La décentralisation va-t-elle améliorer la santé et réduire les inégalités de santé au Royaume-Uni ?

Sarah Curtis et Alyson Learmonth

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rfst/586>

DOI : 10.4000/rfst.586

ISSN : 2492-3672

Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Référence électronique

Sarah Curtis et Alyson Learmonth, « La décentralisation va-t-elle améliorer la santé et réduire les inégalités de santé au Royaume-Uni ? », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Décentralisation et territorialisation sanitaire, mis en ligne le 06 juin 2017, consulté le 06 avril 2021.
URL : <http://journals.openedition.org/rfst/586> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.586>

Ce document a été généré automatiquement le 6 avril 2021.

La *Revue francophone sur la santé et les territoires* est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

La décentralisation va-t-elle améliorer la santé et réduire les inégalités de santé au Royaume-Uni ?

Sarah Curtis et Alyson Learmonth

- ¹ Le cadre *Santé 2020* définit la politique-cadre européenne appuyant les mesures pangouvernementales et pansociétales pour la santé et le bien-être (OMS, 2012). Le document a été élaboré dans un contexte d'augmentation des pressions économiques et du coût de la santé, pressions affectant particulièrement les populations qui ont les besoins les plus importants en matière de santé. Dans le même temps, les attentes en matière de nouvelles et meilleures technologies ainsi que l'évolution du profil des populations vieillissantes mettent les budgets à rude épreuve. Le changement de paradigme passant de la lutte contre les maladies à celui de la promotion de la santé et du bien-être constitue une évolution fondamentale à prendre en compte pour le futur. Les principales recommandations de *Santé 2020* portent sur le renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne et des capacités sanitaires publiques à l'aide de stratégies offrant des soins plus intégrés, plus proches du domicile, plus sûrs mais aussi plus rentables. Par ailleurs, l'étude des déterminants de la santé implique aussi la prise en compte d'autres variables environnementales telles que le logement, les conditions de travail, la cohésion sociale et la qualité de l'environnement. Dans ce contexte, les stratégies de promotion de la santé publique et de lutte contre les inégalités de santé nécessitent donc des actions pluridisciplinaires, qui vont au-delà des soins à proprement parler. La Commission OMS des déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008) a identifié trois objectifs prioritaires au niveau mondial : améliorer les conditions de vie quotidiennes ; lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources et mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action. Dans cet article, il s'agira d'étudier si, au Royaume Uni, la dévolution (processus par lequel le pouvoir politique est cédé aux régions) et la

décentralisation (gestion locale des fonctions administratives) peuvent faire évoluer la santé publique et la politique de soins dans ces directions.

- 2 Depuis 1948, le Royaume-Uni bénéficie d'un système de santé universel appelé « National Health Service » (NHS) qui est financé par l'impôt et le gouvernement central et non par des assurances privées. Il permet aux citoyens du Royaume-Uni et résidents autorisés à se faire soigner. La plupart des soins sont gratuits au point d'utilisation mais des frais de prescriptions optiques et dentaires peuvent être facturés à certains groupes de la population (Bambra, 2012). La plupart des utilisateurs du NHS consultent le généraliste chez lequel ils sont inscrits. Ce dernier les oriente ensuite vers un spécialiste en cas de besoin. En effet, l'un des fondements du NHS est que les patients doivent être soignés suivant leurs besoins, indépendamment de leurs revenus, de leur groupe social ou de leur lieu de résidence. Toutefois, dès les années 1970, soit plus de 20 ans après la création du NHS, la mise en place de l'« Inverse Care Law » (Tudor-Hart, 1971) stipulait que « *la disponibilité des soins médicaux de qualité était inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie* [dans les différentes zones administratives] ». Cette situation n'a certainement pas été résolue et les questions d'égalité et d'équité en matière de soins et de résultats, y compris au niveau géographique, restent encore d'actualité. Par exemple, on a critiqué la suppression récente d'un indice des besoins liés à la pauvreté dans la formule utilisée pour calculer les fonds octroyés aux administrations locales du NHS (Bambra, 2012). Le système NHS a en effet subi plusieurs réorganisations administratives et opérationnelles depuis sa création. La dévolution et la décentralisation peuvent concerner plusieurs des recompositions en cours du NHS. Elles seront discutées ci-après en termes de responsabilité et d'autonomie administrative, territoriale, fiscale et hospitalière.
- 3 Cet article fait un bilan de la littérature sur les liens entre la décentralisation du NHS, son efficacité et son équité du point de vue de l'offre de soins ainsi que leurs conséquences sur la santé des populations. Outre l'organisation de l'offre de soins, cet article met l'accent sur les problématiques des géographes de la santé, des spécialistes de la santé publique et autres acteurs qui étudient les déterminants en matière de santé et d'inégalités. Leurs analyses intègrent non seulement les comportements individuels en matière de santé et d'utilisation des soins mais aussi l'influence au niveau local des facteurs sociaux, économiques et institutionnels sur la santé de la population. Cette analyse met ainsi l'accent sur l'importance des lieux et territoires (« places ») pour l'étude des interactions individus-environnement local et des risques et bienfaits pour la santé.

Débats actuels sur la décentralisation au sein du NHS

- 4 Le système de santé a connu plusieurs divisions et étapes en termes de décentralisation en réponse notamment aux évolutions présentées dans la stratégie *Santé 2020*. Depuis l'an 2000, et surtout depuis 2010, l'administration nationale du NHS a renforcé la dévolution dans les différents pays composant le Royaume-Uni. L'Écosse, le Pays de Galles, l'Angleterre et l'Irlande du Nord ont ainsi adopté des structures administratives et territoriales différentes en termes d'organisation du NHS (Forbes, Evans, & Scott, 2010 ; Gray & Birrell, 2012 ; Jewell & Wilkinson, 2008). Ainsi, en Angleterre (mais pas en Écosse, au Pays de Galles ou en Irlande du Nord), l'administration régionale du NHS a été supprimée. Les échelons administratifs du NHS ont été réorganisés afin que les

services soient structurés au niveau central et au niveau local des districts du NHS (qui ne correspondent d'ailleurs pas forcément aux territoires administratifs), mais en éliminant le niveau intermédiaire régional.

- 5 En Angleterre, plus particulièrement, la responsabilité des différents aspects du système de santé a fait l'objet de divisions et dévolutions progressives. Les fonctions d'organisation centrale sont désormais assumées par un certain nombre d'organismes nationaux. Le plus influent est le « NHS England » qui dirige le système de santé (NHS), définit les priorités et oriente le débat national sur l'amélioration des soins et de la santé. Le NHS England distribue ainsi plus de 100 milliards de livres sterling et gère des organismes qui contrôlent l'efficacité des dépenses pour les patients et les contribuables. Les autres organismes nationaux sont : Monitor, Care Quality Commission, Health Education England, Trust Development Agency et National Institute for Clinical Excellence. Chacun d'entre eux joue un rôle distinct et complémentaire pour assurer la qualité dans les différents secteurs ou encore pour développer les effectifs sanitaires et informer les différents comités sur la rentabilité des différents programmes d'action. D'ailleurs, Healthwatch est un service institué au niveau national mais pris en charge localement et destiné à transmettre l'opinion des patients sur l'offre et la qualité des soins. Par ailleurs, en tant qu'organisme exécutif affilié au ministère de la Santé, Public Health England (PHE) est l'agence nationale de santé publique qui remplit l'obligation statutaire du secrétaire d'État à la Santé de protéger la santé, de lutter contre les inégalités et d'assurer la promotion de la santé et du bien-être de la nation. Le PHE est principalement chargé de : protéger la population contre les maladies infectieuses et autres risques sanitaires ; améliorer la santé et le bien-être de la population à travers des services de soins et de santé durables et de renforcer la capacité matérielle et en termes de ressources du système de santé publique.
- 6 La santé publique ne relève toutefois pas du seul rôle du PHE. Il existe en effet des fonctions internes au NHS destinées à définir les priorités et capacités du système. Les principes et savoir-faire en matière de santé publique ont en effet un rôle essentiel pour transformer un système de soins en système de santé à part entière. Un des opérateurs majeurs de cette transformation est le rapport Wanless (Wanless, 2002) qui modélisa les implications financières selon quatre scénarios d'évolution possibles du NHS à l'horizon 2020. Il permit de démontrer l'importance de la mobilisation du public pour améliorer la santé et réduire le coût des traitements médicaux dans l'optique d'assurer la viabilité financière du système de santé universel. Plus récemment, NHS England et ses partenaires ont réalisé une étude (NHS_England, 2014) prévoyant un écart de 30 milliards de livres entre le budget et les besoins des patients à l'horizon 2020-21, en raison de la hausse de la demande, si rien n'était fait pour améliorer le financement ou l'efficacité du système. Le rapport *Five Year Forward View* propose un plan de réduction de la demande (en améliorant la prévention et les mesures de santé publique), d'amélioration de l'efficacité et, si ces mesures sont fructueuses, des investissements de 8 milliards de livres entre 2014 et 2020. Dans ce contexte, une tension en termes de stratégie peut se faire sentir entre, d'une part, la division et l'émission de la responsabilité nationale des soins et de la santé publique entre différentes agences centrales et, d'autre part, la conscience que toutes ces agences doivent développer une politique cohérente pour l'ensemble du système de santé britannique.

- 7 Le tableau se complexifie en outre lorsque la décentralisation est analysée au niveau local car les modalités de mise en œuvre et le niveau de fiscalité sont différentes selon les pays composant le Royaume-Uni.
- 8 Dans un contexte de renforcement du contrôle des coûts médicaux, on assiste à un certain nombre de changements en termes de décentralisation et de division de l'attribution et du déploiement des ressources financières du NHS vers les régions. Dans les années 1990, un système de marché interne fut créé. Même si le NHS continue à financer les services, une réorganisation des fonctions d'achat et de soins a été opérée de manières différentes selon les pays du Royaume-Uni. En Angleterre, où le marché intérieur était le plus abouti, des groupes d'achat gèrent désormais les contrats de fourniture du NHS alors que les organismes de soins (comme les NHS Trusts qui gèrent les hôpitaux et certains services communautaires) entrent en concurrence pour décrocher ces contrats. Ce processus de mise en concurrence est organisé au niveau local, conformément à des directives centrales.
- 9 La fonction de commandement a été constamment revue au niveau local. En Angleterre, la responsabilité décisionnelle pour l'utilisation du NHS a été transférée à des groupes de cliniciens du secteur primaire. La gestion est désormais gérée par des Clinical Commissioning Groups (CCGs) (209 en 2016), des organismes statutaires cliniques du NHS chargés de la planification et de l'achat des soins au niveau local. Ces CCGs sont constitués de médecins généralistes et d'autres personnels médicaux comme les infirmiers et des spécialistes. Cette évolution reflète en fait un changement dans la responsabilité du système entre les différents professionnels médicaux. Les spécialistes (secteur secondaire) ont perdu de leur influence au profit des médecins traitants (secteur primaire). L'explication réside en partie dans le fait que le secteur primaire est censé avoir un rôle intégrateur du système de soins, puisqu'ils organisent l'accès des patients aux spécialistes. Cette évolution peut être perçue comme étant une « décentralisation » du contrôle depuis le deuxième niveau de la pyramide médicale vers sa « base » plus locale.
- 10 Outre la division des rôles et la décentralisation fiscale, on observe une dévolution du contrôle et de l'influence politique sur différentes parties du système de santé. Jusqu'à présent, l'organisation du système de santé dans le cadre du NHS échappait aux collectivités locales démocratiquement élues. À partir de 1974, le traitement médical, la prévention et la santé publique sont de la responsabilité du ministère de la Santé et de l'administration du NHS constituée de structures non élues intervenant au niveau des quatre pays du Royaume-Uni, mais aussi à l'échelon des régions et des districts. Par contre, dans l'essentiel du Royaume-Uni (à l'exception de l'Irlande du Nord), les services sociaux, la qualité de l'environnement et d'autres services importants pour la santé publique comme le logement, le transport et le développement économique, ont été gérés séparément par les collectivités locales. Cette séparation entre collectivités locales et le système de santé a commencé à se fissurer en Angleterre à partir de 2013. Dans toutes les *Local Authorities* (les zones administratives des collectivités en Angleterre au nombre de 152 actuellement, couvrant tout le territoire national), la responsabilité locale de la santé publique (incombant au NHS depuis 1974) a été confiée aux collectivités locales avec la création du « Health and Well-being Boards » (comités de santé et bien-être), visant en premier lieu à renforcer la légitimité démocratique et la participation du corps électoral dans la planification pour la santé publique, en

second lieu à renforcer le lien entre services sanitaires et sociaux, et enfin, à encourager l'intégration des prestations de services.

- 11 Plus récemment, la gestion des services sanitaires a fait l'objet d'une dévolution et d'une décentralisation plus complète dans certaines parties de l'Angleterre. En 2014, la « Greater Manchester Combined Authority » (GMCA) (collectivité régionale élue, responsable de la troisième plus importante agglomération d'Angleterre) a négocié avec le gouvernement central une nouvelle étape dans la dévolution. Depuis avril 2016, l'ensemble du système des services sanitaires et sociaux du grand Manchester, comprenant aussi la santé mentale, les services communautaires et la santé publique, relèvent de la responsabilité des collectivités locales et sont contrôlés par des conseillers élus (GMCA, 2015). Cette nouvelle organisation est familièrement connue sous le nom de « Devo-Manc ».
- 12 Nous observons ainsi un système complexe et dynamique associé à la décentralisation et à la dévolution des pouvoirs et responsabilités dans le domaine de la santé. Dans certaines parties du Royaume-Uni, cela se traduit par des changements importants au niveau de la politique et de la planification de la santé publique, soulevant des questions intéressantes pour les géographes de la santé. Des tendances similaires ont été observées en France, par exemple, avec la décentralisation de la prise de décision et des structures de négociation entre les acteurs locaux (Laplace, Kamendje, Nizard, Coz, & Chaperon, 2002). C'est pourquoi il est intéressant de voir comment les problématiques apparues au Royaume-Uni peuvent être pertinentes au niveau international, dans un contexte similaire de vieillissement de la population, de renforcement des attentes et de leviers technologiques.

Éléments clés dans la littérature sur les résultats de la dévolution et de la décentralisation du système de soins au Royaume-Uni

- 13 Nous avons effectué une revue rapide des conclusions des études sur la décentralisation des systèmes sanitaires en Angleterre. Un nombre croissant d'articles a étudié les effets des tendances présentées précédemment, faisant ressortir un certain nombre de thématiques, indiquant comment la décentralisation affecte le système de soins au Royaume-Uni. Nous les traitons sous la forme de questions concernant : l'intégration intersectorielle au niveau local ; la promotion de la participation des usagers ; le niveau d'autonomie réel dans les systèmes bénéficiant d'une dévolution plus importante ; l'évolution des priorités, des performances et de la viabilité financière associée à la dévolution des responsabilités ; les impacts pour l'équité et l'égalité des soins.

Dans quelle mesure la décentralisation a-t-elle favorisé l'intégration intersectorielle ?

- 14 Dans la littérature, l'intégration des différents secteurs sanitaires avec les secteurs du développement social, économique et environnemental est considérée comme étant bénéfique pour l'expérience des soins et les résultats de santé. C'est particulièrement vrai pour le traitement des maladies chroniques, comme les problèmes mentaux (Plagerson, 2015) ou les soins à long terme pour les personnes âgées vulnérables

(Wistow, 1997), qui sont de plus en plus « géographiquement décentralisées » au sens où les politiques visent à fournir des soins intégrés chez le patient ou à proximité plutôt qu'à l'hôpital. On constate ainsi que l'approche de la question du vieillissement n'est pas la même dans les zones rurales anglaises et galloises du fait de la dévolution des politiques de soins. L'Angleterre met davantage en avant la rééducation, la responsabilité personnelle et le développement communautaire alors que le Pays de Galles semble mettre davantage l'accent sur la collaboration, la citoyenneté et les relations avec les usagers (Doheny & Milbourne, 2013). L'approche galloise découle probablement de l'importance du travail collaboratif intersectoriel et de la participation du public à la planification, également observée dans le secteur de la santé publique (Jewell & Wilkinson, 2008).

Dans quelle mesure la décentralisation a-t-elle renforcé la participation et la responsabilité du public ?

- 15 La participation du public peut être liée à une conception plus intégrée des services comme indiqué dans le paragraphe précédent. Le consumérisme peut aussi permettre d'impliquer davantage les usagers dans les soins et prestations. Par exemple, en Angleterre, la tendance est davantage axée sur le choix du consommateur (associée à la responsabilité de celui-ci) pour les soins utilisés (Moffatt, Higgs, Rummery, & Jones, 2012). Ce n'est pas forcément une évolution positive pour les personnes âgées car il est difficile de formuler des choix importants en connaissance de cause. C'est une tendance qui peut aussi éloigner les recompositions anglaises des expériences écossaise, galloise et nord-irlandaise. D'autres recherches indiquent qu'en dépit des différences de point de vue des discours politiques, les variations en termes de choix et d'implication du public entre les pays du Royaume-Uni sont en réalité très limitées (Peckham et al., 2012 ; Stewart, Sefton, & Hills, 2009).

Dans quelle mesure la décentralisation permet-elle une plus grande participation et responsabilité des usagers ?

- 16 Des recherches antérieures suggèrent que le rôle des populations locales dans les décisions sanitaires n'est pas aussi important que la rhétorique publique le laisse entendre (Milewa, 1998). Public Health England (PHE) a fait une synthèse des options d'amélioration de la santé et du bien-être sur la base d'éléments concrets, avec des discussions sur la manière de renforcer la participation du public à la prise de décisions au niveau local (South, 2015). Le principe est que l'évolution vers un nouveau système de santé a ouvert la voie vers une santé et des soins davantage centrés sur la personne et la communauté. Les approches communautaires ne se limitent pas à des actions par « communautés » ou groupes socio-culturels mais comportent aussi des actions au niveau des pouvoirs publics et de l'administration afin de mobiliser des actifs au sein des groupes, de promouvoir l'équité et de renforcer le contrôle des populations sur leur vie et leur santé. Une « nouvelle famille » d'approches communautaires propose des options pour améliorer la santé et le bien-être. Elles se déclinent en quatre volets :
- renforcement des communautés : développement de la capacité des « communautés » à prendre des mesures collectives sur la santé et les déterminants sociaux de la santé ;

- développement des comportements bénévoles et des groupes d'action : renforcement des capacités des individus à proposer des conseils, des informations et un appui ou à organiser des activités autour de la santé et du bien-être au niveau des communautés ;
 - Augmentation des collaborations et partenariats : coopération des communautés et des services locaux à tous les stades de la planification, de l'identification des besoins à la mise en œuvre et à l'évaluation ;
 - renforcement de l'accès aux ressources communautaires : accès des populations aux ressources communautaires, à une aide pratique, à des activités en groupe et à des possibilités de bénévolat pour répondre aux besoins de santé et ainsi renforcer la participation sociale.
- 17 Le National Institute of Clinical Excellence (NICE, 2016) indique les conditions nécessaires à un engagement efficace des communautés mettant l'accent sur quelques thèmes communs : définition de principes mettant davantage en avant l'engagement ; travail collaboratif ; rôle des groupes d'action et des laïcs ; participation des communautés au travail d'intégration et facilitation de la participation des populations. Le PHE et le NICE indiquent tous deux que ces méthodes peuvent être appliquées de manière plus cohérente quand l'administration est décentralisée à un niveau local.

La dévolution des responsabilités conduit-elle réellement à une plus grande autonomie locale ?

- 18 Les observations présentées précédemment ouvrent un plus large débat sur la réalité de la décentralisation au niveau du NHS en termes d'autonomie locale au niveau vertical et horizontal. Il est indiqué (Exworthy & Frosini, 2008 ; Mannion, Goddard, Kuhn, & Bate, 2005 ;
- 19 K. Smith & Hellowell, 2012) que, dans la mesure où le gouvernement central continue à contrôler les ressources financières versées au niveau local, le niveau d'autonomie locale est limité et les possibilités pour les responsables locaux d'adopter une approche indépendante sont faibles. Même si les acteurs locaux sont plus autonomes, ils ne sont pas forcément suffisamment informés des objectifs locaux partagés qui leur permettraient obtenir des effets bénéfiques (Mannion et al., 2005). La persistance d'un « modèle médical » des soins peut également freiner les actions locales innovantes (Smith et al., 2009). Certains auteurs suggèrent, par contre, que la dévolution des pouvoirs dans certaines parties du Royaume-Uni (notamment l'Écosse) peut amener les acteurs locaux à bousculer le statut quo et à tester des initiatives innovantes (Forbes et al., 2010).

La décentralisation peut-elle améliorer la qualité des soins et renforcer l'équité ?

- 20 La littérature fait état de constats divers sur l'amélioration des performances à la suite de la dévolution de l'administration des soins. Il est suggéré que certains critères, comme le temps d'attente à l'hôpital, varient selon les pays du Royaume-Uni, en raison des différences de gestion associées à la dévolution (Andrews & Martin, 2010). D'autres études indiquent toutefois que les différences de performances sont relativement limitées malgré la dévolution (Bevan, 2010). Par exemple, l'Écosse a des résultats légèrement supérieurs à l'Angleterre et au Pays de Galles si l'on regarde un indicateur

d'investissement dans l'équité globale comme la pauvreté infantile, en dépit d'une mobilisation ancienne pour réduire les inégalités. De manière significative, les études indiquent que si les politiques de soins varient entre les pays du fait de la dévolution, les politiques de santé publique sont restées similaires à l'échelle du Royaume-Uni (Smith & Hellowell, 2012). S'agissant de l'équité et de l'égalité de santé, les études indiquent que les politiques et leurs résultats restent proches entre les pays composant le Royaume-Uni malgré la dévolution, mais que les variations peuvent être plus importantes au niveau local (Harrington et al., 2009). En effet, à cet échelon d'action, les questions d'inégalité de santé ne sont pas forcément jugées aussi prioritaires que l'amélioration de l'accès aux soins aigus et l'équilibre budgétaire. Les interventions ciblent davantage les comportements en utilisant peu de preuves d'efficacité. Par ailleurs, les effets rapides des traitements pharmacologiques ont pu être privilégiés par rapport à d'autres interventions de santé publique (Blackman et al., 2009).

- 21 De manière générale, la littérature indique qu'il y a eu des changements au niveau de la gestion des pays composant le Royaume-Uni et de l'organisation locale des soins et que ces évolutions ont pu occasionner des disparités du point de vue de la provision de soins et des déterminants globaux des inégalités de santé. Dans la pratique, ces disparités entre pays ne se sont pas forcément traduites par des différences majeures en termes de résultats pour plusieurs raisons. Une explication porte sur le temps nécessaire à la concrétisation du changement. Il est plus long que les périodes couvertes par la plupart des études. En réalité, la littérature suggère que l'autonomie locale en matière fiscale et organisationnelle, et le niveau d'intégration et de coordination entre acteurs intersectoriels peuvent être assez limités et ne pas permettre de vraie dévolution du pouvoir. Par ailleurs, il est intéressant de noter que le niveau de priorisation effective de la santé publique au niveau local peut être assez restreint. Ce point sera discuté ci-dessous.

L'importance de la décentralisation pour la santé publique et la planification territoriale

- 22 Le processus de décentralisation/dévolution a surtout concerné les objectifs de santé publique et l'action locale sur les déterminants de la santé (Learmonth & Curtis, 2013). Comme indiqué précédemment, l'OMS (WHO, 2008) a souligné l'importance des inégalités de santé évitables. Cette initiative mondiale a abouti au cadre politique Santé 2020 (OMS, 2012). Depuis le rapport Acheson (1988), cette problématique est intégrée (de façon variable) aux politiques sanitaires du Royaume-Uni. L'évaluation des impacts sur la santé (EIS) est un outil d'appui de la planification territoriale visant à améliorer la santé et le bien-être et à réduire les inégalités (Learmonth & Curtis, 2013). Cette approche comporte l'évaluation des effets probables de la politique locale et des actions en dehors du secteur médical sur la santé publique.
- 23 Dans le système de santé du Royaume-Uni, la responsabilité concernant les déterminants de la santé a été traditionnellement confiée aux départements de santé publique. Toutefois, d'autres secteurs du système administratif et gouvernemental affectent plus directement les déterminants de la santé. Le transfert de la responsabilité de la santé publique vers les collectivités locales offre de nouvelles opportunités grâce à l'alignement avec d'autres fonctions comme celles liées au logement, à l'éducation, aux prestations sociales et à la qualité de l'environnement. La

Local Government Association et les *Clinical Commissioners* (chargés de l'acquisition au niveau local des services fournis par le NHS (LGA, 2015) ont déclaré : « *nous pensons que les comités de santé et bien-être permettent de développer une approche préventive et centrée sur le local pour fournir des services de soins et de santé afin d'améliorer la santé et de s'attaquer aux inégalités et aux déterminants généraux de la santé* ». Toutefois, une étude récente (Beenstock, Sowden, Hunter, & White, 2015) a étudié les stratégies de santé et bien-être mises en place en Angleterre et constaté qu'elles étaient dominées par les *besoins* plutôt que par l'efficacité. Les stratégies ont varié en termes de durées (de 1 à 5 ans) et même si la plupart avaient une vision explicite, il y a eu une utilisation abusive d'objectifs et de buts. Il reste donc à savoir à quel point les comités de santé et de bien-être peuvent mener à bien des programmes efficaces sur les déterminants de la santé au niveau local.

- 24 A cet égard, le modèle « Devo-Manc » renforce de manière significative les comités de santé et de bien-être en transférant l'administration des soins aux collectivités locales. Les implications sur la mise en œuvre d'une approche stratégique intersectorielle de l'équité sanitaire et des soins font encore débat. Le protocole bipartite d'accord (mémoire d'entente) signé par toutes les parties couvre l'ensemble du système d'intervention sanitaire et sociale dans le grand Manchester. La deuxième partie de l'accord définit un cadre stratégique pour la gouvernance et la réglementation ainsi que pour les ressources et les finances, l'immobilier, l'éducation sanitaire, les effectifs, le partage des informations et la réunion des systèmes. L'objectif est de permettre aux élus locaux de décider des services de santé qui seront adaptés au Grand Manchester. Il permettra également de réduire la pression sur les hôpitaux à long terme tout en mettant en avant les services communautaires permettant de rapprocher les soins et interventions sociales à domicile. Les soins intégrés du Grand Manchester ciblent le travail préventif au sein de la communauté, avec des stratégies destinées à maintenir les habitants en « bonne santé » et autonomes. Ceux souffrant d'affections de longue durée (Par exemple asthme ou maladies cardiaques) sont traités le plus possible en ambulatoire. Ces objectifs sont conformes aux objectifs définis dans le document *Five Year Forward View* du NHS England et à la stratégie européenne *Santé 2020* citée en début de présentation. Couvert par l'initiative de « Northern Powerhouse » (développement du nord), le grand Manchester est l'une des trois villes du nord productrices de croissance économique. Sa population (585 000 habitants) est par ailleurs touchée par une pauvreté importante inégalement répartie entre les différents quartiers de la ville (39 % des enfants de Manchester vivent dans la pauvreté, contre 25 % des enfants au niveau national selon les indices de défaveur sociale en Angleterre en 2015 et 21 % des petits quartiers appartiennent aux 10 % des zones les plus déshéritées d'Angleterre). Or la pauvreté est reconnue comme un déterminant important de la santé et des inégalités sociales de santé (WHO, 2008).
- 25 S'agissant de l'amélioration des conditions de vie – elle est la première priorité identifiée par la Commission OMS (OMS, 2008). Manchester peut cependant encore faire des progrès. En effet, la ville connaît actuellement une croissance économique potentiellement génératrice de ressources supplémentaires. D'autres leviers sont à disposition des villes : un rapport sur les collectivités locales de Londres (Institute_of_Health_Equity, 2012) aide ces dernières à identifier et à atténuer les effets négatifs de la récession et des réformes sociales sur les inégalités de santé et sur les déterminants sociaux de la santé tels que l'emploi, les revenus et le logement. La deuxième priorité identifiée par l'OMS consiste à s'attaquer aux inégalités dans la

répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources. Il est pour l'instant impossible de savoir si les structures et processus de gouvernance de la Greater Manchester Combined Authority y parviennent. La troisième priorité consiste à mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action. Une « *Inclusive Growth Analysis Unit* » (unité d'analyse de la croissance) a été lancée en avril 2016 par la Fondation Joseph Rowntree et l'Université de Manchester, pour placer la réduction de la pauvreté au cœur du processus de croissance économique et de la dévolution (Wright & Case, 2016). Elle doit proposer des études, des analyses et des conseils pratiques au nouveau maire, aux conseillers municipaux, aux entreprises et à la société civile pour faire en sorte que l'ensemble de la population puisse participer à et profiter de la croissance sur le territoire. Ce modèle de gouvernance est loin d'avoir démontré son efficacité et il faudra du temps pour en percevoir les avantages. Sa généralisation devra également être testée, Manchester ayant été choisie parce qu'elle bénéficie d'une croissance économique significative.

- 26 En Angleterre, c'est entre le Sud et le Nord que les inégalités de santé sont les plus fortes. Une étude récente (PHE, *Due North*, 2015) va en faveur d'un renforcement de la dévolution des pouvoirs et des ressources aux collectivités locales afin de promouvoir la croissance et réduire les inégalités régionales. Cette étude défend également l'intégration d'objectifs sociaux aux stratégies locales de croissance économique afin de promouvoir la santé et le bien-être et de réduire les inégalités de santé. Cette orientation doit, selon les auteurs, s'accompagner d'une dévolution avec une meilleure participation du public aux prises de décisions locales et d'une autonomisation (« empowerment ») des communautés. Cependant, comme on peut le voir dans la littérature, la dévolution de la responsabilité administrative ne facilite pas forcément l'innovation et l'action locale, surtout lorsque les ressources financières sont limitées et restent contrôlées par le gouvernement central. Il est également probable que le problème de l'offre de soins cliniques continuera à prendre le pas sur les stratégies relatives aux déterminants de la santé dans la planification locale de la santé.

Conclusion : l'intégration intersectorielle, la décentralisation et la dévolution comme actions pour promouvoir l'équité en santé

- 27 Les débats administratifs sur les différentes formes de décentralisation et de dévolution s'accompagnent de discussions portant sur la manière d'obtenir une offre sanitaire et sociale plus « intégrée » et « holistique », notamment pour les usagers tels que les jeunes enfants, les personnes âgées et les populations souffrant de maladies chroniques physiques ou mentales ou encore touchées par la pauvreté et les privations. De manière plus spécifique, la décentralisation peut permettre de fournir des soins en réponse aux variations des besoins des populations locales.
- 28 La NHS Confederation et ses partenaires (NHS_Confederation, 2016) ont défini leur vision des soins intégrés :
- Les responsables, locaux et nationaux, feront primer ensemble ce qui est le mieux pour leurs citoyens et leurs communautés sur les besoins institutionnels. Cela implique de mobiliser toutes les ressources, pas juste la santé et les soins, pour l'amélioration du bien-être des citoyens et d'investir davantage dans les prestations

communautaires. Cela implique également de partager la responsabilité des décisions difficiles concernant notamment la durabilité et la réforme des services.

- 29 Suite à leurs évaluations, ils proposent une série de questions permettant de déterminer le succès de l'intégration des interventions sanitaires et sociales aux niveaux local et national, en commençant par une implication au niveau local :
 - Les responsables politiques, cliniques, communautaires et d'achat locaux appréhendent-ils clairement pourquoi et comment l'intégration peut améliorer la santé et le bien-être de leurs citoyens et comment cela peut appuyer une transformation locale, indépendamment des exigences et impératifs nationaux ?
 - Votre vision est-elle fondée sur la promotion du bien-être et l'appui des citoyens et de la communauté afin de mener une vie heureuse, sûre, indépendante et épanouie ? Cela implique-t-il la mobilisation de ressources allant dans ce sens ?
- 30 Le rapport recommande également un engagement au niveau national :
 - Les politiques et actions nationales sur la santé et les aides sociales appuient-elles ou freinent-elles les responsables locaux ?
 - Les politiques et actions nationales appuient-elles les actions locales ?
- 31 Dans ce document, d'autres titres introduisent d'autres questions destinées à évaluer le succès de l'intégration concernant le partage de la responsabilité et des systèmes. Cela étant, sans affectation appropriée de ressources par le gouvernement central pour répondre aux besoins identifiés localement, la dévolution ouvre les portes d'un renforcement des inégalités. La « loterie du code postal » (différences d'accès aux soins suivant le lieu de résidence) peut être exacerbée par la définition de normes locales et non plus nationales de soins dans le pays (notamment pour les listes d'attente ou les soins cliniques). Le gouvernement central peut se décharger de sa responsabilité vis-à-vis des populations vieillissantes et des groupes vulnérables alors que la polarisation de la distribution des richesses, la baisse des finances publiques et la complexité de la prise de décision sur le rationnement des soins aigus compliquent la satisfaction des besoins. Compte tenu de l'attachement du public à un système de santé national, la recherche de solutions locales innovantes peut aller à l'encontre des principes que le gouvernement a juré de défendre.
- 32 Le problème de la décentralisation et de la dévolution va au-delà de la géographie administrative et politique, et soulève la question de la géographie et de l'égalité des soins au sens large. Certains des objectifs de la décentralisation et de la dévolution soutiennent l'idée qu'une plus grande dévolution peut encourager l'implication et l'influence des usagers sur l'offre de soins et ainsi faciliter la prise de décisions en coordination avec d'autres secteurs importants pour la santé. Les études sur la décentralisation au Royaume-Uni (ainsi que l'expérience personnelle et les observations effectuées pour le compte des auteurs) suggèrent toutefois que si ces hypothèses sont vraies, l'impact effectif sur les inégalités de santé est sujet à controverse. Il semble qu'une incitation du gouvernement central soit nécessaire pour réellement progresser, pour que le NHS s'intéresse à ces questions, même dans un système plus décentralisé. Nous avons présenté précédemment quelques initiatives des organismes centraux sur ces questions mais il reste à savoir si les recommandations seront suivies.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS, Rhys & MARTIN, Steve. 2010, Regional Variations in Public Service Out-comes: The Impact of Policy Divergence in England, Scotland and Wales. *Regional Studies* , 44 (8), 919-934.
- BAMBRA, C., 2012, Clear winners and losers are created by age only NHS resource allocation, *British Medical Journal*, e5393.
- BEENSTOCK, J., SOWDEN, S., HUNTER, D., & WHITE, M., 2015, Are health and well-being strategies in England fit for purpose? A thematic content analysis *Journal of Public Health* 37 (3), 461-469.
- BEVAN, Gwyn., 2010, Impact of devolution of health care in the UK: provider challenge in England and provider capture in Wales, Scotland and Northern Ireland? *Journal of Health Services Research & Policy*, 15 (2), 67-68.
- BLACKMAN, Tim, ELLIOTT, Eva, GREENE, Alex, HARRINGTON, Barbara, HUNTER, David, MARKS, Linda, WILLIAMS, Gareth, 2009, Tackling health inequalities in post-devolution Britain: do targets matter? *Public Administration* , 87 (4), 762-778.
- DOHENY, Shane & MILBOURNE, Paul., 2013, Modernization and Devolution: Delivering Services for Older People in Rural Areas of England and Wales. *Social Policy & Administration* , 47 (5), 501-519.
- EXWORTHY, Mark & FROSINI, Francesca., 2008, Room for manoeuvre? Explaining local autonomy in the English National Health Service. *Health Policy* , 86 (2-3), 204-212.
- FORBES, Tom, EVANS, Debbie, & SCOTT, Niccolò., 2010, Implementing health and social care policy – England and Scotland compared. *Policy Studies* , 31 (6), 591-611.
- GMCA., 2015, Caring for Greater Manchester together. from <http://www.agma.gov.uk/gmca/gmca-devolution-agreement1/caring-for-gm-together/index.html>
- GRAY, A-M., & BIRRELL, D., 2012, The Structures of the NHS in Northern Ireland: Divergence, policy copying and policy efficiency. *Public Policy and Administration* , 28 (3), 274-289.
- HARRINGTON, B. E., SMITH, K. E., HUNTER, D. J., MARKS, L., BLACKMAN, T. J., MCKEE, L., WILLIAMS, G. H., 2009, Health inequalities in England, Scotland and Wales: stakeholders' accounts and policy compared. *Public health* , 123 (1), e24-28.
- INSTITUTE_OF_HEALTH_EQUITY, 2012, The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London. London: University College London.
- JEWELL, Tony & WILKINSON, Jane, 2008, Health and social care regulation in Wales: an integrated system of political, corporate and professional governance for improving public health. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* , 128 (6), 306-312.
- LAPLACE, L., KAMENDJE, B., NIZARD, J., COZ, J. M., & CHAPERON, J., 2002, The French and English health systems: compared evolution after the mid-1990s. [Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90.]. *Santé publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)* , 14 (1), 47-56.
- LEARMONTH, A. & CURTIS, S., 2013, Place shaping to create health and wellbeing using Health Impact Assessment: health geography applied to develop evidence-based practice. *Health and Place* , 24 , 20-22.

- LGA. (2015). Making it Better Together; A Call to Action on the Future of Health and Wellbeing Boards. London: Local Government Association and the NHS Clinical Commissioners
- MANNION, Russell, GODDARD, Maria, KUHN, Michael & BATE, Angela, 2005, Decentralization strategies and provider incentives in healthcare: evidence from the english national health service. *Applied health economics and health policy* , 4 (1), 47-54.
- MOFFATT, Suzanne, HIGGS, Paul, RUMMERY, Kirstein, & JONES, Ian Rees., 2012, Choice, consumerism and devolution: growing old in the welfare state(s) of Scotland, Wales and England. *Ageing & Society* , 32 , 725-746.
- NHS Confederation, 2016, Stepping up to the Place: The key to successful health and care integration www.nhsconfed.org/publications. NHS Confederation, 50 Broadway London SW1H 0DB: NHS Confederation Local Government Association, Directors of Adult Social Services, NHS Clinical Commissioner.
- NHS England, 2014, Five Year Forward View London: NHS England, Care Quality Commission, Health Education England, Monitor, Public Health England and Trust Development Agency.
- NICE, 2016, NICE guidance NG44 Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities
- PECKHAM, Stephen, MAYS, Nicholas, HUGHES, David, SANDERSON, Marie, ALLEN, Pauline, PRIOR, Lindsay, DAVIES, Huw, 2012, Devolution and Patient Choice: Policy Rhetoric versus Experience in Practice. *Social Policy & Administration* , 46 (2), 199-218.
- PLAGERSON, Sophie, 2015, Integrating mental health and social development in theory and practice. *Health Policy and Planning* , 30 (2), 163-170.
- SMITH, K., & HELLOWELL, M., 2012, Beyond Rhetorical Differences: A Cohesive Account of Post-devolution Developments in UK Health Policy. *Social Policy & Administration*, 46(2), 178-198.
- SMITH, K., HUNTER, D., BLACKMAN, T. J., ELLIOTT, E., GREENE, A., HARRINGTON, B., WILLIAMS, G., 2009, Divergence or convergence? Health inequalities and policy in a devolved Britain. *Critical Social Policy* , 29 (2), 216-242.
- SOUTH, J., 2015, A guide to community-centred approaches for health and wellbeing: Briefing (PHE publications gateway number 2014711) Accessed 22.06.16 Public Health England and NHS England.
- STEWART, Kitty, SEFTON, Tom & HILLS, John, 2009, Towards A more equal society? Poverty, inequality and policy since 1997 Introduction. *Towards a More Equal Society?: Poverty, Inequality and Policy since 1997* , Policy Press scholarship, en ligne (mars 2012)
- TUDOR-HART, J., 1971, The Inverse Care Law. *Lancet* 297 (7696), 405-412.
- WANLESS, D., 2002, Securing our Future Health: Taking a Long-Term View Final Report. London: The Public Enquiry Unit, HM Treasury.
- WHO., 2008, Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
- WISTOW, G., 1997, Decentralisation from acute to home care settings in England. *Health Policy* , 41 , S91-S108.
- WRIGHT, D. & CASE, J., 2016, Challenge for Northern Powerhouse City Regions to Share the Proceeds of Prosperity. York, UK: Joseph Rowntree Foundation <https://www.jrf.org.uk/press/challenge-growing-northern-powerhouse-share-proceeds-prosperity> .

RÉSUMÉS

Cet article fait un bilan de la littérature sur les liens entre la décentralisation du NHS (National Health Service) au Royaume-Uni, son efficacité et son équité du point de vue de l'offre de soins ainsi que leurs conséquences sur la santé des populations. La dévolution croissante du service de santé aux pays qui composent le Royaume, l'Écosse, le Pays de Galles, l'Angleterre et l'Irlande du Nord - qui ont adopté des structures administratives et territoriales différentes en termes d'organisation du NHS - pose un certain nombre de problématiques : l'intégration intersectorielle au niveau local ; la promotion de la participation des usagers ; le niveau d'autonomie réel dans les systèmes bénéficiant d'une dévolution plus importante ; l'évolution des priorités, des performances et de la viabilité financière associée à la dévolution des responsabilités ; les impacts pour l'équité et l'égalité des soins.

The WHO commission on social determinants of health in 2008 prioritised three objectives at the global scale: to improve daily living conditions; to combat inequalities in the distribution of power, finance and other resources and to evaluate the extent of inequalities and the effectiveness of intervention to tackle inequality. In this paper we consider whether in the United Kingdom, devolution (the process by which political power is passed from central government to the regional level) and decentralisation (transfer of the management of administrative functions to the local level) may influence the progress of development of public health in the ways proposed by WHO.

In 1948, the UK created a universal health care system, the National Health Service (NHS), financed by central taxation revenues, and not by individual health insurance. It gives citizens and others resident in the UK rights of access to a comprehensive system of care. One of the founding principles of the NHS is that patients should receive care in proportion to their needs, independent of their financial means, their social group or the part of the UK where they live.

The health system has been subject to several phases of decentralisation. Since 2000, and particularly since 2010, the national administration of the NHS has become more devolved to the different countries that make up the UK. Thus Scotland, Wales, England and Northern Ireland have adopted somewhat different administrative and geographical structures for the NHS. In England, responsibility for some aspects of the health care system have undergone more complete devolution and decentralisation, notably in Greater Manchester Combined Authority (an elected body responsible for governance of one of the largest urban agglomerations in England) negotiated with central government a new model of devolution. Since April 2016, the whole health and social care system is controlled by GMCA and overseen by the elected councillors of the region.

Thus we see a very complex and dynamic process of decentralisation and devolution in the administrative and political geography of the health care system, which raises wider questions regarding geography and inequality of health care. Some of the aims of decentralisation and devolution are based on the idea that they will encourage greater public participation and influence over health care provision at the local level and improve local coordination with other service sectors whose functions are likely to influence health determinants. However, our review of the research literature and observations of experience to date concerning decentralisation in the UK suggest that, even if this is the case, the results do not necessarily contribute to action to improve health for all and reduce health inequalities. This suggests that there remains an important role for central government to oversee these issues across the country. Our paper presents some examples of the action taken at the central level to address these issues and

publish guidelines for local action, but we conclude that it remains to be seen whether these national recommendations will be consistently applied at regional level by devolved administrations such as that in Greater Manchester.

INDEX

Mots-clés : décentralisation, intégration sectorielle, participation des usagers, viabilité financière

Index géographique : Royaume-Uni, Ecosse, Pays de Galles, Angleterre, Irlande du Nord

AUTEURS

SARAH CURTIS

Professeur émérite, Université de Durham, Professeur honoraire, Université d'Edimbourg, Royaume-Uni

ALYSON LEARMONTH

Membre honoraire, Centre for Public Policy and Health, Université de Durham, Royaume-Uni