

# Le système de santé britannique

## Cinq ans de réforme

**La réforme du système de santé anglais a entraîné un changement radical, en introduisant notamment un « marché » à l'intérieur du NHS, par une mise en concurrence des hôpitaux et des médecins. Les auteurs dressent ici un bilan de cette réforme initiée il y a cinq ans.**

« Qui a peur de Margaret Thatcher ? » écrivait, il y a quelques années, un universitaire français (Robert Launois) en découvrant la réforme du National health service (NHS) concoctée par le gouvernement conservateur en 1989. Depuis lors, cette réforme fait référence dans de nombreux pays et le Congrès américain vient même de demander à un de ses promoteurs britanniques de venir en exposer les tenants et aboutissants. L'originalité première de ce texte est sans doute d'avoir réussi à injecter dans un système resté entièrement public une dose de marché concurrentiel.

### Faire jouer la concurrence

Aurait-on pu penser, il y a encore quelques années, qu'il était possible d'associer à un modèle aussi bureaucratique et administrativement lourd (n'oublions pas que le NHS était, en 1988, le troisième employeur du monde après l'Armée rouge d'alors et les chemins de fer indiens) des principes de

gestion inspirés de l'entreprise privée ? Quel est le contenu de cette réforme promue en 1989 ? Instaurer un marché interne dans un cadre budgétaire préétabli et décliné au niveau des structures régionales et locales. Le NHS est financé à 83 % par l'impôt, à un peu plus de 14 % par des cotisations, le paiement direct des patients n'intervenant que pour environ 3 %. Le service national de santé couvre 88 % des dépenses de santé.

Le nouveau système prévoit la négociation de contrats de prestations de services entre producteurs et acheteurs de soins. Ce dernier rôle est assumé par les autorités administratives de districts mais aussi dans certains cas, au niveau régional. Le palier régional a été réduit de 14 à 8 unités. Les « NHS executive programs » doivent passer des conventions avec des prestataires de service même dans les programmes de santé publique comme la surveillance et la prévention des maladies transmissibles.

Mais, la grande originalité du dispositif est le rôle que peuvent assumer les médecins généralistes.

Les généralistes qui sont, depuis la fondation du NHS, porte d'entrée (gate-keeper) du système de soins peuvent devenir des « fund holders » structurant ainsi l'offre de soins spécialisés et d'hospitalisation (au Royaume-Uni, les spécialistes exercent quasi exclusivement à l'hôpital). En effet, les généralistes exerçant en cabinets de groupe peuvent, s'ils le souhaitent, disposer d'enveloppes budgétaires pour financer des soins spécialisés à leurs patients. Le principe est de faire jouer la concurrence entre les structures hospitalières et de sanctionner ainsi les comportements non-efficaces. Au début 1994, environ 1 150 cabinets de groupe avaient choisi d'opter pour cette possibilité, ce qui correspond à un peu plus du quart de la population soignée.

### Gérer les hôpitaux comme des entreprises

L'autonomie de gestion des hôpitaux constitue un corollaire de ce dispositif. Les établissements sont devenus progressivement, par vagues successives, des « fondations autonomes » (trusts) qui ne reçoivent aucun budget du gouvernement et jouissent d'une très grande indépendance. Depuis avril 1994, 95 % des hôpitaux publics ont le statut de trust. Les

directeurs d'hôpitaux sont dans de nombreux cas issus du *management privé*. Le conseil d'administration du trust hospitalier recrute le personnel et fixe librement les rémunérations et conditions de travail.

Les hôpitaux ont la capacité de disposer de leurs actifs, de leurs excédents et d'emprunter librement jusqu'à un certain plafond annuel. Toutefois, le débat sur le degré d'indépendance à accorder aux trusts divise les responsables aujourd'hui. Les directeurs d'hôpitaux réclament une liberté encore plus grande vis-à-vis du ministère central. Ainsi Peter Griffith, ancien directeur du Guy's Hospital, figure de proue de la réforme Thatcher, a exprimé très récemment son souhait de voir fonctionner les trusts hospitaliers sur le modèle du secteur privé non lucratif et sous la seule houlette des autorités locales. Cette proposition a immédiatement été rejetée par le gouvernement.

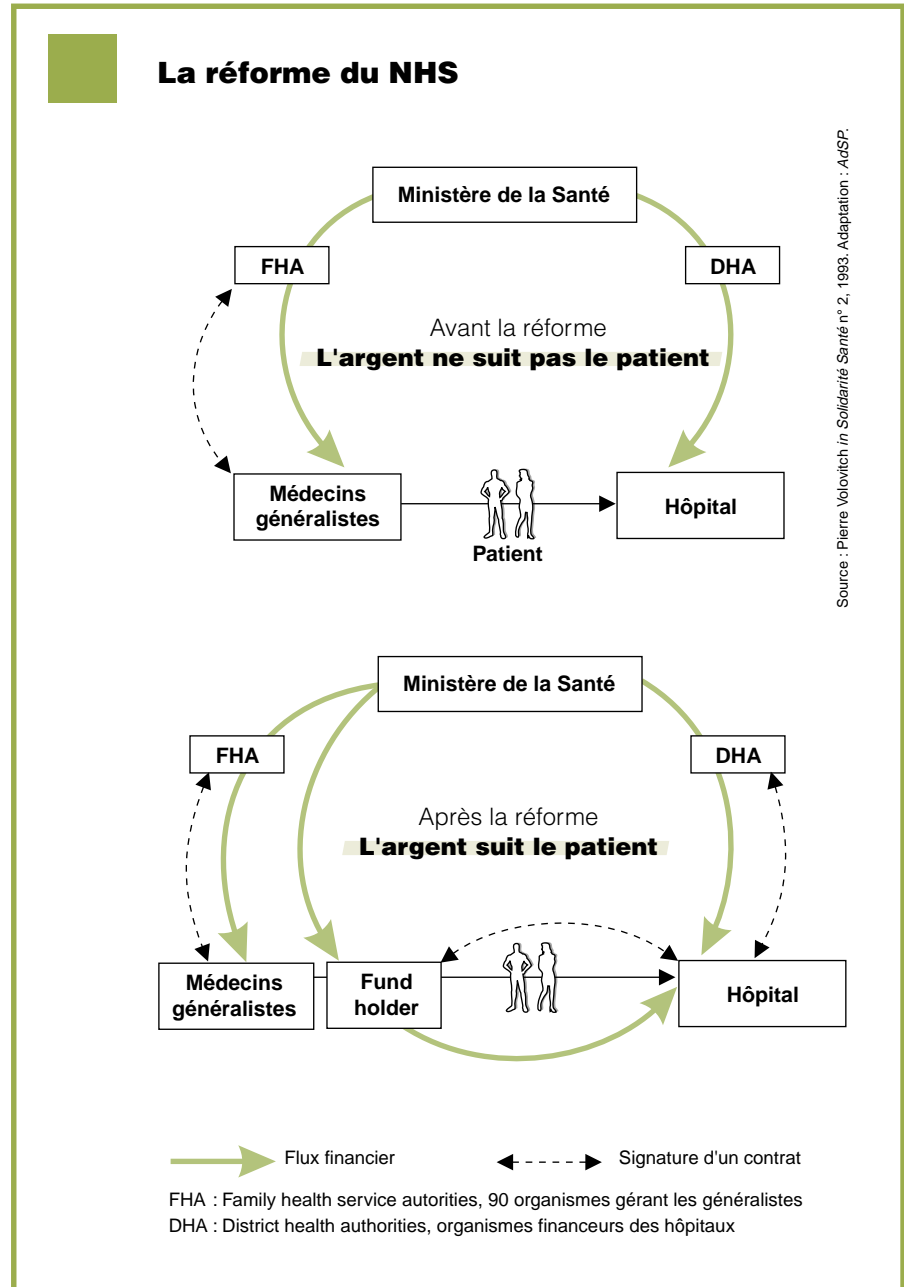
### Les limites du système

Introduire des relations concurrentielles dans un système comme le NHS pose la question de leur légitimité à exprimer les besoins de santé.

Certes, le comportement des prestataires de soins a, sans nul doute, été modifié dans le sens de la recherche d'une certaine rationalité de la gestion et d'une certaine qualité des soins. Des expériences innovantes ont pu être réalisées. Il n'en reste pas moins que certaines carences subsistent et que de nouveaux problèmes apparaissent.

Les listes d'attente, bien qu'en diminution, sont toujours importantes et la Charte des malades promue en 1992 « garanti » des délais allant jusqu'à 2 ans ! Le secrétaire d'État à la santé se félicitait, en février 1993, qu'il n'y ait plus de patients en attente d'une intervention depuis plus de 2 ans.

Un rapport réalisé tout récemment par des chercheurs de l'Université d'York à la demande du secrétaire d'État à la Santé, Madame Virginia Bottomley, et non encore publié officiellement, montre des disparités dans la répartition régio-



nale des enveloppes financières. Les zones les plus pauvres se voient attribuer des ressources insuffisantes dans la mesure où les conventions passées entre acteurs (autorités locales de santé, médecins généralistes, hôpitaux) concernent, de préférence, les zones déjà bien pourvues en structures. Conséquence plus ou moins logique de la réforme !

Ainsi les hôpitaux londoniens sont toujours suréquipés en lits. Le rapport Tomlinson avait démontré que les structures de la capitale présentaient des coûts supérieurs de 45 % à ceux du reste du pays. Londres reçoit 10 % de l'enveloppe nationale hospitalière alors qu'elle n'héberge que 5,3 % de la population.

Autre problème, celui de l'accès aux

soins. Certains malades graves aux traitements longs peuvent avoir des difficultés pour se faire admettre dans un hôpital. En effet, les dispensaires et hôpitaux peuvent hésiter à soigner des malades coûteux comme ceux atteints du sida s'ils n'ont pas établi au préalable un contrat avec le district sanitaire dont ils relèvent.

### L'hospitalisation des malades mentaux

Les mêmes préoccupations se retrouvent dans l'organisation de la santé mentale. Les structures hospitalières, soucieuses de leur budget et atteintes par la politique de réduction des capacités hospitalières, ont tendance à réduire de façon dangereuse (comme plusieurs faits divers l'ont prouvé) les durées de séjour des malades mentaux, renvoyant leur prise en charge aux centres de soins communautaires. Or ces derniers sont mal outillés pour faire face à ce type de malades, même si la réforme des soins de santé communautaires initiée en 1993 donne aux autorités locales le rôle de coordinateur dans ce domaine.

Une enquête réalisée par la Fondation pour la santé mentale montre qu'en septembre 1994 300 000 personnes vivant librement souffrent d'un trouble mental sévère, six fois plus que les malades mentaux hospitalisés.

Le budget du NHS consacré à la psychiatrie est tombé de 15 % du total des dépenses au début des années 80 à 11 % aujourd'hui. Le gouvernement a tout récemment débloqué 4,4 millions de livres pour développer les capacités en lits réservés aux malades psychiatriques, réponse jugée inadéquate par l'opposition politique, insuffisante par les professionnels de santé.

### 40 % des lits de court séjour supprimés

Justement, un des principaux points de discordance actuel entre le gouvernement et la *British medical association* (BMA),

relayée largement par l'opinion publique, concerne la fermeture de lits hospitaliers. Les capacités ont été sensiblement réduites, de 413 000 lits à 231 000 en 1992. Dans le même temps, le nombre de cas traités en chirurgie de jour a augmenté de 398 000 à 1,8 million.

Pour le secrétaire d'État à la Santé, ce sont 40 % des capacités de court séjour qui devraient être fermées dans un délai de 10 ans. L'argument du gouvernement est que cette évolution est rendue inévitable par l'explosion des nouvelles techniques chirurgicales et de la cœliochirurgie plus particulièrement. De plus en plus de soins seraient assurés prochainement dans des centres médicaux ou même au domicile des patients, les hôpitaux devenant des lieux d'expertise et de soins très spécialisés. Cette thèse s'appuie sur un rapport réalisé par les *UK chief nursing officers* qui prédit que, en 2002, 80 % des interventions seront effectuées par cœlio-chirurgie, 60 % en hospitalisation de jour. Autre évolution envisagée par ce même rapport, l'extension des consultations de spécialistes hors des murs de l'hôpital, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, les médecins spécialistes britanniques exerçant quasi exclusivement en milieu hospitalier.

De telles perspectives ont alarmé l'opinion publique britannique et entraîné de vives réactions de la part de la BMA qui conteste la fiabilité des projections effectuées. Pour elle, il convient de tenir compte des besoins spécifiques des personnes âgées dont l'état nécessite généralement des soins rapprochés et longs.

### La qualité des soins

Autre sujet de préoccupation, le modèle développé autour de contrats de prestations de services ne va-t-il pas nuire à la qualité de soins dispensés ? Les autorités sanitaires travaillent ainsi, depuis la mise en place de la réforme, à l'élaboration d'indicateurs de suivi de la qualité. L'évaluation des conséquences de la réforme sur cet aspect, très délicat, sera donc essentielle.

Dans le même esprit, le ministère de la Santé a commandé au centre d'économie de la santé de l'Université d'York des évaluations sur le coût/bénéfice du traitement de certaines maladies. Le nombre d'années de vie gagnées à la suite de certains traitements se retrouve corrélé à l'état de santé ressenti par le malade pour mesurer l'efficacité d'un soin.

Les premiers résultats, rendus publics en octobre 1993, ont fortement inquiété les professionnels de santé ainsi que certains milieux politiques qui craignent la mise en place d'une politique de rationnement pour les traitements médicaux les plus onéreux.

Toutes ces polémiques illustrent en fait un débat plus général : qui, dans le nouveau système anglais, a la légitimité et l'autorité pour définir les services de santé nécessaires pour satisfaire les besoins ? ■

**Laurent Chambaud**

École nationale de santé publique

**Diane Lequet**

**Marc Duriez**

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville