

MOTS CLÉS

Tarification à la qualité
Investissement social
Système de santé
Angleterre
Integrated care
Benchmark
NHS
Graph

RÉFLEXION

Le système de santé anglais

Après Berlin en 2014*, la deuxième édition européenne du Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph) s'est tenue à Londres, avec pour objectifs d'élargir les horizons hospitaliers français, de mener une réflexion autour de modèles applicables à nos établissements et de comparer nos outils. L'occasion – grâce à des conférences données par les principaux acteurs anglais et au cours de visites de terrain – d'analyser un système de santé qui, s'il présente des différences fondamentales avec le système français, est confronté à plusieurs défis similaires auxquels les réponses apportées pourraient sans doute, pour certaines du moins, être importées en France.

Le National Health Service est « *la chose la plus proche d'une religion qu'aient les Anglais* » indiquait l'ancien chancelier de l'échiquier (1983-1989) Nigel Lawson⁽¹⁾, témoignant ainsi de l'attachement des Anglais à leur système de santé.

L'Angleterre consacre 8% du PIB aux dépenses de santé ; 1,4 million de personnes travaillent pour le NHS, soit 1 personne en âge de travailler sur 23.

Le système se décompose en deux grandes catégories : les *care buyers* (acheteurs de soins) et les *care providers* (fournisseurs de soins).

» Les *care buyers* sont principalement les *clinical commissioning groups* (CCG), groupements de médecins généralistes financés par le NHS.

» Parmi les fournisseurs de soins, deux principaux types de structures cohabitent : les *trusts*, au nombre de 86, suivis par le Trust Department Authority (TDA) et les *foundation trusts*, au nombre de 153. Structures publiques également mais plus autonomes, soumises à licence, qui peut être retirée si les conditions requises (en termes financiers, de qualité et de *leadership*) ne sont plus remplies, les *foundation trusts* sont supervisés par le Monitor, qui va prochainement fusionner avec le Trust Department Authority pour donner naissance au NHS Improvement.

Yann BUBIEN
Directeur général
du CHU d'Angers,
Président du Graph

Alexis THOMAS
Directeur de cabinet
du directeur général
du CHU d'Angers
Secrétaire général
du Graph

* Y. Bubien, A. Thomas, « Le système de santé allemand », *Gestions hospitalières*, n° 540, novembre 2014.



GRAPH

Un système aux fondements différents du système français

Un système béveridgien...

Fruit de l'histoire, la différence fondamentale entre nos deux systèmes de santé réside dans le mode de financement. Assis sur l'impôt dans le système béveridgien anglais, il diffère du système français inspiré de l'histoire bismarckienne et fondé sur les cotisations sociales⁽²⁾.

Le système anglais, essentiellement public, est organisé de manière schématique comme suit (*figure 1*) :

» le ministère verse 98 milliards de livres sterling au NHS England⁽³⁾ ;

» le NHS England verse 67 milliards de livres sterling aux CCG (*care buyers*), qui achètent des soins à des *trusts/foundation trusts* (*care providers*) ;

» le NHS England achète 14 milliards de livres sterling de soins spécialisés directement ;

» le NHS England achète 12 milliards de livres sterling de soins primaires/ de ville, par le biais des *area teams* ;

» les *trusts* versent de l'argent au ministère, selon leur capital net (3,5%).

Le système est régulé comme suit (*figure 2*) : les *foundation trust* sont supervisés par le Monitor, qui, comme indiqué, va prochainement fusionner avec le TDA pour donner naissance au NHS Improvement.

La Care Quality Commission contrôle la qualité des offreurs de soins tandis que le National Institute for Care and Health Excellence (NICE) est en charge de l'introduction de nouveaux médicaments après étude de leur efficacité.

... reposant sur les médecins généralistes

Les *clinical commissioning groups* (CCG), qui regroupent les médecins généralistes, achètent les soins aux *trusts* et *foundation trusts*. Si ce système peut parfois être source de difficultés (tendance à la sous-consommation ou à la surconsommation de l'enveloppe), il est censé garantir l'achat de soins pertinent en fonction des besoins des patients.

De manière individuelle, les médecins généralistes (GP) sont rémunérés en partie à la capitation – c'est-à-dire en fonction du nombre de patients effectivement suivis – et constituent la porte d'entrée pour le patient anglais.

Des défis spécifiques, d'autres similaires

Un déficit en personnel médical et soignant

La politique restreinte par le passé de l'offre en termes de formation a conduit au développement de l'intérim et l'appel à une main-d'œuvre étrangère, notamment pour les infirmiers.

Cela n'est pas sans poser également certains problèmes éthiques au regard de pays tiers, souvent bien plus pauvres, qui financent la formation des infirmiers ou médecins migrant ensuite en Angleterre, où 1 poste sur 10 d'infirmiers est vacant.

Au niveau médical, une grève historique a débuté en janvier 2016 chez les jeunes médecins, opposés à la modification du contrat qui les lie au NHS.

Des difficultés budgétaires

Les résultats des hôpitaux anglais accusent un déficit de 2,2 milliards de livres sterling⁽⁴⁾, soit 2 % du montant des budgets contre 400 millions d'euros pour les hôpitaux publics français, soit 0,1 % de leur budget ; 156 des 239 *trusts* et *foundation trusts* sont en déficit⁽⁵⁾.

Au niveau macro, le défi financier est également majeur, avec un écart estimé à 30 milliards de livres entre les ressources estimées et les coûts projetés à horizon 2020/2021 selon le Monitor (*figure 3*).

Pour autant, le système béveridgien est « sacré » (cf. *supra*). On lit ainsi, dans le document intitulé « La stratégie à cinq ans du NHS », qu'« il n'y a rien qui suggère que continuer avec un NHS financé par l'impôt serait impossible. Il y a plutôt des options réalistes pour le soutenir et l'améliorer dans les cinq ans à venir, sous condition que le NHS même joue son rôle, avec l'appui du gouvernement ».

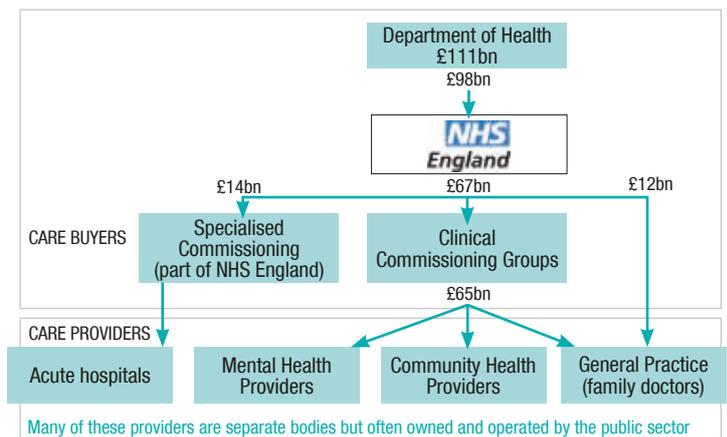
Le défi du parcours de soins au regard du vieillissement de la population et des maladies chroniques

L'Angleterre doit faire face, comme ses voisins européens, au vieillissement de la population, au développement des

TABLEAU 1
Angleterre - France
Chiffres clés

	Angleterre	France
Population	53,9 millions	66,03 millions
Superficie	130 395 km ²	632 834 km ²
Croissance du PIB 2014	2,6%	0,4%
Part des dépenses de santé dans le PIB	8%	11,7%
Nombre de médecins pour 1 000 habitants	2,8	3,3

FIGURE 1
Organisation et financement du système de santé anglais



Source : Monitor

NOTES

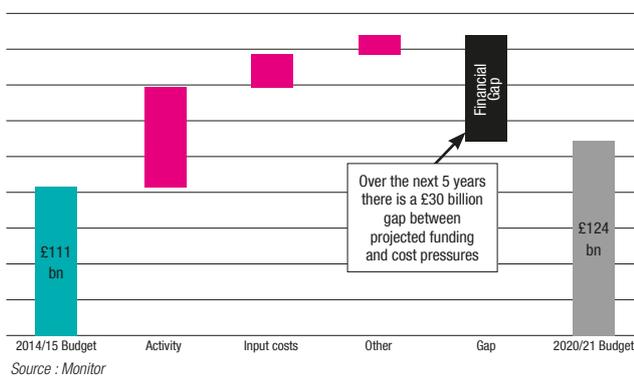
- (1) "The National Health Service is 'the closest thing the English have to a religion', 'The English patient', *The Economist*, 27 juillet 2000.
- (2) Même s'il est vrai que le système de protection sociale français a connu une évolution de son mode de financement vers la fiscalisation à travers la contribution sociale généralisée (CSG).
- (3) Chaque NHS (anglais, écossais, irlandais, gallois) gère de façon autonome son budget. Seul le système anglais est traité dans le présent article.
- (4) "Based on current performance, the NHS's English trusts are predicting they will end the year £2.2bn in deficit, with 156 out of 239 of them recording deficits, Monitor said." www.theguardian.com/society/2015/nov/20/nhs-deficit-soars-to-16bn
- (5) *Idem*.

FIGURE 2 La régulation du système de santé anglais



Source : Monitor

FIGURE 3 NHS : un défi financier majeur Horizon 2020-2021



Source : Monitor

LE GRAPH Réflexion, recherche et innovation

Fondé en 1974 par six centres hospitaliers universitaires (Clermont-Ferrand, Montpellier, Reims, Rennes, Rouen et Saint-Etienne), le Graph réunit à ce jour, dans le cadre de la loi de 1901 sur les associations, les établissements publics de santé adhérents et les personnalités du monde de la santé associées à ses activités à titre personnel.

Le Graph est un groupe de directeurs d'hôpital qui réunit médecins, philosophes, industriels, économistes... pour faire avancer la réflexion sur les grands sujets de santé et de société. Ses objectifs :

- créer un nouvel espace de réflexion et de recherche en dehors des schémas traditionnels et du protocole figé,
- faire évoluer le management et apporter des solutions innovantes aux grandes problématiques de santé,

maladies chroniques, nécessitant d'améliorer le parcours de soins et de « briser les barrières au sein du système de santé »⁽⁶⁾. Si le système anglais fondé sur le médecin généraliste apparaît alors comme favorable, il se heurte au cloisonnement et aux difficultés d'obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste : 1 patient sur 10 doit attendre plus de dix-huit semaines pour consulter un spécialiste.

Des spécificités importables ?

Le médecin généraliste comme pivot du parcours de soins et le développement de l'integrated care

Au regard de l'évolution démographique et du développement des maladies chroniques, qui impliquent un parcours de soins coordonné, un système fondé sur un médecin généraliste pivot semble un atout. Si celui-ci ne garantit pas le succès du parcours de soins coordonné qui se heurte au manque de spécialistes (cf. *supra*), il constitue un avantage dans le suivi et l'orientation du patient.

Pour briser les barrières entre les différentes structures, qui constituent un frein, des expérimentations sont menées, notamment à Manchester, d'*integrated care*.

Vers la tarification à la qualité

L'Angleterre se penche sur la tarification à la qualité. Déjà effective aux urgences, où la prise en charge doit se faire dans les quatre heures, elle commence à s'étendre à d'autres secteurs, sous l'égide notamment du Monitor. Si une telle orientation peut prêter le flanc à la critique (problématique des critères à retenir et d'effets potentiellement pervers d'un tel système), elle permet de donner une portée très concrète à la politique qualité globale et peut constituer un puissant vecteur d'incitation pour les établissements.

Le regroupement des structures

Pour réaliser des économies d'échelle, favoriser les synergies et/ou simplifier le système, l'Angleterre procède à des mutualisations.

- promouvoir la réflexion et la recherche en matière de gestion hospitalière,
- développer la recherche et anticiper les évolutions continues des organisations hospitalières,
- faire émerger de nouveaux talents,
- susciter les contacts et échanges d'expériences, en France et à l'étranger, dans une démarche de benchmark.

Le Graph organise trois séminaires par an : le Graph Alpes, le Graph Méditerranée et le Graph Europe (Berlin en 2014 ; Londres en 2015 ; Copenhague en 2016).

Il est présidé depuis décembre 2013 par Yann Bubien, directeur général du CHU d'Angers, qui place sa présidence sous le signe de l'innovation et de la recherche de nouvelles stratégies pour l'hôpital de demain.

Ainsi, le Monitor, qui supervise les *foundation trusts*, va prochainement fusionner avec le TDA, qui supervise les *non-foundation trusts*, pour donner naissance au NHS Improvement.

Quant aux instituts de recherche, ils sont évalués – et financés – en fonction de leur performance. En cas de résultats non significatifs, ils perdent leur financement et s'opèrent alors des regroupements. Enfin, un projet de regroupement des instituts collectant les données de santé a été envisagé.

L'investissement social

«L'investissement social vise à préparer les individus à faire face à l'évolution des risques sociaux en situant l'intervention sociale le plus en amont possible afin de minimiser les risques sociaux et le coût de leur remédiation [...]. Ainsi, en Grande-Bretagne, dès la fin des années 1990, les dépenses sociales ont été "activées" afin de favoriser l'exercice d'une activité professionnelle (bons de garde d'enfants, amélioration du niveau de qualification des chômeurs, crédit d'impôt pour ceux qui reprennent un emploi...) et de lutter contre la pauvreté des enfants⁽⁷⁾».

Si ce modèle a pu être décrié au regard de son aspect «libéral», il permet cependant une approche plus globale et plus responsabilisante des politiques sociales.

Le bémol de cette politique menée en Angleterre, à la différence de l'investissement social pratiqué dans les pays d'Europe du Nord, est que « l'accent n'a toutefois pas

été mis sur la qualité des emplois ni sur l'amélioration du bien-être des personnes⁽⁸⁾».

L'édition 2016 du Graph Europe, qui se déroulera à Copenhague, sera l'occasion d'étudier plus avant ces politiques d'investissement social et, de manière générale, le système de santé danois. ●

Site Internet: www.le-graph.com
Twitter: @le_Graph

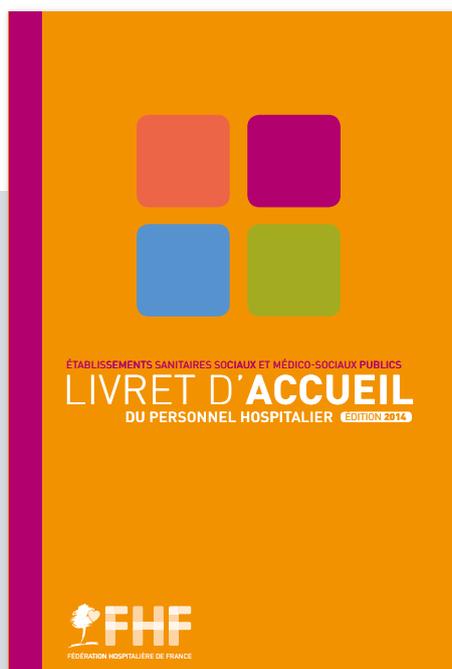
« Pour briser les barrières entre les différentes structures, qui constituent un frein, des expérimentations sont menées, notamment à Manchester, d'integrated care.

NOTES

(6) R.Murray, director of policy, King's Fund.

(7) B. Palier, «L'investissement social, une nouvelle approche pour la France et l'Europe», 17 mars 2014. www.metiseurope.eu/l-investissement-social-une-nouvelle-approche-pour-la-france-et-l-europe_fr_70_art_29867.html

(8) Idem.



ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX PUBLICS
LIVRET D'ACCUEIL
DU PERSONNEL HOSPITALIER ÉDITION 2014

1 exemplaire	14,00 €TTC* l'unité
de 2 à 9 exemplaires	10,00 €TTC* l'unité
de 10 à 50 exemplaires	6,50 €TTC* l'unité
de 51 à 150 exemplaires	5,00 €TTC* l'unité
de 151 à 500 exemplaires	4,00 €TTC* l'unité
501 et +	3,20 €TTC* l'unité

à commander auprès de

héral

44, rue Jules-Ferry - CS 80012
94408 Vitry-sur-Seine Cedex
Tél. : 01 45 73 69 20
Fax : 01 46 82 55 15

* TTC prix franco de port- TVA en vigueur incluse
Pour les commandes à destination des DOM-TOM ou des pays étrangers, les frais de port sont facturés en sus