Royaume-Uni

Le *National Health Service* : une institution pérenne en pleine transformation

Odile JOIN-LAMBERT et Florence LEFRESNE

Le *National Health Service* (NHS) est créé en 1948, six ans après la publication du rapport Beveridge qui fixe les grandes lignes du *Welfare State*. Le système de santé repose sur un principe d'universalité et d'uniformité des prestations financées quasi exclusivement par l'impôt. Les affrontements sur la mission propre de l'Etat dans ce système ont été vifs : la question de la délimitation entre la politique publique et la responsabilité privée a été, et continue d'être, une question non résolue. L'histoire des débats sur et à l'intérieur du système de soins au Royaume-Uni met ainsi en évidence des paradoxes qui vont à l'encontre de nombre d'idées reçues. D'abord, l'idée d'une progression linéaire d'un pays sortant de l'obscurité – symbolisée par les *Poor Laws* – pour entrer dans la lumière représentée par le plan Beveridge doit être d'emblée écartée : comme les autres Etats modernes, le Royaume-Uni a connu une économie mixte de la protection sociale en général et du système de soins en particulier, au sein de laquelle l'Etat, les autorités locales, le secteur associatif, la famille et le marché ont joué chacun leur rôle à différents moments. Certains historiens vont plus loin, soulignant que les changements introduits dans les années 1940 n'ont pas tant étendu les dispositifs que transféré le pouvoir des collectivités locales à l'Etat : des conseillers de districts élus aux fonctionnaires et aux personnes nommées par les ministères (Harris, 1995). Ensuite, le système de soins tel qu'il émerge au lendemain de la Seconde guerre mondiale est d'emblée discuté à gauche : la réglementation centralisée du NHS est considérée avec suspicion par le mouvement syndical qui reste fondamentalement attaché à la tradition de négociations collectives libres (*voluntarism*).

En outre, la mise en place de mesures ciblées en faveur des plus défavorisés, opérant un changement dans une politique de soin universaliste, apparaît dès le début des années soixante. Le modèle beveridgien, tel que vu de l'étranger, est en réalité plus complexe qu'il n'y paraît. L'histoire récente des débats et des réformes qui traversent le système de soins britannique donne à voir, en dépit d'une dénonciation récurrente de ses dysfonctionnements, une institution dont la légitimité ne semble pas souffrir de remise en cause mais dont les régulations se transforment, rendant plus poreuses les frontières avec le marché.

Un système uniforme et universaliste : l'âge d'or du consensus (1948-1964)

Recommandant de faire l'œuvre d'une époque révolutionnaire, c'est-à-dire de ne pas tenir compte des groupes d'intérêts qui verront leurs avantages remis en cause, le plan Beveridge de 1942 vise à promouvoir un compromis entre la tradition pluraliste des petites institutions de sécurité sociale de base telles qu'elles s'étaient développées au cours des cinquante précédentes années (durant lesquelles le NHS reposait sur un réseau de collectivités locales et d'hôpitaux bénévoles) et un système étatique centralisé et complet fondé sur l'uniformité et l'universalité (Harris, 2001). Il justifie une intervention plus étendue de l'Etat dans la vie sociale dans la mesure où celle-ci ne porte pas atteinte à l'initiative individuelle [1]. La mise en place des réformes inspirées de Beveridge supprime toute participation des syndicats et des sociétés de prévoyance, entraînant le déclin des sociétés mutualistes. Le cadre est unifié et centralisé, rompant avec la logique des *Poor Laws* gérées au niveau local et de manière dispersée. Le plan est conçu comme un programme étendu mais minimal de protection sociale destiné à couvrir uniquement les besoins de subsistance. Il laisse une large place à l'épargne personnelle et à l'assurance volontaire pour dépasser le niveau des prestations ou couvrir des risques particuliers (Kerschen, 1995). De fortes pressions sont exercées pendant toute l'année 1942, notamment par les associations de praticiens médicaux, pour contraindre Beveridge à limiter la portée de ses principes universalistes. Le refus d'une tutelle publique, les témoignages d'aversion pour les contacts personnels avec l'administration ainsi que l'attachement tenace aux anciennes notions de vie privée et de liberté personnelle se manifestent de maintes façons (Harris, 1993). Des pressions sont aussi exercées par le mouvement syndical décidé à éviter que les prestations forfaitaires uniques, souvent très importantes, accordées aux victimes d'accidents du travail, ne soient abandonnées pour laisser la place à un système généralisé de prestations de subsistance. Toutefois dès avant la sortie du rapport Beveridge, les dirigeants du TUC exigent un régime d'assurance national complet, finalement adopté par Beveridge (Harris, 1995). Le soutien des associations d'électeurs travaillistes au plan et à sa mise en œuvre par le gouvernement travailliste va dans le même sens.

Le consensus entre le TUC et le gouvernement est fondé sur l'échange entre un engagement de modération salariale et une extension de l'aide sociale, qui va durer jusqu'à la fin des années 1950. La création du NHS, l'extension des repas scolaires gratuits et l'introduction de cantines d'entreprises, la politique de logements sociaux, et surtout l'engagement de l'Etat en faveur du plein emploi facilitent l'émergence d'une attitude « coopérative » dans les négociations salariales (Whiteside, 1995).

A partir de 1951 cependant, la législation adoptée par le gouvernement conservateur ouvre une brèche importante dans le système beveridgien en introduisant des cotisations et des prestations calculées en fonction des revenus, en encourageant les assurés sociaux à compléter leur pension publique par une affiliation à des

1. Daniel Pépy (1945), « Un projet anglais, le plan Beveridge », *Droit social*.

régimes privés et en concentrant les efforts publics sur la pauvreté. Le début des années 1960 est en effet marqué par la « redécouverte » de la pauvreté et la mise en avant de lacunes dans le financement de la sécurité sociale généralisée. Les ministres chargés de la sécurité sociale dans les années 1960 sont soumis à une pression croissante de la part de certains groupes de gauche aussi bien que de droite, et tentent de donner satisfaction aux demandes provenant des deux côtés, non pas par des dépenses massives destinées à élargir la nature universaliste du système, mais par une concentration des ressources sur les pauvres, solution beaucoup moins onéreuse (Harris, 2001).

Une inflexion du système de protection sociale (1964-1979)

La législation de 1964 consacre pour la première fois l'utilisation de l'assistance publique en complément des prestations de l'assurance sociale, marquant le retour à la sélectivité et aux prestations soumises à condition de ressources plutôt qu'à l'assurance généralisée. Sur le plan financier, on assiste à partir de 1964 à une diminution constante de la proportion des prestations de sécurité sociale versées dans le cadre de l'assurance nationale, et à une augmentation de la proportion octroyée sous condition de ressources par l'assistance sociale (contrairement à la France ou à l'Allemagne où les proportions pendant les années 1960 et 1970 évoluent dans le sens opposé). Ainsi, l'héritage de la conception universaliste du système de soin se trouve ébranlé. La recrudescence du chômage de masse, phénomène que Beveridge avait considéré comme étant plus que tout autre fondamentalement incompatible avec une sécurité sociale universaliste, déstabilise le système. Le Royaume-Uni est ainsi parmi les premiers pays à entamer une politique de repli de l'Etat providence, caractérisée par des mesures de réduction des prestations et de ciblage en faveur des plus démunis.

Dans ce contexte, l'efficacité du NHS est sérieusement mise en cause par l'allongement des listes d'attente pour avoir accès aux soins hospitaliers (Paquy, 2003). Le problème des inégalités d'accès est également posé avec la parution, en 1970, de l'ouvrage de Peter Downsend, *Inequalities in Health,* montrant que la mortalité socioprofessionnelle varie de 1 à 7 au sein d'un système universel de santé. Néanmoins, les sondages d'opinion réalisés auprès des consommateurs au cours des années 1970 traduisent un profond attachement de la population britannique au NHS, resté, parmi les services publics, celui qui jouit de la plus forte popularité. Durant cette décennie, le gouvernement tente (à la suite d'une commission d'enquête au milieu des années 1970 sous le gouvernement travailliste) – avec l'appui du puissant syndicat Unison, le plus implanté dans le NHS – de revenir sur la concession accordée aux praticiens au lendemain de la Seconde guerre mondiale, selon laquelle les médecins spécialistes et les chirurgiens disposent de lits privés dans les hôpitaux [1]. Tandis que les grands patrons des hôpitaux s'émeuvent, les syndicats ouvriers

1. Les spécialistes sont autorisés à exercer une activité libérale au sein de l'hôpital, à condition que les revenus qu'ils en tirent n'excèdent pas 10 % de leur rémunération de fonctionnaire. Deux tiers d'entre eux bénéficient de cette disposition.

reprochent au cabinet travailliste de ne pas mettre fin assez vite à cette pratique libérale dans le cadre du secteur public. Mais de fait, durant cette décennie, les principales réformes engagées ne concerneront que la dimension administrative du NHS (modalités de planification et d'allocation des ressources sur le territoire). Trois échelons administratifs sont retenus : l'échelon central du ministère coiffant celui des 14 autorités régionales contrôlant lui-même 192 districts sanitaires.

La véritable rupture des années 1970 concerne plus largement l'ébranlement du compromis central entre gouvernement travailliste et TUC sur l'équilibre entre l'économie de marché et l'Etat social. Le contrat social proposé par le gouvernement passe en effet par de nouvelles modérations salariales en contrepartie de fortes dépenses sociales engagées par l'Etat, en appui des plus démunis. Les multiples grèves de l'hiver 1978-1979 reflètent le rejet de cette proposition par de nombreux syndicats. Et la victoire de M. Thatcher aux élections de 1979 peut s'expliquer en partie par un glissement à droite du vote des ouvriers qualifiés et plus généralement des classes moyennes, pour qui le rapport entre prélèvements obligatoires et prestations sociales apparaît de plus en plus pénalisant (Southall, 1995).

Dès lors, les problèmes du système de santé vont être appréhendés par le nouveau gouvernement conservateur exclusivement à l'aune de deux éléments : les coûts de la protection sociale qu'il faut diminuer pour réduire les déficits publics (les dépenses de la santé financées à 90 % par l'impôt [1] et gérées par l'Etat central), conformément à l'orthodoxie libérale, et l'efficacité du système qu'il faut accroître, sous la pression d'un rationnement de l'offre de soins.

La réforme conservatrice : régulations concurrentielles au sein du NHS

L'alternance politique fournit l'occasion d'une réforme importante du NHS, préconisée par le Livre blanc sur la santé de 1989 et impulsée, en 1991, par le gouvernement Major. Alors que la faiblesse des crédits alloués à la santé est inlassablement dénoncée par les syndicats et l'ensemble de la profession (engorgement des hôpitaux, délais d'attente particulièrement longs [2]), la réforme préconise une régulation des dépenses à travers un double principe d'autonomie budgétaire et de mise en concurrence des prestataires de soins, dans un contexte de réduction de la pression fiscale [3]. Les nouvelles règles du jeu mettent en scène deux types d'acteurs : les acheteurs et les fournisseurs de soins et crée ainsi un « marché interne » de la santé. Les acheteurs sont, d'une part, les autorités sanitaires des districts (aire couvrant environ 500 000 personnes) et d'autre part, des médecins généralistes devenus gestionnaires (*general practitioner fundholders)* couvrant chacun une aire de 5 à 10 000 inscrits. Les fournisseurs de soins sont constitués des

1. Rappelons qu'au Royaume-Uni, 80 % des ménages sont assujettis à l'impôt sur le revenu contre 45 % en France.
2. Au début des années 1990, le délai moyen pour une opération de la cataracte dans le secteur public est de deux ans. Il n'a guère été réduit depuis.
3. La pression fiscale sur le revenu des personnes physiques est passée de 13,5 % en 1975 à 9,5 % en 1996 (Le Cacheux, 1997).

médecins généralistes pour les soins primaires et des hôpitaux pour les soins dits secondaires i.e. nécessitant un spécialiste [1] ou une hospitalisation. L'enjeu de la réforme est de passer de relations administratives verticales à des relations contractuelles ayant pour objectif de mieux réguler les dépenses et de favoriser la performance. Chaque autorité sanitaire locale est chargée d'acheter des soins hospitaliers pour les patients de son district (le budget alloué par district repose sur des critères démographiques) ; elle passe ainsi des contrats avec les hôpitaux pour la fourniture d'un certain panier de soins. Ces hôpitaux ont acquis, par la réforme, un statut indépendant de *NHS trusts* leur permettant de réinvestir leurs éventuels bénéfices, de constituer des réserves en capitaux et de négocier les conditions d'emploi localement. La mise en concurrence entre les *trusts*, mais aussi entre hôpitaux et établissements privés a pour objectif de garantir l'allocation optimale des ressources. La réforme permet également aux généralistes qui le souhaitent de gérer le budget que leur alloue l'Etat en négociant les prestations des *NHS trusts* auxquels ils recourent pour les soins dits secondaires. En 1998, on estime qu'environ 50 % des généralistes sont inscrits auprès d'un *GP – fundholder*. L'effet attendu de cette autonomisation est double : d'une part, les généralistes ont intérêt à s'organiser en cabinets de taille importante (au-dessus de 7 000 patients) afin de diminuer les coûts de gestion et d'équipement ; d'autre part, la tentation est grande, pour ces cabinets, de prendre en charge de plus en plus de soins autrefois assumés par l'hôpital, dans l'hypothèse où une structure plus légère peut faire face, de façon plus souple et plus rentable à certains types de soins. Les GP (ou les districts) sont ainsi incités à réaliser des bénéfices sur le budget qui leur est alloué [2]. Et inversement, s'ils le dépassent, ils encourent le risque de repasser sous la tutelle directe des autorités centrales. Cette réforme introduit donc des relations contractuelles fortes entre praticiens et fournisseurs de soins ; les premiers deviennent de fait les principaux régulateurs du système de santé.

L'intéressement des GP aux résultats n'est pas à l'abri d'effets pervers largement dénoncés par les syndicats : la tentation existe en effet, de la part de ces gestionnaires, de rogner sur les soins « achetés » pour accroître leurs propres marges de manœuvre, les excédents pouvant être réinvestis dans leur cabinet. L'équilibre entre la rationalisation des soins et la qualité du service s'en trouve fragilisé, d'autant que l'évaluation des pratiques médicales exercée par les autorités de districts (*Family Health Service Authority*) porte essentiellement sur le niveau des prescriptions et peu sur le suivi des soins prodigués [3]. Si la réforme a per-

1. Jusqu'à une période récente, les médecins spécialistes travaillaient uniquement en hôpital, le patient ne pouvant accéder à une consultation de spécialiste que sur prescription du généraliste.
2. Les marges budgétaires réalisées n'alimentent toutefois pas la rémunération individuelle des praticiens. Celle-ci est établie, pour 60 % environ, en fonction du nombre de leurs patients inscrits (capitation), et pour le reste, par des primes liées à la densité des soins (incitation à prendre plus de patients) et à la réalisation d'objectifs en matière de prévention.
3. L'évaluation réalisée par l'*Audit Commission* en 1996 montre toutefois que les bénéfices des *GP-fundholders* sont restés inférieurs au coût de mise en place de leur autonomie budgétaire, ce qui nuance grandement l'impact de cette nouvelle forme de régulation.

mis dans une certaine mesure de décongestionner l'hôpital pour les interventions légères désormais transférées aux unités de soins de ville, en revanche, la prise en charge des thérapies plus lourdes par les hôpitaux reste problématique. Il n'est pas rare en effet de voir généralistes et hôpitaux se « renvoyer » les malades pesant plus lourdement sur leurs budgets respectifs. Dans ce cas, l'arbitrage est réalisé par l'autorité sanitaire de district, ce qui prend du temps, au détriment du traitement du patient. Si les hôpitaux publics ont la possibilité d'acquérir une autonomie gestionnaire, leurs marges de manœuvre restent toutefois contenues dans leurs ressources budgétaires presque toujours insuffisantes, alors que les soins hospitaliers absorbent les trois quarts des dépenses de santé.

Au total, la réforme n'a pas permis de résoudre les difficultés chroniques du système de santé en manque d'investissement depuis plus de vingt ans. La pénurie de places dans les hôpitaux, les dentistes débordés par la demande, et les files d'attente interminables pour des opérations pourtant banales sont régulièrement dénoncées par la presse. En décembre 2001, plus d'un million de personnes attendaient pour entrer à l'hôpital [1] (dont 30 000 depuis plus d'un an). L'offre de soins demeure insuffisante : 1,7 médecin pour 1 000 habitants en 1998, contre 3,4 en Allemagne et 3 en France ; 2,4 lits pour 1 000 habitants contre 6,6 en Allemagne et 4,3 en France (OCDE, 2001).

La réforme travailliste : nouvelle architecture et hausse des dépenses

Dans sa campagne législative précédant son arrivée au pouvoir en 1997, le Labour Party condamne clairement le principe du « marché interne » de la santé. L'un des principaux axes du *New NHS* [2], alors préconisé, réside dans la mise en place d'une nouvelle instance de régulation qui se substitue aux *GP-fundholders* : les *Primary Care Trusts* (PCT), placés sous la responsabilité de « comités de soins de première ligne ». Ces derniers sont constitués, au niveau local, de praticiens, médecins ou infirmiers ainsi que de représentants des autorités chargés d'élaborer des politiques de santé au profit des populations locales. Le budget alloué reste fondé sur un principe de capitation, chaque comité ayant sous sa tutelle une population d'environ 100 000 personnes susceptibles d'avoirs accès à l'hospitalisation, aux services divers de santé, et aux prescriptions médicales. Les PCT constituent les échelons locaux du NHS ; ils associent contractuellement l'ensemble des médecins généralistes, disposent de pouvoirs importants et gèrent 75 % du budget du NHS. Les anciennes autorités de district sont remplacées par des *Strategic Health Authorities* exerçant des fonctions de pilotage du système et non plus d'acheteurs de soins. Par ailleurs, une série d'initiatives est prise afin d'accroître la qualité des soins, sous l'autorité du National Institute for Clinical Excellence, créé à cette fin et chargé de veiller à l'égalité de la qualité des soins sur le

1. Selon le *Clinical Oncology* (juillet 2002), 20 % des Britanniques atteints d'un cancer du poumon ne pourraient pas être traités, à cause d'un stade trop avancé en raison des délais d'attente dans les hôpitaux.
2. Secretary of State for Health, *The New NHS: Modern, Dependable*, Stationery Office, London, 1997.

territoire. Cette nouvelle architecture est accompagnée d'un plan pour le NHS [1], annoncé en 2000 et placé au cœur de la campagne législative de 2001. Ce dernier prévoit d'intenses efforts budgétaires en investissements et en emplois publics (Volovitch, 2002).

L'objectif est d'amener en vingt ans les dépenses de santé au niveau européen. Ces dernières passeraient de 7,8 % du PIB en 2001 (6,5 % pour le système public – NHS et 1,3 % pour les dépenses privées) à 9,4 % en 2005, pour se situer autour de 10 % du PIB en 2020. Les dépenses du NHS s'élèveraient alors de 65,4 milliards de livres [2] à plus de 100 milliards en 2005, puis à 150 milliards en 2020. Depuis 2001, un programme sans précédent de construction d'hôpitaux a été engagé. En 2003, plus de 60 000 emplois nouveaux ont été programmés dans le NHS, qui, avec un million de salariés, constitue le premier employeur national. Un plan de revalorisation des salaires est par ailleurs engagé (*cf. infra*). Pour financer la hausse des dépenses, le principe du financement public est réaffirmé avec vigueur ; le budget 2003-2004 prévoit un accroissement d'un point de pourcentage de la cotisation d'assurance maladie (*national income contribution*) appliquée aux salariés, aux employeurs et aux indépendants. Notons que la hausse des prélèvements à laquelle Tony Blair et son ministre de l'Echiquier, Gordon Brown, ont longuement préparé l'opinion publique, n'a soulevé de contestation que dans le camp conservateur.

Ce chantier ambitieux s'inscrit dans un horizon de long terme [3] qui prend en compte les besoins en formation de chaque catégorie de soignants, en lien avec une redécoupage possible de leur champ de compétence (extension du champ des généralistes et de celui des infirmières qui pourraient à terme prendre en charge 20 % des actes médicaux aujourd'hui réalisés par des médecins). Il mise également sur des transformations structurelles telles que la responsabilisation des populations, le développement de la prévention et articule la lutte contre les inégalités et la pauvreté à la politique de santé. Si la réaffirmation d'un principe de service public est placé au cœur de la réforme, certaines orientations témoignent toutefois d'une imbrication croissante entre le NHS et le marché. Un document publié en 2002 [4] avait déjà jeté le trouble en introduisant un ensemble de mécanismes renouant avec les régulations concurrentielles internes pourtant initialement condamnées par Tony Blair.

Entre Beveridge et le marché : l'expérience d'une troisième voie pour le NHS ?

A partir d'avril 2003, les PCT sont encouragés à mettre en concurrence leurs fournisseurs de soins, par une politique de contrats « au coup par coup » permettant d'identifier pour chaque type de soins re-

1. Secretary of State for Health, *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*. Cm 4818-I. Stationary Office, London, 2000.
2. Le taux de change est d'environ 1,4 euro pour 1 livre sterling.
3. *Cf.* Rapport Wanless (2002), « Securing Our Future Health, Taking a Long Term View », www.hm.treasury.gov.uk
4. Department of Health, *Delivering the NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform*. Cm 5503. Stationary Office, Norwich, 2002.

quis la nature des services proposés. L'indicateur de concurrence officiellement retenu conjugue qualité et rapidité des soins. En principe et jusqu'à présent, la compétition par les prix est exclue, ces derniers restant fixés par l'administration. La dynamique concurrentielle est encouragée par la possibilité nouvellement offerte au patient de choisir son praticien. Ce principe doit pouvoir s'exercer grâce à la transparence de l'information concernant la qualité des soins dispensés au plan local. Ce sont les comités de soins de première ligne qui ont en charge de publier des indicateurs de qualité, ces critères étant contrôlés par une commission d'inspection et d'audit chargée d'évaluer la qualité des soins. Depuis juillet 2002, les patients ayant attendu plus de six mois pour une opération à cœur ouvert ont la possibilité de changer de clinicien et d'hôpital. Les conditions de choix des hôpitaux par les patients ont encore été assouplies.

Un régime de « concordat » est mis en place entre le NHS et le secteur privé de la santé. Les hôpitaux du NHS ainsi que les PCT pourront ainsi constituer des *joint ventures* avec des hôpitaux ou des centres de soins privés. Ainsi, le *trust* qui regroupe l'ensemble des hôpitaux du nord-ouest de Londres est désormais financé à hauteur du tiers de ses ressources dans le cadre de cette *Private Finance Initiative*. En novembre 2003, le NHS a signé un contrat de 75 millions de livres avec Bouygues pour la construction d'un établissement ultramoderne à Central Middlesex, premier d'une série de 29 hôpitaux entièrement financés sur fonds privés. Bien que le NHS demeure service public, il sera désormais possible afin de réduire les listes d'attente, d'avoir recours aux cliniques privées sur financement public dans le cas d'interventions soumises à des listes d'attente trop importante (60 000 personnes concernées).

Par ailleurs, une autonomie budgétaire est accordée à certains hôpitaux du NHS accédant ainsi au statut de *foundation hospitals.* Les 304 hôpitaux du NHS ont à cette fin été classés en fonction d'un ensemble de critères de performance selon une échelle de 1 à 3 étoiles. Parmi les 68 titulaires du label 3 étoiles, une douzaine – constituant la première vague de fondations – se sont vus octroyés un statut d'établissement d'intérêt public leur permettant de gérer leurs propres actifs notamment à travers des placements financiers, de choisir leur financeurs, et de créer de nouvelles structures hospitalières haut de gamme. Les conseils d'administration de ces fondations sont constitués de représentants du monde professionnel et d'élus locaux, de représentants des PCT et même de patients (long séjour).

Au total, la frontière semble bien ténue entre les formes de régulation introduites par les conservateurs et l'architecture nouvelle proposée par le *New Labour*. L'autonomie budgétaire des *trusts* du NHS avait été dénoncée comme une trahison par les travaillistes… qui la remplacent par celle, élargie, des nouvelles fondations. Le principe du marché interne au NHS était jugé facteur d'inégalités d'accès au soin ; la mise en concurrence des organismes de soins par les PCT devient, elle, source d'efficacité et de qualité. Le principal argument réside dans la mise en avant d'une compétition par la qualité et non par les prix. Il y a néanmoins bien peu de travaux pour démontrer l'efficacité de ce critère (Richard, Gillam, 2003). Les prix fixés au niveau régional ne reflétant pas les coûts réels risquent d'introduire des distorsions significatives dans l'allocation des ressour-

ces. Certains organismes de soins pourront faire valoir la qualité de leurs prestations, sans pouvoir résister financièrement aux coûts induits qui peuvent excéder les prix administrés. Ils risquent alors d'être contraints, dans un second temps, de supprimer les activités déficitaires qui deviendront déficientes au plan régional.

Le poids du financement public des dépenses demeure une caractéristique forte du système de santé britannique ; cette part est plus élevée dans les autres systèmes européens (84,3 % contre 78,8 % en Allemagne et 76,2 % en France (OCDE, 2000). Néanmoins, les assurances privées gagnent du terrain : en 2002, près de 7 millions de Britanniques sont couverts par une assurance privée, c'est-à-dire quatre fois plus qu'en 1970, principalement par le biais de leur employeur. Ces assurances ont toutefois un coût prohibitif qui en limite l'accès (jusqu'à 400 livres par mois). Du côté de l'offre, la médecine libérale s'étend ainsi que les organismes de soins privés tels que le BUPA (British United Provident Association) qui signe ses propres conventions d'association avec les hôpitaux autonomes du NHS. L'assurance maladie privée ne donne droit à aucun abattement fiscal (hormis pour les personnes âgées). L'avantage pour le souscripteur réside dans la réduction du délai d'attente du service national de santé et dans la possibilité qui lui est alors donnée de choisir le fournisseur de soins. Le marché y est particulièrement concentré : les cinq premières compagnies d'assurance recueillent 90 % des primes. Trois nouvelles formes d'assurance sont apparues dans les années 1990 : l'assurance incapacité (*permanent health insurance*) est proposée sous la forme d'une rente pour ceux qui, à la suite d'une maladie, se trouvent privés de leur emploi. La deuxième prévoit le versement d'un capital en cas de maladie invalidante grave (*critical illness* : infarctus, pontage coronarien, insuffisance rénale, cancer, attaque cérébrale). Le nombre de ces contrats a considérablement progressé pendant les deux dernières décennies. En dernier lieu, l'assurance dépendance (*long term care*) se développe également fortement, en lien avec l'insuffisance des pensions de retraites.

Des enjeux de négociation collective

Si le TUC est largement favorable aux dépenses massives nouvellement injectées dans le NHS et appuie le choix du recours à l'impôt, il demeure particulièrement attentif à deux questions qui ne sont pas sans lien : celle de la place du secteur privé et celle de l'évolution des conditions salariales et d'emploi des personnels. Un thème majeur de conflit concerne la mise en place des *foundation hospitals*, à laquelle les syndicats de la santé sont unanimement opposés. Cette position est résumée par le secrétaire général du TUC, Brendan Barber, qui redoute d'une part un accroissement des inégalités d'accès aux soins et d'autre part un dualisme dans les conditions de rémunération et d'emploi au sein du NHS. Par ailleurs, la contractualisation croissante avec des organismes privés induit des risques de *dumping* social, dont le recrutement de personnels de santé étranger constitue l'un des vecteurs. Au printemps 2004, la conférence annuelle des syndicats du secteur public a placé au centre de ses débats la question du recours aux personnels soignants étrangers pour faire face aux pénuries de main-d'œuvre qualifiée. Depuis 2001, 40 000 infirmières en provenance des

Philippines, d'Inde et d'Afrique du Sud sont venues exercer leur métier au Royaume-Uni. Leur recrutement s'opère principalement par le biais d'agences privées qui utilisent les visas d'étudiants comme canal d'entrée et soumettent ces travailleuses qualifiées à des conditions de travail et de rémunérations très en dessous des standards du NHS (au-dessus de 60 heures hebdomadaires pour 4,74 livres de l'heure). Ces pratiques sont par ailleurs souvent exercées en violation des accords intergouvernementaux destinés à protéger les pays en voie de développement d'une hémorragie de leurs personnels qualifiés. Le TUC s'est prononcé en faveur d'une égalité de traitement et de conditions de travail que seule l'intégration au sein du NHS permettrait de garantir, dans le respect des accords intergouvernementaux. Néanmoins, le recours croissant, à travers les diverses formes de contractualisation du NHS à des prestataires privés, accentue ces risques de dumping social interne.

La réforme menée en grande partie sur un plan institutionnel est désormais confrontée à des enjeux de négociation collective. Depuis 2000, les négociations ont été ouvertes entre le ministère de la Santé, les employeurs du NHS et les 17 syndicats concernés pour parvenir à un projet cadre concernant un nouveau système de rémunération, de conditions d'emploi et de pratiques professionnelles couvrant l'ensemble du NHS. Ce projet a débouché sur des accords catégoriels dont la majorité ont été signés au printemps 2003 et dont la mise en application a débuté à l'automne 2004. Les accords prévoient une croissance immédiate du salaire de base de 3,2 %, première étape d'une croissance de 10 % garantie sur trois ans. Pour certaines catégories, notamment les infirmières, cette croissance atteindra 15,8 % en trois ans. Les grilles de salaire seront simplifiées pour l'ensemble des 650 « grades » différents – relevant jusqu'à présent de 11 instances de négociation distinctes. Une progression salariale annuelle sera assurée à chacun, sous condition d'une évaluation des performances. Des garanties de progression identique de carrière et d'égalité de rémunération sont apportées aux salarié(e)s à temps partiel. Des primes de « rétention » seront accordées aux personnels acceptant d'être recrutés dans des zones de sous-emploi chronique du personnel concerné. Par ailleurs, l'accord prévoit une norme de temps de travail de 37,5 heures hebdomadaires sur laquelle pourrait converger l'ensemble du personnel sur un horizon de 7 ans, ainsi qu'un encadrement plus strict des heures supplémentaires et une homogénéisation « par le haut » des congés.

Les réactions à l'accord sont contrastées. Si le principal syndicat des infirmières, RCN (Royal College of Nursing) ainsi que celui des sages-femmes (Royal College of Midwives) [1] se sont montrés les plus favorables, les syndicats généraux de la santé, Unison, TGWU (Transport and General Workers Union) ou encore, le syndicat Amicus, issu du regroupement de plusieurs syndicats de métiers, ont témoigné d'une plus grande prudence compte tenu de l'hétérogénéité de leurs adhérents, préconisant une expérimentation locale de l'accord avant une ratification définitive.

1. Ni le Royal College of Nursing, ni le Royal College of Midwives ne sont affiliés au TUC. Le second entretient toutefois des relations très étroites avec le TUC.

La négociation s'avère beaucoup plus conflictuelle avec la première organisation professionnelle des praticiens, généralistes et spécialistes-hospitaliers, BMA (British Medical Association) [1]. Après de long mois de négociations, les généralistes ont ratifié, en juillet 2003, un nouveau contrat avec le NHS qui, dans un contexte de pénurie de la profession, garantit une croissance de 26 % de leur rémunération nette, étalée sur les trois prochaines années. Le contrat prévoit toutefois en retour qu'une partie de la rémunération soit conditionnée à une évaluation des pratiques médicales et à un engagement à orienter moins systématiquement les patients vers les hôpitaux pour des soins courants. Les consultants en hôpital sont de loin les plus hostiles à la réforme. L'accord les concernant prévoit une croissance de 20 % de leur rémunération, mais il maintient des limites – jugées trop restrictives par la profession – à l'exercice d'une activité libérale parallèle, ainsi qu'un contrôle accru des heures effectuées au sein du NHS. Du coup, les médecins hospitaliers mettent en avant le recours inévitable aux médecins étrangers et symétriquement la « fuite des cerveaux » qu'induit cette disposition restrictive [2]. Un compromis semble pouvoir être atteint sur la base d'une bonification de salaires pour ceux qui travaillent davantage pour le NHS.

Le sens de la réforme profonde dans laquelle est engagé le NHS ne saurait être réduit à une lecture univoque. D'un côté, le Royaume-Uni offre l'exemple d'une véritable relance des dépenses publiques, grâce aux marges de manœuvre que lui autorise sa politique budgétaire (et monétaire) maintenue indépendante. Le NHS – dont la mission de service public et le financement par l'impôt sont réaffirmés – fait l'objet d'un engagement de dépenses sans précédent. De l'autre côté, la réintroduction d'un quasi-marché de la santé ainsi que l'ouverture à des financements privés introduisent des contradictions inévitables et suscitent la crainte des principaux syndicats. Dans ce contexte, la méthode choisie par le gouvernement s'appuie partiellement sur la négociation – certes morcelée, reflétant en cela les diverses composantes du système – mais seule susceptible d'assurer une légitimité aux processus en cours. C'est sur cette légitimité et sur les premiers signes tangibles de réussite de la réforme pour la population que Tony Blair joue en grande partie sa réélection pour un troisième mandat, au printemps 2005.

Ainsi, au fil de l'histoire, les tensions et les débats entre acteurs du système de santé (Etat central, autorités locales, institutions de base, syndicats, médecins) ont plutôt abouti à conforter le NHS comme institution publique pérenne et centrale dans la vie britannique. En dominante, depuis les années 1960, le financeur étatique demeure. Néanmoins, la percée d'un secteur privé d'assurances complémentaires, certes encore limitée, ne peut être tout à fait négligée comme tendance. De même que la place croissante accordée aux régulations marchandes, au gré des réformes conservatrice et travailliste, pose la question de l'avenir du ser-

1. La British Medical Association n'est pas affiliée au TUC.
2. Notons que c'est pourtant au Royaume-Uni qu'avaient choisi de manifester les chirurgiens français avant que le ministre de la Santé n'octroie, fin août 2004, une revalorisation de leurs actes.

vice public de santé. Alors que la plupart des autres services publics ont déjà été largement démantelés, et que le conflit entre le parti travailliste et certains syndicats sur ce thème s'est aiguisé depuis 2001, il y a là un enjeu essentiel pour le TUC qui n'a pourtant jamais eu de rôle institutionnel au sein du NHS : à côté des intérêts des professionnels de la santé, il s'agit de défendre un idéal d'égalité d'accès à des soins de qualité, comme bien public.

Sources :

Harris J. (1995), « Contrat et citoyenneté dans la protection sociale : 1934-1948 », *in* MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe,* vol. 1 : rencontres d'Oxford, Paris, MiRe.

Harris J. (1993), *Private Lives Public Spirit. A Social History of Britain, 1879-1914*, Oxford, Oxford University Press.

Harris J. (2001), « Le cas de la Grande-Bretagne », *in* Comité d'histoire de la Sécurité Sociale, *Un siècle de protection sociale en Europe,* Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité Sociale.

Kerschen N. (1995), « L'influence du plan Beveridge sur le plan de sécurité sociale français en 1945 », *in* MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe,* vol. 1 : rencontres d'Oxford, Paris, MiRe.

Le Cacheux J. (1997), « Réformes fiscales dans les pays de l'OCDE », *Revue française de finances publiques*, novembre.

Lefresne F. (1993), « Réforme du système de santé britannique », *IRES Chronique internationale*, 20, janvier.

Paquy L. (2003), *Les systèmes européens de protection sociale en perspective*, rapport de synthèse, série MiRe-études.

Richard L., Gillam S. (2003), « Back To The Market : Yet More Reform Of The National Health Service », *International Journal of Health Services*, Volume 33, Number 1, pp. 77-84.

Southall H. R. (1995), « Ni Etat ni marché. Les premières prestations sociales en Grande-Bretagne », *in* MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe,* vol. 1 : rencontres d'Oxford, Paris, MiRe.

Volovitch P. (2002), « Le gouvernement britannique affiche sa volonté de financer une ambitieuse réforme du système de santé *», Chronique internationale de l'IRES*, 76, mai.

Whiteside N. (1995), « La recherche du consensus : politiques des revenus salariaux et sociaux dans la Grande-Bretagne de l'après-guerre », *in* MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe,* vol. 1 : rencontres d'Oxford, Paris, MiRe.

Sur le suivi des négociations : site http://www.eurofound.eu.int