

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1984-1985

Annexe au procès-verbal de la séance du 4 octobre 1984.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée du 12 au 16 mars 1984, chargée d'étudier le système de santé et de prestations sociales ainsi que les problèmes liés à l'emploi en Grande-Bretagne.

Par MM. Jean-Pierre FOURCADE, Charles BONIFAY,
Louis CAIVEAU et André JOUANY,

Sénateurs.

(1) Cette Commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Bernard Lemarié, Victor Robini, Jean Chérioux, Robert Schwint, *vice-présidents* ; Hubert d'Andigné, Roger Lise, Hector Viron, Mme Cécile Goldet, *secrétaires* ; MM. Jean Amelin, Pierre Bastié, Jean-Paul Bataille, Mme Marie-Claude Beaudeau ; MM. Henri Belcour, Paul Bénard, Jean Béranger, Guy Besse, André Bohl, Charles Bonifay, Louis Boyer, Louis Caiveau, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Jean Cauchon, Henri Collard, Georges Dagonia, Marcel Debarge, André Diligent, Franz Duboscq, Marcel Gargar, Claude Huriet, Roger Husson, André Jouany, Paul Kauss, Louis Lazuech, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, André Méric, Michel Moreigne, Arthur Moulin, Marc Plantegenest, Raymond Poirier, Henri Portier, André Rabineau, Gérard Roujas, Olivier Roux, Edouard Soldani, Paul Souffrin, Louis Souvet, Georges Treille.

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	7
I. — Le système de santé britannique : un large consensus sur le fond, mais en aménageant certaines structures	8
A. — L'originalité du système de soins	8
1. Historique	8
2. Financement et coût du système de soins	9
B. — Les services sociaux personnels	10
C. — Le système de protection sociale	11
1. Principes	11
2. Prestations versées	12
D. — Le système de santé britannique	13
1. Organisation des soins primaires	13
2. Organisation du N.H.S.	14
a) Avant 1974	14
b) Centralisme et déconcentration	15
3. Planification sanitaire	16
4. Rationalisation budgétaire	18
E. — Perspectives du système de soins britannique	19
1. De nouveaux critères de décision pour freiner l'évolution des dépenses	19
2. Vers une remise en cause des fondements du N.H.S.	21
II. — Le chômage en Grande-Bretagne et les statistiques sur l'emploi	23
1. Situation de l'emploi et établissement des statistiques	23
2. Les résultats	23
3. Indemnisation du chômage	24
III. — Les relations du travail et de formation professionnelle	26
A. — Les relations du travail	26
1. Un gouvernement conservateur depuis 1979	26
2. L'attitude des syndicats	27
3. Une structure originale : A.C.A.S.	29

	Pages
B. — Les politiques menées en matière de formation professionnelle	31
1. Les structures	31
2. La commission des services de main-d'œuvre (M.S.C.)	32
5. Les grands axes de la politique en matière de formation profes- sionnelle	33
a) Bilan financier depuis 1981. Livre blanc en janvier 1984	33
b) Rôle de la M.S.C.	33
c) Les grands axes de la politique de formation professionnelle ..	34
C. — Un exemple de restructuration industrielle : le groupe British- Leyland	37
1. Historique	37
2. Restructurations industrielles - 1978-1983	38
3. Le résultat du redressement du groupe : la privatisation de Jaguar.	39
Conclusion	41

PROGRAMME DE LA MISSION

Lundi 12 mars :

- 10 h 30 : ~~Activité~~ à Londres, vol AF 810.
Accueil : M. Martin, Mme Amand, de l'Ambassade de France.
- 14 h 15 : Réunion au **ministère de la Santé et de la Sécurité sociale** avec M. Kenneth Clarke, « secrétaire d'Etat » chargé de la Santé.
- 15 h : Réunion technique avec des fonctionnaires de la direction de la Santé.
- Mme E.A. Woods, assistant secretary.
Organisation du service national de Santé.
 - T.R.H. Luce, assistant secretary.
Division des Affaires financières de la direction de la Santé.

Mardi 13 mars :

- 10 h : Visite de l'**hôpital Saint-Thomas** (Westminster Bridge).
Présentation de l'organisation et du financement, suivie d'une visite des services (Mrs Helen Preston).
- 15 h 30 : Réunion avec M. Geoffroy Holland, directeur de la **Commission des services de la main-d'œuvre** (Manpower Services Commission) et M. Graham Reid, directeur de la Division du plan.
- 17 h 15 . Réunion avec M. Ken Graham, secrétaire général adjoint du **TUC (Confédération des syndicats)** et M. Peter Jacques, chef du Département social du TUC.

Mercredi 14 mars :

- 8 h : Départ pour Coventry.
- 10 h 30 : Visite des **usines Jaguar** de Coventry par M. Geoffroy Armstrong (chef du personnel du groupe Austin Rover).

- 13 h 30 : Présentation des changements intervenus dans British Leyland au cours des années récentes, par M. Armstrong. Visite du centre de formation.
- 19 h 30 : Dîner donné en l'honneur de la délégation par M. Gummer, « Minister of State » (Emploi) et M. Clarke, « Minister of State » (Santé).

Jeudi 15 mars :

- 10 h : Réunion avec M. Pat Lowry, président de l'A.C.A.S. (Advisory, Conciliation and Arbitration Service) - Commission de conciliation.
- 15 h : Réunion avec M. Gummer, **secrétaire d'Etat chargé de l'Emploi.**
- 16 h 30 : Réunion avec la **Commission des Affaires sociales** de la Chambre des Communes et avec la **commission de l'Emploi.**
- 18 h 30 : Réception à la Résidence de l'Ambassadeur de France à Londres.

Vendredi 16 mars :

- 10 h : Rencontre avec M. Ken Edwards, directeur général adjoint de la **Confédération de l'Industrie britannique** (Confederation of British Industry).
- 12 h : Rencontre avec M. G.-A. Brand, au **ministère de l'Emploi**, directeur de la Formation professionnelle.
- 17 h 30 : Départ de l'aéroport.

INTRODUCTION

Du 12 au 16 mars 1984, une délégation de la commission des Affaires sociales a effectué un court déplacement en Grande-Bretagne, plus particulièrement à Londres et Coventry, pour y étudier quelques aspects du système de santé britannique, ainsi que les axes de la politique de l'emploi arrêtés par le Gouvernement anglais.

La délégation entend remercier tous ceux qui ont contribué à l'organisation et la réussite de cette mission. Elle tient plus particulièrement à exprimer ses plus vifs remerciements à M. Emmanuel Jacquin de Margerie, ambassadeur extraordinaire de France à Londres, qui a reçu à plusieurs reprises les membres de la délégation et contribué pour une large part au bon déroulement de la mission.

Elle souhaite également remercier M. Robert Pontillon, président du Conseil franco-britannique pour l'aide apportée lors de la préparation de ce voyage.

Enfin, la délégation entend remercier les différentes personnalités britanniques qui l'ont reçue à différentes occasions, et qui ont su lui faire part au cours de nombreux entretiens de leurs compétences et des réalisations menées outre-manche tant en matière d'emploi que dans le domaine de la santé. Elle exprime ainsi sa gratitude à M. Kenneth Clarke, secrétaire d'Etat à la Santé, ainsi qu'à M. Selvin Gummer, secrétaire d'Etat chargé de l'Emploi.

La délégation était ainsi composée :

MM. Jean-Pierre Fourcade, président, Charles Bonifay, Louis Caiveau et André Jouany.

Melle Marie de la Bretesche, administrateur des services du Sénat accompagnait la délégation.

I. — LE SYSTÈME DE SANTÉ BRITANNIQUE : UN LARGE CONSENSUS SUR LE FOND, MAIS EN AMÉNAGEANT CERTAINES STRUCTURES

A. — L'ORIGINALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS BRITANNIQUE

1. Historique.

On peut en effet rappeler que l'Etat gère directement l'ensemble du système de protection sociale, en assurant trois fonctions :

- le service national de santé,
- les services sociaux personnels, avec une participation des collectivités locales,
- le régime de sécurité sociale.

Plus précisément c'est le ministère de la Santé qui assure la gestion du système de soins et de protection sociale qui implique une structure ministérielle très lourde, comme a pu le constater la délégation au cours de différentes réunions de travail. L'organigramme qui suit permet d'apprécier cette structure.

Ministère de la Santé.

M. Norman FOWLER

<p><i>Services communs d'administration générale.</i></p> <p>M. Mathiews.</p> <ul style="list-style-type: none">— Direction financière.— Service juridique.— Service de construction.	<p><i>Secrétaire d'Etat pour la Sécurité sociale.</i></p> <p>M. Boysson.</p> <ul style="list-style-type: none">— Direction de l'administration générale.— Direction de la politique et des prestations.	<p><i>Secrétariat d'Etat Santé et services sociaux.</i></p> <p>M. Clarke.</p> <ul style="list-style-type: none">— Direction de la logistique.— Direction de la gestion du personnel du service national de Santé.— Direction de la politique en matière de services sociaux.— Services médicaux.— Aide sociale et familiale.
---	--	--

— Quelques dates importantes ont marqué l'évolution de ce système.

1948 : Traditionnellement pionnier en matière de politique sociale, le Royaume-Uni se dote d'un système centralisé de soins, qui semble marquer l'avènement du Welfare State.

1974 : Préorganisation du N.H.S. (National Health Service) en vue de permettre une meilleure planification sanitaire.

1977 : Introduction de nouvelles règles en matière financière. Principe des « crédits limitatifs ».

1982 : Nouvelle réforme des structures.

2. Le financement et le coût du système de soins.

a) *Financement.*

— 95 % des soins et prestations de santé sont assurés par le Service de santé. Les patients sont bien entendu libres de consulter des médecins privés, mais ce secteur, s'il a connu une certaine expansion ces dernières années, est encore relativement restreint.

— 97 % des dépenses totales du N.H.S. (Service national de santé) sont financées par le Gouvernement central et 3 % par les paiements des malades.

En ce qui concerne la contribution apportée par le Gouvernement central, la plus grande part (près de 90 %) est assurée par les recettes fiscales normales. Le reste provient du Fonds national de solidarité (charges sociales) ; mais bien que les charges sociales payées par les individus soient un élément de financement du N.H.S., ce n'est pas en fonction du paiement de ces charges sociales que l'on a droit ou non aux prestations offertes par le N.H.S., mais en fonction du statut de résident ou non-résident. Il n'y a donc au Royaume-Uni aucun lien direct et important entre le régime de sécurité sociale et le financement des services de santé, comme on peut le voir en France ou dans un certain nombre d'autres pays européens.

b) *Le poids des dépenses de santé.*

Le coût du système de santé britannique reste, malgré une hausse importante ces dernières années, moins élevé que dans les autres pays développés.

Le poids respectif de chacune des trois fonctions du système de soins atteint le niveau suivant :

1983 :

- Dépenses de santé : 5,9 % du P.I.B. (y compris le secteur privé) ;
- Dépenses au titre des services sociaux personnels : 5,9 % du P.I.B. ;
- Dépenses de sécurité sociale : 11,4 % du P.I.B.

Par comparaison, la France consacre, au titre des dépenses de santé, un peu plus de 8 % de son P.I.B.

Même si le niveau de dépenses reste moins élevé en Grande-Bretagne, ce pays a enregistré ces dix dernières années une courbe de croissance des dépenses de santé très forte, et qui pose des problèmes de financement aigus.

B. — LES SERVICES SOCIAUX PERSONNELS

Ces derniers ne relèvent pas directement, à l'instar des autres fonctions de santé, de l'Etat.

Ces services sont en effet gérés par les collectivités locales ; néanmoins, l'Etat reste indirectement responsable de ces services. La planification et le financement sont décidés conjointement par les autorités gouvernementales et les collectivités locales, afin d'éviter un chevauchement des services.

Les fonctions assurées à ce titre par les collectivités locales relèvent de la prévention et de l'aide sociale. Elles assurent en effet les services suivants :

— Mesures en faveur des handicapés.

Les services sociaux doivent tenir informées les personnes handicapées des différents services et structures qui sont à leur disposition dans leur région (clubs sociaux, foyers, centres de thérapie, organisation de sorties...).

— Mesures en faveur des personnes âgées.

Il s'agit là de coordonner les actions d'organismes publics ou bénévoles, menées en matière d'assistance, aide ménagère, foyers d'hébergement...

— Mesures en faveur des malades et handicapés mentaux.

Les autorités locales sont là chargées de créer des services de prévention et de contacts post-traitement. Ces services peuvent utilement se substituer à l'internement psychiatrique, en aménageant des centres de jour, des centres sociaux d'hébergement.

— L'aide aux familles et protection des enfants.

Cette rubrique recouvre d'une part des aides offertes aux femmes enceintes, mères célibataires, ainsi que les services de crèches et garderies. Les collectivités locales prennent également en charge tout enfant mineur, abandonné ou n'ayant ni parents ni tuteur.

C. — LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

1. Principes.

Le système est conçu pour maintenir le niveau de vie, et donc assurer un revenu minimum aux personnes ne pouvant plus le faire à certaines périodes de leur vie : allocation chômage, allocation invalidité, allocation aux familles.

Une grande partie des prestations sont servies en contrepartie de l'immatriculation au régime d'assurances sociales. Elles sont financées par les cotisations des salariés et de leurs employeurs, et par le budget de l'Etat pour sa plus grande part. Certaines prestations, à l'inverse, ne sont pas subordonnées à une quelconque immatriculation et sont alors intégralement financées par le Trésor.

Les cotisations financent donc 82 % des prestations de l'assurance nationale (maladie, maternité, invalidité, chômage, vieillesse...), mais seulement 9,5 % des soins de santé et 0 % des prestations familiales.

Les taux de cotisation sont en conséquence relativement faibles : entre 4,27 % et 6,5 % du salaire. En revanche, l'imposition sur les salaires est lourde, même si l'impôt a connu un allègement sensible depuis 1979, puisque l'Etat finance une grande partie du système de protection sociale.

2. Les prestations versées par le système de protection sociale.

Elles restent largement marquées par le principe de subsistance. Ces prestations étaient d'un montant uniforme, tout en tenant compte de la composition des ménages. Elles n'assuraient pas une certaine proportion du salaire antérieur. En 1961, puis 1966, ce principe général a été modifié, en ce qui concerne les retraites.

— Les pensions de retraite.

Un nouveau régime de pensions est entré en vigueur en 1978. Les pensions de retraite sont versées à partir de soixante-cinq ans pour les hommes et soixante ans pour les femmes, et après paiement de cotisations sur une période de vingt ans. Elles comprennent une retraite de base forfaitaire, et une retraite complémentaire qui est calculée en fonction du salaire.

Cette retraite complémentaire peut être remplacée par un système d'assurance souscrit par l'entreprise.

— Prestations pour mères et enfants.

Elles ne sont pas proportionnelles au salaire.

— Une prime de maternité est versée à l'occasion d'une naissance, ainsi que le versement d'allocations de maternité au cours de la grossesse et jusqu'à la sixième semaine suivant l'accouchement.

— Les prestations pour enfants sont servies à la mère, et ne sont pas toutes liées au versement de cotisations.

— Allocation veuvage.

Cette allocation est majorée en fonction des enfants à charge.

— Prestations maladie-infirmité.

Toute une gamme de prestations couvre le risque maladie ou infirmité. Parmi elles, les indemnités de maladie sont versées pendant un maximum de vingt-huit semaines, et sont relayées éventuellement par une pension d'invalidité.

• En ce qui concerne les accidents du travail ou les maladies professionnelles, l'indemnité prévue est versée pendant au maximum vingt-six semaines, et lorsqu'une incapacité permanente est reconnue, cela donne lieu au versement de prestations proportionnelles au taux d'incapacité arrêté.

- Une allocation d'assistance, non soumise à l'impôt, et non subordonnée au versement de cotisations sociales est versée aux grands infirmes.

— Allocation chômage.

Elles sont du même montant que les indemnités maladie et versées au maximum pendant un an.

— Les prestations complémentaires.

- Elles sont versées aux personnes ayant plus de seize ans, n'ayant pas d'emploi à temps plein et dont les ressources financières sont inférieures à un certain niveau. L'allocation couvre la différence entre le revenu et ces niveaux fixés.

- Le complément familial dans le même ordre d'idées est versé aux familles d'un enfant et plus aux revenus insuffisants lorsque le soutien de famille travaille à temps plein, c'est-à-dire au moins trente heures par semaine dans les familles à deux parents et au minimum vingt-quatre heures par semaine dans les familles monoparentales. Le montant du complément familial correspond à la moitié de la différence constituée entre le revenu de la famille et le niveau minimum fixé. Cette allocation est pondérée par le nombre d'enfants à charge.

D. — LE SYSTÈME DE SANTÉ BRITANNIQUE

C'est un dispositif à l'origine très centralisé, qui a fait l'objet ces dernières années de mesures de déconcentration. L'appareil administratif qui le sous-tend est pour cette raison très lourd, et la délégation a pu le constater, très hiérarchisé. Mais il permet également d'assurer une certaine maîtrise des dépenses de soins, et l'ensemble des partis politiques et de l'opinion publique y est favorable.

1. L'organisation des soins primaires.

Cette catégorie de soins dispensés par les généralistes ou les médecins de famille est gérée selon des règles et des principes financiers distincts de ceux en vigueur pour le système hospitalier.

** L'organisation.*

Les règles définies en matière de soins primaires restent au niveau central du ressort du Gouvernement.

Les ressources financières sont réparties entre les quatorze autorités régionales, puis au niveau du district, par les comités des médecins de famille. Le budget voté pour les dépenses de soins primaires fait l'objet d'un vote distinct au Parlement, et n'est pas soumis au principe des crédits limitatifs.

** Le statut des médecins généralistes.*

A la différence des spécialistes, qui travaillent pour la plupart dans le système hospitalier et qui sont donc salariés du N.H.S., et donc de l'Etat, les généralistes sont rémunérés par l'Etat selon le système de la capitation. Les patients doivent s'inscrire sur la liste d'un médecin. Pour en changer, il faut avoir autorisation du Conseil médical de la zone. La liste d'un médecin comporte en moyenne 2.500 patients. Elle peut être au maximum de 3.500 pour un médecin seul et de 4.500 dans le cadre d'un cabinet de groupe.

La rémunération du médecin est faite sur la base d'un contrat qui définit la nature des actes qu'il peut pratiquer et sa rémunération. Celle-ci se compose d'un forfait annuel, d'une allocation par personne inscrite variable suivant l'âge du patient, d'une prime d'ancienneté, et d'une indemnité régionale. Cette dernière se veut incitative pour les régions les plus défavorisées.

2. L'organisation du N.H.S.

(Système national de Santé.)

Le N.H.S. se caractérise par un dispositif centralisé notamment en ce qui concerne la planification sanitaire.

a) Avant 1974.

L'organisation mise en place était tripartite :

— la responsabilité de la gestion des hôpitaux incombait aux conseils hospitaliers régionaux ;

— deux autorités existaient à l'échelon local :

- le comité exécutif gérait les services de médecine générale et de médecine ambulatoire (dentistes, opticiens, pharmaciens) ;
- les collectivités locales avaient la charge des services de prévention (P.M.I., soins infirmiers à domicile, santé mentale) et des centres de santé.

b) *Centralisme et déconcentration.*

— La réforme adoptée en 1974 a eu pour objet de définir une autorité unique et hiérarchisée en trois niveaux géographiques :

- région,
- autorité de zone,
- district.

Les compétences de cette autorité ont été étendues (ex. : santé scolaire).

La mise en place de cette structure administrative a été très lourde, tant en ce qui concerne les processus de décision qu'en matière de coûts de gestion. D'autre part, il était également prévu bon nombre d'organismes consultatifs représentant les collectivités locales, les partenaires sociaux, les usagers. Ces derniers, par exemple, sont associés au processus de planification sanitaire.

— En avril 1982, une nouvelle réforme, afin d'alléger les procédures et les coûts de gestion a supprimé les autorités de zone.

Les compétences des différents échelons sont désormais les suivantes :

- le niveau central, c'est-à-dire le gouvernement définit les priorités,
- les régions (elles sont 14 en Grande-Bretagne) planifient les équipements, gèrent les services d'intérêt régional, et répartissent les ressources entre les districts,
- les districts sont les unités de base tant pour la planification que pour la gestion. Un district dessert en moyenne une population de 250.000 personnes pour qui il assure l'ensemble des soins courants, c'est en quelque sorte l'équivalent du secteur sanitaire en France.

L'équipe gérant le district est constituée par une vingtaine de personnes, dont certaines sont des permanents et qui inclut des

représentants des collectivités locales et des différents corps professionnels (médecins hospitaliers, généralistes, visiteurs...).

• Les collectivités locales gèrent toujours les dépenses d'action sociale. Une certaine incohérence résulte de cette trop stricte séparation entre les domaines sanitaire et social, tant au point de vue des décideurs, que des budgets alloués, et du mode de répartition des ressources. Dans ce type de structures, il apparaît très difficile de mettre en œuvre des politiques d'hospitalisation de jour ou de soins à domicile. Afin de mieux coordonner les politiques menées dans ces deux secteurs, ont été mis en place, au niveau du district, des comités de liaison avec les collectivités locales.

3. Planification sanitaire et rationalisation.

a) La réforme de 1974 a favorisé une planification plus rigoureuse des ressources médicales.

Au niveau de la région et à celui du district, sont élaborés des plans à long terme (dix ans) et des plans opérationnels qui fixent :

- les actions à mener l'année suivante,
- la programmation de l'année d'après.

Ce dispositif doit respecter une double logique très stricte :

— le plan opérationnel est défini dans le schéma du plan à dix ans,

— les plans définis par les districts doivent être cohérents par rapport aux plans arrêtés par la région. Pour cela, des rencontres annuelles et régulières ont lieu entre le ministère de la Santé, les régions et les autorités de district.

b) Les critères de la planification.

Cette dernière est menée à partir de groupes de clientèles suivants : malades aigus, enfants, personnes âgées, malades mentaux, handicapés mentaux et physiques, femmes enceintes et parturientes.

Les politiques sont déterminées par rapport à ces catégories ; elles sont fonction des besoins estimés et de schémas de soins définis. Ceci se traduit par des normes relatives au nombre de places en hospitalisation complète, en consultation externe, en soins à domicile, ainsi qu'en effectifs de personnel par habitant.

En 1948, l'infrastructure hospitalière se caractérisait par sa grande désuétude et sa vétusté et la très grande disparité existant entre les régions. Mais ce n'est qu'en 1962 que fut entrepris le premier programme de construction et de réduction des inégalités régionales, mais ce programme prévu sur dix ans fut abandonné au bout de quelques années faute de crédits.

Le mécanisme de répartition des fonds budgétaires entre les régions fut modifié en 1970. Auparavant, il s'agissait d'une simple reconduction des crédits antérieurement alloués majorés de l'inflation, ce qui pérennisait en quelque sorte les inégalités.

A partir de 1970, des indicateurs de besoins furent utilisés : taille de la population, structure par âge et sexe, facteur de morbidité permettant de répartir des budgets proportionnellement à un nombre de journées d'hospitalisation théorique.

Pour la répartition des budgets en capital, les mêmes critères sont utilisés en prenant en compte la valorisation du stock existant dans chaque région.

Cette nouvelle méthodologie permettait d'établir la situation de chaque région par rapport à son allocation théorique. C'est ainsi que la région la plus défavorisée était à 12 % en dessous du seuil et la plus favorisée à 16 % au-dessus. Sur cette base, il était alors possible de définir les modalités d'action permettant de réduire ces écarts. La nouvelle stratégie posait le principe d'une redistribution des équipements de Londres vers la province et plus particulièrement les régions du Nord.

C'est ainsi qu'en 1978, les régions les plus défavorisées se sont vu attribuer un taux de croissance de 3,2 % alors que les régions les mieux pourvues ne bénéficiaient que d'un taux de 2 %. Mais cette distribution n'a pas permis de faire disparaître les inégalités. En tout état de cause, ce principe ne joue qu'au sein même de l'Angleterre. Il n'a encore jamais été question de redistribution entre les pays du Royaume-Uni.

De plus, la Grande-Bretagne est confrontée depuis quelques années à des difficultés financières en matière de santé. Elle enregistre en effet un accroissement très rapide de la part des dépenses de santé dans le P.N.B. et ce, malgré une planification, on l'a vu rigoureuse, et des règles budgétaires strictes.

Ce sont ces dernières qui ont été renforcées au détriment d'objectifs de redistribution des ressources et de réduction des inégalités.

4. Rationalisation budgétaire.

a) *Mode de financement.*

Le système de soins est financé selon le principe du budget global. Le principe du prix de journée n'existe pas en Grande-Bretagne. Comme il a été décrit précédemment, les autorités de districts répartissent les fonds budgétaires arrêtés chaque année par le Parlement et attribués aux différentes régions. Mais il faut préciser que chaque hôpital ne reçoit pas une enveloppe globale devant être ventilée à travers les différents services. Il n'y a pas en Grande-Bretagne de fonction analogue à celle de directeur d'hôpital. La délégation a pu en effet constater que c'est l'autorité de district qui gère directement les hôpitaux relevant de son district. L'autorité de district répartit l'enveloppe budgétaire entre les différentes fonctions médicales qui sont assurées dans le district : fournitures médicales, radiographies, administration, personnel infirmier, formation... Ce découpage ne correspond donc pas aux différentes entités hospitalières existantes.

b) *Rationalisation budgétaire.*

La stagnation de l'économie britannique a imposé au Gouvernement de prendre des mesures drastiques afin de contrôler les dépenses hospitalières et contenir les coûts de santé.

Jusqu'en 1976, les crédits pouvaient être éventuellement majorés en cours d'année. Mais à partir de 1977 a été introduit la notion de « crédits limitatifs ». Les crédits alloués incorporent une marge forfaitaire non révisable pour tenir compte de l'inflation. Toute dépense excédant l'enveloppe annuelle allouée est déduite automatiquement des crédits accordés l'année suivante.

La délégation a pu constater que ce principe était appliqué avec une très grande rigueur. Les membres du conseil d'administration d'un district médical pour avoir refusé de rester dans les limites des budgets alloués ont été suspendus. De plus, cette pression financière qui, d'un point de vue global semble satisfaisante, entraîne des gaspillages : des hôpitaux neufs ne sont pas utilisés faute de crédits de fonctionnement. De plus, les règles de report de crédits étant très strictes et ne pouvant dépasser 1 % des crédits alloués, certains budgets sont mal utilisés en fin d'exercice.

E. — LES PERSPECTIVES DU SYSTÈME DE SOINS BRITANNIQUE

1. De nouveaux critères de décision pour freiner l'évolution des dépenses de santé.

Au cours des différents entretiens que la délégation a pu avoir tant avec les professionnels de santé qu'avec les Pouvoirs publics, il a été clairement affirmé l'attachement de l'opinion publique et des partis politiques, tant travailliste que conservateur aux structures du système de santé, telles qu'elles ont été fixées en 1948. Pour le parti conservateur actuellement au pouvoir, il n'est pas question de réformer ce système en profondeur. Mais afin de répondre à plusieurs aspirations et besoins, des modifications et certains assouplissements ont été introduits, et le seront dans les années à venir.

● **Appréciation de l'état de santé de la population.**

Il permet dans une très large mesure d'évaluer le bon fonctionnement du système de santé et d'en mesurer l'impact, lorsqu'on le compare avec les résultats français.

On peut constater quelques différences toutes en faveur de la France, lorsqu'on mesure l'état sanitaire de la population des deux états respectifs.

Entre 1960 et 1980, l'espérance de vie à la naissance a progressé :

- en France de trois ans pour les hommes, de quatre ans et demi pour les femmes ;
- en Grande-Bretagne .. de deux ans et trois mois pour les hommes, de trois ans et deux mois pour les femmes.

L'espérance de vie à soixante ans a progressé :

- en France de un an et sept mois pour les hommes, de deux ans et neuf mois pour les femmes ;
- en Grande-Bretagne .. de neuf mois pour les hommes, de un an et six mois pour les femmes.

En 1981, le taux de mortalité infantile était de :
10 ‰ en France ;
11,8 ‰ en Grande-Bretagne.

Ces différences, si elles sont dues aux seules variations de niveaux de consommation médicale, sont en tout état de cause, beaucoup plus faibles que celles enregistrées entre les dépenses de santé en France et en Grande-Bretagne.

• **Un souci de rentabilité.**

En octobre 1983 fut publié le rapport Guffith demandé par le ministère de la Santé. Il s'agissait d'une étude sur la gestion du service national de santé confiée à une personnalité connue des milieux de la grande distribution.

Les conclusions du rapport préconisent une réorganisation de la gestion des structures de santé, introduisant des critères de management et de rentabilité. Ces propositions ne vont pas d'ailleurs sans critiques émanant des milieux médicaux. Tout le monde s'accorde à reconnaître que les actuelles modes de décisions budgétaires et les affectations des ressources financières entraînent certains gaspillages. Mais pour beaucoup de professionnels de santé, l'application pure de critères de rentabilité est en contradiction avec les objectifs de santé. La délégation a pu constater qu'en ce domaine et cependant dans un cadre où les hypothèses initiales étaient différentes, le même débat se déroulait en France.

• **Freiner la hausse des dépenses de santé.**

La Grande-Bretagne comparativement dépense moins en matière de santé que les autres pays européens. On peut en effet rappeler les chiffres suivants :

1982 : Dépenses de santé : 5,9 ‰ P.N.B. en Grande-Bretagne,
8,0 ‰ P.N.B. en France,
8,0 ‰ P.N.B. en R.F.A.,
8,0 ‰ P.N.B. aux Pays-Bas,
9,5 ‰ P.N.B. aux U.S.A.

Mais ces dépenses ont considérablement augmenté en Grande-Bretagne. Elles ont augmenté de 500 ‰ en monnaie courante de 1971-1972 à 1981-1982, soit, mise à part l'inflation, une augmentation du coût économique du système de santé de 25 ‰ environ. Il y a fort à parier que dans les années à venir, de nouvelles mesures de rationalisation, ainsi que des critères de rentabilité soient introduits dans la gestion des hôpitaux britanniques.

C'est ainsi que progressivement a été introduit le principe du ticket modérateur, afin de responsabiliser les consommateurs sur leurs dépenses de santé. Cette participation ne représente que 2 % des dépenses contre 20 % en France, mais son impact financier n'est pas négligeable. En 1984, le patient paie 1,4 livre sterling par médicament et par ordonnance.

2. Vers une remise en cause des fondements du système national de Santé ?

Le système de santé tel qu'il fonctionne aujourd'hui est un système efficient. Les études sur l'état sanitaire de la population britannique en sont la preuve. Mais au-delà de cette appréciation globalement positive, on est amené à émettre des observations plus nuancées sur certains points particuliers et à s'interroger sur l'avenir d'un tel dispositif.

En ce qui concerne l'organisation même du service de soins, la médecine ambulatoire ne répond pas pleinement aux principes libéraux : libre installation — et surtout libre choix du médecin —. La rémunération par capitation, ainsi que l'obligation de s'inscrire sur la liste de consultation d'un médecin ne sont pas sans inconvénient. Malgré un assouplissement réel depuis quelques années, il reste difficile de changer de médecin. Plus généralement les médecins de famille sont quasiment des fonctionnaires, quant à leurs règles de travail.

En ce qui concerne le système hospitalier, la Grande-Bretagne souffre des conséquences négatives résultant des crédits limitatifs alloués aux hôpitaux. Cette règle budgétaire appliquée de façon rigoureuse peut créer des situations dramatiques. C'est ainsi que l'Angleterre est confrontée au problème des listes d'attente, dans certaines catégories d'hôpitaux ou pour certains types de soins. Dans des unités médicales très spécialisées, les patients doivent attendre parfois de longues semaines avant d'être admis à l'hôpital. De tels cas ont été récemment dénoncés en matière de greffe de reins. Les règles générales de fonctionnement du service public hospitalier ne permettent pas de résoudre ces cas particuliers.

Les enveloppes budgétaires allouées aux différentes fonctions médicales sont strictement définies, et ne peuvent pas être modulées en fonction d'une demande plus ou moins importante. A cela s'ajoute l'excessive centralisation du système de soins, qui ne permet aucune souplesse. Les autorités locales ne disposent que d'une très faible marge de manœuvre. Il y a quelques mois un comité de district a été dissous pour avoir dépassé le montant de l'enveloppe budgétaire alloué à la région qu'il administrait.

C'est en outre pour pallier cette carence, que l'exercice privé de la médecine ainsi que l'implantation d'un secteur privé en milieu hospitalier sont encouragés depuis quelques années. Ce type d'exercice et de soins répond à des règles bien précises qui le distinguent complètement du service public.

Les médecins généralistes peuvent exercer complètement ou partiellement à titre privé. Les spécialistes, en revanche, doivent choisir entre un exercice totalement privé, et l'exercice à l'hôpital. Cependant, dans ce dernier cas, il est possible de pratiquer des consultations et des hospitalisations privées.

Ce secteur privé n'est en rien associé au N.H.S. Il reste totalement libre de son organisation et de surcroît responsable de son financement. Il ne reçoit aucune dotation budgétaire. L'essentiel des ressources provient de sociétés d'assurance privées auprès desquelles les entreprises choisissent d'inscrire leur personnel.

Le gouvernement conservateur se trouvera confronté à un difficile dilemme pendant son deuxième mandat.

L'opinion publique britannique reste très attachée aux structures du Welfare State, et ne souhaite voir apporter que des aménagements ponctuels et somme toute mineurs au système actuel. Mais le gouvernement peut poursuivre sa politique de restriction des dépenses publiques. Or, le poids des dépenses de santé et de protection sociale, comme dans les autres pays européens, ne cesse de s'accroître, alors même que le taux de croissance est encore faible. De 1979 à 1983 les conservateurs ont adopté une position de statu quo vis-à-vis du Welfare State, mais dans les années à venir ils devront sans doute s'engager dans des réformes plus importantes.

II. — LE CHOMAGE EN GRANDE-BRETAGNE ET LES STATISTIQUES SUR L'EMPLOI

1. Situation de l'emploi et établissement des statistiques.

Les modifications statistiques du chômage en Grande-Bretagne sont maintenant absorbées et les séries redeviennent « lisibles ». Rappelons que deux baisses statistiques du chômage avaient été enregistrées : en octobre 1982, il s'est agi d'un changement de définition du demandeur d'emploi, celui-ci étant depuis lors considéré comme tel s'il est *inscrit* au registre de l'indemnisation du chômage. Dans un deuxième temps, aux deuxième et troisième trimestres 1983, le gouvernement a fait sortir du registre des indemnisés les hommes de plus de soixante ans en leur accordant la possibilité de recevoir l'aide sociale à taux plein sans avoir à s'inscrire. De même, les séries statistiques excluent du nombre des chômeurs les primo-demandeurs, c'est-à-dire ceux qui sortent de l'école. Mais à l'inverse, il existe des séries retraçant l'évolution du nombre de personnes en formation.

La délégation a pu constater, au travers des différents entretiens, que les chiffres sur le chômage prêtaient encore à *discussion*, en raison des changements intervenus dans leur mode d'établissement mais qu'ils tendent depuis quelques mois à traduire une image réelle et non artificielle de l'évolution de l'emploi.

2. Les résultats.

Tendance actuelle.

Malgré quelques incertitudes, la tendance actuelle est à un optimisme relatif. Les données C.V.S. sur les quatre derniers mois sont contradictoires : + 10.000 chômeurs en septembre, + 10.000 en octobre, + 2.500 en novembre, + 6.000 en décembre. La tendance à la baisse n'est pas prouvée, mais le chômage semble se stabiliser autour des 3 millions (300.000). La période d'augmentation continue (octobre 1979 - juillet 1983) est en tout cas révolue. Dans son

enquête trimestrielle de novembre 1983, la Manpower Services Commission, avec des prudences de langage, considère que le niveau du chômage semble avoir atteint un plateau.

Perspectives à court terme.

D'après les organismes de prévision économique, le chômage devrait se stabiliser au-dessus des « 3 millions » pour l'année 1984. On estime qu'un taux de croissance égal à 2 % (ce qui est prévu pour 1984) permet de stabiliser le marché de l'emploi sans permettre un réembauchage plus grand. A plus long terme (fin des années 80), la plupart des organismes prévoient également un chômage égal à 3 millions sinon plus élevé. En définitive, tout dépend de la reprise économique assez timide à laquelle on assiste. Les dernières prévisions de l'O.C.D.E. (décembre 1983) confirment l'amélioration de la situation en Grande-Bretagne : la croissance économique serait de l'ordre de 2-2,5 % en 1984 et 1985 ; mais le niveau du chômage resterait à peu près à son niveau actuel qui est l'un des plus élevés d'Europe.

On peut, à titre de comparaison, rappeler les chiffres du chômage pour la C.E.E. et les différents pays membres.

● **Avril 1984 - Chiffres du chômage.**

Variation par rapport à avril 1983 :

C.E.E.	.....	+ 7,4 %	
France	.....	+ 14,6 %	= 2,23 millions
R.F.A.	.....	0 %	= 2,25 millions
Italie	.....	+ 15,7 %	= 3,01 millions
Grande-Bretagne	.....	+ 2,3 %	= 3,10 millions

Le taux de chômage (par rapport à la population active) s'établit ainsi dans les principaux pays membres de la Communauté européenne.

R.F.A.	.....	Taux de chômage : 9,1 %
France	.....	Taux de chômage : 10 %
Grande-Bretagne	.....	Taux de chômage : 13,9 %

3. L'indemnisation du chômage.

Le chômage est un des risques couverts par l'assurance nationale au même titre que l'invalidité, la vieillesse ou la maladie. La réglementation ou son indemnisation ne résulte pas comme en France d'un accord entre les partenaires sociaux, mais bien du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Les allocations chômage sont réservées aux salariés involontairement privés d'emploi, ayant payé des cotisations à l'assurance nationale au taux plein, et qui remplissent certaines conditions tenant à la perte de l'emploi, à la recherche d'un nouvel emploi et au cumul avec d'autres allocations : c'est-à-dire que l'indemnité de chômage n'est pas cumulable avec les indemnités de licenciement ordinaire versées par l'employeur, avec le versement d'autres prestations sociales : allocation de formation professionnelle, pensions de retraite générale ou complémentaire d'entreprise. Par contre, le cumul des allocations est possible en cas de licenciement économique.

● *Montant de l'allocation.*

Il s'agit d'un montant forfaitaire qui n'est pas lié au salaire antérieurement perçu.

Ce montant est révisé annuellement en novembre. Depuis novembre 1983, il est de 27,05 livres par semaine (*soit environ 324 F par semaine*).

Cette allocation ne peut être versée que pendant un an, à compter du quatrième jour d'arrêt de travail.

En 1982, le gouvernement a décidé de soumettre cette allocation à l'impôt sur le revenu.

● *Evolution.*

Le gouvernement britannique, pour alléger les dépenses de sécurité sociale, et pour essayer de lutter contre le chômage lui-même a fortement pesé sur la progression des allocations versées.

Cette dernière a bien évolué à peu près comme la hausse des prix, mais elle n'a pas suivi la croissance des salaires réels.

Le taux de remplacement des allocations chômage a effectivement baissé depuis quelques années. Ce taux mesure la part du revenu net obtenu par le travailleur en emploi (salaires + prestations familiales — impôts) qui est couvert par le revenu social lorsqu'il devient chômeur.

Le taux de remplacement moyen pour les trois premiers mois de chômage est passé de 0,87 en 1968 à 0,60 en 1983. Ce taux est encore plus faible, lorsqu'on prend en compte le chômage de longue durée (plus d'un an).

Le gouvernement, la délégation a pu le constater, a dû subir les attaques venant non seulement du parti travailliste et des syndicalistes, mais aussi de l'aile gauche du parti conservateur, à propos du caractère drastique de cette politique, mais tous s'accordent à en reconnaître la nécessité.

III. — LES RELATIONS DU TRAVAIL ET LA POLITIQUE DE L'EMPLOI

Il s'agit là d'un autre volet du domaine social que la délégation souhaitait également étudier.

Elle peut, à ce sujet, faire les remarques suivantes sur le rôle joué par les syndicats, les politiques nouvelles menées en matière de formation professionnelle, et décrire le processus adopté par le groupe automobile British Leyland pour mener à bien sa restructuration industrielle.

A. — LES RELATIONS DU TRAVAIL

Elles se déroulent, depuis quelques années, dans un contexte de crise économique dont tous les partenaires sociaux sont conscients.

1. **Le gouvernement conservateur a pris depuis 1979 des dispositions relatives au fonctionnement interne du syndicalisme, et aux conflits du travail.**

• Les lois de 1980 et 1982 ont modifié la définition légale des conflits du travail. Le principe posé est que sont légaux les seuls conflits opposant des travailleurs à leurs *propres* employeurs, pour des motifs liés à leurs conditions d'emploi et de travail.

A contrario, sont considérés comme illégaux, les conflits relatifs à un différend entre syndicats, les actions de solidarité avec des conflits se déroulant dans des pays étrangers, des conflits « importés » par un syndicat extérieur à l'entreprise ; sont de plus illégaux les piquets de grève constitués de travailleurs extérieurs à l'entreprise (piquets de grève volants).

• La loi de 1982 met fin à un système qui garantissait une large immunité aux personnes impliquées dans un conflit. La responsabilité financière du syndicat pourra désormais être mise en cause dans certains cas. En particulier, si les représentants officiels du syndicat ont déclenché ou soutenu un conflit illégal ; désormais, non seulement

les personnes en cause seront tenues responsables, ce qui existait déjà mais avait peu de portée pratique, mais également le syndicat en tant que personne morale ; si le syndicat a fait pression sur l'employeur pour licencier un travailleur non syndiqué (sauf dans le cas où le closed shop est conforme à la loi), le travailleur licencié peut déclencher lui-même ou se joindre à l'action civile intentée par l'employeur, dans le cas d'occupation d'usines ou de locaux de l'entreprise.

L'un des enseignements pouvant être tiré des élections de juin 1983, est que les salariés dans leur ensemble souhaitent voir prendre ces nouvelles dispositions. L'opinion publique tient les syndicats et leur rôle joué depuis 1974 pour partiellement responsables de l'inflation, du ralentissement de la croissance économique et de la multiplication des grèves jusqu'en 1981.

Le résultat des élections de juin 1983 confirme le relatif désengagement des salariés britanniques vis-à-vis du parti travailliste.

Elections octobre 1974 :

55 % adhérents du T.U.C. ont voté pour le parti travailliste,
23 % adhérents du T.U.C. ont voté pour le parti conservateur,
16 % adhérents du T.U.C. ont voté pour le parti libéral.

Elections juin 1983 :

39 % adhérents du T.U.C. ont voté pour le parti travailliste,
31 % adhérents du T.U.C. ont voté pour le parti conservateur,
29 % adhérents du T.U.C. ont voté pour Alliance
(parti libéral + sociale démocratie).

L'Alliance étant elle-même favorable aux lois votées en 1980 et 1982, et à l'introduction de plus de démocratie au sein des syndicats, c'est donc plus de 60 % des salariés syndiqués au T.U.C., qui par leur vote de juin 1983, ont marqué leur adhésion à l'ensemble de ces réformes.

2. Les syndicats, quant à eux, ont modifié leur comportement dans ce nouveau contexte de :

- crise économique grave,
- reconduction du gouvernement conservateur après les élections de juin 1983 ;
- relative baisse d'audience parmi les salariés. En effet, les effectifs de la Confédération des syndicats britanniques qui avaient

atteint un sommet historique au congrès de 1980 sont en baisse régulière depuis :

- 31 décembre 1979 12.172.508 membres
 - 31 décembre 1980 11.601.413 membres
 - 31 décembre 1981 11.005.984 membres
 - 31 décembre 1982 10.510.157 membres
- 1960 : 58 % de la population salariée est syndiquée.
 - 1983 : 49 % de la population salariée est syndiquée.

Face à cette nouvelle donne politique et sociale, dans laquelle ils ont peu d'atouts, ce sont les représentants d'une voie modérée qui prédominent dans les instances syndicales.

Comme la délégation a pu le constater au cours de l'entretien au siège du T.U.C. (Trades Union congress : congrès des syndicats) ces derniers sont favorables à la reprise d'un dialogue avec le gouvernement. Ils maintiennent à ce titre leurs représentants dans plusieurs organismes tripartites, où siègent également des représentants du patronat et du gouvernement. Ils acceptent de plus d'aider à la mise en œuvre des nouveaux programmes de formation des jeunes, même si plusieurs points ne leur paraissent pas satisfaisants (formation incomplète, rémunération trop basse...).

Le congrès annuel tenu en septembre 1983 a été l'occasion de définir le recentrage du syndicat. Pour les années à venir, on assiste à une « resyndicalisation » de l'action du « T.U.C. » au détriment de la « politisation » des conflits, qui avait dominé les années 1970.

De la même manière, l'avenir de la négociation collective est très largement déterminé par le contexte de crise économique et les intentions du gouvernement conservateur. En effet, si le programme de dénationalisation décidé par Mme Thatcher est mené à bien, ceci démantèle le système centralisé de négociations tel qu'il était conçu dans les transports aériens, les télécommunications, le gaz et l'électricité.

D'autre part, les employeurs n'hésitent pas à recourir aux voies de droit à l'encontre des syndicats pour obtenir l'application effective des dispositions des lois de 1980 et 1982. De plus, le nouveau « profil » du travailleur qualifié ne se satisfait plus du cadre classique d'une négociation collective menée au niveau d'un secteur économique voire même d'une branche. La réduction de l'échelle des unités d'emplois favorise les relations patrons/employés dans le cadre de consultations paritaires. On assiste ainsi à la multiplication des « cercles de qualité ».

3. Une structure originale : le service de conseil, de conciliation et d'arbitrage (A.C.A.S.).

Dans ce contexte économique difficile, cette structure qui ne connaît pas de strict équivalent en France, peut permettre de résoudre un certain nombre de conflits.

Son action positive, surtout en ce qui concerne les conflits individuels, a été reconnue par les différents partenaires sociaux.

— Organisation et structure.

L'A.C.A.S. a été créé en 1974 et résulte de la fusion de deux éléments préexistants : un service de conciliation fonctionnant au sein du ministère de l'emploi et une commission des relations professionnelles.

L' A.C.A.S. est un établissement public doté de la personnalité morale. Son conseil d'administration comprend dix membres, tous nommés par le secrétaire d'Etat à l'Emploi pour une durée maximum de cinq ans renouvelable. Le président occupe ses fonctions à plein temps, les autres à temps partiel. Trois d'entre eux sont nommés après consultation des organisations patronales, trois après consultation des syndicats ; les autres sont des personnalités qualifiées, notamment des universitaires. Il faut noter que l'Etat n'a de représentant ni au sein du conseil ni auprès de lui.

Les services de l'A.C.A.S. sont dirigés par un secrétaire. Ils emploient environ 650 agents répartis entre le siège central (100 personnes) et neuf bureaux régionaux (550 personnes). Les agents qui participent directement aux tâches de conseil, de conciliation etc... sont originaires, soit du ministère de l'Emploi, soit de syndicats, soit de l'encadrement d'entreprises privées ou publiques. Ils reçoivent une formation spécialisée au moment de leur entrée à l'A.C.A.S. Les bureaux régionaux assurent la majeure partie des tâches du service. Ils reçoivent du siège un certain nombre d'orientations générales mais disposent d'une *large autonomie* pour déterminer leur organisation et leur travail courant.

Le budget de l'A.C.A.S. est entièrement financé par le ministère de l'Emploi.

— Fonctions.

Dans l'exercice de ses compétences, l'A.C.A.S. est totalement indépendante du gouvernement.

Cet organisme intervient en cas de conflit, soit à la demande de l'une ou l'autre des parties, soit en suggérant lui-même de recourir à une procédure de conciliation ou d'arbitrage.

La loi de 1975, modifiée en 1980, énumère les formes d'intervention auxquelles l'A.C.A.S. peut recourir pour assurer sa mission. Les domaines couverts comprennent :

— la conciliation en cas de conflit collectif et dans certains cas de conflits individuels ;

— la médiation ;

— l'arbitrage ;

— le conseil ;

— des enquêtes sur les relations professionnelles dans certaines branches d'activité ;

— la rédaction des codes de bonne pratique.

— *Le bilan de son activité en 1983 peut être ainsi retracé :*

— 900 cas de conciliation dans le cadre de conflits collectifs ;

— 200 cas d'arbitrage ;

— 43.000 cas de conciliation individuelle.

L'A.C.A.S. a répondu à 299.000 appels et demandes de renseignement.

De l'avis des partenaires sociaux, consultés à ce sujet, le rôle de l'A.C.A.S. est surtout important en matière de conflits individuels. Dans les conflits collectifs majeurs, son rôle est moindre. L'A.C.A.S. peut présenter des solutions partielles, mais il est arrivé qu'un conflit collectif réglé par cet organisme éclate à nouveau quelques mois plus tard.

B. — LES POLITIQUES MENÉES EN MATIÈRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Dans le cadre général, la délégation entend présenter quelques points importants relatifs aux structures définissant les politiques de l'emploi et les mesures prises en matière de formation professionnelle.

1. Les structures : démembrement du groupe du ministère de l'Emploi, réalisé en 1974.

Ce démembrement a donné naissance à une structure originale connue sous le nom de Groupe du ministère de l'emploi (Department of Employment Group) composée de quatre éléments distincts :

— le ministère de l'Emploi proprement dit, d'une taille nettement réduite par rapport à sa situation antérieure ;

— le service de conseil, de consultation et d'arbitrage (Advisory, Conciliation and Arbitration, ou A.C.A.S.) ;

— la commission d'hygiène et de sécurité (Health and Safety Commission ou H.S.C.) et son administration (Health and Safety Executive ou H.S.E.) ;

— la commission des services de main-d'œuvre (Manpower Services Commission ou M.S.C.) qui comporte notamment une division de l'emploi et une division de formation.

Le ministère de l'Emploi est resté compétent pour définir toute la politique du travail et de l'emploi et pour préparer les projets de lois ou de règlements qui s'y rapportent. Il continue en outre de gérer les activités qui n'ont pas été expressément confiées à l'un des organismes cités ci-dessus. Il est notamment chargé de veiller au respect de la politique salariale, de faire appliquer les lois interdisant les discriminations entre les travailleurs fondées sur le sexe ou l'appartenance ethnique, de collecter les statistiques et de réaliser ou de commander des études et des recherches en matière de travail et d'emploi.

2. La commission des Services de main-d'œuvre (M.S.C.).

— La M.S.C. a été mise en place dans le cadre de la loi de 1973 sur l'emploi et la formation professionnelle. Elle a pour fonction de gérer le service public de l'emploi, de la formation professionnelle et des programmes spéciaux en faveur des jeunes et de certaines catégories de personnes. Son domaine d'activité correspond à celui de l'A.N.P.E. et de l'A.F.P.A. en France.

— Structure :

- le conseil d'administration est composé de onze membres, nommés pour trois ans, renouvelables par le ministère de l'Emploi ;
 - trois représentent le patronat,
 - trois représentent les syndicats,
 - trois représentent les autorités locales,
 - un représente les personnes compétentes en matière de formation professionnelle,
 - une personnalité indépendante,
- 22.000 personnes qui, pour la plupart, travaillent dans des centres locaux sont employées par la commission. Les effectifs ont d'ailleurs diminué depuis deux ou trois ans.

— Fonction :

En matière de formation professionnelle, la commission a présenté les axes de sa politique pour les années à venir :

- multiplier les actions de formation pour les chômeurs de longue durée,
- formation des jeunes : deux programmes ont été définis en 1982 et 1983.

— Budget :

- pour 1983, il était d'environ deux milliards de francs,
- la majeure partie du budget de la M.S.C. est consacrée aux versements des allocations aux entreprises participant aux programmes de formation.

C'est un budget très lourd, qui a beaucoup progressé ces dernières années.

3. La politique menée en matière de formation professionnelle.

En janvier 1984, le gouvernement présenta un nouveau Livre Blanc sur la formation professionnelle. Il fait, d'une part, le bilan des actions menées depuis le premier Livre Blanc sur la formation professionnelle publié en décembre 1981 et inscrit les objectifs des pouvoirs publics pour les années à venir.

a) *Engagement financier des pouvoirs publics et des entreprises.*

Les responsabilités de chacun sont ainsi clairement réaffirmées.

En 1980, les employeurs ont consacré 2,5 milliards de livres sterling à la formation professionnelle.

La taxe d'apprentissage n'existe pas en Grande-Bretagne. Il s'agit donc de participation personnelle et volontaire des employeurs dans des programmes de formation.

Sur ce point, le Livre Blanc réaffirme l'importance des actions menées par les chefs d'entreprise. La réussite et l'efficacité des actions de formation professionnelle seront réelles si elles émanent directement des employeurs eux-mêmes. L'initiative doit donc venir de l'échelon local, des chefs d'entreprises, et plus généralement des organisations d'employeurs.

Les pouvoirs publics quant à eux aideront au financement et veilleront à coordonner les actions entreprises.

En 1980, les pouvoirs publics ont consacré 4 milliards de livres, dont pour le Gouvernement :

1960 : 10 millions de livres ;

1980 : 589 millions de livres ;

1984 : 1 milliard de livres.

b) *Renforcement du rôle de la M.S.C.*

A la lecture du Livre Blanc 1984, on peut constater que la M.S.C. voit son rôle conforté et étendu. La commission doit, à terme, être l'unique porte-parole des pouvoirs publics en matière de formation professionnelle. Elle est plus particulièrement chargée, dans les mois à venir, d'accroître sa participation dans les actions de formation professionnelle en Irlande du Nord et en Ecosse, pour en financer à terme 25 %.

c) Les grands axes de la politique de formation professionnelle.

Le Livre Blanc dégage trois axes prioritaires pour les années à venir.

● La formation professionnelle en milieu scolaire.

Il s'agit de permettre aux jeunes de réussir le passage entre la période de scolarité à plein-temps et l'activité professionnelle. Pour cela, il faut promouvoir en milieu scolaire les activités préparant à une activité professionnelle. Cela concerne environ un tiers des jeunes de seize à dix-huit ans qui sont scolarisés.

Cette politique a été menée en deux étapes :

— Depuis 1981, des actions spécifiques ont été menées pour les plus de seize ans :

- modification des programmes scolaires notamment en ce qui concerne les mathématiques et les matières scientifiques ;
- création d'un certificat d'enseignement préprofessionnel pour ceux qui acceptent de prolonger leur scolarité de plus d'un an et venant sanctionner cette année supplémentaire ;
- le Conseil en éducation technique et professionnelle résultant de la fusion de nombreux organismes consultatifs dispersés est plus particulièrement chargé de faire des propositions quant aux programmes scolaires ;
- la direction Etudes et Industrie au ministère du Commerce et de l'Industrie a été chargée de mettre en œuvre des projets types de relations collèges-entreprises, ceci avec l'aide des autorités de district.

— Depuis 1983, de tels projets ont été expérimentés dans 14 circonscriptions locales auprès des jeunes de plus de quatorze ans.

● La formation professionnelle des jeunes.

Le projet « Formation jeunes » (Youth Training Scheme), annoncé en juin 1982, a été mis en œuvre en 1983, il propose un an de formation intégrant un stage en entreprise.

Ce programme est ouvert à tous les jeunes sans emploi qui ont quitté l'école à seize ou dix-sept ans. Il a été récemment étendu à des jeunes de seize ans, ayant un emploi ainsi qu'à des handicapés quittant le système scolaire à l'âge de vingt et un ans.

Un premier bilan a permis de constater que 30.000 jeunes avaient déjà pu bénéficier de ce programme.

Par ce biais, les pouvoirs publics cherchent à modérer les conditions de rémunération des jeunes dans leur premier emploi.

L'employeur reçoit une subvention de 15 livres par semaine pour tout jeune de dix-sept ans, employé pour la première fois, et rémunéré au plus 50 livres par semaine.

Le coût d'une formation d'un jeune dans ce programme est estimé à 1.950 livres par an pour les pouvoirs publics comprenant la subvention à l'employeur et l'indemnisation du stagiaire pendant les cours.

Dans les années à venir, la M.S.C. va s'appliquer à moderniser les méthodes d'apprentissage classiques, qui sont en déclin. Au début des années 1970, on comptait 100.000 apprentis par an, ils sont moins de 40.000 en 1983-1984.

L'apprentissage doit, de toute évidence, se tourner vers des secteurs de pointe, négligés jusqu'à présent et qui sont l'ingénierie, la robotique et l'électronique.

- La formation professionnelle des adultes.

Le programme « Télé-Formation » (*Open Teach Programm*) comprend à la fois une formation initiale et une formation alternée par correspondance et télématique.

La commission M.S.C. a lancé en 1983 une grande campagne d'information sur les points suivants :

- sensibiliser les employeurs sur l'importance de la formation continue de leurs employés ;

- encourager et coordonner les initiatives locales, ainsi que les contacts entre les chefs d'entreprises et les professionnels de formation professionnelle afin de définir les besoins locaux ;

- assurer par ce biais la reconversion d'un certain nombre de secteurs en déclin et l'introduction de nouvelles technologies ;

- favoriser la création d'entreprises.

Un premier programme est ouvert aux chômeurs, et à ceux qui ont un emploi. Pour ces derniers, il peut s'agir d'initiatives émanant de l'employeur, mais également d'une démarche personnelle.

Ce programme de formation alternée permet aux salariés de suivre des cours en dehors des heures de travail. Il doit également permettre aux salariés de prendre des congés-formation.

— Un second programme est plus spécialement réservé aux personnes sans emploi. En 1984-1985, 50.000 personnes devraient y participer.

Pour les années suivantes, on peut espérer que 250.000 personnes dont 125.000 chômeurs auront accès à ce type de formation.

Dans les années à venir, les efforts des pouvoirs publics menés en faveur des jeunes auront également pour but de réformer le système scolaire en lui-même.

Les actions menées auprès des jeunes de quatorze ans sont appelées à se développer, ainsi que la réforme des programmes scolaires dans les collèges. Ceci suppose une collaboration étroite entre le ministère de l'Éducation nationale, les académies et le ministère du Commerce et de l'Industrie.

Plus généralement, les politiques menées en matières de formation professionnelle et que financent pour partie les employeurs, font partie intégrante de la lutte menée pour améliorer la productivité de l'économie britannique. Cet effort, s'il a déjà permis un redressement, doit être nécessairement poursuivi.

Le taux de compétitivité de l'économie britannique avait diminué de 50 à 60 % entre 1960-1970 et 1980. Cette chute spectaculaire est stoppée depuis 1980.

1983-1984 : Le coût unitaire de la main-d'œuvre en Grande-Bretagne est inférieur de 20 % à la moyenne internationale. L'investissement productif, en volume, a augmenté de 7 %.

Cette lutte pour la productivité passe également par une réduction importante des effectifs de certains secteurs. C'est ainsi que dans le secteur de la sidérurgie, la réduction des emplois a touché 25,9 % des effectifs par an depuis 1980. La suppression des emplois, par an, était de 9,1 % des effectifs en France, de 7,2 % en R.F.A.

La réduction des emplois résulte pour la majeure partie de mises à la retraite, sauf en Grande-Bretagne où, en 1983, 43 % des emplois supprimés résultaient de licenciements.

C. — UN EXEMPLE DE RESTRUCTURATION INDUSTRIELLE : LE GROUPE BRITISH-LEYLAND

1. Historique : une situation fortement dégradée au cours des années 1970.

En 1968, la Leyland Motor Corporation, sous l'incitation de l'Etat et de l'Industrial Reorganisation Corporation, fusionna avec British Motor Holdings au sein de la *British Leyland Motor Corporation*.

L'entreprise employait alors 200.000 personnes et héritait d'une situation assez dégradée. La gamme de produits proposés pourtant étendue (environ vingt modèles différents) ne s'était pratiquement pas renouvelée depuis 1959 (mise sur le marché de l'Austin « mini »). La productivité de l'entreprise était inférieure d'un quart à celle des constructeurs américains implantés en Grande-Bretagne.

Malgré une conjoncture économique favorable de 1968 à 1974, la part de British Leyland dans la production nationale resta stable mais sa part de marché tomba de 70 % lors de sa création à 51 % en 1973, et le nombre de véhicules produits de plus d'un million à 740.000. Aux méthodes de travail désuètes s'ajoutait un équipement vétuste : en 1974, la moitié des usines du groupe avait plus de huit ans d'âge. Le plan d'investissements ne prévoyait que 35 millions de livres d'investissements par an, contre 500 millions prévus par Ford U.K.

Au quatrième trimestre de 1974, les banques refusèrent de soutenir British Leyland et obtinrent de l'Etat, en décembre 1974, qu'il garantisse les emprunts futurs de l'entreprise. Le gouvernement travailliste demanda à Lord Ryder, président du National Enterprise Board, d'enquêter sur son avenir. Le rapport fut remis en avril 1975 et servit de base au *British Leyland Act de 1975* qui autorisait l'Etat à racheter, jusqu'à concurrence de 265 millions de livres, les actions du constructeur britannique. La gestion de cette participation fut confiée au National Enterprise Board qui lui consacra une partie importante de ses activités et de ses ressources.

Le premier plan de redressement, défini en 1976, fut un échec complet. Il ne réglait rien des pratiques de travail et des relations avec les syndicats. Il n'envisageait alors ni réduction d'effectifs ni fermeture d'usines.

2. Les restructurations industrielles 1978-1983.

a) *Principe* : Le redressement économique du groupe a été obtenu par la rationalisation du produit vendu, des modernisations massives et une réorganisation du groupe. Au niveau des relations du travail, il s'est accompagné d'une réforme des conventions collectives, d'une politique de versement de primes, d'une participation des employés.

Enfin, le gouvernement a investi sous forme de capitaux des fonds importants : de 1977 à 1983, environ 24 milliards de francs.

b) Etapes du redressement.

1978-1980 : investissement dans un équipement compétitif et de haute technologie (deux usines du groupe sont entièrement automatisées).

1981-1984 : redressement fondé sur le produit par un remplacement intégral de la gamme de véhicules. Chaque société est maintenant indépendante au plan financier. En 1983, elles étaient toutes bénéficiaires.

Des changements fondamentaux ont été nécessaires dans le fonctionnement du groupe.

De 1977 à 1984, il a été procédé à une réduction de 50 % de la main-d'œuvre (de 13.000 à 6.500) et à une suppression de 12 établissements sur les 34.

Cette politique rendue nécessaire par la réduction des ventes a pu être mise en œuvre par la rationalisation des installations et l'augmentation de la productivité.

Les négociations avec les syndicats ont été centralisées, afin de ne pas créer de distorsions entre les différentes usines, favorisant les réclamations.

La direction du groupe a fait également porter son effort sur la communication avec le personnel par le recours à des bulletins et circulaires d'information sur la gestion, et sa participation, l'institution de cercles de qualité.

Enfin, la formation de la main-d'œuvre a également constitué un volet important des politiques menées. Il s'agissait d'assouplir les conditions d'emploi de la main-d'œuvre en la formant à l'utilisation d'un matériel de haute technologie.

Les jeunes en cours de formation représentaient 1,9 % de la main-d'œuvre totale en 1977 et 4,4 % en 1984.

Elle offre des formations en liaison avec l'université, des projets d'apprentissage libre, dont une part est financée par l'Etat. Ces stages sont suivis par des salariés, pendant leurs heures de travail, selon un schéma classique, mais ils sont également accessibles à ceux qui le souhaitent en dehors des heures de travail. Ils répondent alors à un strict besoin personnel.

Quatre centres de formation fonctionnent jusqu'à présent. Trois devraient ouvrir en 1984.

Les mesures de restructuration menées ont permis un redressement de la productivité du groupe automobile.

Dans les unités entièrement robotisées comme à Longbridge (200 robots) ou Cowley (300 robots) les taux de productivité sont identiques à ceux réalisés par les groupes automobiles Peugeot, Renault, dans les unités fabriquant la 205, les R 5 ou R 18 et qui ont été elles aussi modernisées.

3. Le résultat du redressement du groupe : la privatisation de Jaguar.

La privatisation de la firme, en effet, a constitué une étape importante, en août 1984, du programme de dénationalisation mené par le gouvernement conservateur.

Les restructurations menées dans l'ensemble du groupe British Leyland ont permis à Jaguar de dégager des bénéfices dès 1982.

1980-1981 : déficit : — 79 millions de livres ;

1982 : bénéfice : + 9,6 millions de livres ;

1983 : bénéfice : + 50 millions de livres ;

premier semestre 1984 : bénéfice : + 43 millions de livres.

1983 : 28.467 véhicules produits et l'usine Coventry réembauche après avoir licencié 300 personnes sur 8.200 employés entre 1980 et 1983.

La procédure retenue a été celle de l'introduction en bourse : 177.880.000 actions ont été offertes au prix de 165 pences l'une, et ce, donc, pour environ 294 millions de livres. L'opération a été un succès pour le gouvernement conservateur et lui a redonné confiance. Fort de cette réussite, il a entamé l'opération de privatisation du groupe British Telecommunications. Au mois de novembre 1984, 51 % du capital de ce groupe sera mis en vente auprès du public.

Dans un avenir proche, devrait être entamée la privatisation de chantiers navals militaires (1984) et de British Airways (1985).

Mais ces mesures font l'objet d'un certain nombre de critiques. Plus particulièrement en ce qui concerne Jaguar, la ruée du public sur les actions pourrait faire penser que le prix des actions a été sous-évalué.

De plus, une commission parlementaire s'est interrogée sur l'impact que cette mesure aurait sur l'ensemble du groupe automobile British Leyland. Une telle opération le prive d'un élément qui réalisait des bénéfices et peut à terme compromettre son redressement.

CONCLUSION

Ce court déplacement effectué par la délégation a permis à celle-ci d'appréhender la réalité du système de santé britannique, ainsi que les mesures prises en matière d'emploi pour améliorer la productivité des entreprises.

Dans ce cadre général, elle s'est longuement intéressée aux structures souples mises en place en matière de relations du travail et de formation professionnelle. L'A.C.A.S. et la M.S.C. sont des structures décentralisées et autonomes qui répondent aux besoins de l'économie et des employeurs en particulier.

A l'inverse, la structure lourde et excessivement centralisée du système national de santé ne semble plus permettre à ce dernier de répondre durablement aux besoins de santé de la population.

De 1979 à 1983, le gouvernement conservateur s'est attaqué aux monopoles dans le secteur public et aux privilèges bureaucratiques existants, tant dans l'administration qu'au sein des syndicats. Il mène, envers ces derniers, une stricte politique d'encadrement avec les lois de 1980 et 1982 et l'évolution récente de la grève des mineurs semble lui donner, à terme, raison. Jusqu'à présent, les conservateurs n'ont pas, on l'a vu, engagé de réforme en profondeur du Welfare State auquel tous les Britanniques sont très attachés.

Mais, renforcés par les élections de juin 1983, les conservateurs vont devoir et vouloir modifier les structures de la société anglaise, largement assistée par le Welfare State. Ceci se fera par la poursuite des privatisations, mais également la réduction des dépenses publiques. Pour freiner l'évolution des dépenses de santé, il faudra sans doute modifier les structures du système de santé actuel.