

# L'état et l'action sanitaire [suite]

Autor(en): **Dorolle, Pierre**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse**

Band (Jahr): **79 (1970)**

Heft 1

PDF erstellt am: **30.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-682874>

## **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.

# L'Etat et l'action sanitaire \*

(II)

*Dr Pierre Dorolle, vice-directeur de  
l'Organisation mondiale de la Santé*

Maintenant, nous pouvons passer à l'autre extrémité du spectre. Nous venons de la libre entreprise et nous allons voir comment s'organisent les services de santé dans les Républiques socialistes. Le type idéal, pour cette description, est l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques. L'Etat socialiste — et ceci est une question de principe, une question de doctrine — assure, à tous les échelons, la totalité des services de santé, à titre préventif ou curatif, pour l'ensemble de la population, sans distinction d'âge ni de ressource et ce, de la naissance jusqu'à la tombe. Tous les citoyens ont donc gratuitement droit aux soins et à la protection sanitaire.

Théoriquement, en URSS et dans quelques autres pays socialistes, l'exercice de la médecine privée n'est pas interdit, mais en fait, il est réduit à sa plus simple expression. En URSS, le pouvoir central, c'est-à-dire les autorités sanitaires de l'Union représentée par le Ministre de la Santé de l'Union, assurent l'uniformité des méthodes, financent l'enseignement médical et la recherche, à l'aide d'un budget considérable qui constitue une part importante du budget de l'Union et qui est entièrement géré par ce Ministère de la Santé avec ses multiples instituts. Ce sont les Républiques, les grandes municipalités et les grands ensembles industriels qui dirigent et financent les services médico-sanitaires de leur zone d'action, mais suivant des normes et des principes qui sont établis au niveau de l'Union par le Ministère central de la Santé.

Il faudrait de longs développements pour décrire ce système dont on peut dire qu'il repose essentiellement sur un réseau hiérarchisé d'hôpitaux d'Etats, d'hôpitaux municipaux, d'hôpitaux de districts et d'hôpitaux de rayon. J'insiste sur le rôle des hôpitaux, car ils ont une triple fonction dans le système de l'URSS.

L'hôpital a, bien entendu, son rôle essentiel qui est une fonction curative, à l'égard des hospitalisés et à l'égard des malades ambulatoires qui viennent aux polycliniques qui lui sont attachées ou qui en dépendent. C'est aussi l'hôpital qui constitue le centre d'où sont administrativement et critiquement contrôlés les dispensaires et, jusqu'à l'échelon le plus périphérique, le poste de feldscher et la sage-femme.

C'est enfin de l'hôpital ou de ses dépendances successives dans la pyramide que dépendent les médecins de district, les médecins de rayon et les médecins de quartier qui, lorsque c'est nécessaire, assurent les visites à domicile, souvent d'ailleurs accompagnés d'une infirmière qui dépend également du même système. Cette action triple de l'hôpital en fait donc un réseau organisé qui va jusqu'au malade dans son lit. En plus, et très étroitement articulé avec l'hôpital — puisqu'il en dépend — c'est le médecin en second du grand hôpital régional qui assure le contrôle de la santé publique. C'est lui qui dirige le réseau des stations épidémiologiques et sanitaires qui, outre leur rôle de prévention, d'assainissement — y compris le contrôle de l'eau de boisson et le contrôle de l'assainissement du milieu — assurent avec la collaboration des dispensaires ce qu'on traduit d'un mot barbare: la «dispensarisation». C'est un mot qu'il faut employer, car le terme russe serait intraduisible autrement. Il s'agit d'un système qui consiste à suivre le malade et son entourage grâce à un fichier sanitaire dont le but est de contrôler toute la population. Ce système de dispensarisation consiste à examiner les contacts dans le cas d'une maladie contagieuse, à aller voir quelles sont les conditions de vie d'un malade pendant qu'il est hospitalisé, à le suivre après son retour à la maison et à lui assurer les soins après la maladie. Ce système assure de même l'application des méthodes préventives: vaccinations, etc. Il s'étend progressivement au domaine

des maladies chroniques. Les malades chez lesquels on découvre une hypertension, un glaucome, le diabète, une diathèse rhumatismale, un ulcère gastrique, etc., sont enregistrés et suivis périodiquement. Ils reçoivent gratuitement les médicaments justifiés par leur cas. Les feldschers, infirmières et éducateurs sanitaires les poussent à répondre aux convocations. Tous les médecins qui assurent ce service, tous les membres de ce service, depuis les membres de l'Académie des Sciences médicales jusqu'au feldscher du poste périphérique, sont des fonctionnaires de l'Etat à plein temps. Ils assurent ainsi à l'échelon d'exécution une série de tâches qui sont à la fois curatives et préventives.

Je vais faire maintenant une exception à la règle que je m'étais imposée, qui était de ne pas chercher à vous apprendre ce que vous savez mieux que moi, en vous disant un mot des services bénévoles, et en particulier des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en URSS. Je crois que j'y suis autorisé, car leur intervention dans ce système que je viens de vous décrire est officielle et organique. On trouve, dans les descriptions officielles des services de santé d'URSS, mention de l'intervention, de l'initiative volontaire au niveau de l'hôpital et surtout au niveau de la dispensarisation. Ce sont des volontaires qui accomplissent un certain nombre de tâches que le médecin officiel n'a pas le temps d'assumer lui-même ou n'assumerait pas avec la même efficacité. Ainsi, par exemple, un malade qui doit revenir pour une visite de contrôle ou un enfant qui, ayant reçu la première injection d'une immunisation préventive, ne se présente pas pour la seconde n'est pas rappelé à l'ordre par la police mais par un volontaire qui va lui expliquer pourquoi il aurait dû venir et le convaincre de revenir. L'éducation sanitaire individuelle — par exemple aller expliquer à une mère que son enfant a été malade parce qu'il a été nourri, soigné, protégé de

\* Voir Revue *La Croix-Rouge suisse* no 8/1er décembre 1969.

façon incorrecte — est une tâche également confiée à des volontaires et ce, officiellement. Ce rôle des volontaires, qui est très net auprès de la population dans son ensemble, est encore plus net dans l'action de santé industrielle, très important en URSS où la médecine industrielle est très poussée, où les services médicaux des grands ensembles sont extrêmement étoffés. Des groupes de volontaires ont leur rôle dans les usines, évidemment au moment des accidents pour apporter les premiers secours, mais aussi dans l'éducation sanitaire des ouvriers et dans une espèce d'œuvre médico-sociale qui est vraiment la propriété des services volontaires de l'usine.

On retrouve ce même système, avec quelques variantes, dans la plupart des pays de l'Est européen.

\* \* \*

Maintenant, pour être logique, il nous faut trouver un moyen terme entre, d'une part, le système dit de libre entreprise, et, d'autre part, le système d'étatisation et de socialisation totale d'action sanitaire. Je pense que nous trouverons un bon exemple intermédiaire dans le système britannique.

Je demande à ceux qui le connaissent bien de m'excuser si je suis beaucoup trop schématique: c'est un système complexe et qui demanderait de longues explications. Je ne serais d'ailleurs pas assez compétent pour les donner avec une exactitude suffisante.

Nous avons vu l'évolution du système britannique depuis la «Poor Law» d'Elisabeth. Mais on peut dire qu'à part l'action défensive et l'action en faveur du pauvre — et le pauvre surtout considéré comme un mendiant gênant — il n'y a, à peu près, par eu d'intervention de l'autorité publique jusqu'en 1948, dans l'action sanitaire en Angleterre.

Si nous comparons la position en 1848 — j'ai pris 1848 puisque c'est le moment où, par exemple, en France commençait à intervenir l'action de l'Etat — avec celle en 1948 dominée par la création du National Health Service dont la législation avait été établie en 1946, nous constatons un renversement total de la situation. En effet, avec le National Health Service, «tout citoyen» qui le désire, quelles que soient ses ressources, peut obtenir gratuitement les soins médicaux, l'hospitalisation, les soins à domicile, ou au domicile du médecin et les médicaments avec, de temps en temps, l'intervention d'une sorte de ticket modérateur. Cette notion d'un élément modérateur dans les dépenses de médicaments a été introduite une première fois par le gouvernement, puis abandonnée; on vient de la réintroduire

avec une taxe de 1 shilling par ordonnance. En outre, il existe un léger ticket modérateur pour les appareils de prothèse, les lunettes, les appareils pour sourds, etc.

Tout cela est entièrement financé par le budget de l'Etat, sans contribution particulière de l'individu intéressé; c'est le contribuable qui paye le Service national de Santé, qu'il désire en bénéficier ou non.

Quarante-sept mille médecins sont liés par contrat avec le National Health Service, à des titres différents, dont plus de 25 000 à temps complet. Cela comprend: les hôpitaux, la pratique générale, le cabinet du médecin, qu'il exerce seul ou en équipe, et la tendance actuelle, fort rationnelle, est d'encourager l'activité médicale en équipe, soit au domicile de l'un des membres de l'équipe, soit, de plus en plus, dans des centres de santé fournis par les collectivités publiques à ces médecins liés par contrat au Service national de Santé.

Chaque médecin a deux ou trois mille personnes inscrites à son «panel» et il est rétribué d'après le nombre de personnes inscrites, avec des éléments de correction très compliqués lorsqu'il voit en réalité plus d'un certain nombre de malades. Cette rétribution est une rétribution d'Etat dans laquelle le malade n'intervient pas. Le malade est libre de choisir son médecin au National Health Service et ce médecin est libre de l'accepter ou de le refuser. Ce praticien, lié par contrat au Service national de Santé a la possibilité de faire appel à des consultants d'hôpitaux et à des spécialistes — également au compte du Service national de Santé — en s'adressant à des consultants liés par contrat partiel.

L'individu demeure absolument libre, s'il veut payer, de s'adresser au médecin de son choix, les médecins étant parfaitement libres eux-mêmes de refuser de servir dans le National Health Service et pouvant aussi rester libres, totalement ou à temps partiel, et avoir une clientèle privée. Il existe d'ailleurs, à côté des hôpitaux, des cliniques privées telles que les «nursing Homes» où les soins aux malades sont donnés suivant un contrat de caractère absolument privé.

Le réseau hospitalier public est entièrement intégré dans un système régionalisé qui, je dois le dire, paraît assez compliqué pour qui n'est pas né dans ce système. Il existe un certain nombre de «Regional Hospital Boards», sortes de commissions administratives — encore que cette expression soit trop restrictive — qui gèrent les hôpitaux d'une région géographique. Les directives administratives et techniques, les normes

exigées au point de vue de la qualité et la quantité du personnel, de la qualité des installations sont établies, pour l'Angleterre et le Pays-de-Galles, par un ministère qui est le Ministre de la Santé de l'Angleterre et du Pays-de-Galles. Pour l'Ecosse et pour l'Irlande du Nord, ce sont des autorités différentes qui exercent la même fonction. Pour ce qui est de l'exercice de la médecine, soit qualification, soit autorisation d'exercer, il est sous le contrôle de la profession elle-même. Ce sont les Royal Colleges of Physicians, et of Surgeons, qui donnent la licence d'exercer, et le contrôle de l'éthique professionnelle est assuré par l'Association médicale britannique.

Quant à l'action de santé publique, sous la direction technique générale du Ministère de la Santé, pour l'Angleterre et le Pays-de-Galles, et de la direction du Service de Santé de l'Ecosse, qui dépend du Ministère d'Etat pour l'Ecosse, elle est assurée par les autorités locales et municipales dont dépendent les médecins de municipalités. Sous cette direction technique générale, ces derniers ont la responsabilité de l'action d'hygiène, de médecine préventive, de lutte contre les maladies transmissibles.

Nous trouvons donc dans ce système, d'une part une nationalisation très poussée puisque, théoriquement, tout citoyen peut, s'il le désire, bénéficier gratuitement et au compte du budget de l'Etat de l'octroi de toutes les prestations médico-sanitaires, et, d'autre part, une répartition extrêmement compliquée des responsabilités puisqu'il y a au moins 140 autorités qui sont qualifiées de «Major Health Authorities», autorités régionales, municipales et de district. Cette répartition des responsabilités s'explique par l'évolution historique quand on voit comment se sont développés les systèmes hospitaliers privés qui ont été à l'origine de toute cette structure.

Nous trouvons donc d'une part, parallèlement à cette nationalisation très poussée une régionalisation, plus même, une répartition extrêmement développée et, d'autre part, parallèlement à une socialisation très avancée — puisque le National Health Service est ouvert à tous ceux qui veulent en bénéficier — un libéralisme intégral puisque la conclusion d'un contrat privé entre le médecin et son malade, si le malade veut payer, reste toujours possible. Nous avons vu enfin le rôle important que jouent les organes professionnels, puisque ce sont eux qui sont responsables — au fond — de l'exercice des professions.

Nous avons donc examiné trois systèmes:

- aux Etats-Unis: la libre entreprise,
- en URSS et dans les Républiques socialistes: l'étatisation totale,
- en Angleterre: une socialisation extrêmement poussée.

Entre ces trois systèmes, on peut imaginer toutes les transitions possibles. Je ne vous imposerai pas une énumération des différents systèmes nationaux, mais j'essaierai de vous indiquer quelques tendances générales.

Dans la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest, l'exercice de la médecine est basé sur le caractère privé de la relation malade-médecin avec des systèmes de financement ou d'assistance au financement de l'acte médical. Ce financement se fait, soit à l'aide de systèmes plus ou moins étatisés ou fortement contrôlés par l'Etat, soit par des systèmes d'assurance maladie, qui, quoique soumis au contrôle financier et juridique de l'Etat, restent des organismes privés. Ainsi, dans le système français, les salariés doivent être inscrits aux Assurances sociales, qui comportent une part importante d'assurance-maladie-infirmité. Le système allemand a été le pionnier — en Europe, puisque c'est Bismarck qui, pour des raisons politiques d'ailleurs, a créé, en 1883, les assurances sociales et a déclenché le mouvement sur le continent. Par exemple, en France, une des raisons de l'introduction des assurances sociales a été la nécessité, après la guerre de 1914—1918, d'aligner la France continentale sur les provinces retrouvées d'Alsace et de Lorraine, qui bénéficiaient du système allemand instauré par Bismarck. Dans les pays scandinaves, il y a un système d'assurances sociales extrêmement poussé, qui, dans certains cas, couvre tous les résidents à partir d'un certain âge et, dans d'autres pays, donne des remboursements décroissants suivant les ressources, assurant une couverture totale aux économiquement faibles et une couverture partielle aux personnes dont on peut prouver que leur revenu atteint un certain niveau. Le contrôle est partout assuré par l'Etat, sous des formes différentes. La rétribution du médecin est presque partout faite par le malade lui-même, et c'est le malade qui est remboursé par les caisses. Dans certains cas, tout de même, il y a rétribution directe du médecin par les caisses. C'est là un problème toujours délicat, car pour des raisons psychologiques, la profession médicale attache généralement une importance considérable au mode de rétribution.

En fait, si l'on va au fond des choses, on peut dire que dans tous ces systèmes, la socialisation est extrêmement poussée.

Dans les pays de l'Europe de l'Ouest, le système hospitalier est constitué

de plus en plus d'hôpitaux publics. Que ce soient des hôpitaux d'Etat, de régions ou de municipalités, ce sont les hôpitaux publics qui existent en règle générale, mais avec d'importantes exceptions.

Dans tous les pays existent des hôpitaux privés qui, souvent, sont gérés par des entreprises volontaires, des entreprises bénévoles. Dans certains pays même, par exemple les Pays-Bas, la majorité des hôpitaux sont, en réalité, gérés par des organismes volontaires, parfois de caractère religieux.

Dans les pays scandinaves, on trouve certes à des degrés différents des hôpitaux appartenant à des associations, des organismes privés. Mais, partout, dans tous les pays de l'Europe actuelle, la protection de la santé publique, l'hygiène, l'assainissement, le contrôle des maladies transmissibles, les moyens de prévention obligatoire, à l'aide de vaccinations conseillées ou rendues obligatoires sous couvert des systèmes d'hygiène scolaire, du service militaire ou de la réglementation du travail, tout est dans les mains des services publics. Cela peut être fortement centralisé — c'est le cas d'un pays comme la France — cela peut être largement décentralisé au bénéfice d'entités politiques, membre d'un groupe fédéré; c'est le cas de la République fédérale d'Allemagne et c'est le cas du pays où nous avons l'honneur de nous trouver. Mais, que ce soit à l'échelon de l'Etat central ou des subdivisions de l'Etat, il n'en reste pas moins que l'action de santé publique est, dans toute l'Europe de l'Ouest, une action d'Etat.

Même là où il existe un système libéral par le truchement du libre choix du médecin par son malade, du paiement direct de l'acte médical par le patient à son médecin, il y a quand même une introduction graduelle de l'action des pouvoirs publics dans l'action sanitaire.

La réglementation est de plus en plus nécessaire en raison de la complexité de l'action sanitaire, car elle est le seul moyen d'obtenir une normalisation et un niveau de qualité minimum. Le système des subventions — comme il existe aux Etats-Unis — permet aux autorités publiques de prendre part, de plus en plus directement, à l'action sanitaire. L'Etat exerce un contrôle de plus en plus marqué sur les systèmes d'assurances sociales en les rendant, par exemple, obligatoires, même si elles gardent un caractère privé dans leur gestion. C'est l'Etat qui décide de l'étendue des prestations qui peuvent être accordées ou qui indique, au moins, les limites fixées à ces prestations. Enfin, les assurances sociales s'appliquant graduellement et partout à des couches plus

étendues de la population, c'est donc par leur truchement une socialisation, si ce n'est une étatisation croissante de l'action de santé qui s'opère.

Si vous jetez un coup d'œil dans d'autres pays, en Australie, en Nouvelle-Zélande, vous trouverez des tendances analogues, avec une évolution très nette vers le système «service national de santé».

Dans tous les systèmes que je viens de décrire, les œuvres privées jouent un rôle très important, à des degrés divers. Mais je ne veux pas m'étendre sur ce sujet car, encore une fois, vous le connaissez mieux que je ne saurais vous l'exposer.

Il est tout de même assez frappant de constater dans presque tous les pays, comme le disait tout à l'heure M. Beer, un retour à l'action des volontaires. Ils agissent alors soit au bénéfice de l'ensemble de la population en vue de l'éducation sanitaire du public, soit au bénéfice des groupes vulnérables traditionnels: l'enfance, les femmes enceintes, les handicapés, les aveugles, soit encore pour venir apporter un complément à la lutte contre les maladies sociales: la tuberculose, le cancer, la poliomyélite, ou enfin — et c'est je crois un élément important de votre discussion — pour apporter une collaboration à l'Etat pour lequel une coopération marquée, directe, de la population est nécessaire.

Par exemple: ce n'est pas le fait du hasard si dans de nombreux pays les Sociétés de la Croix-Rouge ont pris la responsabilité des banques de sang et de la collecte du sang, car il faut là une collaboration active du public et il est certain qu'on la suscite plus facilement quand on s'adresse à ce public sans l'élément de coercition qui dans l'esprit de la population s'attache inévitablement à toute action étatique.

Ces constatations s'appliquent à une grande variété d'organismes et institutions volontaires ou bénévoles, des institutions entièrement privées, entièrement dégagées de dépendance à l'Etat, jusqu'à certaines institutions théoriquement volontaires, mais qui sont en réalité engagées dans le système étatique ou, entre ces deux, les organismes que nos amis belges appellent les organismes parastatux.

Je ne vous ai guère parlé des pays économiquement sous-développés. Dans ces pays, l'Etat est allé d'abord au plus pressé. L'action publique de santé est, en effet, extrêmement récente dans quelques-uns puisque certains pays membres des Nations Unies ne possédaient même le plus petit embryon de service de santé il y a quinze ans. Cette action de santé s'est d'abord dirigée depuis les pays

hautement développés jusqu'à ceux qui, à ce point de vue là ne connaissent aucune espèce de développement, vers une action de protection et de prévention. Cela est vrai aussi bien pour les systèmes embryonnaires de certains pays où il existe une protection limitée de la santé publique, dans les grands centres et dans quelques régions rurales voisines, que pour des pays dont certains représentants sont autour de cette table et dans lesquels il existe un réseau extrêmement poussé, développé, de formations sanitaires d'une part, et d'autre part, des institutions d'action sanitaire sous forme de centres de santé, etc. Dans les pays qui ont acquis leur indépendance au cours des vingt dernières années, on a souvent repris les systèmes d'assistance médicale — c'est-à-dire d'hôpitaux et de formations sanitaires — plus ou moins développés qui s'y trouvaient. Ceci coexiste partout ou pratiquement partout, avec la libre pratique de la médecine, c'est-à-dire la possibilité, pour le médecin, d'exercer librement sa profession auprès des malades qui peuvent le rétribuer. Et ceci d'autant plus que les ressources limitées qui peuvent être accordées par les pays en voie de développement à leurs services de santé ne permettent pas de donner aux médecins une rétribution suffisante, souvent ne permettent pas de les rétribuer à temps complet et, par conséquent, même les médecins engagés dans les activités directes étatiques ne fonctionnent qu'à temps partiel.

On peut voir dans les pays en voie de développement de très beaux exemples d'intervention de l'action volontaire, de l'action bénévole. Je pense à l'Iran, avec la Société du Lion-et-Soleil Rouge, qui gère des formations sanitaires importantes, même parfois hautement spécialisées; je pense à la Thaïlande, avec des hôpitaux appartenant à la Croix-Rouge nationale, voire même des institutions scientifiques. Là encore, on retrouve des organisations volontaires telles que la Croix-Rouge

dans la création des banques de sang, sans aucun doute parce que les organismes volontaires sont les plus aptes à inspirer confiance et à attirer la collaboration active de la population.

Je vous ai dit que j'essaierai, sans grand espoir, de tirer des conclusions ou d'indiquer une ligne générale. Je crois que si nous nous reportions à l'historique que j'ai esquissé et si nous essayions de tracer la courbe de l'évolution, nous verrions une tendance progressive — d'abord très lente avec des retours et des arrêts — vers l'intervention de la puissance publique dans l'action de santé, évolution qui s'accélère actuellement très rapidement. On peut donc dire que le concept de responsabilité publique de l'Etat et des collectivités est maintenant, en matière de santé, bien établi; que si, au début, cette responsabilité s'est exercée sous la forme défensive, elle s'est orientée ensuite par le biais de la santé publique telle que nous la comprenons maintenant, vers la protection et la promotion de la santé, vers l'action préventive marquée par la tendance très nette à la socialisation, pour ne pas dire à l'étatisation de l'action sanitaire. Ceci est évident même dans les pays dits de libre entreprise et s'explique — je ne dis pas se justifie, mais s'explique — d'une part par le progrès de la science et de la technique qui impose une perfection et un renouvellement des méthodes faisant de l'action sanitaire une opération très coûteuse que seules les collectivités publiques peuvent assurer et, d'autre part, par le fait qu'il se développe dans les populations un sens du droit à la santé les poussant à être de plus en plus exigeantes et à demander de plus en plus de la collectivité — cette entité mystérieuse qu'est la société — qui leur donne les moyens de conserver la santé ou de la retrouver s'ils l'ont perdue.

Le rôle que peuvent jouer les organismes privés dans ce système en évolution est parfaitement prévi-

sible. Certes, il y a parfois des retours assez curieux. Par exemple en Iran, il y a actuellement une tendance à encourager la création de cliniques privées en consentant des prêts sans intérêts aux médecins qui veulent en construire une. A Chypre, récemment, on me disait qu'il y avait plus de lits de cliniques privées que de lits d'hôpitaux publics. Mais ce sont des éléments passagers, liés probablement à des difficultés économiques particulières, et on peut dire que la tendance générale est vers l'importance croissante de l'Etat et des autorités publiques.

Alors, comment peuvent se placer dans cette évolution l'intervention, la participation, la collaboration des grandes œuvres volontaires bénévoles et au premier rang de celles, bien entendu, les Sociétés de Croix-Rouge?

Il est frappant de constater que c'est dans le système le plus fortement étatisé et totalement socialisé que le rôle des organismes volontaires est le plus officiellement reconnu; je vous le disais à propos de l'URSS. Quelle en est la raison? Je vous l'ai indiquée en passant, le paradoxe n'est qu'apparent. Lorsque l'Etat prend sur ses épaules la charge totale de l'action sanitaire, il a d'autant plus besoin de la collaboration active du public, autrement l'action sanitaire prend un caractère de coercition. D'autre part, l'Etat prenant la charge totale prend souvent une responsabilité qui dépasse ses moyens en finances, en personnel et en moyens d'action morale. Donc, plus l'Etat s'empare de l'action sanitaire, plus il a besoin d'une collaboration active du public, de sa coopération et de sa compréhension. Or, cette collaboration du public pour ne pas être incohérente doit être organisée et elle doit être codifiée. Elle ne peut l'être que par les sociétés d'action bénévole type Croix-Rouge qui, je le répète deviennent d'autant plus nécessaires que la centralisation, l'étatisation sont plus marquées.