement chinois dans sa gestion de la crise sanitaire.

LA SOCIO-POLITIQUE CHINOISE

Derrière les chiffres et leur mesure, il y a aussi un objectif clair de maintien de la population. Le confinement très resserré de la province du Hubei eut lieu le jour de la prise de parole de Xi Jinping. Tout au long de cette crise sanitaire, qui se poursuit avec le dé-confinement, le pouvoir central a été très attentif à sa communication. Il a tenu un discours à destination exclusive de la population (et donc non traduit en anglais, notamment) et un autre destiné principalement à l'international.

Le pouvoir central doit à la fois donner l'ampleur de l'épidémie et gérer l'angoisse et l'anxiété de 1,4 milliard d'habitants. La Chine n'a pas réellement la possibilité d'afficher des chiffres à faire trembler. Il faut faire prendre conscience de la dangerosité de la maladie tout en ne laissant pas la population s'enflammer et éviter d'affoler la population dont une partie a perdu son emploi et se retrouve sans ressources, tout en imposant des consignes strictes.

Le choc du confinement leur pèse plus durement par des possibilités moindres, suivant les métiers, de télétravailler. De plus, cette population travaille généralement dans des structures de moyennes ou petites tailles, structures ne pouvant pas assurer un retour à l'emploi à la fin du confinement, et cela malgré les dispositions d'aide aux entreprises prises par l'État central et le report des charges. Je ne parle pas ici de la population rurale qui se trouve dans une situation de précarité encore plus avancée par le confinement. La population est donc très tendue et en attente de résultats rapides sur la gestion de la crise sanitaire. Elle a été très autoritairement mise dans une situation de forte précarité avec une grande incertitude sur la portée de la crise sanitaire. La Chine est un pays où la santé est omniprésente au quotidien et où l'équilibre de son alimentation entre le chaud et le

froid, le salé et le sucré, etc. importe. La médecine chinoise est d'abord une médecine de prévention. Ainsi, la crise sanitaire touche au cœur des angoisses de la population et sa gestion doit en tenir compte. Il s'agit d'un véritable numéro d'équilibre qui a été fortement ébranlé par la mort du docteur Li Wenliang, l'un des médecins sonneurs d'alerte de la crise sanitaire à venir. Ce médecin a diffusé un film sur les réseaux sociaux où il expliquait sa position en tant que médecin, où il disait qu'il se devait d'alerter et où il y expliquait les implications c'est-à-dire les risques qu'il encourrait à communiquer sur ce virus et sa possible contagiosité par rapport aux directives des autorités locales. La crise sociopolitique qui a suivi ce décès a été très forte. Malgré la surveillance connue des réseaux sociaux, la société civile a fait connaître son mécontentement et sa colère. Si des mesures et une dialectique ont été mises en place pour les accompagner, tout ceci reste fragile.

Rappelons que si dans les grands établissements hospitaliers de niveau trois correspondant à nos Centres Hospitaliers régionaux et/ou universitaires (CHR/U), la qualification du personnel soignant est comparable à celui des pays occidentaux. À l'inverse, dans les structures de taille plus modeste, ce n'est pas le cas. La répartition spatiale de ces structures est organisée comme en France. L'équivalent de nos CHR se trouve dans les grandes villes, densément peuplées, mais également, en moyenne, au revenu plus élevé que les zones périurbaines ou rurales. Dans une situation de confinement très strict, l'accès aux soins est lié à la proximité, entraînant également un gradient dans l'accès en fonction du niveau socio-économique des individus. Ainsi, il y a là une double peine pour les populations de modeste à défavorisées. Au-delà d'un accès à des soins de moindre qualité lorsque leur budget le leur permet, s'ajoutent des considérations économiques. Le président chinois Xi Jinping sait que s'il veut faire taire les critiques au sein même de son parti, une partie de l'histoire de cette crise doit être réécrite, ici, en interne, au profit de la gloire de la Chine. De plus, faire ressortir les difficultés actuelles de gestion de la crise sanitaire du reste du monde au regard des réussites de la gestion chinoise très autoritaire, entre également dans ce processus socio-politique.

LA GÉOPOLITIQUE CHINOISE

La Chine se présente désormais comme une alliée face à la crise sanitaire. Elle offre son aide en tant que premier pays à se sortir lentement et prudemment de cette crise et promeut son modèle. Son régime autoritariste aura permis d'imposer sans compromis un confinement à la totalité de sa population et de façon particulièrement stricte à 54 millions d'entre eux. Elle est en mesure de relever les faiblesses des mesures autoritaires des pays aux régimes démocratiques. Elle se propose comme partenaire ou en soutien suivant les pays, ainsi qu'en remplacement ou complément au rôle qu'exercent déjà les États-Unis. Elle a également besoin que l'Europe se sorte rapidement de cette crise sanitaire afin de reprendre ses échanges commerciaux. Et elle veut tirer parti du temps d'avance qu'elle a sur les États-Unis, puisqu'elle commence à sortir prudemment de cette crise sanitaire alors que les États-Unis s'y enfoncent actuellement.

Cette crise sanitaire a été, et est encore, marquée par des actes de mises en scène forts en symboles. Ainsi, le 28 janvier, les autorités chinoises annoncent la création de deux « hôpitaux » pour accueillir les patients atteints du Covid-19. La ville étant en plein confinement strict, des bâtiments auraient pu être réquisitionnés, mais ce n'est pas le choix qui a été fait. Des caméras sont braquées sur la construction de ces édifices. Rappelons qu'un « hôpital » avait également été rapidement construit lors de l'épisode du SRAS et laissé à l'abandon ensuite. Parallèlement, à cette date, le nombre de cas officiel est encore faible, mais peu de gens questionnent le rapport entre les chiffres donnés et la construction de ces infrastructures, composées de 3 400 lits supplémentaires. Elles se positionnent officiellement comme pour accueillir les cas non sévères. Le 3 mars 2020 est décidée la fermeture de 14 établissements hospitaliers temporaires à Wuhan. Cette information met l'accent sur le caractère « instrumentalisé » de la création des établissements hospitaliers de fin janvier, d'autant plus que l'hôpital temporaire de Jianghan, qui a été construit dans un centre international d'exposition à Wuhan avec 1 564 lits, est présenté comme le plus grand de Wuhan durant l'épidémie. De façon similaire, les pays occidentaux vont construire des établissements hospitaliers de

campagne tout en en faisant des symboles. Toutefois, la répercussion, l'image donnée du contrôle de la crise sanitaire, n'en sera jamais aussi forte que dans le cas de la Chine.

L'objectif de la Chine est donc de faire oublier à la fois les origines de cette crise et les chiffres qu'elle a pu diffuser pour se concentrer sur sa gestion de la crise et l'après impliquant ce qu'elle peut offrir. Elle représente une solution de sortie de crise.

D'un autre côté, les États-Unis ont désormais pour politique de stigmatiser la Chine comme l'épicentre de cette pandémie. Ces derniers jours, la guerre géopolitique semble s'ancrer sur l'origine de l'épicentre de l'épidémie. Depuis plusieurs semaines, des théories du complot font surface. Ce qui y est intéressant, ce ne sont pas les théories elles-mêmes, mais comment la Chine tente désormais de délocaliser l'épicentre de l'épidémie sur les États-Unis, pays submergé par l'ampleur de la crise sanitaire, en particulier pour les populations socialement défavorisées. En parallèle, il est également intéressant de constater comment les États-Unis reviennent également sur le début de la crise sanitaire et rétrospectivement, les manipulations chinoises, à travers les chiffres et ces liens avec l'OMS. La théorie d'un virus qui n'aurait pas son origine dans ce marché insalubre, au-delà de toute plausibilité, sert également une sociopolitique américaine mise à mal par la crise sanitaire. Tandis qu'une part de la classe politique américaine souligne les inégalités sociales jouant sur l'étendue de la crise sanitaire, D. Trump stoppe le financement des États-Unis à l'OMS, jugée comme ayant failli à sa mission pour des raisons de conflit d'intérêts avec la Chine.

Ce qui est certain c'est que l'épidémie va accélérer l'essor du système de santé digital un peu partout dans le monde. En Chine, on a pu voir à Wuhan des robots en point d'appui des soignants. La Chine se distinguait déjà par la mise en place de systèmes de santé novateurs, où des filiales de l'un des trois géants internet (Alibaba, Tencent, Baidu) proposaient des services incluant des téléconsultations, des prises de rendez-vous à l'hôpital, des assurances privées et le stockage des informations historiques du patient. Le confinement résultant de cette crise sanitaire a pour effet de faire apparaître, au niveau international, une demande de téléconsultation et une adaptation rapide à ses modes

d'offre de soins. La question est : « comment et suivant quelle ampleur, la Chine, novatrice sur ce secteur, sera-t-elle capable de capter ce marché en pleine expansion ? ». ■

LA CHINE ET LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19

PAR **Carine MILCENT** / CHERCHEUSE AU CENTRE NATIONAL DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE (CNRS), PROFESSEURE À L'ÉCOLE ÉCONOMIQUE DE PARIS (PSE), AUTEURE DE *HEALTH REFORM IN CHINA: FROM VIOLENCE TO DIGITAL HEALTHCARE*, PALGRAVE MCMILLAN, LONDRES, 2018

MAI 2020

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE - « GLOBAL HEALTH »

Sous la direction de Nathalie ERNOULT et du Dr Anne SÉNÉQUIER
ernoult@iris-france.org – senequier@iris-france.org

Un observatoire du

PROGRAMME HUMANITAIRE & DÉVELOPPEMENT

© IRIS

Tous droits réservés

INSTITUT DE RELATIONS INTERNATIONALES ET STRATÉGIQUES
2 bis rue Mercoeur
75011 PARIS / France

T. + 33 (0) 1 53 27 60 60

contact@iris-france.org

@InstitutIRIS

www.iris-france.org