

MEMOIRE DU DIPLOME POSTGRADE EN ECONOMIE ET
ADMINISTRATION DE LA SANTE
(Master in Health Economics and Management)

**La Transition économique et les Réformes
du Système de Santé chinois**

Présenté et soutenu par : Jian CHEN

Diplômée en médecine à Béthune université de la médecine (Changchun, Chine)

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Pierre HUARD,
Université de la Méditerranée, Aix-Marseille ;
Professeur invité à l'Université de Lausanne

Expert : Madame Martine AUDIBERT,
Directeur de recherche au CNRS, CERDI
Université d'Auvergne

Institut d'Economie et Management de la Santé
Université de Lausanne

Remerciements :

Je remercie vivement Monsieur le Professeur Pierre HUARD pour sa grande disponibilité à diriger ce mémoire, ainsi que Madame Martine AUDIBERT pour avoir accepté d'être l'expert de ce travail ;

Un grand merci à mes amies, Mlle Myriam DESBOEUFs et Mme Michèle JACCARD-PUGIN, pour avoir corrigé les fautes de français ;

Je souhaite aussi remercier tout le corps enseignant qui m'a permis d'apprendre et d'enrichir mes connaissances dans ce domaine ;

Je remercie Mme Hélène KALLAY pour son amabilité et sa patience à m'aider pour la résolution des problèmes administratifs ;

Enfin je remercie mes parents et mon mari Hui pour leur soutien. J'aimerais leur dire que je pense à eux jour et nuit, et que je me réjouis de les retrouver en Chine.

Table des Matières

1. Introduction.....	4
2. Qu'apporte la réforme économique au secteur sanitaire?.....	5
2.1 Un coup d'œil sur l'ancien système de santé chinois.....	5
2.2 Les changements dans le secteur sanitaire suite à la réforme économique.....	6
2.2.1 Quels changements et pourquoi ces changements?.....	7
2.2.2 Quelles sont les conséquences de ces changements?.....	13
3. Les récentes réformes du secteur sanitaire.....	24
3.1 Pourquoi réformer le système de santé?.....	24
3.1.1 La correction des politiques inappropriées en matière de santé.....	24
3.1.2 Les inconvénients de l'ancien système de santé sous le régime planifié.....	24
3.1.3 L'émergence des problèmes sociaux après 1978.....	25
3.2 Les mesures de la réforme.....	26
3.2.1 La reconstruction de la couverture d'assurance.....	27
3.2.2 La réforme des établissements médicaux.....	30
3.2.3 La réforme du système de distribution des médicaments.....	30
3.3 Que vont résoudre ces réformes?.....	31
3.3.1 Peuvent-elles freiner l'escalade des coûts?.....	31
3.3.2 Peuvent-elles améliorer l'accès aux soins?.....	32
3.3.3 Peuvent-elles assurer la qualité des soins?.....	33
4. Que faut-il encore faire?.....	33
5. Conclusion.....	36
6. Bibliographie.....	37
Annexe 1 : Les régions économiques de la Chine.....	39
Annexe 2 : Le classement des provinces chinoises en fonction du PIB 2004.....	40
Annexe 3 : La division administrative de la Chine.....	41
Annexe 4 : Les principales étapes de la réforme économique.....	42

LISTE DES ABREVIATIONS

Abréviation	Signification
PAE	Plan d'Assurance-Maladie des Employés de l'Etat
PAT	Plan d'Assurance-Maladie des Travailleurs
SMC	Système Médical Coopératif
PIB	Produit Intérieur Brut
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CIEM	Compte Individuel d'Épargne médical
FPM	le Fonds Public Médical
PCC	Parti Communiste Chinois
CFEM	Compte Familial d'Épargne Médicale
FM	le Fonds de Mutualisation

1. INTRODUCTION

En 1978, la Chine a commencé son ambitieuse réforme. Dans le chaos de la grande révolution culturelle, les Chinois ont reconstruit leur vie politique et économique. À l'initiative de Deng Xiaoping, la Chine renonce progressivement à son économie planifiée et centralisée au profit d'une économie de marché de type socialiste. Au cours de ces 25 dernières années, l'économie chinoise a enregistré un taux de croissance de 9,4 %¹ en moyenne. La Chine est devenue très active sur le plan économique mondial.

La transition économique influence évidemment les autres secteurs de la société. Logiquement, le développement économique devrait avoir des influences positives sur les secteurs sociaux. La croissance économique contribue à l'augmentation de la richesse nationale, du capital productif, des impôts etc.. Cela signifie que l'Etat peut investir davantage dans les secteurs sociaux et que le peuple peut bénéficier des avantages d'un « Etat providence ».

Mais nous avons observé qu'en Chine la croissance économique a malheureusement mené à une détérioration dans les secteurs sociaux, comme le secteur éducatif et sanitaire. Pourquoi ce résultat ? Parce que ce n'est pas la croissance économique qui détermine l'allocation des ressources disponibles mais c'est la politique du gouvernement qui a ce pouvoir.

Dans ce mémoire, nous essaierons d'expliquer quelles sont les influences de la transition économique sur le secteur de la santé et quels sont les impacts de cette transition sur la condition de santé des Chinois. Nous allons montrer les changements dans le secteur sanitaire suite à la réforme économique dans un contexte historique, politique, démographique et économique. Nous allons aussi expliquer quelles mesures le gouvernement a prises face à ces changements.

Pour atteindre l'objectif de ce travail, nous nous sommes appuyés sur :

- des informations, des statistiques et des rapports du Ministère de la Santé de Chine et d'autres institutions étatiques telles que le Ministère du Travail et de la Protection sociale, le Ministère des Finances, etc.
- des rapports et des statistiques de l'OMS et de la Banque Mondiale
- de la littérature portant sur la réforme économique, la santé publique, la protection sociale et la réforme des systèmes de santé
- des expériences d'autres pays en terme de réformes des systèmes de santé
- des contacts directs avec des « personnes ressources » et avec le personnel médical

L'expérience de six ans de travail dans un grand hôpital permet également d'apporter un point de vue personnel à la réflexion.

Cette démarche nous amène à organiser ce travail en deux grandes parties.

D'abord, avec une brève évocation de l'ancien système de santé, nous allons lister les changements dans le secteur sanitaire chinois provoqués par la réforme économique et expliquer les conséquences de ceux-ci. Ensuite, nous allons montrer les mesures que le gouvernement a prises pour envisager les problèmes anciens et actuels de ce secteur. Enfin, nous allons conclure avec quelques propositions.

1. *China country economic memorandum: Promoting growth with equity*. La Banque Mondiale, 2003. (versions chinoise). p.15

2. QU'APPORTE LA REFORME ECONOMIQUE AU SECTEUR SANITAIRE?

Avec les réformes économiques lancées la fin des années 70, de grands bouleversements sociaux se sont opérés. Il va sans dire que le passage d'une économie planifiée centralisée à une économie de marché a provoqué des changements remarquables dans presque tous les aspects de la société. Grâce à la réforme, la condition de vie des Chinois s'est considérablement améliorée et le recul de pauvreté générale est spectaculaire. Dans le secteur sanitaire, le développement économique a facilité l'expansion de l'industrie de la santé, en mettant à la disposition des gens des technologies médicales modernes. Mais en même temps, il a aussi beaucoup modifié l'organisation et les ressources financières du système de santé.

Nous allons tout d'abord jeter un coup d'œil sur l'ancienne organisation du système de santé pour comprendre plus facilement quelles influences les réformes économiques ont apportées à ce secteur.

2.1 Un coup d'œil sur l'ancien système de santé chinois

Pendant la seconde partie du 20ème siècle, la Chine passait par deux phases différentes: l'ère d'une société égalitaire (1950-1970) et l'ère de la libéralisation économique (1980-1990). Dans la première phase, le système économique était organisé de façon centralisé et planifié. D'un côté, l'Etat contrôlait presque toutes les ressources naturelles et sociales, de l'autre, il était également responsable de la protection sociale, de l'emploi, et de la distribution des produits de consommation. L'Etat s'occupait du bien-être de la population à travers l'unité de travail et les communautés, qui étaient notamment contrôlées par le gouvernement.

L'organisation Comme beaucoup de pays en voie de développement, la Chine gère sa société en la divisant en deux parties : le milieu rural et le milieu urbain. Conformément à cette division, on applique la politique et la stratégie du développement différemment. À l'époque, dans une société égalitaire, le principe de l'organisation des soins de santé était identique pour ces deux milieux. C'était une organisation sur trois échelons. Pour le milieu rural, les dispensaires des villages se trouvaient au premier niveau ; au second niveau, les centres de santé des bourgs et au niveau supérieur, des hôpitaux de districts. Ces établissements médicaux s'occupaient de la prévention et des soins des paysans. Pour le milieu urbain, les centres de santé des entreprises, les centres de santé communautaires et les hôpitaux municipaux étaient à la disposition des citoyens en matière de santé.

Le système de santé s'alimentait de sources financières différentes dans ces deux mondes excepté pour quelques subsides du gouvernement qui étaient surtout destinés aux salaires du personnel de santé. En ville, deux principaux plans d'assurance, le plan d'assurance-maladie des employés de l'Etat (PAE) et le plan d'assurance-maladie des travailleurs (PAT), se sont mis en place pour que le système de santé fonctionne. A la campagne, c'était un système médical coopératif (SMC) qui couvrait les besoins sanitaires des paysans.

Le bénéficiaire Le PAE couvrait tous les employés de l'Etat, les fonctionnaires des organismes gouvernementaux, l'armée, les anciens combattants handicapés, les étudiants et les enseignants universitaires. Ces représentaient 1,5-2% de la population totale, dont 8% de la population urbaine. Le PAT couvrait les ouvriers des entreprises étatiques et certaines entreprises collectives qui représentaient 12-14% de la population totale, dont 60% de la population urbaine. Tandis que le SMC couvrait 70 % de la population totale, dont 90% de la population rurale.¹

Le financement Le plan d'assurance des employés de l'Etat était totalement financé par le gouvernement central et local. Il était géré par le Bureau de la Santé et le Bureau des Finances du

1. GUAN Zhiqiang. *Economic transition and health insurance system reform in urban china*, <http://www.econ.hit-u.ac.jp/~appphcs5/paper/china.pdf> consulté le 21.02.05

gouvernement local. Le budget était variable d'une région à une autre en fonction de leur capacité fiscale et de l'indice des prix. Quant à l'assurance des travailleurs, elle était une sorte d'*auto-assurance* sous la direction du protocole gouvernemental, car la source financière venait de la contribution des entreprises.

Le système médical coopératif est né tout d'abord d'une expérience de certaines provinces de Chine puis par la suite cette expérience s'est généralisée. Ce système faisait partie intégrante du système collectif global de la production agricole et des services sociaux, et assurait le financement par un système de *pré-paiement*. La prime, le fonds collectif d'aide sociale du village et le subside versé par l'échelon supérieur du gouvernement sont les trois ressources financières qui permettaient au SMC de fonctionner.

La Chine comptait sur le développement de son propre système de santé. Elle a affiché une politique de santé axée sur la prévention, les soins de base et la santé publique. Tous les établissements médicaux appartenaient à l'Etat. L'Etat a massivement investi dans le développement de l'offre de soins, tant en matière de centres de soins que du personnel médical. Le coût de la santé n'était pas cher et la population était bien couverte par différents types d'assurance sociale. Donc, à cette époque, le système de santé chinois était clairement un service public.

L'organisation verticale des trois échelons a permis une prise en charge efficace des patients. La Chine a connu des progrès enviables dans la promotion du bien-être du peuple grâce à une stratégie de privilégier la prévention, une vaste couverture d'assurance et une grande disponibilité des soins de base. Les structures politiques et sociales installées en Chine lui permettaient de lancer des campagnes de masse qui s'appelaient « campagnes patriotiques pour la santé » et des actions spécifiques, comme la campagne contre la schistosomiase.¹ Ces efforts et ces actions, médicales et sanitaires, ont permis d'éradiquer des maladies telles que la poliomyélite, d'étendre des programmes de vaccination, ou de combattre la tuberculose. Ils ont aussi permis l'assainissement de l'eau propre à la consommation et l'amélioration de l'environnement sanitaire.

La Chine a eu un essor extraordinaire en matière de l'état de santé de la population. L'espérance de vie a augmenté de 35 ans à 67.9 ans de 1949 à 1981² et la mortalité infantile a diminué de 200 ‰ à 34.7 ‰ excepté en 1960 à cause d'une grave pénurie alimentaire.³

Dans sa première phase de développement, la Chine a réussi une révolution sanitaire. Cette révolution a maintenu un système de santé relativement efficace et équitable avec un faible coût, dont guère plus du 3%⁴ du PIB en 1981.

2.2 Les changements dans le secteur sanitaire suite à la réforme économique

En 1976, la grande révolution culturelle est arrivée à sa fin. Dix ans de révolution ont amené la Chine à un recul total du développement. La politique de la réforme et l'ouverture vers l'extérieur donne à la Chine une nouvelle vitalité.

Mais avec un accent de plus en plus fort sur le développement économique, le gouvernement chinois se désengage petit à petit des secteurs sociaux. La force du développement économique et la force du marché sont considérées comme deux passes-partout pour régler les problèmes dans tous les aspects sociaux. Cette croyance sur la puissance du développement économique et du marché apporte des conséquences graves dans certains secteurs sociaux, comme la santé et l'éducation. Un système de santé soumis à la loi du marché sans un encadrement et un contrôle rigoureux va avoir tendance à négliger tous les aspects non lucratifs de sa mission. Dans cette partie, nous allons montrer quels sont les changements et les tendances dans le secteur sanitaire dus à l'introduction de la loi du marché et les conséquences de cette introduction.

1. La schistosomiase est une maladie parasitaire contractée en marchant pieds nus dans des eaux contaminées.

2. & 3. Troisième recensement démographique, le Bureau national de la statistique.1981

4. La statistique sanitaire annuelle du Ministère de la santé 2004, le Ministère de la Santé.

2.2.1 Quels changements et pourquoi ces changements?

1. Le changement sur le financement du système de santé - Le gros des dépenses de santé incombe au patient

Le budget gouvernemental, les contributions sociales, le paiement direct des patients sont les trois sources de financement destinées au secteur de la santé. Les établissements médicaux ont pendant longtemps été financés principalement par le budget gouvernemental et par les contributions sociales, notamment les entreprises. L'allocation gouvernementale finançait la rémunération du personnel, le PAE, et l'investissement d'infrastructure. Les entreprises contribuaient au PAT. La dépense directe était minime comparée avec les deux financiers principaux. Mais avec le changement de la stratégie du développement et la décentralisation fiscale, la proportion de contribution de ces trois sources financières a changé considérablement. Les deux financiers principaux se retrouvent à l'arrière-plan et le gros des dépenses de santé incombe au patient.

La stratégie du développement du pays s'appuyait sur la croissance économique. Pour atteindre ce but, beaucoup d'autres aspects sociaux ont fait des concessions. Toutes les ressources ont été mobilisées vers les secteurs économiquement rentables. Les domaines, comme l'éducation et la santé (en fait, leurs rentabilités ne sont pas immédiates), ne possédaient ni les budgets ni l'autorité nécessaire sur les échelons de base pour forcer l'application de ses objectifs généraux. La priorité du développement économique était la raison pour laquelle le gouvernement central devait limiter sévèrement les fonds publics alloués à la santé pour compenser les lourdes pertes des entreprises d'Etat lors de la première phase des réformes. Ensuite, avec la décentralisation du système fiscal et l'application généralisée de la loi du marché, le budget pour la santé est devenu encore plus maigre.

Avec la décentralisation du système fiscal, l'autorité centrale a cédé aux provinces les pouvoirs budgétaires. Le financement de la santé a aussi été confié aux gouvernements provinciaux. A partir de là, les financements et l'encadrement au niveau central sont inférieurs à ce qu'ils étaient avant 1979.

Les gouvernements locaux octroient à chaque hôpital un budget fixé selon leurs capacités financières. Une chose est claire, le développement déséquilibré aboutit inévitablement à une différence de l'allocation sanitaire. Faute d'un mécanisme de compensation entre les régions riches et pauvres, cette différence financière se traduit par la disparité de l'état de santé des habitants de ces régions. De plus, parmi les critères d'évaluation de travail du gouvernement provincial, le développement économique possède une place dominante absolue. Dans ce cas- là, aucun gouverneur provincial n'est intéressé par des aspects sociaux parce qu'ils ont un faible « rapport input-output » immédiat. La santé du peuple et le bien-être social ont commencé à se séparer de la croissance économique.

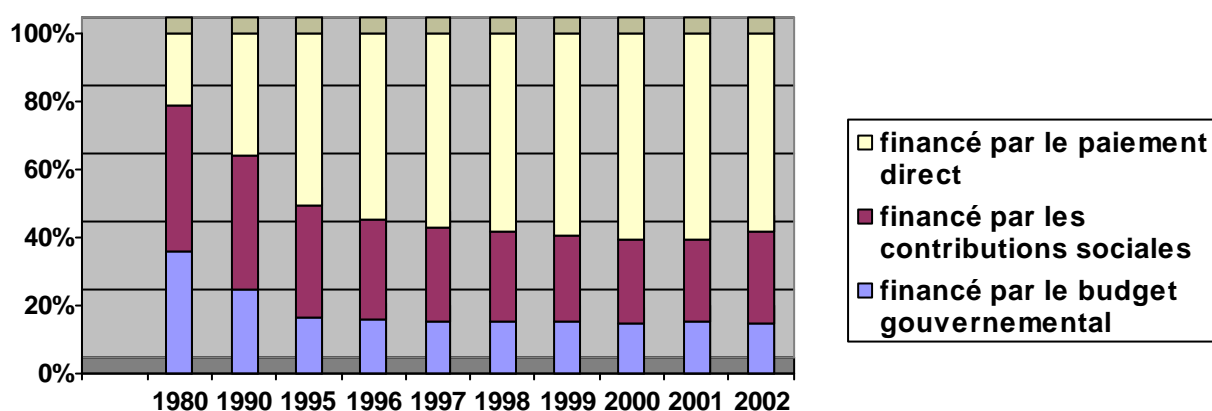
Si on pense que l'Etat chinois n'a pas augmenté son investissement pour le secteur sanitaire, c'est injuste. Le financement provenant du gouvernement en valeur absolue a augmenté de 481.4 milliards de yuans entre 1995 et 2002. Mais quand on regarde la valeur relative, elle ne cesse de diminuer.

Du côté des entreprises, leur engagement à alimenter le plan d'assurance de leurs employés leur impose de lourdes charges financières. Évidemment, cette lourde charge compromet la compétitivité des entreprises d'Etat dans l'économie de marché. De plus, les entreprises qui sont en déficit n'ont plus de moyens pour rembourser les dépenses médicales des employés. Faute de supervision de la part de l'Etat, beaucoup d'entreprises ne s'engagent plus pour assurer la protection sociale de leurs employés. Le rôle de financier du système de santé de la part des entreprises disparaît petit à petit.

En contre partie, le 60,59% de la dépense totale pour la santé (en 2000) est assumé par le paiement direct de la part du patient aujourd'hui. C'est presque la plus grande proportion du monde. De fait, la Chine occupait la 188ème position parmi les 191 états membres classés par l'OMS en matière de juste répartition des ressources budgétaires.

Quant à l'assurance commerciale, elle joue un rôle minimal dans le système de financement, elle ne couvre qu'une petite partie de la population. Ce type d'assurance reste encore potentiel, car les gens ont quelques craintes à cause d'actes illégaux et de la concurrence déloyale dans ce domaine.

Figure 2.1: La répartition du financement 1980-2002



Source: Les statistiques du Ministère de la Santé chinois sur plusieurs années

Tableau 2.1: Le Financement du secteur de santé entre 1980-2002 (Unité: milliard de yuans)

	La dépense de santé totale	Financé par le budget gouvernemental				Financé par les contributions sociales		Financé par le paiement direct	
		Destiné au public	Destiné au PAE	Total	% des dépenses totales		% des dépenses totales		% des dépenses totales
1980	143.2			51.9	36.24	61	42.60	30.3	21.16
1990	747.4			187.3	25.06	293.1	39.21	167	22.34
1995	2257.8	270.8	112.3	383.1	16.96	739.7	32.76	1135.0	50.27
1996	2857.2	324.9	136.0	461.0	16.13	844.4	29.55	1551.8	54.31
1997	3384.9	362.3	159.8	522.1	15.42	937.7	27.70	1925.1	56.87
1998	3776.5	410.5	176.7	587.2	15.54	1006.0	26.64	2183.3	57.81
1999	4178.6	449.7	191.3	640.9	15.33	1064.6	25.48	2473.1	59.18
2000	4764.0	498.5	211.0	709.5	14.89	1167.7	24.51	2886.7	60.59
2001	5150.3	564.9	235.8	800.6	15.54	1236.4	24.00	3113.3	60.45
2002	5684.6			864.5	15.21	1503.6	26.45	3316.5	58.34

Source : Les statistiques du Ministère de la Santé chinois sur plusieurs années

Remarque : les données de ce tableau sont calculées à prix courant.

2. La tendance de marché dans le secteur sanitaire

Dix ans après le lancement de la réforme économique, la Chine s'est fixée un nouveau but – établir le mécanisme du marché afin d'améliorer l'efficacité de la distribution des ressources. L'introduction de la loi du marché est considérée comme la fondation de la restructuration économique.

Le système de santé s'est adapté petit à petit à la loi du marché. Adoptant une approche de laisser-faire de la part du gouvernement, la force du marché a supplanté largement la planification et la supervision de l'Etat.

Nouveau système de gestion Le système de responsabilité forfaitaire, qui repose sur le principe d'assumer la pleine responsabilité des profits et pertes, a eu un grand succès dans le secteur industriel. Le secteur de santé a introduit aussi ce système de gestion. Ce système a modifié radicalement les comportements des directeurs d'hôpital et du personnel médical. Avec ce système, les hôpitaux ne cherchent pas seulement de l'argent pour couvrir l'écart entre la dépense et la maigre allocation gouvernementale, ils commencent aussi à poursuivre les profits.

Les directeurs d'hôpital ont obtenu un pouvoir beaucoup plus large qu'avant. Ils ont la décision finale en ce qui concerne l'engagement du nouveau personnel, les nouveaux investissements en capital et les associations avec des investisseurs pour des services ou des équipements nouveaux etc.. Ils sont habilités à distribuer des bonus à leur staff en plus des salaires. On ne pouvait pas imaginer tout cela pendant la période d'économie planifiée. Pour encourager le personnel médical, on a appliqué le principe de salaire au mérite et la rémunération selon le travail fourni. Pour avoir plus de patients, les établissements médicaux engagent des experts connus en leur donnant une rémunération importante ; ils achètent aussi des appareils onéreux, et décorent l'hôpital comme si c'étaient des hôtels.

Dès lors, les hôpitaux, les cliniques et les centres de lutte contre les épidémies sont devenus des entités autonomes se concurrençant pour attirer les patients. Malheureusement la concurrence n'est pas fondée sur la qualité et la coopération n'existe plus entre ces établissements.

Privilégier les services rentables Pour couvrir les coûts et avoir des profits, les directeurs d'hôpital ont privilégié les services rentables. L'existence de services rentables et non rentables était la conséquence de la succession d'un système de prix du régime planifié.

Les prix des soins de santé, fixés par le Bureau d'Etat des Prix, ne suivent généralement pas l'inflation et sont assez bas pour rester accessibles aux usagers. Ces prix ne montrent donc pas les vraies valeurs des travaux fournis par le personnel médical et n'arrivent souvent pas à couvrir les coûts des services médicaux proposés. Plus les patients sont nombreux, plus l'hôpital perd de l'argent. Néanmoins, afin de compenser quelque peu les pertes, le Bureau d'Etat des Prix impose des prix supérieurs à leur coût pour les tests de diagnostic de haute technologie, et permet aux pharmacies des hôpitaux de fixer des prix de détail supérieurs de 15% aux prix de gros. Ces mesures ne manquent pas d'encourager un approvisionnement excessif dans ces secteurs. Par manque de transparence et de supervision, les règles du jeu ne sont souvent pas respectées. En 2002, la différence entre le prix d'achat et de vente des médicaments était de 25,74%.¹

Les hôpitaux sont de plus en plus enclins à acheter des équipements de haute technologie et financent des achats par des emprunts bancaires. Il arrive aussi qu'ils s'associent avec des fournisseurs internationaux et partagent les revenus entre eux. Les médecins, encouragés par les hôpitaux et la commission provenant de la prescription, induisent les patients à faire des analyses de plus en plus sophistiquées et à acheter des médicaments coûteux pour réaliser leurs chiffres d'affaires.

A la fin des années 80, la vente des médicaments représentait la principale source de financement des cliniques et des hôpitaux : respectivement environ 50% et 62% de leurs recettes.² La « surprescription » est devenue un problème majeur avec l'utilisation quasi systématique des injections, l'abus d'antibiotiques et de corticoïdes.

1. CHEN Wenling, *Les causes des prix élevés des médicaments*, www.china.com.cn consulté le 13.05.2005 (en Chinois)

2. LIU Yuanli, HSIAO William, les soins de santé en Chine : l'histoire de deux époques. (2002) p.398

Des services gratuits aux services payants Certains services de la santé publique, comme la vaccination, le traitement et les médicaments pour certaines maladies infectieuses, les soins de santé maternelle et infantile, sont devenus payants. Les travailleurs de la santé publique sont désireux de fournir des services payants de sorte que les services gratuits comme la surveillance des épidémies, la promotion des connaissances de base en terme de santé soient laissés de côté. La santé et le bien-être social sont devenus des marchandises.

Le marché hypertrophié du médicament Depuis la réforme économique, l'ancien système de distribution des médicaments a été abandonné sans être remplacé par un nouveau modèle pertinent. Les médicaments sont considérés comme d'autres marchandises, pourtant elles devraient être considérées différemment puisqu'elles ont un lien direct avec le traitement et la vie des patients. L'ordre du marché médicamenteux est troublé par une concurrence anarchique.

Un médicament doit passer par 6 à 9 chaînons depuis le fabricant jusqu'au consommateur. Le coût final de ce médicament est 10 fois supérieur au coût de fabrication, car il existe un grand nombre d'agents qui interviennent au cours de cette transaction commerciale. En Chine, il y a plus de 6'000 fabricants pharmaceutiques, 12'300 pharmacies de vente en gros et 180'000 pharmacies de vente de détail.¹ Ils se concurrencent librement sur le marché. Si on compare avec les Etats- Unis, ceux-ci ont seulement 200 entreprises pharmaceutiques; quant à la pharmacie de vente en gros, ils en ont uniquement 7.

En observant les chiffres qui concernent le marché chinois, nous pouvons imaginer la grande difficulté à gérer un marché d'une telle ampleur. La plupart de ces compagnies pharmaceutiques sont des petits entreprises qui n'ont pas la possibilité de faire de la recherche et de fabriquer de nouveaux médicaments, la fabrication des médicaments est uniquement une « copie » de médicaments ayant existé ou existant déjà sur le marché. Du fait que « les vrais et les faux produits » co-existent, la qualité des médicaments sur le marché s'en trouve détériorée.

Certains médicaments sont fabriqués par des dizaines, voire des centaines d'entreprises pharmaceutiques. Pour écouler leurs médicaments, les promoteurs des médicaments corrompent l'hôpital et le médecin, car plus de 80 % des médicaments sont vendus par les hôpitaux. Les promoteurs des médicaments donnent une certaine somme à l'hôpital choisi et aux personnes/services concernés, ce qui permet à cette compagnie pharmaceutique de vendre ses médicaments dans cet hôpital. Du côté des médecins, ceux-ci reçoivent une commission en fonction du prix du médicament pour chaque prescription, ce qui les encourage à prescrire des médicaments coûteux voire parfois inappropriés. Cela contribue évidemment à l'augmentation des coûts. Le prix d'un remède, qui ne coûte que quelques yuans à la fabrication, peut augmenter considérablement quand il arrive dans la main du consommateur, car il a passé par trop de chaînons anormaux.

Le prix des médicaments est 100 fois plus cher qu'en 1978. Les coûts anormalement élevés sont assumés par les patients et une grande partie des bénéfices se retrouve dans les poches des différents agents de cette transaction déloyale.

Depuis l'introduction de la loi du marché, les soins sont devenus un luxe pour la couche défavorisée de la population. Les Chinois sont mécontents de leur système de santé, car ils sont exposés à des risques financiers catastrophiques. Le marché et la concurrence, sans une réglementation précise et sans le contrôle de l'Etat, n'arrivent pas à distribuer les ressources d'une manière équitable et efficace. Ce résultat ne correspond pas à la volonté du gouvernement chinois qui espérait, au départ, résoudre le problème de la distribution des ressources.

3. L'effondrement de l'ancienne organisation des soins de la santé et la détérioration de la couverture d'assurance

Comme nous l'avons expliqué plus haut, l'organisation des soins de la santé s'appuyait sur trois échelons à l'époque égalitaire. C'était une organisation politique du régime avec des ramifications jusqu'au cœur des villages et des usines. La population urbaine était couverte par le PAE et le PAT. Pour la population rurale, c'était la SMC.

1. C HEN Wenling, *Les causes des prix élevés des médicaments*, www.china.com.cn consulté le 13.05.2005

En milieu rural Les soins de la population rurale étaient organisés et financés par le SMC. Le premier échelon était assuré par les médecins de village (ils appelaient aussi les médecins des pieds nus) qui prenaient en charge les soins préventifs et primaires. Pour les maladies plus graves, le médecin de villages envoyait le patient au deuxième échelon. Enfin, les malades les plus graves se retrouvaient au niveau le plus haut.

Le SMC était intégré dans l'ensemble du système de collectif global de production agricole et des services sociaux. Son financement se faisait principalement sur la base du fonds collectif de village et de la subvention gouvernementale. Les services de santé ruraux étaient extrêmement politisés. Les travailleurs de la santé ne délivraient pas seulement un service, mais étaient aussi les leaders politiques des campagnes de santé publique. Les membres des communes prenaient tous part à ces activités pour montrer leur obéissance au Parti et de plus, ils étaient payés pour cela en « points-travail ». Depuis l'instauration de la politique de responsabilité forfaitaire liée principalement à la production familiale¹, l'unité de la production n'est plus collective. Il n'est plus possible de mobiliser les gens sans les rétribuer. Ainsi, il n'y a presque plus de campagnes de masse et le travail sanitaire sur l'environnement est largement négligé. En outre, le fonds collectif d'aide sociale², une des sources financières du SMC, n'est plus si facile à recueillir. La subvention gouvernementale a aussi diminué. Par conséquent, il n'y avait plus assez d'argent pour payer les médecins de villages. Ceux-ci trouvaient qu'ils pourraient gagner plus comme paysans. Sous-payés, peu formés, découragés, beaucoup d'entre eux ont tout simplement baissé les bras et sont retournés aux champs. Donc les dispensaires des villages, ainsi que le personnel médical ont rapidement diminué. De 1980 à 1989, le nombre de centres de santé dans les bourgs est tombé de 14.2% et le nombre du personnel médical des soins primaires en milieu rural a baissé de 35.9%. Une étude montre qu'en 1979, le 71% des villages avait au moins un dispensaire, mais en 1993, ce chiffre chute à 55%. Le taux de couverture du SMC descend à 9,5% en 2003: cette couverture était de 90% dans les années 80. Le 79,1% de la population rurale ne possède aucune assurance.³ Le SMC, qui était appelé « le modèle chinois » par les organisations internationales du fait qu'il concernait le meilleur rapport d'input et d'output, a disparu du plateau historique dans la plupart des régions de la campagne chinoise.

En milieu urbain Avant la réforme, les fonctionnaires, les ouvriers et leurs dépendants étaient bien couverts par l'assurance qui était notamment liée à leur unité de travail. Quand la réforme s'est étendue au secteur urbain dès le milieu des années 80, les entreprises d'Etat ont fait faillites, ont fusionné ou ont été privatisées. Le « bol de riz en fer » (l'emploi à vie à la chinoise) n'était plus garanti et le système de protection sociale lié auparavant avec l'unité de travail a disparu en même temps. La tendance aux licenciements massifs, dont 26 millions entre 1999 et 2003, ⁴est apparue à ce moment-là et elle continue encore. Cela signifie que beaucoup d'employés d'Etat et d'ouvriers ne sont plus couverts par le PAE et le PAT. Les taux de couverture du PAE et du PAT sont de 4% et 4,6% respectivement en 2003. Le 44,8% des citoyens n'ont aucune assurance.⁵ Les nouvelles migrations, les travailleurs indépendants, les salariés des petites entreprises collectives ou privées doivent se tourner vers des plans d'assurances privées ou doivent effectuer un paiement direct.

La trajectoire du patient n'est plus comme auparavant. En ville, l'organisation des soins des 3 échelons a aussi perdu sa structure. Les patients ne doivent plus gravir ces 3 échelons mais peuvent choisir l'hôpital en fonction de leurs moyens financiers.

1. Cette politique est une importante mesure de réforme du système d'exploitation agricole. Cette réforme consiste à distribuer des terres aux agriculteurs pour une exploitation forfaitaire. Ces derniers doivent alors verser une partie de leurs revenus à l'Etat et peuvent garder l'autre partie pour eux.

2. À l'époque de Mao, chaque village devait verser une partie prédéterminée du revenu de sa production agricole collective ou de ses entreprises rurales.

3. & 5. Third National Health Services Survey, Minister of Health. 2003 (en chinois)

4. GIPOULOUX François, *Emploi et chômage dans la Chine urbaine*. 2002.

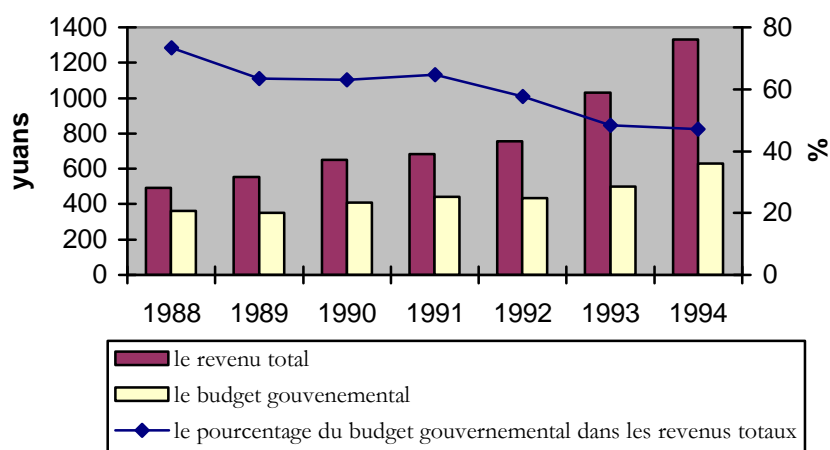
4. Les activités du système de santé se déplacent des soins préventifs vers les soins curatifs ; de la campagne à la ville

De 1949 au milieu des années 80, la stratégie de la Chine en matière de santé a privilégié la prévention, la santé publique et les besoins de la majorité de la population qui se trouvait notamment à la campagne. L'accessibilité et l'équité du système de santé ont apporté de très bons résultats en ce qui concerne la promotion de la santé du peuple.

Mais depuis les réformes économiques, les activités du système de santé se déplacent des soins préventifs aux soins curatifs et de la campagne vers la ville. Ce changement se manifeste par la diminution de la proportion du financement des soins de la santé publique et par l'augmentation de la proportion du financement destiné aux régions urbaines.

Des soins préventifs aux soins curatifs Dans les années 70, de 15% à 18% du budget gouvernemental était attribué aux soins de la santé publique. A partir de 1981, la proportion n'a jamais dépassé 12%, elle se situe généralement vers 10%¹. De 1979 à 1998, les établissements des soins préventifs augmentent de 16,8% tandis que les établissements des soins médicaux, eux, augmentent de 77,6%. Ceci est notamment dû aux investissements déséquilibrés entre ces deux branches². Les dispensaires villageois, les médecins de villages, les centres de lutte contre les épidémies sont en première ligne en faveur de la prévention. Le nombre de ces institutions et des agents de santé a beaucoup diminué, faute de soutien financier de la part d'Etat. Les dispensaires qui ont encore survécu dans le milieu rural ne reçoivent plus aucun subside pour offrir des services de santé publique. Le programme d'instruction pour les agents de la santé publique n'existe plus, le rapport de la surveillance épidémiologique n'est plus systématique.

Figure 2.2 : Le changement de la source financière pour 50 centres de lutte contre les épidémies au niveau rural dans la Province de Jiangsu



Source : Données recueillies dans Han (1997) (cf. bibliographie 21)

Les ressources sanitaires se concentrent dans les grands hôpitaux des grandes villes, notamment pour renouveler les équipements. Le taux de possession de scanners, d'ultrasons en couleur, d'appareils de dialyse est de 100% pour les hôpitaux qui sont la propriété du Ministère de la Santé et de 50% pour les hôpitaux provinciaux. Ce taux de possession a déjà dépassé celui de certains pays développés. Dans certaines régions, le nombre de ces appareils sophistiqués a excédé la demande réelle.

1. LIU Xingzhu, MILLS A., *Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations*. Social Science & Medicine 54 (2002) 1691–1698

2. SU Hua, *la réflexion profonde sur le système de santé de notre pays*. 2004 <http://www.chinamedicine.org.cn> consulté le 20, 04,05 (en chinois)

Le sacrifice de la prévention au profit des services curatifs est dommageable à long terme. Le SARS survenu en 2003 dévoile des années de négligences en ce qui concerne la santé publique, la paralysie de la surveillance épidémiologique, la mauvaise condition sanitaire et la faible capacité de contrôle des épidémies dans le milieu rural. Nous espérons que la lutte contre le SARS sera un tournant favorable pour la santé publique.

Le budget destiné au milieu urbain augmente / le budget destiné dans le milieu rural diminue Depuis les réformes économiques, surtout après la décentralisation fiscale, l'allocation budgétaire, venant tant du gouvernement central que du gouvernement local, destinée au secteur de la santé dans le milieu rural ne cesse de se réduire. Si Mao Zedong avait axé le travail de santé sur les campagnes et chanté la gloire du médecin aux pieds nus, aujourd'hui, le monde rural qui abrite encore les deux tiers de la population, ne reçoit qu'un maigre subside. Prenons l'allocation budgétaire de l'année 1998 comme exemple. Cette année-là, l'allocation gouvernementale était de 587.2 milliards de yuans. Le milieu rural en a seulement reçu 92,5 milliards, soit 15,9% du montant total. Cela signifie que les citadins ont bénéficié de l'équivalent de 130 yuans de service sanitaire chacun contre 10,7 yuans pour les paysans, soit 13 fois plus.¹

2.2.2 Quelles sont les conséquences de ces changements?

La décentralisation et la fragmentation anarchique du système de santé chinois qui est un système extrêmement hiérarchisé et politisé, ont réduit à néant sa cohérence et son efficacité. Elles sont en contradiction profonde avec la nature du système et ont engendré des catastrophes en chaîne, comme le « sous-financement », la perte de l'accès aux soins, l'accroissement des inégalités, l'abandon de la prévention etc..

1. L'état de santé de la population stagne

L'espérance de vie et la mortalité infantile sont les deux indicateurs principaux pour décrire l'état de santé de la population d'un pays. C'est vrai que ces deux indicateurs ont connu une belle amélioration pour la population chinoise. L'espérance de vie est de 71,8 ans (la moyenne de l'espérance de vie pour les pays des revenus intermédiaires était de 69 ans en 2001) en 2001 contre 35 ans en 1949. La mortalité infantile baisse de 200 ‰ à 32 ‰ (la moyenne de la mortalité infantile pour les mêmes catégories de pays est de 44‰)² pour la même période. La Chine peut être classée dans le premier groupe parmi les pays en voie de développement. Mais il faut être conscient que cet excellent résultat a été obtenu principalement avant les années 80, et que, par la suite, l'amélioration en matière d'état de santé de la population semblerait avoir perdu de sa force. Entre 1980 et 1998, pour la Chine, l'espérance de vie progresse seulement de 2 ans et la mortalité infantile diminue de 11‰. Tandis que la moyenne internationale de l'augmentation de l'espérance de vie est de 4 ans et la moyenne de la diminution de la mortalité infantile est de 23 ‰.³

En fait, l'état de santé de la population n'a pas seulement stagné, sur certains aspects, il a même eu tendance à se détériorer. Le taux de maladies infectieuses passe d'une phase descendante avant 1990 à une phase de remontée. En Chine 550 millions de personnes sont infectées au bacille de la tuberculose: 4,5 millions présentent une tuberculose active. Les hépatites B et C touchent plus de 200 millions de Chinois. L'hépatite B touche 170 millions de personnes (soit 14 % de la population), alors que l'hépatite C, plus grave, touche environ 40 millions de personnes (soit 3,3 % de la population). Certaines maladies sexuellement transmissibles sont réapparues, comme la gonorrhée ou la syphilis. Le taux d'infection du SIDA est très inquiétant. Selon les estimations, entre un et deux millions de Chinois sont séropositifs ou sidéens et 15 millions d'entre eux le seront, d'ici à 2010, si des mesures efficaces ne sont pas prises.⁴ Le système de santé chinois n'est pas en mesure de faire face à la propagation du HIV, ni de traiter les séropositifs ou les sidéens en raison de ses capacités insuffisantes, notamment une épidémiologie médiocre, l'absence de médecins formés à cet effet, l'accès restreint aux traitements efficaces et l'absence de plan national de prévention et d'éducation.

1. & 3. WANG Shaoguang, *la crise et le tournant favorable de la santé publique* « Comparaison » No.7 (2003)

2. La statistique sanitaire annuelle du Ministère de la Santé 2004, le Ministère de la Santé

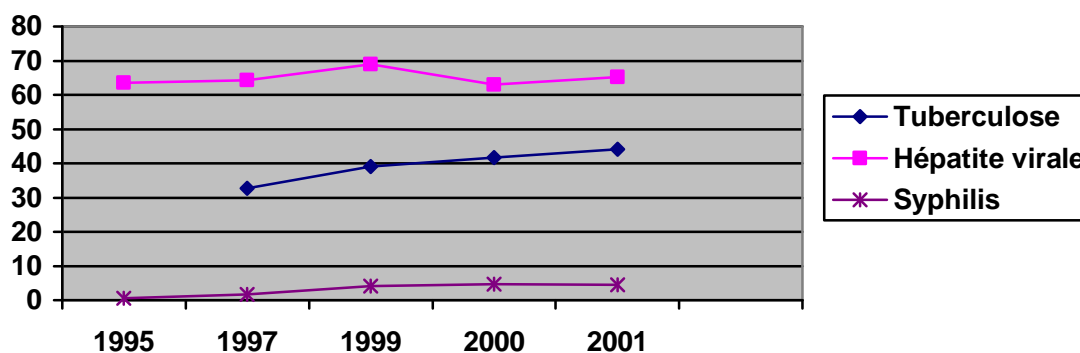
4. Les chiffres sur les maladies infectieuses proviennent de l'article « Epidémies émergents en Chine : co-infections et population mobiles », écrit par Drew Thompson, mai 2003.

La schistosomiase, une maladie endémique, est « hors contrôle » dans certaines régions.

Nous pouvons encore montrer quelques chiffres statistiques pour avoir une idée sur l'état de santé des Chinois.

- le nombre de décès dus aux accidents de la route, 90'000 par an, le nombre le plus élevé du monde. ¹
- le nombre des patients de la tuberculose en 2003 est de 5 millions, la Chine occupe la deuxième place parmi tous les pays du monde.²
- l'hypertension, 100 millions.³
- le nombre de 287'000 suicides par année représente le 42% du total mondial.⁴
- Le 48,9% des hommes chinois fume.⁵

Figure 2.3 les incidences de certaines maladies transmissibles (1/100 000)



Source: La statistique annuelle du Ministère de la Santé sur plusieurs années

2. L'escalade rapide des coûts des soins médicaux

Avant les années 90, la dépense totale de la santé se maintenait à un niveau bas, environ 3% du PIB. En 1990, ce chiffre était de 747,4 milliards de yuans. Dès lors, la dépense a augmenté à une vitesse étonnante d'environ de 10% chaque année. En 2002, la dépense totale de la santé a atteint 5'684,6 milliards de yuans, soit 7,6 fois plus que celle de 1990.¹ En conséquence, les dépenses totales en soins de la santé sont passées à un taux supérieur à celui de la croissance économique, principalement à cause de l'inflation des prix et de la surenchère dans l'offre, bien que le vieillissement et le changement des habitudes de vie doivent aussi compter pour cette augmentation de la dépense en matière de santé.

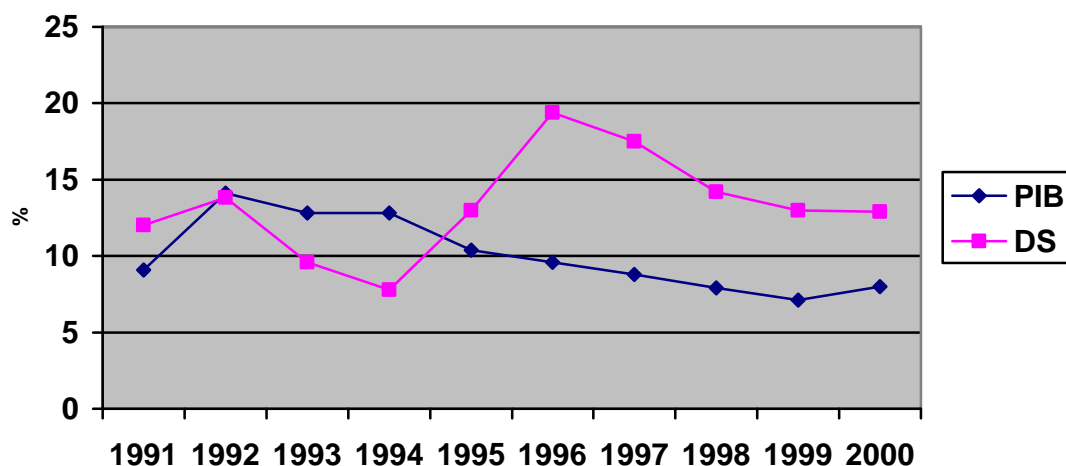
1. La statistique du Ministère de la Sécurité Publique, 2003

2.& 3. Les chiffres sur les maladies infectieuses proviennent de l'article « Epidémies émergents en Chine : co-infections et population mobiles », écrit par Drew Thompson, mai 2003.

4. Un suicide chaque deux minutes en Chine. www.chinesenewsnet.com consulté le 23,11,2003

5. Third National Health Services Survey, 2003. le Ministère de la Santé

Figure 2.4 : La comparaison entre le taux de croissance du PIB et des dépenses sanitaires de 1991 à 2000



Source: HU Shanlian, *Healthcare Financing: issues & challenges in China*, 2003

Tableau 2.2 : La comparaison des taux d'augmentation entre les dépenses sanitaires et les revenus 1995- 2003

	Le taux d'augmentation de la dépense pour chaque consultation externe	Le taux d'augmentation de la dépense pour chaque hospitalisation	Le taux d'augmentation du revenu disponible des citoyens (l'augmentation réelle)	Le taux d'augmentation du revenu (en l'argent liquide) des paysans (l'augmentation réelle)
1995-1996	54.38%	42.94%	3.8%	9%
1996-1997			3.4%	4.6%
1997-1998	28.25%	21.26%	5.8%	4.3%
1998-1999			9.3%	3.8%
1999-2000	8.61%	6.66%	6.4%	2.1%
2000-2001	9.10%	5.25%	8.5%	4.2%
2001-2002	6.41%	10.85%	-	-
2002-2003	8.63%	8.7%	-	-

Source : Les statistiques du Bureau National de la Statistique et du Ministère de la Santé sur plusieurs années

Le tableau ci-dessus nous montre une tendance claire : l'augmentation de la dépense de la santé est supérieure à l'augmentation du revenu. Bien que le gouvernement ait pris certaines mesures pour contrôler le coût et que la vitesse d'augmentation soit en train de ralentir, les frais de la consultation externe et des hospitalisations par patient ne cessent de monter.

Figure 2.5: la dépense pour chaque consultation externe 1995-2003

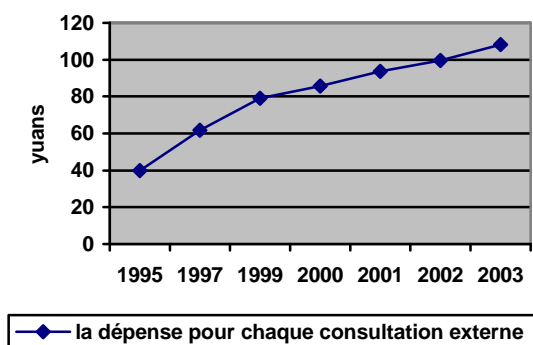
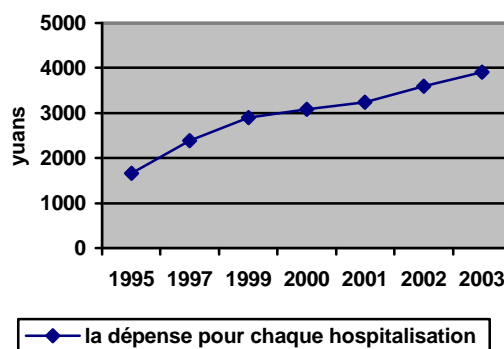


Figure 2.6: la dépense pour chaque hospitalisation 1995-2003



Source : La statistique du Ministère de la Santé sur plusieurs années

3. L'inégalité d'état de santé de la population et l'inégalité face à l'accès aux soins

Le but d'un système de santé est de maintenir et de promouvoir la santé. Un système de santé équitable permet un accès pour tous sans compter leur capacité à payer. Mais à l'image du développement chinois, les différences sanitaires inter et intra-régionales se sont creusées. La Chine devient aujourd'hui un pays qui a de graves problèmes d'inégalité. L'inégalité en matière de santé se manifeste sur trois niveaux : l'inégalité entre les régions, l'inégalité entre la ville et la campagne, l'inégalité entre les différentes couches de la population.

L'inégalité entre les régions Elle se manifeste sur la répartition financière pour la santé. L'allocation gouvernementale est divisée en deux parties: une partie vient du gouvernement central et l'autre partie vient du gouvernement local. Le premier possède une toute petite proportion. En 2001, l'allocation gouvernementale était de 546 milliards de yuan, celle du gouvernement central était seulement de 35,43 milliards de yuan, soit 6,5% de la somme totale. Le reste des 510 milliards de yuan provient des gouvernements locaux.¹ Une étude montre qu'il existe une corrélation positive entre la force économique et l'allocation par personne en matière de santé. Le niveau de développement et la capacité financière de chaque province déterminent la somme d'allocation distribuée aux hôpitaux des différentes régions. En 1998, l'allocation gouvernementale pour la santé par personne à Shanghai était de 90 yuan, tandis que la province de Henan ne pouvait se permettre qu'un montant de 8,5 yuan par habitant. La différence est 10 fois supérieure.² À la longue, le fossé en terme d'allocations se répercute sur la disparité des équipements médicaux. Le nombre de lits et de médecins pour 1000 habitants correspond à l'allocation. (cf. tableau 2.3)

Comme nous l'avons souligné plus haut, le 60,59% de la dépense de la santé incombe aux patients eux-mêmes. Donc, l'inégalité la plus évidente se constate déjà par la différence de revenus des habitants de chaque province. Plus le revenu est haut, plus la dépense de santé est élevée. En conséquent, l'état de santé des gens diffère entre les régions riches et les régions pauvres. (cf. tableau 2.3)

La Chine peut être divisée³ en *quatre mondes* en fonction des indicateurs sanitaires et des équipements médicaux : les villes relevant directement de l'autorité centrale (Beijing, Shanghai et Tianjin) sont comparables avec les pays développés. Pour les provinces de l'Est, leur situation est à peu près comme pour les ex-pays communistes d'Europe orientale qui sont en transition actuellement. Dans la région centrale et une partie des provinces de l'Ouest, les indicateurs sont un peu meilleurs que pour les pays en développement. Tandis que pour les restes des provinces de l'Ouest, leurs données sont un peu en dessous de celles des pays en développement.³

1&2. WANG Shaoguang, *la crise et le tournant favorable de la santé publique* « Comparaison » No.7 (2003) (en chinois)

3. Pour mieux connaître la situation économique de ces régions, regardez l'annexe 1

Tableau2.3 : Quatre mondes en Chine

	Espérance de vie à la naissance	Nombre de médecin/ 1000 habitants	Nombre de lits/ 1000 habitants		Espérance de vie à la naissance	Nombre de médecin/ 1000 habitants	Nombre de lits/ 1000 habitants
Beijing	76.41	4.62	6.28	Pays développés	78.6	3.14	8.57
Liaoning	72.27	2.45	4.08	Pays en transition	68.4	2.99	6.53
Hubei	68.67	1.72	2.17	Pays en développement	67.3	1.12	2.08
Tibet	63.53	1.99	2.43				

Sources : WANG Shaoguang, la crise et le tournant favorable de la santé publique, « Comparaison » No.7

En conclusion, les divergences régionales sont principalement imputables au fort déséquilibre en termes de développement socio-économique, bien qu'il faille compter aussi avec les différences de l'environnement naturel.

L'inégalité entre la ville et la campagne En ce qui concerne le milieu rural, la santé et les soins étaient fortement pris en considération par le gouvernement chinois avant les réformes. Ceci était dû à la directive du 26 juin 1965 dans laquelle, Mao Zedong reprochait au Ministère de la Santé d'accorder la priorité des soins médicaux à la population urbaine et de négliger les besoins de la population rurale. Le milieu rural possédait des infrastructures offrant à tous l'accès aux soins primaires. Mais aujourd'hui, 40 ans après, les paysans sont à nouveau oubliés par le Ministère de la Santé.

La grande partie des budgets pour la santé est destinée aux grands hôpitaux urbains qui ne desservent qu'un peu plus du 30 %¹ de la population. Le contraste des infrastructures, des équipements sanitaires, la compétence du personnel entre la ville et la campagne est frappant. Entre 1980 et 2003, le nombre de lits d'hôpitaux a augmenté de 44,84%, dû à une forte hausse dans le milieu urbain, car dans le milieu rural, le nombre de lits a baissé de 6,9%.². Tandis que dans les grandes villes, les immeubles modernes des hôpitaux se remplissent d'appareils importés et coûteux, dans les villages ou les hôpitaux des régions moins développées, le personnel médical travaille dans des immeubles délabrés. Ils n'ont à leur disposition que des thermomètres, des stéthoscopes et des sphygmomanomètres. La compétence des médecins de villages est aussi très inquiétante. Une enquête menée en 1990 par le Ministère de la Santé auprès de 90'300 médecins de villages a révélé que 73% d'entre eux avaient un niveau d'éducation qui ne dépassait pas le secondaire. En fait, ces médecins de villages devraient être appelés « agents de santé » et non « médecins » à cause de leur formation minimale. Ils n'ont souvent quelques mois de formation en médecine. Mais leur pouvoir est presque identique que celui des médecins qualifiés. Ils peuvent prescrire n'importe quel médicament, à l'exception toutefois des narcotiques lourds.

Le système de la santé dans le milieu rural, décentralisé et privatisé, ne peut plus fonctionner comme un service public. L'accès aux soins pour tous ne peut en aucun cas être garanti comme avant. Comme aucune assurance publique ne s'est encore mise en place, la population rurale doit payer elle-même ses dépenses de santé. A cause de son faible revenu comparé au citadin, le paysan dépense beaucoup moins

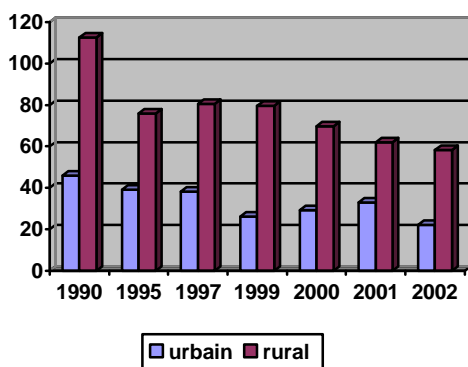
1. Selon le Bureau National de la Statistique, la population urbaine est de 37,7% contre 62,3% pour la population rurale.

 2. Les calculs effectués à partir des données de l'annuaire statistique de Chine 2004.

pour sa santé. Selon une enquête dirigée par M. RAO Keqin, directeur du Centre d'information statistique du Ministère de la Santé, le rapport entre les dépenses moyennes des foyers urbains et les dépenses moyennes des foyers ruraux est passé de 1,94 en 1985 à 3,3 en 2002.

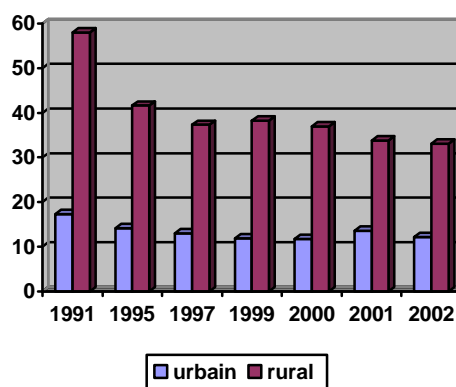
Les taux de mortalité, entre ville et campagne, des nouveaux-nés, des bébés, des femmes enceintes et l'espérance de vie à la naissance possèdent un écart très marqué. (cf. les figures ci-dessous)

Figure 2.7: Mortalité des femmes enceintes des régions surveillées(1/100 000)



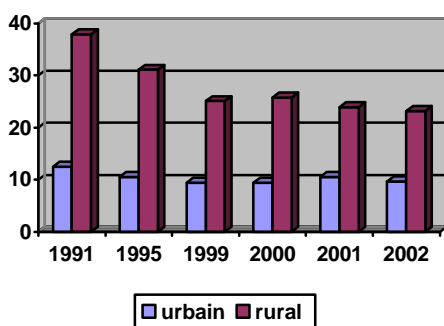
Source : La statistique sanitaire annuelle 2003

Figure 2.8: Mortalité infantile des régions surveillées(1/1000)



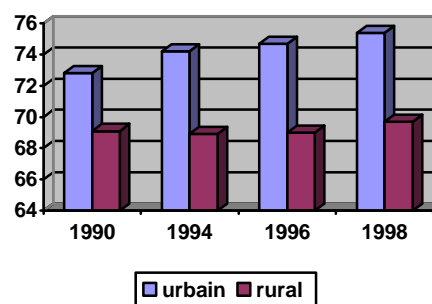
Source : la statistique sanitaire annuelle 2003

figure 2.9: Mortalité des nouveau-nés des régions surveillées(1/1000)



Source : La statistique sanitaire annuelle 2003

Figure 2.10: l'espérance de vie à la naissance



Source : PENG & CAMBOIS (cf. bibliographie 28)

Selon la troisième enquête nationale sur les services sanitaires par le Ministère de la Santé en 2003, 92.6% des femmes citadines ont accouché à l'hôpital; cette proportion était de 62% à la campagne. 58.4% des sages-femmes n'ont pas reçu de formation régulière dans le milieu rural.

Nous pouvons faire un résumé après avoir montré tous ces chiffres. L'inégalité entre la ville et la campagne est l'addition de la différence des allocations budgétaires, de la différence de la protection sociale et de la différence des dépenses individuelles pour la santé. Toutes ces différences creusent un fossé entre les états sanitaires de ces deux mondes.

L'inégalité entre les différentes couches de la population L'influence de l'escalade des coûts est différente pour les diverses couches de la population. La population urbaine qui a un revenu annuel de moins de 2000 yuans n'arrive pas à couvrir la dépense médicale. Pour la campagne, le montant est de

moins de 1000 yuans. De plus, la part du revenu payé par les ménages pauvres est supérieure à celle versée par les ménages riches.

Les pauvres perdent l'accès aux soins. Dans les districts pauvres, 48 % des personnes devant aller à l'hôpital s'abstiennent tout simplement de se présenter. Sur 151 personnes décédées dans un district pauvre, seulement 4 d'entre elles avaient eu un contact avec un agent de la santé durant la période précédant immédiatement leur mort.¹ Seule le consommateur qui a une grande capacité de paiement gagne la faveur du marché, le pauvre va en être exclu. La difficulté financière devient un obstacle pour la personne défavorisée. Selon la troisième enquête nationale sur les services sanitaires qui a eu lieu en 2003, le taux des malades sans recours au médecin est de 48,9%, dont 57% en ville et 45,8 % à la campagne; 29,6% des malades qui devraient être hospitalisés ne le sont pas. Un autre phénomène montre aussi que les difficultés financières empêchent le malade se soigner comme il faut. Il y a 41,66% des patients qui ont quitté l'hôpital prématurément, dont 55.1% pour des raisons financières. La conséquence est que la maladie s'aggrave, et les malades meurent sans être soignés, ce qui devient dramatique. Pour les malades qui sont soignés à l'hôpital, il y a un pourcentage élevé de familles endettées.

D'un côté, une célèbre chanteuse chinoise a dépensé 200'000 yuans pour son accouchement dans un hôpital privé à Beijing, de l'autre, les gens défavorisés meurent à la maison sans se faire soigner faute de ressources financières. Beaucoup de familles entrent dans un cercle vicieux: celui de la misère, de la pauvreté et de la maladie. A cause de la pauvreté, ils tombent facilement malades, ou à l'inverse, ils sont endettés à cause de la maladie. Les difficultés financières empêchent les pauvres d'avoir recours aux services de santé quand ils ont besoin. Ces taux sont plus élevés pour les paysans que pour les citadins, dans les petites villes que dans les grandes, dans les campagnes centrales et de l'ouest que dans les campagnes côtières. Derrière toutes ces différences se trouve l'écart socio-économique.

Tableau 2.4: L'influence financière sur l'utilisation des services sanitaires

		ville			campagne			
		grande	moyenne	petite	C1	C2	C3	C4
les malades sans recours aux médecins pour raisons financières %	1993	3.21	2.40	9.58	15.10	21.36	19.55	24.42
	1998	36.69	23.48	42.96	30.09	31.67	42.29	38.72
les malades sans hospitalisation pour raisons financières %	1993	34.09	33.87	53.47	47.95	63.15	61.14	67.72
	1998	53.12	58.43	70.77	63.80	54.12	70.26	69.38
Les malades quittent l'hôpital prématurément pour raisons financières %	1998	35.66	46.89	53.77	56.30	54.10	59.30	<u>79.94</u>
Remarque : Le classement de la campagne se présente selon son niveau de développement.								

Sources : Les deux enquêtes nationales sur les services sanitaires 1993&1998

La deuxième enquête nationale en 1998 montre que l'appauvrissement causé par la maladie est une cause majeure de la pauvreté dans le milieu rural. Beaucoup de paysans se retrouvent dans la misère à cause d'une grosse dépense sanitaire ou à cause d'une incapacité à travailler due à des maladies graves ou chroniques. Les efforts déployés pour atteindre les couches défavorisées sont insuffisants. Trop de gens doivent payer eux-mêmes leurs dépenses de santé et n'ont qu'accès à des soins inefficaces. Un accès aux soins équitables pour tous n'implique pas seulement l'état de santé de la population mais aussi leur droit de vivre.

1. CAILLIEZ Charlotte, *L'effondrement du système de santé rural, Perspectives chinoises n° 47*, mai - juin 1998, p38.

4. L'affaiblissement de l'efficacité des soins de la santé

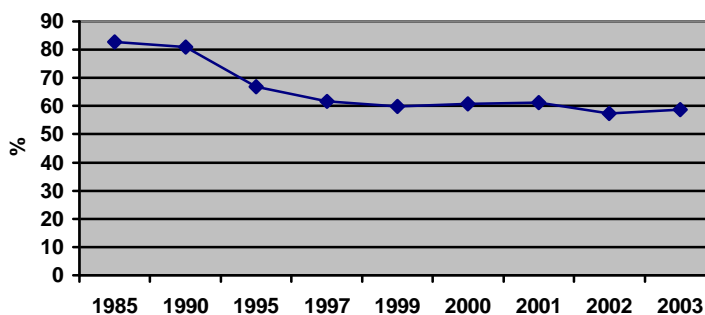
Le gouvernement chinois compte sur le mécanisme du marché pour augmenter l'efficacité des services sanitaires, mais en réalité, le résultat est contraire à ce souhait.

Selon la statistique officielle, le volume d'activités de la consultation externe et de l'urgence a baissé de 16% en 2000 comparé avec ceux du début des années 1990. La charge de travail par médecin a aussi considérablement diminué de 27%¹. Le taux d'utilisation des lits dans les hôpitaux a baissé de 82.7% à 58.7% entre 1985 et 2003. Qu'est-ce que cela signifie? L'état de santé des Chinois s'améliorerait-il? Les gens ont-ils moins besoin de médecins? La réponse est non. La prévalence des maladies (*two-week morbidity Rate*) n'a pas beaucoup changé depuis les années 90 jusqu'à aujourd'hui; elle était de 141 pour mille contre 143 pour mille² de nos jours. La baisse du volume des activités est tout simplement due à la réduction des recours aux médecins pour des raisons diverses.

En outre, comme le système de santé a perdu sa structure, la trajectoire des patients n'est plus aussi claire qu'avant. Les services de l'échelon inférieur sont sous-utilisés. Les patients qui ont les moyens vont directement dans les grands hôpitaux, ce qui fait que les grands hôpitaux se trouvent avec une pénurie de lits et de personnel. Le taux d'utilisation des appareils médicaux est très bas aussi dans les centres de santé des échelons inférieurs.

. L'appareil pour l'électrocardiogramme, par exemple, dans les régions rurales de la catégorie 1, est utilisé 1,2 fois en moyenne par jour. Dans les régions rurales de la classe 4, ce même appareil n'est utilisé qu'une fois chaque dix jours.

Figure 2.11 : Le taux d'utilisation des lits d'hôpital dans des hôpitaux en ville et en district



Source : La statistique sanitaire annuelle du Ministère de la Santé 2003, le Ministère de la Santé

Même avec toutes sortes d'appareils modernes et toutes sortes de médicaments, la qualité des soins n'est pas améliorée. De plus, la qualité des soins est difficile à contrôler à cause de l'autonomie financière et du manque de systèmes formels de la régulation. Cette autonomie a sérieusement miné la capacité des gouvernements et des bureaux de santé à réguler les pratiques médicales.

Quant au personnel médical, avec l'encouragement de la politique de «laisser certaines personnes s'enrichir» et la politique hypertrophiée de la rémunération, ils ont oublié petit à petit leurs missions de «sauver les mourants et soigner les blessés». Poussés par le profit, les frais de consultation externe et les frais d'hospitalisation augmentent rapidement, les médecins prescrivent des médicaments inappropriés, beaucoup de méthodes de traitement efficaces mais pas rentables sont abandonnées.

Actuellement, en Chine, les ressources sanitaires ne sont pas abondantes et le travail de bas niveau gaspille ces précieuses ressources.

1. RAO Keqin, *la transition économique et la réforme sanitaire* (en chinois)

2. La statistique sanitaire annuelle du Ministère de la Santé 2003, le Ministère de la Santé.

5. Le système de prévention et surveillance paralytique

Le système de prévention et surveillance est gigantesque en Chine. Il se compose de 3'600 centres de lutte contre les épidémies au niveau national et provincial. Ces centres sont responsables du contrôle des épidémies, de la prévention. Ils s'occupent également de la surveillance de l'environnement, de l'hygiène alimentaire, de sites industriels et scolaires.

Traditionnellement, les services de la santé publique sont financés entièrement par l'Etat. Depuis les réformes économiques, les services de la santé publique ne sont plus considérés comme l'entité de bien-être social. Le gouvernement ne finance qu'une partie des dépenses de la santé publique, le personnel de ce secteur doit se débrouiller pour couvrir l'écart entre leurs dépenses totales et les maigres ressources financières obtenues du gouvernement. De plus, s'il y avait un surplus, ces institutions pouvaient l'attribuer au personnel comme un bonus. L'objectif était de promouvoir la productivité de ce secteur et de diminuer le fardeau financier de l'Etat. Le gouvernement a négligé l'impact négatif de cette réforme financière du secteur de la santé publique. Les comportements des travailleurs de ce secteur se sont beaucoup modifiés suite à cette incitation. Par conséquent, l'efficacité de ce système s'est considérablement réduite.

A travers les trois conséquences, nous allons arriver à mieux comprendre les impacts négatifs.

Les entreprises en profits sont plus inspectées que les entreprises en pertes L'inspection des entreprises est devenue la source financière principale des institutions de la santé publique. Pour chaque inspection, les entreprises doivent payer une « charge ». Comme les entreprises en perte ou qui ne tournent pas bien n'arrivent souvent pas à payer cette « charge », ils sont moins fréquentés par les inspecteurs des institutions de la santé publique. Ils peuvent donc continuer de polluer l'environnement, et laisser les facteurs à risques exister. Du côté des entreprises florissantes, les inspections multiples entraînent la répugnance.

La diminution de la demande et de l'utilisation des soins de la prévention Dès que la vaccination et le traitement des maladies infectieuses sont devenus des services payants, la demande et l'utilisation de ces services ont diminué ; la prévalence de la maladie a augmenté. Le nombre de malades de maladies infectieuses, comme la rougeole et la polio, augmente. Une étude sur le programme de contrôle de schistosomiasis montre que la prévalence de la schistosomiasis chronique et la schistosomiasis aiguë étaient de 540 et 2,4 pour 10'000 respectivement en 1980, et ces prévalences augmentent jusqu'à 788 et 123 pour 10'000 en 1990. ¹

La durée entre la manifestation des symptômes et le diagnostic des maladies infectieuses s'est prolongé aussi suite à l'annulation de la gratuité des médicaments contre les maladies infectieuses. Le risque de transmission de la maladie augmente évidemment. Selon la Banque Mondiale, beaucoup de victimes de la tuberculose qui ont de faibles revenus ne se soignent pas ou ont arrêté leur traitement plus tôt que prévu. La résistance de la tuberculose aux médicaments atteint donc près de 30 %, ce qui contribue à la propagation de cette maladie. Une estimation de 1 à 1,5 millions de cas additionnés pendant les années 80 à cause du traitement payant.

Les programmes préventifs sont négligés par les institutions de la santé publique Le traitement des épidémies, l'élimination de bigorneaux (paludine) pour la prévention de schistosomiasis, la surveillance des maladies épidémiques, la propagation des connaissances hygiéniques de base sont les principales missions des institutions de la santé publique. 80% de ces tâches n'ont pas rempli leurs objectifs préétablis par le Ministère de la Santé faute de ressources financières suffisantes pour le personnel. Une enquête du Ministère de la Santé conduit à cette conclusion en 1992.

Les réformes économiques amènent des changements dans le secteur sanitaire qui sont parfois opposés au but d'équité et d'égalité du système de santé. Bien que ces changements soient plutôt le sous-produit inattendu de certaines politiques que le résultat d'une politique sanitaire explicite, le gouvernement devrait intervenir pour minimiser les conséquences indésirables. Mais pendant longtemps, les dirigeants chinois ont adopté une approche de laisser-faire. Les conséquences indésirables n'ont malheureusement pas disparu avec le temps ni avec le développement économique. Au contraire, elles s'accumulent.

1. LIU Xingzhu, MILLS A., *Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations*. Social Science & Medicine 54 (2002) 1691–1698

Le tableau ci-dessous permet d'avoir une vision globale de cette partie analytique sur les changements du système de santé chinois suite à la réforme économique, ainsi que les conséquences de ces changements.

<u>Les raisons du changement</u>	<u>Les changements</u>	<u>Les conséquences</u>
La décentralisation du pouvoir de décision et la décentralisation du système fiscal	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'Etat central confie la responsabilité financière des activités sociales aux gouvernements locaux. 2. Le gouvernement local octroie aux établissements médicaux leur budget en fonction de sa capacité financière. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'Etat central a perdu sa capacité de coordination et de redistribution. 2. Les établissements médicaux reçoivent moins d'allocations. Ils n'arrivent même pas à couvrir le salaire du personnel. Ils s'appuient sur l'autofinancement. 3. La disparité du développement économique des différentes régions se traduit par l'écart entre les offres sanitaires et l'état de santé des habitants. <p>Le financement provenant de l'Etat représente environ un 15% de la dépense totale de la santé.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. La priorité du développement économique 2. Le manque des indicateurs d'évaluation sur les aspects sociaux pour le gouvernement local 	Tant le gouvernement central que le local mobilisent les ressources vers les secteurs économiquement rentables	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les aspects sociaux comme la santé et l'éducation sont négligés. 2. Le système de santé est devenu payant et a négligé tous les aspects non lucratifs de sa mission. 3. Les soins préventifs versus les soins curatifs. <p>Le système de santé publique est paralysé.</p>
La décollectivisation dans le milieu rural	Le SMC qui s'appuyait sur le financement communautaire a cédé le pas à des financements privés.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le système médical coopératif rural s'est effondré. 2. Le 79.1% des paysans n'a aucune assurance-maladie. <p>L'accès aux soins s'appuie sur la capacité à payer.</p>
Les réformes des entreprises étatiques axées sur « la contrainte dures budgétaires » et la loi du marché	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'entreprise se désengage de sa responsabilité sur le PAT à cause de sa grosse difficulté financière et la lourde charge du PAT 2. Le licenciement massif 	<p>Les travailleurs des entreprises ont perdu leur protection sociale qui était liée à leur unité de travail.</p> <p>La dépense médicale incombe aux patients.</p> <p>L'accès aux soins s'appuie sur la</p>

	apparaît.	capacité à payer.
Deux systèmes de prix incohérents	Le Bureau d'Etat des Prix fixe des prix assez bas quant aux soins de santé pour rester accessible aux usagers. Par contre, les hôpitaux n'arrivent pas à couvrir les coûts des services sanitaires fournis à ces prix-là. Ce Bureau impose en même temps des prix pour les tests de diagnostic de haute technologie supérieurs à leur coût et une marge de 7 à 8% sur la vente des médicaments.	<p>1. Les hôpitaux achètent ou empruntent des équipements de haute technologie sans planification antérieure.</p> <p>2. Il existe une utilisation excessive des équipements de haute technologie.</p> <p>3. Les médecins prescrivent des médicaments inappropriés.</p> <p>La dépense totale en soins de la santé augmente et l'efficacité des soins diminue</p>
Application du système de responsabilité au secteur sanitaire	Le revenu du manager et du personnel médical est en lien avec les gains des services médicaux	<p>Les comportements inadéquats des travailleurs médicaux.</p> <p>L'augmentation des coûts médicaux.</p>
L'état de santé de la population stagne et l'inégalité s'accroît		

3. Les récentes réformes du secteur sanitaire

3.1 Pourquoi réformer le secteur sanitaire ?

La confiance accordée aux mécanismes de marché, combinée avec des mesures de régulation mal conçues et mal coordonnées, condamne le système de santé à l'inefficacité et en réduit l'accès aux populations les plus vulnérables. Or, le gouvernement est de plus en plus conscient des problèmes associés au transfert aveugle des politiques économiques dans ce secteur. Les nouveaux objectifs politiques en matière de santé sont en cours d'élaboration.

3.1.1 La correction des politiques inappropriées en matière de santé

Bien que la santé et le développement du système de santé soient étroitement liés au développement économique global, le développement économique seul n'est pas une condition *sine qua non* pour la promotion de la santé. Une politique adéquate et une organisation efficace pour le secteur sanitaire sont plus importantes.

Au début de la réforme économique, les dirigeants chinois n'ont pas pris le système de santé très au sérieux. Mais dans les années 80, certaines petites réformes ont quand même eu lieu dans ce domaine pour élargir la capacité d'offre. Plus la réforme économique avance, plus les inconvénients de l'ancien système de santé apparaissent comme un obstacle à la réforme économique. Le secteur de santé n'a pu éviter d'être mêlé à la haute marée économique du marché. C'est à partir de ce moment-là que le système de santé chinois s'est égaré. Les cinq conséquences dues aux changements apportés par les réformes économiques que nous avons soulignées plus haut démontrent un état chaotique du système de santé chinois. En fait, ces conséquences sont même plus graves que l'on peut imaginer.

Avant 1993, toutes les couches de la population pouvaient partager le fruit de la réforme économique. La Chine a vécu un recul spectaculaire de la pauvreté globale. Après cette année-là, le bénéfice de la réforme s'est concentré dans les mains de certaines couches de la population et le coût de la réforme a dû être assumé par les paysans et les ouvriers. La pension de la retraite, le logement, l'éducation et la santé deviennent problématiques tant pour le gouvernement que pour sa nombreuse population.

A cause d'un développement économique déséquilibré, les régions moins développées et les entreprises d'Etat qui sont en faillite n'arrivent plus à assumer les frais médicaux des habitants ou des employés. Cela a des effets négatifs pour la santé de ces personnes. Beaucoup d'entre eux se sentent embarrassés quand ils ont des maladies graves ou des maladies chroniques. Le capital humain est la plus précieuse des ressources pour tout système de développement. C'est évident que le mauvais état de santé de la population ralentit la productivité. De plus, si les travailleurs ne peuvent pas partager les bénéfices de la réforme, leur motivation à travailler et leur confiance pour la réforme en sont réduites d'autant.

Beaucoup de manifestations ont lieu ces dernières années. Pour un pays qui insiste toujours sur la stabilité sociale, ces facteurs potentiels d'instabilité provoquée en partie par ce système de santé inadéquat et par une couverture incomplète de l'assurance sont devenus des problèmes politiquement délicats. Ces problèmes pourraient freiner les progrès de la réforme économique et la stabilité du régime. Donc pour les dirigeants chinois, la réforme du secteur sanitaire et les autres réformes de la sécurité sociale sont stratégiquement importantes pour la réussite de la réforme économique, voire pour la survie du PCC.

3.1.2 Les inconvénients de l'ancien système de santé sous le régime d'économie planifiée

Le premier inconvénient était l'inflation des coûts. Bien que la hausse des coûts ait contribué à l'inflation à cause du quasi auto financement des établissements médicaux, les défauts de l'ancien système de santé ont aussi eu certaines responsabilités.

Comme l'ancien régime de la protection sociale en ville était un système de trier paie, cela entraînait un gaspillage énorme et des abus, comme la surconsommation des services sanitaires, le nombre considérable de profiteurs du plan d'assurance, etc.. Jusqu'à un 20% voire un 30% de la dépense totale de santé était dû aux comportements abusifs des utilisateurs et des fournisseurs du système de santé par manque de mécanisme de contrôle-coûts et d'encouragement à économiser les fonds destinés à la santé.

Seul le marché hypertrophié des médicaments peut entraîner 30 milliards de yuans par an.¹ La surconsommation a tendance à augmenter. En 1993, la dépense totale de la santé alimentée par le PAE et PAT était de 41,5 milliards de yuans, deux ans après, en 1995, ce chiffre avait augmenté de 13,8 milliards de yuans pour arriver à un résultat de 65,3 milliards de yuans: c'est 24,2 fois plus que cette même catégorie en 1978.² Le taux de croissance des dépenses est supérieure à celui de l'économie.

Un autre inconvénient de l'ancien système était que le PAE et le PAT devenaient une contrainte pour la mobilité des travailleurs. Comme ces deux plans ne couvraient que les employés d'Etat, les travailleurs des entreprises étatiques et des entreprises collectives, beaucoup d'entre eux ne voulaient pas quitter leur poste et travailler dans les nouveaux métiers sous le nouveau régime économique, car ces nouveaux métiers n'étaient pas inclus dans ces deux plans.

3.1.3 L'émergence des problèmes sociaux après 1978

1. La migration de la « population flottante »

La migration de la « population flottante » (*liu dong ren kou*) est un phénomène propre à la Chine. Elle désigne les mouvements internes de personnes, temporaires ou définitifs, au sein d'une province vers une autre, bien souvent de la campagne vers la ville, sans transfert du livret de résidence (*hu kou*). Avant la "réforme et ouverture", le *hukou* – c'est-à-dire le système d'enregistrement des ménages – restreignait les déplacements des habitants des zones rurales pour se rendre dans d'autres provinces ou zones urbaines. Suite à la réforme, le système de *hukou* a été assoupli, ce qui a ainsi permis une migration rurale accrue vers les zones urbaines.

La dernière estimation situe la « population flottante » à 130 millions.³ La condition de vie de cette population est médiocre. Ils n'ont souvent pas de logement individuel ni de protection sociale de base. Ils occupent surtout des emplois dédaignés par la main-d'œuvre urbaine parce que mal payés, sales, ennuyeux, physiquement pénibles ou dangereux pour la santé. La plupart des travailleurs agricoles ne possèdent aucune assurance-maladie et peu de revenus disponibles pour régler les frais de traitements médicaux. Hors de leur lieu de domicile, les travailleurs agricoles n'ont pas droit aux soins subventionnés et ont peu accès aux établissements de soins payants des villes. C'est pourquoi certaines épidémies ont éclaté parmi ces personnes qui avaient un état de santé lamentable. De plus, à cause de leur mobilité, le contrôle d'épidémie est extrêmement difficile à effectuer.

2. Le chômage et le chômage déguisé

Depuis le début des années 50, chaque résidant urbain est rattaché à une unité de travail, et dépend d'elle en de multiples domaines : santé, planning familial, éducation des enfants, retraites, etc., de même que pour l'attribution d'un logement.

Avec une réforme des entreprises d'Etat, de plus en plus de travailleurs sont « déclassés » (*xia gang*). Ce phénomène ne correspond pas tout à fait au chômage, car ces travailleurs sont toujours sous contrat, mais ils ne sont plus, ou partiellement, payés par leurs entreprises qui sont en faillite ou qui ont changé de « régime de propriété ». Selon le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale ainsi que le Bureau National

1. LIU Yuanli, HSIAO Willams, *les soins de santé en Chine : l'histoire de deux époque* (2002)

2. LU Yuanchun., *l'analyse sur l'état actuel, l'effet, la perspective de la réforme d'assurance-maladie en Chine*, la collection des mémoires de l'université de Pékin. 2003 (en chinois)

3. ATTANE Isabelle, *Une population flottante nécessaire mais exclu...*, 2002

de la Statistique, il y avait 10,6 millions de sans-emploi en 2003, comprenant 8 millions de chômeurs enregistrés ainsi que 2,6 millions de travailleurs victimes de cette forme de chômage déguisé. Des estimations indépendantes font pourtant état d'un total de 26 à 31 millions de sans-emploi dans les villes, comprenant les chômeurs enregistrés ainsi que tous les travailleurs « déclassés », soit 18% à 20% de la main-d'œuvre urbaine¹. Ces travailleurs « déclassés » perdent tous leur protection de base liée à leur unité de travail, ils ne bénéficient plus de l'assurance du travailleur. Comme il y a peu d'entreprises d'Etat qui vont bien, ces travailleurs « déclassés » vont plutôt vers le secteur privé ou essaient de créer leur propre entreprise. Plus souvent, ces secteurs n'ont aucune obligation légale d'assumer la protection de base de leur employé.

3. Le vieillissement

Le vieillissement en Chine s'effectue à un rythme particulièrement plus rapide que pour les pays développés à cause de l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution de la fécondité. D'après les Nations Unies, près de la moitié (48,5%) des personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde entier se trouvent en Chine en 2000. Cela représente le 10% de la population chinoise. La proportion des 60 ans et plus triplera d'ici à 2050 où elle atteindra 29,9%.² Ce vieillissement est avant tout le résultat de la transition démographique brutale dû à l'application de la politique de l'enfant unique. La réduction de la dimension de la famille affaiblissant sa fonction de soutien aux personnes âgées, une part croissante d'entre elles devra nécessairement être prise en charge par l'Etat et la société. En outre, à mesure que la population vieillit, les coûts concernant les personnes âgées, tant en valeur absolue qu'en proportion du PIB, augmenteront sensiblement.

4. L'évolution épidémiologique

L'histoire épidémiologique d'un pays est liée à son développement démographique, social, économique et sanitaire. La situation en Chine correspond à un modèle, qualifié par Monsieur Omran, de transition accélérée. Elle passe les trois premières phases en très peu de temps. Les premières phases se caractérisent par l'éradication des maladies infectieuses, puis au cours d'une troisième phase, par l'émergence des maladies chroniques, telles que le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Dans la quatrième phase se trouvent des maladies produites par l'homme et par la société. Globalement, la Chine se situe actuellement dans la troisième phase de cette transition. Les disparités en terme de développement font que cette évolution ne s'applique pas à toutes les régions. On constate bien la coexistence des maladies de la deuxième phase et celles de la troisième phase en Chine.

Les régions rurales et reculées sont touchées par des maladies infectieuses et parasitaires, des lésions traumatiques et des empoisonnements, des maladies d'origine périnatale etc. Les régions les plus riches rapprochent la Chine des pays occidentaux avec les tumeurs malignes et les maladies cérébro-vasculaires qui sont les deux principales causes de décès pour les citoyens. La dépression, les décès dus aux accidents de la route, les maladies liées à la pollution sont en nette augmentation.

En résumé, on peut dire que la situation sociale en Chine se construit par des petites crises. Il faut faire face à cette situation complexe. Des stratégies adaptées et appropriées doivent se mettre en place.

3.2 Quelles mesures de la part de l'Etat?

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les réformes du secteur de santé ont déjà commencé au début des années 80. Mais ce n'étaient pas des réformes radicales. Elles s'adaptaient plutôt aux changements ou aux besoins de la réforme économique. Le but de ces réformes était d'élargir la capacité d'offre contre les problèmes d'accès aux soins et à l'hospitalisation. Ce but a bien été atteint vers 1990.

1. ZENG Yi, *Vieillesse et déficit de filles : nouveau déséquilibre dans la Chine en transition*. 2002

2. MO long, *Quel vieillissement démographique pour la Chine ?* 2002 p.147, p.152

Jusqu'au milieu des années 90, les réformes du secteur de la santé se sont intensifiées parce que les insatisfactions de tous les composants du système, l'utilisateur, le fournisseur et le financeur, devenaient de plus en plus fortes. Le gouvernement chinois était de plus en plus conscient des problèmes qui surgissaient. En décembre 1996, une grande conférence nationale sur la santé s'est tenue à Pékin, réunissant tous les directeurs et vice-directeurs des bureaux de santé provinciaux. Comme Madame Charlotte CAILLIE écrit dans son article « L'effondrement du système de santé rural », avant cette conférence, le discours officiel sur la santé publique reposait toujours sur l'idée de grandeur du système de santé chinois, inspirant les politiques de la santé à travers le monde. Les problèmes de fond étaient parfois abordés, mais sur un mode presque anecdotique, dans un contexte d'optimisme général. Cette conférence a marqué un changement de ton radical. L'analyse des problèmes par le pouvoir central a été étonnante de lucidité affichée et a tiré la sonnette d'alarme. Cette démarche s'inscrivait dans la tentative de reprise en main des provinces par le centre. La conférence s'est focalisée sans ambiguïté sur les problèmes du monde rural ; les solutions proposées étaient cohérentes, visant à rétablir à la fois des soins de qualité et un accès à la santé plus égalitaire.

Le point de départ des réformes a été marqué par l'annonce de la « Décision du Comité central du Parti et du Conseil d'Etat en matière de réforme et de développement de la santé », le 15 janvier 1997. Suite à cette décision, L'Etat a décidé de développer particulièrement le secteur de la santé. Ensuite, une série de directives a été promulguée. En 2000, une conférence à l'égard des affaires sanitaires a eu lieu à Shanghai, le gouvernement a signalé pour la première fois les buts et les mesures des réformes du système de santé.

Les buts sont :

- 1) Fournir des services médicaux sur une base de dépenses raisonnables
- 2) Satisfaire les besoins sanitaires de base de la population.

Les mesures sont :

- 1) La réforme du système d'assurance médicale de la population urbaine et des bourgs
- 2) La réforme des établissements médicaux
- 3) La réforme de la fabrication et de la distribution des médicaments.

Les principaux objectifs des ces réformes sont :

- 1) Etablir un système d'assurance sociale de base pour les travailleurs urbains et des bourgs
- 2) Mîtriser et surveiller l'escalade des coûts médicaux
- 3) Améliorer l'efficacité et la qualité des services et des soins.

Comme pour les mesures de réforme dans d'autres secteurs, le gouvernement chinois choisit toujours une *région pilote* pour faire une première expérience et si celle-ci fonctionne bien, il l'appliquera à toutes les régions. Trois aspects vraiment importants en ce qui concerne le système de santé, le système d'assurance, l'organisation des soins, le système de distribution des médicaments ont commencé leurs essais. Jusqu'en 2004, six ans sont passés. Un nouveau système de santé prend forme petit à petit. On a déjà pu observer quelques succès de ces réformes, mais les problèmes sont encore nombreux. Ces derniers sont difficiles à résoudre en une aussi courte période. Nous essaierons de rapprocher ces trois sphères en présentant les politiques et les programmes promulgués. Comme ces réformes sont encore à leur étape primaire, peu de résultats quantitatifs ont été obtenus. Donc notre évaluation restera aussi à un niveau assez basique. Nous espérons que cette présentation pourra quand même aider les lecteurs à comprendre ce qui se passe actuellement en Chine dans ce secteur.

3.2.1 La reconstruction de la couverture d'assurance

1. Dans le milieu urbain

En décembre 1998, pour résoudre les problèmes provoqués par l'ancienne organisation du PAE et PAT, la directive « la décision du Conseil d'Etat concernée d'établir une assurance-maladie de base pour les

travailleurs de ville et bourg » est entrée en vigueur après 4 ans d'essai dans deux villes pilote, Jiujiang et Zhenjiang. Un nouveau ministère, le Ministère du Travail et de la Sécurité, a remplacé l'ancien Ministère du Travail la même année. Il est divisé en 15 sections. La section de l'assurance maladie est une des quinze. Pour différencier l'assurance maladie commerciale de la complémentaire, on l'appelle « assurance publique ». Cette assurance couvrait environ 9,4 % de la population en 2004¹.

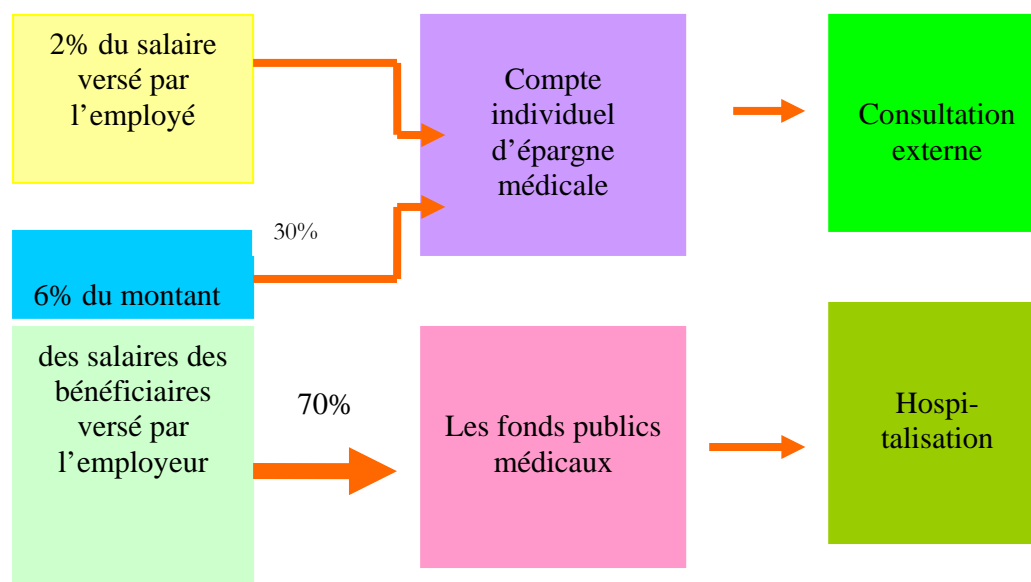
Les bénéficiaires L'assurance est obligatoire pour les fonctionnaires, les ouvriers des entreprises de toutes natures (étatiques, collectives, privées ou *joint venture*). Les personnes qui dépendent de ces derniers (comme les membres de leur famille) ne sont pas couvertes comme dans l'ancien programme d'assurance. Pour les travailleurs indépendants, ou ceux des petites entreprises cantonales ou rurales, l'assurance est facultative. Les soldats ont la gratuité des services de santé.

Le financement Le fonds d'assurance se divise en deux parties : un compte individuel d'épargne médicale (CIEM) pour chaque bénéficiaire et les fonds publics médicaux (FPM). Ce fonds est alimenté, d'une part par des contributions des employeurs, soit 6 % du montant des salaires des bénéficiaires, le 30 % de ce 6 % est transféré au CIEM, et le reste est versé au FPM pour assurer la solidarité ; d'autre part, les salariés versent le 2% de leur revenu qui est affecté au CIEM. Le compte individuel est utilisé pour le remboursement des frais des consultations externes. Une fois le fonds du compte épuisé, la consultation externe sera soumise au paiement direct. Tandis que le fonds du CIEM non utilisé en fin d'année est reporté à l'année suivante. En cas d'hospitalisation, les adhérents doivent payer une somme équivalant à 10% de leur salaire annuel. Le FPM prend en charge le reste, mais tout en plafonnant de quatre fois le salaire moyen des travailleurs de la ville.

L'administration du fonds Chaque province a son bureau de sécurité sociale qui se charge de collecter les primes, de rédiger les contrats et de régler les frais médicaux avec les fournisseurs. Ils ont le droit de refuser des remboursements quand ils trouvent que les frais ne sont pas appropriés.

Des services et des médicaments couverts sont élaborés par le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, par le Ministère de la Santé et par le Ministère des Finances. Il existe aussi une liste des fournisseurs auxquels les adhérents doivent obligatoirement s'adresser, des hôpitaux dans lesquels ils

Figure 3.1 Le schéma basique du nouveau système d'assurance dans les régions urbaines



1. Le taux effectué des chiffres de la statistique annuelle du travail 2004, le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale.

doivent se rendre, ceux-ci sont souvent des hôpitaux de second et de troisième échelons.

D'après le rapport publié, le fonds public médical a un bilan positif jusqu'à maintenant. (cf. tableau 3.1)

Cette nouvelle organisation d'assurances transforme l'« entreprise-based » assurance en une « social-based » assurance qui a une meilleure solidarité. L'introduction d'une participation des assurés pourra aider à réduire le coût. De plus, le financement et la production des soins se sépareront petit à petit.

Tableau 3.1 Les Revenus, les Dépenses et les Balances additionnées du Fonds d'assurance médicale des travailleurs urbains et des bourgs 2000-2003 (en milliards de yuans)

Années	Revenu	Dépense	Balance additionnée
2000	17	12.45	10.98
2001	38.36	24.41	25.3
2002	60.78	40.94	45.07
2003	89	65.39	67.06

Source : L'annuaire statistique du travail 2004, Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale.

2. Dans le milieu rural

Déjà en 1994, un appel à la reconstruction des trois échelons médicaux en milieu rural a été lancé. Faute d'un réel investissement de la part des gouvernements central et local, cet appel n'a pas obtenu un grand succès. A la fin de l'année 2003, 11 Ministères et Bureaux nationaux ont élaboré un document concernant un projet pilote d'un nouveau système médical coopératif rural. Chaque province choisissait son canton pilote en fonction des compétences de gestion des dirigeants du canton, de la situation financière du canton et de la volonté de la participation des paysans.

Les fonds viennent de trois sources différentes: (1) chaque paysan paie minimum 10 yuans de prime par année (2) l'allocation du gouvernement central est de 10 yuans chaque année par personne. Cette allocation est destinée aux régions du centre et de l'ouest. (3) Le pouvoir local de la région du centre et de l'ouest consacre au moins 10 yuans chaque année par personne. Pour la région de l'est, le montant est de 20 yuans.

Comme l'assurance publique de la ville, ce fonds se divise aussi en deux parties, le compte familial d'épargne médicale (CFEM) et les fonds de mutualisation (FM). Une partie de la prime individuelle est versée sur le compte familial pour couvrir les frais des consultations externes. Le reste de la prime plus les allocations étatiques contribuent à établir le fonds de mutualisation afin de rembourser de grosses dépenses médicales et d'hospitalisation. Le fonds du CFEM non utilisé en fin d'année est reporté à l'année suivante.

Il y a aussi une liste des fournisseurs auxquels les paysans doivent s'adresser obligatoirement. Les frais non justifiés et non appropriés ne seront pas remboursés. Dans ce cas-là, les fournisseurs assumeront ces frais.

Jusqu'au 30 juin 2004, 310 cantons sont devenus des cantons pilote, le nouveau SMC couvrait 95 millions de paysans. Comme l'adhésion est volontaire, le nombre réel des assurés s'élève à 68,99 millions. Le fonds contient 3 milliards de yuans, dont le subside gouvernemental est de 1,5 milliards, la prime de 1 milliard, et les 0,4 milliards proviennent d'autres sources. La somme utilisée pour le remboursement est de 1,4 milliards, dont 46,14% du fonds jusqu'à cette même date.¹

1. Zhu Qingsheng (vice ministre du Ministère de la Santé), Discours à la Conférence de Presse du Ministère de la Santé, 05.11.2004 (en chinois)

3.2.2 La réforme des établissements médicaux

L'objectif de la réforme des établissements médicaux est de séparer la fonction de gestion et la fonction de production afin que ceux-ci soient compatibles dans le régime d'économie de marché. Un nouveau système de classification des établissements est introduit. La réallocation des ressources médicales est aussi en phase de développement.

Le nouveau système de classification des établissements Le gouvernement chinois débat depuis longtemps de la question de la destination des subsides gouvernementaux et de la taxation des hôpitaux. Pour instaurer une tarification mieux ciblée et coordonnée, le gouvernement a décidé, en mars 2000, de diviser les hôpitaux en deux catégories selon qu'ils soient axés ou non sur le profit. La plupart des établissements médicaux d'Etat qui sont classifiés comme des hôpitaux non lucratifs reçoivent des subsides de l'Etat. Le prix de leurs services est contrôlé par le gouvernement. Il existe encore d'autres institutions médicales non lucratives, mais elles ne sont pas subventionnées par le gouvernement, leurs prix des services doivent suivre les « guidelines » du gouvernement. Les établissements lucratifs assument la pleine responsabilité de leurs pertes et profits. Le gouvernement ne contrôle pas le prix des services, il va être réglé par le mécanisme du marché. Selon la statistique annuelle du Ministère de la Santé, la proportion de ces deux types d'établissements est presque moitié-moitié. Les hôpitaux à but lucratif sont surtout les hôpitaux spécialisés et les cliniques privées. L'investissement provient souvent de partenariats entre investisseurs chinois et étrangers ou par leurs actionnaires.

Parmi les hôpitaux lucratifs, un phénomène de disparité est assez intéressant. Une partie de ces hôpitaux attire beaucoup de patients des classes socio-économiques moyennes et élevées, par une direction et des investissements étrangers, par de meilleurs services et organisations, malgré le prix beaucoup plus élevé. L'autre partie reste difficilement contrôlable. Cette dernière a choisie la médecine chinoise comme méthode principale du traitement sur laquelle il y a peu de normes standardisées. Elle soigne surtout des maladies comme le cancer, le diabète, les maladies sexuellement transmissibles etc.. Le fait de soigner ces maladies est très profitable. Un malade ayant une des maladies citées plus haut est psychologiquement faible et croit facilement en quelqu'un qui promet de le guérir. La plupart des patients viennent de loin, d'autres provinces, en croyant la publicité de ces hôpitaux. Il faut ajouter que la publicité médicale est aussi très mal contrôlée.

Cette classification est entrée en vigueur il y a deux ans, mais il y a encore peu d'effets remarquables sur l'efficacité de ces hôpitaux. Une gestion peu actualisée reste encore un point faible pour atteindre l'efficacité souhaitée.

Réallocation des ressources médicales Les établissements médicaux qui appartiennent aux entreprises vont être pris en charge par les gouvernements locaux. Les entreprises économiquement fortes ont peur d'une baisse de la qualité des soins pour leurs employés et opposent une certaine résistance.

Les activités logistiques de l'hôpital sont de plus en plus externalisées vers des prestataires externes.

Planification régionale de la santé En mars 1999, le Conseil des Affaires d'Etat a publié des directives nationales pour la planification régionale de la santé destinées à contrôler l'expansion du secteur de la santé. Cette planification devrait permettre aux autorités locales de procéder à un examen systématique des besoins, pour parvenir à une meilleure gestion des infrastructures sanitaires et médicales. À Tianjin, une des 4 municipalités relevant directement de l'autorité centrale, par exemple, certains hôpitaux publics ont fusionné en 2004 soumis à la planification régionale pour élever leur compatibilité et faciliter la gestion pour le Bureau de la Santé de Tianjin. Beaucoup des hôpitaux du premier échelon sont transformés en centres communautaires de santé qui sont responsables des soins primaires, de la prévention et de la promotion du nouveau style de vie.

3.2.3 La réforme du système de distribution des médicaments

La réforme sur le marché médicamenteux est la plus compliquée des trois. Les mesures seront mentionnées ci-dessous. Ces mesures se sont mises en place petit à petit avec une énorme résistance. Il y a peu de résultats pour le moment.

Séparation de la pharmacie et de l'hôpital Le revenu provenant de la vente des médicaments a longtemps été la principale source financière des hôpitaux: la proportion atteignait parfois 60 %. Les commissions distribuées au médecin, au pharmacien et à l'hôpital sont un des phénomènes les plus observés et détestés des consommateurs.

Le Ministère de la Santé avait l'intention de séparer la pharmacie de l'hôpital. Comme la plupart des hôpitaux ont des difficultés financières et comptent beaucoup sur la vente de médicaments, aucun hôpital n'a intérêt à exécuter cette séparation. La mesure est remise en question, il faut encore l'expérimenter.

Ajustement des prix En 2001, le gouvernement chinois impose une diminution du prix de milliers de médicaments. La baisse peut atteindre un 15 %. Les coûts de commercialisation et de vente à 25 % et 10 % du coût de fabrication pour les médicaments non génériques et génériques respectivement.

Nouvelle mesure de distribution et d'achat des médicaments Afin de limiter le nombre des distributeurs de médicaments, les économies d'échelle destinées à rendre le système plus efficace sont encouragées. Maintenant les médicaments sont distribués par les centres de distribution nationaux qui sont instaurés dans chaque municipalité et province.

Le système d'adjudication publique pour l'achat des médicaments remplace l'ancienne façon d'acquisition pharmaceutique par l'hôpital pour éviter la corruption et baisser le prix. Avec ce nouveau système, les compagnies pharmaceutiques se font ouvertement concurrence.

Classification des médicaments en médicaments ordonnancés et non ordonnancés En 2004, les médicaments sont classés en deux grands groupes: le médicament ordonnancé et le médicament non ordonnancé. Cette mesure permet de mieux contrôler l'utilisation des antibiotiques, des médicaments pour les maladies cardio-vasculaires, des corticoïdes etc..

3.3 Que vont résoudre ces réformes?

Un bon système de santé doit être accessible, acceptable et équitable pour tout le monde. Il doit aussi avoir un bon rapport de *coût-efficacité*. Ces réformes récentes peuvent-elles permettre au système de santé chinois d'aller vers une meilleure performance? D'après les résultats actuels, il est encore un peu trop tôt pour pouvoir répondre à cette question. Le but de ces trois principales réformes est tout d'abord de freiner et ensuite de diminuer le coût, de permettre au peuple de recevoir des soins de bonne qualité d'un coût raisonnable et de mettre à jour le système de santé pour qu'il soit compatible avec le régime d'économie de marché. Nous espérons qu'avec la bonne volonté du gouvernement chinois ajoutée aux mesures nécessaires, les réformes pourront atteindre leur but.

3.3.1 Peuvent-elles freiner l'escalade des coûts?

L'augmentation des coûts de la santé est un phénomène universel, tous les gouvernements prennent des mesures pour les contrôler. Le gouvernement chinois arrive-t-il à le faire? L'incertitude est encore grande.

Comparé à l'ancien système d'assurance, le nouveau système introduit certaines mesures de *coût-contrôle*, (comme co-paiement, le seuil et le plafond de remboursement, le transmission du fonds d'assurance non utilisé à l'année suivante, etc.) du côté de l'utilisateur, le système de financement prospectif du côté du fournisseur. Il y a des signes de diminution dans l'utilisation des services de santé, mais les raisons sont confuses et compliquées à expliquer. Cette diminution est peut-être présente grâce à toutes ces mesures de contrôle, mais cela pourrait aussi être à cause des contraintes d'accès aux soins qui empêchent l'utilisation des services. Si nous revenons à la page 16 de notre travail, nous pouvons observer que ni le coût de consultation externe ni le coût d'hospitalisation ne baisse, bien que le taux d'augmentation ralentisse.

Le nouveau système de distribution des médicaments a l'intention de faire baisser le coût du processus et de promouvoir la transparence de la fabrication jusqu'à l'achat. Mais dans la réalité, le médicament coûte toujours cher. Le médecin a toujours intérêt à choisir les médicaments coûteux. Ce

système en lui-même est bon, mais il y a encore certaines lacunes. A cause de ces lacunes, les agents concernés peuvent contrôler le prix adjudicatif, voire le processus de l'adjudication. Ils s'allient ensemble dans leur intérêt, de sorte que le prix des médicaments à l'hôpital soit supérieur à celui du marché. La différence peut atteindre jusqu'au 50%.² Le manque de supervision rigoureuse a aussi contribué à l'échec de ce système.

3.3.2 Peuvent-elles améliorer l'accès aux soins?

L'accès aux soins aujourd'hui dépend largement de la capacité à payer. Pour retourner cette situation, il faudrait une couverture assez large. Actuellement pour la Chine, l'assurance universelle est irréalisable. La pauvreté est très étendue, la disparité régionale est très importante et le nombre des personnes travaillant dans le secteur informel est très grand...

Mais la Chine a déjà fait un premier pas, avec le nouveau système d'assurance sociale (l'assurance publique), les travailleurs des secteurs formels sont plus ou moins couverts. Bien que ce système n'ait pas été bien exécuté dans certaines entreprises, nous voyons quand même bien que son but est d'arriver à une assurance universelle dans le milieu urbain. D'après la statistique du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, il y a 210 millions de travailleurs actifs dans le milieu urbain. La Chine sera de plus en plus urbanisée, le pourcentage de citoyens sera de 65% en 2050 contre 37% actuellement³. Cela signifie qu'il y aura encore plus de travailleurs d'origine rurale qui viendront travailler en ville. Ils s'attendent à être inclus dans le système d'assurance tôt ou tard.

Le nouveau plan d'assurance-maladie des travailleurs présente encore certains défauts. Le patient assume encore beaucoup de frais médicaux. Comme la prime d'assurance est liée au salaire, la personne qui gagne peu, elle aura peu d'argent disponible sur son compte individuel d'assurance maladie. La grande partie du paiement se fait donc directement. De plus, les services couverts et les médicaments couverts par l'assurance sont très limités. Dans la province de Hunan, par exemple, seulement le 25% des médicaments est inclus dans les médicaments de la classe A qui peuvent être remboursés à 70 % par l'assurance. Le 75 % du reste des médicaments classés dans le groupe B peuvent être remboursés à 63 %. La dépense de santé assumée par le patient s'élève à 25 % de plus qu'avec l'ancien système d'assurance¹.

Dans le milieu rural, il faudra attendre, puisque le nouveau système médical coopératif en est encore à l'étape expérimentale dans des régions pilotes.

Mais le problème de solidarité entre la ville et la campagne devrait être pris en considération. Sinon, ces deux mondes avanceront toujours sur des voies différentes. Depuis le début, le gouvernement chinois dirige ces deux mondes séparément. Le nouveau système de santé en ville a réussi à avoir une solidarité sociale entre les assurés à travers le fonds public médical. Le fonds de mutualisation dans le milieu rural se forme aussi petit à petit. Pour le moment, ces deux fonds publics sont séparés et contrôlés par différents ministères. Il existe également une grande différence de capacité de remboursement entre ces deux types d'assurance publique. Le compte individuel en ville et le compte familial à la campagne ne sont pas établis sur la même base : le CIEM est beaucoup plus élevé que le CFEM, puisque ce dernier atteint souvent seulement une somme de 30 à 40 yuans par an. Si la différence de capacité de remboursement existe, l'inégalité d'accès existe aussi. Ce problème d'égalité d'accès aux soins existe aussi entre les bas revenus et les revenus élevés, entre les régions riches et les régions pauvres. Comme la prime est calculée en fonction du revenu, le bénéfice de l'assurance est également lié au revenu. Donc il faudra créer un mécanisme de compensation.

En résumé, le nouveau système d'assurance a légèrement amélioré l'accès aux soins.

1. GUO Baogang., *Transforming China's urban health-care system*, Asian survey, 43 :2, p.385-403

2. *Pourquoi l'hôpital vend-il un médicament à 22.9 yuans lorsque celui-ci ne vaut que 8 yuans?*, Quotidien Guangzhou, 01, 03,2004 (en chinois)

3. LI Jianmin, *La population de la Chine à l'horizon 2050*. p.260

3.3.3 Peuvent-elles assurer la qualité des soins?

La qualité des soins est d'une conception synthétique, elle s'agit de l'efficacité du travail, du contrôle des coûts, de la rapidité de réaction face aux besoins des patients, de l'attitude du personnel médical durant le contact avec les patients, etc.. Avant tout, elle est garantie par le des soins nécessaires et appropriés.

Comme nous l'avons analysé plus haut, le gouvernement alloue de moins en moins de subsides au secteur de la santé. La vente de médicaments reste donc un moyen principal pour que l'hôpital puisse survivre. C'est autour de cela que les comportements non éthiques professionnellement se développent, que l'efficacité du travail baisse, que le coût augmente et que les patients « pauvres » sont discriminés puisqu'ils n'amènent pas beaucoup d'argent à l'hôpital ni au médecin. Si les réformes n'arrivent pas à casser cette chaîne, la qualité des soins ne pourra pas s'améliorer radicalement.

Du côté du patient, à cause d'un grand pourcentage de paiements directs, environ 50 %¹ de la population choisit de ne pas avoir recours à un médecin quand ils sont malades. Ils ont peur de devoir payer des examens coûteux qui ne sont pas vraiment utiles, ils ont aussi peur de prendre des médicaments trop chers à la place de médicaments meilleur marché et efficaces mais qui sont refusés par les médecins à cause de leur faible rentabilité. Si les malades attendent la dernière minute pour se soigner, le traitement sera moins efficace et plus coûteux et la qualité des soins baissera.

Quant à la relation médecin patient, elle est très tendue depuis plusieurs années. Au début, c'était à cause d'un manque de confiance de la part de patient à l'encontre du médecin car les travailleurs médicaux utilisaient leur pouvoir de manière abusive. Ensuite, à cause de l'appât d'une compensation importante en ce qui concerne les erreurs médicales, le patient cherchait attentivement les erreurs et les négligences de la part du médecin ou de l'infirmier, même si celles-ci étaient minimales. Cette relation opposée peut avoir en effet positif sur la qualité des soins, parce que les travailleurs médicaux sont plus disciplinés vis-à-vis des patients et plus attentifs à leur travail, mais l'effet pervers est encore plus important. La peur d'être impliqués juridiquement pousse les médecins à demander des examens les plus complets possible pour assumer moins de responsabilités. Ce qui entraîne donc une augmentation des coûts et une baisse de qualité des soins à cause des mesures médicales inappropriées.

Nous voyons bien qu'aucune des trois principales réformes ne touche le noyau des problèmes instigateurs dans la qualité des soins. Nous pensons donc que cela va rester dans l'état actuel des choses pour le moment, ce qui signifie une mauvaise efficacité et un coût peu raisonnable.

4 Que faut-il encore faire?

Le système de santé chinois est gigantesque puisqu'il concerne plus d'un milliard d'habitants. La transition économique le touche profondément. Il va de soi qu'il faut une réforme aussi profonde pour rattraper le retard dans ce secteur et s'intégrer dans l'ensemble des progrès économiques et sociaux. Pour atteindre les objectifs des réformateurs, il faudra des mesures-clés. Nous en proposons quelques-unes ci-dessous.

L'intervention de l'Etat de manière plus active et une administration du fonds public plus performant A travers les analyses des sections ci-dessus, nous remarquons bien que le « manque d'Etat » est à la racine des problèmes: manque de fonds publics et de contrôle. Tant que l'Etat ne procédera pas à une réforme en profondeur de son système de santé, incluant des mécanismes précis de financement et de supervision, la réussite des politiques décidées à Pékin restera aléatoire.

La commission « Macroéconomie et Santé » de l'OMS nous montre un rapport inattendu qui met en évidence les liens entre la santé, la réduction de la pauvreté et la croissance économique dans leur rapport « Macroéconomie et Santé : investir dans la santé pour le développement économique » après leurs deux ans de travail : l'amélioration de la santé est une condition indispensable pour le développement économique des pays pauvres. Selon l'une des principales recommandations de la commission, les pays à revenus faibles ou intermédiaires doivent généraliser l'accès aux services de santé essentiels. Donc si la

1. Selon la statistique sanitaire annuelle du Ministère de la Santé 2004, ce taux était 48,9% en 2003.

Chine veut avoir un développement économique durable, il faut que le gouvernement chinois mette plus de sources financières pour le secteur de la santé, surtout pour la santé publique et la subvention pour les démunis.

L'intervention du gouvernement est très importante et indispensable pour la santé publique. C'est un secteur qui ne peut pas être soumis à la loi du marché vu son caractère spécial, comme, l'asymétrie d'informations et l'effet externe du bien public. D'ailleurs, la prévention, la vaccination et les soins gratuits pour les maladies transmissibles etc. ont un meilleur rapport coût-bénéfice. C'est bien grâce à sa stratégie de privilégier la prévention et la santé publique que la Chine a progressé de manière enviable dans la promotion du bien-être et dans le contrôle des coûts médicaux à l'époque de Mao. Une étude de la Banque Mondiale montre aussi que la prévention peut réduire un 15% de la dépense totale de la santé. Quant à la subvention en faveur des démunis, les dirigeants chinois doivent être conscients que c'est la meilleure façon d'assurer l'égalité et la stabilité sociale par la suite.

L'investissement est important, la gestion de cet argent ne peut pas être négligée non plus. Pour le nouveau système d'assurance, par exemple, l'administration des divers fonds publics est un élément crucial pour que ce nouveau système fonctionne comme on le souhaite. Une mauvaise gestion pourrait entraîner la faillite de ce système qui en est encore à son étape initiale. Une supervision stricte de la part du gouvernement n'est pas suffisante, il faut encore former les agents concernés et renforcer leur capacité de négociation face aux fournisseurs et leur technique de gestion financière. Il faut que ces agents deviennent les vrais représentants des utilisateurs du système de santé.

Concrètement, il faut choisir un type de financement convenable. Il y a quatre types différents de financement : le financement à l'acte ou au temps ; le financement par groupe de prestations ; le financement par budget global (financement prospectif) ; le financement par capitation. Chaque formule a ses avantages et ses inconvénients. Actuellement aux Etats-Unis et dans quelques pays européens, on applique les DRG ou les APDRG pour le remboursement des hospitalisations ou les soins aigus. Pour la Chine, ce n'est pas encore le moment d'appliquer cette façon de remboursement, du moins de façon générale, parce que la gestion est assez compliquée. Le paiement prospectif est estimé être la formule qui convient le mieux à la situation réelle de la Chine actuelle. Certaines villes pilote ont commencé ou vont commencer d'implanter cette manière de financement. Mais cette formule exige un calcul assez précis du budget et une supervision rigoureuse de la qualité des soins. Sinon, elle risque d'entraîner des problèmes comme la réduction des soins nécessaires ou la baisse de l'intérêt de la participation de la part de l'hôpital. La Chine a besoin d'accumuler des expériences sur la gestion et l'utilisation des fonds publics.

Trouver les points équilibrés entre le gouvernement et le marché, entre le gouvernement central et local, entre la ville et la campagne.

Pour le secteur de la santé, l'intervention du gouvernement et la régulation par le mécanisme du marché sont aussi importants l'un que l'autre. Le premier assure l'égalité d'accès aux soins, le dernier amène une meilleure efficacité de l'utilisation et de la distribution des ressources. Mais il faut trouver le point d'équilibre entre les deux. Ce qui doit être pris en charge par le gouvernement ne doit pas être laissé au marché. La prévention et la santé publique, la planification globale, la macro-distribution des ressources sanitaires, l'établissement des règles du jeu, la protection des consommateurs sont bien des tâches qui concernent uniquement le gouvernement. Par contre, la concurrence basée sur la qualité peut être réalisée uniquement par le marché.

Depuis la décentralisation fiscale et la fragmentation du système de santé, l'influence et le contrôle du gouvernement central se sont beaucoup affaiblis. Par manque de ressources financières et de mandats administratifs nationaux, le rôle du Ministère de la Santé est limité sur l'initiative et la promotion des programmes de santé publique. Pour changer cette situation, d'une part, il faudrait que le Ministère de la Santé renforce sa capacité de supervision et de guide pour l'ensemble du système de santé; d'autre part, les critères d'évaluation des gouverneurs locaux devraient inclure les indicateurs d'état de santé des habitants de la région. Comme cela, le gouvernement local donnerait une place importante à la santé de la population.

La structure de dualité entre la ville et la campagne est une conséquence d'une économie planifiée, elle va exister encore pendant une période assez longue. Comme les problèmes et les difficultés rencontrés pendant les réformes sont si différents dans ces deux mondes, la stratégie sera différente aussi. Dans le milieu rural, le problème en matière de santé est le manque de soins primaires et des services de base.

Dans le milieu urbain, nous devons penser à comment freiner le coût et à comment distribuer la source sanitaire efficacement et équitablement.

Centraliser les pouvoirs pour l'organisation du système de santé Au niveau national, il est impossible de trouver un Ministère ou un Bureau National unique pour administrer les affaires concernant la santé de la population. Ce pouvoir est partagé entre plusieurs Bureaux Nationaux et Ministères.

Le Ministère de la Santé est comme une institution principale de modulation en terme de santé publique. Sous la direction du Ministère de la Santé se trouvent le Bureau National de l'Administration de la médecine traditionnelle chinoise et le Centre National de la Prévention.

En plus du Ministère de la Santé, on peut ajouter encore 7 autres Ministères et Bureaux Nationaux. Le tableau ci- dessous cite ces Ministères et les Bureaux en indiquant leurs fonctions.

Tableau 4.1 les Ministères et Bureaux Nationaux liés avec les éléments sanitaires

Les Ministères et les Bureaux Nationaux	Fonction
Commission d'Etat pour le Développement et la Réforme	Le prix des médicaments et l'investissement d'infrastructures des institutions médicales
Ministère des Finances	La dépense des services médicaux, la rémunération du personnel sanitaire
Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale	L'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance des accidents professionnels pour les travailleurs en ville et en bourg
Ministère de la Santé	La santé publique, les affaires médicales dans le milieu rural
Bureau National du contrôle des produits alimentaires et pharmaceutiques	Le contrôle de la qualité des produits alimentaires et pharmaceutiques
Ministère de l'Education	L'éducation supérieure médicale
Ministère des Affaires Civiles	L'aide sociale en terme de santé
Bureau d'Etat des Prix	Les prix des soins de santé

Avec tous ces Ministères et Bureaux Nationaux, les difficultés de la législation et l'application de la loi sont imaginables. En 2000, « L'opinion directrice de la réforme du système sanitaire en ville et bourg » est rédigée conjointement par huit Ministères et Bureaux Nationaux. L'autre directive concernant la réforme du système sanitaire de la campagne réunit les opinions de cinq Ministères et Bureaux Nationaux. Le conflit d'intérêt n'est pas rare non plus. La bataille pour l'obtention du pouvoir absolu de gestion du marché médicamenteux ne cesse de croître entre le Ministère de la Santé et le Bureau National de Gestion de la Santé et du Médicament subordonné au Ministère du Commerce. Donc il serait urgent de centraliser le pouvoir.

Renforcer la coopération entre les agents de santé et entre les établissements sanitaires afin de construire un réseau de soins au niveau régional. Dans le secteur de la santé, face à la relation opposée des ressources limitées et de la demande (les besoins) illimitée, l'amélioration de l'efficacité apparaît comme une meilleure solution. Une bonne organisation des activités sanitaires est indispensable pour être plus efficace. Pour des raisons diverses, les établissements médicaux se livrent une concurrence énorme afin d'attirer les patients. Cette concurrence entre les établissements médicaux, voire entre les services du même établissement ne détruit

pas simplement la hiérarchie des trois échelons, mais elle détériore aussi la coordination et la coopération entre eux. De sorte que le cheminement des patients et la continuité de la prise en charge deviennent problématiques. Une nouvelle forme d'organisation est donc nécessaire.

Beaucoup de pays développés recourent aux réseaux de soins ces dernières années, comme le Managed Care aux Etats-Unis, le Fund-holder en Angleterre, les réseaux de soins en France etc.. Les expériences de ces réseaux démontrent une meilleure prise en charge et un meilleur usage des ressources en renforçant la coordination et la coopération entre les agents de la santé. La Chine pourrait s'inspirer de ces formes de réseaux combinant la situation réelle du pays afin de trouver une formule pertinente.

5 Conclusion

En passant d'une économie planifiée à une économie de marché, la Chine a payé un coût social considérable. Les secteurs comme la santé et l'éducation ont été sacrifiés à ce changement social douloureux. Mais un développement durable exige un progrès social d'ensemble. Le développement économique va tout droit dans une impasse sans les gains sociaux de la population.

Le système de santé ne peut ni ne doit rester en l'état actuel. Les réformes doivent impérativement s'adapter aux changements sociaux et satisfaire les besoins des habitants. Un plan de réforme bien dessiné et une exécution bien supervisée sont deux éléments clés pour la réussite de la réforme.

En espérant que les récentes réformes sanitaires pourront être la première pierre du nouveau système de santé chinois, nous devons être conscients qu'il y aura encore un long chemin à parcourir pour que la Chine arrive à avoir un système sanitaire performant.

Bibliographie :

1. LIU Yuanli, HSIAO William. *Economic reform and Health-lessons from China*. The New England Journal of Medicine. Volume 335:430-432 August8, 1996 No. 6
2. GUO Baogang, *Transforming China's Urban Health-care System*. Asian Survey, March/April 2003, Vol.43, No.2, Pages 385-403
3. Liu Yuanli, *China's Public health-care system: facing the challenges*, Bulletin of the World Health Organization, July 2004, Vol.82, no.7, p.532-538.
4. LIU Yuanli, HSIAO William, KAREN Eggleston. *Equity in health and health care: the Chinese experience*. Social Science & Medicine 49 (1999), p. 1349-1356
5. OMRAN A.N., *The epidemiologic transition theory revisited thirty years later*. World Health Statistics Quarterly, n° 51, p. 99-119
6. GUAN Zhiqiang, *Economic transition and Health Insurance System reform in urban china*. <http://www.econ.hit-u.ac.jp/~appphcs5/paper/china.pdf> le 21.02.05
7. LI Dun, *Réévaluer le système de santé Chinois*. 2003. (en chinois) <http://www.thcsc.org/liudb/aids/lanmu/wenxian/chongshen.htm> consulté le 20,10,2004
8. LIU Xingzhu, MILLS A., *Financing reforms of public health services in China : lessons for other nations*. Social Science & Medicine 54 (2002) 1691–1698
9. Han G.Y., *Etendre les canaux financiers pour les services préventifs*. Economie de la santé (revue mensuel chinois) 16(5), 36-37 (en chinois)
10. *Persévérer le but, Promouvoir les trois réformes*, Quotidien du Peuple, 27,07, 2000. (en chinois)
11. *China country economic memorandum: Promoting growth with equity*. La Banque Mondiale, 2003. (version chinoise).
12. La statistique sanitaire annuelle du Ministère de la Santé de 1996 à 2004
13. *Rapport sur la Santé dans le monde 2000*, L'OMS. 2000 <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html> consulté le 20,10,2004
14. CHEN Wenling, *les causes des hauts prix des médicaments*, www.china.com.cn consulté le 13.05.05 (en chinois)
15. LIU, HSIAO, *les soins de santé en Chine : l'histoire de deux époques*. in *La Chine au seuil du XXI^e Siècle*. 2002
16. First National Health Services Survey, Minister of Health. 1993
17. Second National Health Services Survey, Minister of Health. 1998
18. Third National Health Services Survey, Minister of Health. 2003
19. GIPOULOUX François, *Emploi et chômage dans la Chine urbaine..* in *La Chine au seuil du XXI^e Siècle*. 2002
20. HAN G.Y. *Expanding the channels of financing for preventive services*. Chinese Journal of Health Economics, 16(5), 36-37 (en chinois)
21. SU Hua, *la réflexion profonde sur le système de santé de notre pays*, 2004 <http://www.chinamedicine.org.cn> consulté le 20.04.05 (en Chinois)
22. WANG Shaoguang, *la crise et le tournant favorable de la santé publique « Comparaison »*No.7 (2003) (en chinois)
23. DREW Thompson, *Epidémies émergents en Chine : co-infections et population mobiles*, 05,2003 <http://www.prb.org> consulté le 12.10.2004
24. La statistique du Ministère de la Sécurité Publique, 2003. Le Ministère de la sécurité Publique
25. Un suicide chaque deux minutes en Chine. www.chinesenewsnet.com consulté le 23, 11,2003

26. Les statistiques du Bureau National de la Statistique sur plusieurs années, Le Bureaux National de la Statistique.
27. PENG Fei, CAMBOIS E Emmanuelle., *Mortalité et transition épidémiologique en Chine depuis les années 50. .* in *La Chine au seuil du XXI^e Siècle.* 2002
28. CAILLIEZ Charlotte, *L'effondrement du système de santé rural*, Perspectives chinoises n° 47, mai - juin 1998,
29. *Aperçu de la Chine.* www.china.com.cn consulté le 20.04.05
30. LU Yuanchun, *L'analyse sur l'état actuel, l'effet, la perspective de la réforme d'assurance-maladie en Chine*, la collection des mémoires de l'université de Pékin. 2003 (en chinois)
31. ATTANE Isabelle, Une population flottante nécessaire mais exclu..., in *La Chine au seuil du XXI^e Siècle.* 2002
32. ZENG Yi, *Vieillesse et déficit de filles : Nouveaux déséquilibres dans la Chine en transition.* in *La Chine au seuil du XXI^e Siècle.* 2002
33. MO long, *Quel vieillissement démographique pour la Chine ?* in *La Chine au seuil du XXI^e Siècle.* 2002
34. La statistique annuelle du travail 2004, le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
35. Zhu Qingsheng (Vice-Ministre du Ministère de la Santé) Discours à la Conférence de Presse du Ministère de la Santé, [www. People.com.cn](http://www.People.com.cn) consulté le 05, 11,2004 (En chinois)
36. LI J.M., La population de la Chine à l'horizon 2050. in *La Chine au seuil du XXI^e Siècle.* 2002

Annexe 1

Les régions économiques de la Chine

En fonction de PIB *per capita*, la Chine peut être divisée en quatre grandes régions économiques.

Catégories (nb de provinces)	Provinces et villes	PIB <i>per capita</i> (en RMB)	PIB <i>per capita</i> (en \$)
Les villes développées (3)	Beijing, Shanghai, Tianjin	26319.7	3179.9
Les provinces développées (6)	Zhejiang, Jiangsu, Fujian, Shandong, Guangdong, Liaoning	13889.9	1678.1
Les provinces moyennement développées (11)	Hebei, Shanxi, Mongolie intérieure, Jilin, Heilongjiang, Hubei, Hunan, Jiangxi, Hainan, Chongqing, Xinjiang	7683.5	928.3
Les provinces moins développées (11)	Anhui, Henan, Guangxi, Sichuan, Guizhou, Tibet, Shaanxi, Gansu, Qinghai, Ningxia	5379.6	649.8
Le niveau moyen du pays(31)		8184.0	984.4

Source : Les chiffres sont tirés de l'annuaire statistique de la Chine 2003. Bureau National de la Statistique.

Remarque : la monnaie chinoise est le RMB (Ren Min Bi), L'unité monétaire est le yuan.

1 \$ = 8.2769 yuans ;

1 yuan = 0.120818 \$

Annexe 2

Le classement des provinces chinoises en fonction du PIB 2004.

		GDP(milliards de yuans)	GDP <i>per capita</i> (yuans)
1	Shanghai	7450.27	55089.66
2	Beijing	4283.3	36832.92
3	Tianjin	2931.88	31439.39
4	Zhejiang	11243	23822.08
5	Jiangsu	15512.4	20871.04
6	Guangdong	16039.46	19315.99
7	Fujian	6053.14	17240.5
8	Shandong	15490.7	16874.4
9	Liaoning	6872.7	16297.6
10	Heilongjiang	5303	13893.84
11	Mongolie intérieur	2712.08	11374.5
12	Xinjiang	2200.15	11199
13	Jilin	2958.21	10921.95
14	Hubei	6320.48	10505.94
15	Hebei	8836.9	9747.6
16	Hainan	790.12	9661.18
17	Chongqing	2665.39	9608
18	Shanxi	3042.4	9122.45
19	Henan	8815.09	9071.82
20	Qinghai	4657.3	8647.05
21	Hunan	5612.26	8379.38
22	Jiangxi	3495.94	8189
23	Ningxia	460.3	7880
24	Tibet	211.54	7779
25	Shaanxi	2883.51	7757
26	Anhui	4812.7	7448.85
27	Sichuan	6556	7514.38
28	Guangxi	3320.1	7196
29	Yunnan	2595.48	6733
30	Gansu	1558.93	5952.89
31	Guizhou	1591.9	4215
	tout le pays	136515	10502.12

Remarque : à partir de la province de Hebei (15^{ème} place), le PIB per capita des provinces suivantes est au-dessous de la moyenne nationale

Source: le bulletin statistique de l'économie nationale et le développement social 2004, le Bureau National de la Statistique

Annexe 3

La division administrative de la Chine

Niveau Provincial

23 provinces

5 régions autonomes

4 municipalités relevant directement de l'autorité centrale

2 régions administratives spéciales

Niveau local

Villes locales

Villes des 5 régions autonomes

Niveau district

Villes districts

Districts

Niveau cantonal

Bourg

Canton

Annexe 4

Les Principales Etapes de la Réforme Economique

Pendant les trois premières décennies qui ont suivi la fondation de la Chine nouvelle, le gouvernement chinois menait toujours un système d'économie planifiée. C'était la Commission pour la planification, un organe spécial de l'Etat, qui se chargeait de planifier et d'établir les objectifs dans tous les domaines du développement économique. Conformément à ces objectifs, les usines produisaient leurs quotas de produits, les régions rurales plantaient leurs cultures, et le secteur commercial faisait son approvisionnement et ses ventes. Les assortiments, les quantités et les prix étaient tous fixés par le secteur de planification. Ce système a permis à l'économie chinoise de se développer régulièrement tout en suivant le plan et l'objectif définis, mais en même temps a restreint gravement la vitalité et le rythme du développement de celle-ci. Vers la fin des années 70 du XXe siècle, les dirigeants chinois d'alors, ayant pris conscience de l'écart entre l'économie chinoise et son rythme de développement avec le reste du monde, ont pris une décision importante: réformer le système économique appliqué en Chine depuis plusieurs décennies.

En décembre 1978, la politique de réforme et d'ouverture vers l'extérieur avancée par Deng Xiaoping a été adoptée lors de la 3^e session plénière du 11^{ème} Congrès du Parti Communiste Chinois (PCC). La réforme économique chinoise s'est mise en route. Le principe de la restructuration économique s'appuie sur l'introduction de la loi du marché.

La réforme a débuté tout d'abord dans les régions rurales. Le système de responsabilité forfaitaire liée principalement à la production familiale a été mis en application. Les paysans, qui ont repris le droit d'utilisation de la terre, pouvaient organiser à leur guise les travaux des champs et disposer de leurs produits agricoles. C'était eux-mêmes qui décidaient ce qu'ils voulaient planter et combien ils voulaient planter. Ils avaient plus de marge de manœuvre en ce qui concernait l'exploitation des produits agricoles. L'achat planifié et unifié des produits agricoles par l'Etat a été éliminé, les prix de la plupart des produits agricoles ont été libéralisés, et de nombreuses politiques restrictives, abolies. Les paysans eurent la possibilité de développer une économie diversifiée et de créer des entreprises rurales. Leur initiative de production a été pleinement encouragée.

En 1984, la réforme du système économique s'est déplacée des régions rurales vers les villes. Au terme d'un essai d'une dizaine d'années de réforme et d'ouverture vers l'extérieur, le gouvernement chinois a choisi, en 1992, une option de réforme encore plus claire, qui consiste à mettre sur pied un système socialiste d'économie de marché. D'après les documents promulgués officiellement par le gouvernement chinois, le contenu principal de la réforme du système économique est le suivant: il convient de donner la prépondérance au secteur public, tout en s'efforçant d'assurer un développement simultané de tous les autres secteurs de l'économie, de transformer encore davantage les mécanismes de gestion des entreprises d'Etat et d'établir un système d'entreprises modernes susceptibles de répondre aux besoins de l'économie de marché; il est nécessaire de mettre en place un système de marché national unifié et ouvert permettant d'unir étroitement les marchés urbains et ruraux, les marchés intérieurs et extérieurs, de façon à optimiser la répartition des ressources; il convient de transformer les fonctions du gouvernement en matière de gestion économique et d'établir un système accompli de contrôle macro-économique, dans le cadre duquel on aura recours principalement à des moyens indirects pour assurer un fonctionnement sain de l'économie nationale; il est nécessaire de mettre en place un système de distribution des revenus régi par le principe "à chacun selon son travail" et donnant la priorité à la rentabilité tout en restant équitable, de façon à encourager certaines localités et personnes à s'enrichir avant les autres, tout en s'efforçant de promouvoir la richesse de tous; il est également nécessaire d'instaurer un système de sécurité sociale à plusieurs niveaux et d'offrir aux citoyens comme aux ruraux des assurances sociales en rapport avec la situation de la Chine, de façon à promouvoir le développement économique et à stabiliser la société.

En 1997, le gouvernement chinois a développé aussi l'argument d'après lequel l'économie de propriété non publique faisait partie intégrante de l'économie socialiste chinoise, de façon à encourager les capitaux, les techniques et d'autres éléments de production à participer à la distribution des bénéfices, ce qui a permis à la réforme du système économique de faire un pas encore plus grand.

Jusqu'à l'année 2002, toutes les réformes ont progressé d'une manière ordonnée et remporté des succès remarquables. Dans la Chine d'aujourd'hui, le système socialiste d'économie de marché a été établi pour l'essentiel, le rôle fondamental joué par le marché dans la répartition des ressources s'est considérablement renforcé, et le système de « macro-contrôle » s'est perfectionné progressivement; une disposition du développement commun constituée principalement par l'économie de la propriété publique et par l'économie de la propriété non publique comprenant l'économie individuelle et l'économie privée a été formée ; la croissance économique est passée graduellement d'un modèle extensif à un modèle intensif. Conformément aux plans prévus, un système socialiste d'économie de marché relativement complet sera établi en Chine en 2010, et celui de l'économie de marché socialiste relativement achevé, en 2020.

Source : aperçu de la Chine www.china.com.cn