Les assurances sociales en Grande-Bretagne

Autor(en): **Meuli, Richard**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **7 (1949)**

Heft 1

PDF erstellt am: **04.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-133066

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Documents

Les assurances sociales en Grande-Bretagne

par Richard Meuli,
docteur ès sciences économiques.

I. Historique

L'Angleterre est sans doute le pays qui a la plus vieille tradition en matière de législation sociale.

C'est après la sécularisation des monastères qui, au moyen âge, s'étaient occupés de l'assistance aux pauvres, qu'une nouvelle organisation de celle-ci devint nécessaire, cela d'autant plus que l'éviction des paysans et les guerres civiles avaient laissé une foule inquiétante de pauvres et de faux pauvres qui parcouraient le pays et compromettaient la sécurité des gens et des biens. Il fallait nourrir ces gens — et si possible les occuper — autant pour assurer la sécurité des honnêtes citoyens que pour des raisons de charité chrétienne.

Ainsi l'Etat fut amené à s'intéresser aux pauvres et différentes mesures législatives partielles aboutirent, sous le règne de la reine Elisabeth (1555-1603), à la promulgation de la célèbre « Poor Law », faisant de l'assistance aux pauvres un devoir reconnu de l'Etat. Cette loi obligeait les communes à percevoir un impôt spécial destiné à entretenir les indigents qui n'étaient pas à même de travailler et à fournir du travail à ceux qui étaient capables d'exercer une activité. La Poor Law est restée en vigueur pendant environ deux cent cinquante ans et malgré son insuffisance et son application souvent négligée, elle a beaucoup atténué la misère et a surtout réussi à enrayer dans une large mesure la mendicité et le vagabondage, si répandus à cette époque sur le continent.

En 1834, la Poor Law a été réformée ; l'assistance passait du plan communal au plan national. En même temps, la condition des indigents a été sérieusement aggravée, en raison du principe de la philosophie utilitaire que le pauvre était pauvre par sa propre faute et qu'il n'y avait donc pas de meilleur moyen de combattre la pauvreté que de la rendre sordide. Ce fut l'institution généralisée des maisons de travail (workhouses) — véritables pénitenciers — dont l'horreur a été admirablement décrite par Charles Dickens dans son roman *Oliver Twist.* Peu à peu cependant, cette philosophie utilitaire a fait place à des conceptions plus humaines et depuis une cinquantaine d'années, l'Angleterre s'est résolument engagée dans la voie d'une politique sociale basée sur le principe qu'il est du devoir de la collectivité de s'occuper de ses membres en détresse. C'est ainsi qu'ont été introduits tour à tour les rudiments d'une assurance vieillesse (1908), la première assurance maladie et chômage (1911), l'assurance chômage généralisée (1920) et une foule de mesures traitant de problèmes particuliers (tuberculose, cécité, traitement médical scolaire, etc.). Au début, ces mesures ont rencontré une très vive résistance ; à ce propos, nous ne rappellerons que

les graves conflits provoqués en 1911 par le financement de ces mesures, conflits qui ont abouti à une réforme constitutionnelle réduisant très sensiblement les pouvoirs de la Chambre des Lords.

Le système des assurances sociales ainsi mis sur pied était très hétérogène. Les prestations et le financement variaient d'un cas à un autre et l'organisation était partagée entre plusieurs ministères, les autorités locales et un grand nombre d'institutions plus ou moins privées.

C'est pour remédier à cette complexité peu satisfaisante et préparer l'adaptation des prestations d'assurance aux besoins actuels que le gouvernement de coalition présidé par M. Churchill a chargé un spécialiste des assurances sociales, Sir William (aujourd'hui Lord) Beveridge de « faire une étude complète des assurances sociales existantes et de faire des recommandations à ce sujet ». Le résultat de cette enquête fut le célèbre Plan Beveridge publié en 1942.

II. Le Plan Beveridge

Beveridge part du point de vue — juste sans doute — que l'existence de la misère n'est pas seulement une honte pour notre civilisation, mais encore un grave danger pour son existence et son avenir. Elle menace en particulier les libertés essentielles de l'homme et met en péril les institutions démocratiques. « La misère engendre la haine » a écrit Charlotte Brontë, pensée que Beveridge place en épigraphe d'un de ses ouvrages, montrant par là que la misère ne doit pas être considérée seulement sous son aspect individuel et humain, mais qu'elle constitue un problème éminemment social et même politique. Aussi, la charité et l'aumône — même indépendamment de leur caractère humiliant et de leur effet dégradant — ne sont-elles pas des solutions. Il faut, dans toute la mesure du possible, supprimer les causes mêmes de l'indigence et écarter ainsi les dangers sociaux et politiques qu'elle comporte.

Beveridge commence donc par faire le diagnostic de la misère afin d'en déterminer les causes. Sur la base de nombreuses enquêtes faites dans différentes régions de l'Angleterre, il constate que, dans plus de 75 % des cas, la misère est due à une incapacité temporaire ou permanente de travail causée par le chômage, la maladie, l'invalidité et l'âge. Dans le reste des cas, c'est le plus souvent l'importance des charges familiales qui a conduit à l'indigence. Il conclut que pour supprimer la misère, une double redistribution du revenu national est nécessaire : d'une part, redistribution entre riches et pauvres, d'autre part, redistribution selon les charges familiales.

Le premier but peut être partiellement atteint par une politique économique visant à l'emploi intégral. Ce problème a été l'objet, notamment dans les pays anglo-saxons, de nombreuses études, dont celle de Beveridge lui-même : « Full employment in a free Society ».

Dans les cas d'incapacité véritable de travail — que ce soit pour cause d'âge, de maladie ou autres — ainsi que dans les cas d'impécuniosité due à un chômage qui subsisterait malgré une politique économique correcte, c'est

l'assurance sociale qui doit garantir à chaque membre de la collectivité un revenu minimum.

De même, l'assurance doit, au moyen d'allocations familiales, venir en aide aux familles nombreuses.

Finalement, Beveridge estime que cet édifice de sécurité sociale doit être couronné par la création d'un service national de santé qui assurerait à tout malade, indépendamment de ses moyens financiers, les meilleurs soins et traitements que la science médicale moderne est à même d'offrir.

En résumé, Lord Beveridge estime que la « sécurité sociale » ou, en termes de la Charte de l'Atlantique, la « libération du besoin » est nécessaire au maintien à la fois des institutions libérales et démocratiques, et de la paix sociale et même internationale ; il la croit réalisable, sans modification profonde de notre structure économique et sociale, par l'adoption des mesures suivantes :

a) une politique systématique d'emploi intégral ;

b) un système d'assurances sociales couvrant tous les cas de misère qui résulteraient d'une incapacité de travailler ;

c) un système d'allocations familiales ;

d) un service national de santé ;

Ce sont les points *b)*, *c)* et *d)* qui vont nous occuper, car ce sont eux qui font l'objet des assurances introduites ces dernières années en Angleterre.

Cependant, le problème de l'emploi ne peut pas être totalement négligé car le financement, aussi bien du Plan Beveridge que des assurances effectivement créées, est basé sur l'hypothèse que le chômage ne dépassera pas certaines limites. S'il devait les dépasser sensiblement, l'équilibre financier des assurances serait rompu.

Est-il possible d'éviter un chômage aussi massif et aussi permanent que celui qui a caractérisé la période entre les deux guerres ? De nos jours, les économistes sont quasi unanimes pour répondre par l'affirmative. Beveridge estime qu'il est possible — par une politique économique et financière appropriée — de réduire le taux moyen du chômage à 3 % (contre 14 % en Angleterre en moyenne durant les années 1919-1939). D'autres spécialistes en la matière sont plus pessimistes dans leur estimation de la marge inévitable de chômage, mais reconnaissent qu'il est possible de la réduire sensiblement par rapport à l'avant-guerre. De ce côté là, il n'y a donc pas d'obstacle insurmontable à l'assurance sociale. Il est évident d'ailleurs que le chômage est un mal en soi ; il doit être combattu comme tel et non seulement pour assurer la bonne marche d'un système d'assurances.

Si, à l'heure présente, le problème du chômage ne retient pas directement l'attention du législateur, c'est qu'il n'est pas actuel à notre époque de pénurie de main-d'œuvre. Cela ne signifie donc nullement que les milieux politiques anglais se désintéressent de ce problème. Il semble au contraire que le maintien d'un niveau aussi élevé que possible de l'emploi est considéré très généralement comme une des tâches essentielles de toute saine politique économique.

Ce principe a même reçu sa consécration internationale puisqu'il fait l'objet de l'article 3 de la Charte du commerce international de la Havane qui impose à tous les signataires l'obligation de réaliser une politique de plein emploi.

* * *

L'organisation de la sécurité sociale, telle que Beveridge la conçoit, se distingue nettement des assurances existant en Angleterre :

1. Le Plan Beveridge englobe toute la population alors que, jusqu'à présent, les assurances ne s'étendaient qu'à certaines catégories de personnes.
2. Le nombre de risques assurés est sensiblement plus grand que par le passé.
3. Les prestations d'assurance sont nettement supérieures à celles d'hier.
4. Le plan de sécurité sociale est basé sur le principe des assurances en ce sens que l'assuré paie des primes et acquiert ainsi un droit aux prestations, tandis que les anciennes institutions avaient plutôt un caractère d'assistance publique.
5. L'administration serait confiée à un ministère spécial au lieu d'être dispersée entre plusieurs dicastères. On en escompte un fonctionnement plus simple et plus efficace.

Si nous nous sommes attardé sur les principes du Plan Beveridge, c'est que ceux-ci ont inspiré dans une large mesure la législation effectivement adoptée par le Parlement britannique depuis trois ans, de sorte que l'on peut considérer Lord Beveridge comme le père spirituel du système de sécurité sociale que nous allons analyser.

III. Le système actuel d'assurances sociales

« Le 5 juillet 1948 sera un grand jour dans l'histoire des institutions sociales britanniques » a proclamé Mr. James Griffiths, ministre des assurances sociales. C'est, en effet, le jour de l'entrée en vigueur de ce que le *Times* a appelé « une des plus grandes mesures législatives de notre siècle ». Le nouveau système d'assurances est destiné à couvrir la population britannique contre les suites matérielles du chômage, de la maladie, de l'âge, du veuvage et de l'orphelinat, de la maternité et des décès. Il est obligatoire et général ; tout le monde est astreint au paiement de cotisations et tout le monde de ce fait a un droit acquis aux prestations d'assurance.

A. Personnes assurées et cotisations

Tout habitant de la Grande-Bretagne est astreint, en principe, au paiement de primes de 15 à 65 ans (60 ans pour les femmes). En plus, l'Etat contribue pour une certaine somme à chaque prime afin de permettre à celle-ci d'atteindre le montant requis pour couvrir les risques probables. Au point de vue des assurances, la population britannique est divisée en trois catégories :

a) *Les personnes salariées :* Les membres de cette catégorie, de loin la plus nombreuse, sont assurés contre tous les risques énumérés ci-dessus. Les primes

nécessaires sont par conséquent les plus élevées. L'actuaire gouvernemental les estime à 115,8 d[1] par semaine pour les hommes, 89,7 d pour les femmes et à des montants plus faibles pour les personnes de moins de 18 ans. La prime ainsi déterminée est versée en partie par l'assuré lui-même, en partie par son employeur et en partie par l'Etat. Le barême adopté pour cette catégorie est le suivant :

	Prime hebdomadaire en shillings et pence			
	Assuré	Employeur	Etat	Prime totale
Hommes	4/7	3/10	2/1	10/6
Femmes.....	3/7	3/—	1/7	8/2
Jeunes gens .	2/8	2/3	1/2	6/1
Jeunes filles .	2/2	1/9	0/11	4/10

Le principe rigide des primes uniformes, basées sur des calculs actuariels et indépendantes du revenu des assurés, est tempéré dans la pratique par certains allègements et exceptions. Ainsi le paiement des primes est suspendu pendant que l'assuré est au bénéfice de prestations d'assurance sans que ses droits à l'assurance en soient affectés. D'autre part, les personnes de moins de 18 ans qui sont encore à l'école ou en apprentissage non rémunéré ne paient pas de primes.

b) *Les personnes exerçant une profession indépendante:* Cette catégorie comprend les industriels, les artisans, les paysans, les médecins, les avocats, les artistes, etc. Ses membres sont au bénéfice des mêmes prestations d'assurance que ceux du groupe précédent, à l'exception de l'assurance chômage. Vu qu'il y a un important risque en moins, la cotisation nécessaire est plus petite. L'actuaire l'estime à 70,8 d pour les hommes et 59,6 d pour les femmes. Les primes ainsi déterminées seront réparties comme suit :

	Prime hebdomadaire en shillings et pence		
	Assuré	Etat	Total
Hommes	6/2	1/1	7/3
Femmes.....	5/1	0/11	6/0
Jeunes gens	3/7	0/7	4/2
Jeunes filles	3/1	0/6	3/7

c) *Les personnes sans emploi rémunéré:* Cette catégorie comprend toutes les personnes non comprises dans les deux autres et notamment les femmes mariées sans autre activité que leur ménage. Les assurés qui en font partie n'ont pas droit aux assurances chômage et maladie. Cela est normal puisque les prestations d'assurance sont destinées à compenser une perte de gain. En conséquence, la prime nécessaire à couvrir les risques n'est estimée qu'à 55.1 d pour les hommes et 43.3 d pour les femmes et les cotisations s'établissent alors comme suit :

[1] 1 livre sterling (£) = 20 shillings (sh) = 240 pence (d) = 17.35 francs suisses (fr. s.).

	Prime hebdomadaire en shillings et pence		
	Assuré	Etat	Total
Hommes	4/8	0/9	5/5
Femmes	3/8	0/7	4/3
Jeunes gens	2/9	0/5	3/2
Jeunes filles	2/3	0/4	2/7

Remarques :

1. La femme mariée occupe dans le système des assurances une position spéciale. Elle est, en principe, couverte par l'assurance de son mari et n'a pas besoin d'être assurée elle-même et de payer des primes. Cependant, la femme qui désire avoir une assurance indépendante et jouir de toutes les prestations afférant à sa catégorie d'assurance, peut opter pour cette possibilité. Elle paiera alors les cotisations prévues.

2. Les primes énumérées ci-dessus comprennent une part qui sera versée au service national de santé. Elle est de 10 d par homme, 8 d par femme et 6 d par personne de moins de 18 ans.[1] En revanche, elles ne comprennent pas les primes de l'assurance accidents de travail, prélevées uniquement pour les assurés de catégorie a)[2].

3. Il est prévu que toutes les primes seront augmentées de 4 d par adulte et 2 d par personne de moins de 18 ans à partir de la sixième année d'existence de l'assurance, cela pour faire face, au moins partiellement, aux charges accrues provenant du vieillissement de la population.

4. Les calculs actuariels sur lesquels repose tout le système sont basés sur les statistiques démographiques de la Grande-Bretagne, en particulier sur les taux de natalité, de mortalité, de morbidité, de nuptialité et de fertilité, ainsi que sur le nombre de cas de veuvage et d'orphelinat.

Les calculs de capitalisation tiennent compte d'un taux de l'intérêt de 2 ¾ %.

Le financement de l'assurance chômage enfin est basé sur l'hypothèse d'un taux moyen de chômage de 8 ½ % au maximum. Ce taux est naturellement sujet à caution, mais vu la volonté unanime de maintenir un niveau stable et élevé de l'emploi, il semble plutôt trop pessimiste que trop optimiste.

Tous les cinq ans au moins, tout le système doit être revu, d'une part par l'actuaire, d'autre part par le ministre responsable. Cela permettra de faire périodiquement les ajustements financiers et administratifs nécessaires au bon fonctionnement du système.

6. Enfin, la loi prévoit une mesure qui est d'un grand intérêt pour l'économiste et qui est susceptible de jouer un rôle dans la lutte contre des tendances inflationistes ou déflationistes. En effet, le gouvernement a le droit, à tout moment, soit d'augmenter, soit de diminuer temporairement toutes les cotisations pour restreindre ou accroître — suivant qu'il y a danger d'inflation ou de déflation — le pouvoir d'achat disponible de la population. Ce moyen de lutter contre un excédent ou une insuffisance de pouvoir d'achat a le double

[1] *Cf.* page 49.
[2] *Cf.* page 46.

avantage d'être général, donc efficace, et à effets immédiats. Personne ne prétend que ce moyen seul serait suffisant pour prévenir une forte inflation ou une grave dépression économique, mais il pourrait sans doute contribuer au maintien d'une activité économique et d'un niveau d'emploi stables.

B. Les prestations d'assurance

a) *Chômage :* L'allocation principale s'élève à 26 sh par semaine ; elle est augmentée de 16 sh pour l'épouse ou autre personne adulte à la charge du bénéficiaire et de 7/6 pour le premier enfant de moins de quinze ans (les enfants suivants n'ont pas droit à cette allocation parce qu'ils sont au bénéfice des allocations familiales). Des allocations réduites sont versées aux femmes mariées ayant leur propre assurance (20 sh) et aux personnes de moins de dix-huit ans (15 sh).

L'allocation n'est versée que si l'assuré s'est acquitté d'au moins vingt-six primes hebdomadaires et qu'au moins cinquante primes aient été payées ou créditées pendant l'année précédant son chômage. Les allocations sont versées, en principe, pendant une durée de cent huitante jours ouvrables (sept mois) au maximum, mais dans certains cas, une extension de ce délai est prévue. De tels versements supplémentaires sont entièrement à la charge de l'Etat. Lorsqu'une personne perd sa place par sa propre faute ou si elle refuse de chercher du travail ou d'en accepter, elle peut être disqualifiée pendant six semaines au maximum. La même disposition peut être appliquée en cas de grève ou de lock-out.

b) *Maladie :* Les allocations sont les mêmes que dans le cas précédent, sauf que la femme mariée qui exerce une activité lucrative ne touche que 16 sh au lieu de 20 sh.

Les conditions d'obtention d'une allocation sont les mêmes quant à la durée minimum d'assurance, mais en revanche, les allocations seront payées pendant une durée illimitée, à condition qu'au moins cent cinquante-six primes hebdomadaires aient été versées. Sinon, l'allocation n'est payée que pendant trois cent douze jours ouvrables (une année), après quoi seule une période de treize semaines de primes payées donne de nouveau un droit à l'assurance. De nouveau, les personnes qui tomberaient malades par leur propre faute peuvent être disqualifiées pour une période allant jusqu'à six semaines.

c) *Vieillesse :* Les hommes âgés de 65 ans et les femmes âgées de 60 ans ont droit à une rente de vieillesse de 26 sh par semaine par personne seule (y compris les femmes mariées qui ont leur propre droit à l'assurance) et 42 sh par semaine par couple.

Si l'assuré continue à travailler après la limite d'âge, sa rente sera augmentée à raison de 2 sh par semaine pour chaque année de travail supplémentaire. Le supplément de rente ne peut cependant pas dépasser 10 sh.

En revanche, les personnes retraitées qui continuent à gagner et celles qui ne remplissent pas les conditions verront leurs pensions réduites. Ces conditions sont : au moins cent cinquante-six primes hebdomadaires versées et une moyenne annuelle de primes versées ou créditées de cinquante.

Le gros problème de toute assurance vieillesse est celui de la génération transitoire, c'est-à-dire des personnes qui atteindront l'âge de la retraite avant d'avoir payé un nombre suffisant de cotisations. La question a été réglée, en principe, de la façon suivante : Seuls les hommes de moins de 55 ans et les femmes de moins de 50 ans au moment de l'entrée en vigueur de l'assurance seront au bénéfice de rentes complètes. Les personnes qui ont dépassé l'âge de retraite au moment de l'introduction de l'assurance n'y sont pas incluses. Elles recevront, mais en cas de besoin seulement, les rentes de vieillesse prévues par la législation antérieure. Les personnes faisant partie de la génération intermédiaire enfin n'acquièrent un droit à des rentes qu'en payant au moins dix primes annuelles. Une personne de 58 ans devra donc travailler jusqu'à l'âge de 68 ans pour jouir de l'assurance vieillesse.

Cette assurance vieillesse n'affecte pas les institutions privées ou publiques d'assurance vieillesse déjà existantes. Une personne déjà assurée paiera donc deux primes et aura droit à deux rentes.

d) *Survivance :* Les veuves ont droit à trois sortes de rentes, basées toutes trois sur l'assurance du défunt mari :

1. Pendant les treize premières semaines de son veuvage, la veuve touche une allocation de 36 sh par semaine plus, le cas échéant, 7/6 sh pour le premier enfant de moins de 15 ans (pour les autres enfants, elle reçoit de toute façon une allocation familiale).

2. Ensuite, la veuve mère d'au moins un enfant n'ayant pas 15 ans touchera, aussi longtemps qu'elle a des enfants de moins de 15 ans, une rente de 33/6 sh par semaine.

3. Enfin, la veuve aura droit à une pension de 26 sh par semaine si, à l'expiration de l'allocation prévue sous chiffre 1, elle a 50 ans et a été mariée au moins pendant dix ans ou si, à l'expiration de l'allocation prévue sous chiffre 2, elle a 40 ans et a été mariée pendant dix ans ou enfin si elle est en état d'incapacité physique ou mentale de gagner sa vie.

Cette pension est réduite d'un sh par sh gagné en plus de 30 sh par semaine, de sorte qu'une veuve de 55 ans gagnant 40 sh par semaine touchera en réalité une pension de 16 sh par semaine.

Après l'âge de 60 ans, la pension de veuve est remplacée par la rente de vieillesse ordinaire.

Ajoutons que quiconque a à sa charge un orphelin de père et de mère de moins de 15 ans a droit à une rente d'orphelin de 12 sh par semaine.

e) *Maternité :* Tout d'abord, chaque mère reçoit, à la naissance d'un enfant, une somme fixe de £ 4.

En plus, la mère qui interrompt son activité professionnelle a droit à une allocation de maternité de 36 sh par semaine pendant treize semaines ; celle qui n'exerce aucune activité lucrative, à une allocation de 20 sh par semaine pendant quatre semaines. Là encore, l'assuré doit remplir certaines conditions avant d'acquérir un droit à des prestations.

f) *Décès :* Lors de chaque décès, une somme forfaitaire de £ 20 par adulte, £ 6 à 15, suivant l'âge, par enfant, est versée comme contribution aux frais occasionnés par le décès.

C. Administration

Nous nous contenterons ici de signaler les principes d'organisation de l'assurance sans entrer dans aucun détail. L'assurance sociale est dirigée par le ministre des assurances sociales qui est responsable devant le Parlement. Son siège et celui de son état-major est à Londres.

Dans le but de décentraliser l'administration et de décongestionner Londres, le quartier général administratif en revanche est établi à Newcastle.

Le ministre a le pouvoir de régler par ordonnance administrative une foule de questions relatives à l'application. Il est assisté par une commission consultative d'experts.

Pour l'administration des assurances, le pays est divisé en circonscriptions, dont chacune a un office régional des assurances qui assure la liaison entre l'administration centrale et les offices locaux. Ces derniers sont en contact direct avec les assurés.

Enfin, la loi prévoit la procédure de recours en matière d'assurances.

On estime à environ trente mille le nombre des fonctionnaires nécessaires à l'organisation de tout le système. La plupart de ces employés sont recrutés parmi le personnel des anciennes assurances et des sociétés de bienfaisance et de secours mutuels que le nouveau système est appelé à remplacer.

D. Le Financement

L'ensemble des assurances que nous venons d'analyser exige annuellement des sommes considérables qui iront en augmentant avec le temps. Cet accroissement des dépenses provient presque exclusivement des charges toujours plus grandes qu'impose l'assurance vieillesse et survivants. Les causes en sont, d'une part, le vieillissement de la population, d'autre part, le fait que pendant la période transitoire un grand nombre de personnes âgées ne sont pas ou ne sont que partiellement au bénéfice de rentes. Les sommes nécessaires aux autres assurances, de même que le versement fait au service de santé, resteront, selon les estimations actuarielles, à peu près constantes.

Budget des assurances sociales (en millions de £)

Dépenses	1948 *	1958	1968	1978
Vieillesse	238	301	421	501
Survivants	22	35	42	40
Chômage	94	94	94	89
Maladie	70	83	86	81
Maternité	9	8	8	8
Décès	1	6	9	12
Frais d'administration	18	18	18	18
Total assurances	452	545	678	749
Versement au service de santé	36	37	37	35
Total général	488	582	715	784

* Pour permettre la comparaison, nous avons converti les chiffres partiels de l'année 1948 en montants pour l'année entière.

Recettes	1948 *	1958	1968	1978
Intérêts du fond des assurances	21	21	21	21
Primes des assurés	175	189	189	176
Primes des employeurs	138	145	146	136
Primes de l'Etat	82	83	83	78
Solde à la charge de l'Etat	36	107	239	338
Total assurances	452	545	678	749
Primes perçues pour le service de santé	36	37	37	35
	488	582	715	784

* Pour permettre la comparaison, nous avons converti les chiffres partiels de l'année 1948 en montants pour l'année entière.

Le budget des dépenses ainsi obtenu ne prétend naturellement pas à une exactitude mathématique, mais il nous semble être prudent et réaliste. Rappelons d'ailleurs qu'une revision des bases actuarielles aura lieu au moins tous les cinq ans.

Les recettes de l'assurance se composent de trois parts : les intérêts du fonds de réserve des assurances, les primes et la contribution de l'Etat.

Le fonds de réserve a été hérité des anciennes institutions d'assurance. Il s'élève à près de £ 800 millions et est censé rapporter une somme constante de 21 millions de £ par an. Les primes proviennent de trois sources : des assurés eux-mêmes, des employeurs et de l'Etat. Comme les primes sont invariables, les sommes ainsi obtenues restent également à peu près constantes. Cependant, la majoration des primes prévue à partir de la sixième année explique que le montant des primes encaissées est sensiblement plus élevé à partir de 1953.

Au point de départ, les intérêts et primes sont censés couvrir à peu près les dépenses (y compris les frais d'administration). Cependant, dès le départ certaines prestations sont entièrement à la charge de l'Etat de sorte que celui-ci devra verser, en plus de sa contribution aux primes individuelles, un montant global destiné à parfaire la somme totale nécessaire. Ce versement global de l'Etat augmente rapidement avec le temps car il doit couvrir presque totalement les dépenses croissantes de l'assurance vieillesse et survivants. La contribution totale de l'Etat aux assurances évoluera donc comme suit :

1948	118	millions de £	ou 26 %	du total
1958	190	»	35 %	»
1968	322	»	47 %	»
1978	416	»	56 %	»

En faisant abstraction de la contribution de l'Etat au titre de primes, sa part relative s'élève à 8 %, 20 %, 35 % et 45 %.

Si au début le caractère d'assurance du système est donc prédominant, il tend à s'effacer par la suite. Cet engagement toujours plus considérable de fonds publics provoque une véritable redistribution du revenu national, puisque ce sont les citoyens aisés qui paient la majeure partie des impôts tandis que les

bénéfices d'assurances profiteront surtout aux classes pauvres de la population. Cette tendance vers une distribution moins inégale des revenus se manifeste très nettement dans la très forte progression fiscale appliquée en Angleterre : l'échelle réelle de l'impôt sur le revenu va de 0 à 94 % et les droits de mutation sur les successions peuvent atteindre, pour les très grandes fortunes, des taux allant jusqu'à 77 % en ligne directe et 95 % en ligne indirecte.

Cependant, les sommes indiquées ci-dessus ne constituent pas un accroissement net des dépenses de l'Etat car une grande partie des dépenses nouvelles en remplacent d'anciennes.

La forte participation financière de l'Etat, et partant du contribuable, explique le fait, choquant à première vue, que les cotisations des assurés ne tiennent pas compte de la capacité financière de ceux-ci, que le directeur d'une grande entreprise gagnant £ 10.000 par an paie la même prime que son employé qui gagne £ 500 par an. Cette méthode, simple certes, mais peu sociale a priori, apparaît sous un jour très différent si l'on considère que le premier paie en impôt sur le revenu 64 % de son traitement et le second 17 %, s'ils sont célibataires, 63 % et respectivement 5 %, s'ils sont mariés et ont deux enfants. Nous ne pouvons pas faire ici une analyse détaillée de l'origine des recettes de l'Etat, mais il est indispensable d'en tenir compte si l'on veut juger de l'équité ou iniquité du financement des assurances sociales.

Finalement, il convient de noter que les prestations sociales de l'Etat ne se limitent pas au système d'assurances sociales que nous venons d'examiner ; il faut y ajouter l'assistance publique, l'assurance accidents professionnels, les allocations familiales, le service national de santé, etc., dont les dépenses considérables sont principalement à la charge du trésor public. En tenant compte de tous ces éléments, on constate que la charge totale de la sécurité sociale pour le trésor public s'élève, pour l'année fiscale 1948-1949, à environ 500 millions de £, sur un total de dépenses d'environ 3000 millions de £. A cette somme, viendraient s'ajouter les dépenses des autorités locales.

IV. Les institutions complémentaires

Par souci d'objectivité et afin de rendre justice à l'ampleur du système anglais de sécurité sociale, nous nous proposons de donner quelques indications sommaires sur les institutions qui viennent compléter l'assurance sociale proprement dite.

A. Les allocations familiales

Lord Beveridge avait constaté que l'insuffisance des revenus par rapport aux charges familiales était une source non négligeable de misère ; pour y remédier, il avait préconisé un système d'allocations pour familles nombreuses.

Dans sa loi sur les allocations familiales entrée en vigueur en 1946, le gouvernement a adopté en le modifiant le projet Beveridge. Toute famille a droit, pour chaque enfant de moins de 15 ans (16 ans s'il est à l'école ou en apprentissage non rémunéré), à l'exception du premier, à une allocation hebdomadaire

de 5 sh. Une famille qui a quatre enfants, dont trois de moins de 15 ans, recevra donc 10 sh par semaine.

Ces allocations sont à la charge du trésor public et figurent dans le budget annuel de l'Etat pour une somme d'environ 60 millions de £.

Ces allocations expliquent que les rentes de veuves et les allocations de maladie et de chômage ne sont majorées que pour le premier enfant. En effet, les enfants suivants sont couverts par les allocations familiales qui sont indépendantes du gain des parents.

L'application de cette loi est confiée au Ministère des assurances sociales.

B. L'assurance accidents et maladies professionnels

Ce problème fait également l'objet d'une loi spéciale dont l'application relève du ministre des assurances sociales.

Sont assurées contre les risques professionnels toutes les personnes de la catégorie A, c'est-à-dire tous les salariés. En cas d'accidents ou maladies professionnels, les assurés, ou le cas échéant leurs survivants, ont droit aux prestations suivantes :

1. Une allocation d'accident de 45 sh par semaine pendant vingt-six semaines au maximum.
2. Une rente d'invalidité qui, à partir de la vingt septième semaine remplace la précédente et varie, suivant le degré d'invalidité, entre 9 et 45 sh par semaine. Si l'invalide requiert des soins spéciaux ou est incapable de tout travail, la rente peut être majorée.
3. En cas de décès de l'accidenté, les survivants, notamment la veuve et les enfants, ont droit à une pension. Elle varie suivant le degré de parenté et la situation des survivants. La veuve, par exemple, touchera 30 sh par semaine si elle est âgée de plus de 50 ans, 20 sh par semaine si elle est plus jeune. L'allocation pour le premier enfant de moins de 15 ans est de nouveau de 7/6 sh par semaine.

Le financement est assuré en partie par des versements de l'Etat, en partie par les primes des assurés et des employeurs. Ces dernières sont perçues en même temps et de la même façon que les primes des autres assurances qui sont simplement augmentées, pour les assurés de catégorie A, de 8 d pour les hommes adultes, 6 d pour les femmes adultes, 5 d pour les jeunes gens et 4 d pour les jeunes filles, dont une moitié est à la charge de l'assuré, l'autre à la charge de l'employeur.

C. L'assistance publique

Malgré son étendue, le système des assurances sociales, complété par l'institution des allocations familiales, ne parviendra pas à supprimer complètement l'indigence. Il y aura un résidu de pauvres, soit parce que les prestations d'assurance ne suffisent pas, soit parce que certaines personnes ne sont pas, au moins pendant une période transitoire, au bénéfice de toutes les assurances ou n'en jouissent que partiellement.

C'est pourquoi l'Angleterre a maintenu, en la réformant, l'assistance publique. La nouvelle loi sur l'assistance publique — qui remplace les derniers vestiges de l'ancienne Poor Law — est entrée en vigueur en même temps que celle des assurances, le 5 juillet 1948.

L'assistance publique doit venir en aide notamment aux infirmes, aux anormaux, mais aussi, dans certains cas, aux vieillards, aux chômeurs et aux malades.

L'assistance est entièrement à la charge de l'Etat et des communes.

Cette question sort du cadre de notre étude, mais il convenait de relever que, au delà de l'assurance, il reste l'assistance qui n'est pas devenue entièrement superflue par l'introduction de celle-là.

D. Le service national de santé

La partie la plus révolutionnaire du système britannique de sécurité sociale, la seule qui ait soulevé une opposition farouche et déclenché des controverses passionnées, est le service national de santé.

Entré en vigueur, en principe, le 5 juillet 1948, il met gratuitement à la disposition de toute la population, sans exceptions et sans conditions, tous traitements et soins médicaux, en particulier :

a) les hôpitaux, les maternités, les sanatoria, les institutions pour malades mentaux et les maisons de convalescence et de réadaptation ;

b) les services généraux — à l'hôpital, en consultation ou à domicile — des médecins, dentistes, oculistes et tous autres spécialistes ;

c) divers services complémentaires tels que ceux des sages-femmes, les soins pré- et postnatals, la vaccination et la transfusion du sang, les laboratoires d'analyses, le service de gardes-malades et d'aides ménagères, etc. ;

d) les médicaments, drogues, traitements, ainsi que les lunettes, dentiers, prothèses, etc.

Si ces services sont gratuitement mis à la disposition de toute la population, ils ne sont pas pour autant obligatoires. Tout malade a le droit de se faire soigner, à ses frais bien entendu, en dehors du service de santé. S'il en fait partie, il a le droit de choisir librement son médecin parmi ceux qui se trouvent sur la liste de son lieu d'habitation.

De même, les médecins peuvent rester en dehors du service et continuer leur activité comme par le passé, en se faisant payer directement par leurs clients. Le médecin privé subsistera donc dans une certaine mesure, mais la majorité des médecins se sont engagés dans le nouveau service.

Le service de santé comprend trois parties principales :

1. *Hôpitaux et spécialistes :* Les hôpitaux sont placés sous la responsabilité directe du ministre de la santé publique. Ils sont nationalisés et leur administration générale est confiée à des conseils régionaux qui jouissent d'une large autonomie. Les questions internes à chaque hôpital sont réglées par un conseil d'administration. En principe, chacune des seize à vingt régions aura son « teaching hospital » qui sera en contact étroit avec les facultés de médecine et dont la tâche principale est la formation des jeunes médecins.

Les médecins attachés entièrement aux hôpitaux sont payés par les conseils régionaux ; les spécialistes qui n'y travaillent que partiellement peuvent avoir une clientèle privée à côté. C'est également l'Etat qui est chargé de l'organisation des services de bactériologie et de transfusion du sang. Enfin, il lui incombe d'encourager la recherche scientifique.

La nationalisation des hôpitaux et leur organisation par l'Etat constituent pour l'Angleterre, pays classique des hôpitaux organisés par des institutions privées à caractère charitable ou par les communes, une innovation d'une portée considérable. Cependant, cette mesure n'a soulevé que relativement peu d'opposition car l'ancien système était loin de donner toujours satisfaction et beaucoup d'hôpitaux, faute de moyens financiers suffisants, n'atteignaient pas un niveau de qualité suffisant. En outre, le nombre de lits était manifestement insuffisant et un vaste programme de modernisation et de construction d'hôpitaux, s'échelonnant sur plusieurs années, est envisagé. Dans l'ensemble, il semble que cette réforme aboutira, quand elle portera tous ses fruits, à une amélioration sensible du standard des hôpitaux britanniques.

2. *Centres médicaux et médecins de famille :* Sur le plan local, la loi prévoit la création de centres médicaux organisés, équipés et maintenus par les autorités locales. Ces centres mettent à la disposition des médecins les cabinets de consultation, laboratoires, etc., ainsi que le personnel auxiliaire, professionnel et administratif, nécessaires à l'exercice de leur profession. Le médecin qui participe au service de santé pourra donc, — sans y être obligé — pratiquer au centre médical et n'aura plus besoin de ses propres installations. Il cesse d'être payé par le client et le sera par le trésor public. Son gain, à l'exception d'un salaire de base fixe et facultatif, variera en fonction de son activité. Il pourra atteindre quelque 2000 £ (environ 35.000 francs) par an pour un médecin ordinaire et des sommes supérieures pour les spécialistes.

Le but principal du centre médical est d'améliorer les soins médicaux, en mettant à la disposition des médecins et des malades toutes les installations techniques et scientifiques dont a besoin la médecine moderne et qui sont souvent hors de portée du médecin individuel. Il faudra naturellement des années avant que ce but soit intégralement atteint.

En outre, le nouveau système vise à une meilleure distribution géographique des médecins ; en effet, aujourd'hui les régions riches et attrayantes en comptent jusqu'à 1 pour 1000 ou 1500 habitants tandis que des régions pauvres et peu attrayantes n'en comptent que 1 pour 3500 ou 4000 habitants. Sous le nouveau régime, on pourra refuser de nouveaux médecins dans des régions qui en ont déjà assez, sans pour cela les diriger de force vers un champ d'activité déterminé. C'est par des avantages matériels que l'on espère attirer les médecins vers les régions qui en ont un réel besoin.

Enfin, le nouveau régime met fin à la tradition anglaise qui veut qu'un médecin, au moment de s'établir, achète sa «clientèle» à son prédécesseur et la revende à la fin de sa carrière à son successeur. Les médecins qui ont déjà acheté leur pratique et qui participent au nouveau système seront dédommagés par l'Etat qui a prévu à cet effet un fonds de 66 millions de £ (environ 1150 millions de francs) ; ceux qui n'y participent pas, n'auront droit à aucune indemnité.

Les partisans du nouveau système estiment qu'il améliorera sensiblement le niveau de la santé publique en Angleterre, tout en allégeant la tâche du médecin grâce aux facilités techniques et administratives offertes par le centre médical. Ce dernier est censé développer en outre le travail d'équipe et une saine émulation entre médecins.

L'opposition des médecins — renforcée dans une large mesure par l'attitude cavalière et le socialisme doctrinaire du pétulant ministre de la santé publique — s'est dirigée surtout contre le principe du médecin salarié. Beaucoup de médecins estiment que leur indépendance est le meilleur garant de soins médicaux efficaces et redoutent d'être englobés dans un vaste et lourd appareil administratif. En revanche, les dispositions financières sont reconnues par beaucoup comme satisfaisantes.

3. *Services complémentaires incombant aux autorités locales :* A côté de leurs obligations concernant les centres médicaux, les autorités locales ont le devoir de mettre sur pied et d'entretenir un certain nombre de services complémentaires. C'est à elles qu'incombent les soins à donner aux femmes enceintes et aux jeunes mères, ainsi qu'aux enfants avant l'âge de la scolarité. Elles doivent notamment organiser des services de sage-femmes, de gardes-malades à domicile et d'aides aux ménages en cas de maladie de la femme, s'occuper des convalescents, organiser les services de vaccination et d'immunisation. La moitié environ des dépenses ainsi encourues seront couvertes par des taxes locales, le reste par des subventions de l'Etat.

4. *Financement :* Il est impossible de donner un budget, même approximatif, du service de santé pour plusieurs années à l'avance. Cela tient à divers éléments : avant de pouvoir fonctionner entièrement, d'importants investissements sont nécessaires pour la construction et la modernisation des hôpitaux et l'installation des centres médicaux ; le montant de ces investissements dépendra des ressources matérielles et financières disponibles. Enfin, le nombre de médecins et de malades qui y participeront effectivement n'est pas encore exactement connu.

Qu'il nous suffise donc, pour indiquer un ordre de grandeur, de signaler que le budget de l'Etat pour l'année financière 1948/1949 prévoit une dépense pour le service de santé de 146 millions de £ auxquels il faut ajouter les subventions aux autorités locales, de sorte que les dépenses totales de l'Etat s'élèveront à près de 160 millions de £ (2 ¾ milliards de francs).

Rappelons qu'en plus de cela, une partie des primes d'assurances sociales est versée au service de santé.[1]

5. *Conclusions :* Moins encore que pour les assurances sociales, il est possible de porter un jugement objectif et définitif sur le service de santé. Seule l'expérience de plusieurs années permettra de dresser un premier bilan, aussi bien au point de vue de la santé publique qu'à celui du fonctionnement et des résultats financiers.

---

[1] *Cf.* page 40, Remarque 2 et page 43, Budget.

Le succès ou l'échec du système dépendront dans une large mesure de l'attitude, de la compréhension et du sens des responsabilités de tous les intéressés, en premier lieu des malades, des médecins et des autorités dirigeantes.

V. Conclusions finales

Il ne nous appartient pas de discuter ici de la question de principe : assurances sociales ou non. Nous pensons d'ailleurs qu'aucune conclusion rigoureuse et objective ne peut couronner un tel débat, basé sur une appréciation plus ou moins subjective d'avantages et d'inconvénients et dans lequel interviennent nombre d'éléments de philosophie politique et sociale.

Qu'il nous soit permis cependant d'esquisser notre point de vue : vu le fonctionnement imparfait de notre système économique (crises, chômage) d'une part, les nombreuses causes d'indigence imméritée (âge, maladie) d'autre part, nous estimons que la collectivité a le devoir de venir en aide à ceux qui sont menacés de misère sans qu'il y ait de leur propre faute. Il ne s'agit pas seulement d'une obligation morale, mais, en dernière analyse, d'une mesure d'auto-défense, de défense des institutions fondamentales de notre civilisation. En effet, la misère sociale est l'humus dans lequel s'alimentent les conflits sociaux, le collectivisme et le totalitarisme dont l'histoire récente nous présente les résultats. Aussi croyons-nous fallacieux et dangereux, voire contraire à la réalité, l'argument qui veut que le développement des assurances sociales conduit fatalement au collectivisme ou au socialisme d'Etat. Nous pensons que l'alternative « liberté ou sécurité » est fausse, que la liberté n'a véritablement un sens que si elle est accompagnée d'un minimum de sécurité, faute de quoi l'on aboutit au système du « renard libre dans un poulailler libre », c'est-à-dire à la destruction de la liberté pour la majorité des gens.

Notre conviction est que le seul moyen de sauvegarder la liberté est de l'étayer par un système intelligent et efficace de sécurité sociale. Un libéralisme ainsi régénéré est la plus solide défense contre les armées du collectivisme tandis qu'un libéralisme formaliste et doctrinaire en est, en dernière analyse, le pourvoyeur.

Cependant, les assurances sociales seules ne doivent, ni d'ailleurs ne peuvent résoudre seules le problème. Elle n'atteignent leur but que si elles peuvent s'appuyer sur une politique économique correcte et efficace.

Le principe même des assurances admis, il reste la question délicate de savoir quelles assurances sont souhaitables et nécessaires et de quelle façon il faut les concevoir. Il nous est impossible d'étudier ici ce problème et nous devons aussi résister à la tentation d'établir des parallèles entre le système anglais que nous venons d'analyser et les institutions sociales de la Suisse.

Le système anglais a le grand avantage de former un tout coordonné et d'être simple (une seule prime, prélevée directement sur le salaire de l'assuré). En revanche, la méthode de la prime unique et invariable nous paraît discutable et il en va de même de certains aspects du financement. De même, le montant des primes et des prestations peut être apprécié de diverses manières. Enfin, les opinions peuvent être partagées, en toute bonne foi, quant à telle ou

telle mesure du service de santé. Aussi nous sommes-nous contenté d'analyser le système et de soulever des questions plutôt que de formuler des appréciations unilatérales.

Quel que soit, en fin de compte, le jugement que l'on porte — pour autant que l'on puisse juger dès maintenant — on ne peut qu'être impressionné par la hardiesse de conception et l'ampleur de l'œuvre accomplie en si peu de temps et l'on ne peut que souhaiter qu'elle atteigne le but qu'elle se propose : la libération du besoin.

RICHARD MEULI.