

Les soins hospitaliers et les services médicaux diffèrent par leur nature plutôt que par leur importance. Les hôpitaux dispensent des services spéciaux et impersonnels. Cependant, peu de rapports ont un caractère plus personnel que ceux qui lient un médecin à son patient. Les soins hospitaliers sont contrôlés par le médecin, mais c'est le patient qui est à l'origine des services médicaux. C'est pourquoi, selon moi, la mise en œuvre de services médicaux obligatoires pour tous et contrôlés par le gouvernement est un concept entièrement neuf dont la décision suppose une philosophie très différente. Il est difficile de résister à la tentation d'une aubaine; or, l'assurance frais-médicaux ratifiée par le gouvernement est presque irrésistible.

• (8.20 p.m.)

Je suis contre la coercition sous toutes ses formes, dans une société qui est censée être une démocratie libre. A mon avis, il faudrait admettre le principe d'un choix librement consenti par les individus. Somme toute, le coût d'un programme d'assurance frais médicaux ne peut s'analyser qu'en fonction de la manière dont ses objectifs légitimes sont atteints. L'assurance santé est une des manifestations du besoin de protection très profond qu'éprouve l'homme à l'encontre des risques que représentent les frais médicaux. Elle répond en partie à notre recherche de sécurité, phénomène qui n'est pas propre à notre génération. L'assurance-santé est née en Europe il y a plus de 200 ans. A la naissance de la révolution industrielle, les travailleurs s'unirent pour former des guildes de métiers, précurseurs des sociétés mutualistes qui existent encore de nos jours en Europe. Une des caractéristiques importantes de ces guildes, c'est que leurs membres cherchaient à supporter collectivement les pertes pécuniaires résultant de la maladie. Au début, la participation était volontaire, mais dès 1884, elle prit de plus en plus un caractère obligatoire en Allemagne.

La participation obligatoire se fit d'abord sur une base sélective et ne visait que les salariés dont le revenu ne dépassait pas un montant déterminé. Néanmoins, on en vint ensuite à user de pressions politiques pour augmenter le nombre des occupations et des catégories de revenus assujettis au programme. Les raisons qui amenèrent Bismarck à donner un caractère obligatoire à l'assurance-santé n'étaient pas d'ordre humanitaire; c'étaient des motifs politiques. Un de ses biographes déclare:

Dans son esprit, l'État, en aidant les travailleurs, ne devrait pas seulement le faire pour remplir les devoirs que lui imposait la religion, mais pour mériter leur gratitude, gratitude qui se manifestait par leur loyauté envers le gouvernement et par des votes en faveur de ce dernier aux élections.

Son programme était financé par les cotisations des participants auxquelles venait s'ajouter la contribution de certains employeurs et de l'État. Son programme ne prévoyait qu'un minimum de soins médicaux, parce que peu de soins étaient disponibles, mais le régime de Bismarck fut adopté par un certain nombre de pays au début du 20^e siècle. Quoi qu'il en soit, les régimes de sécurité sociale réalisés sur le modèle de celui de Bismarck n'étaient pas conçus sur une base financière qui aurait permis de passer de la médecine préventive à la médecine curative, avec l'accroissement de dépenses qui en résulte.

On ne pouvait pas affecter de crédits supplémentaires à l'assurance-santé car des demandes plus urgentes s'exerçaient sur des fonds déjà restreints. Il eut été impopulaire de demander aux employés et aux employeurs d'augmenter leurs contributions; alors on a dû réduire de beaucoup les avantages et les sommes versées aux médecins et l'on a modifié les modalités de paiement. Quelques pays ont tiré leur leçon de l'échec du régime Bismarck. En 1945, la France a lancé un programme qui ne visait pas à assurer le coût intégral des services médicaux. Le participant ne recevait que 80 p. 100 du coût des services médicaux, s'ils étaient fournis par un médecin qui s'était engagé par contrat à réclamer des honoraires préalablement fixés. Il pouvait, à son gré, se faire soigner chez un médecin lancé dans la pratique privée et non assujetti au régime, et se faire rembourser le même montant mais, bien entendu, il devait alors verser lui-même davantage car les honoraires des médecins indépendants étaient, en général, plus élevés.

La Norvège et la Suède ont adopté des régimes semblables à celui de la France en assurant toute la population ou presque, et en versant des indemnités ou des remboursements. Ces deux pays ont modifié le régime français en fonction de leurs propres objectifs. Les deux régimes fonctionnent assez bien. Un autre pays, la Suisse, a évité, dans une large mesure, d'imposer la contrainte et a versé des subventions gouvernementales moins élevées. Ce pays compte bon nombre d'associations d'assurance-santé de diverse importance qui, pour la plupart, offrent de l'assurance-santé sur une base volontaire. En plus des primes des participants, ces organisations reçoivent du gouvernement fédéral une subvention qui équivaut à environ 15 p. 100 de leurs dépenses totales. La loi suisse stipule que les cotisants à ces caisses doivent payer eux-mêmes un pourcentage de leurs propres dépenses médicales—en général 15 p. 100.