



Observatoire de  
l'administration  
publique  
ENAP

---

*Télescope*, décembre 1998, volume 5, numéro 4

## **La santé en Angleterre: la réforme conservatrice et le projet travailliste**

*Christian Dufour  
Jean Gélinas*

---

Lors de l'arrivée au pouvoir de Margaret Thatcher en Grande-Bretagne en 1979, le secteur de la santé n'est pas un lieu d'action privilégié du nouveau gouvernement. Il s'écoulera plusieurs années avant que l'on aborde la réforme de ce secteur. Il s'agit d'un sujet manifestement sensible pour l'opinion publique et la santé coûte peu à la société britannique, comparativement à d'autres pays. Ainsi, en 1987, au moment où l'on commence à envisager une réforme dans le domaine, le Royaume-Uni consacre 6,1 % de son produit intérieur brut aux services de santé, alors que le Canada et la France y consacrent 8,6 %, les Pays-Bas 8,5 %, la Suède 9 % et les États-Unis 11,2 % (cf. [annexe 1](#)).

En 1989, le document gouvernemental intitulé ***Working for patients*** propose une réforme fondamentale des services de santé en Angleterre (rappelons qu'en Grande-Bretagne la santé est un secteur législativement dévolu au Pays de Galles et à l'Écosse, avec les différences que cela implique au niveau des régions). On veut introduire des changements de façon à mieux répondre aux besoins des patients et à garantir une meilleure productivité du système. L'idéologie conservatrice, qui est à la base de l'ensemble des réformes de l'ère Thatcher, insiste sur les valeurs d'affaires et les mécanismes de marché, de même que sur un sentiment anti-étatique conduisant à une certaine érosion de l'idée d'une carrière dans le service civil.

Pour les conservateurs, la meilleure façon d'améliorer l'efficacité dans le domaine de la santé est de changer les incitatifs des dispensateurs et des fournisseurs de soins, en instaurant une forme de compétition inspirée des mécanismes du marché. Dans ce secteur, Madame Thatcher allait adopter une approche un peu brutale, *a big bang approach* qui ne fut pas étrangère à une croissance du patronage : changement du rôle des gouvernements locaux et, surtout, nomination de membres autrefois élus des conseils d'administration des institutions publiques.

### **1. La situation avant la réforme conservatrice**

Avant la réforme conservatrice de 1991, le système de santé britannique

présentait déjà certaines analogies avec le système québécois. Il s'agissait d'un système public, ce qu'il demeure aujourd'hui, où les régions et les districts jouaient un rôle important dans l'allocation des ressources et la distribution des soins. Les autorités régionales affectaient les budgets aux districts en fonction de leur population respective, selon une formule de capitation ajustée. Les districts allouaient ensuite ces ressources aux hôpitaux et aux centres communautaires dont ils assumaient la gestion. Ce système, qualifié de *Public Third Party Reimbursement*, impliquait des listes et des temps d'attente : les dispensateurs de services ne pouvaient suffire à toute la demande et les cas semi-urgents étaient placés en attente. Alors que le gouvernement remboursait le coût du service tel que défini par le patient et le dispensateur de soins, le médecin omnipraticien agissait comme filtre (*gatekeeper*) vers les autres professionnels et spécialistes. Il était payé selon un mode de capitation, c'est-à-dire une forme de salariat pondéré en fonction de la population desservie.

Avant 1991, les *District Health Authorities* (DHA) étaient financés, via des autorités régionales, par le gouvernement central auquel ils étaient imputables. Les DHA devaient offrir des services de santé à la population du district et assumer la gestion courante des hôpitaux et des centres communautaires. Ce système permettait une accessibilité équitable mais était moins efficace quant à la qualité uniforme des soins à l'échelle du territoire. Dans les faits, le système fonctionnait à vitesses variables, l'existence d'un système de santé privé financé par les compagnies d'assurances amenant une dilution du principe d'équité. On en était arrivé à une bonne distribution de la main-d'œuvre médicale sur le territoire et on avait universalisé une médecine adéquate, mais les meilleurs soins n'étaient pas accessibles à tous. Enfin, à cause du régime de rémunération des médecins sur le principe de la capitation, le système comportait un risque de sous-traitement par rapport à d'autres modes de rémunération qui, eux, encouragent le sur-traitement.

## **2. La réforme conservatrice de 1991**

La réforme de 1991 vise, elle, en grande partie à mieux contrôler les coûts. Durant les années 80, l'Angleterre avait rendu son système de taxation moins progressif et une pression accrue s'exerçait sur la population la moins favorisée; par ailleurs, la demande de services de santé était croissante. Il fallait améliorer la performance du système si l'on ne voulait pas avoir à lui injecter de nouveaux fonds. La réforme allait changer en profondeur la dynamique du système de santé anglais, tout en préservant la plupart des structures existantes et la méthode de financement basée sur la taxation. L'introduction d'un marché interne (*Internal Market*), qui évoluera vers un marché géré (*Managed Market*), allait changer les règles du jeu et les responsabilités des acteurs. La séparation de l'action du fournisseur de celle du consommateur fut au cœur de l'opération, alors que les Fonds de médecine générale (GPF), dont il est question plus loin, allaient beaucoup colorer sa mise en œuvre.

Les autorités régionales sont abolies et ce sont les bureaux régionaux du *National Health Service* qui assument désormais une responsabilité de coordination en ce qui a trait aux achats de services et à l'allocation des ressources entre les districts, les consortiums et les Fonds de médecine générale. Par ailleurs, les *District Health Authorities* (DHA) voient leur rôle modifié en profondeur. De fournisseurs et de gestionnaires de services, ils deviennent des instances chargées d'identifier les besoins de la population du district et d'en assurer la satisfaction, en achetant des services de santé auprès de fournisseurs publics ou privés. Dans le nouveau système, le financement n'est pas rattaché à une institution précise; il suit le patient là où il obtient le service. Les *District Health Authorities* doivent concentrer leurs efforts sur les questions stratégiques : comment dépenser les budgets de façon à obtenir le maximum de services? Cela implique qu'ils se distancent des questions de micro-efficacité et de qualité des services (cf. [annexe 2](#) pour les différences pré et post-réforme).

Quant aux hôpitaux et aux centres communautaires, ils demeurent publics mais deviennent des instances indépendantes, avec leurs propres conseils d'administration imputables au Secrétaire d'État à la santé. Chargés d'offrir des services généraux et spécialisés, ils se concurrencent pour obtenir des contrats d'un an des *District Health Authorities* et des Fonds de médecine générale. Ces contrats comportent des spécifications négociées incluant des dispositions sur la qualité des services et les délais d'attente. **On est en face d'opérations imitant un marché compétitif, à l'intérieur d'un cadre de services financés publiquement.**

Les Fonds de médecine générale sont constitués d'omnipraticiens qui achètent des services diagnostiques et des services généraux ou spécialisés pour leurs patients, à des hôpitaux ou à des centres communautaires. Prévus originalement comme une alternative marginale par rapport aux *District Health Authorities*, cette formule a connu un grand engouement auprès des omnipraticiens qui, en 1994, couvraient 40 % de la population nationale. Ces Fonds de médecine générale ne couvrent pas la planification stratégique, essentiellement assumée par les *District Health Authorities*: leurs contrats d'achat de services sont plutôt complémentaires, portant par exemple sur le niveau d'efficacité ou le manque de sensibilité de l'hôpital placé en situation de monopole envers la clientèle consommatrice de services.

Le premier objectif de la réforme conservatrice était d'en arriver à une plus grande efficacité du système, le second de favoriser une plus grande sensibilité aux demandes des patients, en séparant les fournisseurs des acheteurs de services et en mettant les fournisseurs en compétition entre eux. La réforme réaménageait les champs respectifs antérieurs de responsabilité. Dorénavant, c'était l'acheteur, le *District Health Authority* ou le Fonds de médecine générale, qui stipulerait les services à fournir selon un contrat de plus en plus précis et détaillé. Lorsque la demande excéderait la disponibilité des ressources ou les

services prévus au contrat, c'est le médecin dispensateur de services qui exercerait dans les faits le difficile travail d'accorder les priorités aux besoins des patients. On reprocha rapidement aux Fonds de médecine générale de générer une sur-consommation en début de période financière et un manque de ressources en fin de période. Dès 1993, le Secrétaire d'État à la santé essaya donc d'imposer un flux d'activités constant qui impliquait un certain retour à la situation antérieure à la réforme, c'est-à-dire le passage d'un marché interne libre à un marché géré.

La réforme conservatrice voulut faire porter ses efforts sur les résultats (*outcomes*) globaux du système de santé, et non seulement sur certains extrants additionnels en ce qui a trait aux services. C'est ainsi que le Livre blanc de juillet 1992 du Secrétaire d'État à la santé, intitulé ***The Health of the Nation : a Strategy for Health in England***, se concentre sur la promotion de la santé en général, autant que sur les soins proprement dits. On y propose un nombre limité de cibles : les maladies cardiaques, les cancers, la santé mentale, le Sida, la santé sexuelle et la prévention des accidents. Pour chacune de ces cibles, des objectifs de résultats sont identifiés (voir [annexe 3](#)), alors qu'un comité ministériel assure le développement et le suivi de la stratégie d'action retenue. Cette stratégie met à contribution des ministères comme l'Éducation, l'Environnement et le Transport, qui doivent travailler en collaboration avec les instances régionales et locales. En vertu de cette approche, les autorités locales font la promotion de la santé publique, protègent l'environnement et achètent les services sociaux, alors que les *District Health Authorities* et les autorités de médecine familiale s'occupent des besoins de la population locale en ce qui a trait aux services de santé.

### **3. La mise en œuvre de la réforme conservatrice**

Si la réforme proposait des changements de grande ampleur, la transition concernant les services s'est opérée graduellement. Le service est demeuré universel, avec l'objectif d'offrir à toute la population un service complet, à même le prélèvement de la taxation. Il reste que la dynamique interne du système de santé a été modifiée de façon significative. C'est sans doute sur le plan administratif que les impacts furent les plus radicaux.

Ainsi, les hôpitaux et centres communautaires sont devenus des entreprises obligées de produire des profits, ceux-ci devant servir à améliorer la qualité du service et à se donner un avantage concurrentiel. Les Fonds de médecine générale et les *District Health Authorities* se sont mis à définir le panier de services offerts à la population à l'intérieur d'une enveloppe financière fermée, les omnipraticiens jouant leur rôle de filtres. Certains se sont demandés si, dans les faits, les services achetés correspondaient bien aux besoins réels de la population. Ils ont prétendu que la formule des Fonds de médecine générale créait un système à deux vitesses, en assurant un traitement préférentiel aux patients couverts par ces fonds et en conduisant à l'exclusion des cas

nécessitant des traitements dispendieux. Chose certaine, il y eut un net transfert du pouvoir au profit des omnipraticiens. Ces derniers décidant des services requis, les spécialistes se doivent jusqu'à un certain point de les courtiser pour s'assurer de contrats hospitaliers.

L'abolition des autorités régionales a occasionné une fusion de plusieurs *District Health Authorities*, de façon à élargir les territoires couverts et à accroître le pouvoir d'achat et de négociation en ce qui a trait aux contrats. Les gouvernements locaux ont perdu de l'influence et certains ont prétendu que ces changements avaient eu un impact négatif sur la vie démocratique des communautés. De fait, les membres des conseils d'administration des hôpitaux et des centres communautaires sont maintenant nommés plutôt qu'élus; les points de vue de la population ne s'y expriment plus autant que dans le passé. L'objectif des hôpitaux, qui sont devenus des *entreprises*, est davantage financier et économique, au détriment de la fonction sociale qu'ils assumaient auparavant. Enfin, la réforme semble avoir accru le pouvoir des administrateurs par rapport aux cliniciens, avec une tendance au managérialisme et à l'accroissement des coûts de nature administrative.

Au-delà des structures et des politiques, les changements apparaissent peu significatifs en ce qui a trait à la livraison des services. Du point de vue du contrôle des coûts, la réforme n'a pas permis de résoudre la croissance de la demande sans injection de fonds additionnels. De 1989 à 1992, la part du PIB consacré à la santé est passé de 6,1 % à 7,1. Par ailleurs, si le système n'a pu rencontrer son objectif financier, il demeure globalement performant. Cela s'explique en partie par les bas salaires consentis aux employés de la santé par les hôpitaux et les centres communautaires, la pression à la baisse étant le fruit de la compétition entre fournisseurs en ce qui a trait à la main-d'œuvre non-spécialisée ou semi-spécialisée. La réforme conservatrice ne semble pas avoir affecté l'accessibilité des soins au détriment des groupes défavorisés, ni universalisé les meilleurs soins à la grandeur du territoire. Tenant compte du fait que les changements ne semblent avoir occasionné ni amélioration ni détérioration des soins, y compris les listes d'attente, il est étonnant que le taux d'insatisfaction de la population soit passé de 47 % en 1989 à 38 % en 1994. Il faut dire qu'en 1989, on était au summum d'une crise manifeste de confiance dans le régime de santé britannique.

Notons aussi que l'on ne peut attribuer à la réforme conservatrice une meilleure implication du consommateur. En effet, le nouveau modèle n'est pas orienté vers ce dernier, mais plutôt vers les acheteurs de services qui n'achètent pas nécessairement ce que désirent les consommateurs. Si les Fonds de médecine générale donnent un certain pouvoir au patient, la Charte des patients (1992) elle-même met davantage l'accent sur les standards et sur les normes que sur des droits légaux du patient. Par ailleurs, l'objectif d'améliorer la satisfaction des professionnels du secteur de la santé ne semble pas vraiment avoir été atteint dans un contexte d'inflation des frais de gestion. Il reste que les médecins

maintiennent une influence prépondérante dans le système, même s'ils doivent dorénavant surveiller la qualité de la pratique professionnelle (audit, normes, etc.). On constate un transfert du pouvoir vers les omnipraticiens et les soins primaires, tel que voulu par le Livre blanc ***The Health of the Nation*** de 1992.

Sauf exception, les omnipraticiens ne transfèrent pas de services vers le privé. De même, les acheteurs de services sont demeurés loyaux aux fournisseurs établis, le transfert de ressources se faisant à la marge. La possibilité de changer a cependant permis des modifications dans les coûts et les pratiques (protocoles, approche-client, délais, etc.). De plus, la réforme a introduit de nouvelles obligations concernant la gestion et le contrôle de la qualité.

#### **4. Le projet de réforme travailliste**

Après 18 ans de pouvoir, le gouvernement conservateur est remplacé en 1997 par un gouvernement travailliste. Personne n'envisage un changement radical alors que le retour au modèle des années 70 n'apparaît ni possible ni utile. Cela dit, les nombreuses indications fournies par la nouvelle administration du premier ministre Tony Blair laissent entrevoir des ajustements notables, s'inspirant d'une idéologie davantage sociale-démocrate. On parle maintenant de troisième voie.

Le Livre vert ***Our Healthier Nation : a Contract for Health***, rendu public en février 1998 par les Secrétaire d'État à la santé et à la santé publique, se situe pour une bonne part dans la continuité du document conservateur de 1992 ***The Health of the Nation***. À l'exception du SIDA, on y retrouve les mêmes priorités : maladies cardiaques, cancers, santé mentale, prévention des accidents. Mais alors qu'en 1992, on voulait amener les individus à mener une vie plus saine, en changeant par exemple leur style de vie quant à la diète, l'activité physique ou le tabagisme, on se concentre davantage en 1998 sur des choses préjudiciables à la santé qui sont en dehors du contrôle individuel, comme la pauvreté, l'environnement ou l'exclusion sociale. Devant l'élargissement des inégalités en matière de santé, on veut se concentrer sur ceux qui sont en plus mauvais état. Les thèmes sont les mêmes, mais l'angle est différent, plus collectif et global, moins individuel.

On en appelle à un Contrat national pour la santé, de façon à avoir des écoles, des lieux de travail, des communautés locales " en bonne santé ". On fixe pour l'an 2010 des objectifs de résultats (*outcomes*) qui permettront de poursuivre et de pousser plus loin les améliorations des dernières années en ce qui a trait aux cibles identifiées. Le Livre vert constate que le tiers des cancers sont causés par une pauvre diète et que ceux qui travaillent ont tendance à vivre plus vieux que ceux qui sont en chômage. Il désigne un ministre de la Santé publique pour coordonner les actions au sein du gouvernement, via un comité réunissant douze ministres concernés. On mise sur les campagnes d'information de même que sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information.



Un autre document révélateur des intentions travaillistes est le Livre blanc intitulé ***The New National Health Service (NHS)- Modern, Dependable***, publié en décembre 1997 par le ministre de la Santé. Ce document, d'allure lui aussi plus sociale-démocrate, propose de reconstruire le *National Health Service* en basant la qualité des soins sur les besoins de la population plutôt que sur la capacité de payer. On y formule une sévère critique des mécanismes de marché interne mis en place par les conservateurs. En fragmentant la responsabilité de planifier, de financer et de dispenser les services entre 100 *District Health Authorities*, 3500 Fonds de médecine générale et 400 hôpitaux et centres communautaires, le marché interne n'a pas permis une coordination stratégique, mais a forcé au contraire les diverses organisations à travailler en fonction de leurs propres intérêts, plutôt que de ceux de leurs patients.

On veut donc substituer au marché interne une approche dite " de soins intégrés ", où des normes nationales de soins seront définies et garanties. Sans revenir au vieux système centralisé de commande et de contrôle des années 70, on veut remplacer le seul indice de performance actuellement existant, *l'Index d'efficacité des acheteurs de services*, par des mécanismes de balisage en fonction de coûts de référence nationaux. **La " troisième voie " se veut basée sur le partenariat et une approche de collaboration, de même que sur des objectifs de performance liés à des techniques de balisage.** Le gouvernement de M. Blair veut conserver par ailleurs le principe de la séparation entre la planification des soins hospitaliers et leur distribution.

On propose d'établir un montant maximal pour les frais de gestion et de réduire le nombre d'organismes acheteurs de services à 500; on veut aussi remplacer les contrats annuels par des contrats de trois ou de cinq ans. Deux concepts fondamentaux sous-tendent le projet de réforme travailliste. Le premier est celui de " Programme local d'amélioration de la santé " (PLAS), qui mettra à contribution tous ceux qui sont chargés de la planification et de la distribution des services. Le second concept tourne autour des " Groupes de soins primaires " (GSP), version modifiée des Fonds de médecine générale (GPF) de la réforme conservatrice. Ils déborderont du rôle de simples acheteurs de services développé durant la réforme de 1991, pour contribuer à l'élaboration des Programmes locaux d'amélioration de la santé et à la promotion de la santé auprès de la population locale. Composés de tous les omnipraticiens et de toutes les infirmières d'une communauté, les Groupes de soins primaires couvriront environ 100 000 patients chacun, maintenant les avantages des anciens Fonds de médecine générale sans en présenter les inconvénients.

Ces nouveaux organismes devront rendre compte aux *Health Authorities* qui assumeront un rôle central dans l'organisation des services de santé. C'est ainsi qu'ils devront identifier les besoins en partenariat avec les autorités locales chargées des questions sociales, environnementales et économiques affectant la santé. Les *Health Authorities* seront les maîtres d'œuvre des Programmes locaux d'amélioration de la santé de trois ans et ils assureront le développement

des Groupes de soins primaires. Ils définiront aussi le type et la localisation des services de santé, les cibles et les normes. Quant à eux, les hôpitaux et les centres communautaires ne garderont pas le statut de corporations indépendantes. Ils devront ouvrir les réunions de leurs conseils d'administration au public. Participant à l'élaboration des Programmes locaux d'amélioration de la santé, ils seront imputables aux *Health Authorities* et aux Groupes de soins primaires en ce qui a trait aux services offerts et à l'exécutif régional du *National Health Service* en ce qui a trait à l'application de standards nationaux. Enfin, les hôpitaux devront accorder plus d'importance au développement de leur personnel. À plus long terme, le gouvernement travailliste envisage la possibilité d'uniformiser la rémunération du personnel sur une base nationale, dans la mesure où cela sera compatible avec le maintien d'une flexibilité locale.

Au plan national, les projets abondent : mise en place d'un Programme de recherche et développement, d'un Programme pour définir un cadre national des services et d'un Institut national d'excellence clinique. Une nouvelle Commission d'amélioration de la santé devra supporter des services cliniques de qualité, alors que des mécanismes de balisage devront favoriser le partage des meilleures pratiques. On veut établir des liens plus étroits entre le *National Health Service* et les gouvernements locaux afin de travailler sur six dimensions, dont l'accès équitable, l'expérience patient/clinicien et les résultats de santé en fonction de cibles et priorités établies par le NHS.

## **Conclusion**

Bien qu'elle soit souvent perçue comme étant " de droite ", la réforme conservatrice de 1991 a conservé une certaine allure sociale-démocrate, ne serait-ce que parce que le système demeure principalement étatique. On y a introduit un certain nombre d'incitatifs à l'efficacité et à l'efficience, afin de faire face à une demande croissante dans un contexte de ressources restreintes : mécanismes de marché pour une meilleure allocation des ressources, compétition pour réduire les coûts et améliorer le service à la clientèle. La réforme ne semble pas avoir produit les résultats escomptés en ce qui a trait à la distribution des services et à la productivité du système. Il y a eu un ajustement aux nouvelles règles mais, somme toute, les changements sont demeurés à la marge. En particulier, le marché interne libre que l'on a voulu créer, financé publiquement par des enveloppes budgétaires fermées, a évolué vers un marché géré.

La réforme conservatrice dans la santé touchait à la fois les niveaux institutionnel, organisationnel, managérial et culturel. En peu de temps, elle a produit de grands changements dans la façon de gérer le réseau. Elle n'a manifestement pas eu le temps de produire tous ses avantages de même que tous ses inconvénients. Rappelons qu'elle a affecté la place de l'État dans la gestion du réseau, en rendant indépendants les hôpitaux et centres communautaires. Elle a aussi modifié les structures en éliminant les instances



régionales, en modifiant le rôle des *District Health Authorities* et en permettant le développement des Fonds de médecine générale. Elle a enfin donné aux instances administratives un rôle déterminant, favorisant une transformation des valeurs que ce soit dans le fonctionnement des *District Health Authorities* ou dans l'administration des hôpitaux.

Le projet travailliste veut remanier ces structures de manière à changer le mode de fonctionnement de l'appareil étatique et à créer un nouvel équilibre entre marché et bureaucratie. C'est sur les plans managériel et culturel que les travaillistes semblent vouloir surtout travailler. Le rôle de l'administration sera de nouveau modifié pour se centrer sur l'élaboration de *Programmes locaux d'amélioration de la santé*, au lieu de gérer la compétition. Par ailleurs, on mettra l'accent sur des valeurs d'équité, via l'imposition de standards nationaux, et de performance, via les techniques de balisage. Le projet travailliste, qui entend aussi renforcer le pallier régional, paraît traduire une volonté de protection des moins nantis et d'intervention de l'État pour corriger les insuffisances du marché libre. On est en face d'une approche collective et globale pour traiter de problèmes qui débordent la responsabilité individuelle.

Au moins en partie, les changements proposés par le gouvernement travailliste correspondent à un virage idéologique. On sent à nouveau la volonté de présence de l'État et de ses organismes centraux, une insistance sur la planification. On envisage à nouveau le mur à mur, que ce soit pour les standards nationaux, les pratiques balisées et unifiées ou les salaires négociés centralement. Cela, de concert avec un souci de démocratie locale et d'appropriation des institutions par la population, dans un cadre applicable sur tout le territoire. Une logique bureaucratique moins rigide que celle des années 70 va-t-elle se substituer à une logique du flux et du différencié?

On se surprend à trouver dans le projet de réforme travailliste de nombreuses analogies avec les gestes posés par le Québec ces dernières années dans le domaine de la santé: plans triennaux, département régional de médecine générale, instances régionales fortes, techniques de balisage, systèmes d'information uniformes, évaluation des résultats. Si on peut douter que les travaillistes britanniques s'inspirent de l'expérience québécoise pour changer le fonctionnement de leur système de santé, il est indéniable que les deux gouvernements présentent certains traits communs au plan idéologique. En conséquence, il n'est pas étonnant qu'ils adoptent parfois des politiques similaires. Il est intéressant de regarder l'évolution des services de santé en Angleterre pour valider les façons de faire et baliser les meilleures pratiques dans le domaine, ici ou ailleurs.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Dufour, Christian. *Notes du cours ENP 7172- Atelier sur les grandes réformes de l'administration publique*, École nationale d'administration publique, Montréal, hiver 1998.

Greenaway, John " Having the Bun and the Halfpenny : can old public service ethics survive in the new Whitehall ", *Public Administration*, vol.73, automne 1995, p. 357 à 374.

King's Fund Institute, *Evaluating the NHS Reforms*, Edited by Ray Robinson & Julian Le Grand, 1993.

Klein, Rudolf " Big Bang Health Care Reform - Does It Work ? The Case of Britain's 1991 *National Health Service Reforms* ", *Milbank Quarterly*, 73 (3) 1995, p. 299 à 337.

Mireault, Jean. *Entrevue sur la réforme britannique de la santé*, Association des hôpitaux du Québec, hiver 1998.

Osborne, David & Gaebler, Ted *Reinventing Government*, Addison-Wesley Publishing Company, Reading, MA, March 1994, 405 p.

Paton, Calum, *Health Policy and Management, the health care agenda in a British political context*. Chapman & Hall, London, 1996, 360 p.

Saltman, Richard B. & Figueras, Joseph, *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997, 308 p.

Secretary of State for Health, *The Health of the Nation : a strategy for health in England*, The Stationery Office, London, juillet 1992, 126 p.

Secretary of State for Health, *The New NHS - modern, dependable*, The Stationery Office, London, décembre 1997, 101 p.

Secretary of State for Health, *Our Healthier Nation : A Contract for Health*, The Stationery Office, London, février 1998, 33 p.

Secretary of State for Health, *Chief Medical Officer's Project to Strengthen The Public Health Function*, The Stationery Office, London, février 1998, 20 p.

Seidle, F. Leslie *Rethinking the delivery of public services to citizens*, IRPP, Montréal, 1995, 199 p.

Smith, Pam " Health Care Reform in Britain and The United States : Public or Market-led ? A Review ", *International Journal of Public Administration*, vol. 20, no. 10. p. 1721 à 1750.

## **Annexe 1**

### **Données statistiques sur le coût de la santé**

Fig.13. Health care expenditure per head in US \$PPP in western Europe, 1994

Switzerland	2294
Austria	1965
Germany	1869
France	1866

Luxembourg	1697
Belgium	1653
Netherlands	1641
Norway	1604
Iceland	1577
Italy	1561
Western Europe	1419
Denmark	1362
Finland	1357
Sweden	1348
United Kingdom	1211
Ireland	1201
Spain	1005
Portugal	938
Greece	598
Turkey	223

Sources: OECD (48); Health for all database; WHO Regional Office for Europe.  
Tiré de Saltman, Richard B. & Figueras, Joseph. *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*, World Health Organization Regional. Office for Europe Copenhagen, 1997, p. 31

Fig. 12. Total expenditure on health as a percentage of GDP in the WHO European Region, 1994

Western Europe		CEE		CIS	
Austria	9.7	Slovenia	7.9	Tajikistan <sup>a</sup>	5.4
France	9.7	Czech Republic	7.8	Russian Federation	4.8
Switzerland	9.6	The Former Yugoslav <sup>a</sup> Republic of Macedonia	7.7	Ukraine <sup>b</sup>	4.7
Germany	9.5	Slovakia	7.0	Belarus	4.6
Netherlands	8.8	Hungary	6.9	Georgia <sup>c</sup>	4.5
Italy	8.3	Croatia	6.3	Kyrgyzstan	3.9
Finland	8.3	Estonia	6.2	Uzbekistan	3.4

Israel <sup>a</sup>	8.2	<b>CEE countries</b>	5.7	Republic of Moldova	3.2
Belgium	8.2	Lithuania	4.8	Azerbaijan <sup>a</sup>	2.8
Iceland	8.1	Bulgaria	4.7	Kazakstan	2.0
Ireland	7.9	Poland <sup>a</sup>	4.5	Armenia <sup>a</sup>	1.4
<b>Western Europe</b>	7.7	Latvia	4.1	Turkmenistan	1.4
Sweden	7.7	Romania	3.6		
Portugal	7.6	Albania	2.8		
Norway	7.3				
Spain	7.3				
United Kingdom	6.9				
Denmark	6.6				
Luxembourg	5.8				
Greece	5.2				
Turkey	4.2				

<sup>a</sup>1993; <sup>b</sup>1995; <sup>c</sup>1991.

Sources: Western Europe: OECD (48) except Israel (health for all database, WHO regional Office for Europe); CEE countries: World Bank (52) except Croatia (Health Insurance Institute), Estonia (United Nations Development Programme (53)) and Latvia (Ministry of Health); CIS: ministries of health except Armenia and Belarus (United Nations Development Programme (53)), Georgia (health for all database, WHO Regional Office for Europe), Kyrgyzstan (Ministry of Finance), Tajikistan (State Committee for Statistics and Economic Situation) and the Russian Federation (Med-SocEconinform Institute).

Tiré de Saltman, Richard B. & Figueras, Joseph. *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*, World Health Organization Regional. Office for Europe Copenhagen, 1997, p. 30

Table 3. Total expenditure on health as a percentage of GDP in western European countries, 1970-1995

Country	Year									
	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Austria	5.4	7.3	7.9	8.1	8.4	8.5	8.9	9.4	9.7	9.6
Belgium	4.1	5.9	6.6	7.4	7.6	8.0	8.1	8.3	8.2	8.0
Denmark	6.1	6.5	6.8	6.3	6.5	6.6	6.7	6.8	6.6	6.5
Finland	5.7	6.4	6.5	7.3	8.0	9.1	9.3	8.8	8.3	8.2
France	5.8	7.0	7.6	8.5	8.9	9.1	9.4	9.8	9.7	9.9
Germany	5.9	8.1	8.4	8.7	8.3	9.0	9.3	9.3	9.5	9.5
Greece	3.4	3.4	3.6	4.1	4.3	4.3	4.5	4.6	5.2	n/a

Iceland	5.0	5.8	6.2	7.3	7.9	8.1	8.2	8.3	8.1	8.1
Ireland	5.3	7.6	8.7	7.8	6.7	7.0	7.3	7.4	7.9	-
Italy	5.1	6.2	6.9	7.0	8.1	8.4	8.5	8.6	8.3	7.7
Luxembourg	3.7	5.1	6.2	6.1	6.2	6.2	6.3	6.2	5.8	-
Netherlands	5.9	7.5	7.9	7.9	8.4	8.6	8.8	9.0	8.8	8.8
Norway	4.6	6.1	6.1	5.9	6.9	7.2	7.4	7.3	7.3	-
Portugal	2.8	5.6	5.8	6.3	6.6	7.1	7.2	7.4	7.6	-
Spain	3.7	4.9	5.7	5.7	6.9	7.1	7.2	7.3	7.3	7.6
Sweden	7.1	7.9	9.4	8.9	8.6	8.4	7.6	7.6	7.7	7.7
Switzerland	5.2	7.0	7.3	8.1	8.4	9.0	9.4	9.5	9.6	-
Turkey	2.4	2.7	3.3	2.2	2.9	3.4	2.9	2.6	4.2	-
United Kingdom	4.5	5.5	5.6	5.9	6.0	6.5	7.0	6.9	6.9	6.9

Source: OECD (48).

Tiré de Saltman, Richard B. & Figueras, Joseph. *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*, World Health Organization Regional. Office for Europe Copenhagen, 1997, p. 32

Table 9. Health care utilization and expenditure in selected countries, around 1990

Country	Contacts with physicians per head	Bed-days per head	Expenditure as a percentage of GDP
Canada	6.9	1.5	9.5
France	7.2	1.5	8.8
Germany	11.5	2.3	8.3
Japan	12.9	-	6.7
United Kingdom	5.7	0.9	6.2
United States	5.5	0.9	12.2

Source: Rasell (198).

Tiré de Saltman, Richard B. & Figueras, Joseph. *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*, World Health Organization Regional. Office for Europe Copenhagen, 1997, p. 99 [retour](#)

## Annexe 2

### Comparaison de l'ancien et du nouveau NHS (1991)

## Ancien système

## Nouveau système

### Rôle des Districts Health Authorities (DHA)

DHA ont des responsabilités confuses couvrant à la fois la planification des services et l'administration des hôpitaux et des autres unités.

La responsabilité principale des DHA devient la santé d'une population locale; ils définissent les besoins de santé et décident de la meilleure façon de les satisfaire.

### Financement des services de santé

Les DHA financent les services qui se trouvent sur leur territoire en grande partie selon un volume historique de soins requis.

Les DHA sont financés pour acheter des services au nom de leurs résidents; avec le temps le financement va refléter le volume, l'âge et l'état de santé relatif de la population du district.

Les hôpitaux et autres unités reçoivent un budget de leur DHA souvent sans relation avec le nombre de patients qu'on anticipe traiter au cours de la prochaine année / arrangements financiers inadéquats pour les patients des autres districts.

Les hôpitaux et autres unités reçoivent un financement des DHA avec qui ils ont des contrats qui définissent la quantité, la qualité et les coûts des services à donner en cours d'année en fonction des besoins de santé identifiés.

### Administration des services de santé

Trop de niveaux bureaucratiques pour contrôler les activités des hôpitaux et des autres unités.

Hôpitaux et autres unités prennent la responsabilité de leurs affaires de sorte que ceux qui donnent les soins sont ceux qui prennent les décisions; deviennent indépendants des DHA mais reliés au NHS.

### Rôle des omnipraticiens

Peu d'incitatifs pour que les hôpitaux répondent aux besoins et aux préférences qu'ils expriment au nom de la population locale.

Les DHA les consultent pour identifier les besoins avant de convenir des contrats avec les hôpitaux quant aux services à fournir.

Certains peuvent devenir gestionnaires



	de fonds ce qui leur donne la possibilité d'acheter certains services aux patients.
--	---

King's Fund Institute, *Evaluating the NHS Reforms*, Edited by Ray Robinson & Julian Le Grand, 1993, p. 4 et 5. [retour](#)

### **Annexe 3**

#### **Objectifs de résultats (1992)**

##### **Coronary heart disease and stroke<sup>1</sup>**

To reduce death rates for both CHD and stroke in people under 65 by at least 40% by the year 2000 (*Baseline 1990*)

To reduce the death rate for CHD in people aged 65-74 by at least 30% by the year 2000 (*Baseline 1990*)

To reduce the death rate for stroke in people aged 65-74 by at least 40% by the year 2000 (*Baseline 1990*)

##### **Cancers<sup>1</sup>**

To reduce the death rate for breast cancer in the population invited for screening by at least 25% by the year 2000 (*Baseline 1990*)

To reduce the incidence of invasive cervical cancer by at least 20% by the year 2000 (*Baseline 1986*)

To reduce the death rate for lung cancer under the age of 75 by at least 30% in men and by at least 15% in women by 2010 (*Baseline 1990*)

To halt the year-on-year increase in the incidence of skin cancer by 2005

##### **Mental illness<sup>1</sup>**

To improve significantly the health and social functioning of mentally ill people

To reduce the overall suicide rate by at least 15% by the year 2000 (*Baseline 1990*)

To reduce the suicide rate of severely mentally ill people by at least 33% by the year 2000 (*Baseline 1990*)

##### **HIV/AIDS and sexual health**

To reduce the incidence of gonorrhoea by at least 20% by 1995 (*Baseline 1990*), as an indicator of HIV/AIDS trends

To reduce by at least 50% the rate of conceptions amongst the under 16s by the year 2000 (*Baseline 1989*)

##### **Accidents<sup>1</sup>**

To reduce the death rate for accidents among children aged under 15 by at least 33% by 2005 (*Baseline 1990*)

To reduce the death rate for accidents among young people aged 15-24 by at least 25% by 2005 (*Baseline 1990*)

To reduce the death rate for accidents among people aged 65 and over by at least 33% by 2005 (*Baseline 1990*)

<sup>1</sup> The 1990 baseline for all mortality targets represents an average of the three years centred around 1990. See Technical notes on target setting and monitoring, pages 124-126.  
Tiré de Secretary of State for Health. *The Health of the Nation: a strategy for Health in England*, The Stationery Office, London, juillet 1992. [retour](#)

## **Annexe 4**

### **Proposition de réforme du NHS par le parti travailliste (1997)**

Tiré de Secretary of State for Health, *the New NHS – modern, dependable*, the Stationery Office, London, décembre 1997.

