

Royaume-Uni

Privatisation du système de santé : offensive et recul du gouvernement Cameron

Florence LEFRESNE

Le 19 janvier 2011, le ministre conservateur de la Santé, Andrew Lansley, présente au Parlement le projet d'une ample réforme du National Health System (NHS), qu'il justifie comme indispensable pour éviter une grave crise de financement d'ici deux ou trois ans. Renouant avec le principe d'une mise en concurrence des structures privées et publiques de la santé, déjà expérimenté par le gouvernement de John Major en 1991, ce projet vise à transférer à des groupements de médecins généralistes (*general practitioners*) le pouvoir d'administrer 80 % du budget public, soit 95 milliards de livres sterling. La réforme, qui ne concerne que l'Angleterre – l'Ecosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord étant autonomes dans la gestion de leur propre système de santé –, est aussitôt dénoncée par l'opposition travailliste et le Trade Union Congress (TUC), et, bien au-delà, comme une offensive engageant la privatisation du NHS. Alors que les gouvernements successifs de Tony Blair et de Gordon Brown avaient sensiblement rehaussé les dépenses publiques de santé et créé plus de 400 000 emplois

publics en douze ans, le plan de David Cameron, prétextant d'une bureaucratie excessive de l'administration du NHS, devrait se traduire par d'importantes réductions d'emplois. Seul secteur budgétaire épargné par les coupes massives de l'automne 2010¹, la santé est ainsi devenue la cible des conservateurs, qui se fixent pour objectif de réaliser une économie de 20 milliards de livres sterling en quatre ans.

Une mise en perspective des réformes sur les deux dernières décennies permet de prendre la mesure des enjeux auxquels se trouve confrontée la vieille institution béveridgienne d'un service public national de santé, unique au monde, qui emploie 1,7 million de personnes, dont 1,3 million en Angleterre (Lefresne, 1993 ; Join-Lambert et Lefresne, 2004). Misant sur un relatif « état de grâce » issu du dernier scrutin législatif de mai 2010, et conforté par des réactions d'ampleur limitée au plan d'austérité drastique de l'automne 2010, le gouvernement Cameron semble avoir compté trop rapidement sur l'adhésion des libéraux-démocrates, partie prenante de la coalition au pouvoir,

1. Ces coupes s'élèvent à 87 milliards de livres (Lefresne, 2010), soit 100 milliards d'euros au taux de change du 18 juillet 2011.

ROYAUME-UNI

et largement sous-estimé les réactions des organisations professionnelles et syndicales du monde de la santé.

1991-1997 – Première réforme conservatrice du NHS

Préconisée par le Livre blanc sur la santé de 1989, une première réforme importante du NHS est impulsée par le gouvernement Major, dès 1991. Alors que la faiblesse des crédits alloués à la santé est inlassablement dénoncée par l'ensemble de la profession et l'opinion publique réunies (engorgement des hôpitaux, délais d'attente particulièrement longs, y compris pour des interventions chirurgicales

ordinaires), la réforme propose un double principe d'autonomie budgétaire et de mise en concurrence des prestataires de soins, dans un contexte de réduction de la dépense publique. Deux types d'acteurs sont institués afin de créer un « marché interne » de la santé où acheteurs et vendeurs de soins sont des parties prenantes du NHS. Les acheteurs sont, d'une part, les autorités sanitaires des districts (aire couvrant environ 500 000 personnes) et, d'autre part, des médecins généralistes devenus gestionnaires (General practitioner fundholders) couvrant chacun une aire de 5 000 à 10 000 inscrits. Les fournisseurs de soins sont les médecins généralistes pour les soins primaires, et les hôpitaux

Encadré 1

Le NHS et son financement

Le NHS emploie plus de 1,7 million de salariés, dont 40 000 généralistes, 120 000 médecins spécialistes, 400 000 infirmières et 25 000 salariés affectés aux soins ambulanciers. A sa fondation en 1948, le NHS disposait d'un budget de 437 millions de livres sterling, soit 9 milliards de livres d'aujourd'hui. En 2010-2011, son budget s'élève à 120 milliards de livres, ce qui représente une dépense d'environ 1 960 livres par an et par habitant. Environ 60 % du budget est dédié à la rémunération du personnel, 20 % aux médicaments et autres soins, et 20 % financent les constructions, les équipements médicaux, la formation continue et la restauration à l'hôpital. Le NHS est financé par l'impôt. Les dépenses du NHS sont pour 85 % inscrites au budget de l'Etat. Elles représentent 20 % de ses dépenses.

Lors de son second mandat, en 2001, Tony Blair avait fixé l'objectif d'amener sur 20 ans les dépenses de santé au niveau européen. Ces dernières sont passées de 7,8 % du PIB en 2001 à 9,4 % en 2005. Un programme de construction d'hôpitaux sans précédent a été engagé. Entre 2002 et 2005, plus de 70 000 emplois ont été créés. Pour financer la hausse des dépenses, le principe du financement public a été réaffirmé avec vigueur ; le budget 2003-2004 prévoyait ainsi un accroissement d'un point de pourcentage de la cotisation d'assurance maladie (*National income contribution*) appliquée aux salariés, aux employeurs et aux indépendants. Toutefois, ces ressources demeurent insuffisantes pour faire face aux besoins en santé de la population. La sous-médicalisation de certaines régions (moins de 65,7 généralistes et de 187 spécialistes pour 100 000 habitants en 2010) en est l'une des manifestations principales (cas du Midland, de l'Est, et du Sud-Est). L'accès aux soins est assuré selon un principe d'universalité et de gratuité.

pour les soins dits secondaires, c'est-à-dire nécessitant la consultation d'un spécialiste¹ ou une hospitalisation. L'enjeu de la réforme est de passer de relations administratives verticales à des relations contractuelles horizontales censées favoriser la performance. Chaque autorité sanitaire locale (Family health service authority) – dont le budget alloué repose sur des critères démographiques – est chargée d'acheter des soins hospitaliers pour les patients de son district ; elle passe ainsi des contrats avec les hôpitaux pour la fourniture d'un certain panier de soins. Ces hôpitaux ont acquis, par la réforme, un statut indépendant de NHS trusts leur permettant de réinvestir leurs éventuels bénéfices, de constituer des réserves en capitaux et d'imposer leurs conditions d'emploi. La mise en concurrence des trusts a pour objectif de garantir l'allocation optimale des ressources. La réforme permet également aux généralistes (second type d'acheteurs) de gérer le budget que leur alloue l'Etat en négociant les prestations des NHS trusts auxquels ils recourent pour les soins secondaires. En 1998, on estime qu'environ 50 % des généralistes sont inscrits auprès d'un GP fundholder. L'effet attendu de cette autonomisation est double : d'une part, les généralistes ont intérêt à s'organiser en cabinets de taille importante (au-dessus de 7000 patients) afin de diminuer les coûts de gestion et d'équipement ; d'autre part, la tentation est grande, pour ces cabinets, de prendre en

charge de plus en plus de soins autrefois assumés par l'hôpital. Les GP fundholders (ou les autorités sanitaires locales) sont ainsi incités à réaliser des bénéfices sur le budget qui leur est alloué². Et dans le cas contraire, ils encourent le risque de repasser sous la tutelle directe des autorités centrales. Cette réforme introduit donc des relations contractuelles fortes entre praticiens et fournisseurs de soins ; les premiers deviennent de fait les principaux régulateurs du système de santé.

Les effets pervers du système ne se font pas attendre. La tentation est grande, de la part des GP devenus gestionnaires, de rogner sur les soins « achetés » pour accroître leurs propres marges de manœuvre, les excédents pouvant être réinvestis dans leur cabinet. La rationalisation des soins prend le pas sur la qualité du service, d'autant que l'évaluation des pratiques médicales exercée par les autorités de districts porte principalement sur le niveau des prescriptions et peu sur le suivi des soins prodigués. Si la réforme permet dans une certaine mesure de décongestionner l'hôpital pour les interventions légères désormais transférées aux unités de soins de ville, en revanche, la prise en charge des thérapies plus lourdes par les hôpitaux reste problématique. Il n'est pas rare de voir dans ce cas généralistes et hôpitaux se « renvoyer » les malades. L'arbitrage est alors réalisé par l'autorité sanitaire de district, ce qui prend du temps, au détriment du traitement du patient. Si les hôpitaux publics ont la possibilité d'acquiescer une autonomie

1. Jusqu'au début de l'année 2000, les médecins spécialistes travaillaient uniquement en hôpital, le patient ne pouvant accéder à une consultation de spécialiste que sur prescription du généraliste.

2. Les économies budgétaires réalisées n'alimentent toutefois pas la rémunération individuelle des praticiens. Celle-ci est établie, pour 60 % environ, en fonction du nombre de leurs patients inscrits (capitation), et, pour le reste, par des primes liées à la densité des soins (incitation à prendre plus de patients) et à la réalisation d'objectifs fixés en matière de prévention.

ROYAUME-UNI

gestionnaire, leurs marges de manœuvre restent toutefois contenues par leurs ressources budgétaires presque toujours insuffisantes, alors que les soins hospitaliers continuent d'absorber les trois quarts des dépenses de santé.

Au total, la réforme ne résout en rien les difficultés chroniques du système de santé en manque d'investissements depuis plus de vingt ans. Le manque de places dans les hôpitaux, les dentistes débordés par la demande, et les files d'attente interminables pour des opérations pourtant banales restent régulièrement dénoncés par la presse. L'offre de soins demeure insuffisante : 1,7 médecin pour 1000 habitants en 1998, contre 3,4 en Allemagne et 3 en France ; 2,4 lits pour 1000 habitants contre 6,6 en Allemagne et 4,3 en France (OCDE, 2001). En décembre 2001, plus d'un million de personnes attendent pour entrer à l'hôpital (dont 30 000 depuis plus d'un an).

1997-2010 – La réforme travailliste ou l'expérience d'une troisième voie pour le NHS

Lors de la campagne législative de 1997, le Labour Party condamne clairement le principe du marché interne de la santé. Vainqueur des élections, le Labour met en œuvre un *new NHS* dont l'un des principaux axes est la mise en place d'une nouvelle instance de régulation qui se substitue aux GP fundholders : les Primary care trusts (PCT, comités de soins de première ligne). Ces derniers sont constitués, au niveau local, de praticiens, médecins ou infirmiers ainsi que de représentants des autorités chargés d'élaborer des politiques de santé au profit des

populations locales. Le budget alloué reste fondé sur un principe de capitation, chaque PCT ayant sous sa tutelle une population d'environ 100 000 personnes susceptibles d'avoir accès à l'hospitalisation, aux services divers de santé, et aux prescriptions médicales. Par ailleurs, les anciennes autorités de district sont remplacées par des Strategic Health Authorities exerçant des fonctions de pilotage du système et non plus d'acheteurs de soins. Enfin, une autorité est créée, le National Institute for Clinical Excellence, pour veiller à la qualité des soins et à l'égalité devant la qualité des soins, sur l'ensemble du territoire. Cette nouvelle architecture est suivie d'un plan pour le NHS¹, au cœur de la campagne législative de 2001, qui prévoit d'intenses efforts budgétaires en investissements et en emplois publics (Volovitch, 2002).

L'objectif est d'amener sur 20 ans les dépenses de santé au niveau européen. Ces dernières passeraient de 7,8 % du PIB en 2001 à 9,4 % en 2005, pour se situer autour de 10 % du PIB en 2020. Un programme de construction d'hôpitaux sans précédent est engagé et plus de 60 000 emplois nouveaux sont programmés dans le NHS sur le seul exercice budgétaire de 2001. Un plan de revalorisation des salaires est par ailleurs engagé. Pour financer la hausse des dépenses, le principe du financement public est réaffirmé avec vigueur ; le budget 2003-2004 prévoit un accroissement d'un point de pourcentage de la cotisation d'assurance maladie appliquée aux salariés, aux employeurs et aux indépendants.

Si la réaffirmation d'un principe de service public est placée au cœur de la

1. Secretary of State for Health, *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*, Cm 4818-I, Stationary Office, London, 2000.

réforme, certaines orientations témoignent toutefois d'une imbrication croissante entre le NHS et le marché. Un document publié en 2002 ¹ avait déjà jeté le trouble en introduisant un ensemble de mécanismes renouant avec les régulations concurrentielles internes pourtant initialement condamnées par Tony Blair (Richard et Gillam, 2003). A partir d'avril 2003, les PCT sont ainsi encouragés à mettre en concurrence leurs fournisseurs de soins, par une politique de contrats « au coup par coup » permettant d'identifier pour chaque type de soins la nature et le coût des services proposés. L'indicateur de concurrence officiellement retenu conjugue qualité et rapidité des soins. En principe et jusqu'à présent, la compétition par les prix est exclue, ces derniers restant fixés par l'administration ². La dynamique concurrentielle est encouragée par la possibilité nouvellement offerte au patient de choisir son praticien, dans le cadre toutefois d'une sectorisation. Ce sont les PCT qui ont en charge de publier des indicateurs de qualité, ces critères étant contrôlés par une Commission d'inspection et d'audit chargée d'évaluer la qualité des soins. Depuis 2002, les conditions de choix des hôpitaux par les patients ont été également assouplies. Un régime de « concordat » est mis en place entre NHS et secteur privé de la santé. Les hôpitaux du NHS ainsi que les PCT pourront ainsi constituer des *joint ventures* avec des hôpitaux ou des centres de soins privés. Ainsi le *trust* qui regroupe l'ensemble des hôpitaux du nord-ouest de Londres est désormais financé à hauteur du tiers

de ses ressources dans le cadre de cette *private finance initiative*. Bien que le NHS demeure service public, il devient désormais possible d'avoir recours aux cliniques privées sur financement public dans le cas d'interventions connaissant des listes d'attente trop importantes. Par ailleurs, une autonomie budgétaire est accordée à certains hôpitaux du NHS accédant ainsi au statut de *Foundation hospitals*. Les 304 hôpitaux du NHS ont, à cette fin, été classés en fonction d'un ensemble de critères de performance sur une échelle d'une à trois étoiles. Parmi les 68 titulaires du label 3 étoiles, une douzaine – constituant la première vague de fondations – se sont vus octroyer un statut d'établissement d'intérêt public leur permettant de gérer leurs propres actifs notamment à travers des placements financiers, de choisir leurs financeurs et de créer de nouvelles structures hospitalières haut de gamme. Les conseils d'administration de ces fondations sont constitués de représentants du monde professionnel et d'élus locaux, de représentants des PCT et même de patients (long séjour).

Au total, la frontière semble bien tenue entre les formes de régulation introduites par les conservateurs et l'architecture proposée par le New Labour. L'autonomie budgétaire des *trusts* du NHS avait été dénoncée comme une trahison par les travaillistes qui la remplacent par celle, élargie, des nouvelles fondations. Le principe du marché interne au NHS était jugé facteur d'inégalités d'accès aux soins ; la mise en concurrence des organismes de soins par les PCT est

1. Department of Health, *Delivering the NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform*, Cm 5503, Stationary Office, Norwich, 2002.

2. Le projet de réforme du gouvernement Cameron n'a finalement pas remis en cause ce principe (voir *infra*).

ROYAUME-UNI

censée devenir, elle, source d'efficacité et de qualité (Kober-Smith, 2010).

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

lieu, l'assurance dépendance (*long term care*) se développe également fortement, en lien avec l'insuffisance des pensions de retraites.

2011 – Offensive et recul du gouvernement Cameron

C'est un retour aux principes de gestion de 1991 que propose le gouvernement de coalition de David Cameron. Dès 2013, les autorités stratégiques de santé et les 150 organes administratifs locaux (PCT), qui sont actuellement responsables de l'allocation des ressources, seraient remplacés par des groupements de médecins (*general practitioners*), constitués en plus de 250 consortiums. Ces derniers auraient la responsabilité de gérer jusqu'à 80 milliards de livres sur un budget total de plus de 110 milliards de livres. En fonction de leurs besoins et de leurs objectifs, ils définiraient des objectifs de soins et pourraient mettre en concurrence des hôpitaux publics et des structures privées pour fournir les services au meilleur prix. Les arguments idéologiques ne manquent pas au gouvernement qui préconise, au nom de la liberté, le transfert des pouvoirs de l'Etat central vers la société (« citoyens, familles, associations, entreprises »). Il s'agit, explique Andrew Lansley, d'ouvrir l'éventail du choix pour les Britanniques, qui pourraient à l'avenir choisir leur médecin référent en toute liberté (aujourd'hui, celui-ci est non pas imposé mais choisi par le patient dans un secteur donné). « Cela ne saurait se faire au détriment de la qualité », prévient le ministre, qui annonce que les montants économisés par la réforme devraient être intégralement réinvestis pour améliorer la qualité des soins et compenser le coût croissant des frais de santé, mais sans préciser pour autant

quand et comment. La gratuité resterait en fait assurée au « point d'entrée », mais l'orientation vers des structures privées est désormais facilitée par des formes de « concordat » ou de « *joint venture* » avec les NHS foundation trusts, largement impulsés par Tony Blair. Ceci induit de sérieux doutes quant à la garantie de cette gratuité sur la totalité du parcours de soins.

La relative rapidité du processus par lequel le gouvernement Cameron entend mener à bien sa réforme témoigne de la détermination de ce dernier. En juillet 2010, six semaines après son élection, le nouveau gouvernement prépare le terrain à des bouleversements significatifs dans un Livre Blanc, *Equité et excellence : la « dénationalisation du NHS »*. Ce premier document est immédiatement suivi d'un projet de réforme *Libérer le NHS : cadre législatif et prochaines étapes*, où la privatisation est annoncée pour 2014. Le projet de réforme se voit lui-même converti sans tarder en projet de loi et présenté au Parlement le 19 janvier dernier. Dès lors, le texte de loi fait l'objet d'un examen extrêmement minutieux par un comité *ad hoc*, dans le cadre de sa discussion par la chambre des Communes, et le débat parlementaire se révèle beaucoup plus vif que prévu.

Parallèlement, de nombreuses associations de patients et de personnels médicaux font connaître leurs doutes voire leur franche hostilité à la réforme. Ainsi, la British Medical Association, puissante association de médecins, partie prenante du comité auprès du Parlement, s'inquiète ouvertement, redoutant que les effets de la réforme « se concentrent plus sur la diminution des coûts que sur

l'accroissement de la qualité » des soins. Lors de sa dernière conférence, de façon très inhabituelle, elle voit surgir un ensemble de motions réclamant le refus de voter la confiance au ministre de la Santé. Le vote de confiance passe néanmoins à une courte majorité des représentants. Exprimant des réserves similaires, le Royal College of General Practitioners livre au débat public les résultats d'une enquête montrant que la moitié des médecins généralistes sont mécontents des orientations de la réforme, dont ils soulignent qu'elle serait susceptible de créer des « dommages irréversibles au NHS ». *The Lancet*, revue médicale de haute portée scientifique, d'ordinaire bien peu encline à la prise de position politique, alerte dans ses tribunes sur « la fin du NHS ». Chez les médecins comme sur les bancs de Westminster, on dénonce ainsi l'avènement du *dumping* en matière de santé et la privatisation déguisée du NHS.

Ces réactions quasi unanimes des professionnels de la santé donnent ainsi un écho particulier à la campagne engagée par le TUC (Trade union congress), « Ensemble sauvons le NHS », qui elle aussi met en avant les risques aigus de privatisation et dénonce les coupes sombres dans les dépenses de santé (20 milliards de livres sterling). Le TUC pointe les coûts induits par la restructuration, chiffrés à 3 milliards de livres sterling, ainsi que les menaces de suppressions d'emploi estimées à 50 000, alors que les temps d'attente pour accéder à certains soins, notamment dans les hôpitaux, sont toujours très élevés¹. Le TUC s'inquiète également des risques de pilotage du système par une logique

1. <http://falseeconomy.org.uk/>.

ROYAUME-UNI

d'actionnariat aboutissant à rationner les soins des plus démunis, déjà largement fragilisés par la réduction drastique des budgets sociaux. Enfin, sont également mis en avant les effets induits par la contractualisation (coûts des services juridiques, risques de litiges) qui viendrait se substituer à une organisation interne rodée de longue date (Labour Research, 2010).

Après avoir dû renoncer à privatiser les forêts anglaises, David Cameron est aujourd'hui engagé dans une logique de concessions sur la réforme du NHS. Le 13 mars dernier, Andrew Lansley se dit prêt à clarifier et à amender le texte de loi en cours d'examen au Parlement afin de rassurer la population, notamment les plus âgés qui constituent l'une des bases de l'électorat conservateur et représentent par ailleurs une part importante de la consommation des soins. Le gouvernement recule alors sur l'un des éléments les plus polémiques du texte, à savoir la possibilité pour les hôpitaux publics comme pour les cliniques privées d'offrir leurs services au NHS anglais en fixant leurs tarifs de manière totalement libre. Il se résigne à encadrer les prix, espérant ainsi faire taire les critiques, en particulier celles de ses partenaires libéraux-démocrates. Peine perdue. Réunis à Sheffield pour leur conférence de printemps, ceux-ci ont manifesté leur hostilité à la réforme qu'ils ont massivement jugée, par un vote, « dommageable » au service public et « trop orientée vers le marché sans que cela se justifie ». Ils ont également estimé que la réforme venait contredire un principe acté par la coalition selon lequel il ne saurait être question de réforme exclusivement pilotée par l'Etat central. Nick Clegg, tête de file des libéraux-démocrates, qui fait désormais office de vice-Premier ministre,

aura toutefois du mal à faire comprendre à ses troupes pourquoi il a cautionné, pour les quatre ans à venir, la plus importante cure d'austérité budgétaire depuis la Seconde Guerre mondiale.

Cette première bataille en faveur du NHS aura permis de rappeler à quel point les Britanniques restent attachés à leur système de santé universel et gratuit. Pour autant, la menace de privatisation est loin d'être écartée ; elle pourrait bien ressurgir à la faveur des difficultés que l'institution va devoir affronter, car même si les coupes sombres ne l'ont pas directement atteinte à l'automne dernier, le budget demeure insuffisant pour faire face aux besoins de la population. Rappelons que les dépenses de santé représentent au Royaume-Uni 9 % du PIB contre 12 % en France. Comptant près d'un demi-million de personnes, la manifestation du 26 mars dernier à l'appel du TUC pour la mobilisation contre la cure d'austérité n'est sans doute pas à la hauteur des enjeux concernant les services publics. Mais, resituée dans le contexte d'atonie sociale qui a caractérisé les trois dernières décennies au Royaume-Uni, ce premier rapport de forces peut être interprété comme une entorse au déploiement de la politique néo-libérale du gouvernement Cameron.

Sources :

Join-Lambert O., Lefresne F. (2004), « Le *National Health Service* : une institution pérenne en pleine transformation », *Chronique internationale de l'IRES*, numéro spécial « Réformes des systèmes d'assurance maladie et débats sociaux », n° 91, novembre, p. 80-91.

Kober-Smith A. (2010), *Le système de santé anglais à l'épreuve des réformes managériales*, Presses Universitaires de Rennes.

PRIVATISATION DU SYSTEME DE SANTE

Lefresne F. (1993), « Poursuite de la réforme du système de santé britannique », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 20, janvier.

Lefresne F. (2010), « Royaume-Uni : Le plan d'austérité le plus sévère depuis la Seconde Guerre mondiale », *Chronique internationale de l'IRES*, numéro spécial « L'Etat social face à l'épreuve de l'austérité », n° 127, novembre, p. 72-83.

Richard L., Gillam S. (2003), « Back to the Market: Yet More Reform of the National Health

Service », *International Journal of Health Services*, Volume 33, Number 1, p. 77-84.

Volovitch P. (2002), « Le gouvernement britannique affiche sa volonté de financer une ambitieuse réforme du système de santé », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 76, mai, p. 1-8.

« Fight to save the NHS begins », *Labour Research*, April 2011.

Presse britannique : *Financial Times*, *The Guardian*.