



HAL
open science

L'évolution des valeurs dans le système public de santé en Chine

Linlin Zhou, Évelyne Lande

► **To cite this version:**

Linlin Zhou, Évelyne Lande. L'évolution des valeurs dans le système public de santé en Chine. *Revue française d'administration publique*, 2024, État et sécurité intérieure, 185 (2024/1), pp.283-302. 10.3917/rfap.185.0285 . hal-04717792

HAL Id: hal-04717792

<https://hal.science/hal-04717792v1>

Submitted on 3 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'évolution des valeurs dans le système public de santé en Chine¹

Linlin ZHOU

Docteur en sciences de gestion – Université de Poitiers – CEREGE UR13564
<https://orcid.org/0009-0001-0980-9653>

Evelyne LANDE

Professeur des universités – Université de Poitiers – CEREGE UR13564 -
<https://orcid.org/0000-0002-1266-5515>

Résumé

Depuis 1949, plusieurs réformes du système de santé en Chine ont visé à décentraliser l'administration en passant d'un système organisé à un système régulé par l'Etat, même si le gouvernement chinois joue toujours un rôle dominant sur le plan législatif et administratif. La gestion du système de santé a également fortement évolué passant d'une gestion bureaucratique administrative à une gestion inspirée par le *New Public Management*. Dans un contexte de croissance des maladies chroniques et de vieillissement de la population, il est intéressant d'étudier les relations existantes entre les différentes parties prenantes (le gouvernement, les médecins, les patients et les gestionnaires). Pour cela l'article mobilise le cadre théorique du *Public Value Management* et le cadre d'analyse des valeurs publiques développé par Nabatchi (2018), pour étudier l'évolution des valeurs publiques au sein du système de santé public chinois au cours de 4 grandes périodes de 1949 à 2021.

Mots clés

Système de santé ; valeurs publiques ; valeurs politiques ; valeurs médicales ; valeurs de marché

Abstract

- Since 1949, several reforms to China's healthcare system have aimed to decentralise administration, moving from an organised system to one regulated by the state, even though the Chinese government still plays a dominant role in legislative and administrative terms. The management of the healthcare system has also evolved considerably, moving from bureaucratic administrative management to management inspired by *New Public Management*. In a context of growth of chronic diseases and an ageing population, it is interesting to study the existing relationships between the different stakeholders (government, doctors, patients, and managers). To this end, the article mobilises the theoretical framework of *Public Value Management* and the framework for analysing public values developed by Nabatchi (2018), to study the evolution of public values within the Chinese public healthcare system over 4 main periods from 1949 to 2021.

Keywords

Hospital; public values; political values; medical values; economic values

¹ Cette recherche a été financée par une bourse du *China Scholarship Council*.

Introduction

La Chine a réalisé de grandes avancées en matière de santé au cours des 70 dernières années avec notamment une espérance de vie passée de 35 ans en 1949 à 78 ans en 2021. Toutefois, la Chine est confrontée à de nombreux défis sanitaires en raison du vieillissement de la population, l'urbanisation et l'industrialisation du pays engendrant de nouvelles maladies et des facteurs de risques liés au mode de vie et à la pollution de l'environnement. Dans ce contexte, l'étude des différentes réformes du système de santé chinois depuis 1949 permet d'éclairer les enjeux de politiques publiques et de santé publiques. Ces différentes réformes, influencées par l'environnement politique et économique spécifiques de la Chine, n'ont eu de cesse d'essayer d'aligner le système de santé sur les standards de la médecine occidentale en termes de résultats mais aussi d'organisation du système médical. Des délégations chinoises ont étudié les systèmes de santé occidentaux, dont celui de la France (Li *et al.*, 2023), pour s'en inspirer et réformer le système de santé en Chine en le décentralisant (passage d'un système organisé par l'Etat à un système régulé par l'Etat), même si le gouvernement chinois continue de jouer un rôle dominant sur le plan législatif et administratif (OMS, 2015).

Les modèles d'organisation du système de santé sont aussi porteurs de valeurs publiques qui évoluent au gré des réformes. Pour les étudier, l'article utilise le modèle de Nabatchi (2018) qui permet de combiner le contexte et les caractéristiques du système de santé pour évaluer la réforme du système de santé chinois sur une longue période, de 1949 à 2021, à travers une méta-analyse de données officielles et une revue de la littérature.

Après une présentation du cadre théorique des valeurs publiques, puis de la méthodologie retenue, les résultats de la recherche sont exposés en identifiant les éléments caractéristiques des réformes de chaque période et les valeurs associées. Ces résultats permettent d'engager une discussion sur les valeurs publiques portées par le système de santé public chinois.

Le cadre théorique des valeurs publiques

Les valeurs englobent les aspirations des individus et de la société, ce sont aussi des normes qui déterminent les orientations futures et justifient les actions passées. Les processus administratifs sont également guidés par un système de valeurs et le *Public Value Management* apparaît comme un cadre alternatif au *New Public Management* (Benington et Moore, 2011).

2.1. De l'administration publique traditionnelle des systèmes de santé au *New Public Management*

Avec le développement de l'industrialisation et de l'urbanisation après la seconde guerre mondiale, les hospices traditionnels ont été transformés en organisations médicales professionnelles, les hôpitaux, élément clé du réseau moderne de sécurité sociale en Chine. Le gouvernement a été à la fois un acteur clé de la formulation des politiques et un exécutant de leur mise en œuvre (Stoker, 2006). Même si les hôpitaux publics, en tant qu'organisations bureaucratiques professionnelles, possèdent un certain degré d'autonomie professionnelle, le gouvernement exerce un contrôle total sur le fonctionnement des hôpitaux dans le modèle de l'administration publique traditionnelle chinoise. Ce modèle chinois a été confronté à d'autres pratiques, notamment celle des pays occidentaux.

Dans les pays occidentaux, la stagflation économique et la méfiance à l'égard des gouvernements dans les années 1980, ont permis l'essor du *New Public Management* (NPM) fondé sur la logique du marché. L'accroissement des dépenses de santé publique dans les pays développés, en raison des progrès technologiques médicaux et du vieillissement de la population, a créé les conditions nécessaires à l'introduction du NPM dans le secteur de la santé (Simonet, 2013) qui doit permettre de rendre le secteur public plus performant par l'introduction de concepts, de techniques et de valeurs s'inspirant de celles des entreprises et en introduisant au sein des organisations publiques une logique de marché fondée sur la recherche des trois E : l'amélioration de l'efficacité, de l'efficacé et la recherche d'économies (Power, 2005). Ainsi, à la logique de l'administration publique traditionnelle a succédé une logique d'alignement sur le marché (Anessi-Pessina et Cantù, 2016). Dans le secteur de la santé, cette influence a été différemment transcrite selon le contexte national d'implantation. Par exemple en France, l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) est souvent mise en avant comme conséquence directe du NPM (San Martino, 2023). L'exemple français a aussi inspiré la Chine pour mettre en place une tarification à l'activité en cours de déploiement (Li et al., 2023). La Chine est donc elle aussi soumise à l'influence du NPM.

Les travaux de Mei et Kirkpatrick (2019) portant sur les réformes sanitaires depuis les années 1980 en Chine ont montré que les réformes après 2009 se focalisent sur l'efficacité du système de santé tout en maintenant un contrôle étatique fort. Il existe donc un écart entre la rhétorique et la réalité de l'autonomisation des gestionnaires et de leur libération du contrôle politique. En effet, ces réformes s'inspirant du NPM ont transformé l'environnement institutionnel, en décentralisant la gestion pour accorder aux organisations telles que les

hôpitaux une plus grande autonomie. Ces réformes ont donné naissance à des gestionnaires de carrière (Kirkpatrick et al., 2013, 2017) dont l'autorité et la responsabilité ont été renforcées. Ils peuvent ainsi prendre des décisions et utiliser des incitations pour améliorer la gestion telles que la rémunération liée à la performance (Byrkjeflot, 2013), tant qu'ils restent alignés sur la ligne politique définie par l'Etat.

2.2. Le *public value management* dans le système de santé

Si la théorie traditionnelle de l'administration publique a été critiquée, le NPM n'est pas resté exempt de critiques. En effet, la rationalité instrumentale du NPM fondée sur la maximisation des économies, de l'efficacité et de l'efficacités a pour corollaire l'affaiblissement des valeurs d'équité et de justice défendues par l'administration publique. Certaines de ces critiques mettent en avant la perte de pouvoir des praticiens par rapport aux gestionnaires, le NPM créant des « situations paradoxales accentuant la pression sur les agents hospitaliers, il entraîne une baisse de l'autonomie et du pouvoir des professionnels » (Olivaux et al., 2017, p. 53). D'autres portent sur les valeurs du NPM comme la concurrence, qui sont souvent en conflit avec les valeurs publiques telles que l'équité sociale et culturelle, l'homogénéité et l'universalité du service (Fotaki, 2010). Cette critique des réformes des services publics fondées sur une logique de marché et sur la recherche d'un équilibre entre l'efficacité et l'utilité publique a donné naissance à la théorie de la valeur publique.

La valeur publique met en question l'utilité économique individuelle pour recentrer les débats sur le bien commun et le service aux citoyens (De Vries et Kim, 2011). Ainsi, l'amélioration de l'efficacité organisationnelle par la valeur publique est plus de nature collective et moins individuelle (Stoker, 2006). Pour Benington (2009), la valeur publique comprend deux éléments : ce que le public apprécie et ce qui apporte de la valeur à la sphère publique. Le parallèle est alors fait entre l'entreprise créatrice de valeur économique et la sphère publique créatrice d'une valeur publique permettant de développer un cadre de gestion stratégique de « valeur-légitimité-compétence » (Moore, 1995). Dès lors que les gestionnaires publics veulent créer de la valeur publique, ils doivent se concentrer sur trois questions centrales (Coats et Passmore, 2008) : la finalité, la responsabilité et l'évaluation de l'organisation.

Bozeman (2007) affirme que la valeur publique n'est pas un concept monolithique, au contraire, elle est très diversifiée, complexe et conflictuelle. Ainsi, les valeurs publiques peuvent être définies comme un consensus social découlant des droits, des devoirs des citoyens et des principes de l'administration publique. En conséquence, le *public value management*

implique que le gouvernement respecte les préférences du public, guide la participation du public et maintienne l'esprit de service public, et le gouvernement assume le rôle de méta-gouvernance et devient le gardien des valeurs publiques.

Pour Simonet (2017) les valeurs publiques dans le domaine de la santé ne sont pas la somme des préférences individuelles, mais combinent des objectifs politiquement médiatisés, partiellement façonnés par les médias et collectivement définis par une variété de parties prenantes, notamment les financeurs, le corps médical, les syndicats et les associations de patients. Le concept de valeurs publiques est régulièrement invoqué pour justifier les décisions politiques, par exemple la définition des priorités en matière de santé (Baker et al., 2021). Au fil du temps, le concept de valeur dans les soins de santé a évolué pour être défini comme une mesure des résultats qui comptent pour les patients (Teisberg & Wallace, 2016). En synthèse, les valeurs publiques dans le domaine de la santé doivent permettre de proposer des soins médicaux de qualité à un prix raisonnable et accessibles au public. Pour atteindre ces trois objectifs, un modèle de gouvernance doit être mis en place équilibrant les composantes internes des valeurs publiques jouant sur le prix, la qualité et l'accessibilité. Pour cerner les potentielles tensions s'exerçant dans la poursuite de ces trois objectifs le modèle de gouvernance de Nabatchi (2018) est mobilisé. Il se fonde sur une typologie autour de quatre composantes de valeurs publiques (politiques, légales, managériales et économiques) qui sont ici réorganisées et adaptées au contexte des hôpitaux chinois autour de trois valeurs : les valeurs politiques, les valeurs médicales et professionnelles et les valeurs de marché (cf. tableau 1).

Les valeurs politiques sont indissociables du mode de gouvernement et de la culture politique. Ainsi, du fait de l'influence culturelle confucéenne, les fonctionnaires en Asie orientale ont tendance à être plus obéissants, dociles et orientés vers les peuples que les occidentaux qui sont plus autonomes et individualistes (Chen & Hsieh, 2017; Van der Wal & Yang, 2015). De plus, dans le contexte particulier chinois, les valeurs politiques tiennent une place importante car les hôpitaux publics chinois sont sous le contrôle strict des autorités gouvernementales, et derrière eux, du parti communiste. Les valeurs politiques sont donc reliées à l'intervention directe forte du gouvernement dans le système de santé, le gouvernement étant le garant de l'intérêt public et de la justice sociale.

TABLEAU 1. ADAPTATION DU CADRE D'ANALYSE DES VALEURS PUBLIQUES AU CAS DES HOPITAUX PUBLICS CHINOIS

Valeurs publiques	Politiques	Médicales et professionnelles	De marché et managériales
Acteurs garants des valeurs publiques	Gouvernement	Médecins	Gestionnaires
Contenu des valeurs	Intérêt public, justice sociale, respect des règles du parti, loyauté politique	Intérêt du patient, fierté et sentiment de compétence, autonomie professionnelle	Efficacité administrative, mérite, formalisation, productivité
Mode de rationalité dominant	Rationalité de l'alignement politique	Rationalité médicale et professionnelle	Rationalité technocratique et instrumentale
Méthodes prédominantes	Décrets administratifs mission d'évaluation, système de récompenses et de sanctions	Technique et prestation de service	Gérer l'hôpital comme une entreprise, Réformes orientées vers le marché

Source : adapté de Nabatchi (2018)

Les valeurs médicales et professionnelles guident les actions de tout groupe, en façonnant son identité, ses croyances et ses hypothèses (Moyo et al., 2016). Elles déterminent ce qui est valorisé et la manière dont la valorisation se déroule. Les dimensions qui définissent le professionnalisme comprennent traditionnellement les connaissances scientifiques associées au métier, la maîtrise individuelle de la pratique et une identité formée autour d'un engagement fort envers les valeurs publiques (Cruess et al., 2016). La fierté et le sentiment de compétence dans la réalisation de soins médicaux sont considérés comme des valeurs fondamentales. L'autonomie dans le travail et l'autorité professionnelle sont également des valeurs que les spécialistes s'efforcent de maintenir. Ainsi, lorsqu'un médecin prend une décision, il se réfère aux principes de respect de l'autonomie du patient, du bénéfice, de l'innocuité et de la justice (Kesselring, 2017). Les valeurs médicales mettent également l'accent sur l'indépendance de la profession médicale selon laquelle le personnel médical décide des patients à admettre, de la manière de les examiner et de les traiter, et de la durée de leur séjour à l'hôpital en fonction du bien-être du patient, plutôt qu'en tenant compte de paramètres financiers (Nyland et Pettersen, 2004). Les valeurs médicales ont donc un impact sur la relation entre le médecin et son patient.

Les valeurs de marché et managériales traduisent la manière dont les gestionnaires gèrent les relations à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation, ainsi qu'un ensemble de principes de gestion dont le but est d'influencer les résultats organisationnels (Choi et Wang,

2007). Les valeurs de marché mettent l'accent sur l'allocation optimale des ressources et l'évaluation des performances (Reay et Hinings, 2009) et se traduisent par des modèles de gestion différents en fonction des différences culturelles nationales (Van Hoorn, 2019). L'introduction d'indicateurs comptables et d'outils de contrôle est un vecteur important de la diffusion des valeurs managériales car ils permettent de présenter les résultats de l'organisation à travers des indicateurs quantitatifs, et donc d'introduire une logique rationnelle de gestion (Ezzamel *et al.*, 2008). Les valeurs managériales se concentrent généralement sur le coût d'une prestation de service, les moyens mobilisés, la mesure et l'évaluation des performances organisationnelles (Le Bezvoët, 2007). Dans le domaine de la santé, les valeurs managériales sont portées par les gestionnaires des établissements de santé.

Ce cadre d'analyse adapté au contexte chinois est utilisé pour étudier l'évolution des valeurs animant les hôpitaux chinois. Dans cette étude, les valeurs publiques permettent de caractériser le système de santé chinois sur une période donnée et leurs évolutions sont considérées comme étant une conséquence des réformes du système de santé.

Méthodologie de la recherche

Bozeman (2019) suggère que les valeurs publiques peuvent être identifiées au travers de (1) la littérature académique, (2) les documents tels que les déclarations de mission du gouvernement, les plans stratégiques et les politiques générales, les statuts, (3) les sondages auprès de citoyens et des dirigeants, et (4) la participation du public et les processus délibératifs. Cette recherche retient pour sa part deux types de sources adaptée à la situation particulière de la RP de Chine : la littérature académique et les documents politiques concernant le système de santé chinois. Comme l'étude couvre plusieurs décennies, les méthodes par entretien ou questionnaire ont été rejetées.

Pour rechercher des études pertinentes en chinois et en anglais deux canaux ont été mobilisés : *Zhi Wang (China National Knowledge Infrastructure)*, la plus grande plateforme académique en ligne en Chine, et *Google scholar*. Les documents politiques proviennent de sites officiels du gouvernement chinois².

² Cf. la liste des sources consultées en annexe 1

Bien que les études diffèrent dans leur délimitation des moments spécifiques caractérisant chaque période (Li, 2019³), l'analyse des politiques de santé publique est similaire. C'est pourquoi, cette recherche a divisé les différentes périodes de réformes gouvernementales en fonction de quatre grands événements traditionnellement considérés (Miao et *al.*, 2021) comme étant des moments de bascule du système de santé chinois :

1. 1949, l'avènement de la République populaire de Chine ;
2. 1978, la politique de « la réforme et de l'ouverture », programme politique majeur mis en œuvre en Chine à la fin des années 1970, et qui acte le passage d'une économie planifiée en une économie de marché. L'ouverture à l'économie de marché a conduit le gouvernement chinois à réformer ses institutions et à ouvrir le marché chinois pour attirer des investissements directs étrangers ;
3. 1997 première réforme du système de santé décidée par le Conseil d'État et réformant le système de santé auparavant exclusivement public en l'ouvrant au secteur privé. L'objectif était d'encourager les entreprises, les institutions publiques et les groupes sociaux à investir dans la santé pour faire face à la demande croissante de la part de la population. Cette ouverture a mis en concurrence le secteur de la santé public et privé ;
4. 2009 deuxième réforme du système de santé, qui élargit la couverture sociale (mise en place d'un système de santé de base et universel pour tous les citoyens), les soins médicaux étant considérés comme un bien public accessible à tous.

Les résultats rassemblés dans la section suivante sont présentés autour de périodes délimitées par ces 4 événements.

L'évolution du système de santé et ses orientations successives en termes de valeurs de référence

Au cours de la période étudiée, le système de santé en Chine a fortement évolué et la santé de la population s'est considérablement améliorée (cf. Tableau 2) comme le montrent les indicateurs liés à la mortalité infantile (34.7 ‰ en 1981 contre 5.0 ‰ en 2021) ou de l'espérance de vie (67.9 ans en 1981 contre 78.2 ans en 2021). Parallèlement le poids des dépenses de santé en pourcentage du PIB s'est accru (3.15% en 1980 contre 6.72% en 2021).

³ Certaines références bibliographiques sont en langue chinoises. Elles figurent en fin d'article à part.

TABLEAU 2. INDICATEURS DE SANTE POUR DIFFERENTES PERIODES EN CHINE

	1949-1978	1978-1996	1997-2008	2009-2021
Nb d'hôpitaux <i>a</i>	8 915 (1950)	1 012 690 (1990)	806 243 (2003)	950 297 (2012) 1 030 935 (2021)
Nb de praticiens <i>b</i>	327 400 (1950)	1 302 997 (1990)	1 534 046 (2003)	2 138 836 (2012) 3 590 846 (2021)
Nb de praticiens pour mille habitants	0.7 (1955)	1.15 (1990)	1.22 (2003)	1.58 (2012) 2.55 (2021)
Lits d'hôpitaux en milliers <i>c</i>	97.1 (1950)	1 195.8 (1980) 1 868.9 (1990)	2 269.5 (2003)	4 161.5 (2012) 7 414.2 (2021)
Espérance de vie	40 (1949)	67.9 (1981)	71.4 (2005)	76.3 (2015) 78.2 (2021)
Mortalité infantile (‰)	200 (1949)	34.7 (1981)	19.0 (2005)	8.1 (2015) 5.0 (2021)
Dépenses totales de santé (milliard yuan)	0.85 (1952)	14.32 (1980) 74.74 (1990)	658.41 (2003)	2 811.9 (2012) 7 684.50 (2021)
Consultations à l'hôpital (cent millions) <i>d</i>	*	12.55 (1985) 14.94 (1990)	12.13 (2003)	25.42 (2012) 38.84 (2021)
Nb d'admissions (dix milles) <i>e</i>	*	2 247 (1980) 3 182 (1990)	4 159 (2003)	12 727 (2012) 20 155 (2021)
Pourcentage du reste à charge pour les patients	*	21.19% (1980)	59.97% (2001) 55.87% (2003)	34.34% (2012) 27.60% (2021)
Dépenses de santé en pourcentage du PIB	1.3% (1952)	3.15% (1980)	4.79% (2003)	5.22% (2012) 6.72% (2021)

Source : Annuaire des statistiques sur les soins de santé en Chine, collecté par auteur (* : signifie un manque de donné ; *a* : Concerne principalement les hôpitaux généraux ; *b* : se réfère aux médecins qui ont obtenu un certificat de médecin ; *c* : se réfère au nombre fixe de lits disponibles à la fin de l'année ; *d* : se réfère au nombre total de consultations. Le nombre de consultations antérieures à 1993 est un chiffre imputé ; *e* : se réfère au nombre d'admissions à l'hôpital, Le nombre de consultations antérieures à 1993 est un chiffre imputé.)

4.1. Phase 1 (1949-1978). La politique de santé publique au temps de l'économie planifiée

En 1949, après une longue période de guerre, le système de santé chinois est défaillant et sous équipé, sur le plan technologique et des infrastructures, exigeant de mettre en place un système de santé national complet (Xu, 2020). Compte tenu de la pénurie en ressources financières et du faible niveau de vie de la population, la politique de santé fournit des services de base à faible coût à l'ensemble de la population (Shi *et al.*, 2003). Les plans santé, en référence à l'économie planifiée, mis en place par le gouvernement ont pour objet la planification des politiques de santé (Chen, 2004) et décrivent l'organisation, la supervision, la

gestion et le financement des hôpitaux publics. Pendant cette période, le gouvernement fixe les prix et subventionne les hôpitaux afin de fournir des services peu coûteux, voire gratuits. En 1952, 1960 et 1972, le gouvernement réduit drastiquement le prix des services médicaux et met en place un système de subventionnement complémentaire quoique insuffisant. Le gouvernement construit des hôpitaux, et subventionne leur fonctionnement et leurs investissements par le biais d'une allocation globale uniforme (indépendante de la taille de l'hôpital) pour le financement des ressources médicales (Wang & Cai, 2019).

Néanmoins, le manque de moyens financiers alloués à la santé et l'absence de mécanismes concurrentiels aboutissent à une offre de soins insuffisante générant des difficultés d'accès aux soins. En outre, pendant la révolution culturelle de 1966 à 1976, le développement du système de santé régresse car l'accès aux études médicales devient réservé aux enfants de paysans et non plus à l'élite (Xu, 2020).

Au cours de cette période, la gestion centralisée des hôpitaux par le gouvernement, le rôle majeur que jouent les réglementations gouvernementales⁴ et le statut du personnel des hôpitaux (fonctionnaires au service du gouvernement) font que les valeurs politiques prédominent. Le personnel médical, dans un système de santé financé par le gouvernement, se concentre sur les problèmes médicaux des patients ; la relation médecin-patient est fondée sur les valeurs médicales mettant en avant l'expertise des médecins mais l'accès aux soins demeure précaire pour une large part de la population. Les valeurs du marché sont absentes dans un système de santé entièrement étatisé et les hôpitaux publics facturent les soins médicaux pour un montant symbolique afin de couvrir le déficit de fonctionnement.

4.2. Phase 2 (1978-1996). La politique de santé publique confrontée à l'économie de marché

En 1979, la RPC s'ouvre à l'économie de marché, entraînant un changement radical du système de santé. La gestion des hôpitaux publics est organisée autour de « cinq quotas et une prime »⁵ (quotas en termes d'activités, de lits, d'employés, d'indicateurs commerciaux et techniques des soins infirmiers, de subventions financières et une prime de résultat). Ce système implique le développement d'outils de mesure (mise en place d'un suivi des quotas et d'une évaluation des performances) pour pouvoir définir le montant des récompenses et des sanctions. Les investissements privés sont également autorisés. En 1989, le gouvernement introduit un

⁴ « Mesures provisoires du Conseil d'État sur la gestion des hôpitaux » publié par le conseil d'Etat en 1963.

⁵ En avril 1979, le ministère de la santé, le ministère des finances et le ministère d'État du travail ont publié conjointement « l'avis sur le projet pilote visant à renforcer la gestion économique des hôpitaux ».

nouveau mode de paiement avec l'introduction de la rémunération à l'acte et l'ajustement des tarifs des services de soins. Les hôpitaux sont classés selon leur taille, avec des financements différenciés. Les hôpitaux publics accèdent progressivement à l'autogestion, l'autofinancement et la décentralisation (passage d'une gestion directe à une gestion indirecte par les autorités sanitaires gouvernementales) ; et les directeurs d'hôpitaux assument plus de responsabilité en contrepartie de l'élargissement de l'autonomie de gestion⁶. Certains hôpitaux publics très actifs créent des sociétés privées médicales, des activités paramédicales ou des secteurs privés au sein des hôpitaux et même des hôtels et des restaurants pour accroître et diversifier leurs sources de revenu. Le désengagement et la faiblesse des contrôles de l'Etat couplés à la recherche de profits pour équilibrer les comptes des hôpitaux publics rend progressivement difficile l'accès aux soins médicaux et renchérit le coût de ces derniers⁷ (Wang, 1990).

La place des valeurs politiques est affaiblie en raison de la décentralisation des autorités sanitaires et l'élargissement de l'autonomie de gestion des hôpitaux. Cette autonomie permet d'introduire plusieurs mécanismes incitatifs pour motiver le personnel médical à diversifier ses actes et accroître les revenus introduisant les valeurs de marché. Ces réformes hospitalières⁸ renforcent également l'efficacité opérationnelle des hôpitaux en expérimentant divers moyens de générer des ressources financières complémentaires. Le coût de l'accès aux soins de santé augmente considérablement et des conflits entre les médecins et les patients apparaissent.

4.3. Phase 3 (1997-2008). La naissance de l'assurance maladie et la reconnaissance de la santé comme bien public

En 1998, le droit de la santé modifie le rôle des autorités de santé, qui passent du statut d'organismes à celui de régulateurs. La période 1997-2008 constitue également une étape importante dans la mise en place progressive d'un système d'assurance maladie en Chine. En décembre 1998, le Conseil d'État décide d'établir un système d'assurance maladie de base pour les travailleurs urbains⁹ et, à partir de 1999, un nouveau système d'assurance maladie pour les résidents ruraux¹⁰. L'épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) en 2003 conduit le

⁶ En 1989, le Conseil des affaires de l'État a approuvé « les avis sur l'expansion des services médicaux et de santé ».

⁷ Source : Chinese Government Open Information, Briefing on the Development of China's Health Programme, 1997-2001.

⁸ « Décision du Comité central du Parti communiste chinois sur plusieurs questions concernant l'établissement d'un système d'économie de marché socialiste », 1992.

⁹ Directives politiques du conseil d'État : « Décision du Conseil d'Etat sur la mise en place du système d'assurance médicale de base pour les employés urbains », 1998.

¹⁰ Directives politiques du conseil des affaires de l'État : « Avis d'orientation sur la réforme du système médical et sanitaire urbain », 2000 et Directive du ministère de la santé « Opinions sur la création d'un nouveau système médical coopératif rural », 2003.

gouvernement à reconnaître la santé comme un bien public et son rôle dans la protection des intérêts du public. La mise en place de l'assurance maladie modifie radicalement les sources de financement des hôpitaux publics car une part de leurs subventions sont désormais orientées vers l'assurance maladie qui a la charge de les réallouer aux établissements de santé en fonction de leurs activités. En 2007, le Conseil des affaires de l'État qui est l'autorité administrative principale de la RP de Chine propose d'établir un système de santé de base couvrant les résidents urbains et ruraux dans tout le pays à l'horizon 2010. Cependant, la mise en œuvre des réformes prend du temps et pendant cette période, la population doit supporter le coût des services médicaux pour les maladies courantes (60% des dépenses de santé correspondent à une prise en charge individuelle en 2001). De plus, le cloisonnement de l'administration régionale se traduit par un système moins équitable et moins efficace et un remboursement médical peu commode dans différentes régions (Sun et Lang, 2018). Enfin, en 2000, une majoration de 15 % du prix des médicaments est autorisée par le gouvernement, ce qui incite les hôpitaux à pratiquer des surprescriptions (Liu *et al.*, 2017).

Au cours de cette période, les réformes dans les hôpitaux publics ont non seulement augmenté la productivité globale et l'utilisation efficace de certaines ressources, mais ont également renforcé leur autonomie en matière de gestion du personnel (niveau de rémunération, primes, etc.). En contrepartie, le coût des soins de santé a augmenté, les hôpitaux et les médecins ont été incités à pratiquer une politique de volume (augmentation des examens, surmédication), source de tensions croissantes entre médecins et patients. Le gouvernement renforce également la décentralisation du système de santé en augmentant l'autonomie de gestion des hôpitaux. Les valeurs politiques des hôpitaux sont surpassées par les valeurs de marché au sein des hôpitaux publics en raison de la diminution des dotations publiques, la nécessité de trouver des ressources financières externes et d'une grande autonomie de gestion sans réelle évaluation de la performance des hôpitaux publics. Les valeurs médicales sont très affectées du fait de la difficulté d'accès aux soins médicaux en raison de leurs coûts. L'intérêt public est compromis.

4.4. Phase 4 (2009-2021). La reprise en main de la politique santé par l'Etat

En mars 2009, le Conseil des affaires de l'État fixe l'objectif de réduire à court terme (2011) le coût des soins pour les personnes (le reste à charge) et les inégalités dans l'accès aux soins¹¹. À l'horizon 2020, le gouvernement chinois souhaite fournir au public des services

¹¹ « Avis sur l'approfondissement de la réforme du système médical et de santé » établi par le Conseil des affaires de l'État, 2009.

médicaux sûrs, efficaces, pratiques et peu coûteux en mettant en place un système de soins de base couvrant les habitants des villes et des campagnes.

Afin de remédier aux lacunes du système de santé engendrées par l'introduction de l'économie de marché, le gouvernement souhaite aussi renforcer les institutions médicales. Sur le plan financier, à partir de 2012, la dotation financière des hôpitaux est réformée cette dernière étant désormais fixée en fonction de l'historique des dépenses antérieures. Ce montant fait l'objet d'un contrôle strict en particulier en cas de dépassement, ceux-ci étant étudiés au cas par cas et l'hôpital doit alors négocier avec les autorités de santé pour obtenir un complément de financement¹². L'entrée en vigueur de cette réforme a conduit à diminuer le taux de croissance annuel moyen des excédents budgétaires des hôpitaux qui sont passés de 19,9 % entre 2008 et 2012 à 11,7 % entre 2013 et 2017 (Xu *et al.*, 2019). A compter de 2013, un ajustement des prix des services médicaux dans les hôpitaux publics est également appliqué dans différentes provinces et municipalités¹³. Parallèlement, des mesures de contrôle sont mises en place, telles que l'élimination progressive des bénéfices tirés de la vente de médicaments au sein des établissements et le contrôle des recettes ; la réduction des prix des examens et des gros équipements médicaux ; la mise en œuvre d'une tarification échelonnée et stratifiée en fonction du niveau des établissements. En 2017, le gouvernement ordonne la suppression de la politique de majoration de 15 % du prix des médicaments dans les hôpitaux publics¹⁴. Enfin, depuis 2022, une politique mettant en l'accent sur la qualité de soins est appliquée afin de fournir au public des services de santé complets¹⁵.

Le public et le gouvernement prennent progressivement conscience des dangers de la recherche de profits financiers par le personnel médical. Le gouvernement reprend en main de la gestion par deux moyens : le renforcement du financement de l'assurance maladie et l'interdiction faite aux hôpitaux de chercher à faire des profits. La place des valeurs politiques des hôpitaux augmente au fur et à mesure que la réglementation gouvernementale se renforce, cela au détriment de l'importance accordée aux valeurs de marché. L'augmentation des subventions de l'Etat facilitent aussi l'accès aux soins des patients et les conflits entre médecins

¹² « Opinions sur le développement du contrôle total des paiements de l'assurance médicale de base » publié par le Ministère des ressources humaines et de la sécurité sociale, le Ministère des finances, le Ministère de la santé, 2012.

¹³ « Avis sur la réglementation de la gestion des prix des services médicaux et des questions connexes » par le Responsable de la Commission nationale du développement et de la réforme, 2013.

¹⁴ « Suppression des marges sur les médicaments pour tous les hôpitaux publics » établi par le Bureau de la réforme médicale du Conseil d'État, 2017.

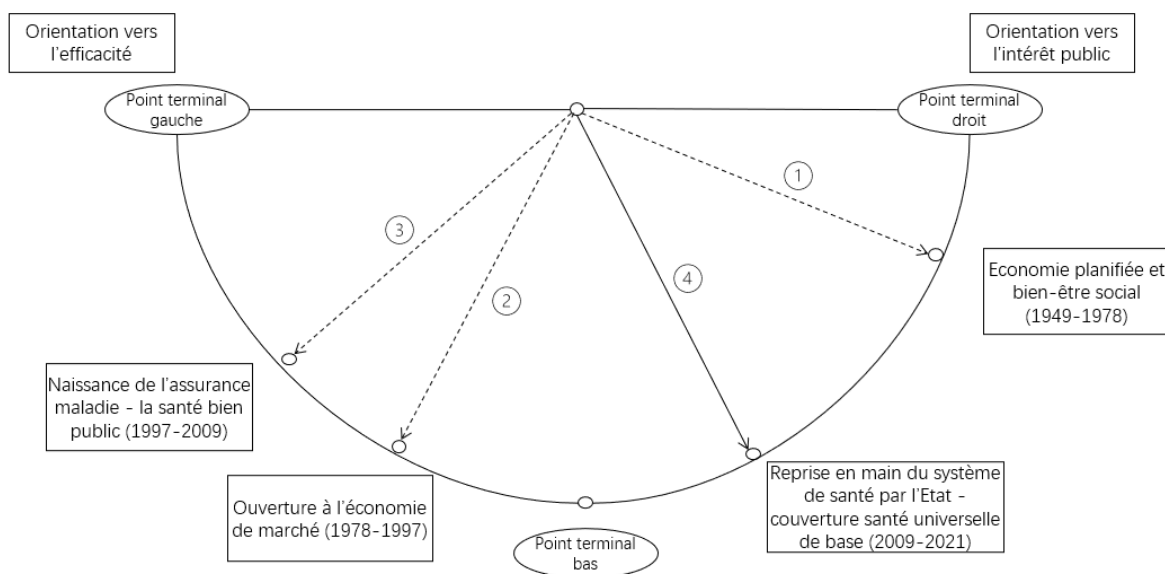
¹⁵ « Plan national de santé pour le 14e plan quinquennal » établi par le Conseil des affaires de l'État, 2022.

et patients se réduisent améliorant la relation médecin-patient. Les valeurs médicales sont plus prises en compte.

Effet pendulaire et changement de l'équilibre entre types de valeurs publiques

Au fil des ans, influencés par les changements sociaux, la philosophie gestionnaire et la conception du rôle des institutions et des outils de la politique de santé en Chine, les principes de gestion des hôpitaux ont généralement oscillé, tel un pendule (Zhai et Zhang, 2021). Ce pendule oscille entre une gestion libérale mettant l'accent sur l'efficacité de la gestion dans le cadre d'un marché plus ou moins régulé et une gestion plus publique avec une implication plus ou moins directe des autorités gouvernementales qui ont alors mis l'accent sur l'intérêt public et l'amélioration de la santé publique.

SCHEMA 1. LA THEORIE DE PENDULE DE L'EVOLUTION DU SYSTEME SANITAIRE EN CHINE



Source : adapté de Zhai et Zhang (2021) qui ne distinguent que 3 phases dans l'évolution du système de santé en Chine.

L'analyse des réformes du système de santé chinois montre aussi que le type de valeurs publiques privilégiées a fluctué (cf. tableau 3). Par exemple, les valeurs politiques et les valeurs de marché dans la phase 1 sont exclusives l'une de l'autre, et dans les phases 2 et 3 l'accroissement des valeurs de marché se fait en parallèle d'un affaiblissement des valeurs politiques.

De même, les valeurs de marché et managériales évoluent au fil du temps : inexistantes dans la phase initiale, elles augmentent progressivement avec une focalisation sur les outils

permettant la maximisation des revenus et les mécanismes incitatifs (intéressement financier, prime, allocations de moyens matériels et humains en fonction des performances financières) permettant d'enrôler le personnel médical dans cette recherche de revenu. Lors de la dernière phase, en raison des nouvelles règles édictées par l'Etat, ces outils sont redéployés sur des mesures visant à mesurer la qualité des soins, le taux de satisfaction des patients, l'identification des conflits patients-médecins pour les réduire.

TABLEAU 3. L'EVOLUTION DES VALEURS PUBLIQUES DU SYSTEME DE SANTE CHINOIS

	Valeurs politiques	Valeurs médicales et professionnelles	Valeurs de marché et managériales
Phase 1. L'économie planifiée	Gestion du système de santé et des hôpitaux par l'Etat en fonction de la politique du parti communiste. Les valeurs politiques sont fortes.	L'accès aux soins est faible (pénurie de l'offre par rapport aux besoins). La relation patient-médecin est fondée sur l'expertise médicale des médecins.	Absentes
Phase 2. L'ouverture à l'économie de marché et décentralisation du système de santé	L'Etat joue un rôle d'organisateur du système de santé et donne plus d'autonomie aux hôpitaux publics pour leur gestion (recherche de financement propre) et la définition de l'offre de soin. Les valeurs politiques s'affaiblissent en raison de la décentralisation du système de santé.	L'accès aux soins est facilité par une augmentation de l'offre de soin. Des conflits patient-médecin apparaissent liés au montant du coût des prestations et leur pertinence.	Des mécanismes incitatifs sont introduits pour motiver le personnel médical à diversifier ses actes et accroître les revenus. Des mécanismes d'évaluation des performances (quotas, sanctions, primes) sont introduits à la demande de l'Etat.
Phase 3. La naissance de l'assurance maladie	L'Etat joue un rôle de régulateur du système de santé sans se donner les moyens de ses ambitions (pas de réels contrôles du système de santé). Réaffirmation de l'intérêt public à travers la mise en place de l'assurance maladie	L'accès aux soins est difficile pour une partie de la population du fait de l'accroissement des coûts. Les conflits patient-médecin augmentent et sont médiatisés. Dégradation de l'honneur professionnel des médecins.	Les outils de mesure de l'efficacité des soins sont renforcés et orientés pour maximiser les résultats (allocation des moyens aux services de soin en fonction des rendements escomptés)
Phase 4. La reprise en main par l'Etat du système de santé et des hôpitaux	L'Etat assume pleinement son rôle de régulateur et met en place une réglementation exigeante et renforce les contrôles.	L'accès aux soins est facilité par la mise en place d'une couverture santé universelle et une réduction du coût des soins imposée par l'Etat. Les relations médecin-patient s'apaisent. La qualité des soins et de l'expertise médicale est mise au premier plan.	La recherche de profits est interdite par l'Etat. Les outils de mesure sont progressivement orientés vers la recherche de la qualité des soins.

Source : auteurs

Les valeurs médicales, dont on pourrait penser qu'elles doivent prédominer compte tenu de la nature des activités pratiquées, sont parfois instrumentalisées par les autres valeurs publiques les reléguant ainsi au deuxième plan. Dans la phase 1 ces valeurs médicales permettent d'avoir de bonnes relations patient-médecin mais l'insuffisance du système de santé géré par l'Etat ne permet pas aux personnes d'avoir un accès aisé aux soins (phase de pénurie des soins). Dans la phase 2, la prévalence des valeurs de marché amènent les médecins et les hôpitaux à développer des comportements opportunistes détériorant la relation de confiance entre le patient et le médecin. Dans la phase 3, malgré la création de l'assurance maladie permettant un meilleur accès aux soins des personnes, les conflits entre les patients et les médecins se renforcent autour de la tarification des soins et le montant du reste à charge pour le patient. La recherche de profit et de la rentabilité induite par les valeurs de marché se fait donc au détriment de la valeur médicale. Ce n'est que dans la phase 4 qu'un rééquilibrage semble réapparaître dans les relations entre le patient et le médecin avec un accès aux soins à un prix, en quantité et en qualité satisfaisants. Parallèlement, l'indépendance professionnelle des médecins s'érode lors de l'introduction des valeurs de marché et la recherche de profit et ce n'est qu'en phase 4, avec l'accent mis sur la recherche de la qualité au niveau des valeurs de marché, que les valeurs professionnelles et médicales reprennent une juste place. Enfin, lorsque les relations médecin-patient sont détériorées, cela impacte en retour le sens de l'honneur professionnel des médecins.

Conclusion

L'analyse des réformes affectant les hôpitaux chinois depuis la création de la République populaire chinoise en 1949 en utilisant le cadre d'analyse des valeurs publiques peut aider le gouvernement à mieux définir sa politique de santé et l'organisation du système de santé en mesurant l'impact de certains choix sur les relations pouvant exister entre le gouvernement, les gestionnaires des organismes de santé tels que les hôpitaux, les médecins et les patients. Elle justifie aussi l'intérêt d'évaluer les politiques publiques à l'aune d'indicateurs quantitatifs tels que présentés dans le tableau 2 mais aussi de mettre en perspectives ces indicateurs en termes d'impact pour chacune des parties prenantes. Cette recherche peut aider les décideurs politiques à élaborer des politiques de santé tenant compte des valeurs publiques ou de leur incidence sur les valeurs publiques en vigueur.

L'intérêt d'une telle étude longitudinale, par son approche historique, réside également dans la remise en perspectives des choix politiques en fonction du contexte économique et

social, ce qui peut expliquer que le système de santé pensé au cours d'une période vise à répondre aux contradictions sociales de l'époque, comme cela fut le cas de l'introduction de valeurs de marché dans les années 1980. L'article montre ainsi qu'au fil du temps, le système de santé évolue inévitablement car il essaye d'intégrer les aspirations des différentes parties dans un environnement sous contrainte (notamment financière).

Cet article a étudié les textes réglementaires majeurs relatifs aux politiques de santé, et compte tenu de l'étendue géographique et administrative de la Chine, seuls les événements majeurs de réforme du système de santé chinois ont été sélectionnés. L'approche retenue est donc volontairement macro et peut ne pas refléter des situations locales ou spécifiques à un hôpital ou une région. De même, nous n'avons pas assez de recul pour mesurer l'impact de la crise de la Covid-19 sur le système de santé, et en particulier l'impact de l'injonction du gouvernement chinois de développer « l'excellence des soins dans les hôpitaux publics ». Néanmoins, le recentrage récent sur les valeurs médicales semble être un facteur clé pour préserver la durabilité du système de santé en Chine et la qualité des prestations.

Cette recherche, dans une certaine mesure, fait également échos au numéro spécial publié par la RFAP en 2020 sur « l'administration hospitalière : réformes permanentes et crises sans fin » en apportant un éclairage sur le cas chinois. Elle montre en effet, l'importance du rôle des directeurs de service en tant que gestionnaires en raison de la porosité des rôles et des fonctions entre les fonctions administratives et médicales (Chevandier, 2020) et de leur centralité au sein des hôpitaux (Belorgey, 2020). Elle montre également que la mise en cohérence des réformes affectant les hôpitaux doit s'appuyer sur la définition collective d'objectifs partagés (Gay, 2020) qui sont à la base des valeurs publiques. Enfin, comme le mentionne Couty (2020), un regard historique sur le système de santé est important pour anticiper l'avenir ; de même pour faire face au « cloisonnement excessif des différents secteurs, [au] risque de dérive marchande et de délitement de tout le système de soins » il importe que les réformes soient guidées par « une volonté politique forte de refondation de notre système de soins et du service public hospitalier autour des valeurs auxquelles nous tenons : solidarité, égalité d'accès, qualité, sécurité ».

Bibliographie

Anessi-Pessina, Eugenio ; Cantù, Elena (2016), « Multiple logics and accounting mutations in the Italian National Health Service », *Accounting Forum*, vol. 40, n° 4, p. 265-284.
Baker, Rachel ; Mason, Helen ; McHugh, Neil ; Donaldson, Cam (2021), « Public values and plurality

- in health priority setting: what to do when people disagree and why we should care about reasons as well as choices », *Social Science & Medicine*, vol. 277, p. 113892.
- Belorgey, Nicolas. (2020). Trajectoires professionnelles et influence des intermédiaires en milieu hospitalier. *Revue française d'administration publique*, 174, 405-423.
- Benington, John (2009), « Creating the Public In Order To Create Public Value? », *International Journal of Public Administration*, vol. 32, n° 3-4, p. 232-249.
- Benington, John ; Moore, Mark Harrison (dirs.) (2011), « Public Value in complex and changing times », in *Public value: theory and practice*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Bozeman, Barry (2007), « La publicitude normative : comment concilier valeurs publiques et valeurs du marché », *Politiques et Management Public*, vol. 25, n° 4, p. 179-211.
- Bozeman, Barry (2019), « Public values: citizens' perspective », *Public Management Review*, vol. 21, p. 817-838.
- Byrkjeflot, Haldor (2016), « Healthcare states and medical professions: the challenges from NPM », in *The Ashgate research companion to new public management*, Routledge, p. 147-159.
- Chen, Chung-An ; Hsieh, Chih-Wei (2017), « Confucian Values in Public Organizations: Distinctive Effects of Two Interpersonal Norms on Public Employees' Work Morale », *Chinese Public Administration Review*, vol. 8, n° 2, p. 104-119.
- Chen, Meei-shia (2004), « The great reversal: Transformation of health care in the People's republic of China », *The Blackwell companion to medical sociology*, vol. 2.
- Chevandier, Christian (2020). « Travailler à l'hôpital : un siècle et demi de reconfigurations des métiers », *Revue française d'administration publique*, 174. 317-328.
- Choi, Jaepil ; Wang, Heli (2007), « The Promise of a Managerial Values Approach to Corporate Philanthropy », *Journal of Business Ethics*, vol. 75, n° 4, p. 345-359.
- Coats, David ; Passmore, Eleanor (2008), « Public value: the next steps in public service reform », London, Work Foundation.
- Couty, Edouard (2020). Les transformations de l'administration hospitalière. *Revue française d'administration publique*, 174, 351-362.
- Cruess, Richard L. ; Cruess, Sylvia R. ; Steinert, Yvonne (2016), « Amending Miller's pyramid to include professional identity formation », *Academic Medicine*, vol. 91, n° 2, p. 180-185.
- De Vries, Michiel S. ; Kim, P'an-sök (2011), *Value and virtue in public administration: A comparative perspective*, Springer.
- Ezzamel, Mahmoud ; Willmott, Hugh ; Worthington, Frank (2008), « Manufacturing shareholder value: The role of accounting in organizational transformation », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 33, n° 2-3, p. 107-140.
- Fotaki, Marianna (2010), « Patient choice and equity in the British National Health Service: towards developing an alternative framework », *Sociology of Health & Illness*, vol. 32, n° 6, p. 898-913.
- Gay, Renaud (2020). La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée. Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010). *Revue française d'administration publique*, 174, 329-349.
- Hoorn, André van (2019), « Generational Shifts in Managerial Values and the Coming of a Unified Business Culture: A Cross-National Analysis Using European Social Survey Data », *Journal of Business Ethics*, vol. 155, n° 2, p. 547-566.
- Kesselring, Jürg (2017), « Values in medicine: A neurologist's perspective », *Clinical and Translational Neuroscience*, vol. 1, n° 1, p. 2514183X17714122.
- Kirkpatrick, Ian ; Altanlar, Ali ; Veronesi, Gianluca (2017), « Corporatisation and the Emergence of (Under-Managed) Managed Organisations: The Case of English Public Hospitals », *Organization Studies*, vol. 38, n° 12, p. 1687-1708.
- Kirkpatrick, Ian ; Bullinger, Bernadette ; Lega, Federico ; Dent, Mike (2013), « The Translation of Hospital Management Models in European Health Systems: A Framework for Comparison », *British Journal of Management*, vol. 24, n° S1.
- Le Bezvoët, Erwan (2007), « L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet ? », *Le*

Journal des psychologues, vol. 252, n° 9, p. 29-34.

- Li Jiaming ; Ding Jinxi ; Huang Shengxin ; Ren Yuqing ; Lin Zhaoming (2023), « Study on French medical insurance payment policy for innovative medical products paid under DRG », *China Pharmacy*, p. 1409-1414.
- Liu, Gordon G. ; Vortherms, Samantha A. ; Hong, Xuezhi (2017), « China's health reform update », *Annual review of public health*, vol. 38, p. 431-448.
- Mei, Jixia ; Kirkpatrick, Ian (2019), « Public hospital reforms in China: towards a model of new public management? », *International Journal of Public Sector Management*, vol. 32, n° 4, p. 352-366.
- MIAO Yu-dong, WU Jian, NIU Ya-dong, ZHANG Liang. « Retrospection of hierarchical medical system and key policy recommendations during the 14th Five-year Plan period », *Chinese Journal of Health Policy*, 2021, 14(3): 1-6.
- Moore, Mark Harrison (1995), *Creating public value: Strategic management in government*, Harvard university press.
- Moyo, Mpatisi ; Goodyear-Smith, Felicity A. ; Weller, Jennifer ; Robb, Gillian ; Shulruf, Boaz (2016), « Healthcare practitioners' personal and professional values », *Advances in Health Sciences Education*, vol. 21, n° 2, p. 257-286.
- Nabatchi, Tina (2018), « Public Values Frames in Administration and Governance », *Perspectives on Public Management and Governance*, vol. 1, n° 1, p. 59-72.
- Nyland, Kari ; Pettersen, Inger Johanne (2004), « The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings », *Financial Accountability & Management*, vol. 20, n° 1, p. 77-102.
- Olivaux, Marc ; Arezki, Djelloul ; Keramidias, Olivier (2017), « L'éthique du care, levier de la mobilisation collective des agents hospitaliers. Le cas du pôle gériatrie d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire », *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, vol. 25, 6, n° 1, p. 51-76.
- OMS (2015), *People's Republic of China health system review*, WHO Regional Office for the Western Pacific.
- Power, Michael (2005), *La société de l'audit: l'obsession du contrôle*, La Découverte.
- Reay, Trish ; Hinings, C. Robert (2009), « Managing the rivalry of competing institutional logics », *Organization studies*, vol. 30, n° 6, p. 629-652.
- San Martino, Laurence (2023), « L'hôpital public : vers une entreprise comme une autre ? Quels risques pour la dimension humaine et l'éthique ? », *Question(s) de management*, vol. 42, n° 1, p. 47-57.
- Simonet, Daniel (2013), « New public management and the reform of French public hospitals », *Journal of Public Affairs*, vol. 13, n° 3, p. 260-271.
- Simonet, Daniel (2017), « Public values and administrative reforms in French health care », *Journal of Public Affairs*, vol. 17, n° 3, p. e1604.
- Stoker, Gerry (2006), « Public Value Management: A New Narrative for Networked Governance? », *The American Review of Public Administration*, vol. 36, n° 1, p. 41-57.
- Teisberg, Elizabeth ; Wallace, Scott ; O'Hara, Sarah (2020), « Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework », *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, vol. 95, n° 5, p. 682-685.
- Van der Wal, Zeger ; Yang, Lijing (2015), « Confucius meets Weber or "Managerialism takes all"? Comparing civil servant values in China and the Netherlands », *International Public Management Journal*, vol. 18, n° 3, p. 411-436.
- Xu, Jin ; Jian, Weiyan ; Zhu, Kun ; Kwon, Soonman ; Fang, Hai (2019), « Reforming public hospital financing in China: progress and challenges », *British Medical Journal*, vol. 365.

Références en langue chinoise (traduction en français de l'auteur ou tirée du résumé de l'article en anglais)

Li, Jie (2019), « Du "système" à la "vie" : l'évolution de la politique de santé publique en Chine nouvelle

au cours des 70 dernières années », *China Public Health*, 35(10), 1281-1284.
<https://doi.org/10.11847/zgggws1124670>

Shi, Guang; Liu, Xiuying; Li, Jing; Bai, Jingxia; Yan, Huifang; Li, Lanfen (2003), « L'évolution des politiques liées à la fonction sociale des hôpitaux publics en Chine », *China Health Resources*, 6(1), 3-5.

Sun, Shuyun; Lang, Jieyan (2018), « La dépendance au sentier de la "fragmentation" du système d'assurance maladie urbain et rural de la Chine et la façon de s'en affranchir », *China Administrative Management*, 10, 73-77.

Wang, Liji (1990), « La nouvelle logique de la réforme des soins de santé », *China's Health Policy*, n° 4, p. 4-9.

Wang, Wenjuan ; Cai, Yuanqing (2019), *La nouvelle logique de la réforme des soins de santé*, Economic Science Press.

Xu, Cheng (2020), *Changes in the health care system of the new China*. Southwest University of Finance and Economics Press.

Zhai, Wenkang; Zhang, Shengjie (2021), « Policy feedback theory perspective: The pendulum shift of China's health policy and its logic », *China Health Policy Research*, 14(9), 1-7.

ANNEXE 1. DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES DE L'ANALYSE

Nom	Nature	Année	Auteur	Thème
Mesures provisoires du Conseil d'État sur la gestion des hôpitaux	Guide politique	1963	Conseil d'État	Règlement sur la gestion des hôpitaux
Avis sur le projet pilote visant à renforcer la gestion économique des hôpitaux	Politiques et règlements	1979	Sous la direction du ministère de la santé	Gestion des quotas dans les hôpitaux publics
Règlement national sur le travail dans les hôpitaux	Règlements politiques	1982	Ministère de la santé	Mécanismes de gouvernance interne des hôpitaux et prévention médicale
Système de travail hospitalier	Politiques et règlements	1982	Ministère de la santé	Directives pour la conduite du personnel médical
Opinions sur l'extension des services médicaux et de santé	Directives politiques	1989	Conseil d'État	Approfondir la réforme de la santé, stimuler la vitalité des institutions médicales et motiver le personnel médical
Décision du Comité central du Parti communiste chinois sur plusieurs questions concernant l'établissement d'un système d'économie de marché socialiste	Réunions politiques	1992	Parti communiste chinois	Fixer les objectifs de la réforme du système d'économie de marché
Loi de la République populaire de Chine sur les médecins praticiens	Législation en matière de santé	1998	Congrès national du peuple	Clarification du statut juridique des institutions médicales et du personnel médical
Décision du Conseil d'Etat sur la mise en place du système d'assurance médicale de base pour les employés urbains	Directives politiques	1998	Conseil d'État	Mise en place d'un système médical de base pour les travailleurs urbains
Avis d'orientation sur la réforme du système médical et sanitaire urbain	Directives politiques	2000	Conseil d'État	Clarifier le statut et les fonctions des autorités sanitaires
Opinions sur la création d'un nouveau système médical coopératif rural	Directives politiques	2003	Le ministère de la santé mène	Construire un nouveau système médical coopératif rural
Le système de santé de base pour les résidents urbains et	Réforme institutionnelle	2007	Ministère de la santé	Construire un système de soins de santé de base couvrant les

ruraux				résidents urbains et ruraux
Avis sur l'approfondissement de la réforme du système médical et de santé	Guides politiques	2009	Conseil d'État	Mettre en place un système médical et sanitaire aux caractéristiques chinoises et réaliser progressivement l'objectif de services médicaux et sanitaires de base pour tous
Le dix-huitième congrès national du parti communiste chinois	Guides politiques	2012	Parti communiste chinois	Approfondir la réforme du système de santé, en mettant l'accent sur l'amélioration des politiques de gestion des prix des médicaments et des services
Avis sur la réglementation de la gestion des prix des services médicaux et des questions connexes	Politiques et réglementations	2013	Responsable de la Commission nationale du développement et de la réforme	Ajustement et amélioration des prix des services médicaux
Tous les hôpitaux publics vont supprimer les marges sur les médicaments	Politiques et règlements	2017	Bureau de la réforme médicale du Conseil d'État	Suppression de la marge sur les médicaments dans les hôpitaux médicaux publics
Avis sur la publication de la liste des villes pilotes nationales pour le paiement par Diagnostic Related Groups	Politiques et règlements	2019	Bureau national d'assurance maladie	Explorer la réforme du paiement par maladie
Plan national de santé pour le 14e plan quinquennal	Directives politiques	2022	Conseil d'État	Approfondir la réforme du système sanitaire, promouvoir en permanence la transformation de l'approche du développement, centrée sur le traitement des maladies, en une approche centrée sur la santé de la population

Source : auteurs (tous les documents politiques sont en chinois.)