

# Le National Health Service : une institution phare en pleine transformation

Anémone Kober-Smith

DANS **INFORMATIONS SOCIALES** 2010/3 n° 159 , PAGES 70 À 79

ÉDITIONS **CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES**

ISSN 0046-9459

DOI 10.3917/inso.159.0070

Date de mise en ligne : 03/08/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-3-page-70?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Caisse nationale d'allocations familiales.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Le *National Health Service* : une institution phare en pleine transformation

Anémone Kober-Smith – angliciste et spécialiste des politiques de santé britanniques



*Créé en 1948, fleuron de l'État-providence britannique, le National Health Service (NHS) (service national de santé) a été fondé sur trois principes : l'universalité, la gratuité et l'accès à des soins complets. Ceux-ci ont globalement survécu aux importantes réformes des années 1980 et 1990, et le NHS a même bénéficié depuis 2000 de moyens en hausse, contrairement à d'autres services publics. Toutefois, le contexte de crise financière et économique et la tenue d'élections législatives en 2010 rendent son avenir incertain.*

Face au vieillissement de la population, aux progrès de la médecine et à l'accroissement des inégalités socio-économiques, la question de l'accès aux soins et de leur qualité est au cœur des débats sur le rôle de l'État et la place accordée au secteur public dans les sociétés modernes. Au Royaume-Uni, le *National Health Service (NHS)*, créé en 1948, est l'une des pièces maîtresses de l'État-providence beveridgien <sup>(1)</sup> d'après-guerre. Il repose sur trois principes fondateurs : l'universalité, la gratuité pour l'utilisateur et des soins complets. À la différence d'autres systèmes de santé créés à la même époque, le *NHS* est majoritairement financé par l'impôt plutôt que par l'assurance. Reflétant la place qu'il occupe, les dépenses de santé sont très majoritairement publiques au Royaume-Uni – près de 82 % en 2007 contre 79 % en France, 77 % en Allemagne et 45 % aux États-Unis (OCDE, 2009). À l'inverse, la place occupée par le secteur privé est faible, même si elle augmente régulièrement depuis une trentaine d'années. Ainsi, moins de 5 % de la population était affiliée à une assurance privée en 1979 contre environ 11 % en 2001 <sup>(2)</sup> (*Office of Health Economics*, 1995 ; Wallis, 2004).

L'article s'efforcera de répondre aux questions suivantes : quels étaient les principes fondateurs et les caractéristiques du système de santé britannique lors de sa création, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale ? Quel a été l'impact des réformes appliquées au secteur de la santé depuis les années

1980 sur l'accès aux soins ? Enfin, dans quelle mesure les principes fondateurs du système existent-ils toujours aujourd'hui, et quelles sont les perspectives pour l'avenir ? Dans un premier temps, l'article présentera les fondements du *NHS* avant d'analyser brièvement les grandes lignes des réformes qui ont été mises en œuvre depuis une trentaine d'années. Il s'attachera ensuite à dresser un bilan succinct des résultats du système de santé après environ une décennie d'investissement public substantiel.

“ (...) *quels étaient les principes fondateurs et les caractéristiques du système de santé britannique lors de sa création, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale ?* ”

### Un système de santé d'après-guerre universaliste, égalitaire et complet

Dans la période de l'entre-deux guerres, l'offre de soins était mixte et provenait à la fois des hôpitaux privés, des établissements municipaux et des médecins généralistes employés par le programme de l'assurance maladie (*National Insurance*) mis en place par David Lloyd George en 1911. La couverture de santé n'était cependant ni complète ni universelle, et une grande partie de la population – notamment les femmes, les enfants et la plupart des personnes âgées – s'en trouvaient exclus. À la suite du rapport Beveridge de 1942 – selon lequel la lutte contre la pauvreté reposait entre autres sur la création d'un système de santé national et gratuit, la garantie par l'État du plein-emploi et le versement de minima sociaux sans condition de contribution – le gouvernement de coalition développa divers projets visant à créer un système de santé complet et universel. Toutefois, aucun schéma concret ne se dégagait en raison des profonds désaccords opposant les acteurs du système, notamment les médecins et les représentants du gouvernement local. Après la guerre, le projet du ministre travailliste Aneurin Bevan d'un système de santé universel, gratuit et financé par l'impôt fut rapidement mis en place, en dépit de l'opposition d'une section du parti travailliste, des conservateurs et de la profession médicale <sup>(3)</sup>.

Trois principes majeurs sous-tendent le *NHS* de 1948 :

- l'universalité d'accès aux soins en vertu de la citoyenneté, quel que soit l'âge, le sexe ou le niveau de revenus ;
- des soins complets incluant aussi bien les services de médecine générale, les soins spécialisés, les soins dentaires et l'optique ;
- un accès gratuit déterminé uniquement en fonction du besoin médical.

D'autres caractéristiques distinguent le système de santé d'après-guerre : l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire ; le financement majoritaire par l'impôt et la centralisation administrative du système. Afin de réguler l'offre et la demande, il fut décidé que l'accès aux soins spécialisés – qui étaient délivrés à l'hôpital – ne serait pas libre, hormis par le biais des

services d'urgence. En cas de besoin, les patients seraient dirigés vers les spécialistes par leur médecin généraliste (*General Practitioner, GP*). Encore aujourd'hui, les généralistes assurent cette fonction de gardien (*gatekeeper*) du secteur hospitalier spécialisé, ce qui permet à l'État de limiter l'inflation des dépenses de santé.

Le système était désormais organisé en trois branches : les soins de première ligne, l'hôpital et les fonctions sanitaires résiduelles assurées par le gouvernement local. Les hôpitaux furent nationalisés et placés sous le contrôle de régions sanitaires <sup>(4)</sup> tandis que les pharmacies et les cabinets de médecine générale, de dentistes et d'optique furent contractualisés au *NHS*.

### Les réformes du système

Dans les années 1970, une réorganisation administrative modifia les échelons existants du système et créa des équipes de direction consensuelles mixtes à chaque niveau, ce qui eut tendance à renforcer encore la position des professions. Au milieu de la décennie, le gouvernement travailliste s'efforça de revenir sur le droit des médecins à disposer de lits privés dans les hôpitaux du *NHS*, mais ces tentatives se soldèrent par un échec.

### Des réformes managériales

À la suite de l'arrivée au pouvoir des conservateurs en 1979, une succession de réformes managériales inspirées du privé furent mises en place afin d'améliorer l'efficacité du système et d'en limiter les coûts. On peut citer la mise en concurrence obligatoire (*Compulsory Competitive Tendering*) des services

“ À la suite de l'arrivée au pouvoir des conservateurs en 1979, une succession de réformes managériales inspirées du privé furent mises en place afin d'améliorer l'efficacité du système et d'en limiter les coûts. ”

ancillaires et la nomination de directeurs généraux uniques (*Chief Executives*) qui remplacèrent les équipes mixtes, ce qui contribua à renforcer la ligne hiérarchique entre les hôpitaux et le ministère. Dans les années 1990, la réforme prit un nouveau tournant avec la mise en place d'un marché interne séparant le système de soins en

deux parties – les fournisseurs et les acheteurs de soins. Cette seconde réforme reposait sur le double principe d'une quasi-autonomie des principaux fournisseurs – les hôpitaux du *NHS* – et de leur mise en concurrence. Deux types d'acheteurs se distinguaient – les autorités sanitaires locales (*District Health Authorities*) et les cabinets de médecine générale gérant leur propre budget d'achat de soins (*GP Fundholding Practices*). Les relations entre les acheteurs et les fournisseurs étaient désormais régulées par des contrats <sup>(5)</sup>, ce qui eut pour effet d'accroître les coûts administratifs du *NHS*.

### Réduire les délais d'attente

La réforme du système s'accompagna aussi de mesures visant à rendre les

services de santé locaux plus comptables vis-à-vis des usagers – notamment sur la question des délais d'attente opératoires. Une charte du Patient (*Patient's Charter*) fut publiée en 1991 qui rendait explicite les droits existants des patients et engageait le NHS à garantir des délais d'attente opératoire maximaux <sup>(6)</sup>. Pour les usagers, le bilan des réformes conservatrices fut toutefois mitigé. Le nombre de patients en attente d'une opération diminua avant d'augmenter à nouveau vers le milieu de la décennie, ce qui donne à penser que la baisse initiale était davantage liée aux financements accordés au NHS afin de faciliter le passage au quasi-marché qu'à la concurrence. En outre, les inégalités territoriales d'accès aux soins s'accrurent. Les patients des médecins généralistes gestionnaires – les *GP Fundholders* – avaient tendance à attendre moins longtemps que les autres pour une consultation avec un spécialiste parce que leurs médecins pouvaient négocier des conditions avantageuses en termes de délais d'attente hospitaliers (*Audit Commission*, 1996). En revanche, comme les *GP Fundholders* avaient le droit de réinvestir les économies budgétaires réalisées dans leurs propres cabinets, la crainte était qu'ils ne limitent l'accès de leurs patients à certains soins coûteux, voire qu'ils ne refusent d'inscrire sur leurs listes des personnes affectées par des pathologies lourdes. Le quasi-marché ne permit pas non plus de résoudre le problème du sous-financement historique des hôpitaux. Ces derniers continuaient à assurer leurs missions dans le cadre de budgets limités, tout en faisant face à de nouvelles dépenses <sup>(7)</sup> (Talbot-Smith et Pollock, 2006).

“ En outre, les inégalités territoriales d'accès aux soins s'accrurent. ”

### Une politique d'investissement et de régulation renforcée par le New Labour

Lors de la victoire des travaillistes en 1997, la dotation du NHS en termes de lits hospitaliers, de personnels et d'équipement restait inférieure à celle de nombreux autres pays développés, ce qui se traduisait par une qualité des soins souvent médiocre et de longues listes d'attente opératoires. À l'époque, la part du PIB consacrée à la santé en Grande-Bretagne n'était que de 6,6 % pour 10,2 % en France et en Allemagne (OCDE, 2009).

### Des transformations organisationnelles

Le programme gouvernemental initial s'inscrit dans une « troisième voie » <sup>(8)</sup> qui remettait en question certains aspects du marché interne sans pour autant le démanteler complètement. Cette politique se traduisit en premier lieu par le remplacement du programme des *GP Fundholders* par de nouveaux acteurs intermédiaires institutionnels – les *Primary Care Trusts* (*PCT*) – dont les comités exécutifs étaient constitués d'un directeur général, de représentants professionnels et de cadres gestionnaires. Au départ, chacune de ces instances gérait les dépenses de santé de zones territoriales

regroupant environ 100 000 personnes – mais à la demande du ministère, des fusions prirent place, ce qui réduisit de moitié le nombre des *PCT*. En 2009, on en comptait 152 en Angleterre <sup>(9)</sup> qui géraient environ 80 % du budget total du *NHS*. À l'échelon administratif supérieur, les *Strategic Health Authorities (SHA)*, qui remplacèrent les autorités sanitaires locales en

“ Dès la fin des années 1990, diverses mesures furent engagées afin d'améliorer la qualité des soins sur l'ensemble du territoire national. ”

2002 <sup>(10)</sup>, planifient désormais les services et répartissent les financements.

Dès la fin des années 1990, diverses mesures furent engagées afin d'améliorer la qualité des soins sur l'ensemble du territoire national <sup>(11)</sup>. Ceci déboucha sur la

création d'agences exécutives nationales détachées du ministère – notamment le *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* et la *Commission for Health Improvement* <sup>(12)</sup> (*CHI*). Alors que le *NICE* était chargé de produire des recommandations d'agrément pour les médicaments et les technologies médicales, la *CHI* avait pour fonction d'inspecter l'ensemble des établissements de santé et de les classer <sup>(13)</sup>. On note aussi la création de *NHS Direct* – un service téléphonique et par Internet qui permet aux usagers d'obtenir un diagnostic préliminaire en fonction de leurs symptômes déclarés et d'être guidés ou non vers les urgences ou leur médecin.

### Une politique d'investissement

Initialement, la politique travailliste ne s'accompagna pas de financements supplémentaires, en raison de la décision gouvernementale de respecter les prévisions de dépenses publiques draconiennes fixées par les conservateurs avant leur départ. Cette politique entraîna la fermeture de services hospitaliers et l'allongement des listes d'attente opératoires. Face à ce climat de crise, le gouvernement annonça en 2000 que des investissements publics substantiels seraient versés au *NHS* pendant dix ans, afin de rattraper la moyenne de l'Union européenne en termes de part du PIB consacrée à la santé – environ 8,1 % en 2000 dans l'UE pour 7,2 % en Grande-Bretagne (OCDE, 2003). En une décennie, cette politique s'est traduite par le quasi-triplement du budget du *NHS* qui est passé en Angleterre d'environ 35 milliards en 1997 / 1998 à près de 90 milliards en 2007 / 2008. Ces fonds supplémentaires ont permis l'amélioration de l'infrastructure et le recrutement de nombreux personnels de santé. En outre, les salaires des médecins et autres personnels ont été fortement revalorisés et les parcours de carrière se sont améliorés (*Department of Health*, 2004).

### Un renforcement des contrôles

La mise en œuvre de ce plan d'investissement s'est toutefois accompagnée de mesures visant à renforcer les contrôles exercés par le ministère – et ses agences exécutives détachées – sur les professions. Cette politique est à mettre

en lien avec diverses affaires médicales qui furent révélées au grand jour à la fin des années 1990 et qui ébranlèrent la confiance du public et du gouvernement à l'égard du mode de régulation des professions. On peut citer l'affaire de l'hôpital de Bristol, dont le service opératoire de cardiologie infantile enregistra un taux de décès anormalement élevé pendant plusieurs années sans pour autant que la direction de l'établissement ou l'organe régulateur des médecins, le *General Medical Council*, n'interviennent. En accord avec les recommandations du rapport Kennedy, commissionné par le gouvernement, diverses mesures furent prises afin de rendre la réévaluation des compétences médicales obligatoire (*Department of Health*, 2001). Deux nouvelles agences exécutives détachées furent aussi créées en 2001 afin d'améliorer la sécurité sanitaire : la *National Clinical Assessment Authority* (14) – qui mène des enquêtes en cas de faute grave de la part d'un médecin – et la *National Patient Safety Agency*, un observatoire de veille des incidents médicaux. Depuis 2000, la spécificité de la politique travailliste tient à la fois à l'ambitieux programme d'investissement public mis en œuvre et au renforcement de la régulation par le biais de cibles nationales et d'indicateurs de performance. À cette approche centralisée – qui renforce la dimension nationale du système de santé – se superpose le retour vers des principes concurrentiels à partir de 2002. Ceci s'est traduit par l'externalisation d'une partie des opérations sur liste d'attente vers le secteur privé, la création d'un nouveau statut de fondation hospitalière quasi autonome (*NHS Foundation Trusts*) et le développement des partenariats public-privé (*Public Private Partnerships*, PPP) pour financer la construction d'établissements. Afin d'activer les mécanismes de marché et de renforcer le pouvoir de l'utilisateur, les patients se sont aussi vu accorder le droit de choisir entre cinq établissements hospitaliers, dont un privé, pour les opérations sur liste d'attente. Introduite en 2005, cette mesure s'est accompagnée de l'application d'un système de tarification à l'acte, une mesure essentielle au fonctionnement du marché. Le recours au privé s'explique largement par la volonté gouvernementale d'obtenir des résultats concrets et rapides en termes de volumes opératoires et de réduction des délais d'attente. Mais il s'agit aussi d'une tentative de bridage du pouvoir des médecins du *NHS* par le biais de la concurrence.

“ Depuis 2000, la spécificité de la politique travailliste tient à la fois à l'ambitieux programme d'investissement public mis en œuvre et au renforcement de la régulation par le biais de cibles nationales et d'indicateurs de performance. ”

## Bilan succinct de treize années de politique de santé travailliste

### Les points positifs

D'une façon générale, les principes fondateurs du *NHS* sont toujours valides aujourd'hui. L'universalité a été maintenue, ainsi que la gratuité, même si diverses contributions forfaitaires sont versées par la population (15).

Si le *NHS* offre des services moins complets que dans les années 1940 – notamment en ce qui concerne les soins dentaires et la prise en charge des personnes âgées dépendantes, un secteur qui a été en grande partie privatisé depuis les années 1980 –, la médecine générale et les soins hospitaliers continuent à être pris en charge de façon intégrale par le *NHS*.

“ En termes de dépenses de santé, le Royaume-Uni a pratiquement rattrapé la moyenne des pays de l'OCDE (...). ”

En termes de dépenses de santé, le Royaume-Uni a pratiquement rattrapé la moyenne des pays de l'OCDE – 8,4 % du PIB en 2006 contre 8,9 % en moyenne pour les pays de l'OCDE (OCDE, 2009). En une décennie, le *NHS* a accompli d'énormes progrès. Le système de santé

compte environ 40 000 médecins et 83 000 infirmières de plus, une centaine de nouveaux établissements et 90 nouveaux centres médicaux qui sont accessibles au public sans rendez-vous (*NHS Walk-in Centres*). En partenariat avec le secteur privé, une cinquantaine de nouvelles maisons de santé intégrant divers services de soins de première ligne ont aussi été construites en Angleterre, le plus souvent dans des zones urbaines défavorisées (16).

En termes d'accès aux soins, les résultats sont globalement positifs : l'objectif d'un délai maximum d'attente opératoire de dix-huit semaines a été atteint en 2009 – alors qu'il était de dix-huit mois au début des années 1990. En outre, le temps d'attente moyen n'est plus que de quatre semaines. Lorsqu'un cancer est suspecté, les patients consultent un spécialiste dans un délai de deux semaines tandis qu'aux urgences l'attente ne dépasse plus quatre heures (17). En outre, les plafonds de dépenses pharmaceutiques par personne et par an – fixés à 30 000 £, en 2006 – ont été plus que doublés pour certains traitements de fin de vie, notamment en cas de cancer, à la suite de campagnes d'associations d'usagers. Enfin, le *NHS* est en train d'améliorer ses programmes de prévention dans le cadre du plan de lutte contre le cancer et les maladies cardio-vasculaires (18).

### Les points négatifs

En dépit de ces avancées, le *NHS* continue à présenter un certain nombre de problèmes. Le choix des usagers est toujours limité, notamment dans le secteur de la médecine générale. Surtout, le niveau d'équipement et les résultats cliniques du *NHS* restent inférieurs à ceux de pays comparables. Quant au nombre de médecins, même s'il a nettement progressé depuis 2000, il est également en dessous de celui d'autres grands pays européens : par exemple, en 2007 on comptait 2,48 médecins en activité pour 1 000 habitants en Grande-Bretagne contre 3,37 en France. L'accès aux soins dentaires constitue aussi l'un des points faibles du système depuis les années 1990. Dans de nombreuses régions, le nombre de dentistes acceptant de traiter les patients au tarif du *NHS* est nettement insuffisant par rapport aux besoins. Le taux de satisfaction de la population vis-à-vis des dentistes est d'ailleurs assez

faible – environ 53 % en 2002 (*Office for National Statistics*, 2004). En outre, des disparités importantes subsistent entre les établissements hospitaliers en termes de qualité des soins et d'hygiène – comme l'inspection réalisée fin 2009 par la *Care Quality Commission* (19) le montre – ce qui compromet le principe d'équité. Les résultats pour les patients atteints de cancers – mesurés en termes de survie au bout de cinq ans – montrent aussi qu'il existe de fortes variations régionales (20). D'une façon générale, les taux de survie en cas de cancer – ou d'autres maladies graves comme les accidents vasculaires cérébraux – restent globalement moins bons que ceux d'autres pays développés, même s'ils se sont nettement améliorés en dix ans (cf. *www.statistics.gov.uk*). Ces résultats médiocres sont à mettre en lien avec le diagnostic encore trop souvent tardif des cancers et le retard accumulé par le *NHS* au niveau des infrastructures et du personnel spécialisés.

“ (...) des disparités importantes subsistent entre les établissements hospitaliers en termes de qualité des soins et d'hygiène (...). ”

\*\*\*

Les principes fondateurs du système de santé d'après-guerre, l'universalité et l'accès à un service de santé complet et gratuit, ont globalement survécu aux différentes réformes qui ont été mises en place depuis les années 1980. Depuis 2000, la politique d'investissement des travaillistes a permis d'améliorer fortement l'infrastructure, la dotation en personnels et l'accès aux soins. En revanche, la qualité des soins continue à poser problème dans certains secteurs, en dépit des progrès accomplis.

Dans ce contexte, quelles perspectives peut-on envisager pour le *NHS* au cours des années qui suivront les élections législatives de 2010 ? La crise financière et économique de 2007 / 2008 a plongé les finances publiques dans le rouge, mais les deux principaux partis politiques du Royaume-Uni, les conservateurs et les travaillistes, se sont tous les deux engagés à ne pas réduire le budget du *NHS* en cas de victoire, au prix de coupes claires dans les autres services publics. Même avec cette garantie, le *NHS* devra faire face au ralentissement des hausses budgétaires exceptionnelles dont il bénéficie depuis une décennie. Dans ce climat difficile, on peut espérer que les principes fondateurs du service de santé ne seront pas sacrifiés sur l'autel de l'objectif de réduction des dépenses publiques, et que le *NHS* ne sera pas remplacé par un système de santé réduit, couvrant uniquement les besoins essentiels, comme une partie de la profession médicale le souhaite (21).

## Notes

1 - D'après William Beveridge (1879-1963), économiste anglais dont les rapports en 1942 sur la Sécurité sociale et en 1944 sur le plein-emploi servirent de base à la formation de l'État-providence (*Welfare State*).

2 - Dans 43 % des cas, il s'agissait d'une assurance payée par l'employeur.

## Politiques sociales et familiales en Grande-Bretagne

### Les champs de l'intervention sociale

- 3 - Afin d'obtenir leur coopération, le ministère offrit des conditions d'emploi généreuses aux médecins, notamment le maintien du statut d'indépendant des généralistes et l'autorisation pour les spécialistes de continuer à exercer dans le libéral à temps partiel, en parallèle à leur activité dans le *NHS*.
- 4 - À l'exception des centres hospitalo-universitaires qui rendaient des comptes directement au ministère de la Santé.
- 5 - Ces contrats n'avaient pas de valeur légale, mais leur rédaction et leur application étaient désormais obligatoires.
- 6 - Initialement fixé à deux ans, le délai d'attente fut réduit à 18 mois pour une opération sans caractère d'urgence médicale en 1993.
- 7 - Outre le coût de la gestion administrative des contrats, les hôpitaux devaient désormais payer à l'État une charge immobilière (*Capital Charge*) s'élevant à environ 6 % de leur budget annuel.
- 8 - Il s'agit d'une référence à un ouvrage d'Anthony Giddens (1998) qui influença la politique publique du premier gouvernement de Tony Blair.
- 9 - [www.nhs.uk/NHSEngland/aboutnhs/Pages/Authoritiesandtrusts.aspx](http://www.nhs.uk/NHSEngland/aboutnhs/Pages/Authoritiesandtrusts.aspx)
- 10 - On comptait 28 *SHA* en 2002, mais en 2006 leur nombre fut réduit à 10 (*ibid.*).
- 11 - Cette démarche est détaillée dans un Livre blanc ministériel de 1997, *The New NHS : Modern, Dependable, Department of Health, White Paper*, Cm 3807.
- 12 - En 2004, cette agence, renommée *Healthcare Commission*, changea son mode d'évaluation des établissements. Les inspections sur le terrain tous les quatre ans furent remplacées par une évaluation annuelle des hôpitaux et des autres instances du *NHS* en fonction des résultats obtenus à des centaines d'indicateurs de performance.
- 13 - La classification des établissements en étoiles (pas d'étoile, une, deux ou trois étoiles) fut remplacée en 2005 par des appréciations : « excellent », « bon », « passable » ou « faible » (ce qui correspond à un échec).
- 14 - Cette agence fut abolie en 2005 et ses fonctions reprises par une division de la *National Patient Safety Agency*.
- 15 - Les frais d'ordonnance s'élèvent actuellement à 7,10 £ par médicament – sauf pour les enfants, les femmes enceintes, les personnes recevant des minima sociaux et les patients atteints de cancer qui en sont dispensés. Des contributions forfaitaires existent aussi pour les soins dentaires et l'optique.
- 16 - *NHS LIFT (Local Improvement Finance Trusts)* est un système de financement public-privé qui a été mis en place afin de construire des cabinets de médecine générale et des maisons de santé polyvalentes, disponible sur [www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/NHSLIFT/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/NHSLIFT/index.htm)
- 17 - [www.labour.org.uk/health](http://www.labour.org.uk/health) consulté le 8 décembre 2009.
- 18 - Dans le cas des maladies cardio-vasculaires, il est notamment prévu d'inviter toutes les personnes âgées de 40 à 74 ans à participer à un entretien médical et à se soumettre à un test de cholestérolémie.
- 19 - Cette nouvelle agence a remplacé la *Healthcare Commission* en 2009.
- 20 - « Dramatic variations in survival rates shock cancer charities », *The Guardian*, 1<sup>er</sup> décembre 2009.
- 21 - « Doctors call for major NHS change », mai 2007, disponible sur <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/6634345.stm>

## Bibliographie

- Audit Commission, 1996, « **What the doctor ordered : A study of GP fundholders in England and Wales** », Londres, Audit Commission.
- Department of Health, 1997, *The New NHS : Modern, Dependable*, Londres, The Stationery Office, Cm 3807 ; 2000, *The NHS Plan : A Plan for Investment, a Plan for Reform*, Londres, The Stationery Office, Cm 4818-I ; 2001, *The Report of the Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Learning from Bristol (The Kennedy Report)*, Londres, The Stationery Office, Cm 5363 ; 2004, *Agenda for Change. Final Agreement*, Londres, Cm 3614, disponible sur <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/>
- Giddens A., 1998, *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*, Cambridge, Polity Press/Blackwell Publishers.
- Ham C., 2004 (1<sup>re</sup> éd. 1982), *Health Policy in Britain : The Politics and Organisation of the National Health Service*, Londres, Palgrave Macmillan.
- Klein R., 2006 (1983), *The New Politics of the NHS. From Creation to Reinvention*, Oxford, Radcliffe Publishing LTD.
- Kober-Smith A., (à paraître en 2010), *Le système de santé anglais à l'épreuve des réformes managériales*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2009, *Eco-Santé OCDE 2009*. OCDE, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, disponible sur [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata) ; 2003, *Eco-Santé OCDE 2003*. OCDE, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, disponible sur [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)
- Pollock A., 2004, *NHS Plc, The Privatisation of Our Health Care*, Londres, Verso Books.
- Office of Health Economics (OHE), 1995, *OHE Compendium 1995*. Londres, OHE, disponible sur [http://www.oecd.org/document/60/0,3343,fr\\_2649\\_34631\\_32368700\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/60/0,3343,fr_2649_34631_32368700_1_1_1_1,00.html)
- Office for National Statistics, 2004, *Social Trends 2004*, disponible sur <http://www.statistics.gov.uk/socialtrends/>
- Talbot-Smith A. et Pollock A., 2006, *The New NHS : A Guide*, Abingdon, Routledge.
- Wallis G., 2004, « **The demand for private medical insurance** », *Economic Trends*, Office for National Statistics, n° 606, mai, p. 46-56.
- Wanless D., 2002, « **Securing our Future Health : Taking a Long-Term View, Final Report** », Londres, Her Majesty Treasury, disponible sur [http://www.hm-treasury.gov.uk/consult\\_wanless\\_final.htm](http://www.hm-treasury.gov.uk/consult_wanless_final.htm)