

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Pharmacie

ANNÉE 2015

THÈSE N°

LE SYSTEME DE SANTE EN ANGLETERRE

Comment le premier état au monde à proposer un service de santé gratuit est en train de basculer à la suite d'une multitude de réformes ? L'Angleterre se rapproche-t-elle petit à petit d'un autre système européen ou la privatisation est-elle inéluctable?

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement

le 13 Novembre 2015

par

Marie-Anne CHAUCHARD

née le 14/11/1987, à Brive-la-Gaillarde

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Philippe Cardot Président

Mme Jeanne Cook-Moreau Directrice

Mme Marie-Christine Raineix..... Juge

M. Jean-Michel Marbouty..... Membre invité

Dédicace

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier Jeanne, ma directrice de thèse, pour avoir été la personne clef durant tout mon parcours au sein de la faculté de pharmacie. Merci beaucoup Jeanne de m'avoir soutenue dans tous mes projets internationaux, et d'avoir contribué autant à ma réussite professionnelle qu'à mon épanouissement personnel... Notre entente n'aura connu aucune faille...

Un grand merci à Marie-Christine et à la famille Raineix pour avoir probablement été la source de mon inspiration vers la pharmacie et la confirmation de cette vocation après le stage d'application de quatrième.

Je sais tout particulièrement gré à mes professeurs Monsieur Marbouty et Monsieur Cardot. Monsieur Marbouty pour son énergie et bonne humeur hebdomadaire, sa gentillesse et son soutien dans tous mes projets ex-faculté. Monsieur Cardot pour m'avoir soutenu dans mon dossier d'admission au double diplôme.

J'adresse aussi mes remerciements à tout le corps professoral de la faculté de pharmacie qui m'a passionné par ses cours et permis d'élargir mes connaissances au cœur de la santé.

Aux membres de ma famille parce qu'ils ont su être présents pendant toutes ces années d'études et longues périodes d'examens, parce qu'ils m'ont rendue indépendante très jeune, parce qu'ils ont cru en mes projets et parce que c'est grâce à eux si j'ai réussi à réaliser la carrière dont je rêvais.

A ma petite sœur, parce que j'aime à lui donner virtuellement le relais de son début de carrière dans le médical par la fin de mes études de santé.

Une pensée très forte également pour mes grands-parents qui auraient aimé être présents en ce jour...

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE LIMOGES

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Jean-Luc **DUROUX**
1^{er} VICE-DOYEN : Madame Catherine **FAGNERE**, Maître de Conférences

PROFESSEURS :

| | |
|---------------------------|---|
| BATTU Serge | CHIMIE ANALYTIQUE |
| CARDOT Philippe | CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE |
| DESMOULIERE Alexis | PHYSIOLOGIE |
| DUROUX Jean-Luc | BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE |
| LIAGRE Bertrand | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| MAMBU Lengo | PHARMACOGNOSIE |
| ROUSSEAU Annick | BIostatistique |
| VIANA Marylène | PHARMACOTECHNIE |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| MOESCH Christian | HYGIENE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT |
| PICARD Nicolas | PHARMACOLOGIE |
| ROGEZ Sylvie | BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE |
| SAINT-MARCOUX Franck | TOXICOLOGIE |

MAITRES DE CONFERENCES :

| | |
|------------------------------|---|
| BASLY Jean-Philippe | CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE |
| BEAUBRUN-GIRY Karine | PHARMACOTECHNIE |
| BILLET Fabrice | PHYSIOLOGIE |
| CALLISTE Claude | BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE |
| CLEDAT Dominique | CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE |
| COMBY Francis | CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE |
| COURTIOUX Bertrand | PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE |
| DELEBASSEE Sylvie | MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE |
| DEMIOT Claire-Elise | PHARMACOLOGIE |
| FAGNERE Catherine | CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE |
| FROISSARD Didier | BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE |
| GRIMAUD Gaëlle | CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTROLE DU MEDICAMENT |
| JAMBUS Anne-Catherine | CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE |
| LABROUSSE Pascal | BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE |
| LEGER David | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |

MARION-THORE Sandrine CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MERCIER Aurélien PARASITOLOGIE
MILLOT Marion PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
PASCAUD Patricia PHARMACIE GALENIQUE – BIOMATERIAUX CERAMIQUES
POUGET Christelle CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
TROUILLAS Patrick BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
VIGNOLES Philippe BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE

PROFESSEUR DE LYCEE PROFESSIONNEL :

ROUMIEUX Gwenhaël ANGLAIS

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :

CHEMIN Guillaume (01.09.2015 au 31.08.2016) BIOCHIMIE FONDAMENTALE ET CLINIQUE, CANCEROLOGIE

FABRE Gabin (01.10.2015 au 31.08.2016) CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE

PROFESSEURS EMERITES :

BUXERAUD Jacques

DREYFUSS Gilles

LOUDART Nicole

Abréviations

BMA : British Medical Association (Association Médicale Britannique)

BMJ : British Medical Journal (Magazine Scientifique Britannique)

CCGs : Clinical Commissioning Groups ou ex-PCTs (Groupes de Commission Clinique)

CHI : Commission for Health Improvement (Commission d'Amélioration des Soins de Santé)

CHS : Community Health and Standards (Normes Communautaires en matière de Santé)

GMC : General Medical Council (Comité de Surveillance sur la Formation des Médecins et de la Qualité des soins)

GMS : General Medical Services (Services de Médecine Générale)

GP : General Practitioner (Médecin Généraliste)

GPSI : General Practitioner with Special Interests (Médecin Généraliste avec Spécialisation)

HSCA : Health and Social Care Act (Loi sur la Santé et l'Action Sociale)

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

NHS : National Health Service (Service National de Santé)

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence (Institut National pour la Santé et l'Excellence Clinique – responsable des études de coût-efficacité des traitements)

NPSA : National Patient Safety Agency (Agence Nationale de Sécurité du Patient)

PALS : Patient Advice and Liaison Service (Service de Conseil et de Liaison pour les Patients)

PbR : Payment by Results (Rémunération basée sur les Performances)

PCTs : Primary Care Trusts (Groupes de Soins Primaires) remplacé par les CCGs

PFI : Private Finance Initiative (Initiative de Financement Privé)

PPI : Patient and Public Involvement (Implication des Patients et du Public)

QOF : Quality and Outcomes Framework (Modèle d'Evaluation de la Qualité et des Résultats)

RCGP : Royal College of General Practitioners (Collège Royal des Médecins Généralistes)

SHA : Strategic Health Authorities (Autorités Stratégiques de Santé) – abolies en 2013

Plan

| | |
|--|----|
| Introduction | 9 |
| 1. Le développement du NHS depuis 1990 et ses différentes réformes | 10 |
| 2. Le système de santé anglais actuel | 40 |
| 3. Le futur du NHS : l'idée de privatisation rapprocherait-elle ce système de santé d'un autre ? | 62 |
| Conclusion | 92 |

Introduction

Dans ce travail, nous nous intéresserons au système de santé anglais, le National Health Service (NHS), qui fait beaucoup parler le reste de l'Europe. Il est en effet intéressant de comprendre le fonctionnement de ce système pour avoir des points de comparaisons plus concrets de notre système de santé français par rapport à celui des autres pays européens.

Dans un premier temps, nous regarderons l'évolution du NHS depuis les années 1990 jusqu'à maintenant afin de mieux comprendre la base historique de ce système ainsi que les multiples réformes qui ont contribué à la transformation progressive de ce système de santé.

Nous nous intéresserons ensuite au fonctionnement du système de santé anglais, que ce soit au niveau des soins publics ou privés. Il sera essentiel de comprendre comment est financé ce système, quels en sont les acteurs principaux et quels sont les différents types de soins offerts aux patients.

Pour conclure, nous essaierons de comprendre la possible évolution dans le futur du NHS et quelles seraient les recommandations pour renforcer ce système. Nous regarderons également le fonctionnement des systèmes de santé des quatre autres pays de « l'Europe des 5 » (France, Allemagne, Espagne et Italie) ainsi que celui des Etats-Unis pour mieux comprendre la réelle position du NHS et vers quel système ce dernier risque d'évoluer.

1. Le développement du NHS depuis 1990 et ses différentes réformes

L'année 1990 apparaît comme une bonne année pour commencer notre analyse puisque c'est la date à laquelle le premier « marché interne de soins » a été introduit et cela permet d'avoir une vision rétrospective sur 30 ans.

Il paraît cependant impossible de s'arrêter sur chaque réforme du NHS intervenues depuis 1990, ces dernières étant trop nombreuses. Les années 2000 ont été une période d'hyperactivité pour les services de santé en Angleterre, qui proposaient une nouvelle mesure pratiquement chaque semaine. Par conséquent, les réformes analysées dans ce travail sont celles dont l'impact est le plus important, soit d'un point de vue de contrôle global, soit par son effet sur le dynamisme local.

Les mesures modifiant le contrôle global incluent les changements liés au contrôle des performances, au niveau des hôpitaux ou au niveau des médecins généralistes, et dominant la première moitié des années 2000. La réorganisation du dynamisme local, quant à elle, est basée sur l'idée d'une plus grande implication des patients dans le système de santé, changement présent dans la deuxième moitié des années 2000.

En classant les mesures prises en fonction de ces deux types de catégories, cela nous permet de proposer une analyse avec des conclusions généralisables d'un contexte à un autre (des médecins généralistes aux hôpitaux par exemple), mais également d'un système de santé à un autre.

1.1. Le NHS en 1990

Le but de ce chapitre est d'expliquer le contexte pour le reste de ce travail de thèse. Dans une institution comme le NHS, il est essentiel de s'intéresser à l'histoire de ce système afin de comprendre les relations existantes entre les décideurs et le personnel ainsi que de mieux percevoir le sens de toutes ces réformes.

Explorer en profondeur les réorganisations des années 80 permet de mieux comprendre comment ces dernières ont permis de construire une « version partagée » des politiques de santé en 1990.

1.1.1. Contexte

Dans les premières décades du NHS, l'organisation centrale est limitée aux autorités de santé et aux médecins. Cette relation est parfois imagée sous la forme d'un « lit double » de dépendance [1] : d'un côté, la dépendance de la profession médicale sur l'Etat qui détient le monopole en tant qu'employeur (en dehors d'un secteur privé minimaliste) mais d'autre part, la dépendance de l'Etat qui ne peut rien faire sans les médecins et autres professions

de santé. Cette dépendance réciproque n'est malheureusement pas synonyme d'absence de conflits mais signifie que peu d'alternatives existent mis à part coopérer pour toujours améliorer la situation.

La période de 1948 à 1981 a été une des périodes les plus calmes du NHS. Mais déjà des groupes représentant les patients commençaient à exprimer leur frustration d'un système uniquement orienté vers la profession médicale sans se soucier des problématiques de la population-cible à laquelle ce système de santé était destiné [2]. Les médecins étaient bien souvent plus intéressés à préserver leur propre statut et à construire une sorte de piédestal pour leur profession, plutôt que de s'impliquer à faire de ce système un bien sociétal [3]. L'équipe de management du NHS, encore appelé « administration » à cette époque-là, manquait de ressources et était à peine reconnue financièrement et statutairement parlant. Les administrations locales étaient très peu informées et il n'y avait guère de volonté des autorités à exercer plus de pouvoir sur la profession médicale qui avait encore la liberté d'exercer le métier à sa guise.

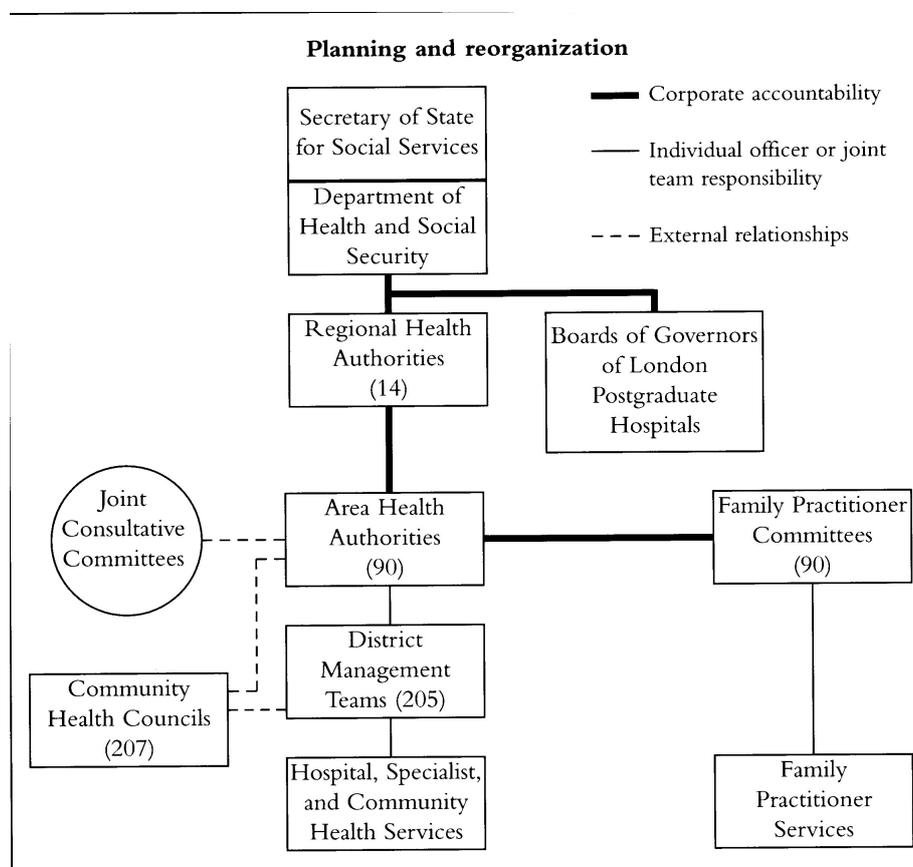


Figure 1: Le National Health Service en Angleterre en 1974

Sources (C. Webster, The National Health Service, Oxford University Press, Oxford)

Au début des années 80, la structure du NHS ressemblait encore à l'organisation créée par le traité de création du NHS Act en 1946, c'est à dire la constitution de création du service de santé anglais. En effet, les employés du NHS avaient une large autonomie qualifiée de « liberté clinique » puisque cette notion avait été choisie comme le principe central de ce système [1]. Les médecins pouvaient choisir quels patients traiter, quand et comment. Cependant les choses commencèrent à changer alors que le NHS passa entre les mains d'un gouvernement qui était septique à propos des bénéfices d'un service de santé complètement public et autonome. Ce dernier n'appréciait guère que la profession médicale ressemblait d'avantage à un syndicat fermé et indépendant refusant tout changement qu'à un groupe professionnel avec pour unique but la santé du pays [1].

Il est essentiel de prendre en compte ce contexte dans notre analyse des différentes tentatives de modifications de ce système.

1.1.2. Réorganisation du système de santé anglais dans les années 80 : les réformes Griffiths

Malgré l'absence de réformes dans le passé, le NHS va subir ses premières transformations dans les années 80. Au début de son mandat, le gouvernement conservateur anglais au pouvoir, plus communément appelé « les conservateurs » veulent expérimenter une approche plus décentralisée du système de santé [4]. En 1983, ils veulent aller plus loin et le gouvernement Thatcher demande à Roy Griffiths (vice président de la chaîne de supermarchés Sainsbury) d'étudier en profondeur comment le service était géré.

Dans son rapport [5], Griffiths revendique que le NHS souffre d'un manque de prise de responsabilité individuelle au niveau de la gestion, de l'absence d'inspection et de systèmes d'évaluation de ses services ainsi que d'un manque d'intérêt pour ses performances. Il rapporte également que les administrateurs du NHS ne s'occupent pas assez de la manière dont ses services sont perçus par ses clients, c'est à dire les patients.

Ses recommandations sont les suivantes :

- Un « supervisory board » ou conseil de surveillance devrait être créé. Celui-ci rendrait compte au secrétaire d'état et inclurait des gestionnaires non-NHS. Il prendrait donc toutes les décisions de gestion du NHS.
- En dessous du conseil de surveillance, des postes de « managers » seraient créés au niveau régional et départemental afin d'établir une responsabilité individuelle à ces différents niveaux. Ceci étant, ces managers auraient la liberté d'atteindre les objectifs fixés de la manière dont ils le souhaitent ; autrement dit, personne ne leur imposerait une stratégie d'action. De plus, ils n'auraient pas de postes fixes mais des contrats de cinq ans.

- Des évaluations régulières auraient lieu à chaque niveau afin de contrôler les coûts sans diminuer la qualité du service.
- Les cliniciens, en particulier les docteurs que Griffith considère comme les « gestionnaires naturels » de ce système, seraient plus impliqués au niveau local avec des charges de travail dépendantes d'un budget dont ils seraient responsables.
- Les services du NHS seraient plus attentifs aux patients et à leurs besoins avec la mise en place d'études de marché pour mieux comprendre les problématiques des patients.

La solution proposée par Griffith est orientée vers l'adoption d'un système avec une vision d'entreprise et avec la mise en place de vraies responsabilités : les médecins seraient responsables de la satisfaction des patients sur les soins qu'ils entreprendraient et les patients seraient écoutés, leurs besoins devant être pris en compte par les managers.

Le gouvernement accepte les propositions Griffiths mais sans autoriser les managers à être libres de leurs stratégies d'action ni les autorités à réorganiser leurs structures locales différemment.

Sur le terrain, la réalité est que les managers NHS sont particulièrement concernés par les problèmes financiers du NHS et la nécessité de faire d'importantes économies. Les années 80 sont une période de restriction budgétaire et le gouvernement les soumet à une pression non négligeable.

Au final, il est difficile pour les managers de faire changer les habitudes des cliniciens et de les rendre plus responsables, donc même si les propositions Griffith étaient une tentative d'approche de système managérial avec plus de décentralisation, on se rend vite compte que cet objectif est loin d'avoir été atteint.

1.1.3. Nouveaux changements dans les années 80

Un certain nombre de changements complémentaires ont été apporté au NHS dans les années 80, toujours dans l'optique de rapprocher le fonctionnement de ce système de celui d'une entreprise.

Premièrement, le gouvernement met en place des appels d'offres compétitifs pour les services à la personne et la restauration ; cela signifie que des entreprises privées peuvent maintenant rivaliser pour être clients du NHS. Ceci-étant, cette mesure n'aboutit à rien d'autre que l'embauche des équipes qui travaillaient à l'hôpital auparavant (et souvent avec une paye moindre).

Dans un second temps, des mesures de performances ont été mises en place, mais là encore, cela apparaît comme n'ayant guère d'effets sur l'amélioration du système.

Troisièmement, en 1984, le gouvernement décide de limiter les choix sur les prescriptions, mettant en place une « liste limitée » de traitements approuvés susceptibles d'être prescrits par les médecins. Cette mesure vise à standardiser les traitements pour réduire les coûts, par exemple en imposant la prescription de génériques à la place des médicaments princeps quand cela est possible. Ceci est rapidement devenu un challenge pour les médecins qui ont vu cette mesure comme interférant avec leur liberté de prise en charge du patient.

Enfin et tout aussi important, le gouvernement apporte une vision différente avec une série de mesures rassemblées sous le label « initiatives de gestion des ressources » [6]. Comme énoncé auparavant, l'une de mesures était de rendre les médecins plus responsables de leur budget, connue sous le nom de budgétisation médicale, mais aussi d'augmenter le nombre de médecins dans les rôles de managers qui mettraient en place des audits et des mécanismes d'amélioration de la qualité.

Malgré toutes ces mesures, le changement culturel n'a toujours pas eu lieu : les cliniciens maintiennent leur pouvoir et autonomie malgré la mise en place des managers généraux.

1.1.4. Impact des changements des années 80 sur les infirmières et sur les patients

Les propositions Griffiths non seulement avaient pour but de renforcer la relation entre managers et docteurs, mais avaient également la volonté d'avoir un impact important sur les infirmières. En réponse aux plaintes de ces dernières par rapport au fait que les autres professions médicales détenaient tous les budgets, quelques mesures ont également été prises pour les infirmières en 1986 :

- Des chefs de soins infirmiers ont été placés dans les conseils de gestion
- Les autorités de santé départementales devaient désigner un infirmier « senior » dans un rôle de conseiller

Contrairement aux médecins qui étaient peu attentionnés envers les malades, les infirmières faisaient preuve de plus d'intérêts pour la satisfaction de leurs patients. En même temps, les infirmières remarquaient que leur travail était surveillé de près avec les relevés d'informations du NHS et avaient du mal à comprendre pourquoi ces modalités, qui devaient en principe remettre en question le pouvoir médical, les pénalisaient au final [7]. Les infirmières traversaient alors une période de crise d'identité de leur profession, aggravée par une pénurie de recrutement. Le projet 2000 a essayé d'améliorer cette situation en réformant

les études d'infirmières et améliorant leur statut, mais cela n'a malheureusement que peu revitalisé la profession [8].

D'autre part, les patients commencent à être plus exigeants sur la façon dont ils sont traités et cherchent à être plus impliqués dans les décisions de traitement. Par exemple, des femmes commencent à se plaindre au sujet des épisiotomies pratiquées en excès ; ces gestes étant bien trop souvent réalisés par facilité pour les médecins plutôt que pour le bien des patientes. De manière similaire, les proches des personnes handicapées se plaignent de l'inflexibilité et du manque de soins avec lequel le NHS s'occupe des patients avec un handicap physique ou mental [9]. Malgré tout cela, la voix des patients est encore malheureusement très faiblement entendue.

1.1.5. En route vers la réforme « Working for patients » et le premier marché interne

Vers la fin de la décennie, frustré du manque d'amélioration dans le NHS ainsi que préoccupé par la hausse du coût des médicaments et par le vieillissement de la population, le premier ministre Margaret Thatcher annonce qu'une révision du service de santé est en cours [4]. Au début, cela n'avance pas très vite alors que le secrétaire d'état John Moore est en charge de cette révision, ce dernier étant en mauvaise santé. Mais très vite, Kenneth Clarke, plus robuste, le remplace et arrive à la conclusion que se débarrasser de ce système basé sur une vision comptable serait très risqué, puisque c'était en fait un excellent moyen de garder le contrôle des coûts. La plus grande innovation de Clarke est inspirée d'une proposition faite par l'économiste américain Alain Enthoven, qui était de passage en Angleterre un peu plus tôt dans la décennie [10].

Aux yeux d'Enthoven, la solution résidait dans l'introduction de mécanismes de marché dans le système de santé avec un « quasi-marché » qui conserve à la fois l'achat et l'offre de soins dans le secteur public. Cette idée de réorganisation, présentée en Janvier 1989 dans le livre blanc « *Working for patients* » (« Travailler pour les patients ») [11] s'approchait fortement de l'optique du gouvernement qui préférait une offre privée à une offre publique. Ces propositions ont en commun avec celles de Griffith que l'ultime objectif est d'arriver à un système plus décentralisé pour augmenter les performances et donner plus d'autonomie aux médecins et hôpitaux afin de déléguer les responsabilités.

Les mesures de « *Working for patients* » sont les suivantes :

- Les patients auraient plus de choix dans les services qui leur sont offerts
- Les personnels du NHS auraient plus de satisfaction dans leur travail
- La sous-traitance par des entreprises extérieures aux NHS serait toujours d'actualité

- Les médecins spécialistes verraient leur nombre de postes augmenter et seraient plus impliqués dans le management de leurs hôpitaux. Des distinctions avec des primes seraient remises à ces médecins spécialistes en fonction de leur implication.
- La qualité des services offerts par le NHS serait largement auditée avec une augmentation des informations collectées pour une surveillance au plus près. Dans le même but, les structures de coûts prendraient en compte les immobilisations et un registre des actifs devrait être tenu pour la première fois, incluant tout article dépassant 1000 livres. Ces derniers devront être dépréciés en fonction d'un système de comptabilité financière.
- Enfin, les médecins généralistes avec une patientèle supérieure à 11 000 patients pourraient postuler pour disposer d'enveloppes budgétaires leur permettant de soigner des patients à leur cabinet ainsi que de recourir à des tests de diagnostics. Cette mesure viserait à pousser les hôpitaux à fournir des soins de meilleure qualité avec moins de temps d'attente.

1.1.6. L'importance du marché interne

Le gouvernement a réussi à exclure les représentants médicaux des discussions autour des propositions de marché interne. Les participants étaient majoritairement internes au gouvernement avec seulement un petit groupe de docteurs sympathisants que Clarke avait choisi. Quand les mesures « *Working for patients* » ont été publiées, les groupes représentants de médecins étaient furieux et l'association médicale britannique a mené une campagne grandiose et coûteuse avec des posters montrant un bulldozer « capturant » les propositions Clarke mais également des dépliants expliquant les impacts négatifs de cette réforme aux patients.

Ceci-étant, Clarke resta ferme sur ses positions, même si le premier ministre commençait à douter et à reculer devant cette forte opposition [12]. Au début des années 90, les autorités de santé étaient dans une situation peu confortable et rien ne semblait avoir fondamentalement changé la situation. Tout ce que le gouvernement a réussi à faire, c'est de faire comprendre aux médecins qu'ils ne seraient plus les décideurs de ce système, voire même qu'ils ne seraient plus consultés sur le fonctionnement de leur système.

1.1.7. La version partagée des politiques de santé et de l'organisation

Harrison, Hunter et Politt ont construit une synthèse des recherches portant sur les dynamiques du NHS à la fin des années 1980. Ce cadre, appelé « *shared version* » ou version partagée nous servira donc de modèle pour l'analyse des différentes réformes clefs

du NHS. Ce modèle possède neuf dimensions d'analyses concernant les caractéristiques du NHS :

- Progressif, donc le changement est lent et d'envergure limitée
- Sujet à des ajustements mutuels de manière à ce qu'aucune personne / institution individuelle ne puissent dominer la politique de santé
- La profession médicale paraît être prédominante au niveau des prises de décisions puisqu'elle a un droit de véto sur les propositions avec lesquelles elle est en désaccord
- Les autorités de santé paraissent être en situation de faiblesse, comparé avec les cliniciens et les gestionnaires seniors
- Les organisations de consommateurs sont en position de faiblesse pour négocier avec le NHS
- Le gouvernement central a peu d'influence sur la mise en place de ses mesures, mais a la possibilité de changer la quantité de ressources disponibles et de choisir à qui il les affecte
- Les gestionnaires des autorités de santé sont réactifs au lieu d'anticiper : ils s'occupent plus du règlement de problèmes que de façonner l'avenir de leur organisation
- Le processus d'ajustements mutuels des propositions est chronophage et il en résulte de l'inertie
- L'intégralité de ce complexe et lent édifice est soutenue par un consensus politique durable [13]

1.1.8. Conclusion

Dans les années 1990, le NHS était donc une organisation ayant subi une décennie de tentatives de modifications et pourtant, très peu de changements étaient visibles. Une des raisons pour lesquelles aucune réorganisation radicale n'a été tentée est tout simplement liée à la popularité de ce service auprès de la communauté britannique. En 1946, le NHS a été mis en place par le parti travailliste (Labour Party) qui se dit être le parti du NHS alors que les conservateurs avaient voté contre sa mise en place. Mais les conservateurs se rendent compte de la popularité de ce système et ne veulent pas donner de points au parti travailliste. D'autres domaines du secteur public, comme les logements sociaux, le gaz et l'électricité, ont été largement privatisés alors que le NHS reste toujours public et fonctionne encore de manière très active.

Du côté politique, le gouvernement a largement remis en cause sa relation avec les médecins, relation qui avait été mis en place en 1948. Cependant, aucun réel système de mesure de performance n'a été mis en place afin de vérifier que les cliniciens fassent bien leur travail. D'autre part, peu de sanctions pouvaient être appliquées en cas de performances insuffisantes des équipes médicales. Au final, les professions médicales avaient toujours le contrôle du NHS et il est difficile d'imaginer comment le marché interne proposé va pouvoir être mis en place et prospérer.

1.2. Les réorganisations du NHS de 1990 à 2010

Ayant souligné le contexte politique et idéologique dans lequel le marché interne a été introduit, il est important de regarder la suite pour mieux comprendre comment ce marché interne était censé fonctionner.

Ce chapitre nous permet alors de considérer le programme théorique des effets de la réorganisation du marché interne avant de s'intéresser aux changements de gouvernement en 1997 et aux différentes tentatives du parti travailliste de réorganiser le système de santé en 2000.

Il est important de noter ici que le programme théorique n'a pas été fondé sur des preuves, mais plutôt sur l'assomption qu'étendre la compétition au sein des services publics était le meilleur moyen de les réformer et sur l'idée que le principe de libre compétition était sain pour l'économie.

1.2.1. Les problèmes prévisibles avec la théorie de ce programme

En plus du manque de preuves, de l'excès d'autonomie de la profession médicale dans les hôpitaux et les cabinets médicaux de ville, quelques autres problèmes sont venus s'ajouter.

L'introduction de ce marché interne aurait nécessité un système d'information performant; d'une part pour que les coûts soient finement mesurés, d'autre part pour que les données publiées aident les clients fournisseurs du NHS à faire des choix plus justes en s'informant.

Les flux de ressources auraient dû être repensés pour être adaptés aux choix des fournisseurs. De cette manière, les bons fournisseurs de soins seraient récompensés en fonction de leur capacité à signer et garder des contrats.

D'autre part, la période de mise en œuvre de ce nouveau système coïncide avec le changement de premier ministre et l'opposition médicale est toujours aussi forte. On note très vite un adoucissement dans le vocabulaire utilisé pour décrire la réorganisation : on ne parle plus de « compétition » mais de « concurrence » [14]. De plus, Kenneth Clarke est affecté à un nouveau poste et de nouvelles têtes plus conciliantes sont choisies à sa place. Le gouvernement était certainement en train de préparer le terrain pour les prochaines élections, deux ans plus tard, et cherchait à avoir une transition douce vers le nouveau système plutôt que de provoquer un « big-bang » [15].

Ainsi, en 1994, le gouvernement publie un nouveau cadre de travail visant à stabiliser le marché interne [16]. Ce dernier souligne l'importance de la coordination des fonctions

d'achat du NHS et fait ressortir que dorénavant le marché interne serait envisagé comme un marché géré et sous contrôle plutôt qu'un marché dynamique et compétitif.

1.2.2. Les impacts de la réorganisation du marché interne

La réorganisation du marché interne du NHS a mené à une augmentation des coûts de gestion du NHS, poussant même des personnels du NHS à remplir les rôles de gestionnaires tout en continuant à exercer. Les enveloppes budgétaires des médecins généralistes ont bénéficié à certains cabinets qui ont su contourner la réorganisation à leur avantage. Ceci-étant, cette mesure a eu également des effets néfastes en menant à un système à deux-vitesses, excluant une partie des cabinets, or, ceci allait à l'encontre des principes universaux du NHS. Au final, on se rend compte que le but primaire de ces mesures qui était d'établir un environnement compétitif a quelque peu échoué. Par exemple, une majorité de contrats étaient basés sur des accords bloqués réduisant la possibilité de faire jouer la compétition avec d'autres fournisseurs de soins.

La culture organisationnelle prédominante dans le NHS reste clinique [17] alors que les médecins hospitaliers sont relativement indifférents aux problèmes de ressources et de coûts associés à la pratique de leur métier [18]. En 1995, la commission d'audit note un manque de progrès dans les descriptions de rôle de médecin, n'insistant pas assez sur le côté gestionnaire de ce rôle. Les médecins spécialistes sont alors critiqués pour continuer à passer une majorité de leur temps à voir des patients et pour être présents sur seulement 54% des sessions NHS [19]. Les managers ont du mal à rendre les médecins plus impliqués dans ces tâches [20] et la majorité des cliniciens ne comprennent toujours pas pourquoi leur profession et leur pratique devraient être contrôlées par le gouvernement [21]. Même une fois que les audits sont devenus obligatoires, ils étaient une sorte de contrôles portant sur le professionnalisme des employés plutôt que de réels contrôles de gestion [22]. Les directions cliniques elles-aussi mènent bien souvent leur gestion à leur manière au lieu de suivre les directives du NHS.

En dépit des problèmes continus de formation des infirmières et de leur recrutement dans les années 1990, de nouvelles positions ont été créées pour ces dernières et celles-ci commencent des rôles d'assurance qualité ce qui est perçu de manière positive pour améliorer la qualité des soins patients. D'autre part, beaucoup de nouveaux directeurs d'assurance qualité dans les hôpitaux ont une formation d'infirmiers [22], ce qui est un facteur d'évolution pour cette profession.

En ce qui concerne les médecins généralistes, nous avons vu précédemment que l'allocation d'enveloppes budgétaires avait été quelque peu facteur d'innovation mais ceci n'est malheureusement pas le cas dans tous les cabinets menant à un système à deux

vitesse. Cela a également mené à un second problème : les autorités locales de santé n'avaient pas l'intention de s'occuper de la coordination de toutes ces enveloppes budgétaires entre les différentes autorités locales. Nous en arrivons donc à des situations aberrantes où des hôpitaux sont obligés de fermer à cause de la division entre acheteurs et fournisseurs de soins comme à Londres ; ou encore des différences de fonctionnement non acceptables dans des domaines thérapeutiques comme l'oncologie où une coordination nationale est essentielle pour assurer la délivrance des meilleurs soins possibles [23]. Au final, la scission acheteur-fournisseur n'a jamais fonctionné de la manière que les économistes l'avaient prévue, non pas comme une relation gérée strictement selon les priorités du gouvernement mais considérée comme un marché de soins.

1.2.3. La version partagée après la réorganisation du marché interne

En 1996, un an avant de perdre les élections face au nouveau parti travailliste, les conservateurs publient un nouveau livre blanc, remarquablement conciliant, et suggérant plutôt les succès du NHS que les changements organisationnels successifs. Et le chemin parcouru depuis 1989 et la réforme « *Working for patients* » a vu le gouvernement passer d'une politique stricte et radicale basée sur un système de marché à un modèle plus flexible basé sur de meilleures relations avec les patients.

Le contexte politique apparaît plus calme en 1997 qu'en 1990 mais avec des leçons apprises de chaque côté : le gouvernement a compris qu'il pouvait essayer de prendre des mesures en excluant les cliniciens de leurs réflexions mais que cela serait ensuite un beau challenge que de les faire appliquer. Les médecins avaient compris que le NHS ne les consulterait plus mais que malgré tout ils gardaient un haut degré d'autonomie dans les hôpitaux mais également dans les cabinets de ville.

En terme de contexte idéologique, par contre, les changements des années 1990 ont poussé les cliniciens à utiliser un langage plus centré autour des budgets et rapport coût-efficacité, mais ceci n'a pas été adopté dans le langage quotidien, en tout cas pas autant que le gouvernement ne l'aurait souhaité. Les médecins ont vu la description de leur travail devenir plus « managériale » et les managers du NHS, dont le nombre a augmenté considérablement, se sont vus attribuer plus de responsabilité, même si elles n'étaient guère prises en compte. Idéologiquement, le marché interne n'a donc pas radicalement transformé le NHS en une structure managériale mais menait déjà vers l'autonomie de la profession médicale apparue dans les années 2000 et 2010.

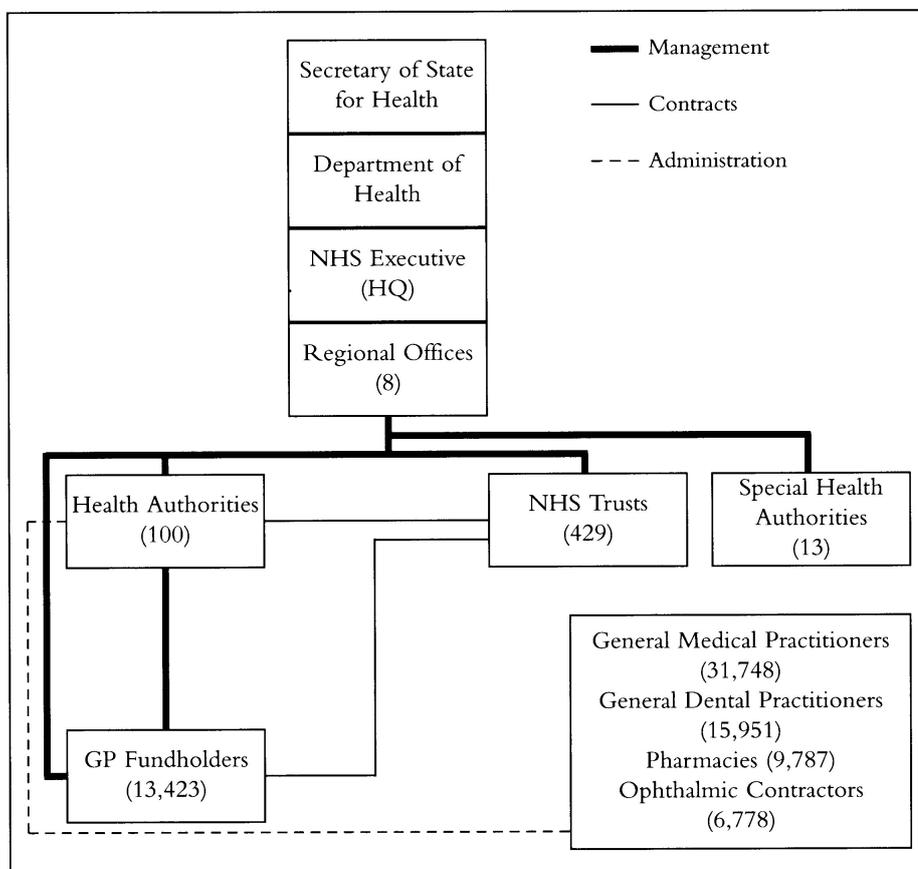
1.2.4. La politique de santé sous le nouveau parti travailliste, 1997-2010

Durant les élections de 1997, le parti travailliste a fait sa campagne sur le thème « sauver le NHS », s'engageant à réduire les listes d'attente et à abolir le marché interne

précédemment installé par les conservateurs. Ils avaient donc l'intention de guérir la « blessure » des professions médicales ou encore de « réduire les inégalités et installer un modèle coopératif favorable au développement de la santé » [24].

Le parti travailliste récupéra donc le NHS en 1997 avec un marché interne encore en place et peu d'envie d'imposer une réorganisation radicale.

Figure 4 **The National Health Service in England, 1997**



Source: Department of Health, *Departmental Report*, Cm. 3612 (London: The Stationery Office, 1997), annex E.

Figure 2: La structure du NHS en 1997

Sources (<http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/reform-of-the-national-health-service/>)

Entre 1997 et 2000, les travaillistes commencèrent une période de réformes dont les mesures conciliantes sont énoncées dans le livre blanc de 1997. Le gouvernement se vante d'avoir aboli le marché interne qu'il voyait comme une perte démocratique. Quatre-cent quatre-vingt-un groupes de soins primaires (PCGs ou Primary Care Groups) sont mis en place pour s'occuper de toutes les opérations d'achat du NHS et les enveloppes budgétaires sont retirées puisqu'elles impliquaient un système à deux vitesses. Les contrats sont

remplacés par des services à plus long terme, ce qui pourrait économiser £250 millions par an selon le gouvernement. En réalité, le marché interne n'a pas complètement disparu mais c'était une façon d'adoucir ce système en le rendant plus coopératif et plus étalé dans le temps [25]. Les travaillistes essayèrent de mettre en œuvre une meilleure coopération trans-service et entre les différentes régions géographiques, en mettant en place deux programmes : « Programme d'amélioration de santé » et « Zones d'actions de santé » [26]. De plus, il y avait des signes que le gouvernement cherchait à contrôler la situation par une politique plus centrale et plus orientée vers la centralisation du pouvoir : par exemple, le gouvernement a également mis en place un institut national pour l'excellence clinique – le NICE ou National Institute for Clinical Excellence - pour réguler l'introduction de nouveaux traitements dans le NHS basé sur le ratio coût-efficacité de ces derniers [27].

Toutes ces mesures sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Chronologie des mesures de santé du parti travailliste, de 1997 à début 2000

| Année | Evènements | Législations et documents issus |
|-------|--|--|
| 1997 | Mars : le projet de loi NHS reçoit l'approbation royale Mai : élection – parti travailliste élu et forme nouveau gouvernement sous Tony Blair | <i>The new NHS : modern, dependable</i> (le nouveau NHS : sûr et moderne) <i>NHS Primary Care Act</i> (Acte de soins primaires du NHS) <i>NHS Private Finance Act</i> (Loi de finance privée du NHS) |
| 1998 | Abolition des enveloppes budgétaires pour les médecins de villes | <i>Information for the modern NHS, 1998-2005</i> (renseignement pour le NHS moderne 1998-2005) <i>A first class service : Quality in the new NHS</i> (un service de première classe: la qualité au sein du NHS) <i>Modernising social services</i> (moderniser les services sociaux) |
| 1999 | Mise en place de : • 481 PCG (groupes de soins primaires) | Projet de loi santé <i>Saving lives : Our healthier nation</i> (sauver des vies : notre nation en meilleure santé) |

| | | |
|------|--|-----------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • NICE (<i>National Institute for Clinical Excellence</i> ou Institut national pour l'excellence clinique) • CHI (Commission pour l'amélioration de la santé) • centres de santé sans rendez-vous • un cadre de travail national pour les services de santé mentale | |
| 2000 | <p>Abolition progressif des groupes de soins primaires (PCGs ou Primary Care Groups) et remplacement par des hôpitaux autonomes de soins primaires (PCTs ou Primary Care Trusts)</p> <p>Agence de normes alimentaires (Food Standards Agency)</p> | <i>The NHS Plan</i> (Le plan NHS) |

Vers 2000 cependant, une nouvelle direction apparaît pour la santé : Frank Dobson, le secrétaire d'état à la santé, a été remplacé par Alan Milburn. Le parti travailliste se trouve critiqué pour le manque de progrès réalisés par rapport à ce qui avait été annoncé [28] et certaines promesses comme la réduction des temps d'attente étaient considérées comme dangereuses pour l'avenir du NHS.

En 2000, Milburn travaille donc sur *le Plan NHS* avec l'intention de moderniser le NHS sur les dix années à venir. Bien que Milburn ait réalisé ce document seul, il a eu la sagesse de le faire lire et approuver par les personnes clés du NHS avant de le publier, ce qui a évité qu'il ne reçoive un mauvais accueil de la profession médicale, contrairement à la réforme « Working for patients » en 1989 [4]. Dans ce document, il est dit que le NHS est un système des années 40 que l'Angleterre essaye de faire fonctionner au vingt-et-unième siècle, ce qui serait la raison principale de son échec. Milburn met le doigt sur un certain nombre de problèmes comme le manque de financements, le manque de standards nationaux, les barrières entre services, le manque de pouvoir des patients ou encore l'excès de centralisation.

Les solutions de Milburn, citées dans le Plan NHS, sont listées ci-dessous :

- L'introduction d'un système d'inspection et de responsabilité pour chaque niveau du NHS. Cette mesure vise à combiner les différentes normes nationales avec plus d'autonomie régionale et avec de nouveaux financements disponibles sans oublier de récompenser les services les plus performants.
- De nouveaux contrats de médecins spécialistes visant à rémunérer favorablement les docteurs qui s'investissent le plus dans le NHS
- Plus de responsabilités pour les infirmières et autres professionnels de santé en accord avec leur qualification et expertise
- Le rassemblement des services de santé locaux et des services sociaux locaux en une seule et même organisation
- Le rapprochement du NHS et du secteur privé pour travailler ensemble non seulement sur la construction de nouveaux hôpitaux grâce à « l'initiative de financement privé » (Private Finance Initiative) mais aussi pour subvenir aux besoins financiers des patients du NHS
- La mise en place d'un avocat dans chaque hôpital pour que les patients se sentent plus soutenus, si besoin

Le plan NHS déclencha alors une période d'hyper activité réorganisationnelle qui aura de profondes conséquences sur le système de santé actuel :

1.2.4.1. Evaluation de la performance

Comme nous l'avons vu, jusqu'à présent ce ne sont pas les occasions qui manquaient pour mettre en place un vrai système d'évaluation de la performance, mais ce dernier n'avait jamais vraiment réussi à servir d'outil de gestion. De nouveaux standards nationaux sont alors créés pour les principales maladies, comme par exemple avoir accès à un centre de soins primaires sous 24 heures ou à un médecin généraliste sous 48h heures.

La nouvelle approche pour l'évaluation de la performance dans les hôpitaux est l'exemple de centralisation la plus visible dans le fonctionnement quotidien du NHS. D'énormes bases de données rassemblent dorénavant toutes les données du système, permettant ainsi de comparer les performances individuelles par rapport aux normes définies par le NHS, mais aussi afin de comparer les hôpitaux entre eux.

De manière similaire, l'introduction d'une gouvernance clinique a été mise en place en 2001, obligeant les membres du conseil d'administration à être responsables non seulement des aspects cliniques mais aussi managériaux [29]. Les hôpitaux publics autonomes devaient alors désigner les responsables cliniques pour mettre en place un plan d'action et

délivrer des soins de qualité, mais une certaine flexibilité leur a été laissée sur la manière dont ils allaient s'y prendre.

Du côté des soins primaires, l'introduction d'un nouveau cadre de travail visant la qualité et les résultats, le Quality and Outcomes Framework (QOF), a été mis en place. Les médecins généralistes devaient alors prouver qu'ils atteignaient un certain nombre de points par rapport aux standards de qualité et indicateurs prédéfinis [30]. Cette mesure était destinée à inciter les médecins de ville à fournir des soins de plus grande qualité en changeant la base de leur rémunération ; cela faisait partie des nouveaux contrats GMS (service de médecine générale) qui ont été introduits en 2004. Ces médecins généraux sont devenus des GPSIs ou médecins généralistes avec intérêts spéciaux comme ils ont été nommés, en pratiquant de nouvelles activités comme de petites opérations réalisables en cabinet de ville ; de la même façon que le faisaient certains médecins généralistes à l'époque des enveloppes budgétaires dans les années 1990.

Motivations et sanctions pouvaient être les suivantes :

- Pour le système d'évaluation de la performance dans les hôpitaux, de bons résultats entraînaient une baisse de l'intensité des inspections (gain d'autonomie) tandis qu'à l'inverse, la menace pouvait être d'avoir une augmentation des inspections dans les hôpitaux moins performants ; voire même un remplacement des équipes commerciales non-performantes.
- En ce qui concerne le cadre de travail de qualité (le QOF), les enveloppes budgétaires ainsi que le statut des médecins généralistes les plus performants étaient augmentés grâce à un système de points, alors que les médecins les moins performants recevaient moins de financement.

1.2.4.2. Changements institutionnels

En 2003, le projet de loi « soins de santé et sociaux » est proposé pour mettre en place des fondations (« foundation trusts »). Ces structures délivrent les soins pour le NHS tout en ayant une certaine liberté de fonctionnement. Un nouveau régulateur indépendant appelé « monitor » les supervisera dorénavant et pourra intervenir si des problèmes devaient arriver.

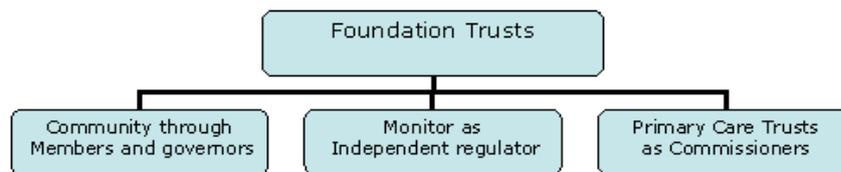


Figure 3: Structure des fondations ("Foundation trusts")
Sources (http://www.nhshistory.net/chapter_6.html)

L'extension du rôle des infirmières qui avait commencé dans les années 90 était prévue pour continuer : des chefs de service ont été introduits pour travailler dans les services d'hôpitaux avec de nouvelles responsabilités par exemple concernant les désinfections en cas d'épidémie de virus comme le SARM : Staphylococcus aureus résistant à la pénicilline.

D'autre part, la « commission pour l'amélioration de la santé », le CHI (ou Commission for Health Improvement) a été désignée comme responsable pour l'inspection des structures de santé afin d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux, dans les communautés et dans les services de soins primaires. La publication annuelle des résultats d'évaluation de la performance était maintenant une des tâches du CHI. Une autre tâche est l'inspection des hôpitaux en termes de propreté : chaque structure du NHS doit être inspectée tous les quatre ans, ou deux ans si l'hôpital est classé dans le rouge (ce qui, en réalité, était une notation avec un système d'étoile, avant que cela ne change de nouveau).

Finalement, une « agence nationale de sécurité du patient » (NPSA ou National Patient Safety Agency) a également été créée pour établir un système unique national de surveillance et d'analyses des effets indésirables.

1.2.4.3. Choix des patients et la création d'une économie mixte pour les soins

En plus d'avoir mis en place un programme de réorganisation qui a tenté d'exercer un contrôle plus central, après 2000, le parti travailliste a commencé à graduellement réintroduire une place de marché pour la santé.

En 2001, le gouvernement publie un document consultatif intitulé « Extending choice for patients » (étendre les choix des patients) [31] qui constituait les premiers signes du renouveau de mécanismes basés sur l'idée d'un marché.

A Londres, un projet pilote consiste à laisser le choix aux patients sur liste d'attente, soit de choisir un autre médecin généraliste, soit de continuer à attendre. La majorité optait pour la première solution, ce qui a prouvé au gouvernement que les patients désiraient

obtenir plus de choix. Un système informatique appelé « Choose and Book » permet aux cabinets de médecins généralistes ou encore à des centres d'appels de prendre et changer des rendez-vous sans passer par la case « spécialistes ».

Le gouvernement, préoccupé que certains fournisseurs de soins pouvaient ainsi déclarer une guerre des prix pour attirer le maximum de patients dans leurs cabinets, a mis en place des tarifs nationaux variant en fonction du type d'affections / de maladie et la gravité de cette dernière pour éviter la concurrence des prix.

Ce qu'avaient en commun ces mesures avec le marché interne de 1990, est que les meilleurs fournisseurs de soins étaient récompensés avec une augmentation des ressources attribuées : c'est la rémunération aux résultats ou PbR (« Paiement by Results ») [32].

Contrairement au marché interne, le gouvernement en a fait un des piliers principaux de son programme d'« économie mixte de soins » pour étendre l'implication des fournisseurs sans but lucratif mais aussi privés pour stimuler la compétition, augmenter la réactivité, l'efficacité et la qualité d'un tel système [33]. Ce nouveau marché n'est donc pas interne mais ce système permet de cibler les deux faiblesses qui avaient été reprochées au marché interne : le manque de compétition pour faire fonctionner le marché et le fait que les fournisseurs pouvaient se faire la guerre des prix.

En 2006, l'économie mixte de marché a atteint un point où les patients sont libres de choisir leurs médecins généralistes, mais également leur spécialiste quand ils sont envoyés par le médecin traitant. De plus, le NHS a mis en place la plateforme « NHS Direct » qui est à la fois un site internet et une plateforme téléphonique pour que les patients aient des conseils pour savoir où s'adresser et quels médecins / spécialistes choisir. De même, les centres sans rendez-vous du NHS (« NHS Walk-in centres ») sont à la disposition des patients pour des soins primaires, ce qui est parfois plus commode que d'attendre de pouvoir voir son médecin traitant. En Octobre 2006, 152 hôpitaux autonomes de soins primaires étaient à la disposition des patients, après une réduction de moitié des centres : cela résultant en une population moyenne de 330 000 habitants par hôpital.

La nouvelle économie mixte du NHS est donc une composante clef de la dynamique locale de la théorie de ce programme, avec des mécanismes basés sur l'idée de donner plus de choix aux patients et au public.

1.2.4.4. L'implication des patients et du public dans le NHS

La seconde composante de la dynamique locale de la théorie était d'aboutir à un engagement plus grand des patients et du public : c'est la PPI ou « Implication du public et des patients » (« Public and Patient Involvement »).

En 1999, le gouvernement annonce son intention de faire du PPI une valeur centrale du NHS et ainsi, le Plan NHS prévoit de mettre en place un certain nombre d'agences dédiées à cela. Les conseils de santé de la communauté mis en place dans les années 1970 sont alors supprimés et remplacés par les « forums d'engagement des patients et du public » (PPIFs ou Patient and Public Involvement Forums) qui sont dirigés par la « commission pour l'engagement de patients et du public en santé » (CPPIH ou Commission for Patient and Public Involvement in Health). Cette dernière commission avait également pour tâche de coordonner les activités avec celles des gouvernements locaux.

La création de fondations et de conseils d'administration offraient l'opportunité au public de s'engager en devenant membres de ces nouvelles structures. Certains se sont réjouis de voir que ces directions seraient dirigées de manière plus démocratique. D'autres ont considéré cela comme une proposition pas assez convaincante et ne donnant pas assez de pouvoir au public [34].

En 2003, le projet de loi « Soins de santé et sociaux » donne la responsabilité à la « commission d'inspection et d'audit » (Commission for Healthcare Audit and Inspection) de mener des enquêtes sur les besoins des patients. Une enquête nationale auprès des patients a même été lancée et la structure la plus performante a reçu des bonus financiers. D'autre part, le « service de liaison patient » (Patient Advice and Liaison Service ou PALS) a repris les rôles des ex-conseils locaux de santé pour soutenir les patients en cas de plainte.

Le nombre de membres a augmenté dans le conseil général médical, le conseil de modernisation du NHS ainsi que dans le groupe d'évaluation coût-efficacité, le NICE.

Puis en 2007, le gouvernement supprime les forums de patients, les PPIFs, et les remplace avec des réseaux d'engagement locaux, les LINKs (Local Involvement Networks) bien que cette nouvelle structure avait des rôles très similaires à la précédente.

L'engagement du patient / public est donc une seconde composante clef de la dynamique locale de la théorie de ce programme : ces mécanismes sont basés sur l'idée de donner plus de voix aux patients et viennent donc compléter les mécanismes de choix des patients précédemment énoncés (économie mixte du NHS). La période suivante et allant jusqu'à 2010 a vu l'introduction de nouvelles économies mixtes de santé dans lesquelles les fournisseurs public et non-public se retrouvent dans des situations toujours plus compétitives.

1.2.5. Conclusion

Il est difficile d'imaginer comment tous ces changements peuvent former une approche cohérente pour réformer la santé et on peut parfois avoir l'impression que le gouvernement, impatient de voir le changement opéré, a été un consommateur excessif de nouvelles

mesures, passant sans cesse d'une idée à une autre sans même attendre le résultat des décisions précédentes [35].

Bien que ce ne soit pas facile d'analyser l'impact de telles réformes au cours d'une période si agitée, nous pouvons distinguer deux types de mesures : celles qui visent à établir un contrôle plus global (en particulier à travers des mesures d'évaluation de la performance et du contrôle qualité) et celles qui portent au niveau local (nouveau marché pour les soins et prise en compte des besoins du public et des patients).

1.3. La réorganisation du “contrôle central” au sein du NHS dans les années 2000

Ayant considéré les réorganisations et programmes de contrôle centralisé au cours des années 2000, on se rend compte que la théorie a bien changé et quelques suggestions peuvent être faites si on analyse les systèmes d'évaluation et de gouvernance clinique existants.

Les programmes de contrôle central fonctionnent sur la mise en place des normes selon lesquelles la performance peut être mesurée avec des résultats plus ou moins bons et des sanctions à appliquer si nécessaire. En analysant le cas du NHS, une des leçons à noter serait que ce genre de système ne fonctionne bien que si les objectifs ont été discutés au préalable avec les personnes qui seront responsables de les mettre en place et que ces standards sont basés sur des preuves de « best practice ». De plus, ceux qui doivent mettre en place ces objectifs doivent pouvoir avoir la possibilité de s'organiser en équipe avec des responsabilités bien précises pour chaque membre.

Tout cela pointe du doigt la nécessité des systèmes d'évaluation de procurer une motivation intrinsèque au personnel leur faisant comprendre qu'atteindre ses objectifs signifie la délivrance de soins de qualité pour les patients.

Il est cependant moins clair de savoir si un système de rémunération basé sur la performance améliore ce genre de système puisqu'il pourrait détruire la motivation intrinsèque dont nous venons de parler.

Un autre point qu'il serait bon d'améliorer est la relation entre les cliniciens et les managers / gestionnaires du NHS. Des formations de développement de leadership auraient peut-être aidé à surpasser les barrières présentes entre ces deux types de positions : des équipes multidisciplinaires auraient l'occasion de s'entraîner ensemble et d'apprendre à collaborer sur des études de cas en amenant chacun sa perspective et son savoir-faire pour résoudre ces derniers.

On peut maintenant analyser les mêmes mécanismes, mais du côté du dynamisme local en se demandant comment l'extension du choix des patients, la réintroduction d'un

marché pour la santé ou encore les réorganisations répétées de l'engagement des patients et du public ont pu changer la théorie de ce programme dans les années 2000.

1.4. Les changements du NHS post-2010

Nous allons maintenant nous intéresser aux réformes d'après l'élection de 2010 alors que le gouvernement de coalition met en place un programme radical de réorganisation impliquant d'immenses changements mais également de grandes polémiques [36].

1.4.1. Le NHS dans les dernières années du parti travailliste

En 2007, Tony Blair se retire du poste de premier ministre et Gordon Brown le remplace en prenant également la tête du parti travailliste. Le timing de Brown n'est pas le meilleur puisqu'il se retrouve dans une des crises économiques les plus fortes depuis 1930, mais la priorité du gouvernement n'est alors plus de faire de grandes réformes [37]. En effet, même si les années 1997 à 2000 étaient une période de réconciliation avec la profession médicale, les années 2000 à 2002 une période dominée par les questions d'évaluation de la performance et les réformes centrales, les années 2003 à 2007 une période de réintroduction de la notion de marché avec une économie mixte de soins, les années 2007 à 2010 sont à l'inverse une période plus pragmatique durant laquelle les travaillistes, après 10 ans au pouvoir, semblent avoir perdu le rythme des réformes [38].

Après 2007, le secrétaire d'état Andy Burnham affiche son mécontentement à propos de la montée en force des fournisseurs non-publics et se dit favorable à un statut spécial des fournisseurs publics pour les favoriser.

Aux élections de 2010, le parti travailliste promet, lors de sa campagne, que s'il est ré-élu, il :

- S'impliquera dans l'allocation de budgets individuels pour les patients : une somme fixe serait allouée aux patients pour qu'ils puissent financer leurs traitements
- Il étendra les fonds non-publics
- Il mettra en place de meilleurs systèmes de coordination entre les services de santé et les services sociaux

Cependant, aucune réforme n'avait l'air d'être envisagée.

De leur côté, les conservateurs présentent des promesses plus douces et conciliantes avec, comme priorité, de maintenir les niveaux de dépenses du NHS, que les travaillistes avaient eu du mal à respecter. Andrew Lansley, le secrétaire d'état fictif de la santé avait pourtant montré son désaccord alors qu'il voulait des réformes plus radicales.

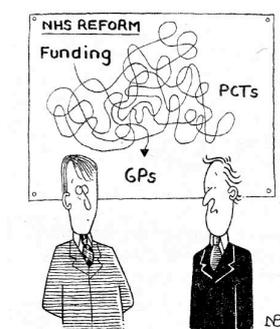
Au final, durant les élections de 2010, le NHS n'a été que très peu le centre des discussions et Andrew Lansley ne l'a qu'à peine mentionné dans sa campagne.

1.4.2. La coalition du gouvernement en 2010

Après les élections de 2010, les conservateurs forment une coalition avec les libéraux démocrates et publient des accords communs [39]. Ces derniers étaient le fruit d'un travail commun entre le conservateur Oliver Letwin et le démocrate libéral Danny Alexander et proposaient de modestes modifications, suggérant que le NHS n'allait pas être le centre de toutes les activités gouvernementales.

Cependant, six semaines plus tard, la nouvelle coalition publie le livre blanc « Liberating the NHS » ou « libérer le NHS » proposant une réorganisation beaucoup plus radicale. En effet, Lansley proposa une approche réellement différente, pensant que les accords communs mixaient des idées de démocratie locale avec des mécanismes de marché et ne pouvaient pas fonctionner ainsi.

Le modèle proposé par Lansley a l'habileté de reprendre les idées pré-2007 des travaillistes, tout en essayant de migrer vers la prochaine étape logique. Il insiste sur l'idée de compétition entre services publics et non-publics ce qui serait selon lui le meilleur moyen d'améliorer la santé. Dans ses plans, il abolit les « hôpitaux autonomes de soins primaires » (les PCTs) et confie la lourde tâche des commissions aux médecins généralistes, diminuant par exemple l'impact des décisions du NICE (Comité d'évaluation de coût-efficacité des médicaments). Un nouveau régulateur économique serait mis en place pour favoriser la compétition et une commission autonome pourrait coordonner les décisions d'achats quand nécessaire. Cependant le livre blanc n'abordait pas les raisons pour lesquelles une réorganisation était nécessaire alors que le NHS était au plus haut dans les sondages à ce moment donné ; ni comment le NHS allait bien pouvoir faire une économie de 20 milliards de livres d'ici 2014, somme que le nouveau gouvernement visait [40].



"All we need to do now, Andrew, is explain it to the public"

Figure 4: Manque de rationnel des mesures proposées par Lansley
Sources (<http://shootingparrots.co.uk/2013/02/08/the-politics-of-health/>)

L'opposition se forma peu à peu au sein des médecins, infirmières et autres professions médicales qui ne comprenaient guère pourquoi une réforme de cette ampleur était nécessaire, voire même viable. Clare Gerada, la présidente du « collège royal des médecins généralistes » (Royal College of General Practitioners) a même argumenté que selon elle, cette proposition se rapprochait de très près d'une privatisation. Même au sein de la coalition, certains personnages majeurs comme la baronne Shirley Williams était perturbée par ces projets et demanda une révision de ces derniers. En Mars 2011, l'association médicale britannique ou BMA (British Medical Association) proposa d'abandonner ce projet de loi lors d'une réunion clef et une gigantesque pétition électronique a été lancée en utilisant Facebook et Twitter. Cette pétition, ironiquement mise en place par le gouvernement de coalition dans le but d'intéresser le public, récolta plus de 100000 signatures. En Avril 2011, le gouvernement annonça une « pause » pour « écouter, réfléchir et amender » le contenu de la réforme. Le « forum du futur du NHS » (« NHS Future Forum ») été mis en place à cette fin par le prédécesseur de Clare Gerada au collège royal des médecins généralistes, Steve Field. Les propositions discutées dans ce forum ont été débattues dans la « House of Commons », une des deux structures validant les lois britanniques, et ont mené le gouvernement à proposer plus de 1000 amendements au projet de loi. Le passage de ces propositions en « House of Lords », la deuxième structure de validation des lois britanniques, a provoqué à son tour un bon millier d'amendements.

Après ses deux passages difficiles et beaucoup plus de temps passé sur les mesures que prévu, le projet de loi de soins de santé et soins sociaux (Health and Social care Act) a finalement été voté en Mars 2012. Ceci semble pourtant assez décalé avec les besoins du pays quand on sait qu'à ce moment-là, seulement 20% de la population considérait le NHS comme une problématique importante pour le pays en Février 2012.

1.4.3. Les aboutissements de cette réforme

La forme finale de cette réforme est donc un mix entre les idées de Lansley et les propositions des opposants qui se plaignaient d'un excès de compétition, d'un manque de responsabilités politiques dans les nouvelles structures et une réorganisation trop poussée et trop rapide.

Nous en arrivons donc à une organisation relativement différente sur le papier :

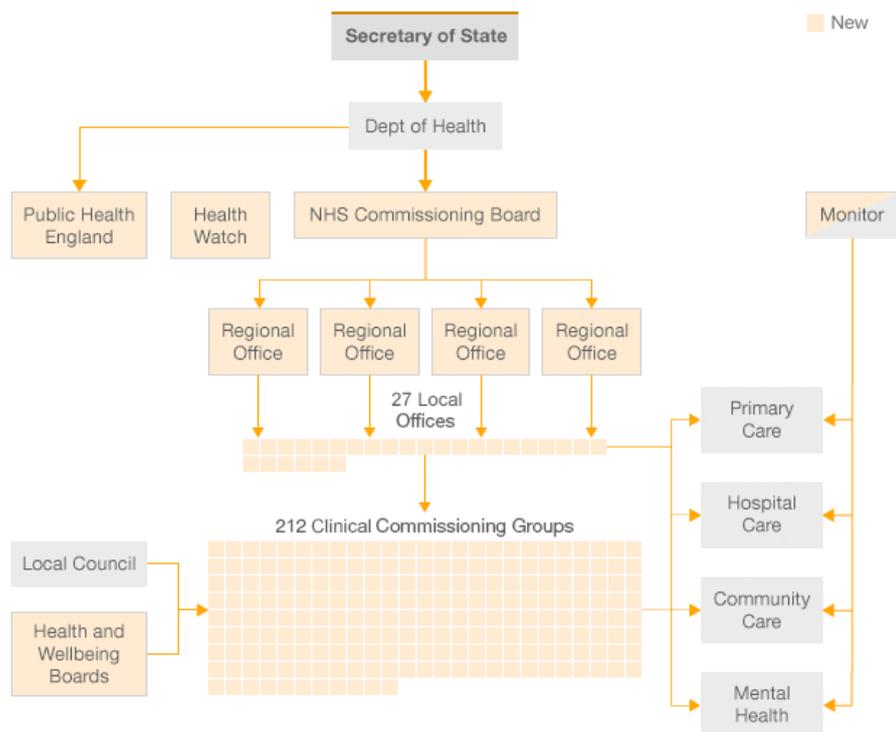


Figure 5: Structure du NHS en 2012

Sources (<http://www.ukromaniancommunities.co.uk/wp-content/uploads/2012/09/new-nhs-structure-4.gif>)

Les « groupes de commission cliniques » (CCGs ou Clinical Commissioning Groups) au nombre de 212 sont des organismes locaux qui supervisent les médecins, au final un concept relativement proche des « hôpitaux autonomes de soins primaires » (PCTs) que Lansley a aboli. Ces groupes seront dirigés par des médecins généralistes et les décisions prises par ce groupe seront soumises au scrutin. De plus, le groupe devra respecter les conseils du NICE par rapport aux traitements utilisés, ce qui est une modification par rapport à l'idée d'indépendance des médecins par rapport aux décisions du NICE que Lansley proposait dans son livre blanc.

Les « fondations » continueront d'être supervisées par un « monitor » avec une autorisation limite de 49% d'activités privées. Ces « monitors » n'ont plus un rôle de promotion de la compétition mais sont maintenant plus responsables de la surveillance et prévention d'activités anti-compétitives. Il n'est pas facile de comprendre cependant comment ce rôle va pouvoir être combiné avec leurs tâches d'assurance qualité et efficacité dans les services.

Le secrétaire d'état est toujours en charge de la promotion de l'autonomie au sein des structures NHS, ce qui faisait partie des projets de Lansley : permettre au marché de faire son travail sans interférence politique.

Au final, toutes ces réorganisations apparaissent plus comme une prise en compte logique des mesures mises en place en 2007 plutôt que des changements radicaux. Même des personnes-clefs du parti travailliste comme Julian Le Grand (2011) ou l'actuel chef exécutif du NHS Simon Stevens (2010), perçoivent cette réforme ainsi. Ceci étant, en allant dans le prolongement des mesures mises en place par les travaillistes, cela pourrait permettre d'aller beaucoup plus loin dans l'idée de privatisation, ce qui risque de compromettre un retour en arrière pour le gouvernement suivant. Ces réorganisations de 2012 remettent l'accent sur les notions de choix et de concurrence pour autoriser les prestataires publics à utiliser un pourcentage de services privés, mais aussi pour amplifier la concurrence venant du privé externe, toujours dans un but d'amélioration des soins. Il ne faut cependant pas oublier que nous ne nous trouvons pas dans la même situation économique qu'en 2000 puisque les budgets sont gelés et le NHS aurait besoin de faire une économie de 20 milliards de livres pour combler ses dettes.

1.4.4. Débats autour des valeurs clefs du NHS

La réintroduction d'un marché dans la santé a déclenché un vaste débat, nommé le débat Cooper, car ce dernier a publié une étude en 2011 concluant que la concurrence au sein de ce système permettait de réduire la mortalité [41]. Cependant, cette conclusion qui donnait au gouvernement de la coalition une raison valable pour « booster » la concurrence, a été fortement critiquée car Cooper aurait pris des paramètres de mesures cliniques biaisés. De nombreuses limites ont donc été citées pour ce travail, diminuant ainsi sa crédibilité : il n'est pas sûr que cette conclusion soit vraie après l'importante et coûteuse réorganisation du NHS, après que l'existence des PCTs soit abolie ou après que les CCGs soient dirigés par des médecins.

Le rapport Francis (2013) [42] qui met le doigt sur des défaillances dans les soins de l'hôpital Mid Staffordshire dans les années 2000 évoque deux autres valeurs-clef du NHS : l'évaluation des performances et l'engagement patient / public.

L'évaluation de la performance a une mauvaise réputation dans les années 2000 au sein du NHS. Les QOFs mis en place dans les cabinets de médecins généralistes ont eu un bel succès lié aux faits que les objectifs avaient été discutés et agréés par les cliniciens et ces indicateurs n'étaient rien d'autre que des objectifs de « best-practice » qui avaient du sens pour tout le monde. Cependant, dans les hôpitaux, c'est une toute autre histoire puisque les objectifs fixés n'étaient clairement pas basés sur des preuves cliniques mais sur des intentions politiques. Les cliniciens et managers se sont alors mis à truquer les résultats pour atteindre plus ou moins les objectifs et cette attitude est basée sur le fait qu'il y avait peu de récompenses en cas d'objectifs atteints mais des pénalités en cas de mauvais résultats. En arrivant au pouvoir, le gouvernement de la coalition avait promis de diminuer

l'importance des systèmes d'évaluation puisque la hausse de la concurrence devrait d'elle-même améliorer la qualité des soins ; ce fût malheureusement une promesse non tenue car en définitif, le gouvernement s'est rendu compte que l'évaluation des performances était le meilleur moyen de s'assurer que les employés assument leurs responsabilités.

Le PPI ou l'engagement patient / public était un autre sujet à débat du NHS : certaines localités préfèrent avoir plus d'implications du public au sein des CCGs, d'autres moins..

Au final, les défaillances notées au Mid Staffordshire, ne seraient pas des erreurs d'un jour mais bien révélatrices de problèmes récurrents, et d'autre part, cet hôpital ne serait pas un cas isolé. La source de tous ces problèmes est sans doute que les managers sont trop occupés par les processus d'évaluation et les objectifs financiers pour s'occuper des soins et des besoins des patients. Il est clair que les politiques devraient anticiper l'impact des mesures qu'ils imposent aux structures locales en analysant la culture de chacune d'entre elles plutôt que de « balancer » sans cesse de nouvelles réformes qui n'auront même pas les moyens d'être mises en place dans certaines structures. De plus, les patients devraient avoir beaucoup plus de moyens de se faire entendre, et le NHS devrait consolider tous les outils existant pour le PPI et s'appuyer sur cette base au lieu de constamment tout rechanger. Après toutes les réorganisations consécutives de ce système, on peut facilement comprendre que le personnel s'y perde et commence à se désintéresser de toutes ces mesures.

Dernièrement, les contrats de PFI ou initiative de financement privé, ont été signés dans les années 2000 pour construire de nouveaux hôpitaux et cabinets médicaux. Cependant, de nombreux hôpitaux sont aujourd'hui dans l'incapacité de payer leurs factures de PFI avec la pression budgétaire actuelle qui s'est installée, et essayent de trouver d'autres moyens de financement en se rapprochant des gouvernements locaux. En 2012, le Secrétaire d'Etat a mis 1,5 milliard de livres à disposition des hôpitaux qui étaient en situation de difficulté [43]. Dans le meilleur des cas, les politiciens qui avaient mis en place ces contrats devraient les renégocier mais ces derniers répliquent que cela mettrait en danger les relations avec les entreprises privées partenaires : ces dernières n'y trouveraient plus leur compte et ne voudraient plus signer de contrats avec le gouvernement dans le futur.

1.4.5. Conclusion

Le NHS de 2013 est très différent de celui de 1980 mais le système de santé a été modifié pour révéler toute une série de nouveaux challenges qui s'additionnent à ceux déjà

existants et toujours pas résolus. On peut alors reprendre le modèle d'analyse d'Harrison, Hunter et Pollitt pour actualiser la version partagée en 2013 : le tableau ci-dessous présente une comparaison synthétique des versions partagées de 1980 et 2013.

Tableau 2 : Comparaison du NHS en 1980 et en 2013

| Caractéristiques des versions partagées | Année 1980 | Année 2013 |
|--|---|---|
| Gradation | Changements lents et d'envergure limitée | Changements de grande envergure sur de courtes périodes de temps |
| Consentement mutuel | Aucune institution ou individu ne domine | Le gouvernement est beaucoup plus dominant |
| Profession médicale – droit de véto | Les représentants des médecins arrivent à prévenir des changements potentiels non favorables aux médecins | Les médecins n'ont plus le droit de véto mais gardent une grande liberté de manœuvre sur la mise en application des mesures |
| Position des autorités de santé par rapport aux médecins et managers | Les services de santé ont peu de pressions ou de contrôles externes (« introversion ») | Les services de santé sont toujours introvertis mais avec des pressions liées à la performance, à la finance, et à la concurrence |
| Influence des groupes de consommateurs | Les groupes de consommateurs se sont renforcés mais exercent toujours peu de pouvoir sur les prises de décisions | Les groupes de consommateurs sont toujours faibles et les plaintes individuelles très peu écoutées |
| Contrôle du gouvernement | Le gouvernement a peu de contrôle et d'informations sur la manière dont les services sont dirigés mais contrôle les | Le gouvernement a beaucoup de contrôle et d'informations mais prend de moins en moins de |

| | | |
|---|---|---|
| | budgets régionaux et ses répartitions | responsabilités – « decentralisation of blame » |
| Rôle des autorités de santé | Les rôles managériaux consistent en la résolution des conflits, la recherche de consensus et la diplomatie | Les rôles managériaux ont un statut plus élevé mais sont menacés par les conséquences de mauvaises performances ou de mauvais résultats financiers |
| La complexité du système provoque son inertie | La taille et la complexité des services de santé combinés avec de forts intérêts de groupes rendent les changements très difficiles | La complexité est amplifiée lorsque les services deviennent fragmentés entre le public et le privé |
| Consensus politique durable | Aucun gouvernement n'a encore remis en cause la relation double entre l'état et la profession médicale : le NHS continue d'être populaire et supporté par le public | Le gouvernement a remis en cause la relation de « double bed » et est maintenant capable de faire des réorganisations dans le dos de la profession médicale et malgré l'opposition publique |

Une des plus grandes faiblesses de ce système est sans doute que les politiques ont l'impression de s'investir pleinement dans le NHS en passant leur temps dans la réflexion sur de nouvelles réformes mais ne se soucient ensuite pas assez de la mise en œuvre de ces dernières. Ainsi, une coopération plus grande est requise entre les législateurs et ceux qui mettent en place les propositions de loi dans les services de santé. Une autre contrainte à accepter est qu'il n'y a pas de réponse immédiate, donc tester consécutivement différentes options sans les mettre en place rigoureusement et sans même essayer d'en attendre les conséquences risque de faire perdre du temps et de l'argent à tout le monde.

2. Le système de santé anglais actuel

2.1. Les soins de santé public

2.1.1. Quel est le rôle du gouvernement ?

En termes de législation et politique générale de santé, les responsabilités relèvent du Parlement, du secrétaire d'état de santé et du département de santé. Depuis 2006, le secrétaire d'état a l'obligation légale de promouvoir un service de santé de qualité avec des services gratuits, excepté les charges déjà existantes auparavant. Les droits des personnes éligibles au service de santé national, c'est à dire au NHS (National Health Service) sont résumés dans la constitution du NHS et incluent l'accès sans discrimination. Depuis la réforme de 2012 (le NHS Health and Social Care Act 2012), les responsabilités quotidiennes ont été confiées à une nouvelle organisation gouvernementale : la « commission du NHS » ou « NHS Commissioning Board » renommé ensuite le « NHS Angleterre ».

NHS England est donc responsable pour la gestion du budget NHS, comprenant 211 groupes de commissions cliniques locales (Clinical Commissioning Groups), surveillant ainsi que les objectifs d'efficacité et de santé fixés par le Secrétaire d'Etat sont atteints. Les budgets pour la santé public sont maintenant gérés par les autorités locales qui sont tenus d'établir des « conseils de santé et bien-être », les "health and wellbeing boards" afin d'améliorer la coordination des services locaux et de réduire les disparités de santé.

2.1.2. Qui est couvert ?

La couverture est universelle. Tout « résident ordinaire » d'Angleterre est automatiquement éligible pour avoir accès au service de santé national anglais, le NHS, gratuit en majorité. Les personnes non-résidentes en Angleterre mais avec une carte d'assurance maladie européenne ont également le libre accès aux soins gratuits. Les visiteurs non-européens et immigrants illégaux ont un accès libre et gratuit seulement aux urgences [44].

Toute personne souhaitant utiliser les services du NHS doit être inscrite auprès d'un généraliste, ou « General practitioner » (GP). La grande majorité des médecins généralistes fonctionnent dans des cabinets regroupant plusieurs médecins. Pour accéder aux services d'un spécialiste, ou une hospitalisation (sauf urgence), un patient doit être envoyé par son GP. Les consultations sont gratuites, mais les médecins traitants font peu de visites à domicile, sauf pour des patients qui ne peuvent se déplacer ou sont très malades. Sauf en milieu rural, les cabinets des généralistes ont tendance actuellement à évoluer en centres de santé, regroupant plusieurs médecins généralistes, infirmiers et parfois d'autres personnels médicaux ou para-médicaux.

La plupart des soins en hôpitaux privés, en général pour les soins spécialisés, sont financés par des assurances privées, comme décrit dans la deuxième partie de ce chapitre.

2.1.3. Qu'est-ce qui est couvert ?

2.1.3.1. Les services

En pratique, le NHS fournit ou paye pour :

- Les services de soins préventifs incluant les dépistages, l'immunisation, les programmes de vaccinations
- Les soins hospitaliers pour patients ambulatoires et hospitalisés
- Les services médicaux
- Les traitements de patients ambulatoires et hospitalisés
- Les soins dentaires cliniquement nécessaires
- Certains soins ophtalmiques
- Les soins psychologiques incluant les patients avec des difficultés d'apprentissage
- Les soins palliatifs
- Certains soins chroniques
- La réhabilitation incluant la kinésithérapie
- Les visites à domicile par les infirmières NHS

La portée de ces services et le volume des prises en charges varient en fonction des décisions prises au niveau local mais la constitution du NHS mentionne également que tous les patients ont le droit au traitement approuvé par le NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence ou Institut national de santé et d'excellence clinique) si approuvé par leur médecin [44]. Dans le cas où le médicament n'aurait pas été approuvé par le NICE et vu que les demandes sont chronophages et généralement concentrées sur les nouveaux médicaments, la constitution du NHS mentionne que les groupes de commissions cliniques (les CCGs) doivent prendre des décisions au cas par cas en fonction d'évidences cliniques. Ceci étant, on voit des variations importantes d'une organisation locale à une autre [45]. On voit également de vastes variations en terme d'accès à différentes opérations comme les remplacements de hanches par exemple [46].

2.1.3.2. Le partage des coûts et les dépenses personnelles

Il y a des limites dans les accords de partages de coûts pour les services publics.

Concernant les traitements, les remboursements en pharmacie NHS suivent le principe suivant :

- Le coût à la charge du patient est de 8.20 livres par ligne de prescription (ou 16.10 livres pour une paire de bas/collants de contentions). Pour le patient, le coût d'une ordonnance ne dépendra donc pas de la durée du traitement prescrit ou du nombre de boîtes délivrées mais du nombre de lignes sur l'ordonnance
- Le NHS a mis en place le PPC ou « Prescription Prepayment Certificate », c'est à dire un système de forfait auquel le patient peut souscrire et qui est parfois surnommé le « season ticket » ou « abonnement ». Il existe deux options différentes en fonction des besoins du patient :
 - Un forfait PPC de 3 mois pour 29.10 £ si le patient nécessite plus de 3 prescriptions sur 3 mois
 - Un forfait de 12 mois pour 104.00 £ si le patient nécessite plus de 12 prescriptions sur une année

Les PPCs peuvent être payés par prélèvements mensuels sur 10 mois et permettent ainsi aux patients d'obtenir tous les médicaments nécessaires pour un montant de 2 £ par semaine.

Certaines catégories de patients reçoivent les traitements gratuitement :

- Les plus de 60 ans et moins de 16 ans
- Ceux entre 16 et 18 ans scolarisés à plein-temps
- Les femmes enceintes ou venant d'accoucher dans les 12 mois précédents ou avec un certificat de maternité valide (MatEx)
- Les personnes avec une condition médicale particulière et un certificat d'exception médicale valide (MedEx)
- Les personnes invalides ayant des difficultés à se déplacer et avec un certificat d'exception médicale valide (MedEx)
- Les blessés de guerre avec un certificat d'exception médicale valide (MedEx)
- Les personnes hospitalisées avec le NHS
- Les personnes qui ont un statut particulier de par leur faible revenu ou celui de leur partenaire (après avoir fait une demande de LIS : *Low Income Scheme* ou Plan d'aide pour faible revenue)

D'autre part, certaines pathologies donnent le droit de recevoir gratuitement son traitement comme :

- Une fistule permanente nécessitant un pansement permanent
- Une forme d'hypo-adrénalisme (par exemple, le syndrome d'Addison) pour lequel une thérapie de substitution est essentielle
- Un diabète insipide ou une autre forme de panhypopituitarisme
- Un diabète mellitus, excepté quand le traitement consiste à un simple régime adapté
- Un hypoparathyroidisme
- Une myasthenia grave
- Un myxo-oedème (c'est à dire un hypothyroidisme nécessitant un traitement hormonal thyroïdien de substitution
- Une épilepsie nécessitant un traitement anti-convulsion
- Un handicap physique permanent seulement si cela implique que la personne ne peut pas se déplacer
- Un cancer (incluant les effets de précédents ou actuels cancers)

Il existe également des catégories de médicaments qui sont gratuites, quelque soit le statut du patient :

- Les médicaments administrés à l'hôpital, dans les centres NHS sans rendez-vous, par les médecins généralistes ou dans les CCGs (groupes de commissions cliniques) pour la prise en charge des MST (maladies sexuellement transmissibles) et de la tuberculose.
- Les contraceptifs sur ordonnance

Les médicaments délivrés par les hôpitaux NHS sont gratuits pour les patients.

Pour ce qui est des dépenses de services dentaires du NHS, il y a différents tarifs en fonction du type d'intervention réalisée. Les patients ne sont débités qu'une fois pour chaque traitement, même s'il y a besoin de plusieurs visites pour réaliser l'intervention. Seuls quelques soins légers sont gratuits. Les forfaits de tarifs sont les suivants :

- Type 1 : 18.80 £ - comprend les examens, diagnostics (par exemple, radiographie), conseils de prévention, application de fluorure, détartrage, polissage, blanchissement ou scellement de dent

- Type 2 : 51.30 £ - comprend toutes les interventions de type 1 avec en plus un plombage, une intervention sur le canal radiculaire ou si le dentiste doit arracher une ou plusieurs dents
- Type 3 : 222.50 £ - comprend toutes les interventions de type 1 et 2 plus des couronnes, dentiers et bridges.

Ces charges sont définies nationalement par le « département de santé » (Department of Health).

Certaines catégories de patients reçoivent les interventions dentaires gratuitement :

- Les moins de 18 ans
- Les moins de 19 ans et qui sont scolarisés à plein-temps
- Les femmes enceintes ou venant d'accoucher dans les 12 mois précédents
- Les patients hospitalisés dans un hôpital NHS si l'intervention dentaire est réalisée par un dentiste hospitalier
- Les patients ambulatoires d'un service dentaire hospitalier (dentiers et bridges restent à la charge du patient)
- Les personnes qui ont un statut particulier de par leur faible revenu ou celui de leur partenaire (après avoir fait une demande de LIS : *Low Income Scheme* ou Plan d'aide pour faible revenue)

Selon les données de l'OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), les dépenses personnelles de santé comptaient pour 9% des dépenses totales du Royaume-Uni en 2012 [47]. En 2012, la plus grande proportion de dépenses personnelles (53%) était les appareils médicaux et équipements, suivi pour environ 30% par les médicaments [48]. En 2013, 90% des prescriptions ont été dispensées gratuitement aux patients en Angleterre [49].

Concernant les soins ophtalmologiques, seules les catégories de personnes mentionnées ci-dessous ont le droit à un test de vision gratuit :

- Les moins de 16 ans
- Les moins de 19 ans scolarisés à plein temps
- Les plus de 60 ans
- Les personnes partiellement aveugles
- Les diabétiques ou personnes avec un glaucome

- Les plus de 40 ans ayant un risque de développer un glaucome
- Les personnes éligibles pour porter des lentilles de contact
- Les prisonniers quittant la prison
- Les personnes qui ont un statut particulier de par leur faible revenu ou celui de leur partenaire (après avoir fait une demande de LIS : *Low Income Scheme* ou Plan d'aide pour faible revenue)

Le NHS rembourse également les transports jusqu'aux lieux de soins pour les personnes à faibles revenus qui ont fait la demande de LIS.

2.1.4. Comment est financé le système de santé ?

2.1.4.1. Financement public des soins de santé

En 2012, l'Angleterre a dépensé environ 9.3% de son PIB dans les soins de santé, parmi lesquels les dépenses publiques comptaient pour 84% [47]. La majorité des fonds viennent des impôts et une plus faible proportion vient de l'assurance nationale (une taxe sur les salaires). A titre d'exemple, même si cela varie d'années en années : en 2006-2007, 76% provenait des impôts et 18% de cette taxe sur les salaires [50]. Le NHS reçoit également des revenus versés par les assurés privés utilisant le NHS comme un service privé (un peu moins cher que les hôpitaux privés mais réservant un accueil de qualité) .

2.1.4.2. Financement privé des soins de santé

La plupart des dépenses personnelles proviennent des médicaments délivrés sans ordonnance et autres produits médicaux (comptant ensemble pour la moitié des dépenses) et des hôpitaux privés (prenant en charge les assurés privés et les non-assurés). Comme nous le verrons plus en détail dans la deuxième partie de ce chapitre, la plupart des hôpitaux privés sont en majorité financés par les assurances privées, souvent offertes par les employeurs des patients.

2.1.5. Comment sont délivrés et financé les soins ?

2.1.5.1. Soins primaires

Les soins primaires sont généralement délivrés par les médecins généralistes qui sont les gardiens de l'accès aux soins secondaires. En 2013, il y avait 40 236 médecins généralistes dans 7 962 cabinets avec une moyenne de 7 034 patients par cabinet médical et 1 575 patients par médecin généraliste ; à comparer aux 41 220 médecins spécialistes hospitaliers et 54 576 autres internes hospitaliers en formation [51]. Le nombre de médecins isolés est de 1 404 alors qu'il existe maintenant 3 537 cabinets médicaux possédant 5 médecins généralistes ou plus [51]. Les cabinets de villes sont normalement le premier point de contact des patients et ces derniers doivent se faire enregistrer auprès du cabinet le plus

proche de chez eux avant de pouvoir accéder aux services NHS. Ce pré-enregistrement nécessite quelques documents ainsi que le « numéro d'assurance national » (NIN ou National Insurance Number), équivalent du numéro de Sécurité Sociale ; environ deux semaines d'attente sont à prévoir avant de recevoir le document. En principe, les patients devraient pouvoir choisir leur cabinet médical mais la réalité est bien différente, car les cabinets sont souvent pleins et n'acceptent pas de nouveaux patients en dehors de leur zone résidentielle. Dans certains quartiers, les centres sans rendez-vous offrent également les soins primaires pour lesquels aucun pré-enregistrement n'est nécessaire. Normalement, rien n'est à la charge des patients lors d'une prise en charge en cabinet médical, excepté les examens demandés pour un travail ou une assurance ou encore pour recevoir un certificat de voyage ou d'assurance.

La plupart des médecins généralistes (66%) sont des contractuels privés et environ 60% des cabinets opèrent avec des contrats nationaux négociés avec le General Medical Service. Ceci fournit les fonds pour couvrir les services essentiels et d'autres services plus spécifiques comme les vaccins pour population à risque, les tests de prévention etc. Les financements reçus par chaque cabinet dépendent du nombre de patients traités dans le cabinet, ajusté à l'âge et au sexe, des taux locaux de morbidité et mortalité, du nombre de patients pris en charge pour des soins infirmiers et dans les maisons de soins, du chiffre d'affaires des patients traités et d'un pourcentage pour les frais de personnels. Ces chiffres sont revus tous les trimestres pour refléter les changements de patientèle. D'autre part, les bonus de performance (calculés grâce au modèle d'évaluation des performances QOF ou Quality Outcome Framework) comptent en général pour un quart du revenu et sont majoritairement corrélés aux performances cliniques basées sur des indicateurs de résultats pour des maladies comme le diabète, l'asthme et d'autres maladies chroniques ; d'autres points sont corrélés à l'organisation du cabinet et la satisfaction-patient. La proportion de ces revenus devraient chuter lorsque les propositions de la nouvelle réforme de 2014-2015 seront mises en place puisqu'une diminution des bonus liés aux services est prévue pour revenir à un financement des cabinets purement basé sur la patientèle et non sur les performances du cabinet médical. La portée des contrats et son contenu sont négociés entre les représentants médicaux (l'association médicale britannique BMA ou British Medical Association) et le gouvernement.

La proportion de médecins généralistes remplaçants (environ 20%) est en augmentation. Les cabinets médicaux privés avec leur propre tarification ne représentent que 3% des consultations [52]. La plupart des cabinets médicaux NHS emploient également d'autres professions médicales comme des infirmières (environ 15 000 plein-temps en 2013) qui s'occupent des patients pour des gestes simples comme prise de la tension ou encore

réalisation de pansements. La structure des cabinets généraux est en voie de modification, s'éloignant de plus en plus des médecins isolés pour aller plus vers des cabinets médicaux multidisciplinaires ou même des réseaux de cabinets fédérés. On y trouve alors des médecins, pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux et même des spécialistes [53].

2.1.5.2. Soins ambulatoires de spécialité

Presque tous les spécialistes sont employés des hôpitaux NHS. Ils sont également libres de s'engager dans les services privés du NHS ou encore dans les hôpitaux privés. L'estimation la plus récente (2006) était que 55% consacrent une partie de leur temps pour le privé et que cette proportion est en déclin puisque les écarts de salaires entre le public et le privé se réduisent. Pour les services financés par le NHS, les CCGs (groupes de commissions cliniques) imposent les hôpitaux de suivre les règlements de consultations ambulatoires avec des tarifs déterminés au niveau national. Les patients ont la liberté de choix quant à l'hôpital dans lequel ils souhaitent être traités et le gouvernement a également introduit la possibilité pour les patients de choisir un médecin spécialiste spécifique au sein de l'hôpital (mais ce n'est pas encore respecté partout). La plupart des consultations ont lieu dans les hôpitaux bien qu'il reste possible qu'elles aient lieu dans un cabinet médical. Certains médecins généralistes, appelés médecins généralistes avec des intérêts spécialisés («GP with specialist interests») offrent également des consultations de spécialistes.

2.1.5.3. Mécanismes administratifs de paiement des médecins généralistes ou spécialistes

La majorité des cabinets médicaux sont remboursés mensuellement pour les services réalisés en fonction des données automatiquement extraites par un système d'information existant. Certains paiements nécessitent parfois de rentrer les informations manuellement dans le système quand cela concerne des services spécialisés comme les diagnostics et prise en charge des patients atteints de démence. Ces données sont collectées et validées par NHS England.

2.1.5.4. Soins en dehors des heures de service

Les médecins généralistes ne sont pas tenus de fournir des soins en dehors des heures de travail (seulement une faible minorité le fait encore), mais sont tenus d'informer la patientèle des services existants sur ces horaires. Les urgences sérieuses sont prises en charge par les services d'urgences des hôpitaux. Dans certaines régions, certains cas moins sérieux sont traités dans des centres de soins urgents ou des unités de blessures légères, qui sont en général gérés par des infirmières, médecins généralistes et autre professions médicales. Des conseils téléphoniques sont disponibles 24 / 24 à travers le NHS 111, un

service créé en 2013 et qui remplace le NHS Direct, pour ceux qui relèvent d'une urgence mais dont la vie n'est pas en danger.

2.1.5.5. Soins hospitaliers

Les hôpitaux de services publics sont organisés en groupes appelés les « NHS Trusts » (au nombre de 102 en 2014), directement sous la responsabilité du Département de Santé ou des fondations appelées « NHS Foundation Trusts » (au nombre de 147 en 2014), régulés par un « Monitor » qui a un rôle de régulateur économique fournisseur de services publics et privés. Comme décrit dans le tableau ci-dessous, les « Foundations Trusts » ont plus de liberté par rapport au contrôle central, ils ont un accès plus facile aux fonds d'immobilisations et peuvent accumuler des excédents ou même être en déficit temporaire.

Tableau 3 : Comparaison entre les NHS Trusts et Foundations trusts

| Différences entre les « NHS Trusts » et les « NHS Foundations Trusts » | | |
|--|--|--|
| | NHS Trusts | NHS Foundations Trusts |
| Implication du gouvernement | Dirigé par le gouvernement | Pas dirigé par le gouvernement donc plus de liberté dans la prise de décisions stratégiques |
| Régulation financière | Trust Development Authority | Monitor |
| Régulation de la qualité | CQC (Care Quality Commission ou Commission de Qualité des Soins) qui est un régulateur indépendant pour la qualité des soins de santé et sociaux en Angleterre | |
| Finances | Responsabilité financière du gouvernement | Libre de prendre les décisions financières souhaitées selon les cadres de travail décidé par la loi et les régulateurs Peut accumuler et réinvestir des excédents |

Le gouvernement essaye actuellement de transformer tous les hôpitaux encore au statut de « NHS Trusts » en « Foundations Trusts » pour des questions économiques et politiques. Les « Trusts » et « Foundation trusts » signent avec des commissaires locaux pour fournir les services nécessaires et sont remboursés en fonction de taux décidés nationalement, comprenant les coûts des équipes médicales comptant pour 60% des revenus. L'établissement de ces taux est réalisé par le NHS England et les « Monitors ». Dans certaines régions, les taux ne sont pas appliqués, auquel cas les paiements se font pour l'intégralité du service, comme par exemple les services des urgences. Dans certaines régions, des honoraires sont en train d'être mis en place aux niveaux locaux pour établir des coûts de maladie à l'année (principe des « years of care ») ; c'est – dire que le coût total des soins qu'un patient reçoit sur un an pourrait être prévu à l'avance. Ce concept est en développement mais est encore peu utilisé.

Comme on le verra dans la deuxième partie de ce chapitre, il existe un certain nombre d'hôpitaux privés / cliniques offrant un panel complet de services, incluant les traitements non disponibles au sein des hôpitaux NHS ou qui imposent de longues listes d'attente avant d'avoir un rendez-vous (par exemple, la chirurgie esthétique, la prise en charge des obésités et les traitements de fertilité) [52]. Cependant, ces structures privées ne possèdent pas de service d'urgences, de traumatisme ou de soins intensifs. Les fonds publics ont toujours été utilisés pour acheter les soins hospitaliers privés comme pour les patients handicapés mentaux. Le NHS a peu utilisé les services hospitaliers privés auparavant (seulement 3,6% des dépenses totales des commissaires sur les services hospitaliers en 2012-2013), mais ceci a tendance à augmenter depuis peu, particulièrement pour les opérations courantes et les services de diagnostic [54].

2.1.5.6. Prise en charge des maladies psychiatriques

Les soins psychiatriques font partie intégrale du NHS avec un rang de services incluant la prescription de médicaments au même titre que n'importe quelle autre catégorie de médicaments au sein du NHS. Les maladies moins sérieuses, incluant les maladies chroniques telles qu'une dépression ou des troubles d'anxiétés, sont en général prises en charge par le médecin traitant, mais des conditions plus difficiles avec hospitalisation sont prises en charge par des centres spécialisés en psychiatrie (« Mental Health Trusts ») ou dans des « hospital trusts ». Quelques un de ces services sont offerts par les personnels communautaires. Environ un quart des services psychiatriques sont offerts par le privé.

Les dix dernières années ont été consacrées à essayer d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques pour des troubles légers à modérés, et pourtant, il reste encore de longues listes d'attente dans certaines régions. Des mesures ont également été prises pour améliorer les conditions plus sévères à travers des activités de sensibilisation des communautés et

une prise en charge au plus tôt. Tout cela a été fait dans un but de « parité d'estime » des maladies psychiatriques et les autres maladies car il y a encore de grandes lacunes à ce niveau. Une étude réalisée en 2012 montre que, peu importe la gravité de l'atteinte, les maladies psychiatriques ont reçu moins de financements que les maladies qui handicapent physiquement [55].

2.1.5.7. Les soins chroniques et le support social

Le NHS paye pour les soins chroniques (traitements pris au long-terme ou soins nécessaires à vie) mais ces financements ont été largement réduits au cours des années précédentes. La majorité de ces soins est offerte par les autorités locales et le secteur privé. Les autorités locales sont obligées légalement d'évaluer les besoins de toute personne qui en fait la demande, mais contrairement aux services du NHS, les services publics de soins sociaux ne sont pas universels. A l'exception des services de réadaptation à durée limitée, l'aménagement des résidences et les maisons spécialisées de soins sont évaluées en fonction des besoins et des ressources. La prise en charge complète des coûts de soins par l'état est par exemple proposée seulement aux personnes ayant des biens de moins de 14 250 £ (incluant la valeur de leur maison le cas échéant). Une échelle progressive s'applique aux biens jusqu'à 23 250 £, ceux étant au-dessus de cette limite payent les soins dans leur intégralité. Il existe une base théorique nationale pour évaluer les besoins des patients mais les conseils locaux sont libres de modifier les seuils d'éligibilité aux aides à leur guise. Ceci étant, ces aides se réduisent de plus en plus de manière générale [56].

Un nombre inconnu de personnes financent elles-mêmes leurs soins ; une minorité de ceux-là peuvent faire face à des coûts importants si les besoins sont importants mais ce sont en général des personnes au-dessus du seuil d'éligibilité. La réforme de 2014 a pour but notamment de limiter les risques individuels d'avoir des coûts de santé exorbitants en imposant des limites de dépenses (limite de 72 000 £) à partir de 2016 mais les critères d'éligibilité basés sur les besoins seront toujours appliqués et ne seront clairement pas augmentés [54].

La plupart des soins long-terme, qu'ils aient un financement public ou privé, sont délivrés par le secteur privé. En 2009, le secteur privé fournissait 78% des places dans les établissements de soins pour les personnes âgées et les personnes physiquement handicapées au Royaume-Uni. Le NHS fournit des soins palliatifs de fin de vie, dans des hospices (généralement dirigés par des charités), des maisons de soins ou dans des hôpitaux. D'autre part, des aides sont mises à disposition par le gouvernement pour les personnes en âge de travailler mais ayant un handicap.

2.1.6. Les entités clefs de la gouvernance de ce système de santé

Le département de santé (« Department of Health ») et le Secrétaire d'état pour la santé (« Secretary of State for Health ») sont responsables du management de l'intégralité de ce système de santé. La réforme de 2012 (appelée Health and Social Care Act 2012) transfère de plus en plus de fonctions vers le nouveau NHS England, y compris le contrôle du budget, le contrôle du Monitor, les responsabilités de mises en place de tarifs de diagnostic pour la prestation de services du NHS. NHS England autorise également des services spécialisés à faible volume comme par exemple, les opérations cardio chez les enfants, les immunisations nationales et programmes de dépistage, et les services de soins primaires comprenant la médecine généraliste, les soins dentaires et la pharmacie.

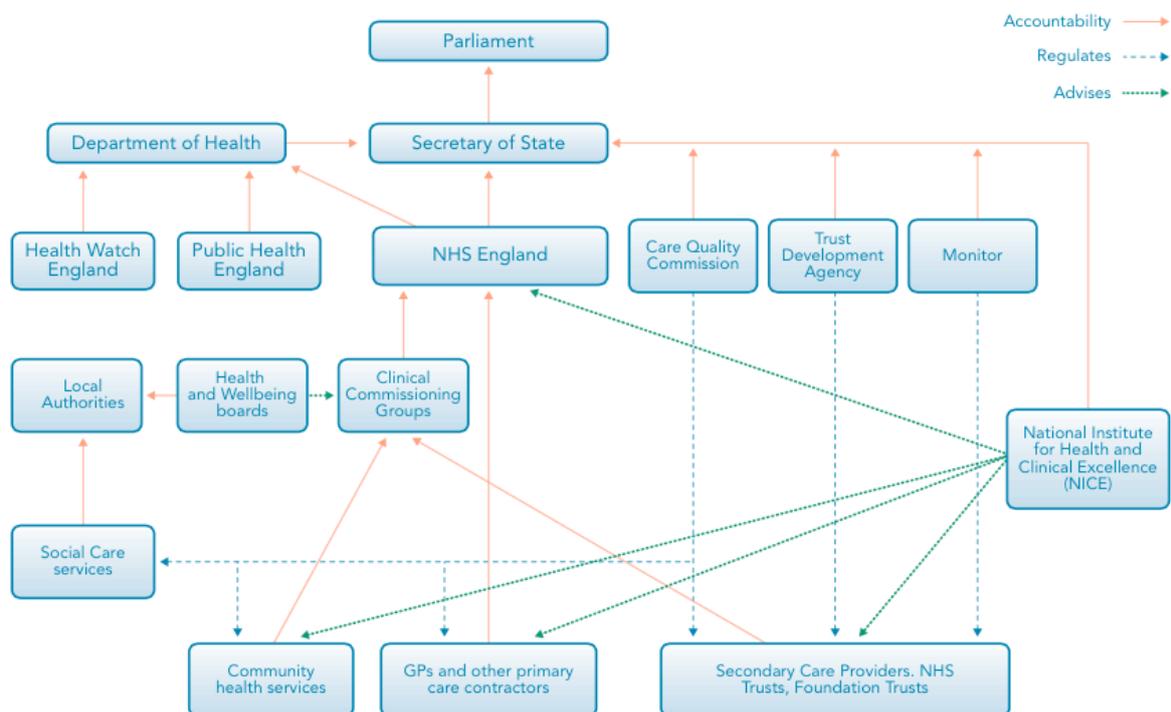


Figure 6 : Organisation du système de santé en Angleterre
Sources (1802_Mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf)

L'institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE ou « National Institute for Health and Clinical Excellence ») met en place des directives sur l'efficacité clinique des traitements et approuvent ou non les nouvelles technologies de santé / médecines en fonction de leur efficacité et de leur rapport coût-efficacité.

La « commission de qualité des soins » (CQC ou « Care Quality Commission ») assure des normes de sécurité et qualité grâce à l'enregistrement de fournisseurs et surveillent les

résultats obtenus. Ce dernier peut exiger la fermeture de services entiers si de sérieux problèmes de qualité sont identifiés.

La structure « Monitor » est responsable de l'approbation pour la transformation d'un « NHS Trust » en « Foundation Trust », mais également de surveiller les finances et a le droit d'intervenir si les performances sont trop faibles. La réforme de 2012 élargit le rôle de Monitor à celui de régulateur économique des fournisseurs publics et privés. Monitor accrédite tous les fournisseurs de soins NHS et s'occupe également d'enquêter sur de possibles violations des lois de coopération / compétition (code anti-trust du NHS) ou sur des fusions avec les fondations NHS. Si ces fusions s'avèrent être indésirables, alors les deux autorités nationales prennent le relais pour s'en occuper : l'Office de « Fair trading » et la « Competition Commission ».

En plus de ses rôles de supervision des CCGs et de mandats des médecins spécialistes, NHS England est responsable pour :

- la mise en place d'une direction stratégique des technologies d'information de la santé, y compris le développement des services en ligne pour la prise de rendez-vous sur internet
- la mise en place de standards de qualité pour les prescriptions et la tenue des dossiers médicaux électroniques
- le mandat des services techniques du NHS

La réforme de 2012 a également fait naître un nouvel organisme national : Healthwatch England. Ce dernier vise à promouvoir les intérêts du patient en établissant un Healthwatch par localité. Les Healthwatches locaux accompagnent les personnes qui déposent une plainte sur les services de santé et peuvent signaler des problèmes de qualité à Healthwatch England. Ce dernier peut ensuite recommander au CQC (Commission de qualité des soins) de prendre des mesures en conséquence. De plus, les NHS locaux, comprenant les cabinets médicaux, les hôpitaux de trusts et les groupes de commission clinique (les CCGs) sont supposés défendre les engagements des groupes de patients.

NHS Choices, appartenant au département de santé (« Department of Health »), est le site internet dédié au public avec toutes les informations nécessaires sur le NHS (localisation, qualité des services, informations sur les pathologies, forum de patients, etc...). Le site internet a reçu 27 millions de visites par mois en 2012-2013 [57].

2.1.7. Les stratégies clefs pour assurer la qualité des soins

La « Commission de qualité des soins » (CQC) a la responsabilité de réguler les soins de santé et soins sociaux adultes en Angleterre, y compris les soins fournis par le NHS, les

autorités locales, le secteur privé et le secteur volontaire. Tous les fournisseurs de soins, que ce soient des institutions, des partenariats individuels ou des praticiens, doivent être enregistrés auprès de la CQC qui surveille les performances de chacun en s'alignant sur les objectifs nationaux fixés et enquête sur ceux pour lesquels un problème a été soulevé. Comme énoncé auparavant, la CQC peut aller jusqu'à faire fermer des services si les résultats ne sont pas adéquats. Cette évaluation des performances est réalisée grâce aux études de satisfaction des patients qui sont réalisées auprès des patients ambulatoires, patients hospitalisés et dans les cabinets médicaux.

« L'institut national pour la santé et l'excellence clinique » (NICE) quant à lui développe des normes de qualité pour toutes les pathologies de soins primaires, secondaires ou même pour les soins sociaux. Les objectifs nationaux ont été publiés pour un certain nombre de pathologies allant des cancers en passant par les traumatismes et allant jusqu'aux AVC. Il y a donc des registres nationaux pour les protocoles de traitement à suivre pour les pathologies majeures; par exemple, le National Cancer Registry ou le Joint Registry sont les registres pour les cancers et les pathologies liés à des anomalies au niveau des articulations. D'autre part, des temps d'attentes maximum ont été mis en place pour le traitement des cancers, les accès aux traitements dans les urgences et les traitements de priorité secondaire comme les procédures orthopédiques. Un site internet nommé NHS Evidence fournit aux professionnels de santé ainsi qu'aux patients les directives cliniques en place. « Amélioration de la qualité du NHS » (« NHS Quality Improvement »), une autre structure faisant partie de NHS England est également là pour améliorer la qualité clinique des services du NHS.

Des informations sur les qualités de chaque service sont publiées sur le site internet « NHS Choices » : on y trouve donc des informations sur les organisations, les départements de soins et même parfois sur les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Les résultats des inspections réalisées par la CQC sont également disponibles publiquement. Le modèle d'évaluation des performances des médecins généralistes, le « cadre de travail de qualité et résultats » QOF fournit des informations sur les bonus financiers que les médecins généralistes peuvent obtenir en fonction de l'amélioration de la qualité des soins qu'ils offrent, c'est à dire en fonction des performances réalisées. Les cabinets médicaux reçoivent des points pour la bonne tenue des dossiers médicaux de patients, pour leur bonne prise en charge, pour l'amélioration de leur santé. Pour les hôpitaux, 2,5% de la valeur des contrats est fonction de la mise en place ou non d'un certain nombre de standards de qualité grâce à un modèle élaboré par la Commission de Qualité et d'Innovation (« Commissioning for Quality and Innovation »). De plus, les tarifs de certaines procédures sont liés à ces performances et ces « best practices ».

Le régime d'inspection de la commission de la qualité des soins, la CQC, a été intensifié depuis 2012, en partie à cause des problèmes de qualité qui ont fait la une à l'hôpital anglais de Mid Staffordshire (actuellement un NHS Trust). Les hôpitaux sont maintenant notés en fonction des résultats de leur inspection. Cette intensification de l'inspection est également étendue aux soins primaires et aux soins sociaux. De nouveaux standards appelés « fundamental standards » ont été développés et devraient être mis en place en 2015 [58].

Tous les médecins pratiquant au Royaume-Uni doivent avoir une licence du « General Medical Council » pour pratiquer. Des exigences similaires existent pour les autres professions de santé. En outre, pour les médecins, un processus est en train d'être mis en place pour revalider tous les cinq ans sa licence d'exercice.

2.1.8. Les actions mises en place pour réduire les disparités

La réforme de 2012 a annoncé de nouveaux rôles pour le secrétaire d'Etat, le NHS England et les groupes de commissions cliniques (CCGs) qui doivent alors « tenir compte » de la nécessité de réduire les disparités ; bien qu'aucune action spécifique ne leur ait été demandée. D'autre part, une nouvelle structure, le « Public Health England », a été créé pour soutenir les fonctions des autorités locales de la santé publique, y compris celle de la réduction des disparités. Comme indiqué avant, le financement sera alloué directement aux autorités locales pour financer les programmes de santé publique.

2.1.9. Les actions mises en place pour la coordination des soins

Les médecins généralistes travaillent de plus en plus dans des cabinets médicaux multidisciplinaires qui emploient des infirmières et autres professionnels médicaux qui réalisent des actes de routine sur des patients malades chroniques. Ces cabinets ont parfois les mêmes caractéristiques qu'une maison médicalisée, c'est à dire qu'ils redirigent parfois leurs patients vers des spécialistes et tout cela est enregistré dans le dossier médical du patient avec son traitement. La coordination des soins du patient fait partie intégrante des missions écrites dans le contrat du médecin généraliste. La réforme qui est en train d'être mise en place prévoit de nommer un médecin généraliste responsable de chaque patient de plus de 75 ans. Les généralistes sont également encouragés par des compensations financières à fournir une surveillance continue des patients avec une pathologie chronique telle que le diabète ou une maladie cardio-vasculaire.

La réforme de 2012 a chargé le NHS England, Monitor et les groupes de commissions cliniques (CCGs) de promouvoir les soins intégrés, c'est à dire une meilleure coordination des soins entre les hôpitaux et les services de communautés, que ce soit les soins primaires ou la protection sociale. Les conseils de santé et bien-être au sein des autorités locales sont

censés aider la coordination entre le NHS et les services d'autorités locales, notamment pour faire une interface entre les hôpitaux et les soins sociaux.

Le gouvernement a décidé des actions supplémentaires en 2013 pour stimuler cette coordination : il a annoncé une sélection de 14 « pionniers » pilotes pour améliorer la coordination des soins, notamment pour les patients ayant le plus de risques de nécessiter des soins non planifiés ou des traitements d'urgence. A cette fin, un fond tiré des budgets existants de santé (le « Better Care Fund ») fournira 3,8 milliards de Livres à partir de 2015-2016 [59]. Les conseils de santé et bien-être ont travaillé sur des plans d'actions à mettre en place avec ce fond et une série d'objectifs a été fixée, comprenant une réduction des admissions en hôpitaux de 3,5% [60].

2.1.10. Usages des dossiers médicaux électroniques

Chaque patient enregistré auprès du NHS reçoit un numéro NHS, servant d'identifiant unique. La plupart des cabinets médicaux tiennent les dossiers médicaux par informatique. Certains d'entre eux ont même un système en ligne permettant au patient de prendre ses rendez-vous sur internet ou de contacter son médecin traitant par e-mail, mais ceci n'est pas encore une obligation au niveau national. Le but est de garder la trace de toutes les données du patient sous forme électronique. Cependant, les informations des hôpitaux et des cabinets médicaux ne sont pas encore rassemblées sous un même système électronique.

Tout patient NHS a le droit d'accéder à ses propres informations médicales : en général, cela est possible d'avoir un accès électronique à ces données, mais le patient peut également demander à recevoir une copie papier de toutes les informations gardées par le médecin généraliste, l'hôpital ou encore le dentiste. Un projet a été mené pour essayer de relier toutes les informations médicales des différentes structures sous un même système électronique mais l'opération a dû être abandonnée à cause des coûts que cela représentait et d'un problème de coordination. Le gouvernement actuel est en train d'introduire un dossier médical simplifié, le « Summary Care Record » qui stockera un rang limité de données (traitements actuel, effets secondaires et allergies) pour les patients, excepté ceux qui ne le souhaitent pas. En 2013, déjà la moitié de la population avait un « Summary Care Record ». Les transferts électroniques de dossiers médicaux des cabinets vers les pharmacies sont très courants pour les prescriptions et pour le partage d'imagerie médicale comme les radiographies par exemple. Le système « Choose and Book » permettait aux patients de choisir en ligne les hôpitaux où ils souhaitent être traités. Le programme national qui s'occupait du développement de tous ces outils a maintenant été démantelé. Les nouveaux développements seront donc maintenant sous la responsabilité des localités.

NHS England a développé un programme de collecte de données et de liaison des enregistrements électroniques à des fins de planification et recherche en services de santé et soins de protection sociale. Le programme, connu sous le nom de « care.data » devrait connecter les données médicales du patient au niveau des cabinets médicaux jusqu'aux hôpitaux et autres services de santé [61]. Sa mise en place a été retardée à cause de problème de confidentialité, néanmoins la collecte des données de 100 à 500 cabinets médicaux a commencé en automne 2014 pour tester et évaluer le système.

2.1.11. La maîtrise des coûts

Les budgets NHS sont mis en place au niveau national en général avec un cycle de 3 ans. Les groupes de commission clinique (CCGs) ont des fonds qui leur sont alloués par le NHS England qui surveille de près les performances financières pour éviter les dépenses excessives. Chaque année, les CCGs sont tenus d'atteindre les objectifs financiers fixés.

La situation économique actuelle oblige les budgets du NHS à être statiques alors que la demande ne cesse d'augmenter. Les dépenses de santé publique en Angleterre ont chuté dans les années 2010 et 2011 mais ont ré-augmenté par la suite jusqu'à un total de 105 milliards de livres en 2012-2013 [62]. En 2010, l'écart prévu entre le budget et la demande a été quantifié à 20 milliards de livres, nécessitant alors des économies d'une ampleur gigantesque à atteindre au cours des quatre prochaines années jusqu'à 2014-2015 pour faire face à la demande croissante. Un certain nombre d'initiatives ont été mises en place pour aider le NHS à atteindre ses objectifs, y compris des limites d'augmentation de salaires, un meilleur choix des fournitures achetées pour le NHS, une incitation à l'augmentation de l'utilisation des médicaments génériques, des réductions de paiement des groupes hospitaliers de diagnostic, des mesures d'amélioration de l'efficacité des services (en continuant d'augmenter la concurrence dans les hôpitaux et les services locaux).

Bien qu'une part des économies visées ait été réalisée et que la qualité des services se soit un peu améliorée pendant cette période, il existe des signes de détresse financière du NHS avec tout de même 65 hôpitaux en déficit en 2013-2014 [54] et l'allongement des listes d'attente de patients dans les hôpitaux [63].

2.1.12. Innovations majeures et réformes introduites

Les structures d'achats et de régulation du NHS en Angleterre ont été incroyablement réformées comme vu dans la première partie de cette thèse.

La réforme de 2012 a aboli 150 « Primary Care Trusts » et les a remplacé par les groupes de commissions cliniques (environ 211 CCGs actuellement existants en Angleterre). Le but était de mieux utiliser les ressources pour planifier et acheter une large gamme de soins pour les populations locales. Les CCGs diffèrent des « Primary Care Trusts » dans leur

gouvernance puisque tout cabinet médical est obligé de faire partie d'un CCG et ces derniers doivent être dirigés par un médecin généraliste et des managers de professions médicales également. En 2013-2014, les CCGs correspondaient à la moitié du budget total du NHS.

Leur travail est surveillé par le NHS England qui a pris ses premières fonctions en Juin 2013. Le NHS England a été créé pour donner plus de liberté aux personnels qui s'occupent de quotidien des services du NHS par rapport au gouvernement. Comme mentionné précédemment, les réformes prévoient également que tous les hôpitaux deviennent des fondations (« Foundations Trusts »), c'est à dire des structures semi-autonomes. De plus, les CCGs devraient avoir plus de liberté pour mandater les fournisseurs dont ils ont besoin, que ce soit les fournisseurs privés mais également dans le secteur volontaire ; le tout étant régulé par les Monitor. Les besoins des consommateurs et du public devraient être améliorés grâce aux nouveaux organismes HealthWatch qui est une sorte d'association de patients. La structure du NHS en 2013 est décrite dans la figure ci-dessous.

Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de toutes ces réformes. L'office national d'audit (« National Audit Office ») a observé la mise en place des réformes précédentes en 2012-2013 et a noté que l'abolition de 170 structures et la création de 240 nouvelles avaient conduit au licenciement de 10 000 personnes en Mars 2013 (19% d'entre elles ayant été réemployées). Il sera difficile d'évaluer l'impact des réformes sur les coûts, la santé et la qualité des soins, d'autant plus que ces réformes arrivent dans un contexte de pressions financières sur les services de soins et de santé [64].

2.2. Les soins de santé privés

La deuxième catégorie de soins concerne les soins privés. Les patients qui choisissent le privé au lieu du public énumèrent les raisons suivantes :

- L'accès rapide au traitement
- Le choix de quand on veut être traité
- Le choix d'où on veut être traité
- Le choix des spécialistes qui nous traitent

Les rendez-vous ont lieu lorsque le patient le souhaite et il y a plus de choix dans les plages horaires proposées. Les soins de suite se font dans des chambres privées où la famille et les amis peuvent venir rendre visite sans limite au niveau des horaires.

Beaucoup de personnes ont accès aux soins privés grâce à leur employeur qui offre une assurance privée comme BUPA mais ce n'est pas une condition nécessaire pour y avoir accès. C'est à dire que les patients peuvent également payer les soins de leur poche, c'est ce que l'on appelle le « self-paying » et un certain nombre d'entreprises proposent des prix fixés en fonction du type d'opération ou encore des crédits pour mieux financer ces opérations.

Le secteur privé couvrait 10.9% de la population britannique en 2012. La plupart de ces soins sont financés par des entreprises (3.97 millions de souscriptions) par rapport aux individus qui payent de leur poche (0.97 millions).

Le secteur privé est certes séparé du NHS mais on aura bien compris que ces deux systèmes sont de plus en plus proches depuis la mise en place du marché interne du NHS. Dans certains cas, les commissions cliniques du NHS ont signé des contrats avec les hôpitaux privés pour fournir les soins NHS.

Il existe environ 548 hôpitaux privés et 500 à 600 cliniques dispensant une gamme complète de services au Royaume-Uni, incluant les traitements non disponibles au sein des hôpitaux NHS ou qui imposent de longues listes d'attente avant d'avoir un rendez-vous (par exemple, la chirurgie esthétique, la prise en charge des obésités et les traitements de fertilité) [52]. Cependant, ces structures privées ne possèdent pas de service d'urgences, de traumatisme ou de soins intensifs. Les fournisseurs privés doivent être enregistrés auprès du CQC (Commission pour la qualité des soins) et auprès de Monitor, mais les tarifs ne sont pas réglementés pour les patients publics et il n'existe pas de subventions publiques. Les fonds publics ont toujours été utilisés pour acheter les soins hospitaliers privés comme pour les patients handicapés mentaux. Le NHS a peu utilisé les services hospitaliers privés

auparavant (seulement 3,6% des dépenses totales des commissaires sur les services hospitaliers en 2012-2013), mais ceci a tendance à augmenter depuis peu, particulièrement pour les opérations courantes et les services de diagnostic [54].

2.2.1. Patients avec assurance privée

Il y a différents types d'assurances privées, des assurances familiales aux assurances réservées à certaines spécialités. Il n'existe pas de données disponibles sur les fournisseurs d'assurances privées mais un récent rapport de la « Competition and Markets Authority » suggère que les quatre premiers assureurs prennent 87.5% du marché médical privé en Angleterre, le reste étant le fait de plus petits assureurs [52].

Une des premières choses à faire pour un patient assuré est de vérifier que l'opération ou le traitement dont il a besoin est bien pris en charge avant de demander un formulaire de demande de soins. La plupart des assurances privées ne couvrent pas les patients pour des maladies préexistantes ; des maladies chroniques qui ne peuvent pas être guéries, ou des services NHS tels que les urgences ou soins prénataux pour une grossesse physiologique. Les traitements comme la chirurgie esthétique et mammaire, l'alcool, la réhabilitation, les changements de sexe, les dialyses rénales, les traitements expérimentaux et les transplantations d'organes sont également exclus. Le patient doit alors se tourner vers le NHS pour la prise en charge de ces services.

La plupart des compagnies d'assurances privées exigent que les patients soient adressés par le médecin généraliste avant de pouvoir voir le spécialiste et d'avoir accès au traitement désiré. Ceci est souvent également une demande du spécialiste et de la clinique/hôpital privé afin de connaître le cas du patient. Il est important de noter qu'il n'existe que très peu de médecins généralistes privés en Angleterre donc le médecin traitant NHS est bien souvent la personne à qui s'adresser pour avoir accès aux soins privés. Si le patient n'a pas de médecin traitant NHS, alors il peut s'adresser directement à sa compagnie d'assurance privée qui lui arrangera un rendez-vous avec un médecin généraliste privé de leur service. D'autre part, on peut noter qu'aucune lettre de médecin traitant n'est nécessaire pour voir un physiothérapeute, faire un check-up de santé, de soins cosmétiques ou dentaires.

Le processus de prise en charge des patients est souvent le suivant :

- Le médecin traitant recommande un spécialiste (autre nom donné aux médecins spécialistes seniors qui sont reconnus pour leur savoir-faire) et doit écrire une lettre pour adresser le patient au spécialiste, mentionnant les raisons de cette ré-orientation. Parfois le médecin généraliste peut même charger le

patient pour cela. Il est conseillé de faire des recherches pour avoir une idée précise du spécialiste et service par qui on veut être pris en charge pour pouvoir le mentionner au médecin traitant. Une base de données existe à cette fin avec plus de 5000 spécialistes privés : la « GoPrivate database ».

- Il s'agit ensuite de contacter la compagnie d'assurance privée pour vérifier que le traitement / opération est pris en charge et pour obtenir l'autorisation pour le traitement. L'assurance vérifiera que l'hôpital et le chirurgien sont tous les deux couverts par le plan d'assurance.
- Ensuite, un premier rendez-vous avec le spécialiste est nécessaire pour discuter du traitement/opération en question et des dates souhaitées.
- Le spécialiste rédige ensuite une lettre destinée au médecin traitant pour l'informer de l'avancement du traitement et l'assurance informe le patient des prochaines échéances de paiement.

2.2.2. Patients sans assurance privée

En tant que « self-paying », n'importe quel patient peut avoir accès aux soins privés en payant les soins de sa poche et malgré tout avec quelques aides. Cette option est également souhaitable pour les patients avec une pathologie pré-existante et qui ne seraient pas pris en charge par l'assurance privée offerte par leur employeur. Cependant, il faut être conscient de coûts potentiellement importants à terme.

Une option pour les patients sans assurance privée est de rechercher au préalable les tarifs fixes des opérations. Des arrangements financiers sont souvent offerts par les hôpitaux locaux pour mieux gérer les coûts en étalant les paiements sur de plus longues périodes.

Le processus de prise en charge des patients sans assurance privée est globalement le même que le patient ayant une assurance privée. A savoir que la première consultation pour discuter du traitement/opération coûte en général entre 150 et 250 livres et doit être payée le jour même [65]. Le spécialiste peut également proposer de prendre en charge le patient dans un hôpital NHS ce qui peut réduire les coûts. Dans ce cas particulier, les patients privés ont le droit à une chambre privée au sein des hôpitaux NHS et sont traités prioritairement par rapport aux patients NHS. Ceci étant, les patients urgents passent avant les patients privés et les patients NHS.

3. Le futur du NHS : l'idée de privatisation rapprocherait-elle ce système de santé d'un autre ?

3.1. L'idée de privatisation est-elle un mythe provocateur?

Toutes les propositions énoncées dans le premier chapitre ont été en permanence revendiquées comme « nécessaires » de par leur besoin à être mises en place. Les différents gouvernements ont alors fait naître des mythes sur le NHS qui justifiaient la nécessité de réformer ce système.

Dans ce chapitre, nous essaierons donc d'adresser ces revendications et à détruire ces mythes en donnant les éléments clefs qui pourront rétablir la réalité.

3.1.1. Le NHS est-il inefficace et inabordable ?

3.1.1.1. Mensonges et statistiques biaisées sur l'efficacité et les finances de ce système

Les gouvernements successifs ont biaisé les informations pour justifier leur stratégie d'action, soit en oubliant des données importantes qui changent la donne, soit en les enfouissant dans des documents que la majorité des gens ne liront pas, ou en les annonçant lors de jours stratégiques où l'attention est moindre. Parfois même, ils cachaient des données derrière le terme « confidentialité commerciale » ou alors ils arrêtaient de recueillir un certain type d'informations de manière stratégique.

Lorsque les travaillistes quittèrent le gouvernement en 2010, la satisfaction des patients était au plus haut, avec des temps d'attente qui diminuaient pour accéder à la santé. Comme le dit John Lister, « le NHS n'était pas en faillite, il n'y avait pas besoin de le réformer » [66]. Mais Andrew Lansley arrivant avec une réforme radicale dans cet environnement devait alors bel et bien justifier cet effort : il choisit avec précision les statistiques qui l'arrangeaient pour en arriver à la conclusion que les résultats de santé de l'Angleterre étaient des plus mauvais en Europe. Les médias répercutèrent sans attendre cette information fracassante avec des titres proclamant que le taux d'AVC était deux fois supérieur au taux d'AVC en France ou encore que les statistiques de succès de traitements de cancers étaient épouvantables. Le public évidemment refroidi par de telles annonces fut facilement converti à l'idée de la nécessité d'une nouvelle réforme.

John Appleby, un économiste renommé, s'est alors amusé à reconstruire les données avec un échantillon de statistiques plus représentatif que celui qu'avait choisi Lansley. Non seulement le taux d'AVC chutait plus fort que dans n'importe quel autre pays de l'Union Européenne mais en plus avec des coûts plus faibles qu'ailleurs : la France par exemple aurait des dépenses de santé 29% plus élevées que l'Angleterre. D'autre part, il prouve également que les statistiques retenues pour le cancer étaient stratégiquement choisies

alors que l'Angleterre a un taux de morbidité suite à un cancer plus faible que la France sur une courte période de temps. Il a publié ces résultats dans le BMJ [67], British Medical Journal ou magazine scientifique britannique, mais malheureusement peu de personnes ont lu cette publication.

D'autre part, on peut noter qu'au niveau des promesses financières du gouvernement de la coalition, cela n'a pas été beaucoup plus brillant. En 2010, Cameron promet lors de la campagne des élections de réduire le déficit sans nuire au NHS (« *I'll cut the deficit but I won't cut the NHS* »). Au final, la coalition a confronté le NHS à de belles complications financières décrites par Simon Stevens, le nouveau PDG du NHS comme « la plus longue pression financière sur les 65 ans d'histoires du NHS » [68]. Les pressions financières rendues difficiles par la réforme de 2010 et les contrats PFI impliquent un quotidien difficile pour les patients et équipes du NHS alors que les listes d'attentes s'allongent, les traitements sont rationnés et les urgences (A&E) sont menacées de fermer, n'étant pas assez performantes. De 1997 à 2010, le budget a augmenté de 5,2 à 8 pour cent du PIB mais un rapport du « King's Fund » (association caritative cherchant à comprendre comment le système de santé anglais peut être amélioré) a prévenu que si rien ne changeait, cela risquait de revenir à 6% du PIB d'ici 2021 [68]. En guise d'exemple, le « Nuffield Trust » se plaint de la difficulté de faire des économies efficaces alors que 2,2 milliards et 1,4 milliard de livres ont été mis de côté respectivement en 2013 et 2012 pour renflouer les caisses du NHS [69]. On peut parfois se demander si le gouvernement n'était pas en train de délibérément détruire le NHS quand on se rappelle la phrase de Chomsky : « C'est la technique magique pour privatiser un service public : définancer, être sûr que les choses ne fonctionnent plus, rendre les gens mécontents et puis privatiser » [70].

3.1.1.2. Revendication que le NHS ne peut plus durer

La coalition a mené une campagne contre le NHS, s'exclamant que ce dernier n'est pas viable et que par conséquent, ce système ne pouvait pas être conservé de la sorte. Ceci étant, deux récents rapports ont prouvé le contraire : Le « Commonwealth fund », une fondation privée américaine étudiant les systèmes de santé, a publié dans son rapport de 2010 que le NHS était l'un des systèmes de santé le plus rentables avec un excellent accès aux soins ; de plus la même conclusion a été obtenue dans son rapport de 2014 [71]. La même année, un document de l'office des statistiques nationales a été publié, montrant que le Royaume-Uni dépensait le moins comparé aux pays du G7 (Etats-Unis, Japon, Allemagne, France, Royaume-Uni, Italie et Canada) [68].

3.1.1.3. Sauver le NHS : Faire survivre le NHS en utilisant le portefeuille des patients

De nombreuses solutions ont été préparées pour résoudre la crise financière du NHS. Selon Wagner, la solution aurait été de mettre en place une suscription mensuelle de 10 £ par mois [72]. Cette somme apparaissait alors modique aux yeux de Warner qui n'avait pas réalisé qu'un tel montant mensuel peut être considéré comme exorbitant (£120 par an) pour certains patients ayant de faibles revenus. Cette idée de prix forfaitaires pour les patients n'apparaît pourtant pas comme la meilleure pour améliorer ce système ; cela découragerait les personnes qui ont le plus besoin de ce système de l'utiliser.

- Aux Etats-Unis, les coûts administratifs associés avec le temps et l'effort nécessaire pour faire la chasse aux patients qui n'ont pas payé leur montant mensuel représentent un cinquième du chiffre d'affaire total [73]. En Allemagne, une proposition de mise en place d'honoraires pour les médecins traitants a été abandonnée : non seulement les coûts de collecte des honoraires était prohibitifs, mais les patients avec peu de moyens n'allaient plus voir leur médecin traitant régulièrement, impliquant une augmentation des urgences dans les hôpitaux et des soins plus complexes et chers qui auraient pu être évités par une simple visite précoce chez le médecin traitant.

- Il se pourrait également que les frais nuisent à la relation entre médecins et patients : si un patient paye d'avance, il s'attend à ce que le médecin s'occupe de lui comme un client et lui prescrive tout ce dont le patient a besoin. De plus, cela va à l'encontre du principe primaire du NHS qui est de délivrer des soins gratuits pour tous.

D'autre part, les hommes politiques étaient en réalité bien conscients que ce ne serait pas les forfaits mensuels des patients qui sauveraient les finances du NHS, mais ces derniers cherchaient par le biais de cette stratégie à ouvrir le marché des complémentaires de santé et des mutuelles. Les médecins traitants n'étant pas dupes se sont clairement opposés à ces forfaits mensuels de frais additionnels pour les patients.

3.1.1.4. Conclusion

En dépit de ces jérémiades sur l'inefficience et la non-rentabilité du NHS, le marché du NHS n'a toujours pas été remis en cause alors que ceci reste sans doute le « raté » le plus coûteux de ce système. Malgré les preuves existantes sur le manque de rentabilité de ce marché, les politiques n'osent pas remettre en cause ce dernier pour des raisons idéologiques.

Le NHS anglais n'est pas parfait et personne n'a prétendu qu'il l'était, mais pour pouvoir améliorer ce système et faire en sorte que le patient reste au cœur de ce dernier,

des fonds suffisants et une certaine stabilité seraient nécessaires ; or ni l'un, ni l'autre n'existent pour le moment.

Sur toutes ces années, le NHS s'est pourtant révélé être un bon modèle de délivrance des soins : c'est un système rentable, équitable et permettant d'avoir de bons résultats pour les patients. Pendant plus de 65 ans, les Anglais ont eu la chance de vivre dans l'insouciance des conséquences financières de leur santé donc ceux qui répètent que ce système ne peut plus durer devraient répondre à la question suivante avant d'aller plus loin : quel genre de système le Royaume-Uni aurait-il les moyens de se permettre s'il n'a déjà pas les moyens de financer le système de santé le plus rentable du monde ?

3.1.2. La réforme donnera-t-elle plus de choix aux patients ?

Ce que recherchent les patients est un accès facile à un hôpital local et un médecin de famille les connaissant et ayant la possibilité de les rediriger vers le spécialiste de leur choix en cas de besoin ; or les patients et leurs médecins ont actuellement moins de choix que lorsque le NHS a été créé.

Lors de la création du NHS, les médecins traitants pouvaient rediriger le patient vers n'importe quel médecin souhaité au sein du NHS. Depuis l'introduction du marché interne du NHS, cette situation a migré vers une obligation d'orienter les patients vers des centres spécifiques en fonction des contrats signés par les CCGs (groupes de commission cliniques). En Novembre 2013, un article a paru dans le Guardian décrivant une situation rencontrée en Angleterre et qui illustre parfaitement bien le manque de choix pour les patients : un patient ayant eu une expérience déplorable lors d'un précédent passage dans les urgences de l'hôpital de Hinchingsbrooke (et les urgences de son hôpital local Kettering étant en réduction d'effectifs) arrive donc aux urgences de l'hôpital de St Edmunds et une opération du genou lui est recommandée. Le spécialiste vu dans cet hôpital accepte la demande du patient d'être pris en charge à l'hôpital Addenbrookes par le chirurgien qui a précédemment opéré son fils pour le même type d'opération. Cependant, quelques temps plus tard, un médecin généraliste refuse que cette opération soit réalisée là où le patient le désirait. L'opération doit être réalisée dans l'hôpital de Milton Keynes par un chirurgien n'étant pas spécialisé pour ce type d'opération. Le patient demande alors ce qui se passerait si malgré tout, il choisissait de se faire opérer là où il le désirait initialement, ayant confiance en ce chirurgien. Le médecin généraliste répond alors que tout simplement qu'il devra prendre personnellement en charge les frais de son opération [74].

D'autre part, il arrive également que le médecin recommande un patient à un médecin spécialiste après avoir eu connaissance du cas clinique du patient et cette demande par la suite est parfois mise de côté ou même refusée par des secrétaires n'ayant aucune

connaissances médicales et connaissant encore moins la sévérité du cas du patient. Des situations absurdes en découlent avec non seulement une réduction des choix du patient mais surtout des situations médicales dangereuses avec des patients dans le besoin qui n'ont pas accès aux soins nécessaires.

Un autre paramètre nuisant à la possibilité des choix des patients est la menace du secteur privé sur les services locaux publics ; notamment parce que le secteur privé choisit de ne prendre en charge que les services les plus rentables et ne veut pas entendre parler du reste. La BBC a produit un film récemment [75] dans lequel des patients interviewés classifient le service privé légèrement mieux que les services publics, mais le prix payé pour un remplacement de hanche par exemple serait considéré comme trop élevé par les patients si la possible perte des services locaux publics d'orthopédie était prise en compte dans cette évaluation.

Le vrai risque est malheureusement que, comme aux Etats-Unis, les médecins sous pression budgétaire finissent par refuser les personnes âgées coutant cher pour le système et à n'accepter que les patients jeunes et en bonne santé. Cela serait particulièrement dû au fait que le gouvernement parle de « choix des patients » non pas comme une fin mais plutôt comme un moyen.

3.1.3. La réforme redonnera-t-elle plus de pouvoir aux médecins généralistes ?

Lors de la mise en place de la législation de Lansley, l'une des promesses était de redonner plus de liberté aux médecins généralistes en leur confiant un budget qu'ils se devaient d'allouer là où ils en voyaient la nécessité. Une étude récente du magazine GP a conclu que les médecins généralistes représentent moins de la moitié du groupe de décision (le CCG) ce qui n'est alors pas cohérent avec la promesse de Lansley. Mais les médecins se sont rapidement rendus compte du peu d'influence et de liberté de manœuvre qu'ils avaient sur les décisions : sur les trois derniers mois de 2013, déjà 51 médecins ont quitté leur rôle au CCG et 61 sur l'année 2012. La majorité des médecins généralistes voient dorénavant le CCG comme une structure administrative régissant le travail des médecins et non comme une possibilité de s'exprimer et d'émettre des propositions.

Les médecins sont alors partagés entre les commentaires des hommes politiques (qui comme Jeremy Hunt menacent les médecins généralistes de les dénoncer s'ils ne font pas le nécessaire pour orienter les patients vers les spécialistes afin de réaliser tous les examens nécessaires) et les encouragements de la commission clinique à éviter au maximum d'envoyer les patients vers les hôpitaux dans un but de restriction budgétaire. Le CCG rappelle que le coût d'un patient dans un hôpital est déjà de £150 sans compter le coût des examens additionnels venant s'y ajouter. Les généralistes ont une liste restreinte de

procédures auxquelles leurs patients ont accès, mais en théorie, ils ont la possibilité de faire une demande d'exception si le besoin du patient est justifiable. Cela complique cependant la situation puisque les médecins se retrouvent en conflit d'intérêt entre les besoins de leur patient et la politique de restriction budgétaire de la commission de décisions, à laquelle tous les médecins généralistes ont adhéré.

Il ne nous surprendra alors pas que les jeunes étudiants en médecine ne soient pas attirés vers la médecine générale au Royaume-Uni. De plus, de nombreux médecins généralistes sont partis en retraite anticipée. Une enquête réalisée en 2014 par le magazine Pulse annonce qu'un médecin généraliste sur vingt pensait abandonner leur cabinet en 2015 [76]. Par conséquent, depuis quelque temps il y a un manque de généralistes et le recrutement devient de plus en plus difficile. En Octobre 2014, pour la première fois, les ministres ont finalement réagit et Jeremy Hunt a annoncé qu'un projet était mené pour analyser les futurs besoins du NHS en médecins généralistes. Le résultat de cette étude ne sont cependant pas encore disponibles.

En conclusion, les médecins généralistes auraient besoin d'un porte-parole les représentant auprès des hommes politiques et des médias, qui ne cessent de dénigrer cette profession au quotidien, ce qui démoralise la profession de manière exponentielle. Les généralistes sont pourtant les régulateurs et la base de tout ce système de santé : sans ces derniers, ce système ne serait plus rentable ni efficace. Continuer à réduire cette profession en augmentant la pression et en diminuant la liberté de manœuvre n'améliorera pas la situation, et pourtant la coalition tend à aller dans cette direction.

3.1.4. Le secteur privé est-il plus efficace que le public ?

Il n'existe aucune preuve que le secteur privé est moins cher ou plus rentable lorsqu'il s'agit de délivrer des soins de santé publique, les données existantes montrent le contraire : les coûts augmentent et la qualité des soins diminuent.

L'acte de santé et soin sociaux qui a été mis en place en Avril 2012 au Royaume-Uni fait évoluer le système de santé anglais vers un NHS où les soins sont financés par des fonds publiques mais de plus en plus sous-traités par le secteur privé. Le Medicare américain fonctionne selon un modèle similaire, c'est-à-dire financé publiquement mais avec des soins dispensés par le privé. Cette migration vers de plus en plus de sous-traitance des soins par le privé risque de mener à l'apparition de plusieurs problèmes : des résultats de moins en moins bons pour les patients, des structures qui n'acceptent plus que les patients jeunes, en bonne santé et coûtant moins cher, une augmentation des coûts d'administration venant de la marchandisation du NHS, une déstabilisation du service public, des

comportements antisociaux de la part du privé ainsi qu'un manque de responsabilité et de transparence.

Les compagnies privées s'obstinent à ne viser que le profit pendant que le public doit se charger de subir les risques. De plus, l'argent des contribuables finance les profits des actionnaires et ensuite les paradis fiscaux alors que cet argent est bénéficiaire au NHS dans le système public. Finalement, le secteur privé utilise les « choix des patients » comme un cheval de Troie servant plus de mythe que de réalité.

Il serait donc essentiel de collecter au plus vite des données en grande quantité pour que ce problème soit discuté plus largement. Cependant, les entreprises privées n'ayant pas les mêmes obligations en terme de partage d'informations, cela reste difficile de trouver les données nécessaires : leurs coûts, profits, et de manière plus importante, leurs résultats ne sont pas connus.

3.1.4.1. Diminution de la qualité des soins pour les patients

En 2009, un journal scientifique (Journal of Bone and Joint Surgery) a identifié un taux de complications beaucoup plus élevé que la normale après des remplacements de hanches sur des patients NHS mais dont l'opération a été réalisée dans un centre privé (ISTC) [77]. Un hôpital du NHS, qui recevait tous ces patients pour prise en charge des complications a tiré l'alarme. Inutile de dire que ce journal a malheureusement eu peu de couverture nationale et que les recommandations publiées sont passées inaperçues.

En Septembre 2013, la BBC annonçait qu'un centre privé (ISTC) avait été mis sous contrôle du NHS après que trois cas de décès subits de patients aient été signalés suite à des opérations de routine sur des articulations [78].

En Juin 2014, le bureau du journalisme d'investigation s'étend sur un cas quelque peu particulier où il dénonce « Healthcare at Home », une société dispensant les soins à domicile pour patients chroniques, de ne pas avoir délivré les soins / traitements suffisants à certains patients. La compagnie privée a expliqué que son sous-traitant venait de se retirer du marché et que cela avait causé quelques changements. Cette situation était donc inadmissible mais le pire était encore à venir : quelques années plus tard, le ministère de la santé propose à cette compagnie de refaire partie de la liste de partenaires travaillant avec le NHS. Bien que de nombreuses personnes se soient exclamées qu'il n'était pas normal de faire abstraction des expériences passées avec les patients, la situation n'évolua pas.

Le manque de performance des hôpitaux privés peut également être lié à leur équipement et fonctionnement :

- La majorité des hôpitaux privés ne contiennent pas de lits de soins intensifs, certains n'ont pas d'équipe de réanimation, et les chirurgiens /anesthésistes travaillent seuls, sans assistants et internes

- Bien que le secteur privé reçoive maintenant plus d'un quart de ses revenus en traitant des patients NHS, il y a toujours moins d'informations disponibles pour les patients concernant les services du privé comparé au NHS

- Des milliers de patients sont régulièrement transférés vers les hôpitaux du NHS : 2600 patients arrivant aux urgences venaient du privé en 2012-2013 [79]. En effet, un hôpital privé a en moyenne 50 lits seulement et les urgences n'existent pas dans le secteur privé, étant un service coûteux avec peu de profit.

3.1.4.2. Discrimination dans les choix des services offerts et patients traités

Les entreprises privées n'ont qu'une exigence, qui est de faire du profit et éviter les actions trop risquées ou pas assez rentables. En santé, cela se traduit donc par sélectionner une offre de service qui puisse être rentable et éviter les patients ayant des maladies chroniques et coûtant plus cher. Les services les moins rentables et les patients les plus chers sont alors laissés au compte du NHS, arrivant à une situation où les profits sont pour le privé et les risques laissés pour le public.

Une des illustrations des plus frappantes de ceci a eu lieu en 2012 lors du scandale des implants mammaires PIP. Le silicone utilisé pour la fabrication de ces implants n'étant pas médical, les patientes devaient être réopérées pour changer les implants. Le NHS a tout de suite offert à ses patientes de les réopérer gratuitement pour qu'elles reçoivent de nouveaux implants conformes. Pendant ce temps-là, les patientes qui avaient reçu initialement leurs implants dans le privé se battaient pour que les hôpitaux leur proposent le même type de dédommagement et le gouvernement a ajouté qu'il s'attendait à ce que le privé propose également de réopérer ses patientes. Des milliers de patientes se sont alors retrouvées à porter plainte, se rendant compte qu'elles étaient écoutées lorsqu'elles payaient mais que subitement, tout le monde leur tournait le dos pour ce genre de requête. Certaines cliniques privées ont même été placées sous administration judiciaire. La facture finale du NHS s'est élevée à 3 milliards de Livres, ayant dû prendre en charge toutes ces patientes venant du privé et abandonnées par ce dernier.

3.1.4.3. Comportements antisociaux du privé

Un exemple de comportement non-éthique pourrait être celui de BUPA, une assurance britannique privée de santé, qui a offert entre 500 et 2000 Livres à ses assurés s'ils étaient

pris en charge par le NHS plutôt que dans le privé. BUPA a en effet calculé que ça lui revenait moins cher que ses patients soient pris en charge par le NHS plutôt que dans le privé [80].

Les services de santé privés ne se refusent pas d'augmenter leur profit également : en 2013, le Journal Médical Britannique reporte que Specsavers, un compagnie privée qui a décroché 30 contrats pour fournir des soins d'audiologie à la communauté, envoient des brochures chez les patients les persuadant de demander à leur médecin traitant de les référer chez Specsavers pour des tests « gratuits » d'audition. Malheureusement, le mot gratuit est utilisé de manière très ambiguë puisque même s'il est vrai que les patients ne doivent pas payer, le NHS doit prendre en charge le coût de ces tests.

3.1.4.4. Manque de responsabilité et transparence

En 2014, le Journal Médical Britannique estime qu'entre 10 et 25 % de l'ensemble des dépenses de santé se perd à travers les corruptions et fraudes pouvant exister.

Ceci peut notamment s'expliquer par les conflits d'intérêts que rencontrent beaucoup de médecins aux Royaume-Uni du fait de ce système bivalent public/privé. Il est difficile, voire impossible, de conjuguer les intérêts du NHS avec ceux d'une entreprise privée qui veut faire du profit. En 2013, le magazine Pulse publiait qu'un médecin sur cinq siégeant à la commission clinique (CCG) avait des intérêts financiers dans une entreprise privée de santé qui fournissait des services pour cette commission.

3.1.4.5. Déstabilisation du NHS

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, il existe plusieurs raisons de penser que le privé mène à la déstabilisation du NHS. Le NHS doit donc essayer les pots cassés dans de nombreux cas :

- Le NHS doit récupérer les cas de patients venant du privé et ayant des complications
- Certaines entreprises privées responsables de cabinets médicaux de médecine générale abandonnent leur contrat et leurs patients quand elles se rendent compte que le cabinet n'est pas rentable.
- Les entreprises privées choisissent les patients les moins chers et les services les plus rentables alors que le NHS doit assumer le reste.

3.1.4.6. Conclusion

Le réel danger est que le NHS sous-traite à un nombre restreint de compagnies privées qui pourraient alors rapidement avoir le monopole, avec les conséquences énoncées auparavant. On peut alors se demander quel est le moteur de cette privatisation et pourquoi le gouvernement ne réagit pas face à cette situation.

3.1.5. Le NHS est-il en train d'être privatisé ?

Comme nous l'aurons compris précédemment, la montée en puissance du privé au sein du système de santé anglais risque de mener à ce que le secteur privé s'occupe des soins électifs tandis que le NHS va se spécialiser dans les urgences, puisque cela représente un service trop risqué et pas assez profitable pour le privé. Le secteur privé ne montrera alors sans doute jamais l'ambition de racheter l'intégralité du système de santé puisqu'il y aura toujours des services non-désirés par ces derniers. Cependant il se pourrait bien que le Royaume-Uni progresse vers une augmentation de fournisseurs privés dans le système de santé.

3.2. Quel pourrait-être le futur du NHS : le système de santé anglais se rapproche-t-il petit à petit du système français ou d'un autre système de santé européen?

3.2.1. Vers quel futur se destine le NHS ?

Simon Stevens, le chef du NHS Angleterre, a publié sa vision pour le développement du NHS pour les cinq prochaines années : ce document est nommé le « Five Year Forward View » [81]. Cette publication a été accueillie positivement par les trois partis politiques principaux, qui ont répondu que cela reflétait bien leur vision. D'autres voient ces propositions comme un rapprochement flagrant vers le système de santé américain.

Alors qu'aucune mention n'a été faite quant à la remise en cause du marché interne ou encore des privatisations, on remarque des propositions qui sous-entendent une privatisation encore plus large du système avec, par exemple, une liste propagande de propositions pour mieux intégrer les structures privées. Simon Stevens étant un ancien dirigeant de United Healthcare, une assurance de santé privé américaine, nous ne nous étonnerons donc pas de sa vision du future du NHS. D'autre part, nous comprendrons également rapidement que les trois principaux partis politiques anglais avaient tout intérêt à faire savoir, étant en pleine période de campagne électorale, qu'ils partageaient les intérêts de cette proposition. De plus, les trois partis avaient promis une réduction des dépenses encore plus forte, comparée à ce que propose Stevens, ce qui était déjà irréaliste.

Il est clair que peu importe qui allait gagner les élections de 2015, nous nous serions retrouvé face à une crise du NHS, et pourtant il n'y avait aucune raison d'en arriver-là : le NHS était bien portant avant l'arrivée de la coalition au gouvernement. Beaucoup voudrait voir la séparation acheteur / fournisseur disparaître, voir plus de collaboration et moins de compétition dans le NHS, mais ceci est pourtant loin d'être la réalité. Les trois partis principaux étaient tous partis dans la mauvaise direction pour supprimer le marché interne du NHS mais d'autres petits partis avaient abordé ces élections différemment:

- les travaillistes avaient bien entendu dit qu'ils feraient marche arrière sur beaucoup de dispositions et promouvraient le NHS comme « fournisseur préféré », ce qui paraissait déjà être une avancée dans la bonne direction, mais un dirigeant travailliste communiquait avant les élections qu'il ne fallait pas enlever la séparation acheteur / fournisseur parce que la compétition était saine pour le NHS. Ces paroles sont alors des moins rassurantes et nous comprendrons vite que même les travaillistes n'étaient pas prêts à vraiment sauver le NHS.

- Les verts auraient adopté une politique de santé allant progressivement vers la démolition de l'acte de santé et soins sociaux (HSCA) qui est à la base de ce marché interne et de la compétition régnant actuellement au sein du NHS.

- Le parti national d'action de santé qui est arrivé récemment sur la scène avait quelques ambitions pour le NHS et aurait voulu se défaire de l'acte de santé et soins sociaux (HSCA), supprimer le marché interne et les fonds de financement privés (PFI) et toute autres formes de privatisation.

3.2.2. Le système de santé anglais se rapproche-t-il petit à petit du système français ou d'un autre pays de l'Europe des cinq ?

3.2.2.1. Description des systèmes de santé dans l'Europe des cinq (France, Allemagne, Espagne et Italie)

3.2.2.1.1. France

Le système de santé français a été créé en 1945 et l'extension de la couverture nationale a été étendue à l'ensemble de la population en 2000. Actuellement presque 100% de la population résidente (légale et illégale) est couverte par la sécurité sociale [82]. Les responsabilités pour les politiques de santé sont partagées entre l'état et son ministre de la santé, la sécurité sociale et à plus petite échelle parfois certaines structures locales de soins. La délivrance des soins est partagée entre le privé, les médecins demandant des honoraires, les hôpitaux faisant du profit ou pas, et les hôpitaux publics. Il existe un ensemble de bénéficiaires de base listés par la sécurité sociale : cette dernière couvre en général 75% des dépenses liées à ces procédures mais une assurance complémentaire peut-être souscrite pour que les 100% des soins soient couverts.

L'organisation de ce système a été profondément modifiée par les nombreuses réformes qui ont eu lieu, en particulier la réforme Juppé en 1996.

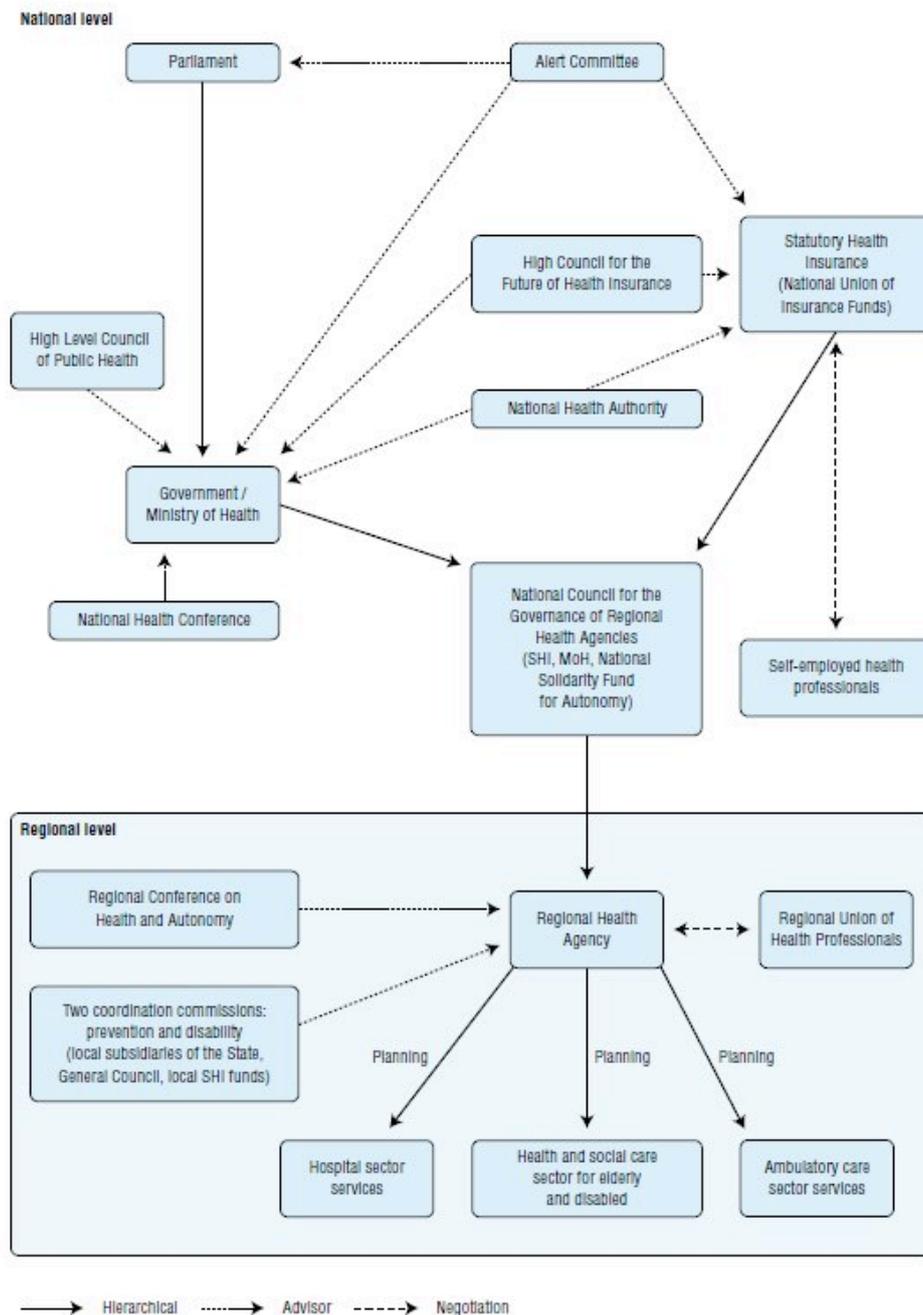


Figure 8: Structure organisationnelle du système de santé français
Sources (European observatory on health systems and policies)

Le système de santé en France a réussi à atteindre ses objectifs de couverture pour tous, d'accès sans listes d'attente trop longues, de choix des patients et de satisfaction. Ce sont pour ces raisons que les français voient une menace dans le système anglais si notre système devait se rapprocher de ce dernier. Cependant de nombreux problèmes sont apparus avec un manque de coordination entre les hôpitaux et les services ambulatoires, entre les structures privées et les publiques ainsi qu'entre les soins de santé et la santé

publique. De plus, il devient préoccupant que les niveaux de dépenses de santé soient tant élevés alors que la sécurité sociale doit faire face à des déficits chroniques qui risquent bien de continuer avec le tournant économique actuel.

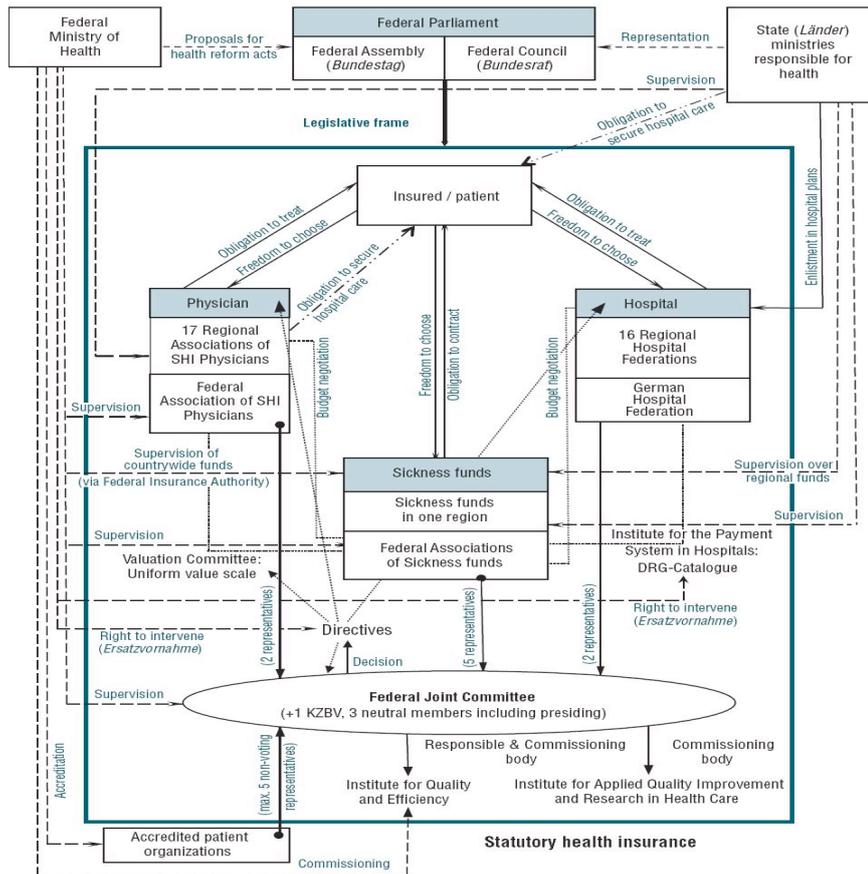
La France a subi donc une série de réformes structurelles pour essayer de corriger ces problèmes et la loi HPST en est un bon exemple. Les agences régionales de santé (ARS) ont donc été mises en place dans chacune des 26 régions afin d'avoir plus de contrôle au niveau local. Mais la situation financière du système est fragile, menant à des augmentations des dépenses personnelles pour les patients. Des mesures supplémentaires ont donc été mises en œuvre pour contrebalancer ces effets négatifs, comme une complémentaire gratuite pour les familles à faibles revenus (CMU), mais les inégalités d'accès existent toujours. Malgré trois décennies de restriction budgétaire, la dette de la sécurité sociale atteint encore et toujours des sommets.

Tout cela suggère qu'il y a encore de l'espace pour des améliorations, notamment en ce qui concerne les cabinets de soins privés. En Juin 2010, la sécurité sociale avait annoncé la mise en place du contrat d'amélioration des pratiques professionnelles (CAPI) pour les médecins généralistes mais il restera difficile pour les politiques de faire appliquer cette mesure. Cette difficulté pourrait être illustrée par le retour en arrière de la ministre de la Santé concernant la mesure mise en place lors de l'HPST en 2009 pour pousser les médecins généralistes à aller s'installer dans les zones rurales sans médecins à la campagne.

3.2.2.1.2. Allemagne

Le système de santé allemand, tout comme le système politique allemand de manière générale, est partagé entre les régions (Länder), le gouvernement fédéral et les corporations civiles [83]. En soins de santé, les gouvernements délèguent traditionnellement à des organisations de payeurs et de fournisseurs. La sécurité sociale de l'état est la source majeure de financement des soins de santé et couvre environ 85% de la population.

Au niveau fédéral, dans les comités de payeurs (associations de fonds maladies) et fournisseurs (associations régionales de médecins / dentistes ou hôpitaux), les acteurs doivent définir les bénéficiaires, prix et recommandations. Au niveau régional, ils négocient les contrats avec leurs membres. La figure ci-dessous montre la coordination de ces deux systèmes :



Source: Based on Busse & Riesberg, 2004.
 Note: KZBV: Federal Association of SHI Dentists.

Figure 9: Structure organisationnelle du système de santé allemand
 Sources (European observatory on health systems and policies)

Au delà des entités énoncées concernant la prise de décisions, d'autres organisations ont le droit de participer aux prises de décisions par consultation (infirmières et autres professionnels de santé, associations de patients, système privé).

D'autre part, une caractéristique propre à l'Allemagne est la division entre le secteur ambulatoire (cabinet isolé de médecins) et le secteur hospitalier qui se concentre sur les patients non-ambulatoires. Les services offerts dans les deux secteurs diffèrent non seulement par la manière dont ils sont évalués, mais également par la manière dont ils sont payés.

Une division supplémentaire dans le fonctionnement de ce système rendant ce dernier unique est la séparation nettement marquée des secteurs privés et publics, comme nous pouvons l'apprécier dans la figure ci-dessous. C'est donc une situation unique en Europe, du moins depuis que la Hollande a décidé de ramener ces deux secteurs sous le même toit en 2006. En Allemagne, le système privé est obligatoire pour certaines professions (fonctionnaires et personnes employées par l'Etat) et peut être une autre solution sous

certaines conditions pour d'autres professions (personne travaillant à leur compte ou personne ayant un salaire au-dessus d'un certain seuil de revenu). En 2012, environ 11% des Allemands étaient couverts par l'assurance privée. Dans la figure ci-dessous, nous pouvons également nous apercevoir que les patients sous assurance privée sont traités par les mêmes fournisseurs que les patients assurés par le système de santé publique, ce qui rend ce système unique.

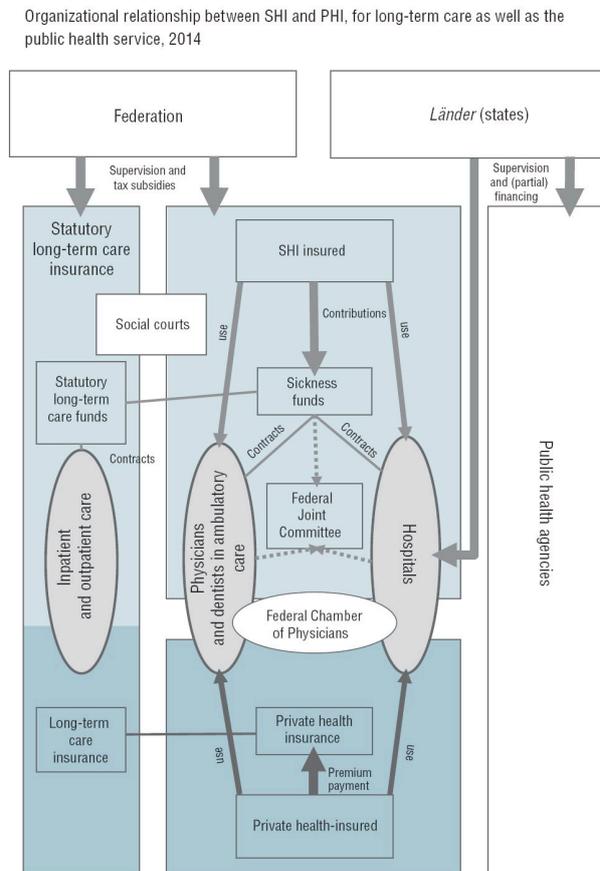


Figure 10: Liaison entre les systèmes publics et privé allemand
Sources (European observatory on health systems and policies)

Dans les études comparatives de système de santé en Europe, l'Allemagne possède un niveau de qualité des soins des plus élevés et un rang de services des plus larges. De plus, les dépenses personnelles de santé sont les moins élevées pour les patients. En revanche, les sommes dépensées par l'Allemagne par patient sont élevées mais n'augmentent que très peu au cours du temps alors que l'offre de soins délivrée dans les structures ambulatoires ou les hôpitaux augmentent. L'accès au soin est bon, avec peu de temps d'attente pour un rendez-vous et un service conséquent en dehors des heures de

service. La raison est bien évidemment que la densité de médecin en zone rurale est relativement élevée.

Cependant, nous pouvons également trouver des zones d'amélioration possibles dans le système allemand, comparé aux autres pays européens, notamment dans la qualité des soins. L'Allemagne atteint en effet souvent des résultats décevants de satisfaction du système en général et la population demande régulièrement des améliorations. Malgré toutes les réformes qui ont eu lieu, l'Allemagne est rarement placée dans le top OECD ou des 15 meilleurs pays de l'UE et se situe plutôt autour de la moyenne, voire parfois plus bas. Il serait alors judicieux de mettre l'accent sur la qualité des soins et des services médicaux lors de prochaines réformes. De plus, la division privé / public attise les débats, étant un grand challenge : cette séparation peut être critiquée car les risques sont différents dans le public et le privé, et ceci génère des inégalités de traitement. Les temps d'attente sont plus longs dans le public et plus de services seront offerts aux patients venant du privé ; de plus les médecins reçoivent plus de primes pour un patient venant du privé, comparé au public. C'est le système instauré par les assurances privées pour que les patients privés soient prioritaires sur les soins et soient mieux traités que les patients venant du public.

3.2.2.1.3. Espagne

Le SNS (sistema nacional de salud) représente le système de sécurité sociale espagnole : c'est un système d'état avec une couverture nationale, qui est financé presque entièrement par les taxes payées par la population [84]. La délivrance des soins / médicaments est gratuite à l'exception des médicaments pour les moins de 65 ans qui doivent alors payer 40% du prix de vente. Les patients souffrant de maladie chronique sont dispensés de ce co-paiement, tout comme le sont les patients hospitalisés.

Le système qui était initialement régi au niveau national a progressivement migré vers une distribution au niveau des 17 régions d'Espagne (mise en place en 2002). Le ministère national de la politique sociale et de santé (MSPS) n'a donc qu'une influence limitée sur ce système, mais doit coordonner les 17 sécurités sociales différentes. La plupart de ces dialogues de coordination ont lieu au conseil interterritorial du système national de santé (CISNS). Ce dernier est donc le niveau le plus élevé de coordination et comprend 17 ministères régionaux de santé. Il est présidé par le ministre national de la santé. De plus, d'autres ministères comme le ministère de l'éducation nationale ou des sciences et de l'innovation, ou encore les municipalités peuvent jouer un rôle dans les décisions prises au niveau du système de santé.

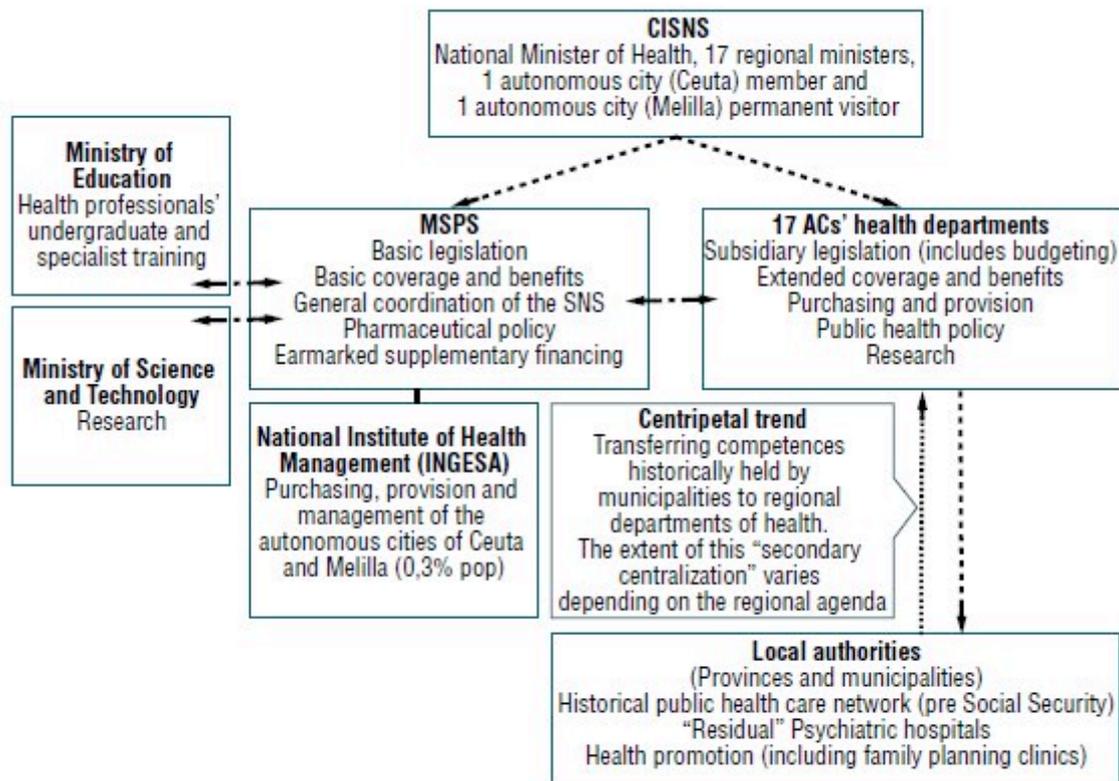


Figure 11: Structure organisationnelle du système de santé espagnol
Sources (European observatory on health systems and policies)

La conclusion principale concernant l'Espagne est que durant les années passées, le SNS a su se développer en fournissant de bons résultats dans les domaines suivants :

- Résultats sur la santé de la population
- Couverture, accès et égalité financière
- Résultats sur la qualité et la sûreté des soins
- Satisfaction de la population

De plus, ces résultats ont été obtenus avec des dépenses de santé relativement faibles, comparées au ratio de GDP utilisé par les autres pays européens. Ce ratio est en général en-dessous de la moyenne pour l'Espagne, sous-entendant que les espagnols obtiennent de relativement bons services pour l'argent investi.

Le contexte politique devrait être ajouté à l'équation pour comprendre les mérites de ce système. Lors de sa création en 1970, le point de départ était relativement modeste avec de grandes inégalités dans le système : les revenus moyens et faibles avaient le droit à un système centralisé, financé par les finances publiques, et centré sur des soins dans les hôpitaux ; alors que les revenus plus élevés devaient payer leurs dépenses de santé de leur

poche. Puis finalement, le SNS est devenu universel, financés par les taxes, incluant des soins primaires comme la médecine générale et laissés au compte des 17 régions.

Malgré cette évolution positive, des champs d'amélioration existent pour le SNS :

- Se concentrer sur la cohésion entre les 17 niveaux régionaux du SNS et instituer un système d'apprentissage mutuel
- Augmenter la coordination entre les niveaux régionaux et nationaux, ainsi qu'entre les soins primaires et spécialisés
- Se concentrer plus sur le management des maladies chroniques et une meilleure prise en charge sur le long-terme de ces patients
- S'assurer que tous les patients obtiennent le même accès aux soins, notamment en terme de rapidité d'accès aux soins et de qualité
- Donner plus d'importance aux choix et à la voix des patients
- Se baser d'avantage sur le coût-efficacité des médicaments et augmenter le nombre d'études réalisées à cette fin.

3.2.2.1.4. Italie

Le système de santé italien (SSN ou Servizio Sanitario Nazionale) qui a été créé en 1978, offre une couverture universelle et gratuite pour tous [85]. Le système est organisé selon trois niveaux : national, régional et local.

- Le niveau national est responsable des objectifs généraux et principes fondamentaux du système de soins de santé nationale
- Les gouvernements régionaux (20), à travers les départements régionaux de santé, s'occupent de la coordination entre les différentes structures locales de délivrance des soins

La figure ci-dessous résume le fonctionnement du système de santé italien.

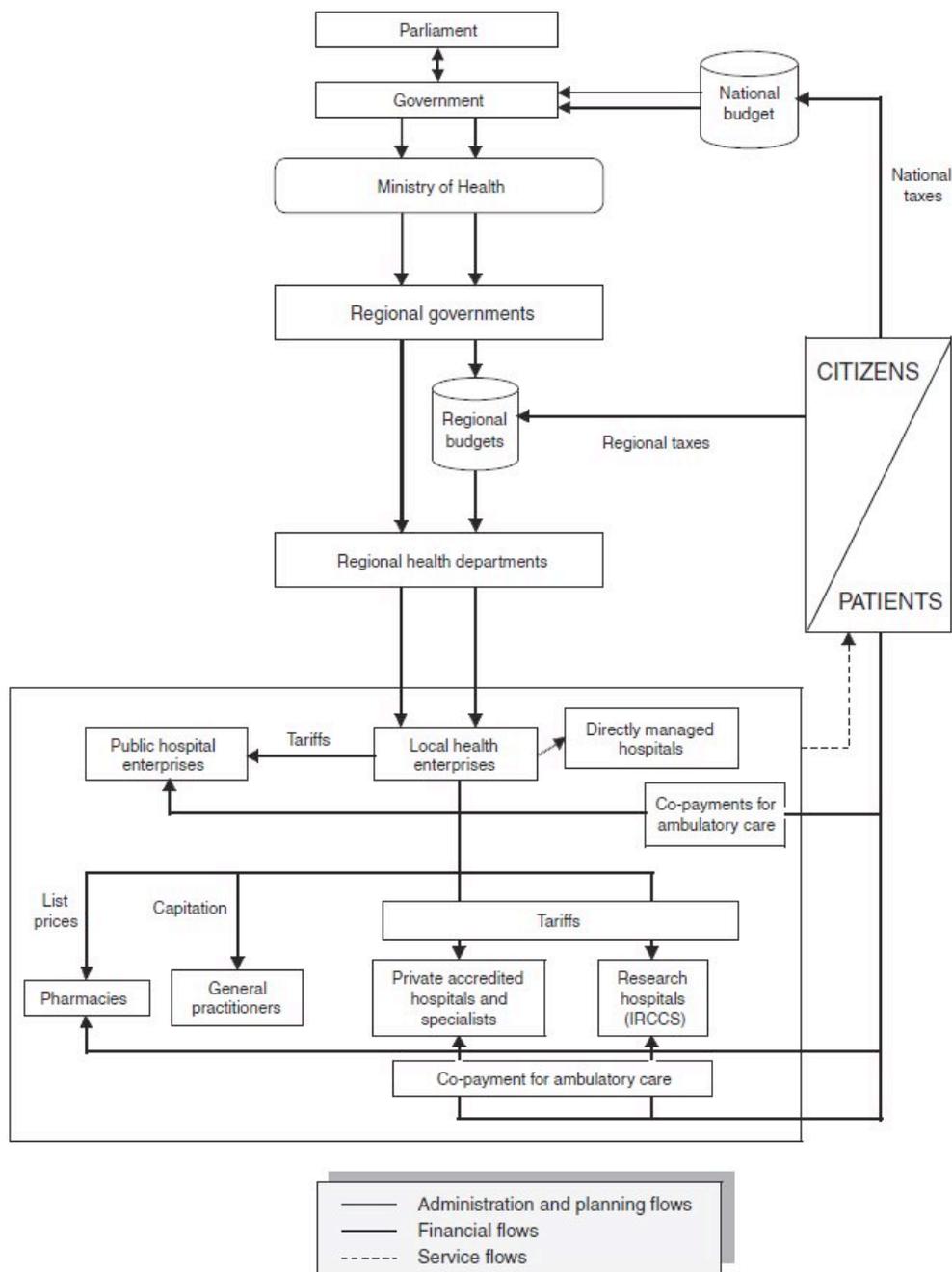


Figure 12: Structure organisationnelle du système de santé italien
Sources (European observatory on health systems and policies)

Sur les dernières décennies, la santé publique des italiens a été améliorée sur les plans préventif et thérapeutique : l'espérance de vie de la population a augmenté pendant que les décès de nouveau-nés ont diminué. La santé des italiens a évolué positivement de manière générale et est maintenant en phase avec celle des autres pays européens. Cependant, de nombreuses différences et inégalités sont à noter en fonction des régions, que ce soit en termes de lois de santé, de dépenses, de qualité des soins, de satisfaction de

la population, de l'organisation des services de soins ou encore de l'approvisionnement en médicaments.

Depuis ses débuts, le SSN a été critiqué pour ses problèmes de bureaucratie, d'implication insuffisante du public et des patients et de qualité de service inégale. Des réformes ont eu lieu en 1990 et 1999 dans une tentative d'améliorer ces points et notamment de mettre en place des directives venant du niveau national et que les niveaux régionaux devraient respecter. Malgré cela, de nombreuses disparités existent et certaines régions choisissent toujours de ne mettre en application que certains éléments des directives nationales.

Concernant les dépenses de santé, l'Italie se trouve en général juste en dessous de la moyenne européenne. La satisfaction de la population italienne dans son ensemble est bien souvent en-dessous des moyennes européennes quant au système mais cela varie grandement en fonction des régions : les régions au Nord et centre de l'Italie ont souvent des taux de satisfaction relativement bons alors qu'au Sud de l'Italie, les taux de satisfaction restent en dessous des moyennes.

Les problèmes récurrents que rencontre le système de santé italien sont alors :

- Un manque de coordination entre les soins primaires et secondaires
- La dominance des médecins généralistes isolés et le manque de groupes de soins multidisciplinaires de soins primaires
- L'effort de coordination entre le national et le régional ainsi que les restrictions de budget au niveau régional pour faire des économies risquent de bloquer tout effort d'innovation
- Les difficultés dans la délivrance d'une bonne continuité au niveau des soins
- La nécessité de réorganisation des réseaux d'hôpitaux
- Le manque de consistance dans la mise en place des directives nationales au niveau local

Le gouvernement et les régions doivent se mettre d'accord sur un système évitant les disparités d'une région à une autre et du Nord au Sud et permettant plus d'égalité dans l'accès aux soins et dans la qualité des soins.

3.2.2.2. Comparaison du système de santé anglais par rapport aux autres pays de l'Europe des cinq

Les deux courbes ci-dessous représentent la corrélation des dépenses de soins curatifs avec l'espérance de vie ou avec les années de vie en bonne santé des populations européennes [86].

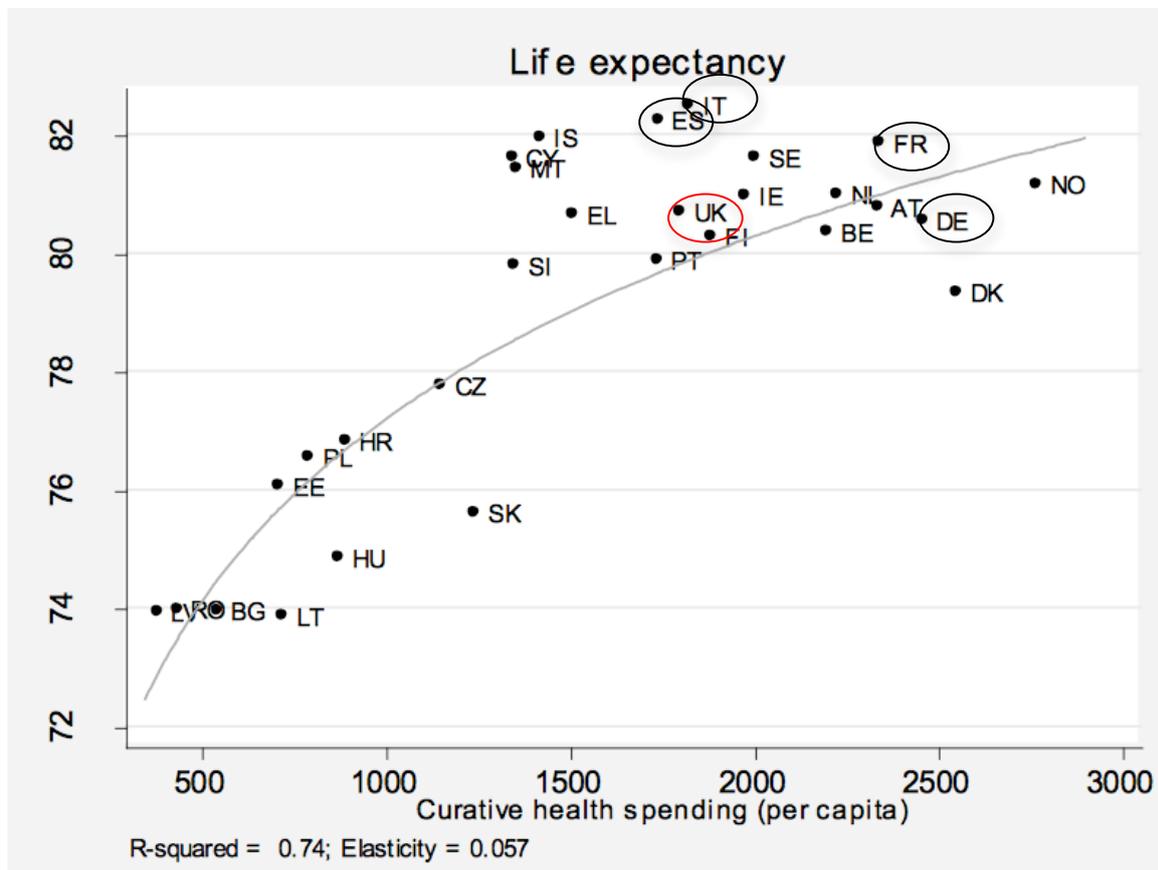


Figure 13: Corrélation entre les dépenses de soins curatifs et l'espérance de vie des pays européens

Sources

(http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/2015_maceli_report_en.pdf)

Légende : UK : Royaume-Unis ; FR : France ; DE : Allemagne ; ES : Espagne ; IT : Italie

Les variations des dépenses de soins curatifs expliquent plus de 50% des variations d'espérance de vie.

Comme nous pouvons le voir sur ce graphique, le Royaume-Uni a une position moyenne en termes de dépenses de santé par rapport à l'espérance de vie de sa population.

L'Espagne et l'Italie sont dans les meilleures positions, avec une très bonne espérance de vie (plus de 82 ans) et des dépenses raisonnables, alors que la France est proche de la moyenne avec des dépenses plus élevées et une espérance de vie un peu plus courte (≈ 82 ans). L'Allemagne, quant à elle, est moins bien positionnée avec d'importantes dépenses de santé relativement à son espérance de vie (81 ans), ce qui la positionne en dessous de la moyenne.

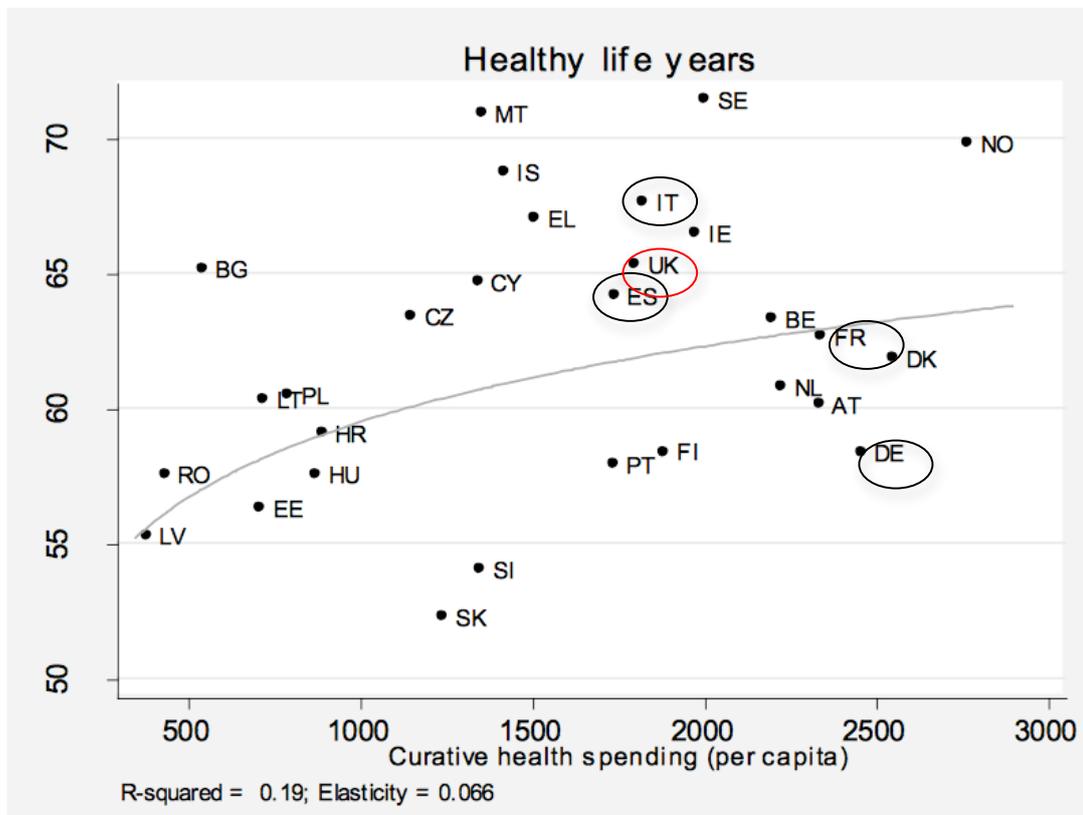


Figure 14: Corrélation entre les dépenses de soins curatifs et les années de vie en bonne santé des populations européennes

Sources

(http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/2015_maceli_report_en.pdf)

Les variations des dépenses de soins curatifs expliquent seulement 19% des variations en années de vie en bonne santé de la population.

Sur ce graphique, nous pouvons observer que le Royaume-Uni a une population qui vieillit plutôt bien comparée aux autres pays européens. L'Espagne a une population qui vieillit un peu moins bien et la France de son côté passe légèrement en dessous de la moyenne quant au ratio dépenses de soins par rapport aux années de vie en bonne santé de sa population. L'Italie et L'Allemagne ont des résultats similaires à ceux obtenus avec le graphique précédant.

3.2.2.3. Conclusion

Cette analyse, à travers la comparaison des différents systèmes de santé européens, nous permet de produire plusieurs conclusions :

- les pays investissant le plus dans leur système de santé (Allemagne et France principalement) ne sont pas nécessairement ceux qui obtiennent les meilleurs résultats en terme de santé de leur population.

- le Royaume-Uni n'est pas dans une situation aussi critique que les politiques veulent bien le faire croire en imposant ces séries de réformes drastiques et cet accroissement de la privatisation.

- les transformations progressives du NHS ne semblent en aucun cas le rapprocher d'un système de santé de l'Europe des cinq : cette privatisation draconienne et ses impacts pourraient bien le rapprocher plus rapidement du système de santé américain actuel que d'un système européen, notamment à cause des disparités importantes en termes d'accès aux soins que ces modifications risquent d'impliquer.

3.2.3. Le système de santé anglais se rapproche-t-il petit à petit du système de santé américain ?

Après avoir vu la position du système de santé du Royaume-Unis au sein de l'Europe des 5, nous pouvons maintenant nous intéresser aux similitudes et différences entre ce dernier et le système de santé américain grâce au tableau ci-dessous (France incluse pour référence).

Tableau 4: Comparaison systèmes de santé français, anglais et américain (2014)

| | France | Royaume-Uni | Etats-Unis |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| Rôle des systèmes privés / publiques | | | |
| Rôle du gouvernement | Système de santé statutaire national | Service de santé national (NHS) | Medicare : âge >65 Medicaid : patients à faible revenu |
| Financement du système public | Taxes | Recettes fiscales générales (y compris les cotisations d'assurance liées à l'emploi) | Medicare : taxes Medicaid : taxes fédérale et taxes d'état |
| Assurances privée | ~90% adhèrent à une couverture | ~11% achètent une couverture | Assurance privée primaire couvre |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | complémentaire | supplémentaire pour un meilleur accès (y compris au traitement élective dans les hôpitaux privés) | ~56% de la population (provenant de l'employeur et individuel) |
| Fournisseurs de soins | | | |
| Type de fournisseurs | | | |
| Soins primaires | Privé | Majoritairement (66%) privé | Privé |
| Hôpitaux | Majoritairement public (67% des patients hospitalisés, 50% des lits de consultations externes) | Majoritairement public | Mélange de non lucratif (~ 70% des lits), publics (~ 15%), et à but lucratif (~ 15%) |
| Rôle des soins primaires | | | |
| Déclaration de médecins traitants obligatoire | Non, mais 85% du registre de la population volontairement | Oui | Non |
| Orientation préalable du médecin traitant pour consulter un spécialiste | Oui | Oui | Oui pour certains systèmes d'assurances |
| Prestations | | | |
| Plafond | Non 50€ [60\$ US] plafond sur les franchises pour les consultations | Non Plafond de GBP29 [42\$ US] pour trois mois ou GBP104 [150\$ US] par an pour ceux qui ont besoin d'un grand nombre de médicaments sur ordonnance | Oui pour la plupart des régimes privés d'assurance: \$6,350 limite annuelle pour les individus; 12 700\$ pour les familles à partir de 2014 |
| Exemption et couverture pour faibles revenus | Exemption pour faibles revenus, les malades chroniques, les handicapés, et enfants | Exemption pour faibles revenus, personnes âgées, enfants, femmes enceintes et jeunes mamans, et certains handicapés / malades | Faible revenu: Medicaid Personnes âgées et certains handicapés: Medicare |

| | | | |
|---|---------|---|---------|
| | | chroniques Aide financière aux coûts de transport disponibles pour les personnes à faibles revenus | |
| Indicateurs | | | |
| Population (millions d'habitants) | | | |
| Population en 2012 | 65 433 | 63 696 | 313 914 |
| Pourcentage > 65 ans | 17.30% | 16.70% | 13.70% |
| Dépenses de santé | | | |
| Pourcentage du PIB dépensé pour la santé | 11.60% | 9.30% | 16.90% |
| Dépenses de santé personnelles par tête | \$4 288 | \$3 289 | \$8 745 |
| Dépenses hospitalières par tête | \$1 473 | n/a | \$2 811 |
| Dépenses en médicaments par tête | \$651 | n/a | \$1 010 |
| Médecins | | | |
| Nombre de médecins pour 1000 habitants | 3.08 | 2.75 | 2.46 |
| Nombre moyen de visites chez le médecin par an et par tête | 6.7 | Non disponible | 4.0 |
| Facteurs de risque de santé | | | |
| Pourcentage de fumeurs | 24.10% | 19.1% | 14.20% |
| Prévalence de l'obésité (IMC > >30) | 14.5% | 24.70% | 35.30% |
| Accès aux soins | | | |
| Rendez-vous même jour / lendemain quand malade | 57% | 52% | 48% |

| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| Attente de > 2 mois pour un rendez-vous chez le spécialiste | 18% | 7% | 6% |
| Problème d'accès aux soins dû aux coûts | 18% | 4% | 37% |
| Suivi des patients par les médecins généralistes | | | |
| Suivi des résultats cliniques du patient | 14% | 84% | 47% |
| Cabinets de médecins généralistes font des enquêtes de satisfaction | 1% | 84% | 60% |
| Décès | | | |
| Décès évitables (décès pour 100,000 habitants) | 55 | 83 | 96 |

A l'origine, les systèmes de santé anglais et américains ont été pensés de manière complètement opposées mais avec l'évolution du NHS, l'écart entre ces deux systèmes pourrait bel et bien se réduire.

La plus grande différence dans le fonctionnement de ces deux systèmes est sans doute bel et bien que le Royaume-Uni offre un système de santé social tandis que les Etats-Unis offre un système 100% privé. Le principe du NHS était que n'importe quel habitant puisse bénéficier gratuitement du service de santé du pays, peu importe le niveau de richesse de ce dernier, puisque les dépenses étaient puisées sur les taxes. Ceci étant, les Etats-Unis fonctionnent réellement différemment puisque tous les financements de soins sont privés et proviennent directement de la poche du patient dans la majorité des cas. Ensuite la qualité des soins est déterminée par le montant payé par le patient. Les soins sont malheureusement extrêmement onéreux aux Etats-Unis, par conséquent les patients souscrivent bien souvent des assurances de santé privés pour être couverts jusqu'à un certain degré. Les personnes ne souhaitant pas payer une assurance de santé doivent alors payer de leur propre poche s'ils veulent être pris en charge et traités.

Ces différences peuvent également s'expliquer par une différence de culture : alors qu'un système de santé social est une notion acceptée et partagée en Angleterre, les

américains n'expriment pas autant d'intérêt pour leur système de santé. Cela peut-être expliqué par plusieurs choses : les américains ne souhaitent pas avoir une augmentation des taxes qui leurs sont imposées et croient que la mise en place d'un tel système diminuerait extrêmement la qualité des soins qui leur sont fournis. Les forces politiques ne poussent pas dans cette direction non plus et défendent le fonctionnement actuel, c'est à dire un système basé sur un fonctionnement complètement privé.

Il va sans dire que les Etats-Unis se rendent bien compte qu'il y a de sérieux problèmes dans le fonctionnement de leur système puisque de nombreux rapports concluent que les Etats-Unis sont le pays avec les dépenses de santé les plus élevées au monde et pourtant les résultats de santé des moins bons comparés aux pays européens. Ceci est la raison pour laquelle un effort a été fait pour travailler sur de nouvelles réformes de santé (Obamacare) ayant pour but de réduire les coûts de soins de santé et d'améliorer la qualité de ces derniers [87]. C'est une première étape vers un système plus régulé bien que le système reste toujours 100% privé. L'idée est que presque tout ceux qui ont besoin de soins puissent y avoir accès et que la qualité des soins ne devrait pas être basée sur le prix payé pour ces derniers. Même si les américains devront quand même souscrire une assurance de santé privée pour accéder à ces derniers, cela pourrait légèrement alléger les coûts provenant de la poche des patients pour les soins.

Ceci étant, tant que les réformes ne se transforment pas en lois actives, l'impact sur le système de santé reste extrêmement faible. Ceci signifie que, pour l'instant, le système reste privé avec aucune régulation, comme dans le passé. Les américains sont en effet hésitants à mettre en place une telle loi. Il semble donc qu'aux Etats-Unis le problème d'inégalité d'accès aux soins n'est pas prêt d'être réglé : seuls les riches et bien portants peuvent donc s'en sortir dans ce système.

3.2.4. Recommandations pour sauver le NHS

En cette période critique de campagne électorale, on pourrait se demander ce que les hommes politiques auraient pu proposer si leur but réel était de sauver le NHS avec, comme première intention, de penser à la santé des anglais et aux finances du NHS. Cette partie consiste donc en une discussion permettant de proposer une liste de recommandations, sans doute non exhaustive, mais servant de base pour envisager positivement le futur du système anglais :

- Le secrétaire d'état devrait reprendre la responsabilité du NHS

- Les « managers » devraient se concentrer sur l'amélioration des activités cliniques et non s'occuper de vérifier en permanence que les objectifs fixés par les politiques soient atteints

- La culture du NHS devrait migrer vers un « apprentissage » plus important des erreurs faites dans le passé : nous en sommes encore à dénoncer lorsqu'une erreur est faite au lieu d'en tirer des leçons pour le futur

- La problématique du choix des patients ne devrait pas être utilisée comme un « cheval de Troie » par les politiques pour gagner la confiance des patients et des électeurs

- La voix des patients est importante pour la santé du NHS et devrait être portée par des structures spécifiques (comme par exemple le conseil de santé communautaire le faisait à un moment donné)

- Des investissements doivent être faits pour s'assurer que les équipes du NHS ainsi que les étudiants aient des propositions de formation

- Un marché privé ne devrait pas exister au sein d'un système de santé publique : l'introduction du privé avec la séparation des acheteurs et fournisseurs était une erreur coûteuse qui devrait être réparée

- Des économies importantes pourraient être faites si le marché compétitif ainsi que les initiatives de financement privées étaient supprimées. De nombreux établissements de santé sont endettés au Royaume-Uni à cause de cette initiative mais aucun des trois principaux partis anglais n'a envisagé de supprimer ce système. Des sondages d'opinion montrent que la population serait volontaire pour payer une taxe remplissant les fonds du NHS si cela est synonyme de rétablissement d'un système publique [88] mais la majorité des financements pourrait avant tout venir de la collecte des 120 milliards £ d'impôts non payés chaque année par les anglais [89].

- Redonner l'envie aux médecins généralistes d'exercer pour le NHS et aux étudiants de se diriger vers la médecine générale en mettant en place un système de concurrence saine (et non démotivante pour les médecins car synonyme de pression comme cela est actuellement le cas). Une expérience a été réalisée à l'hôpital universitaire de Maastricht en Hollande où le but était d'augmenter le nombre de patients adressés à un spécialiste en hôpital [90]. Des directives ont donc été rédigées pour l'occasion expliquant aux médecins généralistes dans quels cas les patients devaient être adressés à un spécialiste pour de l'imagerie médicale ou des analyses médicales plus poussées. Les généralistes ont reçu par ce biais un numéro d'identification. Les hôpitaux envoyaient ensuite une grille contenant les numéros d'identification de tous les généralistes ainsi que leur performance (habilité à suivre les nouvelles directives de l'hôpital). De cette manière, les médecins pouvaient se situer et

se classer parmi tous les médecins généralistes sans que personne ne sache mettre un nom sur chaque résultat (les numéros d'identification permettant d'avoir un anonymat des résultats). La conclusion intéressante de cette expérience est que tous les médecins se sont automatiquement améliorés au cours du temps alors qu'aucune récompense financière ne leur a été offerte, aucune nomination et stigmatisation ; seule une fierté professionnelle aura permis de tirer vers le haut les performances de toute une communauté. On comprendra donc que les professionnels ne sont pas intéressés pour rivaliser financièrement mais restent malgré tout passionnés par leur métier si les motivations restent cliniques. Les motivations financières, les menaces et la pression n'ont rien à faire dans le monde de la santé.

Conclusion

En conclusion, nous aurons pu remarquer au cours de ce travail que les nombreuses discussions autour de la nécessité de réformer, voire même de privatiser de plus en plus le système de santé anglais ne sont sans doute pas justifiées et que les personnes tenant ces discours ne sont sans doute pas les mieux renseignées ou intentionnées. Le NHS était un système extrêmement bien pensé à la base et qui s'est révélé être sans doute l'un des plus rentables du monde. Ceci-étant, depuis la mise en place du marché interne, l'apparition de la compétition au sein de ce système a détérioré la qualité des soins et l'accès à ces derniers. Malheureusement, aucun signe politique ne permet de penser que le gouvernement se prépare à faire marche arrière sur ce système et revienne à un système complètement publique, ce qui pourtant paraît être la meilleure option actuellement. Le Royaume-Uni enregistre encore des dépenses de soins curatifs raisonnables par rapport à l'espérance de vie de la population qui vieillit relativement bien par rapport aux autres pays européens. Bien que les Anglais aient peur que leur système se rapproche petit à petit du système français, les conclusions ne sont pas aussi positives que prévu et le système anglais pourrait bien se rapprocher beaucoup plus rapidement du système américain qu'envisagé. L'accélération de la privatisation du NHS qui est en train de se dérouler risque de diminuer les résultats de ce système et de compromettre la santé des Anglais. De plus, le secteur privé ayant comme objectif de faire du profit, accepte plus souvent les patients jeunes en bonne santé et sans maladie chronique que les autres.

Pour répondre à notre problématique, le NHS, à cause de la privatisation des soins en progression constante, évolue inexorablement vers un Medicare à l'américaine, bien plus que vers un système comparable à notre Sécurité Sociale.

Références bibliographiques

- [1] KLEIN R. « The state and the profession: the politics of the double bed. » *BMJ*. 3 octobre 1990. Vol. 301, n°6754, p. 700-702.
- [2] SOUTHON G., BRAITHWAITE J. « The end of professionalism? » *Soc. Sci. Med.* 1982. janvier 1998. Vol. 46, n°1, p. 23-28.
- [3] ABBOTT A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Labor*. [s.l.] : University of Chicago Press, 1988.
- [4] KLEIN R. *The New Politics of the NHS* [En ligne]. [s.l.] : {Radcliffe Medical Press}, 2006. Disponible sur : < <http://www.amazon.ca/exec/obidos/redirect?tag=citeulike09-20&path=ASIN/1846190665> > (consulté le 3 avril 2015) ISBN : 1846190665.
- [5] « Surplus NHS property: DHSS inquiry ». *Br. Med. J. Clin. Res. Ed.* 19 février 1983. Vol. 286, n°6365, p. 662.
- [6] KEEN J., BUXTON M., PACKWOOD T. « Doctors and resource management: incentives and goodwill ». *Health Policy Amst. Neth.* avril 1993. Vol. 24, n°1, p. 71-82.
- [7] PACKWOOD T., BUXTON M., KEEN J. « Resource Management in the National Health Service: a first case history ». *Policy Polit.* [En ligne]. 1 octobre 1990. Vol. 18, n°4, p. 245-255. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1332/030557390782454404> >
- [8] HART C. *Behind the mask: nurses, their unions, and nursing policy*. London; Philadelphia : Baillière Tindall, 1994. ISBN : 9780702016745 0702016748.
- [9] HARRISON S. « Changing Welfare, Changing States: New Directions in Social Policy – J. Clarke ». *Br. J. Sociol.* [En ligne]. 1 juin 2006. Vol. 57, n°2, p. 312-312. Disponible sur : < http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-4446.2006.00111_4.x > (consulté le 3 avril 2015)
- [10] ENTHOVEN A. C. « Reflections on the management of the National Health Service An American looks at incentives to efficiency in health services management in the UK ». [s.l.] : [s.n.], 1985.
- [11] SCRIVENS E., HENNEH A. « Working for patients: Making the internal market effective ». *Public Money Manag.* [En ligne]. 1 décembre 1989. Vol. 9, n°4, p. 53-57. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1080/09540968909387573> > (consulté le 4 avril 2015)
- [12] TIMMINS N. *The five giants: a biography of the welfare state*. [s.l.] : HarperCollins, 2001. 760 p.
- [13] RANADE W. « S. Harrison, D. Hunter and C. Pollitt, The Dynamics of British Health Policy, Unwin Hyman, London, 1990. 202 pp. paper £10.95. » *J. Soc. Policy* [En ligne]. janvier 1992. Vol. 21, n°01, p. 135-136. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1017/S0047279400020766> > (consulté le 8 avril 2015)
- [14] GREENER I. « Patient Choice in the NHS: The View from Economic Sociology ». *Soc. Theory Health* [En ligne]. 1 mai 2003. Vol. 1, n°1, p. 72-89. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700002> >

- [15]KLEIN R. « Big bang health care reform--does it work?: the case of Britain's 1991 National Health Service reforms ». *Milbank Q.* 1995. Vol. 73, n°3, p. 299-337.
- [16]HAM C. « Managed markets in health care: the UK experiment ». *Health Policy Amst. Neth.* mars 1996. Vol. 35, n°3, p. 279-292.
- [17]BOYETT I., FINLAY D. « The Quasi-Market, the Entrepreneur and the Effectiveness of the Nhs Business Manager ». *Public Adm.* [En ligne]. 1 septembre 1995. Vol. 73, n°3, p. 393-411. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9299.1995.tb00835.x> > (consulté le 5 avril 2015)
- [18]KITCHENER M. « Quasi-market Transformation: An Institutional Approach to Change in UK Hospitals ». *Public Adm.* [En ligne]. 1 janvier 1998. Vol. 76, n°1, p. 37-95. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9299.00091> > (consulté le 5 avril 2015)
- [19]AUDIT COMMISSION FOR LOCAL AUTHORITIES AND THE NATIONAL HEALTH SERVICE IN ENGLAND AND WALES. *The doctors' tale: the work of hospital doctors in England and Wales.* London : H.M.S.O., 1995. ISBN : 0118861492 9780118861496.
- [20]MCGUCKEN R. B. « Medical directors of trusts ». *BMJ.* 9 avril 1994. Vol. 308, n°6934, p. 982-983.
- [21]BREARLEY S. « Seriously deficient professional performance ». *BMJ.* 11 mai 1996. Vol. 312, n°7040, p. 1180-1181.
- [22]POLLITT C. « The Struggle for Quality: the case of the National Health Service ». *Policy Polit.* [En ligne]. 1 juillet 1993. Vol. 21, n°3, p. 161-170. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1332/030557393782331119> >
- [23]BAGGOTT R. « Evaluating Health Care Reform: the Case of the NHS Internal Market ». *Public Adm.* [En ligne]. 1 janvier 1997. Vol. 75, n°2, p. 283-306. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9299.00061> > (consulté le 5 avril 2015)
- [24]LIGHT D. W. « Is NHS purchasing serious? An American perspective ». *BMJ.* 17 janvier 1998. Vol. 316, n°7126, p. 217-220.
- [25]POWELL M. « Great expectations? New Labour and the 'new' UK National Health Service ». *Crit. Public Health* [En ligne]. 1 juin 1998. Vol. 8, n°2, p. 167-173. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1080/09581599808402903> > (consulté le 6 avril 2015)
- [26]MATKA E., BARNES M., SULLIVAN H. « Health Action Zones: "Creating Alliances to Achieve Change" ». *Policy Stud.* [En ligne]. 1 juin 2002. Vol. 23, n°2, p. 97-106. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1080/0144287022000011440> > (consulté le 6 avril 2015)
- [27]STEPHEN PECKHAM M. E. « Decentralisation, Centralisation and Devolution in publicly funded health services: decentralisation as an organisational model for health care in England ». 2005.
- [28]GIDDENS A. *Where now for New Labour?* [En ligne]. Oxford : Polity Press, 2002. 96 p. Disponible sur : < <http://www.waterstones.com/waterstonesweb/advancedSearch.do?buttonClicked=2&isbn=0745629911> > (consulté le 6 avril 2015) ISBN : 9780745629919.

- [29]WATSON R. « Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals by Rob McSherry and Paddy Pearce. with a contribution by John Tingle. Blackwell Science, Oxford, 2001, 134 pages, £14·99, ISBN 0 632 05801 3. » *J. Adv. Nurs.* [En ligne]. 1 avril 2002. Vol. 38, n°1, p.106-107. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.2184f.x> > (consulté le 6 avril 2015)
- [30]GUNSTONE C. « QOF ». *Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract.* septembre 2007. Vol. 57, n°542, p. 748.
- [31]PRICE D., POLLOCK A. M. « Extending choice in the NHS ». *BMJ* [En ligne]. 10 août 2002. Vol. 325, n°7359, p. 293-294. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7359.293> > (consulté le 6 avril 2015)
- [32]DIXON J. « Payment by results—new financial flows in the NHS ». *BMJ*. 24 avril 2004. Vol. 328, n°7446, p. 969-970.
- [33]WARNER N. *A Suitable Case for Treatment - The Nhs and Reform*. Guildford : Grosvenor House Publishing Limited, 2011. 368 p.ISBN : 9781908105325.
- [34]KLEIN R. « Governance for NHS foundation trusts ». *BMJ*. 25 janvier 2003. Vol. 326, n°7382, p. 174-175.
- [35]HUNTER D. J. *The Health Debate*. [s.l.] : Policy Press, 2008. 244 p.ISBN : 9781861349293.
- [36]HUNTER D. J. « Change of government: one more big bang health care reform in England's National Health Service ». *Int. J. Health Serv. Plan. Adm. Eval.* 2011. Vol. 41, n°1, p. 159-174.
- [37]*Whatever it Takes: The Real Story of Gordon Brown and New Labour by Richards, Steve (2010) Paperback*. [s.l.] : [s.n.], [s.d.].
- [38]RAWNSLEY A. *The End of the Party*. [s.l.] : Penguin UK, 2010. 1400 p.ISBN : 9780141969701.
- [39]*The Coalition: our programme for government by HMG | Diffusion Library* [En ligne]. Disponible sur : < <http://diffusion.org.uk/?p=2008> > (consulté le 7 avril 2015)
- [40]« The King's Fund publication - Never Again? The story of the Health and Social Care Act 2012 ». In : *Kings Fund* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://shop.kingsfund.org.uk/products/never-again-the-story-of-the-health-and-social-care-act-2012> > (consulté le 7 avril 2015)
- [41]GAYNOR M., MORENO-SERRA R., PROPPER C. « Can competition improve outcomes in UK health care? Lessons from the past two decades ». *J. Health Serv. Res. Policy* [En ligne]. janvier 2012. Vol. 17 Suppl 1, p. 49-54. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1258/jhsrp.2011.011019> >
- [42]« Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry - Publications - GOV.UK ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-public-inquiry> > (consulté le 4 octobre 2015)
- [43]CAMPBELL D., CORRESPONDENT H. « Hospital trusts offered £1.5bn emergency fund to pay PFI bills ». In : *the Guardian* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : <

- <http://www.theguardian.com/society/2012/feb/03/hospital-trusts-emergency-fund-pfi> >
(consulté le 8 avril 2015)
- [44]« NHS Constitution for England - Publications - GOV.UK ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england> > (consulté le 9 avril 2015)
- [45]TRUST N. *Setting Priorities in Health: The Challenge for Clinical Commissioning*. [s.l.] : Nuffield Trust, 2011. 18 p.
- [46]« Is access to surgery a postcode lottery? » In : *NHS Right Care* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/2014/07/is-access-to-surgery-a-postcode-lottery/> > (consulté le 9 avril 2015)
- [47]OECD. *OECD.Stat* [En ligne]. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development, 2014. Disponible sur : < <http://www.oecd-ilibrary.org/content/data/data-00285-en> > (consulté le 9 avril 2015)
- [48]DAVID MATTHEWSON H. A. D. « Consumer Trends, Q2 2013 ». In : *Off. Natl. Stat.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2013. Disponible sur : < <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/consumer-trends/consumer-trends/q2-2013/stb-consumer-trends--q2-2013.html> > (consulté le 9 avril 2015)
- [49]« Prescriptions dispensed in the community in England: 2003 to 2013 - Publications - GOV.UK ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.gov.uk/government/statistics/prescriptions-dispensed-in-the-community-in-england-2003-to-2013> > (consulté le 10 avril 2015)
- [50]BOYLE S. « United Kingdom (England): Health system review ». *Health Syst. Transit.* 2011. Vol. 13, n°1, p. 1-483, xix-xx.
- [51]« Medical workforce ». In : *Kings Fund* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/trends/professional-attitudes-and-workforce/medical-workforce> > (consulté le 10 avril 2015)
- [52]« Private healthcare market investigation Competition and Markets Authority case - GOV.UK ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.gov.uk/cma-cases/private-healthcare-market-investigation> > (consulté le 10 avril 2015)
- [53]MILLS P. C. C. M. « Securing the future of general practice: new models of primary care ». In : *Prim. Care Comm.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.pcc-cic.org.uk/article/securing-future-general-practice-new-models-primary-care> > (consulté le 10 avril 2015)
- [54]« Into the Red? The State of the NHS' Finances — NHS Networks ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/commissioning-zone/support/online-resources/into-the-red-the-state-of-the-nhs-finances> > (consulté le 10 avril 2015)
- [55]CHOICES N. H. S. « Mental illness “under-treated”: LSE - Health News - NHS Choices ». [s.l.] : [s.n.], 2013. Disponible sur : < <http://www.nhs.uk/news/2012/06june/Pages/mental-health-undertreatment-scandal-LSE-report.aspx> > (consulté le 10 avril 2015)

- [56] « Focus On: Social care for older people ». In : *Health Found.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.health.org.uk/publications/focus-on-social-care-for-older-people> > (consulté le 10 avril 2015)
- [57] CHOICES N. H. S. « Annual report - About us - NHS Choices ». [s.l.] : [s.n.], 2014. Disponible sur : < <http://www.nhs.uk/aboutNHSChoices/professionals/developments/Pages/annual-report.aspx> > (consulté le 11 avril 2015)
- [58] GRIMSHAW J. M. « Hard truths: the journey to putting patients first: volume two of the government response to the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry: response to the Inquiry's recommendations ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/health-services/tso/hard131.aspx> > (consulté le 11 avril 2015)
- [59] « International Profiles of Health Care Systems, 2014: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2015/jan/international-profiles-2014> > (consulté le 11 avril 2015)
- [60] TEAM L. G. A. D. C. « Better Care Fund - Health, wellbeing and adult social care | Local Government Association ». [s.l.] : [s.n.], 2013. Disponible sur : < http://www.local.gov.uk/web/guest/health-wellbeing-and-adult-social-care/-/journal_content/56/10180/4096799/ARTICLE > (consulté le 11 avril 2015)
- [61] *Care.data* [En ligne]. *Quantock Med. Cent.* Disponible sur : < <https://quantockmedicalcentre.gpsurgery.net/care-data/> > (consulté le 11 avril 2015)
- [62] « Department of Health annual report and accounts 2013 to 2014 - Publications - GOV.UK ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.gov.uk/government/publications/department-of-health-annual-report-and-accounts-2013-to-2014> > (consulté le 11 avril 2015)
- [63] *How is the NHS performing? April 2014* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.kingsfund.org.uk/publications/how-nhs-performing-april-2014> > (consulté le 11 avril 2015)
- [64] « Managing the transition to the reformed health system - National Audit Office (NAO) ». In : *Natl. Audit Off.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.nao.org.uk/press-releases/managing-the-transition-to-the-reformed-health-system/> > (consulté le 11 avril 2015)
- [65] « Going private ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.privatehealth.co.uk/going-private/> > (consulté le 11 avril 2015)
- [66] DAVIS J., LISTER J., WRIGLEY D. *NHS for Sale: Myths, Lies & Deception*. [s.l.] : Merlin Press, 2015. 260 p. ISBN : 9780850366273.
- [67] APPLEBY J. « Does poor health justify NHS reform? » *BMJ* [En ligne]. 28 janvier 2011. Vol. 342, p. d566. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d566> > (consulté le 9 avril 2015)

- [68] IACOBUCCI G. « NHS finances: the tanker en route for the iceberg ». *BMJ* [En ligne]. 8 mai 2014. Vol. 348, p. g3129. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g3129> > (consulté le 9 avril 2015)
- [69] LIND S. « DH to hand over billions of pounds underspend to Treasury ». In : *Pulse Today* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.pulsetoday.co.uk/political/political-news/dh-to-hand-over-billions-of-pounds-underspend-to-treasury/20004042.article> > (consulté le 9 avril 2015)
- [70] « Noam Chomsky – The State-Corporate Complex: A Threat to Freedom and Survival ». In : *Genius* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://genius.com/Noam-chomsky-the-state-corporate-complex-a-threat-to-freedom-and-survival-annotated> > (consulté le 9 avril 2015)
- [71] METRO.CO.UK J. B. FOR. *Hate the NHS? Well, Britain now has the BEST healthcare in the world* [En ligne]. *Metro*. Disponible sur : < <http://metro.co.uk/2014/06/17/hate-the-nhs-well-apparently-britain-now-has-the-best-healthcare-system-in-the-world-4765075/> > (consulté le 21 juin 2015)
- [72] NORMAN WARNER AND JACK O'SULLIVAN. « £10 each can save the NHS ». 31 mars 2014. Disponible sur : < <http://www.theguardian.com/commentisfree/2014/mar/31/10-pounds-each-save-nhs> > (consulté le 29 juin 2015)
- [73] KAHN J. G., KRONICK R., KREGER M., GANS D. N. « The Cost Of Health Insurance Administration In California: Estimates For Insurers, Physicians, And Hospitals ». *Health Aff. (Millwood)* [En ligne]. 1 novembre 2005. Vol. 24, n°6, p. 1629-1639. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.24.6.1629> > (consulté le 29 juin 2015)
- [74] WATT N., CORRESPONDENT C. P. « Patient choice in NHS going backwards under Cameron, says Labour ». In : *the Guardian* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.theguardian.com/society/2013/nov/24/patient-choice-nhs-going-backwards-labour> > (consulté le 29 juin 2015)
- [75] *BBC'newsnight*. [s.l.] : [s.n.], 2014.
- [76] 2014 28 NOVEMBER. « One in 20 GPs considering closing their practice by spring 2015 ». In : *Pulse Today* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.pulsetoday.co.uk/home/stop-practice-closures/one-in-20-gps-considering-closing-their-practice-by-spring-2015/20008607.article> > (consulté le 29 juin 2015)
- [77] WHITE S. P., JOHN A. W., JONES S. A. « Short-term results of total hip replacements performed by visiting surgeons at an NHS treatment centre ». *J. Bone Joint Surg. Br.* [En ligne]. 1 septembre 2009. Vol. 91-B, n°9, p. 1154-1157. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1302/0301-620X.91B9.22147> > (consulté le 30 juin 2015)
- [78] « Lister Surgicentre in Stevenage comes under NHS control ». In : *BBC News* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.bbc.com/news/uk-england-beds-bucks-herts-24106914> > (consulté le 30 juin 2015)
- [79] *Patient safety risks in private hospitals* [En ligne]. *CHPI*. Disponible sur : < <http://chpi.org.uk/patientsafety/> > (consulté le 30 juin 2015)
- [80] GREEN G. *BUPA is cashing in on the NHS* [En ligne]. *NHA Party*. Disponible sur : < <http://nhap.org/bupa-cashing-nhs/> > (consulté le 30 juin 2015)

- [81] « The NHS five year forward view ». In : *Kings Fund* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-five-year-forward-view> > (consulté le 30 juin 2015)
- [82] « France HiT (2010) ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/countries-and-subregions/france-hit-2010> > (consulté le 2 juillet 2015)
- [83] « Germany HiT (2014) ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/countries-and-subregions/germany-hit-2014> > (consulté le 2 juillet 2015)
- [84] « Spain HiT (2010) ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/countries-and-subregions/spain-hit-2010> > (consulté le 2 juillet 2015)
- [85] « Italy HiT (2014) ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/countries-and-subregions/italy-hit-2014> > (consulté le 2 juillet 2015)
- [86] « Comparative Efficiency of Health Systems, Corrected for Selected Lifestyle Factors ». In : *eHealthNews.eu* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.ehealthnews.eu/download/publications/4225-comparative-efficiency-of-health-systems-corrected-for-selected-lifestyle-factors> > (consulté le 2 juillet 2015)
- [87] FORMOSA POST. « United States and United Kingdom: A Comparison of Health Care Systems ». Disponible sur : < <http://www.formosapost.com/united-states-and-united-kingdom-a-comparison-of-health-care-systems/> > (consulté le 4 octobre 2015)
- [88] CAMPBELL D., CORRESPONDENT H. « Half of voters happy to pay more tax to fund NHS – poll ». In : *the Guardian* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.theguardian.com/society/2014/aug/15/voters-tax-fund-nhs-poll> > (consulté le 1 juillet 2015)
- [89] « A roll call of corporate rogues who are milking the country | Seumas Milne ». In : *the Guardian* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.theguardian.com/commentisfree/2012/oct/30/roll-call-corporate-rogues-tax> > (consulté le 1 juillet 2015)
- [90] HASMAN A. « Education of health professionals. » *Stud. Health Technol. Inform.* 1998. Vol. 51, p. 41-4.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 9 |
| 1. Le développement du NHS depuis 1990 et ses différentes réformes | 10 |
| 1.1. Le NHS en 1990 | 10 |
| 1.1.1. Contexte | 10 |
| 1.1.2. Réorganisation du système de santé anglais dans les années 80 : les réformes Griffiths | 12 |
| 1.1.3. Nouveaux changements dans les années 80 | 13 |
| 1.1.4. Impact des changements des années 80 sur les infirmières et sur les patients | 14 |
| 1.1.5. En route vers la réforme « Working for patients » et le premier marché interne | 15 |
| 1.1.6. L'importance du marché interne | 16 |
| 1.1.7. La version partagée des politiques de santé et de l'organisation | 16 |
| 1.1.8. Conclusion | 17 |
| 1.2. Les réorganisations du NHS de 1990 à 2010 | 19 |
| 1.2.1. Les problèmes prévisibles avec la théorie de ce programme | 19 |
| 1.2.2. Les impacts de la réorganisation du marché interne | 20 |
| 1.2.3. La version partagée après la réorganisation du marché interne | 21 |
| 1.2.4. La politique de santé sous le nouveau parti travailliste, 1997-2010 | 21 |
| 1.2.4.1. Evaluation de la performance | 25 |
| 1.2.4.2. Changements institutionnels | 26 |
| 1.2.4.3. Choix des patients et la création d'une économie mixte pour les soins | 27 |
| 1.2.4.4. L'implication des patients et du public dans le NHS | 28 |
| 1.2.5. Conclusion | 29 |
| 1.3. La réorganisation du "contrôle central" au sein du NHS dans les années 2000 | 30 |
| 1.4. Les changements du NHS post-2010 | 32 |
| 1.4.1. Le NHS dans les dernières années du parti travailliste | 32 |
| 1.4.2. La coalition du gouvernement en 2010 | 33 |
| 1.4.3. Les aboutissements de cette réforme | 34 |
| 1.4.4. Débats autour des valeurs clés du NHS | 36 |
| 1.4.5. Conclusion | 37 |
| 2. Le système de santé anglais actuel | 40 |
| 2.1. Les soins de santé public | 40 |
| 2.1.1. Quel est le rôle du gouvernement ? | 40 |
| 2.1.2. Qui est couvert ? | 40 |
| 2.1.3. Qu'est-ce qui est couvert ? | 41 |
| 2.1.3.1. Les services | 41 |
| 2.1.3.2. Le partage des coûts et les dépenses personnelles | 41 |
| 2.1.4. Comment est financé le système de santé ? | 45 |
| 2.1.4.1. Financement public des soins de santé | 45 |
| 2.1.4.2. Financement privé des soins de santé | 45 |
| 2.1.5. Comment sont délivrés et financé les soins ? | 45 |
| 2.1.5.1. Soins primaires | 45 |
| 2.1.5.2. Soins ambulatoires de spécialité | 47 |
| 2.1.5.3. Mécanismes administratifs de paiement des médecins généralistes ou spécialistes | 47 |
| 2.1.5.4. Soins en dehors des heures de service | 47 |
| 2.1.5.5. Soins hospitaliers | 48 |
| 2.1.5.6. Prise en charge des maladies psychiatriques | 49 |
| 2.1.5.7. Les soins chroniques et le support social | 50 |
| 2.1.6. Les entités clés de la gouvernance de ce système de santé | 51 |

| | |
|--|----|
| 2.1.7. Les stratégies clefs pour assurer la qualité des soins | 52 |
| 2.1.8. Les actions mises en place pour réduire les disparités | 54 |
| 2.1.9. Les actions mises en place pour la coordination des soins | 54 |
| 2.1.10. Usages des dossiers médicaux électroniques | 55 |
| 2.1.11. La maîtrise des coûts | 56 |
| 2.1.12. Innovations majeures et réformes introduites..... | 56 |
| 2.2. Les soins de santé privés | 59 |
| 2.2.1. Patients avec assurance privée..... | 60 |
| 2.2.2. Patients sans assurance privée..... | 61 |
| 3. Le futur du NHS : l'idée de privatisation rapprocherait-elle ce système de santé d'un autre ? | 62 |
| 3.1. L'idée de privatisation est-elle un mythe provocateur? | 62 |
| 3.1.1. Le NHS est-il inefficace et inabordable ? | 62 |
| 3.1.1.1. Mensonges et statistiques biaisées sur l'efficacité et les finances de ce système | 62 |
| 3.1.1.2. Revendication que le NHS ne peut plus durer | 63 |
| 3.1.1.3. Sauver le NHS : Faire survivre le NHS en utilisant le portefeuille des patients | 64 |
| 3.1.1.4. Conclusion..... | 64 |
| 3.1.2. La réforme donnera-t-elle plus de choix aux patients ? | 65 |
| 3.1.3. La réforme redonnera-t-elle plus de pouvoir aux médecins généralistes ? | 66 |
| 3.1.4. Le secteur privé est-il plus efficace que le public ? | 67 |
| 3.1.4.1. Diminution de la qualité des soins pour les patients..... | 68 |
| 3.1.4.2. Discrimination dans les choix des services offerts et patients traités..... | 69 |
| 3.1.4.3. Comportements antisociaux du privé | 69 |
| 3.1.4.4. Manque de responsabilité et transparence | 70 |
| 3.1.4.5. Déstabilisation du NHS..... | 70 |
| 3.1.4.6. Conclusion..... | 70 |
| 3.1.5. Le NHS est-il en train d'être privatisé ? | 71 |
| 3.2. Quel pourrait-être le futur du NHS : le système de santé anglais se rapproche-t-il petit à petit du système français ou d'un autre système de santé européen? | 72 |
| 3.2.1. Vers quel futur se destine le NHS ? | 72 |
| 3.2.2. Le système de santé anglais se rapproche-t-il petit à petit du système français ou d'un autre pays de l'Europe des cinq ? | 73 |
| 3.2.2.1. Description des systèmes de santé dans l'Europe des cinq (France, Allemagne, Espagne et Italie)..... | 73 |
| 3.2.2.2. Comparaison du système de santé anglais par rapport aux autres pays de l'Europe des cinq | 83 |
| 3.2.2.3. Conclusion..... | 85 |
| 3.2.3. Le système de santé anglais se rapproche-t-il petit à petit du système de santé américain ? | 85 |
| 3.2.4. Recommandations pour sauver le NHS | 89 |
| Conclusion | 92 |

Table des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1: Le National Health Service en Angleterre en 1974 | 11 |
| Figure 2: La structure du NHS en 1997 | 22 |
| Figure 3: Structure des fondations ("Foundation trusts") | 27 |
| Figure 4: Manque de rationnel des mesures proposées par Lansley | 33 |
| Figure 5: Structure du NHS en 2012 | 35 |
| Figure 6 : Organisation du système de santé en Angleterre | 51 |
| Figure 7: Structure du NHS après le projet de Loi Soins de santé et sociaux en 2013 | 58 |
| Figure 8: Structure organisationnelle du système de santé français | 74 |
| Figure 9: Structure organisationnelle du système de santé allemand | 76 |
| Figure 10: Liaison entre les systèmes publics et privé allemand | 77 |
| Figure 11: Structure organisationnelle du système de santé espagnol | 79 |
| Figure 12: Structure organisationnelle du système de santé italien..... | 81 |
| Figure 13: Corrélation entre les dépenses de soins curatifs et l'espérance de vie des pays européens | 83 |
| Figure 14: Corrélation entre les dépenses de soins curatifs et les années de vie en bonne santé des populations européennes | 84 |

Table des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Chronologie des mesures de santé du parti travailliste, de 1997 à début 2000 . | 23 |
| Tableau 2 : Comparaison du NHS en 1980 et en 2013 | 38 |
| Tableau 3 : Comparaison entre les NHS Trusts et Foundations trusts | 48 |
| Tableau 4: Comparaison systèmes de santé français, anglais et américain (2014)..... | 85 |

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Le système de santé en Angleterre

Comment le premier état au monde à proposer un service de santé gratuit est en train de basculer à la suite d'une multitude de réformes ? L'Angleterre se rapproche-t-elle petit à petit d'un autre système européen ou la privatisation est-elle inéluctable?

Résumé :

Le système de santé anglais, communément appelé NHS, a été pensé en 1946 comme le premier système de santé gratuit et universel et un des systèmes des plus efficaces en termes de rapport qualité-coûts au monde. Ce dernier a cependant subi une période d'hyperactivité en terme de réformes au cours des années 2000, transformant progressivement la base historique de ce système et menant vers un plus grand recours à la privatisation des soins. Le NHS semble donc évoluer inexorablement vers un Medicare à l'américaine, bien plus que vers un système comparable à notre sécurité sociale française.

Mots-clés : Système de santé, Angleterre, Rentabilité, Privatisation

Abstract :

The healthcare system in the UK, called NHS, was historically developed (in 1946) as the first universal and free health system and one of the most cost-effective worldwide. This latter has however, gone through intense reform from 2000 until now, which is progressively altering the original NHS and leading towards an increase in the privatization of care. It seems the NHS is moving closer to the American healthcare system than to the French one.

Keywords : Health systems, UK, Cost-effectiveness, Privatization