

Grande-Bretagne : où en est le gouvernement dans sa privatisation rampante des soins de santé ?

mardi 2 août 2011, par [LISTER John](#) (Date de rédaction antérieure : 8 mai 2011).

Contribution présentée à la Conférence des militants syndicaux, politiques, associatifs, professionnels de santé, qui s'est tenue à l'IIRE d'Amsterdam les 7 et 8 mai 2011.

Sommaire

- [Retour sur la méthode Thatcher](#)
- [Tony Blair ou la privatisation](#)
- [Les conservateurs passent à](#)
- [... et hésitent](#)

En janvier 2011, le gouvernement Cameron a proposé une contre-réforme remettant en cause les fondations du système de santé NHS. Il veut ouvrir la porte à la privatisation en confiant la responsabilité de la majeure partie du budget de santé aux médecins généralistes. Le NHS, avait déjà largement été remis en cause par la politique de Tony Blair associant secteur public et secteur privé. Suite aux manifestations du 26 mars 2011, Cameron a décidé de repousser sa contre-réforme.

La situation du système de santé britannique est à l'image de celle dans toute l'Europe et dans le monde. La santé est la plus grande industrie mondiale, avec un chiffre d'affaires dépassant 5 000 milliards de dollars (3 570 milliards d'euros) par an, dont 85 % sont dépensés dans les pays les plus riches où, en majorité, les dépenses sont couvertes par le système des impôts ou par une forme de sécurité sociale. Le secteur privé, qui cherche à reconstruire ses marges bénéficiaires, est décidé à mettre la main sur la plus grande partie du budget de la santé, en particulier en Europe.

Mais, du fait des obstacles politiques, la plupart des gouvernements européens ne veulent pas apparaître comme ceux qui détruisent et privatisent les systèmes de santé, systèmes qui offrent actuellement un service de soins quasi universel — en général avec des tickets modérateurs ou une participation réduite des patients aux frais. De ce fait le processus de privatisation en cours est d'un genre particulier. Il est très différent des privatisations des services publics au Royaume-Uni au cours des années 1980, lorsque le gaz, les télécommunications et l'électricité ont été vendus aux actionnaires et sont devenues des entreprises privées à but lucratif.

Il y a trois raisons à cela.

► La première, c'est la sensibilité politique de la question, pour des partis qui, en général, tentent de

ne pas être identifiés au néolibéralisme thatcherien des années 1980, alors que le climat politique n'est pas favorable à la sympathie envers le secteur privé et les privatisations.

► La deuxième, c'est que le secteur privé lui-même n'est pas intéressé par la prise en charge de l'ensemble du secteur des soins : il fait méticuleusement son choix pour se concentrer principalement sur ce qui lui semble le plus profitable, en premier lieu la chirurgie simple à la demande (le pilier de la médecine privée dans le monde). En Grande-Bretagne, les compagnies du secteur privé ont manifesté très peu d'intérêt pour la mainmise sur la médecine d'urgence et des accidents, la chirurgie complexe et risquée, les soins à long terme pour les personnes âgées ou les services communaux de tout type.

► Finalement, il y a la question des ressources du secteur privé : le secteur de santé est beaucoup plus important que ne l'étaient les services sociaux privatisés au cours des années 1980, alors que le secteur médical privé est concentré dans des cliniques de taille réduite fournissant des prestations à une élite fortunée de la population, c'est-à-dire une petite minorité. Il n'y a donc pas dans le secteur privé de la santé les capitaux nécessaires pour envisager la prise en charge du système de santé dans son ensemble.

Retour sur la méthode Thatcher

Le processus de privatisation a donc consisté à découper des secteurs particuliers du système de soins. Cela a commencé au milieu des années 1980, à l'initiative du gouvernement de M^{me} Thatcher, décidé à mettre en concurrence les secteurs non médicaux des hôpitaux, tel que le nettoyage, la restauration, les transports, etc. Cela a produit l'émergence d'une nouvelle gamme d'entreprises privées petites et inexpérimentées. Avec une intensification du travail et une baisse des rémunérations, ces entreprises ont tenté de diminuer leurs coûts, pour obtenir des contrats et pour réaliser des profits, en employant moins de personnel qu'elles faisaient travailler plus et en lui offrant les pires conditions de travail et de salaires.

En retour, cela a produit la précarisation du nettoyage des hôpitaux dans une large partie du Royaume-Uni, a sapé les niveaux de dotations et les normes de nettoyage et d'hygiène, même dans les hôpitaux où ces services n'ont pas été externalisés, car les gestionnaires du service public ont été obligés de rivaliser avec le secteur privé, ses bas salaires et ses normes au rabais.

Une génération plus tard, l'héritage de cette privatisation hante encore le Service national de santé (National Health Service ou NHS) dans une grande partie du Royaume-Uni et surtout en Angleterre, où ces services ont été moins repris en main par les hôpitaux au cours de ces dernières années. Les infections nosocomiales, les normes au rabais, la démoralisation et les insuffisances d'effectifs continuent à créer des problèmes et, souvent, le travail qui devrait être fait par les entreprises privées retombe sur le personnel hospitalier qui a d'autres responsabilités.

Au Royaume-Uni, le processus de privatisation des services périphériques aux soins médicaux était directement lié avec une compression massive du budget de la santé au milieu des années 1980. Durant trois années successives, les dépenses ont été réduites en termes réels. Cela a provoqué des listes d'attente et avait été voulu par le gouvernement Thatcher pour exercer une pression sur la population afin qu'elle « choisisse » de payer une assurance maladie privée. Malgré cette pression, les assurances maladie privées ne couvrent qu'une petite minorité : moins d'une personne sur huit au Royaume-Uni (un peu plus en Angleterre et encore moins en Écosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord).

En 1989, le gouvernement Thatcher a publié un Livre blanc intitulé *Caring for People* qui a

programmé la création d'un « marché interne » afin de créer une concurrence entre les prestataires du NHS pour l'obtention d'un contrat. Ce marché a divisé les « acheteurs » et les « fournisseurs » des services de santé. Il a aussi divisé les médecins généralistes entre les « contractants » ayant accès aux fonds — pouvant ainsi disposer des ressources complémentaires tout en étant libres de « comparer les prix » avant d'acquiescer pour leurs patients « la meilleure affaire » — et les autres, dont les patients dépendent des contrats négociés en vrac par les services locaux de santé.

À son tour cette division a entraîné un très important accroissement des coûts de l'administration et de la bureaucratie, détournant ainsi les ressources qui devraient servir à soigner les patients. Il a aussi remis à l'ordre du jour l'idée que les soins de santé sont une forme de transaction financière parmi d'autres, plutôt qu'un service public. Ce fut la première étape d'un retour des soins de santé dans l'univers mercantile, alors qu'ils avaient été sortis du monde marchand par les grandes réformes de 1948, qui ont créé le Service national de la santé (NHS).

Le Livre blanc de 1989 a également mis en route la privatisation d'une partie sans cesse croissante des soins fournis par les services sociaux locaux. La raison de cette expansion rapide c'est que les services sociaux gérés par les conseils locaux ont toujours été partiellement à la charge des utilisateurs, contrairement aux services dispensés par le NHS qui, depuis 1948, étaient gratuits pour tous et financés par l'impôt.

Cette privatisation a eu pour effet la fermeture de dizaines de milliers de lits réservés aux soins spécialisés pour les personnes âgées dans les hôpitaux publics (dépendants du NHS) ainsi qu'à la fermeture de dizaines de milliers de places dans des maisons de retraite sous gestion locale, car les conseils locaux ont été contraints de financer les soins fournis par le secteur privé, ce qui grevait leur budget de l'ordre de 70 %. Le secteur de soins privés à domicile, géré par des grandes chaînes d'entreprises à but lucratif, a commencé alors une rapide expansion, financée par les contrats passés avec les conseils locaux, les fonds publics et les frais prélevés sur les patients individuels. Ces changements ont eu lieu à partir de 1993, à la suite d'une élection parlementaire. Au cours de la première année le *Financial Times* a estimé que plus de 40 000 personnes avaient été obligées de vendre leur logement pour pouvoir payer les soins en vertu du nouveau système...

Tony Blair ou la privatisation masquée

En 1997, Tony Blair a remporté l'élection, écartant les conservateurs, après avoir promis de « sauver le NHS » et de « balayer le marché interne de la santé, coûteux et bureaucratique ». Mais alors qu'une certaine restructuration a eu lieu — la suppression du système de gestion des fonds publics par des médecins généralistes — le New Labour (Nouveau Parti travailliste) a préservé la division acheteur-fournisseur, c'est-à-dire le fondement d'un nouveau marché, encore plus concurrentiel, dans le domaine de la santé. Les hôpitaux du NHS étaient donc encore plus contraints à une concurrence à sens unique avec les fournisseurs du secteur privé, ce que le gouvernement Thatcher n'avait jamais osé faire.

Après avoir maintenu durant trois ans les réductions budgétaires héritées du gouvernement conservateur, Tony Blair a dévoilé en 2000 un nouveau « plan NHS », selon lequel les dépenses budgétaires devaient être considérablement augmentées chaque année pendant dix ans. Mais une part croissante de ces dépenses devait être consacrée au financement des prestataires privés.

Le gouvernement avait déjà commencé à signer des contrats de construction d'hôpitaux financés par le Private Finance Initiative (PFI, initiative de financement privée) — une solution extrêmement coûteuse de construction de bâtiments hospitaliers nouveaux en les remboursant avec les intérêts et la garantie des bénéficiaires au secteur privé durant la période des 25 ou 30 ans, voire plus

longtemps [1]. Actuellement, en 2011, nous pouvons voir la première vague de ces hôpitaux PFI en Angleterre, qui ont déjà coûté deux à trois fois le montant du capital investi dans leur construction, mais qui continueront à puiser dans les fonds publics durant encore 20 ans ou plus. Le coût de cette « charge à l'unité » du contrat PFI oblige ces hôpitaux à réduire leurs autres dépenses, en fermant des lits et en licenciant du personnel. Au total, jusqu'à maintenant, le coût de ces nouveaux hôpitaux construits sur la base des contrats PFI a déjà atteint 11 milliards de livres sterling (12,6 milliards d'euros). Le coût total de l'opération pour le NHS est estimé à 64 milliards de livres sterling (73,36 milliards d'euros) qui devront être dépensés jusqu'en 2045.

L'année 2000 a aussi été celle du premier « concordat », signé par le secrétaire à la Santé Alan Milburn avec les hôpitaux privés. En vertu de cette entente, les services locaux du NHS doivent renvoyer leurs patients dans les hôpitaux privés, en prenant en charge les frais de leur traitement. Il s'agissait prétendument de soulager les listes d'attente pendant les pics d'hospitalisations (par exemple en hiver), mais le résultat c'est que le coût de ces traitements — les plus routiniers et les moins aigus — a été beaucoup plus élevé que s'ils avaient été fait au sein du NHS, dans bien des cas jusqu'à 40 % plus cher.

En 2003, le gouvernement travailliste a encore modifié la législation, en créant un nouveau type d'autonomie des hôpitaux, les « NHS Foundation Trusts » : des entreprises publiques devant être bénéficiaires, mais à but non lucratif, qui échappent aux structures de gestion et de comptabilité du NHS.

Les députés locaux ne peuvent plus saisir le Parlement des questions relatives aux hôpitaux publics devenus de telles fondations. Ces fondations — les hôpitaux les plus performants et les mieux dotés — ont obtenu le droit de conserver tous les excédents qu'ils peuvent tirer de leur travail, sans tenir compte des problèmes financiers des autres prestataires des services de santé dans leur secteur géographique. Cette politique controversée a été adoptée par la Chambre des communes avec une majorité de 17 voix seulement. L'une des concessions que le gouvernement a dû accepter pour obtenir la majorité a été la stricte limitation du montant des revenus que ces fondations ont le droit de tirer de la médecine privée et des patients privés traités dans ces hôpitaux.

Il est donc significatif que l'un des points les plus controversés des « réformes » proposées en 2011 par le gouvernement dirigé par les conservateurs consiste à supprimer cette limite, dans le but d'encourager les fondations les plus élitistes, à Londres et dans les autres grandes agglomérations, à attirer les riches patients, hospitalisés à titre privé, venant du Royaume-Uni et du monde entier, à la place des patients NHS financés par l'État.

Attirer les chaînes hospitalières étrangères à but lucratif, pour créer dans le pays des nouveaux « Centres de traitement sectoriels indépendants » (ISTCs), pratiquant des interventions chirurgicales simples, presque exclusivement journalières, était aussi au cœur du « plan NHS » de Blair. Ces contrats nécessitaient des subventions gouvernementales pour encourager ces entreprises à investir en Angleterre. Ils ont également été accompagnés par des primes pour chaque opération réalisée par les ISTCs — dont les ministres ont admis qu'ils étaient en moyenne de 11 % supérieurs au standard du NHS — en dépit du fait que tous les cas graves et compliqués sont restés à la charge du NHS et que seuls les cas les plus routiniers sont traités par le secteur privé. Ces contrats, négociés centralement par les bureaucrates du département de la Santé, sont également remarquables par le fait qu'ils garantissent le paiement à l'avance d'un nombre de patients fixe et cela indépendamment du nombre de patients qui pourraient être amenés à accepter un traitement dans les ISTCs au lieu d'être soignés dans les hôpitaux locaux de NHS. Dans de nombreux cas il s'est avéré qu'il était difficile de convaincre les patients d'utiliser ces nouveaux services privés et, par conséquent, des milliers d'opérations qui n'ont jamais eu lieu ont été payées en vertu de ces contrats. Des dizaines de millions de livres sterling ont été offerts ainsi en cadeau...

Cependant, lors de la seconde vague de contrats ISTCs, il a été affirmé que ces derniers ont créé des « capacités supplémentaires » et que, de ce fait, le temps d'attente des patients a été réduit. Des ministres ont commencé à affirmer ouvertement qu'ils voulaient créer la concurrence entre les prestataires de NHS, certains n'hésitant pas à dire que leur but était de les déstabiliser afin qu'ils améliorent leurs services. Encore une fois, il s'agissait d'une concurrence à sens unique : les contrats des ISTCs n'étant pas ouverts à tous, les diverses entreprises privées étaient laissées hors de cette concurrence, tout en ayant des bénéfices garantis durant les cinq années de la durée du contrat. De cette manière, l'argent a été pris aux prestataires NHS existants et a été employé pour subventionner l'émergence d'un nouveau secteur privé, pour lequel le marché était inexistant et qui n'avait d'autre raison d'être que le parrainage gouvernemental.

A chaque fois que les critiques accusaient le gouvernement travailliste d'opérer une privatisation rampante des services publics, les ministres répondaient qu'il n'y avait pas de privatisation car les services du NHS restaient « libres d'accès ». Remarquons que la même argumentation est actuellement employée par la coalition conservatrice pour défendre sa politique de privatisation de la santé, encore plus radicale.

Sur la voie du démantèlement de la structure du Service national de santé (NHS), une étape a été franchie en 2005. Le directeur général du NHS a publié une circulaire intitulée « Le patient commande le NHS ». Le mot clé ici c'est celui de « commande » : l'ensemble de la circulaire vise à créer un nouveau marché concurrentiel, visant en particulier à couper le lien organique entre les services de santé communaux et nationaux en ce qui concerne les soins généralistes, ouvrant la concurrence entre ces services qui pourraient éventuellement être pris en charge par des « entreprises sociales » à but non lucratif.

Ces « entreprises sociales » ont la particularité d'être hors du NHS. Il s'agissait donc d'ouvrir au marché un budget communal de services de santé qui se monte à quelque 10 milliards de livres sterling (11,346 milliards d'euros) par an, aidant ainsi à sa privatisation et mettant en danger 250 000 emplois publics.

En 2005, cette circulaire a soulevé les controverses qui ont forcé le ministère à faire marche arrière. En 2006, l'accent a été mis sur la réduction des dépenses que les autorités locales imposaient à de nombreux services de santé dans tout le pays : dans de nombreux cas les hôpitaux menacés de fermeture ont pu être protégés par la révolte de « l'Angleterre profonde ».

Mais les ministres n'ont pas renoncé à leur objectif de restructuration du NHS dans le but d'ouvrir au secteur privé les fonds du NHS. En 2009, une nouvelle tentative d'ouvrir l'accès des services communaux « à tout prestataire », qu'il s'agisse d'une entreprise sociale à but non lucratif ou d'une multinationale à but lucratif, a été faite.

En même temps, les contrats locaux réservés aux médecins généralistes ont été mis en adjudication. Maintenant des dizaines de ces contrats sont dans les mains de multinationales ou d'entreprises privées de taille moyenne.

Il est aussi clairement apparu que le secteur privé a connu une expansion dans les coulisses, en fournissant les lits à la psychiatrie, comblant une lacune dans les capacités du NHS à un prix beaucoup plus élevé : en 2009 les lits de la psychiatrie privée ont coûté au NHS plus de 800 millions de livres sterling (918 millions d'euros) par an.

Le secteur privé s'étant montré intéressé par la prestation de services de santé communaux, une nouvelle tentative a été faite par la mise en place d'un « Groupe de coopération et de concurrence » qui devait agir comme une instance de recours, permettant aux fournisseurs privés de faire appel

lorsqu'ils s'estimaient lésés ou indûment exclus d'un appel d'offres. Les grands syndicats de santé, affiliés au Parti travailliste, ont cette fois-ci agi dans les coulisses, faisant savoir en haut lieu qu'ils n'étaient pas prêts à tolérer cette agression et que la poursuite de cette tentative gouvernementale les obligerait à rompre le cordon avec le parti. Cela a conduit le Secrétaire à la Santé, Andy Burnham, à reculer. A la fin 2009, il a freiné la politique d'ouverture des services « à tout prestataire » et a chargé les commissaires locaux de la santé de traiter le NHS de manière préférentielle lorsqu'il n'y avait pas d'évidentes raisons de ne pas le faire. Les patrons du secteur privé étaient furieux.

Début 2010, le « Groupe de coopération et de concurrence » a été saisi par la représentation des organisations bénévoles, qui a rejoint le secteur privé pour se plaindre de la discrimination dans l'est du pays, mettant en avant le non-respect de l'ouverture de la concurrence à tout prestataire. Ils exigeaient l'abandon de la politique de Andy Burnham. A la surprise générale le Premier ministre, Gordon Brown, a pris parti en faveur de Burnham et la politique est restée inchangée jusqu'aux élections législatives de mai 2010.

Les conservateurs passent à l'attaque...

En juillet 2010, le nouveau gouvernement de la coalition conservatrice et libérale a dévoilé un nouveau Livre blanc. Son but est de briser le NHS et de le remplacer par un fonds financé par les impôts qui achèterait les prestations de santé à un large éventail de fournisseurs, en grande partie privatisés.

Dans le projet de loi inspiré par ce Livre blanc, la première clause met fin au devoir du secrétaire à la Santé de garantir partout un accès aux soins, universel, complet et gratuit. Il ne devra plus présenter les comptes directement au Parlement, mais sera supervisé par un nouveau Conseil de surveillance, un organe bureaucratique qui n'aura pas à publier ses comptes.

Si ce projet de loi est adopté, toutes les structures locales et régionales de gestion du NHS seront supprimées. Le NHS est actuellement géré par 150 administrations sanitaires (Primary Care Trusts, PCT), supervisées à leur tour par 10 autorités stratégiques de santé (Strategic Health Authorities) qui sont également responsables de la formation du personnel médical et infirmier. Toutes ces structures seraient mises au rebut.

Il s'agit là de la gestion d'un budget annuel de 80 milliards de livres sterlings (91,8 milliards d'euros) destiné aux soins de santé au niveau local. Le projet de loi envisage de faire gérer ce budget par des consortiums locaux de médecins généralistes, supposés capables de mieux décider des dépenses. Il ne dit rien sur la taille de la population que chaque consortium local devrait prendre en charge, ni sur la structure d'un tel consortium, ni sur la participation du secteur public ou d'autres organismes qui ne seraient pas composés de médecins généralistes. Par contre il exclut expressément les médecins hospitaliers de tout rang, ainsi que le personnel infirmier, de tout rôle de gestion au sein de ces nouveaux organismes.

Les médecins généralistes ont un piètre bilan dans le domaine de la gestion des budgets et ils n'ont pas fait non plus leurs preuves en garantissant aux patients le meilleur service, lorsque, au cours des années 1990, ils géraient les enveloppes du budget public. Au contraire, de nombreux généralistes avaient alors retenu des fonds — de l'ordre de millions de livres — alors que les hôpitaux locaux, les services de santé mentale et d'autres faisaient face à de graves difficultés financières. Plus récemment les expériences de « commissions fondées sur la pratique » ont également indiqué que la plupart des cabinets de médecins généralistes avaient du mal à respecter les limites budgétaires et les dépassaient fréquemment, et cela même dans les zones expérimentales qui ont été présentées

comme des réussites exemplaires.

Il est aussi évident que les médecins généralistes n'ont pas une formation de gestionnaires et qu'ils n'ont que rarement trouvé le temps, la volonté ou l'énergie pour assumer ce rôle. Au contraire, ils seront certainement conduits à déléguer ce rôle à de nouvelles équipes de gestionnaires qu'ils vont employer ou à contracter avec des consultants privés dont certains se préparent déjà en vue de tels contrats juteux.

Un autre aspect important du Livre blanc et du projet de loi, c'est que tous les services cliniques — et pas seulement les services de santé communaux, comme sous les gouvernements travaillistes, ou les services hospitaliers choisis dans l'ISTC — seront ouverts à « tout prestataire », qu'il soit ou non à but lucratif. Le registre des prestataires ne doit pas être tenu par les généralistes locaux ou leurs consortiums, mais à l'échelle nationale par le moniteur, c'est-à-dire par l'actuel organisme de réglementation des fiducies (2) de fondations. Il doit ainsi hériter du rôle du régulateur financier du Système national de santé dans son ensemble. Son rôle sera d'abord de développer la concurrence, c'est-à-dire d'écartier le plus d'obstacles afin de permettre l'entrée de nouveaux prestataires sur le marché de la santé.

Tous les hôpitaux du NHS qui ne sont pas actuellement — surtout du fait de leurs difficultés financières — des « NHS Foundation Trusts » devraient, selon le projet de loi, le devenir d'ici 2014 ou fusionner avec ceux qui le sont déjà. Sinon ils seraient liquidés.

Andrew Lansley, le secrétaire à la Santé, a clairement exprimé son ambition personnelle : aller encore plus loin et faire en sorte que tous les hôpitaux qui sont des « Foundation Trusts » soient retirés du bilan du NHS aussi vite que possible et deviennent des « entreprises sociales ». Cela signifierait en particulier que le personnel employé par ces hôpitaux, dont la quasi-totalité est actuellement employée par NHS, perdrait leur statut, leurs garanties de salaire et de conditions du travail, l'accès à la formation, les points de retraite, etc. Le personnel du NHS — actuellement environ un million de personnes — serait ainsi réduit à une poignée. Les soins ne seraient plus réalisés par le NHS, mais par les fiducies, les entreprises dites « sociales » et des entreprises à but lucratif.

Il faut souligner que toutes ces transformations doivent se faire dans le contexte des « économies par l'efficacité », estimées à 20 milliards de livres sterling (23,2 milliards d'euros), qui doivent être réalisés d'ici 2014. C'était écrit dans le premier paragraphe du Livre blanc en juillet dernier et c'est déjà en cours de réalisation au travers des réductions budgétaires, des fermetures et des réductions d'emploi à travers le pays.

Tout cela rend encore moins plausible l'idée qu'en confiant 80 milliards de livres sterling (91,8 milliards d'euros) aux consortiums de médecins généralistes, on exige d'eux autre chose que de jouer le rôle de bureau de rationnement, devant décider quels services supprimer ou refuser à des patients pour équilibrer leurs comptes. Le moniteur a d'ailleurs récemment averti que les restrictions budgétaires pourraient être encore plus importantes et que la véritable cible des gains d'efficacité pourrait atteindre 30 milliards de livres sterling (34,7 milliards d'euros) d'ici 2014.

... et hésitent

Le contenu du projet de loi est ainsi apparu de plus en plus clairement aux yeux de tous ceux qui, dans un premier temps, avaient été victimes de sa rhétorique trompeuse et de sa complexité (le projet de loi compte 360 pages et est beaucoup plus long que les lois qui ont créé le NHS en 1948 ou que tout autre projet de loi concernant la santé présenté depuis !). Et les critiques se sont

multipliées.

Lors de sa conférence de printemps, le Parti libéral démocrate — membre de la coalition gouvernementale — qui a soutenu ce projet à chaque étape des débats à la Chambre des communes, a découvert soudainement des lacunes fondamentales dans ce projet et a exigé une série de modifications importantes. Après avoir subi une défaite lors des élections locales du 5 mai 2011, son dirigeant, Nick Clegg, a également durci sa rhétorique, faisant du NHS le terrain sur lequel il veut affirmer l'indépendance de libéraux démocrates et leur poids au sein de la coalition gouvernementale.

Tout cela doit être observé avec prudence, mais témoigne aussi du malaise croissant dans l'ensemble de la profession médicale, au sein des organisations professionnelles — notamment au sein du Collège royal des praticiens généralistes, de l'Association médicale britannique, de nombreux *think tanks* de haut niveau (y compris ceux orientés à droite) — dans les commissions parlementaires, les syndicats et dans l'opinion publique.

Il est donc possible que sous cette pression le Premier ministre David Cameron soit conduit à abandonner son secrétaire à la Santé pour éviter des dommages politiques plus importants et pour ne pas ternir l'image de respectabilité du Parti conservateur qu'il s'est efforcé de créer.

Mais cette crise gouvernementale ne serait pas le résultat de la pression ou des activités syndicales ni celui de l'opposition travailliste. Elle reflète les difficultés politiques aux quelles sont confrontés en Europe les partis politiques gouvernementaux de droite lorsqu'ils tentent de saper les services publics accessibles à tous et universels et qu'ils cherchent les moyens d'affronter l'opinion publique afin de permettre les incursions du profit.

La tâche des militants est de maintenir la pression jusqu'à ce que ce projet de loi soit totalement abandonné et de poursuivre la lutte contre les réductions du budget de la santé, qui lui font subir d'importantes pertes dans de nombreux domaines et dont le résultat est l'allongement de la liste des traitements qui ne sont plus disponibles au sein du Système national de santé.

Les organisations telles que Keep Our NHS Public (Maintenir public notre Système national de santé) continueront à jouer un rôle important dans le maintien et le développement de la lutte idéologique contre ceux qui affirment que peu importe que les services de santé soient publics ou privés.

John Lister

P.-S.

* Traduit par J.M.. Paru dans Inprecor n° 573-574, mai-juin 2011. Les intertitres et le chapeau sont de la rédaction d'Inprecor.

* John Lister, journaliste médical, dirige l'association Health Emergency (www.healthemergency.org.uk), une des initiatrices de la campagne Keep Our NHS Public (Maintenir public notre Système national de santé : www.keepournhspublic.com).

Notes

[1] 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. En novembre 2003, le NHS a signé un contrat de 75 millions de livres avec Bouygues pour la construction d'un établissement ultra moderne à Central Middlesex, premier d'une série de 29 hôpitaux entièrement financés sur fonds privés.