

LE « NOUVEAU LOCALISME » :
IDENTIFICATION A TRAVERS LES TERRITOIRES DE LA SANTE
EN ANGLETERRE

Lageot Céline

Un large mouvement de décentralisation est initié un peu partout en Europe dans les années 1970. La dynamique espagnole de régionalisme, l'institutionnalisation de l'antagonisme entre Flamands et Wallons, la consolidation des puissantes municipalités scandinaves, des réformes de gouvernements d'agglomération dans les grandes villes, des mesures de décentralisation en France et en Italie, des raffinements du complexe fédéralisme allemand se mettent en place. Même les pays centralisés d'Europe comme l'Irlande ou le Portugal s'engagent dans ce sillage, encouragés par la manne des fonds structurels européens et l'« Europe des régions ». Tous les pays centralisés ? Non. Dans ce domaine aussi, l'Angleterre fera figure d'exception. L'organisation administrative anglaise extrêmement centralisée – et ce de façon quasi ancestrale –, résistera au changement jusqu'à une date somme toute récente, l'arrivée des travaillistes au pouvoir en 1997. Tony Blair annonce alors un changement de grande ampleur ; le corset va pouvoir se desserrer. Cependant, les réformes toucheront moins le modèle économique et social hérité des conservateurs que le cadre institutionnel. A cet égard, Tony Blair initiera une véritable révolution : la *devolution*, la réforme radicale de la chambre des Lords, l'adoption d'une loi sur la liberté d'information, l'incorporation dans le système dualiste de la Convention européenne des droits de l'Homme, la renaissance d'une autonomie de gestion pour Londres et la création d'agences régionales de développement. D'aucuns considèrent ce tournant comme aussi important que l'Acte d'union du Royaume en 1801¹. Au regard de l'ampleur des réformes entreprises, le chantier est toujours aujourd'hui inachevé. L'observateur est néanmoins frappé par les dynamiques en cours.

Pour prendre la mesure du véritable état de changement, il est nécessaire de revenir - même brièvement - sur certains moments importants de l'histoire politique contemporaine anglaise. Jim Bulpitt, résume parfaitement bien par sa formule « *dual polity* »², le fonctionnement du pays le plus centralisateur d'Europe. La séparation est nette entre, d'un côté, le centre, animé par une élite politique et administrative et, de l'autre, le niveau local, composé d'élus peu considérés et d'une fonction publique territoriale conséquente, dépourvue de statut particulier, chargé de l'application des politiques nationales et locales³. Les conservateurs se sont chargés de fragmenter ce « *gouvernement local* »⁴. Le meilleur exemple en est l'éradication pure et simple par Margaret Thatcher du « *Conseil du Grand Londres* »⁵, bastion d'opposition travailliste dont le

¹ Cet acte unit le royaume unifié de Grande-Bretagne (lui-même résultat d'une union des royaumes d'Angleterre et d'Ecosse depuis l'Acte d'Union de 1707) et le royaume d'Irlande. Il donne ainsi naissance au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande.

² Cette expression pourrait être traduite par « système dual ». Jim Bulpitt est un des plus fins connaisseurs du fonctionnement politico-administratif anglais et son ouvrage de 1983, *Territory and Power in the UK*, Manchester University Press, fait toujours aujourd'hui figure de référence.

³ Cf. J. Lagroye et V. Wright, *Local Government in Britain and France*, Allen & Unwin, 1979.

⁴ Traduit de l'expression propre au système que nous venons de décrire et qui est daté, « *local government* ».

⁵ « *The Greater London Council* », (« *GLC* »).

fer de lance était Ken Livingstone, surnommé « *Ken Le Rouge* »⁶. Margaret Thatcher mettra fin à ce modèle anglais réputé de « *gouvernement local* » et le remplacera par un système d'Agences semi-publiques⁷, des mécanismes contractuels et de très nombreux membres nommés dans les Conseils d'administration et dans les Directions de ces agences. En résumé, le Royaume-Uni, autrefois pays du « *gouvernement local* » stable, bureaucraté et peu politisé, est devenu sous l'ère de Mme Thatcher le pays le plus centralisé d'Europe. Après la poussée des années 1970, le gouvernement travailliste associé aux libéraux de Jim Callaghan avait échoué dans sa tentative de *devolution* lors du référendum de 1977. Progressivement, avec des hauts et des bas, l'Ecosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord plaident pour une forme très poussée de décentralisation, la *devolution*. Le gouvernement travailliste élu en 1997, n'avait non seulement pas la possibilité de revenir en arrière et de restaurer de ce fait le « *gouvernement local* », mais avait en outre une dette envers ceux qui avaient participé à son avènement et qui plaidaient en faveur d'une autonomie de gestion accrue. Les multiples expérimentations avaient affaibli les institutions locales et les attentes étaient très grandes à l'égard du nouveau parti travailliste. L'histoire toujours actuelle de la *devolution* au Royaume-Uni n'est pas le simple transfert de compétences désintéressé du gouvernement central. Le *New Labour* s'est engagé à mettre en œuvre ce processus appelé *devolution*, qui permet de conserver en droit un Etat unitaire, tandis que des pouvoirs plus ou moins étendus sont confiés par le gouvernement central à des autorités régionales - voire à des nations ? -, l'Ecosse, le Pays de Galles, l'Irlande du Nord. Ce transfert de compétences n'a pas été constitutionnalisé⁸ et reste, à ce titre, réversible. La *devolution* de 1998 est un système asymétrique et compliqué - chaque territoire est gouverné par des règles différentes - et se distingue clairement, non seulement des fédéralismes belge ou allemand, mais aussi de la décentralisation française. Tony Blair s'est engagé à honorer les engagements pris par l'ancien leader travailliste, John Smith. Paradoxalement, il a engendré des réformes fondamentales sans avoir d'intérêt particulier pour cette question. En réalité, les néotravaillistes avaient une dette envers les Ecossais et les Gallois qui avaient maintenu le parti à flot pendant les années sombres et infligé aux conservateurs de cuisantes défaites politiques⁹. Un autre paradoxe veut que le parti travailliste, historiquement favorable à la centralisation, évoluera progressivement en faveur de la *devolution*. Plus d'une vingtaine d'années après tout le monde en Europe, y compris en France, le thème des régions, de la décentralisation, de la territorialisation et du « nouveau localisme », connaît un glissement politique intéressant. Les conservateurs longtemps favorables, on l'aura compris, au gouvernement local, deviennent pendant les années 1980 les hérauts de la centralisation. Le parti travailliste, autrefois symbole du gouvernement centralisateur devient, sous l'influence des Gallois et des Ecossais, le chantre de la *devolution*. Or cette transformation était particulièrement inattendue.

La *devolution* se distingue du principe de libre administration ou de la décentralisation à la française, dans la mesure où celle-ci prodigue à l'autorité concernée un véritable pouvoir législatif. A de rares exceptions près¹⁰, cela n'est pas le cas en France. C'est pourtant bien la réalité, notamment en Ecosse. En outre, tant cette dernière que le Pays de Galles et l'Irlande du

⁶ « *Ken The Red* » deviendra le maire élu de la capitale dès 1998 et le restera jusqu'en mai 2008. Il a été depuis remplacé par l'extravagant Boris Johnson.

⁷ Connues sous l'appellation anglaise de « *QUANGOS* », « *Quasi Autonomus Non Governmental Organisations* ».

⁸ Quoique non écrite, la Constitution britannique n'en connaît pas moins des formes de constitutionnalisation, sous l'effet de l'adoption de lois par le Parlement de nature constitutionnelle, ou de décisions de justice prises par les Lords dans leur formation judiciaire, ou bien encore des fameuses conventions constitutionnelles édictées par les acteurs politiques.

⁹ On rappellera pour mémoire qu'en 1997, les conservateurs n'avaient plus un seul député en Ecosse.

¹⁰ Cf. la Nouvelle Calédonie et la Polynésie française.

Nord exercent une part de souveraineté grâce à des Parlements ou Assemblées élues¹¹. Néanmoins, des évolutions récentes sont survenues en France depuis la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 puisque cette dernière inscrit dans le marbre de la loi fondamentale que l'hexagone est une « *République décentralisée* ». Selon André Roux, la conception traditionnelle jacobine d'unité de la République a subi une évolution. La diversité territoriale est désormais prise en compte. Elle s'exprime à travers une organisation administrative locale différenciée et une territorialisation du droit qui devient une réalité. A ce titre, par exemple, les Communautés d'Outre-Mer bénéficient désormais d'un droit à la différence¹². A ce stade de l'étude, si l'on compare les objectifs français et britannique, ils sont identiques. La diversité protège à terme, en France, l'unité de la République ; la *devolution* doit, quant à elle, pouvoir conserver le Royaume uni.

Dans ce vaste mouvement britannique de redistribution des pouvoirs et des compétences, les entités locales n'ont pas été en reste. Avec l'accord du pouvoir central, elles avaient déjà pris l'habitude d'exercer un certain nombre de compétences en matière d'urbanisme, de protection sociale ou d'éducation, par exemple, mais ce n'est que tout récemment que ce phénomène de transfert des pouvoirs à un échelon local a gagné le domaine de la santé. Le système de santé connaît depuis les années 2000, l'une de ses plus importantes réformes, si ce n'est la plus importante. Le « *Plan sur le Service National de Santé* » de 2000 (« *The NHS Service Plan* ») a ouvert la voie à toute une série d'autres mesures étalées sur dix ans, destinées, entre autres, à redresser les inégalités socio-spatiales et à opérer, par conséquent, un rééquilibrage régional. Jamais plus grande réforme du système de santé n'a été engagée en Angleterre que depuis 1997. Le plan NHS de 2000 a ainsi imposé de transférer un certain nombre de pouvoirs du service national de santé vers les structures locales du NHS, de pousser à l'autonomie des hôpitaux et d'introduire progressivement le choix pour le patient du lieu de son traitement. Ce plan NHS s'inscrit donc au rang de ces réformes ambitieuses initiées sous le premier gouvernement Blair et avançant des propositions radicales pour redresser un système de santé moribond. La loi de 2003 sur « *les Soins Sociaux et de Santé* », « *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003* ») contribuera, elle aussi, à des changements importants et à des réajustements conséquents du plan de 2000.

Or, dans le domaine de la santé, Tony Blair et Gordon Brown ont avancé le thème du « *nouveau localisme* » comme un véritable antidote pour ne plus apparaître comme de farouches centralisateurs. Il n'a pas été question de donner, dans ce domaine, une autonomie plus grande, des pouvoirs ou des ressources à des assemblées et des exécutifs élus au niveau local et régional. Il s'est agi, en revanche, de promouvoir l'autonomie budgétaire des unités de base comme les hôpitaux, pour accroître le choix des consommateurs et les pressions sur les fournisseurs de service par la compétition régulée par l'Etat central. Le « *nouveau localisme* » se différencie en cela de la *devolution* et répond, du point de vue de la méthode, à une approche tout à fait typique du système anglo-saxon en général et anglais, en particulier, le pragmatisme. Les territoires de la santé ont été dans un premier temps invités à agir seuls, pour se voir fixer, dans un deuxième temps, des règles de conduite de plus en plus précises.

On rappellera brièvement que le Service National de Santé a été créé en 1948, six ans après le rapport *Beveridge* de 1942. Libéral sur le plan économique, le Royaume-Uni s'est pourtant doté d'un système de santé public, régulé, égalitaire et gratuit, dans lequel l'Etat assume la délivrance des soins. Avec des engagements budgétaires sous-jacents, le NHS est un service

¹¹ Léon Duguit a précisément démontré que les collectivités territoriales françaises n'exerçaient pas de part de souveraineté.

¹² Propos recueillis à Bari lors du colloque sur « la Constitution française » les 22 et 23 mai 2008.

formalisé, planifié et centralisé. Le Service National de Santé a reposé jusqu'à présent sur les principes cardinaux d'universalité, de gratuité et de mise à disposition de services indispensables à la réalisation des soins. Ces principes prêtent aujourd'hui à interprétation, voire, parfois, à discussion. Un accord minimum consiste néanmoins à admettre que les prestations doivent être uniformes, que le NHS doit offrir une couverture universelle et gratuite et que la santé publique est financée par l'impôt. Jusqu'à présent aussi, le gouvernement central exerçait, en la matière, un véritable monopole. Depuis sa création en 1948, le NHS a aussi connu différents modes d'organisation. Au départ, le système de soins était très intégré et soumis à un contrôle hiérarchique très poussé du gouvernement central. A partir des années 1990, les gouvernements de M. Thatcher et de J. Major imposent un tout autre modèle, celui du quasi « *marché concurrentiel* » (« *internal market* »), impliquant des relations contractuelles entre les acheteurs et les producteurs de soins. Entre ces deux paradigmes, le tout-Etat et l'ultra-libéralisme, Tony Blair en avance un autre, celui de la « *Troisième Voie* ». Un système fondé sur la déréglementation et la coopération ou la mise en réseaux des professionnels locaux se met en place dès 1997. T. Blair veut, par ce biais, relever le défi d'améliorer la qualité du service public de santé sans augmenter les impôts. C'est en ce sens que les territoires sont apparus comme un véritable instrument de la réforme du système de santé en Angleterre. Un concept de localisation du système de santé s'est développé à travers un échelon local du NHS. La réforme initiée en 1997 va en effet mettre en exergue les « *Groupements de soins primaires* » (les « *Primary Care Groups* »). C'est le point d'orgue de la réforme. Ces groupements de soins primaires n'ont pas été une fin en soi, mais un véritable levier pour la délivrance de meilleurs services en fonction de besoins identifiés.

Cette mise en réseau et appel à la coopération des différents acteurs locaux de santé, focalise principalement sur les « *Groupements de soins primaires* », devenus depuis 2000, « *Trusts de soins primaires* »¹³. C'est le territoire par excellence de la décentralisation professionnelle et économique souhaitée par le gouvernement central depuis les années 2000. Ces Groupements ou Trusts vont donc largement compléter l'action du NHS au niveau local. Il s'agit néanmoins d'une forme très différente de décentralisation administrative à la française, puisqu'elle s'appuie sur une délégation de gestion à des réseaux de professionnels, le pari étant que cette gestion par des cliniciens est la plus apte à faire des choix efficaces et de nature à améliorer la qualité des soins. C'est en ce sens aussi que le « *nouveau localisme* » rend mieux compte de ce transfert de compétences professionnelles et économiques à des acteurs locaux, que les concepts juridiques français de décentralisation et de déconcentration ou que le concept constitutionnel anglais de *devolution*¹⁴.

Un rôle tout à fait croissant a été progressivement accordé à ces « *Groupements* » ou « *Trusts de Soins Primaires* » dans la délivrance des soins à la population, incluant la gestion des ressources financières aussi bien que la gestion de la qualité des soins. Parallèlement à cette

¹³ « *Primary Care Trusts* ».

¹⁴ En droit, s'opposent classiquement la décentralisation et la déconcentration. En sciences sociales, la décentralisation a une définition plus large qu'en droit et renvoie à l'idée d'un accroissement des responsabilités et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central. Une typologie établie en 1983 par la Banque mondiale et largement référencée distingue ainsi quatre formes de décentralisation : la *devolution* consiste en effet à confier des pouvoirs à des gouvernements territoriaux autonomes (ce qui s'est produit à partir de 1998 en Ecosse, au Pays de Galle, en Irlande du Nord) ; la *déconcentration* quant à elle, recouvre la notion de transfert de responsabilités à des niveaux territoriaux plus bas au sein des gouvernements centraux et des agences centrales ; la *délégation* transfère des responsabilités de gestion étendues, dans un domaine et pour des fonctions spécifiques à des organisations (souvent qualifiées de « paraétatiques ») qui agissent en marge de la structure administrative centrale. Enfin, la *privatisation* est un transfert de responsabilités à des organisations privées, lucratives ou non, à qui sont déléguées certaines fonctions antérieurement assumées par les gouvernements.

évolution, Tony Blair a aussi souhaité inclure dans ce vaste réseau de professionnels, le secteur privé. Celui-ci venant à la rescousse du secteur public et les réseaux d'acteurs locaux étant de plus en plus encouragés dans la voie de l'autonomie de gestion, un glissement est aujourd'hui sensiblement en train de s'opérer. De territoires initialement conçus pour servir de relais au NHS et pour le compléter dans son action (I), les territoires s'affichent aujourd'hui aussi comme de potentiels concurrents, capables de suppléer le NHS en matière de santé (II).

I. LE « NOUVEAU LOCALISME », RELAIS DU SERVICE NATIONAL DE SANTE

En 1997, Tony Blair a impulsé à la fois un mouvement de transfert des responsabilités, dont le centre nerveux sont les « *Groupes de Soins Primaires* », responsables d'enveloppes financières dont ils assurent la gestion, en même temps qu'un foisonnement d'instructions nationales encadrant leur action : programmes prioritaires, indicateurs de performance, recommandations du NICE (« *National Institut for Clinical Excellence* ») sur la prescription... De nombreux experts anglais font ainsi état d'une tension entre la délégation financière, d'une part, et l'accentuation des prescriptions nationales, d'autre part, ou plus largement d'une territorialisation de la santé placée sous contrôle¹⁵.

A. La territorialisation de la santé par la mise en réseau de professionnels locaux

Les « *Groupements de Soins Primaires* » ont été invités à agir de concert avec les hôpitaux publics et les « *Trusts NHS* » (« *NHS Trusts* »).

1) Les Groupements de Soins Primaires, pierre angulaire de la réforme initiée en 1997

Ces « *Groupements de Soins Primaires* » représentent des échelons locaux du NHS et une toute nouvelle instance de régulation placée sous la responsabilité de comités de soins. Alors que les prémices de la territorialisation s'étaient faites sentir sous M. Thatcher au niveau des « *Groupements de Médecins Généralistes* » (les « *GPs* », « *General Practiciens* »), elle s'étend sous T. Blair, non seulement aux médecins généralistes, mais aussi aux pharmaciens, aux infirmiers, aux dentistes¹⁶ et aux opticiens réunis dans ces « *Trusts de Soins Primaires* »¹⁷. Ces professionnels locaux sont regroupés dans 152 Trusts (à l'origine 303) intervenant sur une zone géographique correspondant au district et couvrant en moyenne 150 000 personnes. Ils doivent orienter les patients vers les autres services de santé. C'est ainsi qu'ils sont amenés à coopérer en réseaux. Ces groupements bénéficient de 75% du budget du NHS, ce qui leur permet, entre autres, d'acheter des soins. Ces Trusts reçoivent du NHS des enveloppes financières qu'ils doivent gérer, mais comme cela ne suffit pas, il est aujourd'hui question que ces groupements soient aussi financés par des impôts locaux. Pour l'heure, les pouvoirs publics continuent de

¹⁵ Ce phénomène n'est pourtant pas propre au système anglais puisque plus l'Etat décentralise, plus il s'arroge le droit d'exercer un contrôle sur les autorités décentralisées et sur leur action, pour un jour peut-être pouvoir mieux se réapproprier ce pouvoir.

¹⁶ Depuis la loi de 2003, « *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003* ».

¹⁷ Ces soins primaires s'opposent aux soins dits secondaires ; ces derniers visent, dans le système anglais, les hôpitaux, les services ambulatoires et les services psychiatriques.

déléguer un budget aux « *Groupements de Soins Primaires* », grâce auquel ceux-ci emploient du personnel paramédical qui assure les soins courants.

Le changement intervenu en 2000 de « *Groupements de Soins Primaires* » en « *Trusts de Soins Primaires* » a eu pour conséquence d'instituer des organes statutaires indépendants disposant d'une plus grande autonomie et de pouvoirs élargis pour gérer les budgets. A partir de 2003, ces groupements ont été encouragés à mettre en concurrence leurs fournisseurs de soins quant à la nature des services proposés. En principe, la compétition par les prix est exclue, ces derniers restant fixés par l'administration. Ces « *Groupements de Soins Primaires* » contribuent en outre à l'élaboration des programmes locaux d'amélioration de la santé et à la promotion de la santé auprès de la population locale. Il s'agit là d'une forme très différente de décentralisation administrative à la française. Elle s'appuie, en effet, sur une délégation de gestion à des réseaux de professionnels. On leur a bien reconnus l'autonomie budgétaire et fonctionnelle, mais non l'autonomie institutionnelle (les groupements ne sont pas élus).

2. *Les hôpitaux publics*

En Angleterre, les hôpitaux appartiennent aux services de soins secondaires, aux côtés des services ambulatoires et psychiatriques. Dans cette vaste catégorie des « hôpitaux », on distingue les « *Trusts NHS* »¹⁸ qui sont des *groupements d'hôpitaux*¹⁹. Selon un rapport de la Commission de la Santé²⁰ publié en 2006²¹, plus d'un tiers des « *Trusts NHS* » qui exercent le rôle d'acheteurs et fournisseurs de soins hospitaliers et ambulatoires, sont mal gérés. Malgré les milliards investis depuis 2001, un « *Trust NHS* » sur quatre était en déficit en 2006 et s'est trouvé dans l'obligation de procéder à des restructurations draconiennes²² pour équilibrer ses comptes. Les sommes spectaculaires engagées pour la santé ne semblent pas avoir eu d'impact significatif sur l'afflux des demandes. A la décharge des « *Trusts NHS* », un groupe de réflexion indépendant qui travaille sur le Service National de Santé, le « *King's Fund* »²³, révèle que les fonds destinés à la création de nouveaux lits et au développement des traitements chirurgicaux n'ont représenté que 2,4 % des 5 milliards de livres supplémentaires affectés aux hôpitaux et aux soins publics en 2004²⁴. L'hôpital apparaît comme le parent pauvre de la réforme.

Depuis l'adoption de la loi de 2003, certains « *Trusts NHS* » peuvent désormais prétendre au statut de « *fondation* » (« *foundation* »), ce qui implique plus d'autonomie dans la gestion. Il y en aurait dix actuellement. C'est en décembre 2003, plus précisément, que Tony Blair souhaite réformer le statut des hôpitaux en accordant aux hôpitaux jugés performants, le statut de « *fondations hospitalières* » (« *Foundation Hospitals* »). Reprenant une vieille idée des conservateurs, les néotravailleurs cherchent par là à encourager les « meilleurs » hôpitaux à sortir du système public. Ce statut leur accorde une plus grande autonomie de gestion, - notamment pour emprunter du capital tout en passant des contrats avec le NHS - , une liberté de recrutement des personnels et la possibilité d'utiliser leur surplus d'exploitation pour de nouveaux investissements en équipement. Par ailleurs, des groupes privés ont été autorisés et encouragés à prendre en charge une partie des activités hospitalières afin d'améliorer les indicateurs de

¹⁸ Consulter à cet égard, J. Jacob, « *Lawyers Go To Hospital* », (1991), *Public Law*, p. 267 et s.

¹⁹ Ils sont généraux, régionaux ou nationaux spécialisés.

²⁰ « *The Healthcare Commission* »

²¹ www.healthcarecommission.org.uk

²² Comme la fermeture de services, le report de certaines opérations chirurgicales, l'annulation ou le report de consultations.

²³ www.kingsfund.org.uk

²⁴ Le gouvernement a, en effet, choisi d'investir lourdement dans les rémunérations et les retraites des médecins et des infirmiers.

performance. Le 19 novembre 2003, le gouvernement a échappé de peu à une défaite retentissante à la Chambre des Communes, au cours d'une discussion très controversée de la législation qui, selon T. Blair, devait moderniser les grands services publics. Tony Blair a en effet suggéré que tous les hôpitaux d'Angleterre deviennent autonomes d'ici 2008, mais une telle perspective a suscité des débats houleux aux Communes et au sein du parti. La loi créant ces fondations d'hôpitaux n'a été adoptée qu'en 3^{ème} lecture par les Communes et que par 17 voix de majorité. En réalité, ces fondations d'hôpitaux sont des établissements construits avec des capitaux privés, mais gérés par le Service National de Santé qui devra payer des loyers élevés. « *Cette privatisation en douce des hôpitaux est un retour aux pires pratiques du XIX^{ème} siècle. Le transfert de la charge des dépenses d'infrastructures du niveau national aux autorités locales, via les Trusts hospitaliers, contraint celles-ci à réduire leurs dépenses de santé* », s'indigne Allyson Pollock, Directrice du Centre pour une Politique Internationale de Santé Publique²⁵ de l'Université d'Edimbourg.

L'annulation en 2004 de la rénovation de *St Marry Paddington*, la quasi-faillite du *Queen Elizabeth Hospital* à Woolwich et du principal hôpital de Greenwich, ainsi que la suppression de 12 000 lits depuis l'arrivée au pouvoir en 1997 du New Labour témoignent des dysfonctionnements du système.

En encourageant une plus grande autonomie locale, mais en introduisant de façon concomitante, davantage de recommandations nationales, voire de contrôles, les néotravailleurs ont développé des politiques gouvernementales contradictoires. Néanmoins, grâce à ces différents contrôles nationaux, le gouvernement pourra aussi décider de généraliser à l'ensemble du territoire le système qui aura fait ses preuves au niveau local.

B. Le « nouveau localisme » placé sous haute surveillance de l'Etat

Le souci de contrôle et d'évaluation n'était pas absent de la grande réforme initiée en 2000. Ce souci permanent de maintenir contraintes et contrôles a pour objet d'éviter toute dérive de finances ou toute réforme allant à l'encontre du projet politique principal. C'est probablement là aussi que réside une autre contradiction à laquelle fut confronté le gouvernement Blair : comment assumer un transfert de pouvoir tout en maîtrisant les règles du jeu et en gardant le contrôle politique ? Paradoxalement, les gouvernements Blair ont massivement accru la centralisation du Royaume-Uni, en laissant davantage d'autonomie aux individus et aux organisations au sein d'un système de contraintes et de contrôles renforcés, une sorte de système sophistiqué de « conduite des conduites » comme aurait dit Michel Foucault, qui n'échappe pas toujours à une dérive bureaucratique, voire autoritaire. La modernisation rimerait-elle avec la centralisation ? L'évaluation des politiques publiques est fondamentale dans une démocratie : c'est une tendance lourde de transformation. La particularité des néotravailleurs consiste à avoir généralisé ces évaluations, sous la forme du contrôle le plus étroit, celui de l'audit. Alors que le gouvernement a territorialisé l'offre des services publics, il assortit cette territorialisation de nouvelles contreparties. Tous ces secteurs sont dorénavant objets d'une évaluation de leur performance et de leurs procédures. Cela traduit les influences de l'utilitarisme du philosophe Jeremy Bentham. Cependant, la multiplication des audits érode la confiance dans l'éthique professionnelle et le sens du service public.

²⁵ « *The Centre for International Public Health Policy* ».

1. La mise en place de nouveaux contrôles

Le plan NHS a créé de nouveaux organismes. L'« *Agence de modernisation du NHS* »²⁶ a été ainsi chargée du contrôle de l'application de la réforme en général, et de réorganiser l'hôpital pour améliorer sa gestion en particulier. Le « *Conseil réglementant les professions de santé* » vit lui aussi le jour²⁷. Des objectifs précis et détaillés ont été élaborés pour les directeurs d'hôpitaux, les services, les médecins, les infirmiers... Le gouvernement a créé le NICE²⁸ pour mesurer les coûts et les effets des traitements. Quant à la « *Commission pour l'Amélioration de la Santé* »²⁹, elle a été instituée pour mesurer les performances et évaluer les hôpitaux.

2. La restructuration d'anciens contrôles

Ces nouveaux contrôles s'ajoutent à celui exercé par les « *Autorités de Santé* »³⁰, qui ont remplacé à la fois les « *Autorités de santé de district* »³¹ et les « *Autorités de santé régionales* »³². Il ne subsiste plus aujourd'hui que des « *Autorités de santé* »³³ et des « *Autorités de santé stratégiques* »³⁴, les premières agissant au niveau du district, les secondes, au niveau de la région. Ce sont toutes deux des entités administratives du NHS.

Les « *Groupements de Soins Primaires* » doivent rendre compte de leurs activités aux « *Autorités de Santé* » qui assument un rôle central dans l'organisation des services de santé. C'est ainsi que ces Autorités devront identifier les besoins, en partenariat avec les autorités locales chargées des questions sociales, environnementales et économiques affectant la santé. Ces Autorités sont les maîtres d'œuvres des programmes locaux d'amélioration de la santé et elles assurent le développement des « *Groupements de Soins Primaires* ».

D'un point de vue technique, les « *Groupements de Soins Primaires* » sont des sous-comités des « *Autorités de santé* » et ils ont le même statut juridique. Ces groupements de professionnels de la santé assument désormais le rôle des « *Autorités de santé* », consistant, rappelons-le, à organiser et à financer les services des « *Trusts NHS* » pour environ 100 000 personnes. Les « *Trusts de Soins Primaires* » assument aujourd'hui de nombreuses responsabilités des « *Autorités de santé* ». Ce n'est pas pour autant que le contrôle exercé sur eux par le NHS, par le biais des « *Autorités de santé* », s'est assoupli...

Le « *nouveau localisme* » a engendré un vaste mouvement de réorganisation des échelons locaux publics de santé et, à travers eux, les « *Trusts de Soins Primaires* ». Elle a aussi néanmoins impliqué largement le secteur privé. Or, en injectant un certain nombre de principes nouveaux dans le secteur public et en sollicitant très fortement le secteur privé dans la rénovation du système de santé, Tony Blair invite à une deuxième lecture du « *nouveau localisme* ». Ce dernier qui devait, au départ, compléter l'action du NHS, tend de plus en plus aujourd'hui à la suppléer.

²⁶ « *The NHS Modernisation Agency* »

²⁷ « *The Regulation of Health Care Staff* »

²⁸ « *The National Institute for Clinical Excellence* »

²⁹ « *The Commission for Health Improvement* »

³⁰ « *The Health Authorities* »

³¹ « *The DHAs* »

³² « *The RHAs* »

³³ Au nombre de 99.

³⁴ Au nombre de 28.

II. LE « NOUVEAU LOCALISME », CONCURRENT DU SERVICE NATIONAL DE SANTE ?

Tony Blair ne s'est pas contenté d'une réorganisation publique de la santé, puisqu'il a continué, comme les conservateurs en leur temps, à impliquer le secteur privé dans ce domaine. En outre, il a insufflé les principes de concurrence et de choix à l'ensemble du système de santé, brouillant le traditionnel clivage entre le secteur public et le secteur privé, et imposant aux principes fondateurs du Service National de Santé de s'adapter. Il n'est pas certain, néanmoins, que cette adaptation ne porte pas à terme un coup fatal au système, tel qu'il fut imaginé en 1942 et appliqué en 1948.

A. Le brouillage institutionnel : l'appel au secteur privé

Entre 1979 et 1997, la plupart des entreprises nationalisées ainsi qu'un nombre important de services publics, ont été privatisés par les gouvernements conservateurs. Le gouvernement de Tony Blair a poursuivi, dans une large mesure, ce programme de privatisation des services publics, en s'inspirant d'un projet conçu par les conservateurs dans les années 1990, l'« *Initiative Financière Privée* », « *PFI* ». ³⁵ Ce système aménage les modes de financement et de gestion des services publics par le secteur privé. Pour rénover le service défaillant de la santé sans avoir à augmenter les impôts directs, les néotravailleurs ont donc retenu ce principe du « *Partenariat Public-Privé* », « *PPP* » ³⁶. La « *PFI* » a été saluée par le gouvernement comme « *l'élément-clé dans la stratégie gouvernementale pour garantir des services publics modernes et de haute qualité et pour promouvoir la nature compétitive du Royaume-Uni* ». ³⁷ La « *PFI* » a connu un essor spectaculaire sous le gouvernement néotravailleurs. Elle a été conçue comme le moyen de remédier au problème du sous-investissement chronique dans les services publics. Le parti travailliste était initialement opposé à ce projet, dénonçant à l'occasion une « *privatisation rampante* ». Depuis 1997, le New Labour a non seulement tu les critiques, mais a eu davantage recours à la « *PFI* » que le parti conservateur. La « *PFI* » a permis de mettre en œuvre dans un certain nombre de services publics dont la santé, la maxime favorite de T. Blair, « *Ce qui compte, c'est ce qui fonctionne bien* ». ³⁸

Les partenariats et mise en réseau tant voulus par T. Blair ont concerné deux choses : d'une part, la sous-traitance des soins par les cliniques privées ; d'autre part, la sous-traitance de la construction, du développement et de la gestion par des entreprises privées.

³⁵ « *Private Financing Initiative* »

³⁶ « *Public-Private Partnership* ». Le pays précurseur en matière de partenariat public-privé est la France. Cette dernière a, dès le XIX^{ème} siècle, inventé le principe de la concession, où le délégataire perçoit l'essentiel de sa rémunération auprès des usagers à qui il vend l'eau, le transport, l'usage de l'autoroute... Dans le contrat de partenariat public-privé, l'exploitant touche des loyers auprès de la collectivité publique avec laquelle il a contracté. Ce modèle là a pour pionnier le Royaume-Uni. Dans le secteur hospitalier, les loyers-redevances se révèlent sur le long terme très lourds. Des dérives ont provoqué plusieurs scandales, confortant les opposants aux partenariats public-privé. Ils dénoncent notamment les retours sur investissements trop élevés que s'octroie le secteur privé.

³⁷ Her Majesty Treasury, « *The Private Finance Initiative* », Economic Briefing, n°9, 1999.

³⁸ T. Blair « *The Third Way. New Politics for a New Century* », Fabian Society Pamphlet, n° 588, sept. 1998, p. 4.

1) La sous-traitance de soins par les cliniques privées

Comme les conservateurs avant lui, le gouvernement de Tony Blair a vivement encouragé les partenariats entre le NHS et le secteur privé. Le NHS sous-traite aux opérateurs privés un grand nombre de soins. Sur les 800 000 interventions chirurgicales effectuées chaque année par le secteur privé, 90 000 concernent des patients financés par le NHS, qui est le meilleur client du privé.

Cela a été rendu possible grâce au « *concordat passé avec le secteur privé* »³⁹. Selon ce concordat, le fournisseur de soin est autorisé à faire appel au secteur privé afin de réduire les listes d'attente dans l'hypothèse d'une opération chirurgicale. Dans ce cas-là, l'établissement privé auquel il est fait appel pourra se trouver en dehors du ressort territorial dont le patient dépend, voire, à l'étranger.

2) La sous-traitance de la construction, du développement et de la gestion d'hôpitaux publics par des entreprises privées

Le gouvernement a confié au secteur privé un vaste programme pour la construction d'hôpitaux, sous forme de « *leasing* ». En vertu de ces partenariats lancés en 1996 par le gouvernement conservateur, le secteur privé construit et exploite les hôpitaux pour le compte de l'Etat. En fait, l'Etat contracte l'achat de services de longue durée auprès du secteur privé. Ce dernier fournit le financement nécessaire et accepte, en théorie, de couvrir les risques inhérents au développement du projet. En retour, il reçoit le droit d'exploiter le service. L'entreprise privée a la charge de construire et de maintenir en l'état l'infrastructure, et fait supporter à l'Etat le coût des services pendant une période généralement comprise entre 20 et 30 ans.

Appliquée à la santé, la « *PFI* » équivaut à des consortiums privés qui développent, construisent et gèrent de nouveaux hôpitaux, mais pas le service médical. Le consortium est alors rémunéré par un loyer payé par le NHS, courant de 25 à 40 ans. Cette charge, dont une partie est à taux variable, obère d'autant plus le budget opérationnel des hôpitaux que leurs revenus, assurés par le ministère de la santé, sont désormais tributaires de la réalisation des objectifs fixés en nombre de patients traités. Trente huit nouveaux hôpitaux ont été réalisés selon ce système depuis le lancement du plan NHS. Aujourd'hui néanmoins, à la lumière des difficultés croissantes des établissements à respecter le calendrier de remboursements, une dizaine d'autres nouveaux projets a été bloquée. Le système du partenariat fait aujourd'hui l'objet de critiques.

Par âpreté aux gains, le secteur privé chargé de construire les hôpitaux a privilégié les grandes structures au lieu de se concentrer sur les petites unités spécialisées. L'Angleterre compte par conséquent aujourd'hui trop d'hôpitaux mal calibrés et sous-utilisés. Les critiques se concentrent notamment sur le caractère surdimensionné de certains ouvrages qui contrevient, qui plus est, à la priorité aujourd'hui donnée aux soins de proximité.

Alan Milburn, Ministre de la Santé sous le 1^{er} gouvernement de Tony Blair, avait pourtant indiqué que l'objectif des « *PFI* » dans le domaine de la santé publique, était d'assurer des services de soin de meilleure qualité, mieux adaptés aux besoins des patients et plus sûrs. Une nouvelle infirmerie construite à Carlisle (dans le Nord de l'Angleterre) montre, par exemple, le

³⁹ « *Private Sector Concordat* »

contraire en présentant des dysfonctionnements divers et graves.⁴⁰ On a aussi pu constater une baisse du nombre de lits dans tous les hôpitaux publics rénovés par le système de la « *PFI* ». Un groupe d'experts et « *l'Association médicale britannique* » considèrent que la « *PFI* » a entraîné une réduction substantielle du volume de soin et du personnel médical.⁴¹ Au vu de cela, la Commission en charge des questions de santé à la Chambre des Communes a déclaré, dès 1999, qu'il convenait d'attendre les résultats des projets pilotes de la « *PFI* », avant que le gouvernement ne s'engage dans des projets similaires.⁴² Enfin, la « *PFI* » présente aux yeux de beaucoup d'Anglais l'inconvénient de porter atteinte au principe de gratuité de la santé publique, principe cardinal au regard du système bévériidgien.

Les autres principes fondamentaux du Service National de Santé ont eux aussi été quelque peu bousculés, mais, de façon moins attendus, par les territoires publics de la santé eux-mêmes ou par le « nouveau localisme ». C'est en ce sens que ces territoires locaux présentent le risque potentiel de suppléer, à terme, à l'action du NHS et à ses principes fondamentaux.

B. Le brouillage conceptuel : le « *nouveau localisme* » au service d'une politique consumériste

Les principes de choix et de concurrence introduits dès 2003 par le gouvernement de Tony Blair vont à l'encontre des principes sous-tendant le NHS. Celui-ci se veut en effet universel, au sens où chaque ressortissant doit pouvoir accéder au système de soins (« *Universality* »). Le NHS souhaite, depuis ses origines en outre, mettre à la disposition de tous un certain nombre de services nécessaires à la réalisation des soins (« *Comprehensiveness* »). Le système se fonde, enfin, sur la gratuité des soins (« *Free Care* »). Le deuxième principe est sujet à interprétation puisqu'il peut dépendre, entre autres, du niveau économique de l'Etat. L'universalité et la gratuité, qui mènent tous deux au principe d'égal accès pour des besoins égaux, ont une portée plus concrète.

La politique menée par les travaillistes en matière de santé depuis le plan NHS cherche à augmenter l'efficacité de ce système par tous les moyens. Parmi ces moyens, figurent le choix et la concurrence. Ces principes étaient jusqu'alors perçus comme secondaires par rapport à l'universalité, la gratuité et la mise à disposition des services, et tenus de ne pas les remettre en cause. Il n'est pas certain qu'aujourd'hui néanmoins, ces principes dits secondaires, ne soient pas en train d'opérer un changement majeur et irréversible, porté notamment par le NHS lui-même et ses différents territoires ou le « *nouveau localisme* ».

La géographie des soins est en effet en train de changer et certains hôpitaux ont du mal à attirer les patients qui se tournent vers les cabinets médicaux et les centres de soins primaires. Cette tendance devait s'accélérer avec la publication, le 28 janvier 2006, d'un Livre Blanc sur le

⁴⁰ Une infrastructure de faible qualité (deux plafonds se sont écroulés car les contractants privés les avaient construits avec des matériaux de qualité médiocre) ; des conditions d'hygiène et de sécurité inadéquates et insuffisantes (le système d'égouts était insuffisant pour faire face au nombre d'utilisateurs ; le système d'air conditionné était inadéquat) ; un nombre insuffisant de lits pour faire face à la demande de soins.

⁴¹ E. Shaw « Is what matters what works : the PFI, New Labour and the Modernisation of the UK National Health Service », *Témoin*, n° 24, mai 2001, p. 102. R. Smith « PFI : Perfidious Finance Idiocy », *British Medical Journal*, 1999, 319, p. 2-3.

⁴² House of Commons, Select Committee on Health. Future NHS staffing requirements. *Third Report*, Vol. 1, Stationary Office, 1999.

développement des soins hors de l'hôpital. Le rythme de la réforme s'est intensifié depuis. Tous les malades, orientés par leur généraliste, peuvent choisir entre au moins quatre hôpitaux et les établissements sont payés en fonction du nombre et du type de malades traités. Le Livre Blanc devait élargir la gamme de fournisseurs de soins, pour y inclure des établissements privés, des pharmacies et des professionnels de la santé, qui pourront offrir des soins gratuits plus près du domicile des personnes. Si les patients peuvent faire traiter leur maladie chronique par leur généraliste ou par une clinique locale privée, mais financée par le NHS, ils feront probablement moins appel aux hôpitaux plus onéreux, financés par la « PFI ». Ces mesures visent à augmenter la concurrence et à provoquer un changement.

Pour parvenir à la réduction des listes d'attente et à une efficacité augmentée des services de soins, les néotravailleurs n'ont pas hésité à injecter dès 2003 dans le système, les principes de choix et de concurrence. (Il était question aussi, par ce biais, de mieux maîtriser les dépenses en matière de soins). Un système d'évaluation et de classement des hôpitaux, en fonction, par exemple, des délais d'attente ou des taux de mortalité, devrait en principe pouvoir faciliter le choix pour le patient.⁴³ Il n'est cependant pas certain que la politique du choix puisse aujourd'hui s'appliquer avec efficacité, compte tenu des informations partielles dont disposent les patients. Cet aspect de rationalisation est central dans la conception de la gestion publique néotravailleuse. Les classements (« *league tables* ») sont un instrument classique du nouveau management public. Déjà utilisé pour les écoles, le système a été étendu aux hôpitaux. Ainsi un classement des hôpitaux a été publié pour la première fois en 2001, par le ministère de la Santé, puis réévalué tous les deux ans. La concurrence, la course à la performance mesurée et un système de récompense-sanction ont souvent pour effet d'entraîner la mobilisation d'acteurs dans le sens voulu par les promoteurs du système. Néanmoins, l'objectif de rationalisation absolue pousse à noter tout un ensemble de paramètres sans aucune cohérence dans un système uniforme (allant de 0 à 3). Tous les hôpitaux (170 la première fois) ont ainsi été classés en quatre catégories : aucune étoile, une étoile, deux étoiles et trois étoiles à partir de critères, tous traduits en termes d'indicateurs de performance⁴⁴. En 2001, trente-cinq hôpitaux ont obtenu trois étoiles et douze, aucune étoile. Ces derniers ont immédiatement été placés sous le contrôle direct de la nouvelle agence, l'« *Agence de modernisation du NHS* »⁴⁵.

Le choix et la compétition peuvent améliorer certains aspects du NHS, en mettant à l'index, par exemple, le manque de professionnalisme ou de délivrance de services. Mais le choix peut apparaître plus approprié dans certains domaines (émission d'un diagnostic) que dans d'autres (soins d'urgence). Malheureusement, offrir un meilleur choix au patient peut engendrer des coûts supplémentaires. Le choix va en effet accroître les exigences des patients ; faire face à leurs exigences entraînera aussi de nouvelles dépenses publiques. Or, les principes cardinaux du NHS d'universalité, de gratuité et de mise à disposition des services de soins risquent d'être

⁴³ Department of Health. *Choice of Hospitals. Guidance for PCTs, NHS Trusts and SHAs on Offering Patients Choice of Where They are Treated*. Department of Health, 2003.

⁴⁴ Les hôpitaux sont notés de 0 à 3 sur vingt critères dont : - le temps d'attente aux urgences et pour des rendez-vous ; - le nombre de malades qui, lorsque leur opération est annulée, n'ont pas été réopérés 28 jours plus tard ; - la propreté ; - le nombre de malades qui attendent plus de deux semaines un rendez-vous avec un spécialiste du cancer lorsque leur médecin généraliste a détecté un risque et une urgence en termes d'examens ; - le pourcentage de décès (sur 100 000 opérations) dans les trente jours qui suivent une opération ; - le nombre de réadmissions en urgence après avoir quitté l'hôpital ; - l'élimination des infections contractées au sein de l'hôpital ; la suppression des chambres mixtes ; - la satisfaction des patients ; - le pourcentage de malades dont le transfert vers un autre hôpital pour raison médicale a été retardé ; - le pourcentage de personnels manquants.

⁴⁵ Cf. Supra p 8.

compromis, si les attentes des patients ne sont plus comblées.

Une réforme de santé substantielle comme celle en laquelle a constitué le plan NHS est un événement rare. Revenir sur des changements majeurs est aussi une décision politique extrêmement compliquée à mettre en œuvre. Par conséquent, les développements d'une politique de grande ampleur comme celle impulsée par les néotravailleurs en matière de santé auraient du être envisagés, imaginés, appréciés dans leurs moindres détails, ce qui ne fut pas le cas. Le processus, très politique, ne fut jamais réellement défini. Aucun plan d'ensemble ne fut adopté à cet égard. De ce fait, si les principes fondamentaux du NHS sont perdus, ils pourront l'être à tout jamais, ce que beaucoup d'Anglais pourraient, à terme, regretter.

Céline LAGEOT

Maître de Conférences en droit public

CECOJI

Université de Poitiers