

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE

COMPTE RENDU INTÉGRAL DES SÉANCES

Abonnements à l'Édition des DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE : FRANCE ET OUTRE-MER : 22 NF ; ÉTRANGER : 40 NF
(Compte chèque postal : 9063.13. Paris)

PRIÈRE DE JOINDRE LA DERNIÈRE BANDE
aux renouvellements et réclamations

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION
26, RUE DESAIX, PARIS 15^e

POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE
AJOUTER 0,20 NF

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958 1^{re} Législature

1^{re} SESSION ORDINAIRE DE 1961-1962

COMPTE RENDU INTÉGRAL — 27^e SÉANCE

1^{re} Séance du Vendredi 27 Octobre 1961.

SOMMAIRE

1. — Loi de finances pour 1962 (2^e partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 3239).

Art. 20 à 35 (suite).

États C et D (suite).

Santé publique et population (suite).

MM. Nilès, Jouault, Joyon, Garraud, Guillon, Roulland, Rousseau, Karcher, Collomb, Debray, Regaudie.

M. Fontanet, ministre de la santé publique et de la population.

Adoption, dans les états C et D, des crédits afférents au ministère de la santé publique et de la population.

Renvoi de la suite du débat.

2. — Ordre du jour (p. 3254).

PRESIDENCE DE M. JACQUES CHABAN-DELMAS

La séance est ouverte à neuf heures trente minutes.

M. le président. La séance est ouverte.

* (21.)

— 1 —

LOI DE FINANCES POUR 1962 (DEUXIÈME PARTIE)

Suite de la discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de finances pour 1962 (deuxième partie) (n° 1436, 1445).

Voici les temps de parole encore disponibles dans ce débat :
Gouvernement et commissions, 39 heures 35 minutes ;

Groupe de l'union pour la nouvelle République, 15 heures 50 minutes ;

Groupe des indépendants et paysans d'action sociale, 9 heures ;
Groupe des républicains populaires et du centre démocratique, 2 heures ;

Groupe socialiste, 1 heure 45 minutes ;

Groupe du regroupement national pour l'unité de la République, 3 heures 20 minutes ;

Groupe de l'entente démocratique, 2 heures 10 minutes ;

Isolés, 1 heure 55 minutes.

[Articles 20 à 35 (suite).]

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a continué l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de la population.

Je rappelle les chiffres des états C et D :

SANTE PUBLIQUE ET POPULATION

ETAT C

Répartition des crédits applicables aux dépenses ordinaires des services civils.

(Mesures nouvelles.)

- « Titre III. — + 9.775.401 NF ;
- « Titre IV. — + 9.383.988 NF. »

ETAT D

Répartition des autorisations de programme et des crédits de paiement applicables aux dépenses en capital des services civils.

(Mesures nouvelles.)

TITRE V. — INVESTISSEMENTS EXÉCUTÉS PAR L'ÉTAT

- « Autorisation de programme, 16.217.000 NF ;
- « Crédit de paiement, 3.545.000 NF. »

TITRE VI. — SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENT ACCORDÉES PAR L'ÉTAT

- « Autorisation de programme, 178.783.000 NF ;
- « Crédit de paiement, 23.590.000 NF. »

Dans la suite de la discussion de ce budget, la parole est à M. Nilès.

M. Maurice Nilès. Monsieur le ministre, mesdames, messieurs, à l'examen du budget de la santé publique, on éprouve de grandes inquiétudes.

Malgré une augmentation de 161 millions de nouveaux francs par rapport à 1961, le montant des crédits ne représente guère que 2 p. 100 des dépenses totales du budget général. Il s'agit essentiellement d'un budget de fonctionnement et non pas d'investissements sanitaires.

Les crédits de paiement sur les dépenses en capital accusent même une diminution de 44 millions de nouveaux francs par rapport à 1961.

Je présenterai trois séries d'observations à propos de ce budget.

La première a trait au personnel des services administratifs extérieurs et au personnel hospitalier. Je relève d'abord qu'aux chapitres 31-11 et 31-21 aucun crédit n'est prévu pour l'amélioration de la situation du personnel sédentaire des directions départementales de la santé publique et de la population qui pourtant, depuis 1948-1949, est déclassé, relativement au corps des fonctionnaires de préfecture, alors qu'il en est issu, possède les mêmes titres et a des attributions similaires.

Je rappelle que le décret du 12 janvier 1955 a réglé le sort des rédacteurs et des chefs de bureau par leur intégration arbitraire dans le corps des sous-chefs et chefs de section administrative, qui accentuait le déclassement professionnel des intéressés.

En effet, les rédacteurs et les chefs de bureau qui auraient dû être intégrés dans un corps de la catégorie A, similaire à celui de leurs homologues des préfectures devenus attachés, se sont vu appliquer un statut dont le niveau de recrutement est celui de la catégorie B.

Les commis qui auraient dû être, eux, intégrés dans un corps de la catégorie B, comme ceux des préfectures devenus secrétaires administratifs, ont été maintenus dans la catégorie C.

D'ailleurs, ce déclassement était si choquant que le ministre de la santé publique de l'époque, conformément à un avis du Conseil d'Etat et du conseil supérieur de la fonction publique, affirmait que ce statut était provisoire et qu'il ne constituait qu'une première étape dans la voie d'un reclassement qui devait intervenir les années suivantes. Or, depuis 1955 les choses sont restées en l'état.

Lors de la discussion du budget de 1961, votre prédécesseur, monsieur le ministre, déclarait qu'il espérait pouvoir faire

améliorer sensiblement la situation du personnel des directions départementales de la santé, dès qu'il connaîtrait les conclusions des travaux d'une commission d'études qu'il avait nommée à cet effet. Or, cette commission a déposé son rapport.

Je vous demanderai donc, monsieur le ministre, quelle suite vous entendez lui donner et quelles mesures vous comptez prendre pour reclasser un personnel aux effectifs restreints, trop restreints même, eu égard aux charges multiples qui lui incombent.

En ce qui concerne le personnel hospitalier, personne n'ignore l'insuffisance de ses rémunérations, de ses conditions particulièrement pénibles de travail, de la pénurie des effectifs et des difficultés de recrutement qui en résultent. Le mécontentement y est très vif, comme on a pu en juger récemment par divers arrêts de travail et manifestations.

Certes, une décision récente a donné en partie satisfaction à certaines catégories de ce personnel, mais je vous demande, monsieur le ministre, si vous envisagez de prendre des dispositions pour les 320.000 agents dont les revendications n'ont pas encore été prises en considération.

Ma deuxième série d'observations portera sur l'équipement hospitalier. On me permettra à cette occasion de me référer aux évaluations des besoins immédiats recensés par la commission de la santé du quatrième plan, puisque le Gouvernement fait beaucoup de bruit autour de lui, et sur le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances qui signale, page 30 : « Le budget de 1962 revêt une grande importance dans la mesure où il s'applique à la première année d'exécution du nouveau plan. Les choix qu'il opère sont, de ce fait, fonction d'une perspective de développement à moyen terme ».

Je dirai immédiatement que les crédits affectés à la santé publique pour 1962 ne permettront pas de faire face, dès cette année et comme première étape, aux énormes besoins sanitaires du pays.

Dans le domaine de la lutte antituberculeuse, nous occupons le onzième rang en Europe. La mortalité par cancer est passée de 13,3 p. 100 en 1946 à 18,2 p. 100 en 1957 et la courbe continue, hélas, à progresser : 165.000 cas nouveaux sont enregistrés par an.

Ai-je besoin de souligner que les 170.000 nouveaux francs supplémentaires consacrés à sa prophylaxie sont une faible contribution à la lutte contre ce fléau national ? Il manque 5.280 lits. Il faudrait créer au moins, avant 1965, 1.243 lits de centres cancéreux, 126 lits d'annexes médico-diététiques et 56 consultations avancées.

Par ailleurs, la vétusté et l'inconfort de nos établissements hospitaliers, en dépit des déclarations sur l'humanisation des hôpitaux, n'est contestée par aucun de ceux qui, à titres divers, s'occupent de ces problèmes. Cet état de choses faisait dire à M. le professeur Dreyfus, des hôpitaux de Paris : « Pratiquement, rien n'a été accompli pour les centres hospitaliers que l'on pouvait cependant sauver de l'inconfort et de la crasse ».

Actuellement, il manque 21.500 lits dans les hôpitaux. Compte tenu des 7.500 lits supplémentaires nécessités par l'augmentation de la population, c'est 29.000 lits supplémentaires qu'il conviendrait de prévoir pour 1965.

Quant aux infirmières, les besoins sont évalués au minimum à 20.000, alors qu'il en reste un peu plus de 13.000. C'est dire l'effort qui devrait être fait pour la création et le développement des écoles d'infirmières.

Dans les hôpitaux psychiatriques, il manque 42.000 lits environ.

Enfin, l'association de médecine rurale estimait récemment à 900 le nombre des centres sanitaires ruraux indispensables pour équiper nos campagnes, si désespérément dénuées de toute dotation sanitaire sérieuse.

On ne trouve pas, dans le budget de la santé pour 1962, les premiers crédits indispensables pour remédier de façon sensible à ces déficiences.

La même remarque peut être faite à propos de la traumatologie dont la clientèle de blessés, brûlés et amputés augmente sans cesse. On compte sur les doigts de la main les centres spécialisés en la matière. N'est-il pas courant de lire dans les journaux que tel mineur du Nord ou de l'Est, brûlé, a été transporté au centre des brûlés de Lyon ? Aucun centre n'existe ailleurs.

L'absence quasi totale de centres de rééducation fonctionnelle est aussi à signaler.

Faut-il rappeler, par ailleurs, que la protection maternelle et infantile ne se développe pas au rythme des exigences et, surtout, des nécessités ? Le retard dans la réalisation des établissements et le recrutement du personnel pour enfants inadaptés reste toujours très grave.

Faut-il encore ajouter que toutes les mamans de France déplorent le manque de crèches et de haltes d'enfants ? Les huit

crèches dont vous prévoyez la construction, monsieur le ministre, suffirait à peine à la commune que j'ai l'honneur d'administrer et qui compte près de 70.000 habitants.

Vous nous rétorquez que cela dépend des conseils généraux. Nous le savons tous. Mais quelle promotion et quel exemple donnez-vous en tant que Gouvernement ?

Ma troisième série d'observations concerne l'aide sociale et les prestations familiales. Je remarque que le budget de 1962 ne comporte aucune majoration des crédits d'aide sociale pour les 200.000 aveugles et grands infirmes qui y sont soumis, et j'éleve à ce sujet une vive protestation au nom des députés communistes.

Le Gouvernement connaît bien les conditions de vie très difficiles des intéressés. Ils ont eu maintes fois l'occasion d'exposer leur situation tragique, notamment lors de la conférence de presse du 4 mai dernier organisée par le comité d'entente des grandes associations d'aveugles et invalides civils et de personnes âgées.

Les aveugles et grands infirmes, ayant droit à l'allocation prévue par le code d'aide sociale, ne reçoivent toujours que 198 francs par jour, plus 115 francs représentant le montant de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité. Au total, ces catégories particulièrement déshéritées doivent vivre avec 313 francs par jour. Encore convient-il de préciser que les intéressés ne touchent ces allocations que dans la mesure où leur total joint aux ressources personnelles n'exécède pas 370 francs par jour. Il n'est donc pas exagéré d'affirmer que le Gouvernement laisse les aveugles et grands infirmes tributaires de l'aide sociale dans une grande misère.

Dans une déclaration publique, M. le secrétaire d'Etat aux finances a laissé entendre que l'allocation vieillesse ne serait pas revalorisée. En conséquence, l'allocation aux grands infirmes ne sera pas non plus relevée puisqu'elle est, d'après la loi, égale à l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Cette allocation n'a pas été augmentée depuis le 1^{er} janvier 1956 malgré la hausse du coût de la vie enregistrée depuis cette date.

Je crois devoir être l'interprète de tous les hommes de cœur pour demander au Gouvernement de prendre d'urgence les mesures indispensables en vue d'augmenter les allocations d'aide sociale aux aveugles et grands infirmes.

Il me reste, monsieur le ministre, à vous interroger au sujet des prestations familiales. Depuis longtemps les organisations syndicales et les associations familiales réclament avec raison une majoration de 20 p. 100 des prestations familiales.

Dans une déclaration faite récemment à un quotidien parisien, vous avez laissé entendre que l'augmentation envisagée par le Gouvernement serait beaucoup moindre, puisque 250 millions de nouveaux francs seraient prévus dans une lettre rectificative pour le secteur public et l'agriculture ; ce qui signifie que la majoration se limiterait à 6 ou 7 p. 100.

Ai-je besoin d'ajouter que si cela est exact nous sommes loin du compte, d'autant que la hausse des prix, notamment des denrées alimentaires, s'accélère chaque jour un peu plus ?

Qu'en est-il exactement des projets du Gouvernement ? Les familles ouvrières en ont assez des promesses et demandent une revalorisation de l'ensemble des prestations familiales, qui corresponde à l'affaiblissement de leur pouvoir d'achat.

Pour résumer je dirai que pour 1962, comme en 1960 et en 1961, la santé publique est considérée par le Gouvernement comme un problème mineur.

M. Félix Kir. Malheureusement, il en a toujours été ainsi !

M. Maurice Nilès. C'est vrai, monsieur le chanoine.

Je crois savoir que les évaluations, très modestes, des besoins immédiats recensés par la commission de la santé du IV^e plan n'ont été retenus par le Gouvernement qu'à concurrence des trois cinquièmes à peine. Encore s'agit-il de prévisions sans que l'on sache en définitive quels crédits réels leur seront réservés.

Cette décision en dit long sur l'indifférence du Gouvernement à l'égard de la santé publique dont les besoins sont énormes. Elle trouve sa première application dans le budget du ministère de la santé publique pour 1962, dont j'ai montré les lacunes et le faible volume.

En conséquence, les députés communistes ne voteront pas ce budget. (Applaudissements sur certains bancs à l'extrême gauche.)

M. le président. La parole est à M. Jouault. (Applaudissements à droite.)

M. Henri Jouault. Monsieur le ministre, mes chers collègues, je ne revendiquerai pas sur les questions concernant la population ; mes collègues Mariotte et Baudis les ont fort bien traitées et je m'associe pleinement à leurs exposés et à leurs demandes.

Monsieur le ministre, vous arrivez d'un ministère où vous étiez l'homme des prix. C'est précisément de ceux-ci que je vais vous entretenir.

A l'instar de mon collègue Lacroix, j'ai été frappé depuis longtemps par le prix élevé de la journée d'hôpital et, plus récemment, par une mesure prise dans mon département d'Ille-et-Vilaine.

L'an dernier, les cliniques privées conventionnées ont été invitées par la sécurité sociale, pour se mettre au niveau des prix de l'hôpital, à accepter ce qu'on a appelé le « tout compris », ce qui a correspondu dans la pratique à une forte augmentation du prix de journée.

Or les maisons de soins privées — dont je n'ai pas à prendre la défense ici mais qui constituent le seul élément de comparaison dont je dispose — supportent les mêmes frais que l'hôpital, auxquels s'ajoutent leurs investissements. Elles ont toutes construit ces dernières années dans mon département ; elles payent des impôts — environ 50 milliards d'anciens francs par an pour l'ensemble du pays — et distribuent des bénéfices à leurs actionnaires.

Un autre fait éloquent, tout au moins à première vue, c'est l'inégalité des prix de journée des hôpitaux. Dans la revue hospitalière de mars 1961, on relève que le prix de journée de chirurgie est de 6.620 anciens francs à Créteil et de 6.530 à Gonesse, alors qu'il tombe à 2.870 à Saint-Brieuc et à 2.800 à Saint-Malo-Saint-Servan, où se trouve pourtant un joli hôpital moderne. Vous ne pouvez pas me répondre, monsieur le ministre, que mon choix est artificiel car l'hôpital de Saint-Brieuc est départemental. Mais, s'agissant de villes voisines et d'importance comparable, je vous dirai que le prix de journée à Nantes est de 6.000 francs, de 5.100 francs à Angers, de 3.930 francs à Rennes, de 2.930 francs au Mans. Nantes et Rennes sont des centres hospitaliers universitaires et les quatre villes ci-dessus ont plus de 100.000 habitants.

Au titre III — page 19 du fascicule — vous avez prévu 22.486 nouveaux francs pour l'organisation d'une cellule de statistiques « prix de journée ». J'espère que l'on ne se contentera pas de faire des statistiques mais que vous en tirerez des leçons, que vous créerez des obligations et qu'éventuellement vous prendrez des sanctions. Dans le prix de journée entrent en ligne de compte : le personnel pour 50 p. 100 ; les médicaments pour 6 p. 100 ; l'alimentation pour 20 p. 100 ; le chauffage pour 0,02 p. 100 ; l'entretien du bâtiment pour 10 p. 100, et le reste correspond aux dépenses d'assurances, de petit matériel, de blanchissage, etc.

Il est incontestable que beaucoup de ces éléments peuvent supporter de réductions. Je pense en particulier au personnel qui est mal payé et en nombre insuffisant.

A cette occasion, je me permets de joindre ma voix à celle de nombreux collègues pour vous demander de reclasser les infirmières diplômées qui, pour un travail pénible et de grande responsabilité, reçoivent un salaire insuffisant et sans rapport avec celui qui leur est proposé dans les grandes entreprises privées en particulier.

A l'hôpital de Rennes, par exemple, elles touchent 48.834 anciens francs par mois pour 45 heures de travail par semaine.

En examinant les autres éléments constitutifs du prix de journée, je m'aperçois qu'il est difficile d'en tirer grand argument. Les médicaments, par exemple, sont fournis à des conditionnements et à des prix très avantageux à l'hôpital.

Quant à l'amortissement des nouvelles constructions, il se fait, si mes renseignements sont exacts, sur cent ans, ce qui, pour une journée d'hôpital, représente un maximum de quelques dizaines d'anciens francs.

Dans ces conditions, où réside l'origine de ces prix élevés qui font que dans certaines villes la journée hospitalière coûte plus cher que le séjour dans le meilleur hôtel de la même ville ?

Je pense qu'il faut recourir à l'élément de comparaison qu'est la maison privée. Nous trouvons ainsi trois facteurs qui alourdissent les prix. Tout d'abord la longueur du délai qui sépare le moment de l'arrivée du malade et le moment où le diagnostic est dressé et le début de la sanction thérapeutique appliquée.

En second lieu, la dépense en outillage est considérable : un directeur d'hôpital a évalué qu'il fallait quatre fois plus de matériel de chirurgie dans un hôpital que dans une maison privée.

En troisième lieu, l'occupation des lits par les malades se poursuit au-delà du temps nécessaire.

Si l'on envisage le problème d'un autre point de vue, on constate dans les centres hospitaliers universitaires en particulier, que beaucoup d'examen : radiologie, biologie, tests physiologiques sont demandés et même multipliés, sans intérêt

pour le malade, uniquement dans un but de recherche. Vous me direz qu'il y a dans ces hôpitaux un médecin contrôleur de la sécurité sociale, mais on ne le voit pas très bien censurer les demandes d'un professeur de faculté.

Beaucoup de dépenses sont dues à l'enseignement. J'espère que votre cellule de statistiques « prix de journée » permettra de dégager les dépenses afférentes à la recherche et à l'enseignement pour qu'elles n'entrent pas dans l'établissement du prix de journée, mais pour qu'elles soient réglées directement par l'éducation nationale et non pas indirectement par la sécurité sociale qui paye 60 p. 100 des journées hospitalières, l'aide médicale qui en règle 35 p. 100, ou par les simples particuliers.

La sécurité sociale et l'aide sociale sont, comme leur nom l'indique, des organismes à vocation sociale et pas autre chose.

Monsieur le ministre, avec l'institution du plein temps, vous allez créer des dépenses nouvelles considérables. Je pense qu'il faut être très prudents car le service à plein temps entraîne la mise en place de trois équipes de huit heures. Il vous faudra beaucoup de personnel alors que vous avez déjà beaucoup de mal à le recruter.

Dans la *Revue officielle de l'Assistance publique*, le docteur Leclainche prétend même qu'il vous sera impossible de le recruter.

Ne vaudrait-il pas mieux limiter les tâches de l'hôpital et ne lui réserver que celles qu'il a vocation de remplir dans l'intérêt général de la population ?

Page 64, au chapitre 47-12, article 2, un crédit de 33.200.000 nouveaux francs est inscrit pour la prophylaxie de la tuberculose. C'est le même chiffre qu'en 1961, alors que ce fléau social est en régression dans des proportions importantes. L'indication du sanatorium qui est une des principales sources de dépenses, est limitée à un nombre de cas en diminution et la durée de séjour, quand elle est encore prescrite, est faible par rapport à autrefois.

Les médecins phisiologues se demandent même, à l'heure actuelle, comment ils pourront vivre dans quelque temps.

Pour pouvoir frapper fort dans d'autres domaines, ces crédits devraient être diminués et reportés ailleurs.

Il en est de même pour la prophylaxie antivénéérienne. Le crédit de 5.700.000 nouveaux francs inscrit à l'article 3 est le même qu'en 1961. De plus, à la page 66, chapitre 47-15, article 3, le crédit de 33.800 nouveaux francs est le même qu'en 1961.

Or prenons comme exemple la syphilis qui est la principale des maladies vénériennes ; depuis 1946, le nombre de cas, primaires et secondaires, est tombé de 15.454 à 1.156 en 1955, c'est-à-dire en dix ans.

Vous me rétorquerez, monsieur le ministre, que depuis quatre ans la courbe remonte en flèche, mais ce n'est pas en valeur relative qu'il faut juger. Le nombre total n'est que de 1.622 cas en 1959, année de la dernière statistique.

J'insisterai d'autant plus sur ce sujet que, sur un autre plan, une lutte antisiphilitique particulièrement efficace et qui ne coûte rien à votre ministère est celle du dépistage par les examens sérologiques prénuptiaux et prénataux. Or les résultats positifs sont tellement rares que d'après mes évaluations personnelles, au tarif de la sécurité sociale, un résultat positif après examen systématique coûte environ 2 millions d'anciens francs.

Je crois, monsieur le ministre, que vous pourriez réduire les crédits affectés à la lutte antituberculeuse et antisiphilitique pour les reporter sur des domaines où on en manque. Je citerai, en particulier, les affections mentales et leur prophylaxie — ces maladies font des progrès malheureusement considérables — et la transfusion sanguine dont l'importance n'est plus à démontrer. (*Applaudissements à droite.*)

Je désirerais maintenant attirer votre attention sur un troisième point. L'année dernière, j'ai rapporté devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales la proposition de loi de M. Profichet et plusieurs de ses collègues, tendant à rendre obligatoire la détermination du groupe sanguin et du facteur rhésus. Le ministre de la santé d'alors, M. Chenot, n'acceptait de soumettre cette proposition de loi à l'Assemblée qu'après le vote d'une loi sur l'immunisation des donneurs. Or cette loi a été votée en juillet 1961 et vous avez déclaré récemment devant la commission qu'un projet de décret rendant obligatoire la recherche du groupe sanguin de la future mère doit être prochainement publié.

Permettez-moi de vous dire que j'estime le problème pris à l'envers. Il serait plus logique de commencer par les examens prénuptiaux. Les médecins et leurs clients l'ont tellement bien compris qu'à l'heure actuelle cela se pratique couramment et la loi, avant d'entrer en vigueur, est déjà appliquée à 50 p. 100, tout au moins dans ma région.

Vous avez argumenté des précautions et des garanties à prendre. Je vous dirai qu'elles sont les mêmes dans tous les cas.

Tels sont, monsieur le ministre, les trois points sur lesquels un praticien autant qu'un parlementaire désire attirer votre attention, en espérant que ses réflexions seront prises en considération. (*Applaudissements à droite.*)

M. le président. La parole est à M. Joyon.

M. Raymond Joyon. Monsieur le président, monsieur le ministre, ce n'est pas au nom d'un groupe que je prends la parole mais au nom des hommes de cœur que nous sommes tous ici. En effet, cette Assemblée m'a désigné pour la représenter au Conseil national de la vieillesse et, dans ma candeur naïve, j'espérais qu'en collaboration avec la commission Laroque nous allions rapidement et rationnellement résoudre le problème de la vieillesse.

Du Conseil national de la vieillesse, j'ai dit à cette tribune tout le mal que je pensais ; il est inefficace, c'est un conseil-fantôme hérité de la IV^e République qui, d'ailleurs, n'avait pas daigné le convoquer.

Quant à la commission Laroque, je respecte ses buts, son travail, mais sa lenteur et les grandes difficultés de l'application de ses rapports me les font apparenter à une non-assistance à des personnes en danger de mort.

En effet, avant que la commission Laroque ait déposé ses rapports et qu'on ait pu prouver son efficacité dans le travail, 40 p. 100 de nos vieux d'aujourd'hui seront morts.

Votre prédécesseur a dit en arrivant au ministère de la justice : « Je ne serai pas le ministre des prisons ». Ne soyez pas, vous, celui des cimetières. Rue de Tilsit, les chiffres ne jouent pas comme au quai de Branly ; il faut avant tout, pour faire des choses grandes et nobles, avoir beaucoup de cœur et je sais que vous en avez.

M. Félix Kir. Et avoir de l'argent !

M. Raymond Joyon. Les crédits du budget de la santé publique sont d'environ 10 p. 100 en augmentation sur ceux de 1961. Par conséquent, ils sont simplement alignés sur le coût de la vie, du fait même de toutes les hausses que nous subissons.

Le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, M. Fréville, a insisté, dans son exposé, sur le maintien au même chiffre du montant des sommes allouées à l'aide sociale en faveur des vieillards. Comme cette somme n'est pas alignée, il y a, en fait, baisse de 10 p. 100.

Depuis trois ans, monsieur le ministre, je dénonce le manque d'efficacité de la rue de Tilsit à l'égard des vieillards, car c'est mon devoir, en tant que membre du Conseil national de la vieillesse.

Il est d'ailleurs regrettable que vous ne soyez pas resté assez longtemps parlementaire ; vous auriez connu, dans vos permanences, toute la détresse du monde des vieux. Tous ici, nous les connaissons, qui viennent par dizaines nous trouver avec discrétion, étaler leur misère, leurs souffrances.

On parle toujours, ici, des pays sous-développés qu'il faut aider, mais on oublie que, chez nous, il y a des millions de vieux qui ont faim, toujours, et qui ont froid, souvent. (*Applaudissements.*)

Notre pays, monsieur le ministre, est le premier sur le plan de la sécurité sociale. Il est, hélas ! et on l'a répété à cette tribune depuis vingt-quatre heures, le dernier quant à l'aide efficace aux vieux. Leur cas est sérieux, douloureux.

Vous allez me répondre, comme l'a fait M. Giscard d'Estaing au groupe des indépendants : « Mais, monsieur le député, on a fait un gros effort sur le plan des hospices. »

Je vous dirai tout d'abord que la création d'hospices est un peu tardive. Malgré tout, elle reste valable. Mais ce n'est pas tout d'équiper des hospices ; il nous faudra créer d'abord une école de formation de soignantes et d'aides soignantes, car autant il est facile de trouver, pour des maternités, des jeunes femmes « emballées » par ce travail délicat et intéressant, autant il est difficile de trouver des soignantes, des aides-soignantes et des infirmières pour les maisons de grabataires.

Je ne voudrais pas que la rue de Tilsit s'oppose à l'avenue Lévêchal, car votre ministère, s'il est bivalent, doit être unicéphale quant à la direction. Je voudrais, au contraire, que vous pensiez vraiment à harmoniser, à synchroniser les membres de votre ministère. Il ne faut pas de concurrence entre eux. Il faut une collaboration intelligente et intime pour obtenir des résultats. Je puis vous dire, monsieur le ministre, que ces connaissances de gérontologie, je les ai acquises depuis douze ans que je me penche sur le problème des vieux.

J'ai pratiquement la même formation que vous, monsieur le ministre. Je n'aurais pas croisé le fer pour le quai Branly, car je n'aime pas les chiffres, mais j'adore les vieux. Ils sont beaux,

ils sont nobles, ils sont bons. Ce sont nos pères, ce sont nos grands-pères. Monsieur le ministre, avant 1963, avant que dix pour cent d'entre eux ne soient morts, vous devez, en considérant le père ou le grand-père comme le *pater familias*, dégager en leur faveur des crédits. (Applaudissements.)

M. Félix Kir. Ce n'est pas la faute du ministre, si on ne lui donne pas d'argent!

M. le président. La parole est à M. Garraud.

M. Robert Garraud. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'un des orateurs qui m'ont précédé à cette tribune énumérerait hier soir les nombreux domaines dans lesquels s'exerce l'action du ministère de la santé publique. Il en a oublié au moins un et il est excusable, car ce domaine est peu connu, il s'agit des relations internationales.

Délaissions donc pour quelques instants les problèmes se rapportant à votre action en France, monsieur le ministre, et penchons-nous sur celle que vous menez hors de France au sein des organismes internationaux, à l'Organisation mondiale de la santé.

Si nous sommes parfaitement renseignés sur votre action en France par le projet de budget que vous nous avez présenté et par les rapports documentés de MM. Bisson et Fréville, par contre sur votre action hors de France nous n'avons aucune indication et, comme je ne pense pas que M. le ministre des affaires étrangères nous présente un exposé technique sur le rôle de la France à l'Organisation mondiale de la santé, je erois devoir soulever cette question en votre présence, monsieur le ministre de la santé publique.

En devenant membre de l'Organisation mondiale de la santé, la France a accepté de supporter 5,86 p. 100 du budget de cet organisme international qui aujourd'hui groupe 104 nations. Cette contribution obligatoire s'élève pour 1961 à 1.108.740 dollars. Cette somme ne figure pas dans le fascicule budgétaire du ministère de la santé publique mais dans celui du ministère des affaires étrangères où elle est groupée avec nos autres contributions aux organismes internationaux au chapitre 42-31, participation de la France à des dépenses internationales, contributions obligatoires.

Je me hâte de dire que cette inscription budgétaire ne soulève de ma part aucune objection. Cependant, à l'avenir, ce crédit devrait figurer aussi, ne serait-ce qu'à titre indicatif, dans le fascicule budgétaire du ministère de la santé publique, par exemple au titre V, interventions internationales, afin que chacun puisse connaître l'effort très appréciable d'entraide médicale que la France accomplit chaque année dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé, sans compter les aides directes qu'elle accorde à certains pays amis dans le cadre de la coopération.

Je précise que cette contribution obligatoire de la France à l'Organisation mondiale de la santé est égale à celle de la Grande-Bretagne et qu'elle n'est inférieure qu'à celles des Etats-Unis d'Amérique et de l'U. R. S. S.

Cela posé, nous sommes en droit de nous demander quelle est la position de la France au sein de l'Organisation mondiale de la santé et quelle est l'œuvre générale qui est accomplie par cet organisme international. Telles sont les questions que je voudrais étudier avec vous, monsieur le ministre, et qui reviennent à dire : les sommes que la France verse à l'O. M. S. servent-elles à quelque chose et servent-elles à la France ?

Avant de faire le point en 1961, il faut remonter à la constitution de l'O. M. S. Au lendemain de la Libération, la médecine française accusait — il faut le reconnaître — un retard certain par rapport à la médecine anglo-saxonne. C'était le résultat de l'occupation qui avait privé notre pays de moyens de recherche et de contacts internationaux. Or nous avons comblé ce retard en quelques années et la médecine française a repris une place de choix dans la compétition scientifique internationale.

Deuxième constatation : au moment de la constitution des organismes internationaux, O.N.U., U.N.E.S.C.O., O.M.S., F.A.O., B.I.T., la France disposait d'un nombre important de hauts fonctionnaires formés avant guerre, en particulier dans le cadre de la Société des nations.

Troisième constatation : à la même époque, la France devait par contre employer intégralement dans les territoires dont elle avait la charge les médecins, pharmaciens et vétérinaires spécialisés dans les questions de médecine tropicale, formés pour la plupart dans les écoles du service de santé de l'armée et de la marine.

La résultante nationale de ces trois facteurs fut que, lors de la création de l'O. M. S., la France disposa de quelques postes importants dans l'administration de l'organisation. Cela résultait

du point 2. Mais il n'y eut pas de médecins français chargés d'un rôle de direction technique important, résultant du point 1, et malheureusement aussi il y eut peu de médecins français recrutés pour un rôle technique d'exécution, résultant du point 3.

Par contre, Anglais, Canadiens, Américains, Scandinaves et d'une façon générale Anglo-Saxons, entraient en nombre dans l'organisation et occupaient des postes du haut en bas de l'échelle. L'O. M. S. a donc été, dès le départ, un organisme dominé par les Anglo-Saxons. Cette situation n'a pas été modifiée et par la force des choses, elle va s'accroissant.

Je m'explique et je précise : sur quatre directeurs techniques, un est Anglais, un est Indien de formation anglaise, un est Américain et un est Russe. Ce sont ces quatre directeurs techniques qui assurent en fait le recrutement de l'O. M. S.

Si théoriquement les postes sont déclarés vacants, ils ne le sont pratiquement que lorsque le futur titulaire est coopté. Or une règle veut que l'on ne remplace pas un fonctionnaire par un autre de la même nationalité, ceci pour éviter qu'un poste ne devienne l'apanage d'une nation. Cette règle a été appliquée strictement à la France. Mais elle ne l'a pas toujours été aux Etats-Unis et à la Grande-Bretagne.

D'autre part, il est facile de remplacer un Anglais par un Canadien ou un Australien par un Indien, la formation restant toujours la même et se rattachant toujours à l'école anglo-saxonne.

Le résultat, c'est que, dans quelques années, si nous n'y prenons garde, nous aurons perdu les postes de direction dans lesquels il y a encore des Français, c'est-à-dire que nous n'aurons plus que très peu de médecins et techniciens français dans les postes subalternes.

En bref, nous continuerons à verser une large contribution, mais nous ne détiendrons plus aucun poste-clé.

Nous n'en sommes fort heureusement pas encore là et la situation peut se redresser si nous en sommes d'abord tous conscients.

Notre influence est en effet beaucoup plus grande au sein de l'Organisation mondiale de la santé que notre représentation numérique ne le laisserait croire, cela à cause du travail considérable accompli régulièrement chaque année par la délégation française au cours de l'assemblée générale de cet organisme international, et je suis heureux de saluer ici l'animateur infatigable et toujours très écouté de cette délégation et de lui rendre hommage, M. le professeur Aujaleu. (Applaudissements.)

La France doit donc être plus présente à l'Organisation mondiale de la santé.

Croyez bien, monsieur le ministre, que je n'en fais pas une question de prestige, mais une question d'intérêt national bien compris.

Car que font les fonctionnaires anglo-saxons d'origine ou de formation lorsqu'ils sont placés dans des postes-clés de l'O.M.S. ? Ils orientent automatiquement — et c'est bien naturel — les boursiers des pays dans lesquels ils sont nommés vers les facultés dans lesquelles ils ont été formés eux-mêmes. Ils achètent dans la zone sterling ou dans la zone dollar les médicaments, appareils, instruments qui sont nécessaires pour équiper les pays dont ils sont chargés.

L'absence française est donc une perte pour notre culture comme pour notre commerce et notre industrie.

Cependant, des boursiers de l'O. M. S. viennent en France : 160 l'an dernier. On peut dire que ceux-là veulent vraiment connaître notre pays, et qu'ils le veulent avec énergie pour avoir su résister aux offres alléchantes qui leur sont faites d'aller dans les universités de Grande-Bretagne, du Canada ou des Etats-Unis.

Là encore, nous avons une action à développer, monsieur le ministre, car ces médecins et techniciens de la santé attirés par la France, nous ne devons pas les décevoir.

Il faut nous préparer à les accueillir, à organiser leurs études dans les universités françaises, à les mettre en relation avec des organismes et des familles qui leur fassent connaître le vrai visage de la France, à leur faire un place dans nos hôpitaux, et à maintenir par la suite le contact avec eux lorsqu'ils seront rentrés dans leur pays d'origine.

Ces boursiers ont, en effet, de fortes chances d'être les meilleurs propagandistes de la France à l'étranger. Combien il a été réconfortant de constater à New Delhi, lors de la dernière assemblée mondiale de la santé, l'aide spontanée et si efficace apportée à la délégation française par les délégations francophones des républiques africaines et malgaches. Une communauté de culture était à l'origine d'une action commune.

C'est à ce rôle que la France doit s'attacher à l'O. M. S., comme dans les autres organismes internationaux. (Très bien ! très bien !)

Monsieur le ministre, je viens de vous dresser le tableau de la présence française au sein de l'Organisation mondiale de la santé. J'ai étudié les causes de cette situation. J'ai même essayé de voir quelles en seraient les conséquences, et le pronostic n'est, hélas ! pas très favorable pour le moment.

Je manquerais à mon devoir si je ne recherchais avec vous un traitement.

Tout d'abord, il faut, il me semble, mieux faire connaître l'O. M. S., la faire connaître dans le grand public et la faire connaître dans nos facultés de médecine et de pharmacie, dans nos écoles d'infirmières et d'infirmiers. Il faut que les Français sachent que l'O. M. S. fait du bon travail, en particulier pour les pays les moins évolués, et qu'il serait souhaitable qu'un plus grand nombre de Français participent à ce travail.

Nous devons mettre un plus grand nombre de médecins français, civils et militaires, à la disposition de l'O. M. S., pour qu'ils tiennent des postes de conseillers techniques et de consultants, aussi bien en Afrique qu'en Asie ou en Europe, aussi bien dans le Pacifique qu'en Amérique du Sud.

Nous devons prévoir les hauts fonctionnaires, médecins, juristes, administrateurs, qui seront susceptibles de tenir des postes de direction au siège social de l'O. M. S., à Genève, et dans les directions régionales.

Nous devons intéresser les professeurs de nos universités à l'action de l'O. M. S. et les faire participer à ses travaux. Ce sera le meilleur moyen de les inciter à pousser leurs élèves à acquérir l'expérience de ces organismes techniques internationaux.

Peut-être alors arriverons-nous un jour à faire admettre que, dans une épreuve de titres d'agrégation, quelques années de service actif au Cambodge, en Afghanistan ou au Chili valent mieux qu'une préparation théorique dans une faculté de la métropole.

Nous devons orienter enfin nos programmes d'études, en particulier pour nos hygiénistes, de manière à mieux les former au rôle qu'ils auraient à jouer dans le cadre de l'O. M. S.

En un mot, nous devons établir une politique de la présence française à l'Organisation mondiale de la santé.

Ce n'est là, d'ailleurs, qu'un aspect, propre à la profession médicale, d'un problème national. Les Français devraient savoir prendre un plus grand nombre de positions de responsabilité en dehors de leur hexagone national.

Dans le domaine de la santé publique, l'Organisation mondiale de la santé nous offre un champ d'action magnifique.

Je vous fais toute confiance, monsieur le ministre, pour y entraîner la médecine française. (Applaudissements.)

M. le président. La parole est à M. Guillon. (Applaudissements à gauche et au centre.)

M. Paul Guillon. Monsieur le ministre, mes chers collègues, dans un débat aussi prolongé et à l'heure où nous sommes, soyez sans crainte : je n'abuserai pas de votre temps.

Je n'aborderai que deux ou trois points que l'étude du budget de ce ministère m'a permis de relever.

Tout d'abord, en ce qui concerne le chapitre 31-11, nous avons, en commission, posé une question relative aux médecins inspecteurs de la santé et à leur devenir.

Vous savez que ce problème avait suscité quelque inquiétude à la suite du rapport de la commission Mairey. Je dois dire que la dernière phrase de votre réponse m'inquiète encore un peu puisque vous affirmez que, dans les cas où l'on désire faire l'expérience, il peut y avoir subordination du médecin inspecteur de la santé à l'inspecteur de la population.

En tant que médecin, je ne peux que m'élever contre une telle mesure. Bien entendu, je sais qu'elle est surtout destinée à décharger les techniciens, en particulier les médecins, de la partie administrative et comptable, qui les ennuie — il faut bien le dire — et pour laquelle ils ne sont pas préparés.

Mais je ne voudrais pas que, du point de vue technique, la moindre atteinte puisse être portée à leurs prérogatives. En effet, comme un certain nombre de mes collègues qui sont en même temps mes confrères, je ne me lasserai jamais d'affirmer que, dans ce domaine, certains problèmes relèvent de la seule compétence du technicien.

A propos du chapitre 46-21, nous vous avons demandé, monsieur le ministre, si les subventions des œuvres concourant à la protection sociale des enfants et des jeunes ne pouvaient être augmentées. La réflexion que je vais faire ne s'adresse pas à vous, monsieur le ministre. Je regrette seulement que M. le secrétaire d'Etat aux finances ne soit pas à côté de vous, car je lui dirais combien je suis surpris et navré que l'augmentation des crédits de subvention vous ait été refusée.

M. Félix Kir. Il ne tient pas compte de ce qu'on lui dit !

M. Paul Guillon. Oui, mais enfin, à force de le lui répéter, monsieur le chanoine, on ne sait jamais... (Sourires.)

M. Félix Kir. En tout cas, je suis de votre avis.

M. Paul Guillon. A propos du chapitre 47-15, concernant la transfusion sanguine, je m'étais permis de vous demander, par la voix du rapporteur pour avis, notre ami M. Fréville, comment il se faisait que les crédits affectés à cette branche en pleine expansion n'étaient pas augmentés.

Vous m'avez fait remarquer — et je le comprends parfaitement — que la propagande faisant partie des activités normales des centres de transfusion sanguine, ils y participent sur leur propre budget de fonctionnement et que vos subventions sont destinées au matériel d'éducation et de propagande.

Sur le plan du principe, étant donné le rôle humain important de cette branche fondamentale en plein développement, l'Etat doit marquer son désir de subvenir aux besoins de la transfusion sanguine.

Le recrutement des donneurs de sang se heurte à des difficultés considérables, dont j'ai pu me rendre compte après avoir parlé à des membres des associations de donneurs de sang.

S'il est une expression de la solidarité humaine qui dépasse toutes les idéologies, c'est bien celle-là. Et je serais heureux qu'à l'occasion du budget de la santé publique, il soit marqué à quel point on tient à ce que cette solidarité soit développée.

En ce qui concerne l'article 47-21, vous nous avez dit dans votre réponse à une question, qu'il fallait augmenter le nombre des travailleuses familiales et essayer d'aider les organismes chargés de leur recrutement.

Vous nous dites qu'un crédit supplémentaire de 150.000 nouveaux francs doit figurer dans un amendement qui sera déposé très prochainement par le ministre des finances sur le bureau de l'Assemblée.

J'aimerais avoir de votre bouche la confirmation qu'un crédit supplémentaire sera dégagé. Car nous souhaitons que puissent être aidées à domicile les mères de famille malades. Or la formation et le recrutement d'aides familiales est difficile.

Dernier point de ma brève intervention : au chapitre 47-22, qui concerne l'enfance inadaptée, l'augmentation de crédit est de 250.000 nouveaux francs, et, au titre des mesures nouvelles, est prévue l'extension des centres d'observation, des instituts médico-pédagogiques et des centres de rééducation.

C'est parfait. Je me permets toutefois d'attirer votre attention sur l'enfance inadaptée.

Plusieurs de nos collègues, après notre rapporteur, en ont parlé. Tant qu'il s'agit de l'enfance proprement dite, on y a pensé. Mais le sort normal d'un enfant, c'est de devenir un adulte et il faut prévoir ce que deviendra l'inadapté après sa majorité.

L'enfant inadapté peut ou bien se réadapter et se réinsérer dans le monde normal, ou bien demeurer un débile mental définitif. Le débile profond va à l'hôpital psychiatrique. Mais il y a trop peu d'établissements susceptibles de recevoir le débile léger, avec un quotient intellectuel de 60 à 80.

Le drame va commencer à la majorité. L'enfant débile mental devient un adulte débile et inadapté. Si sa famille ne peut le prendre en charge, il est voué à l'hôpital psychiatrique, qui n'a d'ailleurs pas vocation pour le recevoir.

Dans ces conditions, il faudrait essayer de réaliser l'aménagement d'établissements d'accueil pour ce genre de malades, de préférence des internats, où ils pourraient se livrer à des petits travaux simples.

Dans de tels établissements, le prix de journée devrait être sensiblement moindre que dans un hôpital psychiatrique. En tous cas, d'un point de vue humain, la solution serait préférable.

Ce serait là faire une œuvre utile, qui délivrerait les parents d'une angoisse affreuse. Ce qu'il y a de pénible, en effet, pour une famille qui a eu le malheur d'être touchée par une telle catastrophe, ce n'est pas tellement le moment où les parents, vivants, peuvent se dévouer pour leur enfant, mais c'est de penser au jour où ils ne seront plus là, pour soigner un enfant devenu grand dont personne ne voudra plus s'occuper.

Songeons-y, et essayons de créer des établissements de cette sorte pour y recevoir les enfants déficients devenus des adultes débiles. (Applaudissements.)

M. le président. La parole est à M. Roulland

M. André Roulland. Monsieur le ministre, mes chers collègues, il est très désagréable de se répéter. C'est pourtant ce que je vais faire dans cette brève intervention.

L'année dernière, à peu près à la même époque et à cette même tribune, je me plaignais des lenteurs, des négligences, des retards inadmissibles dans l'utilisation des crédits.

Le problème reste le même, encore que le ministre ait changé de figure.

Je m'excuse donc à l'avance de ces variations sur un thème connu.

Je voudrais avant tout leur donner le mérite de la concision et de la clarté. Rendons hommage à l'heureuse initiative qui a abouti à la création du centre technique de l'équipement sanitaire et social.

Le rapporteur nous a signalé les heureux effets de son fonctionnement, et nous ne pouvons qu'encourager ses efforts. Il est excellent qu'un organisme de cette qualité veille à l'application des normes techniques, au bon emploi des crédits et au contrôle des travaux.

Mais beaucoup de collègues ont pu observer — et je l'ai signalé moi-même l'année dernière — qu'entre le vote des crédits et la mise en chantier de l'établissement qui est intéressé, un délai de plus d'un an pouvait s'écouler.

Je crois n'avoir péché dans cette affaire que par excès de timidité. Mes évaluations sont singulièrement trop modestes.

Je ne voudrais certes pas faire de généralisations trop hâtives, mais comment ne pas citer dans ce domaine l'exemple scandaleux pour tout habitant de l'ouest parisien que représente la reconstruction — ou, plus exactement, la non-reconstruction — de ce que fut l'hôpital Ambroise-Paré.

Depuis 1942, date à laquelle les bombes anglaises détruisirent l'hôpital Ambroise-Paré, devenu d'ailleurs insuffisant, hôpital qui s'élevait sur le territoire de la commune de Boulogne-Billancourt, une agglomération comportant non seulement les 100.000 habitants de Boulogne-Billancourt, mais à peu près le double, représentant une partie de la Seine-et-Oise, Saint-Cloud et Meudon, une grande partie de la Seine, le 16^e arrondissement, le bas de Suresnes et une partie d'Issy-les-Moulineaux, c'est-à-dire en définitive une population équivalant à trois cents ou à trois cent cinquante milliers de personnes, ne possède pas d'établissement hospitalier.

Imaginez-vous une agglomération de la taille de Rouen ou de Clermont-Ferrand, voire de Grenoble ou de Nice, qui en soit dépourvue ? Cela dure, je le répète, depuis bientôt vingt ans.

Ayant promis d'être bref, vous me dispenserez, mes chers collègues, de vous décrire, même dans leurs grandes lignes, les nombreux avatars dont furent victimes les multiples projets de reconstruction de cet hôpital, projets qui furent d'ailleurs évoqués maintes fois à cette tribune et à celle du conseil municipal de Paris.

Il faut reconnaître que, depuis trois ans, l'horizon s'est singulièrement éclairci.

C'est au début de 1959 que votre prédécesseur, M. Chénol, faisait inclure dans la loi de programme, adoptée à une très large majorité par l'Assemblée, le principe de la reconstruction de l'hôpital Ambroise-Paré.

C'est le 5 août 1959 qu'était pris le décret déclarant d'utilité publique l'acquisition par la ville de Paris des terrains nécessaires à cette reconstruction.

C'est enfin en décembre 1959 que notre Assemblée, en votant le budget, assurait le financement nécessaire, et c'est vers la même date qu'une délibération du conseil municipal de Paris s'assurait la propriété des terrains.

La voie était libre, tous les obstacles semblaient aplanis.

Or, depuis, plus rien, sinon de nouveau l'inquiétude, car à la lourdeur de l'administration semble s'être ajoutée la méticuleuse lenteur des services techniques.

Le préfet de la Seine, interrogé dernièrement par un de nos collègues du conseil général et par voie de question écrite, déclarait que, si tout allait bien, vers le milieu de 1962 les travaux pourraient peut-être commencer. Après vingt ans d'attente et alors que toutes les difficultés sont surmontées depuis plus de deux ans, une telle réponse n'est pas raisonnable.

J'entends bien que l'on m'opposera l'arsenal des réglementations, les habitudes des assemblées municipales, des impératifs divers. Aux yeux de l'opinion publique, rien de tout cela ne tient.

J'évoque de nouveau ce problème, monsieur le ministre. J'espère que c'est pour la dernière fois. J'attends votre réponse avec une inquiétude teintée encore de quelque espoir.

Si j'ai cité cet exemple, c'est uniquement parce qu'il est typique et qu'il illustre la nécessité de changer de méthode lorsque certaines urgences s'imposent, car nous sommes à une époque où il faut savoir tout sacrifier à la rapidité et à l'efficacité. (Applaudissements.)

M. le président. La parole est à M. Rousseau. (Applaudissements à droite.)

M. Raoul Rousseau. Monsieur le ministre, mes chers collègues, la discussion du budget qui nous est soumise a été grandement facilitée par les excellents rapports que nous avons entendus hier. Ils appellent, toutefois, un certain nombre d'observations.

À la fin de 1957, le commissariat général au plan fit l'évaluation des sommes nécessaires afin de poursuivre la transformation des hôpitaux anciens, de construire de nouveaux services, d'améliorer profondément les conditions de séjour dans les hospices et dans les maisons de retraite. Il les estima à 320 milliards d'anciens francs pour quatre années. La loi-cadre votée par le Parlement en 1959 a fixé à 57 milliards de francs, pour les quatre années suivantes — de 1960 à 1963 — les crédits accordés aux hôpitaux, soit 14 milliards de francs par an.

Dans le projet introductif au quatrième plan, il est question de l'équipement sanitaire et social, pour lequel le programme répond à quatre objectifs essentiels. La mise en application de la réforme des études médicales, avec la construction de centres hospitaliers universitaires; la modernisation de nombreux établissements vétustes ou sous-équipés — hôpitaux, établissements psychiatriques, hospices; la desserte des habitants des zones en cours d'urbanisation en équipements sanitaires classiques, centres sociaux, logements de vieillards; la satisfaction de besoins sociaux dont l'ampleur tend à s'accroître, notamment dans le domaine de l'enfance inadaptée ou de l'enfance délinquante.

Ce programme, dont le financement sera assuré à titre principal par l'État et les collectivités locales, comporte l'engagement d'un volume de travaux de l'ordre de 3.700 millions de nouveaux francs, contre 1.200 millions de nouveaux francs en cours du IV^e plan. Sans doute, constate-t-on une augmentation numérique de l'importance des travaux prévus. Il faut cependant considérer qu'en quatre ans le pouvoir d'achat de la monnaie a diminué.

Par ailleurs, cette somme de 3.700 millions de nouveaux francs concerne également d'autres travaux que ceux relatifs aux établissements hospitaliers proprement dits et ne couvre pas, en fait, l'importance des besoins signalés en 1957. Et il ne s'agit là que de projets !

En examinant le projet de loi de finances pour 1962, nous constatons que l'ensemble des investissements du ministère de la santé publique et de la population — ceux exécutés par l'État et ceux exécutés avec le concours de l'État — comportent 648.581.500 nouveaux francs d'autorisation de programme pour 1961 et les années antérieures, opérations en cours, sur lesquels 364.816.500 nouveaux francs de crédits de paiement ont été accordés, auxquels s'ajoutent 38.105.000 nouveaux francs prévus pour 1962.

Par ailleurs, 195 millions de nouveaux francs d'autorisation de programmes, pour 1962 — mesures nouvelles — sont demandés. Il est prévu pour 1962, sur ces autorisations nouvelles, 27.135.000 NF de crédits de paiement qui, ajoutés à ceux prévus pour la même année sur les autorisations de programme antérieures, forment un total de 65.240.000 NF.

Cette somme n'est évidemment pas en rapport avec les besoins de ce département. Certes, nous pouvons nous enorgueillir de posséder plusieurs centres dans lesquels sont mis à la disposition des malades non seulement les méthodes les plus récentes de traitement, mais encore des chambres pourvues du confort le plus moderne avec téléphone et interphone. Cependant, il existe encore malheureusement beaucoup trop d'établissements vétustes dans lesquels le confort élémentaire fait souvent défaut.

L'insuffisance de crédits ne permettra pas de satisfaire les besoins de modernisation et d'amélioration qui s'avèrent chaque jour plus urgents. Il existe actuellement 200.000 lits pour 47 millions de Français. Sept millions de Parisiens disposent de 35.000 lits, dont environ 30.000 en salles communes et 5.000 en boxes.

De tels chiffres fournissent la meilleure démonstration de l'ampleur du problème à résoudre.

À l'heure de l'humanisation des hôpitaux et après les louables efforts qui ont été accomplis dans ce domaine, n'oublions pas que celle-ci progresse de concert avec la modernisation des établissements, en particulier avec la disparition des salles communes qui ne permettent pas d'entourer le malade du climat de réconfort auquel il est tant attaché.

Nous avons appris avec satisfaction que des pourparlers avec le ministère des finances étaient en voie d'aboutissement afin de revaloriser la situation du personnel infirmier des hôpitaux publics et d'améliorer celle du personnel administratif parallèlement au personnel de l'État. Il faut faire vite, très vite en raison de la crise qui frappe durement le personnel hospitalier.

Les fonctions d'infirmières et d'infirmiers sont rendues très pénibles en raison des horaires, des conditions de travail, de la fixation des jours de repos ou de vacances. L'insuffisance des rémunérations les oblige souvent à chercher une place dans le secteur privé. Cet état de choses est aggravé par le fait que la moitié des infirmières abandonnent la profession pour se marier, cependant qu'un quart d'entre elles tend à se spécialiser.

Pour faire face à la pénurie menaçante, il paraît indispensable de créer davantage d'écoles d'infirmières et d'étendre l'expérience de la promotion sociale qui donne de remarquables résultats. La grande majorité des candidates qui concourent pour obtenir le diplôme d'Etat sont reçues dans d'excellentes conditions.

Toutefois, n'oublions pas que l'amélioration des traitements ne pourra, à elle seule, pallier l'insuffisance du recrutement. Une réorganisation des services hospitaliers avec une nouvelle distribution du travail est également indispensable afin de permettre au personnel infirmier de jouir d'une vie sociale et familiale normale.

Dans les départements, en vertu des articles L 582 et L 683 du code de la santé publique, la gestion de chaque hôpital est confiée à un directeur assisté d'une commission administrative de neuf membres, dont huit renouvelables et un permanent, le maire de la commune. Sur ces huit membres, on ne compte que deux médecins seulement. Peut-être serait-il utile d'augmenter ce nombre ?

Par ailleurs, il est fort regrettable que le conseil général d'un département ne puisse se faire représenter par un de ses membres médecins. Si celui-ci n'a aucun intérêt dans la gestion d'un établissement privé, on comprend mal qu'il ne puisse avoir le droit de siéger au sein de la commission administrative d'un centre hospitalier. Ne serait-il pas possible de procéder à une réforme du décret du 12 décembre 1958 ?

Vous êtes, monsieur le ministre, dans la bonne voie en transformant progressivement les hôpitaux psychiatriques. Les cellules remplacées par des chambres individuelles, les grilles arrachées des fenêtres, une conception nouvelle du cadre et des méthodes de traitement, de rééducation, allant de pair avec l'application des thérapeutiques les plus récentes, donnent désormais des résultats très encourageants. Ceux qui ont eu la chance d'assister à la métamorphose de certains hôpitaux psychiatriques dans lesquels les malades vivent pratiquement en liberté apprécient à sa juste valeur une telle révolution.

Si la création de services psychiatriques de secteurs, destinés à compléter harmonieusement la gamme des soins, mérite d'être encouragée, il n'en demeure pas moins que l'hôpital psychiatrique départemental doit subsister afin d'accueillir les incurables, malheureusement toujours très nombreux.

Nous nous réjouissons de l'accroissement des crédits correspondant au relèvement du taux des indemnités pour qualification professionnelle des inspecteurs de la santé. Mais nous souhaiterions, monsieur le ministre, obtenir quelques éclaircissements sur vos projets de refonte des services extérieurs du ministère de la santé et de la population.

Certains bruits répandus font état de réformes profondes des directions départementales de la santé qui ne seraient plus confiées à des médecins, mais à des techniciens. Ce serait là une grave erreur, car il n'est pas plus juste de croire que les médecins sont de mauvais administrateurs que de penser que des spécialistes administratifs pourraient les remplacer dans un domaine qui appartient, au sens le plus noble du terme, à la médecine.

Les crédits inscrits au chapitre 66-20 permettront-ils de créer un nombre appréciable d'établissements nouveaux pour l'enfance inadaptée ? Les chiffres cités sont franchement insuffisants, car beaucoup de départements ne possèdent pas d'instituts médico-pédagogiques. Dans le mien, il n'en existe qu'un seul, privé, et, pour parer à cette situation, le conseil général a envisagé de procéder à une conversion partielle d'un préventorium fonctionnant au ralenti.

Nous nous sommes heurtés et nous nous heurtons encore à une foule de difficultés administratives, alors que cette conversion partielle est parfaitement réalisable, dans les meilleures conditions, en raison de la séparation des différents bâtiments.

Etant donné la faiblesse des moyens financiers mis à votre disposition, vous ne pourrez pas, monsieur le ministre, combler le retard dans ce domaine avant de longues années. C'est pourquoi nous vous demandons d'aider les départements dans leur recherche d'une solution à un dramatique problème social.

Nous nous permettons, enfin, d'exprimer une dernière remarque. Dans le budget qui nous est soumis, un crédit de 977.500 nouveaux francs est destiné au développement du service central de protection contre les rayonnements ionisants.

L'ouverture de ce chapitre correspond à une nécessité de l'heure. Mais avec d'aussi pauvres crédits, que sera-t-il possible de faire ?

Une dramatique incertitude pèse sur le monde. Les récentes expériences atomiques lui ont fait prendre conscience de l'importance du danger qui plane sur l'humanité. A ce propos, mes amis et moi nous nous étonnons du fait qu'aucune autorité française responsable n'ait eu devoir protester, comme l'ont fait la plupart des pays, y compris les neutralistes, contre les retombées radio-actives consécutives aux dernières explosions soviétiques atomiques. (Applaudissements.)

M. Maurice Nilès. Et la bombe française ? Vous n'en parlez pas.

M. Raoul Rousseau. Alors que l'on assiste à une véritable mobilisation de l'opinion publique, notamment au Japon et en Grande-Bretagne, la France, par contre, paraît donner la pénible impression de se désintéresser d'un problème pourtant particulièrement dramatique pour l'avenir de la race humaine.

Aux Etats-Unis comme en Angleterre, de grandes manœuvres de protection civile ont eu lieu récemment. Des plans de défense ont été dressés dans tous les grands pays. La presse française a montré, par des schémas suggestifs, quelle serait l'étendue des destructions humaines et matérielles provoquées par la chute d'une super-bombe.

Un programme national de défense rationnelle de la population devrait comporter la construction d'abris collectifs anti-atomiques, dont le coût moyen s'élève à 200.000 francs par personne ; d'abris-hôpitaux avec un personnel spécialisé, pourvu d'équipements spéciaux ; d'abris pour réserve de ravitaillement, avec captage de sources non contaminées. Nous n'ignorons pas que le budget qui nous est soumis ne permet pas encore le démarrage d'une tranche, mais nous vous demandons, monsieur le ministre, de préciser si vous envisagez la réalisation pratique d'un programme de protection civile contre le risque d'un bombardement atomique ou de retombées radio-actives, non point du fait de l'imminence d'un conflit mondial, mais en vertu du vieil adage qui prétend que gouverner c'est prévoir.

En conclusion, il est infiniment regrettable, monsieur le ministre, que les crédits qui vous ont été attribués ne vous permettent pas de faire face à l'extraordinaire exigence sanitaire et sociale de notre époque.

Toutefois, nous reconnaissons volontiers que votre budget comporte un certain nombre d'innovations fort intéressantes.

Nous nous estimerions extrêmement satisfaits si nos observations avaient pu retenir votre attention au moment où, après l'avoir esquissée, vous allez vous engager dans une thérapeutique de longue haleine dont le succès exigera une surveillance attentive et, peut-être aussi, quelques judicieuses retouches. (Applaudissements.)

M. le président. La parole est à M. Karcher. (Applaudissements.)

M. Henri Karcher. Monsieur le ministre, mes chers collègues, à ce point de cette longue discussion je ne retiendrai que quelques instants votre attention. Aussi bien les excellents rapports de M. Bisson et de M. Fréville que les remarques exposées par les orateurs qui m'ont précédé à cette tribune ont mis en valeur l'excellence des dispositions prises dans nombre de chapitres de ce budget, tout en faisant également ressortir quelques insuffisances, au sujet desquelles je dirai quelques mots.

En premier lieu, je m'associerai aux remarques qui ont été faites par plusieurs de nos collègues au sujet des aveugles et des grands infirmes, dont la situation devient de plus en plus difficile et tragique et en faveur desquels il n'apparaît malheureusement pas qu'un effort nouveau ait été accompli dans le présent budget.

Avec plusieurs collègues appartenant à divers groupes de l'Assemblée, nous nous sommes donné la peine de nous rendre auprès de leurs organisations où nous avons constaté à la fois leur dignité et leur désir de trouver du travail adapté à leur condition. C'est pourquoi, monsieur le ministre, si l'on ne peut rien faire dans l'immédiat, je proposerai que soit prise en considération, en dépit de la priorité dont dispose le Gouvernement sur l'ordre du jour, la proposition de loi déposée par plusieurs de mes amis de l'U. N. R. et par moi-même, tendant à réviser la condition de cette catégorie sociale particulièrement défavorisée en ce qui concerne l'aide sociale à leur apporter et les possibilités de travail à leur offrir, sans pour autant grever les crédits, limités certes, qui vous sont accordés puisque notre solution s'assortirait d'une révision de la destination des sommes versées au fonds national de solidarité, rendu à la

vocation première qu'avait désirée le législateur de 1956. (*Applaudissements.*)

D'autre part, je m'associe pleinement aux remarques qui ont été faites au sujet de l'aide sociale aux personnes âgées. A cet égard, aucun effort nouveau n'a été consenti cette année en ce qui concerne tant l'aide sociale à leur accorder que la révision du plafond de ressources dont le montant a été maintenu à un taux qui réduit beaucoup trop le nombre de ceux pouvant bénéficier de l'aide prévue.

Un troisième problème nous préoccupe depuis le début de cette législature : celui de la construction hospitalière et du prix de journée.

A plusieurs reprises, monsieur le ministre, nous avons exposé la question à votre prédécesseur ; nous lui avons proposé certaines solutions nouvelles qui n'ont pas eu l'heur de retenir son attention. L'année dernière, mon ami M. Profichet faisait allusion à la création de services de dégage­ment.

Il est bien certain qu'en l'état actuel de la construction hospitalière le troisième plan avait prévu un programme extrêmement réduit ; entre les deux hypothèses qui se présentaient, l'une d'expansion, l'autre envisageant le maintien du *statu quo*, c'est la seconde qui, pour des raisons financières, fut retenue. Dans ces conditions, si l'on s'en était tenu au plan prévu et si celui-ci avait pu être exécuté dans les délais fixés, le *statu quo* aurait pu être maintenu.

Mais, en dépit des dispositions de la loi de programme et des efforts budgétaires consentis en 1961 et prévus dans le présent budget, le retard enregistré dans l'utilisation des crédits ne fait qu'aggraver une situation qui risque de devenir rapidement catastrophique.

Aussi, avons-nous proposé la création de services de dégage­ment destinés à recevoir les malades, les opérés ou les traumatisés, actuellement soignés dans des services de grande hospitalisation dont le prix de journée est très élevé. L'état de santé de certains d'entre eux pourrait permettre d'envisager le retour à leur domicile s'ils pouvaient y recevoir les soins d'hygiène et l'alimentation nécessaires.

Si l'on prend l'exemple de la région parisienne, il n'est pas abusif de déclarer qu'un dixième des lits sont occupés par de tels malades ou opérés soit, au total, trois mille, alors que les services de convalescence ne comportent que 1.000 à 1.200 lits seulement. Si donc, la création d'établissements dont la construction ne serait pas fort onéreuse aboutissait à mettre à leur disposition 2.000 lits, on pourrait, pour une dépense trois à quatre fois inférieure à celle correspondant à la création de lits de grande hospitalisation, dégager un nombre important de lits. La réalisation de ce programme, pour la seule région parisienne, équivaldrait à la création de cinq nouveaux grands services de 400 lits chacun. Autrement dit, pour une dépense identique la capacité d'hospitalisation serait augmentée de 10 p. 100, tout en triplant les possibilités des services de convalescence.

Certes, ce ne seraient pas là des réalisations spectaculaires, mais elles seraient efficaces. Le fonctionnement de tels établissements reviendrait à un prix bien inférieur — d'où une incidence sur le prix de journée — puisque, dépendant de grands services hospitaliers dans lesquels ces malades ou ces opérés étaient traités, ils ne comporteraient pas — ou exigeraient très peu — de personnel spécialisé.

Telles sont, monsieur le ministre, les quelques questions sur lesquelles je voulais attirer votre attention. J'attache un grand prix à connaître votre opinion sur ces points et vous remercie à l'avance de votre réponse. (*Applaudissements à gauche et au centre.*)

M. le président. La parole est à M. Collomb.

M. Henri Collomb. Monsieur le ministre, après les observations si nombreuses qui ont été présentées hier soir, cette nuit et ce matin même, à l'occasion de la discussion de ce budget, j'abrégerai très sensiblement mon intervention, d'autant que mon désir était d'attirer votre attention sur deux catégories sociales particulièrement déshéritées, dont le sort a été longuement évoqué il y a quelques instants encore par M. Karcher : j'ai nommé les infirmes et invalides de guerre, d'une part, et les vieillards, d'autre part.

La répétition des mêmes propos est désagréable, mais pour qu'ils soient entendus — l'expérience de cette maison me l'a appris — ne convient-il pas que des voix s'élèvent de tous les points de cet hémicycle ?

Je rappellerai donc très simplement qu'en dépit de certaines promesses antérieures, les plafonds de ressources imposés pour prétendre à l'aide sociale sont demeurés pratiquement inchangés depuis 1956, alors que le coût de la vie s'est sensiblement accru — la radio de ce matin même a annoncé, sans joie pour

ceux qui l'entendaient, que des hausses de prix allaient intervenir dans plusieurs domaines.

Ces plafonds, dis-je, sont restés pratiquement inchangés depuis 1956. C'est ainsi que le plafond de ressources, pour le fonds national de solidarité, demeure établi à 2.010 nouveaux francs Or, les vieux, qui ont été très patients, eu vérité, dans l'espoir que la commission Laroque proposerait des solutions à leurs angoisses, ne peuvent maintenant plus attendre.

C'est ainsi encore que, pour bénéficier de l'aide aux grands infirmes, les ressources annuelles ne doivent pas excéder 1.320 nouveaux francs, soit un peu plus de 11.000 anciens francs par mois : c'est les réduire pratiquement au recours à la soupe populaire.

Je souligne par ailleurs que le problème du reclassement des handicapés physiques reste très préoccupant, puisque la loi du 23 novembre 1957 destinée à porter remède à la situation de cette catégorie de travailleurs n'est pas appliquée.

Il est vrai, n'est-ce pas, que les crédits, du reste médiocres, prévus pour son application en 1961 et qui s'élevaient, si je ne m'abuse, à quelques 500.000 nouveaux francs, n'ont pas été employés et ont été purement et simplement reportés sur l'exercice 1962.

Il est urgent d'apporter une aide aux handicapés physiques pour leur permettre de se reclasser, notamment par la création d'un réseau d'établissements de travail protégé, comme ils le réclament d'ailleurs et par l'installation de centres de distribution de travail à domicile, centres que l'un de nos collègues préconisait avec fermeté au cours de la séance de la nuit passée. Ces centres de distribution de travail à domicile sont nécessaires car, on le comprend bien, les handicapés physiques ne peuvent pas travailler au sein d'une entreprise d'une façon normale.

Ce n'est ni le lieu ni le moment de traiter des suggestions qui pourraient alimenter les méditations de M. le ministre de la santé publique opérant en collaboration avec M. le ministre du travail.

Diverses propositions de loi relatives aux modifications qu'il conviendrait d'apporter à la législation d'aide sociale en faveur des aveugles et des grands infirmes, vont être soumises très prochainement à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. J'espère que le Gouvernement nous aidera à les faire aboutir.

Je pense, en tout cas, que le ministère de la santé publique devrait se pencher avec une prédilection particulière sur la situation des infirmes et des vieillards, c'est-à-dire sur le sort des plus malheureux parmi nos concitoyens.

Comme les orateurs qui m'ont précédé, j'exprime notre désir à M. le ministre de voir préciser les mesures qu'il compte prendre pour ne pas laisser plus longtemps sans ressources et sans emploi des milliers de pauvres gens qui, parce qu'ils sont vieux ou infirmes, ne peuvent pas utiliser l'arme efficace de la grève, mais dont la nation se doit de sauvegarder la dignité. (*Applaudissements à droite.*)

M. le président. La parole est à M. Debray.

M. Jean-Robert Debray. Monsieur le président, monsieur le ministre, je veux dire quelques mots des buts et des moyens du ministère de la santé publique.

Votre département, monsieur le ministre, est en principe chargé d'élaborer et de coordonner la politique sanitaire du pays. Tel est le but que se sont assigné les hommes qui vous ont précédé depuis 1924, date qu'on peut retenir comme étant celle du début du département ministériel que vous dirigez.

Les difficultés ne manquèrent pas et cette longue action connue des hauts et des bas. Il fallut souvent lutter contre les conceptions du ministère de l'intérieur qui, depuis la fin du siècle dernier et pendant une vingtaine d'années, était le détenteur et l'interprète des vieilles notions d'hygiène et d'assistance.

Hygiène et assistance : deux disciplines, deux pensées mi-toyennes, certes, mais distinctes.

Ces ascendances expliquent le caractère bicéphale de votre ministère, où siègent deux directions, la santé et la population. Mais il s'en faut que la santé publique ait pu rassembler la totalité des attributions sanitaires du Gouvernement.

Déjà en 1958, dans une étude faite sous ma direction et publiée dans la *Documentation française*, nous notions :

« Si l'on fait le compte des directions des différents ministères qui s'occupent des questions de santé publique, on arrive au chiffre important de douze directions dans onze ministères différents. »

Et nous énumérions : l'éducation nationale, le travail, les trois ministères militaires, à l'époque, le ministère des anciens combat-

tants. Nous insistions également sur la dispersion des attributions en ce qui concerne la fabrication des médicaments et leur distribution.

Mais nous indiquions à la fin de ce chapitre :

« Il faut reconnaître objectivement que le ministère de la santé a pu mettre en place dans chaque département des fonctionnaires qui sont des médecins. »

Et nous ajoutions :

« Ainsi le ministère a pu faire entendre la voix de techniciens. Il a pu organiser la collaboration entre les pouvoirs publics et le corps médical tout entier. »

Or, actuellement, cette collaboration si importante est mise en péril. Depuis un certain temps et surtout depuis deux ans, il est fortement question de détruire les structures périmées, et cela, par une tentative de fusion des deux services : santé et population.

Une commission a travaillé, un rapport a été déposé et je sais bien que votre intention, monsieur le ministre, — vous nous l'avez dit — est de vous informer avant de prendre parti au sujet de ce projet de réorganisation. Mais au moment où vous arrivez rue de Tilsitt, nous devons vous mettre en garde. Les esprits sont sensibilisés à ce sujet.

C'est ainsi qu'en examinant le budget qui nous est présenté, on a pu méditer sur deux chiffres : le chiffre des crédits prévus pour le personnel titulaire des services de santé et celui des crédits prévus pour le personnel de la population et de l'aide sociale, les seconds étant nettement supérieurs aux premiers, 120 millions d'anciens francs. Et non seulement les sommes prévues pour les services de la population sont supérieures, mais l'augmentation qui nous est proposée est également proportionnellement plus élevée.

Cette situation donne plus de consistance aux inquiétudes concernant la méthode qui serait suivie pour procéder à la fusion des deux services, c'est-à-dire le transfert pur et simple de tous les moyens d'exécution du directeur départemental de la santé à un directeur administratif unique qui serait soit un ancien directeur de la population, soit un ancien chef de division.

Nous avons à défendre les médecins inspecteurs de la santé et nous nous associons aux observations que M. Bisson, M. Fréville et d'autres collègues encore ont présentées sur ce sujet.

Je rappelle qu'il s'agit de 214 personnes, dont 32 médecins inspecteurs divisionnaires, dont les indices de traitement sont très insuffisants et, soit dit en passant, inférieurs à ceux des vétérinaires.

Mais nous voulons élever le débat. Quelles sont les attributions de ces médecins inspecteurs de la santé ? Essentiellement, elles sont au nombre de trois.

Ils s'intéressent à l'hygiène publique, par conséquent aux problèmes d'épidémiologie et aux vaccinations, à l'hygiène sociale, c'est-à-dire aux fléaux sociaux, à la lutte contre la tuberculose, le cancer, les maladies mentales et la poliomyélite, ainsi qu'aux problèmes posés par le fonctionnement des hôpitaux.

Or, à un moment où la question des vaccinations, par exemple, est de nouveau posée dans des conditions souvent d'ailleurs extrêmement irritantes, il convient d'accorder une particulière attention à la surveillance des vaccinations collectives.

Imaginons un accident, hélas ! toujours possible. Si le service était modifié comme il est proposé, il faudrait que le préfet donne mission au technicien de second rang que serait devenu le médecin inspecteur, qui ferait rapport à son chef de service non médecin. On voit les retards et les dangers d'une telle façon de procéder, alors qu'il faudrait, au contraire, être extrêmement rapide et efficace.

En ce qui concerne les hôpitaux, au moment où l'on tente cette réorganisation si souhaitable et si importante des services hospitaliers, et où l'on prévoit un statut différent pour les médecins à temps plein qui connaîtront un destin plus proche de celui du fonctionnaire que de celui du médecin exerçant son art dans les conditions traditionnelles, est-il raisonnable de ne plus confier la direction départementale de la santé à un médecin ?

Il serait dangereux de retirer tous les moyens techniques à l'autorité des médecins inspecteurs de la santé, pour les regrouper sous l'autorité administrative. Sous le couvert de la fusion, réduire le rôle de médecin inspecteur de la santé à celui de conseiller technique doit conduire presque fatalement à l'abandon d'une véritable politique sanitaire.

Il est impossible, monsieur le ministre, que l'épidémiologie, l'examen et l'instruction des plaintes en matière d'insalubrité, le service des divers prélèvements, de la désinfection, le contrôle des diverses installations sanitaires de même que la direction

technique des divers services d'hygiène sociale soient retirés à l'inspection de la santé.

Il s'agit là d'un problème de capacité, de compétence, d'attributions, d'efficacité aussi, un problème de frontières entre ce qui est médical et ce qui ne l'est pas. Depuis longtemps, nous assistons à une sorte d'entreprise de « démedicalisation » de la santé publique. L'existence, évidemment nécessaire, d'un tiers répondant, en l'espèce de la sécurité sociale, y contribue grandement et, sous le couvert d'action sanitaire et sociale, l'on dilue trop souvent la responsabilité de la politique sanitaire du pays qui devrait entièrement vous appartenir.

Jamais la médecine n'a connu un tel essor. Son efficacité, ses guérisons, quasi miraculeuses pour des hommes de ma génération, peuvent se lire dans les statistiques concernant l'allongement du temps moyen de la vie. Jamais une politique sanitaire cohérente n'a été aussi nécessaire et cette politique ne peut être élaborée et menée à bien qu'avec l'entier concours du corps médical.

Hélas ! le malaise médical est certain et s'aggrave. Les praticiens souffrent de certaines dispositions de ces décrets du 12 mai 1960. Nos maîtres contestent l'application de la réforme des études médicales, avec toutes les incidences qu'elle comporte sur le plan hospitalier. Et maintenant voici que le statut des médecins fonctionnaires, des médecins inspecteurs de la santé est lui aussi gravement menacé.

Or, monsieur le ministre, il y a une pensée médicale, un écumenisme médical, une famille médicale et cette famille est solidaire. C'est sa mission même qui est mise en cause et cela dans toutes ses disciplines. Il faut la rassurer.

Pour les praticiens il faut, nous vous l'avons déjà dit, instituer le plus rapidement possible la commission prévue par l'article 24 des décrets du 12 mai qui permettra de réétudier certaines des dispositions de ces décrets et, nous le souhaitons, d'atténuer et même de faire disparaître ces graves difficultés qui sont nées entre les praticiens et les pouvoirs publics.

En ce qui concerne les chefs de services hospitaliers, il faut également rechercher tous les moyens d'atténuer les difficultés actuellement soulevées par l'application de la réforme hospitalo-universitaire.

Quant aux médecins fonctionnaires, prenez garde, monsieur le ministre, aux dangers que présenterait la fusion des services périphériques envisagée avant vous par certains. Pensez aussi à l'aspect international de ce problème. De toutes parts, on nous signale que les services correspondants dans les pays voisins sont dirigés par des médecins. Songez que la France est peut-être l'un des seuls pays de l'Occident où les directeurs d'hôpitaux ne soient pas médecins.

Si la fusion est réalisée, la direction de ce service extérieur doit revenir, par vocation, aux médecins inspecteurs qui, par nature, sont plus aptes que qui que ce soit pour apprécier les problèmes, non seulement médicaux et techniques, mais encore sociaux et humains. Il est plus facile à un médecin d'assimiler un complément d'informations administratives qu'à qui que ce soit d'acquiescer une culture médicale, même avec l'usage répété du *Larousse médical*. (Sourires.)

Telles sont, monsieur le ministre, les observations que je voulais vous présenter ce matin.

Je terminerai pas un souhait, par un vœu.

Vous pourriez être, vis-à-vis du corps médical, le ministre de la réconciliation. Je vous le souhaite car ce serait un très beau titre. (Applaudissements.)

M. le président. La parole est à M. Regaudie.

M. René Regaudie. Monsieur le ministre, je voulais appeler votre attention sur la nécessité de prendre une décision au sujet des directions départementales de la santé et de la population.

Mais le problème ayant été amplement traité dans cette enceinte et avec beaucoup plus de talent que je ne saurais le faire, je n'y reviendrai pas, me bornant à souligner l'intérêt d'une décision qui mettrait un terme à l'inquiétude des fonctionnaires intéressés et aussi à la légitime émotion des administrateurs locaux.

Les insuffisances de notre organisation de la santé publique pourraient donner lieu à de longues discussions. Le temps nous manque pour traiter toutes les questions. Je me bornerai à en traiter une — parmi d'autres — qui n'a pas été évoquée et qui a pourtant son importance.

Les parlementaires que nous sommes ont fréquemment à intervenir en faveur d'enfants dits arriérés que les parents nous demandent d'essayer de placer dans une école où ils pourraient être éduqués, devenir des travailleurs, à capacité

réduite certes, mais dont la charge pour l'avenir serait moins lourde pour la société.

En tout cas, pour les familles et pour eux-mêmes, le résultat, sur le plan moral et psychologique ne serait pas négligeable. Des sauvetages et des récupérations sont à effectuer, s'agissant de cette principale matière dont nous avons à nous occuper.

Au cours des nombreuses démarches que j'ai eu à faire, j'ai eu connaissance de la création, dans un département qui n'est pas très éloigné de Paris, d'une école dont on attendait l'ouverture d'un mois à l'autre, puis d'une année à l'autre. Or, à ma connaissance, cette école n'est pas encore ouverte. Pour des familles qui avaient fondé sur elle beaucoup d'espoirs c'est une grande déception que de s'entendre opposer un refus à leur demande et nous devons nous efforcer de leur éviter une telle désillusion bien pénible pour elles.

Monsieur le ministre, vous devez essayer de trouver une solution à ce délicat problème qui intéresse beaucoup plus de personnes qu'on ne paraît le croire et dont la misère, souvent cachée, n'est pas moins profonde.

Je voudrais aussi, monsieur le ministre, dans les quelques minutes dont je peux disposer, appeler votre particulière attention sur un point qui me préoccupe énormément.

Dans son distingué rapport d'hier soir, M. le rapporteur spécial n'a pas manqué de souligner les conséquences d'un décret du 13 septembre 1961, paru au *Journal officiel* du 15 septembre. Tous ceux qui sont avertis ne peuvent pas l'accepter, je dirai même qu'ils ne comprennent pas qu'un tel texte ait pu paraître.

Monsieur le ministre, nous connaissons vos sentiments patriotiques. Nous ne les mettons pas en doute. Nous croyons savoir que ce décret a été pris malgré vous. Mais la question qui se pose à nous est de savoir si la grande entreprise de démolition qui s'est engagée dès le lendemain de la Libération va aboutir. Des hommes ont déjà été frappés qui voulaient protéger l'industrie et l'économie françaises. On continue à démolir et au profit de qui ? Au profit de l'étranger. Il s'agit tout simplement de livrer l'industrie pharmaceutique française à l'étranger. Sous le texte que j'ai cité et qui, pour un profane, ne paraît pas dangereux, se dissimule une des entreprises les plus sournoises et les plus maléfiques qui ait jamais été montée contre notre industrie pharmaceutique.

Il est paradoxal de relancer que les conditions imposées aux petites entreprises, au capital de deux millions de nouveaux francs maximum, conditions relatives au capital et au diplôme, ne sont pas retenues pour les grandes sociétés à l'égard desquelles, cependant, dans une autre occasion, on s'est montré déjà très bienveillant. Bientôt, sans doute, cette dernière précaution sera abandonnée qui permet pourtant de sauvegarder l'industrie pharmaceutique française, industrie qui, dans le monde, a une place honorable et dont les exportations apportent des devises dans les caisses du Trésor.

Vous répondrez peut-être, monsieur le ministre, qu'il s'agit du Marché commun, de l'organisation européenne et que nous devons nous mettre à parité.

Vous êtes comme nous, monsieur le ministre, un partisan de l'Europe unie. Nous ne vous le reprochons pas, certes, et nous n'avons pas l'intention de faire quoi que ce soit qui puisse nuire à la formation de l'Europe. Mais nous ne pouvons accepter, non plus, que l'on entreprenne des opérations qui aboutiront à la disparition de l'une de nos activités importantes et qui donne lieu à des échanges qui contribuent à notre richesse nationale.

Monsieur le ministre, j'espère que vous voudrez bien reconsidérer ce problème et préparer une autre solution que celle qui paraît devoir vous être imposée. (*Applaudissements.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique et de la population.

M. Joseph Fontanet, ministre de la santé publique et de la population. Mesdames, messieurs, je veux tout d'abord remercier les rapporteurs qui ont analysé avec une clarté et une précision remarquables les différents chapitres de ce budget, qui ont su vous en présenter une image fidèle et qui, par là même, ont considérablement simplifié ma tâche.

Je rends également hommage à tous les orateurs qui ont enrichi cette discussion d'un très grand nombre de suggestions, d'informations, parfois même de critiques — et c'est parfaitement naturel — toujours formulées dans un esprit de coopération auquel je tiens à rendre hommage.

Il est incontestable que ce budget ne peut pas répondre totalement aux besoins. Il était parfaitement légitime que vous le disiez mais il est légitime aussi que je souligne les progrès

indéniables que, sur de nombreux points, il marque par rapport au budget précédent.

Alors que le revenu national augmentera, de 1961 à 1962, d'environ 5,5 p. 100, alors que les charges budgétaires dans leur ensemble augmentent, dans le budget de 1962 par rapport à celui de 1961, d'environ 8 p. 100, les crédits de fonctionnement du budget du ministère de la santé publique et de la population seront en augmentation de 15 p. 100 et les autorisations de programme en augmentation de 20 p. 100.

Je pense que ces chiffres manifestent d'une façon très concrète la volonté du Gouvernement de consacrer des sommes accrues à l'équipement sanitaire et à l'action sociale dans notre pays, et je répons par là même aux critiques, à mon avis excessives, de M. Nilès.

J'insisterai sur les traits caractéristiques de ce budget qui lui donnent sa coloration particulière.

Tout d'abord, ce projet reflète la politique de décentralisation que le Gouvernement a adoptée et qu'il entend poursuivre.

Vous constaterez, en premier lieu, que sont inscrits dans ce document les premiers crédits importants relatifs à la création, à Rennes, de l'école nationale de la santé. M. Fréville a exprimé à cet égard un certain nombre de préoccupations. Je le remercie d'avoir souligné l'importance du but que se propose la création de cette école en même temps que la nécessité de maintenir ses moyens d'action à la hauteur de nos ambitions, au moment où nous la créons.

Le crédit de fonctionnement qui figure au budget constitue une première étape. C'est un crédit provisionnel qui doit permettre l'ouverture de l'école, le statut du personnel et les études destinées à l'élaboration du programme d'enseignement n'étant pas encore terminés.

Le crédit inscrit au budget ne saurait donc préjuger l'importance définitive du budget de fonctionnement qui sera nécessaire.

J'ai parlé de décentralisation. Vous constaterez que des crédits sont prévus pour l'installation, à Montpellier, d'une section du laboratoire national de la santé publique.

M. Paul Coste-Floret. Très bien !

M. le ministre de la santé publique et de la population. Un autre trait caractéristique de ce budget est le développement de l'effort de recherche, conforme à la volonté des pouvoirs publics de donner un essor plus grand à la recherche scientifique sous toutes ses formes, dans notre pays. C'est ainsi qu'une dotation importante est destinée, dans le cadre de l'institut national d'hygiène, à créer de nouvelles unités de recherches médicales, à développer le service de protection contre les rayonnements ionisants, à favoriser les études sur la toxicologie alimentaire et à créer un laboratoire consacré aux problèmes de la pollution atmosphérique.

Certes, il ne suffit pas de créer des unités de recherche ; il faut avoir des chercheurs et c'est là que l'observation de M. le président Paul Reynaud trouve évidemment toute sa place.

Les crédits affectés à la rémunération de ces chercheurs sont attribués dans des conditions qui ne sont pas déterminées par mon département mais par une réglementation générale dans le cadre du statut des chercheurs du Centre national de la recherche scientifique. Je souhaite donc que l'observation que M. Fréville a bien voulu faire à l'occasion de la discussion de ce budget puisse être reprise, notamment, lorsque seront examinés les crédits propres au département de l'éducation nationale. Il reste que, si nous voulons disposer d'une recherche de qualité, nous ne devons pas décourager les chercheurs et je donne à M. le président Paul Reynaud l'assurance que ses observations ont retenu toute mon attention.

D'autres efforts de recherche seront développés dans le cadre de l'institut national d'études démographiques, notamment quant aux conditions dans lesquelles se révèlent ou se développent certaines inadaptations sociales, plus particulièrement dans le domaine de l'enfance.

Il est certain que nous avons, à cet égard, tout intérêt à procéder à une étude sociologique ou psychologique qui nous permettrait de mieux connaître les conditions dans lesquelles certaines personnes ou certaines catégories sociales sont plus menacées par l'inadaptation, afin de mieux savoir comment employer les crédits, en importance croissante, mis à notre disposition dans le budget. Cette connaissance des causes de l'inadaptation permettrait de réaliser des économies, soit en évitant des dépenses qui ne correspondraient pas exactement à l'objet auquel elle sont destinées, soit en orientant une politique de prévention sociale. Ainsi pourrions-nous apporter des solutions plus efficaces à ces problèmes sociaux très douloureux.

De nombreux orateurs ont bien voulu examiner — je les en remercie — les moyens des services de mon administration.

M. Lacroix a fait allusion, notamment, au problème du regroupement des services de mon ministère. Le ministre responsable de la santé publique et de la population est le premier à souhaiter un tel regroupement. Il est incontestable que les conditions actuelles de dispersion des services sont fâcheuses, nuisent à la bonne marche de l'administration et sont préjudiciables à l'exécution même de certaines tâches. Je puis à cet égard apporter à l'Assemblée ce que je considère comme une bonne nouvelle.

Mes services ont déjà évacué l'immeuble sis 11, rue de Tilsit et les dernières conditions indispensables à la construction de l'ensemble de l'îlot Fontenoy sont désormais remplies, si bien que la pose de la première pierre du nouvel ensemble immobilier est maintenant très proche.

Une mention particulière a été faite des problèmes des services extérieurs du ministère.

Depuis mon installation rue de Tilsit, j'ai saisi mon collègue des finances de propositions tendant à revaloriser la carrière des inspecteurs de la population. La commission Mairey avait en effet souligné la nécessité d'améliorer, de façon très rapide, l'indice de ce personnel, avant même qu'aient pu être tirées les conclusions des études tendant à la réorganisation de ces services.

J'ai également saisi M. le ministre des finances et des affaires économiques de propositions concernant les inspecteurs de la santé dont la situation est actuellement inférieure à celle des médecins militaires d'ancienneté équivalente.

À cet égard, je tiens à préciser qu'il n'est pas question, dans le rapport Mairey, de subordonner les inspecteurs de la santé aux inspecteurs de la population; il a seulement été envisagé de les décharger d'un certain nombre de tâches administratives pour leur permettre de mieux se consacrer aux responsabilités qui leur sont propres.

Quoi qu'il en soit, je conçois parfaitement que la question doive être étudiée au fond et je suis décidé, malgré l'intérêt qu'il y a, et je le comprends, à calmer l'appréhension qui a pu naître dans l'esprit de ces fonctionnaires, à éviter néanmoins une décision précipitée tout en recherchant une solution pour adapter les moyens de ces services aux tâches qu'ils ont à accomplir.

Sur les personnels des établissements de soins, de nombreux orateurs ont formulé des observations auxquelles, pour ma part, je souscris entièrement et je voudrais signaler, à cet égard, l'heureux aboutissement des conversations engagées par mon prédécesseur avec M. le ministre des finances. Pour le personnel infirmier, un texte va être prochainement publié qui fera état de mesures substantielles propres, d'une part, à accélérer le début de carrière des infirmiers et infirmières, ce qui aiderait incontestablement à améliorer leur recrutement et, d'autre part, à revaloriser l'ensemble de la fonction en relevant de façon très sensible les indices de fin de carrière.

Ces mesures étaient absolument nécessaires et correspondent d'ailleurs aux conditions de travail, aux sujétions de tous ordres et aux qualités de compétence et de dévouement qu'on requiert de ces agents.

Ces dispositions, qui vont être prochainement rendues publiques, apporteront aux intéressés une satisfaction appréciable et constitueront une étape importante dans la voie de la solution du très difficile problème de la carrière de nos personnels infirmiers dont l'insuffisance en effectifs complique singulièrement la tâche.

Dans le temps, d'ailleurs, où seront prises ces mesures, sera créée une prime de service qui permettra de majorer d'environ 5 p. 100, en moyenne, la rémunération du personnel infirmier.

Il s'agit là, également, d'une satisfaction très importante qui s'étendra au personnel administratif.

De nombreux parlementaires ont également insisté sur le problème de la formation des personnels infirmiers et souligné que la question des écoles d'infirmières devait être particulièrement étudiée.

Si, dans le budget qui vous est présenté, aucun crédit nouveau n'est inscrit pour le fonctionnement des écoles, c'est parce que nous avons voulu, cette année, concentrer notre effort sur les bourses et vous avez pu vous rendre compte qu'une majoration importante est prévue à cet égard dans notre projet.

En outre, le plan quadriennal qui prévoit, dans le domaine hospitalier et sanitaire, un effort important, nous permettra de créer des écoles de cadres d'infirmières. Pratiquement, les demandes en instance, présentées par les collectivités locales et par les œuvres privées, devraient pouvoir être satisfaites au cours des années à venir si les crédits affectés à ces opérations atteignent le volume que j'attends.

On peut dire par conséquent qu'aucune des demandes présentées ne souffrira de trop grands retards et je confirme que mon

département est, bien entendu, prêt à accueillir d'autres initiatives. Le nombre des écoles publiques ira d'ailleurs croissant.

Une réforme concernant la promotion sociale des aides soignantes est, par ailleurs, à l'étude, qui reprend les suggestions de M. Dutheil et elle verra le jour incessamment.

L'ensemble de ces efforts, qui portent tant sur les rémunérations que sur le recrutement, doit permettre de détendre la situation, actuellement très difficile, du personnel hospitalier et, par là même, d'améliorer ses conditions de travail.

Dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail, je songe, bien entendu, aux observations très pertinentes de M. Lacroix concernant le logement.

M. Fréville a souligné l'intérêt qu'il y aurait à assurer, au sein des hôpitaux, le fonctionnement de secrétariats techniques permettant une meilleure liaison entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

Mon administration est consciente de l'utilité de ces secrétariats et s'efforce de les développer en liaison avec les commissions administratives. Si M. Fréville veut bien s'informer, il constatera que le souhait qu'il a émis a été reçu un commencement d'exécution. Mais si des progrès ont été enregistrés en la matière, cette action ne saurait apparaître dans une ligne particulière du budget de l'Etat.

Je veux également rassurer entièrement M. Fréville sur les pouvoirs des commissions administratives des centres hospitaliers universitaires qui sont identiques à ceux des commissions administratives des hôpitaux traditionnels.

M. Pinoteau a souligné que la représentation des médecins élus au conseil d'administration de l'assistance publique était plus faible que dans le précédent conseil.

Cette situation résulte de la réduction du nombre total des membres du conseil. Pour tenir compte de l'intérêt qu'il y a à donner au corps médical une importante représentation, j'ai réservé à un médecin l'un des deux postes laissés à mon choix au sein du nouveau conseil. Quant à la représentation du personnel, elle est assurée dans le comité technique paritaire, comme il est maintenant de règle dans tous les hôpitaux.

M. Lacroix a fait allusion à la réforme hospitalière et au développement de la médecine à plein temps. Il sait que nous faisons entrer progressivement en application les textes qu'avaient préparés et mis en œuvre mon prédécesseur, et je ne puis que m'associer au souhait qu'a exprimé après lui M. Debray. Il est incontestable que, dans l'intérêt à la fois du malade et de la médecine, un esprit de compréhension et de confiance doit régner entre les pouvoirs publics et le corps médical.

Je peux donner ici l'assurance qu'en ce qui me concerne, cet esprit existe et existera et je suis certain qu'il en est de même du côté des médecins. C'est ainsi seulement que nous pourrions associer tous nos efforts pour la réussite de cette réforme, qui doit permettre de doter notre pays d'un équipement médical moderne et qui doit permettre également, sur le plan de la recherche et sur celui de l'enseignement, de rattraper certains retards qui ont pu être pris dans le passé.

M. Kareher a signalé l'intérêt de la création de services de convalescents.

Les suggestions déjà formulées l'an dernier, à cet égard, ont été retenues. Dans ce domaine également, leur concrétisation n'apparaît pas dans les chiffres budgétaires, nécessairement globaux. Cependant, des initiatives ont été prises et, dans de nombreux services, on développe des services particuliers pour les convalescents, de même que, dans certains cas, on reconvertit à cette fin certains établissements antituberculeux.

M. Jouault a souligné les disparités entre les prix de journée.

Il est incontestable que les prix de journée ne peuvent pas être au même niveau dans tous les hôpitaux, car les charges de personnel diffèrent, selon, notamment, qu'il s'agit de personnel congréganiste ou laïc. D'autre part, les amortissements et les remboursements d'emprunt pèsent inégalement sur les prix de journée, selon que les investissements sont plus ou moins récents. Enfin, le prix de journée est une moyenne entre le coût des soins pour les malades qui ne réclament qu'un traitement simple et celui des soins à des malades qui exigent un traitement très onéreux. C'est un point sur lequel il faut, je crois, se garder de faire des comparaisons trop rapides entre certaines cliniques privées qui ne reçoivent souvent que des malades n'exigeant pas de soins coûteux et des hôpitaux qui sont obligés au contraire d'avoir un matériel indispensable pour des traitements très onéreux.

Je précise en tout cas que les charges d'enseignement, qui étaient jusqu'ici incluses dans le prix de journée, vont faire désormais l'objet d'un remboursement par l'éducation nationale. Des crédits figurent à cet effet aux charges communes de 1962.

Vous avez enfin remarqué que, dans le budget de mon ministère, sont inscrits des crédits destinés à créer une cellule statistique qui permettra de mieux contrôler l'évolution des prix de journée et de suivre d'une manière plus précise celle des dépenses des différentes catégories d'hôpitaux, ce qui sera très précieux pour mon administration dans sa tâche de contrôle, mais également pour les commissions administratives et les directeurs d'établissements publics qui pourront avoir des moyennes générales, des normes, des « ratio » qui leur permettront de mieux contrôler leur gestion.

Pour les répercussions éventuelles de la médecine « plein temps » sur les prix de journée, je vous signale que le passage à la médecine « plein temps » ne signifie pas que trois équipes d'égale importance se succéderont pendant les vingt-quatre heures, mais qu'une meilleure utilisation du temps du personnel et des appareils pourra être recherchée. S'il est exact de dire que la médecine « plein temps » augmentera légèrement le coût du prix de journée, il paraît incontestable qu'elle raccourcira la durée du séjour des malades et, par là même, le coût de la maladie.

J'en viens maintenant aux problèmes de l'aide sociale qui ont été très longuement traités par les rapporteurs et par la plupart des orateurs.

M. Bisson et Mme Delabie ont fait allusion, en particulier, au problème de la répartition du contingent d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités. Il est certain que depuis l'établissement du barème de 1956 la capacité contributive des différents départements a pu varier. C'est la raison pour laquelle mon prédécesseur avait indiqué à plusieurs reprises qu'il avait conscience de certaines anomalies et qu'il rechercherait la possibilité de modifier le classement.

En réalité, c'est un problème interministériel qui comporte, vous le comprenez, des incidences budgétaires sur lesquelles un accord n'a pu jusqu'à présent être réalisé.

Néanmoins, le Gouvernement a donné la preuve de l'attention qu'il apporte aux charges qui pèsent sur les collectivités locales au titre de la répartition des dépenses d'aide sociale puisque, lors de la réforme de l'allocation de loyer, il a transféré cette allocation du groupe III au groupe II qui comporte une plus grande participation de l'Etat, afin précisément de ne pas surcharger les budgets des collectivités locales.

Bien entendu, le problème qui a été le plus souvent évoqué est celui du taux des allocations accordées aux vieillards et aux infirmes ainsi que des allocations militaires.

En effet, il est incontestable que ces allocations, qui n'ont pas été substantiellement relevées depuis plusieurs années ainsi que les plafonds de ressources dont certains n'ont pas été modifiés depuis 1956, ne correspondent plus au niveau qui serait actuellement souhaitable.

L'ampleur de l'effort budgétaire à accomplir pose un problème qui dépasse le cadre de l'étude particulière du budget du ministère de la santé publique et de la population.

C'est pourquoi, d'ailleurs, M. le Premier ministre l'a abordé lui-même lors de l'exposé inaugural par lequel il a ouvert la session budgétaire, ainsi que vous vous en souvenez, après avoir souligné les mesures récentes qui avaient été prises en faveur de la vieillesse, notamment l'augmentation du complément de l'allocation de solidarité en particulier pour les personnes âgées de plus de 75 ans, l'amélioration considérable de l'allocation de loyer qui jouera cette année sur la totalité de l'exercice, et les mesures en cours de discussion devant le Parlement concernant les allocations versées aux vieux travailleurs agricoles. Il a été annoncé qu'après le dépôt du rapport Laroque, les Assemblées seraient saisies du problème de l'aide à la vieillesse lors de la première session de 1962 et, en particulier, du programme d'augmentation des prestations qui sera présenté avec l'effort correspondant des ressources qui sera nécessaire.

Il n'est donc pas question sur ce point — je tiens en particulier à rassurer M. Baudis et M. Joyon — d'attendre le prochain budget pour y insérer l'effort à accomplir en faveur des vieillards dont la nécessité et l'urgence ne sont pas discutées.

Mais on ne saurait limiter l'effort d'assistance à la vieillesse au seul problème, si important soit-il, des avantages pécuniaires.

Cette action sociale suppose en effet la mise en œuvre de toute une politique qui a été définie par une circulaire du 18 janvier 1960.

Cette politique marque tout d'abord sa préférence pour l'aide à domicile apportée aux vieillards.

C'est ainsi qu'a été organisée par un décret du 7 janvier 1959 l'aide ménagère à domicile dans la limite de la majoration pour tierce personne.

C'est ainsi également qu'ont été encouragées toutes les formules qui permettent de venir en aide aux vieillards, par exemple par la création de restaurants-foyers, et par des formules

de logements adaptés qui évitent le recours à la maison de retraite.

A cet égard, je signale que la transformation de l'allocation compensatrice de loyer en allocation-loyer qui permet, d'une part, de payer 75 p. 100 du loyer des vieillards assistés et, d'autre part, de verser celle allocation, même dans le cas de logement neuf, est une mesure qui permettra de développer une politique de logement appropriée en faveur des vieillards. En effet, si jusqu'à présent il était déjà prévu que des logements seraient réservés aux vieillards dans les réalisations H. L. M., le coût du loyer de ces logements les mettait hors de leur portée. Les formules précédentes en matière d'aide sociale ne permettaient pas de combler la différence, si bien que le problème du financement n'était pas résolu; il pourra l'être désormais en raison des dispositions qui ont été prises.

Je signale aussi qu'il est possible désormais de prendre en charge, au titre de l'aide sociale, les personnes qui sont logées, non pas dans des logements de type classique, mais dans des logements-foyers proprement dits, comportant les services collectifs, notamment des restaurants-foyers, auxquels les vieillards pourront avoir recours s'ils le jugent utile.

L'effort financier accompli par le ministère au titre des subventions qui peuvent être accordées aux organismes réalisant ces équipements passe de 2.460.000 nouveaux francs en 1961 à quatre millions de nouveaux francs dans le budget de 1962, ce qui marque une progression notable.

Il existe malheureusement des cas pour lesquels il est impossible d'éviter l'hospitalisation. A ce sujet, je signale l'effort très important qui est consenti et qui le sera au cours des années à venir.

Dans le budget d'équipement des hôpitaux autres que les centres hospitaliers et universitaires, le pourcentage des crédits affectés aux vieillards passe de 2 p. 100 en 1961 à 35 p. 100 en 1962. Alors que le budget de 1961 ne prévoyait qu'une seule opération, celle de l'hospice Debrousse de l'Assistance publique de Paris, le projet de 1962 en prévoit 26, permettant de créer 2.500 à 3.000 lits supplémentaires. Alors que dans le cadre de la précédente loi de programme et en trois ans, quelques centaines de lits seulement avaient été créés, pour l'élaboration du troisième plan d'équipement hospitalier, 836 projets ont été retenus. Dans la tranche de ce troisième plan qui pourrait être normalement financée au cours du quatrième plan quadriennal, c'est environ 175 projets qui devraient pouvoir être réalisés, ce qui représente, vous le constatez, une progression extrêmement importante par rapport à ce qui avait été fait dans le passé et qui marque un véritable tournant dans notre politique d'équipement en faveur de l'accueil des vieillards, correspondant d'ailleurs à la gravité d'un problème qui nous est posé par notre situation démographique actuelle et par l'état, très digne d'intérêt, d'un grand nombre de personnes âgées.

Les infirmes ont également fait l'objet de l'attention de nombreux orateurs.

Les mesures relatives à la vieillesse s'appliquent aussi aux firmes. Toutefois, des dispositions leur sont particulières. Des améliorations ont été apportées par le décret du 15 mai 1961, qui vont faire l'objet, cette année, de crédits accordés en année pleine.

M. Burlot a bien voulu souligner les améliorations importantes que ce décret avait apportées et il a demandé que de nouvelles améliorations puissent être recherchées. J'ai entendu avec intérêt ses suggestions généreuses. Il peut être assuré que je les étudierai avec tout le soin qu'elles méritent.

Quant à la circulaire d'application du décret du 15 mai 1961, à propos de laquelle se sont, en particulier, inquiétés MM. Baudis et Mariotte, je puis leur faire savoir que cette circulaire est prête et qu'elle va être prochainement publiée et envoyée à tous les intéressés.

En ce qui concerne les infirmes, un autre problème important est celui de leur réadaptation. L'effort devra porter d'abord sur le développement des services de réadaptation hospitaliers, qui sont encore très insuffisants.

Actuellement, il est pourvu au développement de services pilotes et d'installations spécialisées dans les deux établissements nationaux de Saint-Maurice, dans la Seine, et de Zuydcoote, dans le Nord. Ces établissements auront une grande importance comme établissements pilotes et, en même temps, pourront jouer un rôle essentiel en matière de formation de personnel.

Il faut aussi que nous développons des centres post-hospitaliers de rééducation fonctionnelle car, malgré l'effort considérable d'organismes privés qui, avec beaucoup de dévouement et beaucoup de zèle, se penchent sur ce problème, le nombre des places est tout à fait insuffisant.

Je voudrais signaler que les subventions pour centres spécialisés d'adultes ont quadruplé de 1959 à 1961.

En outre, des consignes ont été données aux services départementaux d'hygiène sociale pour qu'ils mettent davantage encore leurs ressources à la disposition des infirmes, afin de permettre de suivre leur cure et leur réadaptation de façon continue, depuis l'hôpital jusqu'à la réinstallation professionnelle et familiale.

M. Meck a soulevé le problème des familles et m'a interrogé sur les intentions du Gouvernement quant à la revalorisation des prestations familiales.

Cette question est actuellement en discussion au sein du Gouvernement. Mais d'ores et déjà un certain nombre d'assurances peuvent être données.

Tout d'abord, un effort très substantiel sera fait en 1962 pour revaloriser les prestations familiales, et déjà le montant de la contribution budgétaire destinée à couvrir cet effort a été arrêté. Cette contribution, je le rappelle, est destinée au paiement des prestations familiales aux fonctionnaires et à la part du financement du régime agricole qui est prise en charge sur les crédits du budget. Pour ces deux destinations, un crédit supplémentaire de 25 milliards d'anciens francs va être inscrit au budget par voie de lettre rectificative. Il permettra une revalorisation de l'ensemble des prestations, qui sera la plus forte en pouvoir d'achat réel qui ait été consentie depuis au moins une dizaine d'années.

Cet effort de revalorisation ne sera pas réparti uniformément sur toutes les prestations, mais, conformément aux conclusions du rapport Prigent et aux demandes des organisations familiales, il est prévu de le concentrer plus particulièrement sur certains postes, après avoir procédé à une revalorisation qui sera générale mais qui n'absorbera pas la totalité des disponibilités. C'est ainsi qu'un effort particulier sera fait pour les allocations attribuées au titre des enfants de plus de dix ans et que l'allocation de salaire unique sera l'objet d'une attribution de crédits et d'un réaménagement afin d'améliorer son efficacité et de permettre, si possible, une amélioration plus substantielle dans les cas les plus dignes d'intérêt.

Parallèlement, le problème du financement sera examiné afin de rechercher s'il est possible de mieux assurer à l'avenir les ressources indispensables à la sauvegarde et au développement de la politique familiale.

Le problème des travailleuses familiales a été abordé par plusieurs orateurs, notamment par M. Mariotte. Ce problème a déjà été étudié au sein du Gouvernement et, en particulier, par mon ministère. Nous sommes très favorables au développement du nombre et de l'activité de ces travailleuses familiales. Il est certain que sur le plan social, l'intervention des travailleuses familiales, surtout quand la mère est malade, apporte sur le plan social un concours matériel et moral, qui permet souvent d'empêcher que la fatigue ne devienne maladie et ne provoque l'hospitalisation avec toutes les conséquences toujours très fâcheuses qui en résultent pour l'unité et l'harmonie familiales. D'un point de vue plus général, elles permettent d'éviter des dépenses qui, dans le cas de l'hospitalisation notamment, seraient beaucoup plus élevées.

Un débat a eu lieu cette année sur cette question et il a été entendu, au cours de la discussion, que les suggestions faites par le Parlement seraient réexaminées après le dépôt des conclusions de la commission Prigent.

Ici, deux problèmes se posent : d'une part le financement de la formation des travailleuses familiales ; d'autre part, celui du concours ainsi apporté aux familles dont une large part sera assurée par les régimes de sécurité sociale.

Sur le premier point, je souhaite qu'il soit possible, à l'occasion de la lettre rectificative, de marquer l'intérêt que le Gouvernement porte à la formation des travailleuses familiales en augmentant les crédits affectés à cette formation.

En ce qui concerne le problème du remboursement des prestations qu'elles fournissent, il n'a pas encore été entièrement élucidé dans les débats ministériels qui sont en cours concernant la revalorisation des prestations familiales. Je pense qu'il sera possible, au moment où le Parlement sera saisi de cette question, d'apporter des propositions concrètes à tous les parlementaires qui se sont légitimement préoccupés de ce problème.

D'ores et déjà les caisses d'allocations familiales consacrent une fraction de leurs ressources à l'aide familiale. Afin d'assurer un large développement de cette action, il convient de réserver, dans le cadre du fonds d'action sanitaire et sociale des caisses, des ressources financières appropriées. De telles mesures permettraient à l'ensemble des familles dont la situation le justifierait, de recourir à la collaboration des travailleuses familiales. Nous pourrions donner ainsi une satisfaction très substantielle aux propositions qui ont été présentées.

Les foyers de jeunes travailleurs ont fait l'objet d'interventions de la part de MM. Birson et Fréville. Je souligne que les

crédits qui figurent à ce titre au budget sont supérieurs au double de ceux qui figuraient au budget de 1961, lesquels étaient eux-mêmes presque doublés par rapport à ceux de l'année précédente. Il est incontestable que les besoins, sur ce plan, restent considérables. Dans le plan d'équipement hospitalier et sanitaire et dans le plan social, c'est un total d'environ 40 millions de nouveaux francs qui ont, en principe, été prévus pour les quatre prochaines années.

Parmi les problèmes intéressant l'aide sociale, une attention particulière a été apportée, à juste titre, au problème de l'enfance inadaptée.

Ce problème se pose aujourd'hui dans des conditions plus difficiles que par le passé, ne serait-ce sans doute qu'à cause des progrès de la médecine qui permettent de sauver à la naissance un grand nombre d'enfants débiles qu'il faut pouvoir éduquer et préparer à la vie dans des conditions suffisantes. Nous ne disposons pas encore, il faut le reconnaître, de tout l'équipement qui serait à cet égard nécessaire.

Puisqu'il a été surtout fait allusion aux enfants débiles, qu'il s'agisse de déficience intellectuelle ou de troubles neuro-psychiques, je souligne l'effort néanmoins entrepris en matière d'instituts médico-pédagogiques. Ces instituts ont reçus, dès 1959, des subventions plus importantes puisqu'une douzaine ont pu être réalisés ou aménagés. Le nombre d'établissements ainsi créés ou aménagés était de 14 en 1960 ; il s'est élevé à 20 en 1961. Dans le cadre du quatrième plan, deux efforts sont prévus.

D'une part, ont été déterminées les régions dans lesquelles de nouveaux investissements devraient être effectués par priorité, ce qui répond aux préoccupations exprimées par plusieurs orateurs en matière d'insuffisances régionales. Priorité sera donnée aux régions où jusqu'à présent aucun établissement de ce genre n'a pu être créé. D'autre part, après la création d'établissements pour les débiles de moins de quatorze ans, un effort a déjà été réalisé et sera poursuivi en vue de donner une formation professionnelle qui facilite à ces adolescents une insertion dans la vie économique.

Pour toutes ces raisons, les crédits qui seront affectés au cours des années prochaines aux instituts médico-pédagogiques iront encore en croissant. L'effort dans ce domaine doit être tout à fait prioritaire.

En liaison avec le ministère de l'éducation nationale, nous cherchons à développer des classes de perfectionnement qui, dans certains cas, peuvent être utilement associées à l'action des instituts médico-pédagogiques.

Il reste à parfaire les conditions dans lesquelles ces instituts fonctionneront ; en particulier celles dans lesquelles les enfants en âge d'y être accueillis devront être pris en charge.

Contrairement à ce que pourrait croire M. Jaillon, il existe des formules de prise en charge, il en existe même deux. La première formule fait intervenir l'aide sociale ; elle est relativement souple, mais subordonnée à l'appréciation des ressources des familles et je veillerai à ce que cet examen soit effectué dans des conditions aussi bienveillantes que possible.

La deuxième formule est celle de la prise en charge par la sécurité sociale, mais elle donne encore lieu à des différences d'interprétation selon les caisses. J'ai engagé des conversations avec mon collègue du travail pour que nous puissions mettre au point cette question avec la sécurité sociale et lui apporter un règlement efficace et humain. (Très bien ! très bien !)

Les hôpitaux psychiatriques devront être aménagés de façon à réserver des conditions d'accueil particulières aux enfants. En effet, certains enfants déficients mentaux relèvent d'une action exclusivement médicale qui ne saurait être accomplie que dans un hôpital spécialisé. Je traiterai tout à l'heure le problème des établissements de soins aux malades mentaux et je dirai comment nous entendons résoudre ce problème sur lequel M. Fréville a très justement insisté.

Enfin, nous nous préoccupons tout particulièrement du recrutement et de la formation des éducateurs, problème essentiel si nous voulons que ces établissements atteignent pleinement leur objectif social et humain.

Au total, je souligne que l'effort en faveur de l'enfance inadaptée est également en croissance considérable sur le plan des crédits, qui sont passés de 200 millions d'anciens francs en 1959 à 1 milliard 550 millions d'anciens francs en 1962.

J'en viens maintenant au problème des malades mentaux qui a retenu particulièrement l'attention de M. Fréville, de M. Mariotte et de M. Pinoteau. La politique du ministère de la santé en ce domaine a été définie par une circulaire du 15 mars 1960. Elle repose sur une nouvelle conception du traitement des malades mentaux.

D'une part, il est nécessaire de poursuivre l'effort, entrepris depuis un certain nombre d'années, en France, en vue de transformer le climat des hôpitaux psychiatriques, de bannir cette atmosphère carcérale qui autrefois était trop souvent la

leur. Il convient en outre de s'efforcer de soigner le malade précocement et en dehors de l'hôpital. Pour ce faire, il faut assurer une unité de traitement entre le dépistage, les premiers soins qui peuvent souvent, quand il s'agit de maladies à leur début, être donnés au dehors, l'hospitalisation éventuelle et, enfin, les soins de post-cure, qui permettront au malade de retrouver son équilibre et de reprendre une vie normale. Il faut donc pouvoir disposer d'une chaîne d'établissements susceptibles d'accueillir le malade aux stades successifs de sa cure et d'assurer, à travers elle, l'unité des soins par une même équipe médico-sociale.

C'est en fonction de ces conceptions nouvelles que doit se transformer l'équipement hospitalier en matière de maladies mentales. Le budget porte la trace de cette volonté de transformation. Vous y verrez, par exemple, qu'il est prévu la création d'une part, de deux hôpitaux de jour et d'autre part, de quartiers hospitaliers ou d'hôpitaux départementaux dans des conditions étroitement liées à cette notion de secteur dont j'ai parlé tout à l'heure, ces secteurs étant découpés à travers les départements de façon à recevoir cette chaîne d'établissements complémentaires à laquelle j'ai fait allusion.

Pour les nouvelles constructions comme pour les réaménagements apportés aux hôpitaux anciens, nous continuerons à aller dans le sens de la création d'hôpitaux ou de services plus réduits, pour éviter ces grandes concentrations qui créent une atmosphère de vie si pénible aux malades. Du même coup, la division des locaux permettra une meilleure spécialisation des soins. Dans ce cadre se trouvera réalisée la suggestion faite par M. Fréville d'une amélioration des conditions d'accueil faites aux enfants dont l'état rend nécessaire l'hospitalisation dans ces établissements spécialisés.

J'en viens rapidement aux problèmes de la pharmacie évoqués par MM. Bisson et Regaudie à propos du décret du 13 septembre 1961 permettant aux sociétés dont le capital est supérieur à deux millions de nouveaux francs de n'avoir que deux administrateurs pharmaciens et un président directeur général armé, à condition que ce dernier délègue ses pouvoirs et responsabilité à l'un des deux administrateurs pharmaciens.

M. Regaudie a vu dans cette mesure une menace contre les entreprises pharmaceutiques françaises. Il faut étudier dans quel contexte économique le problème se pose.

Nous sommes dans une période d'évolution économique qui aboutit à une ouverture de plus en plus grande des frontières et la tendance, dans tous les pays du monde, en particulier dans les pays européens qui vont maintenant entrer en concurrence plus directe avec notre industrie, est à la concentration des entreprises. Si l'industrie française était entravée dans certaines possibilités de fusion ou d'accroissement de capital, c'est alors qu'elle courrait, sur le plan de la concurrence internationale, les risques les plus sérieux.

Je tiens à rassurer MM. Bisson et Regaudie sur la volonté du Gouvernement de maintenir la responsabilité des pharmaciens au sein de ces établissements de fabrication ou de réparation de produits pharmaceutiques. C'est ainsi que le texte qui a été publié, prévoit que l'un des deux pharmaciens doit se voir déléguer les pouvoirs et responsabilités en matière d'application de la législation pharmaceutique. Cela signifie que ce sera, au sein du conseil d'administration, sa tâche essentielle, ce qui permettra, par conséquent, un meilleur contrôle de l'application de la législation pharmaceutique. Le même texte prévoit d'autre part que si le directeur général a la charge, comme cela était possible jusqu'à maintenant, de cette responsabilité pharmaceutique, il doit, en plus, être membre du conseil d'administration, ce qui n'était pas obligatoire dans la législation antérieure et ce qui marque bien la volonté de ne pas laisser diminuer la responsabilité du pharmacien dans l'application de la législation.

Les pouvoirs publics sont absolument conscients de la mission que la pharmacie a toujours remplie dans le domaine de la santé publique; si, dans cette activité, il est indispensable de tenir compte de considérations économiques, lesquelles sont inséparables des activités de fabrication ou de distribution, le ministre chargé de la santé publique n'oubliera jamais que les préoccupations propres à la santé publique doivent toujours, en cas de conflit, avoir le pas sur les préoccupations proprement économiques.

Je dirai quelques mots des fléaux sociaux évoqués notamment par M. le docteur Lacroix à qui je signale que figurent dans ce budget des crédits destinés à la mise en place dans tous les départements de services sociaux de prévention et de réadaptation, prévus en matière de lutte contre la prostitution, par l'ordonnance du 25 novembre 1960. D'ores et déjà, des services sociaux sont en voie de constitution dans les villes les plus menacées par ce fléau.

Je m'excuse d'être obligé, vu l'heure, de ne pas répondre à toutes les questions qui m'avaient été posées sur certains problèmes, notamment en ce qui concerne la transfusion sanguine ou l'immigration. Je répondrai directement aux parlementaires qui m'ont posé ces questions.

Je conclurai en vous disant quelques mots du budget d'équipement considéré dans ses chiffres globaux, puisque aussi bien j'ai déjà pu en examiner devant vous les aspects particuliers à propos des différentes préoccupations d'ordre social que vous avez évoquées.

Bien entendu, nous nous trouvons en présence de besoins immenses et les équipements ne sont pas encore à la mesure de ces besoins. Il conviendrait toutefois de prendre en considération le rythme rapide de la progression des crédits d'équipement. En 1958 — et M. le rapporteur Bisson l'a rappelé — les crédits d'équipements du ministère de la santé publique et de la population n'étaient que de 46 millions de nouveaux francs; en 1959, ils ont été portés à 60 millions de nouveaux francs; en 1960, à 100 millions; en 1961, à 210 millions et en 1962 ils sont portés au total à 250 millions de nouveaux francs, si l'on tient compte, comme c'est légitime, des 55 millions de nouveaux francs figurant au budget des charges communes par les C. H. U. C'est dire que, par rapport à 1958, ce sont des crédits septuples qui sont actuellement mis à la disposition de mon ministère pour la réalisation de l'équipement sanitaire et social. Par ailleurs, les crédits prévus pour les trois prochaines années pour la réalisation de la tranche d'équipement sanitaire et social du IV^e plan quadriennal, représentent un rythme de consommation de 400 millions de nouveaux francs par an, permettant 100 milliards d'anciens francs de travaux annuels et représentant, en crédits de subvention, dix fois plus que ce qui a été dépensé en 1958.

Grâce à ces crédits, il sera possible, dans les quatre années du IV^e plan, de dépenser, au titre de l'équipement sanitaire et social, environ trois fois plus que ce qui a été dépensé au cours des quatre dernières années, qui cependant portent déjà la marque de l'effort important que je viens de relater.

Notre souci doit être, parallèlement, de dépenser ces crédits dans les meilleures conditions. C'est la raison pour laquelle nous avons accordé une importance particulière au bon fonctionnement du centre technique d'équipement sanitaire et social qui permettra de mettre fin à ce déphasage qui, à la longue, deviendrait préoccupant entre les autorisations de programme et les crédits de paiement.

Dans une période où le volume des dépenses n'a cessé de croître très rapidement, ainsi que nous l'avons vu, il est normal que les services et les collectivités aient eu quelques difficultés à s'adapter à ce nouveau rythme de consommation des crédits. Mais nous sommes actuellement dans l'obligation de faire en sorte que ce déphasage ne s'accroisse pas, faute de quoi l'effort d'équipement consenti par le Gouvernement serait entravé dans sa réalisation.

Vous avez à approuver la création d'emplois d'agents qui assureront, dès cette année, une meilleure efficacité du centre technique. Par là même vous apporterez une contribution importante à la meilleure utilisation des crédits dont par ailleurs vous déciderez l'engagement.

Au terme de cette discussion, et en m'excusant du caractère un peu fastidieux de cette énumération de chiffres — mais une discussion budgétaire doit être essentiellement une discussion sur les chiffres — je voudrais remercier encore les rapporteurs et les membres de cette Assemblée de la collaboration extrêmement précieuse qu'ils ont apportée au Gouvernement.

Grâce à cette discussion et à toutes les observations qu'ils ont présentées, ils ont prouvé au cours de ce débat non seulement qu'ils étaient des administrateurs consciencieux, des législateurs compétents mais encore qu'ils étaient des hommes et des femmes de cœur. (Applaudissements.)

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix le titre III de l'état C concernant le ministère de la santé publique et de la population, au chiffre de 9.775.401 nouveaux francs.

(Le titre III de l'état C, mis aux voix, est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le titre IV de l'état C concernant le ministère de la santé publique et de la population, au chiffre de 9.383.988 nouveaux francs.

(Le titre IV de l'état C, mis aux voix, est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix, pour le titre V de l'état D concernant le ministère de la santé publique et de la population,

l'autorisation de programme au chiffre de 16.217.000 nouveaux francs.

(L'autorisation de programme, mise aux voix, est adoptée.)

M. le président. Je mets aux voix, pour le titre V de l'état D concernant le ministère de la santé publique et de la population, le crédit de paiement au chiffre de 3.545.000 nouveaux francs.

(Le crédit de paiement, mis aux voix, est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix, pour le titre VI de l'état D concernant le ministère de la santé publique et de la population, l'autorisation de programme au chiffre de 178.783.000 nouveaux francs.

(L'autorisation de programme, mise aux voix, est adoptée.)

M. le président. Je mets aux voix, pour le titre VI de l'état D concernant le ministère de la santé publique et de la population, le crédit de paiement au chiffre de 23.590.000 nouveaux francs.

(Le crédit de paiement, mis aux voix, est adopté.)

— 2 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Cet après-midi, à quinze heures, deuxième séance publique :

Questions orales sans débat.

Question n° 5171. — M. René Plevin appelle l'attention de M. le ministre de la justice sur les lacunes de la législation française et sur son retard à l'égard de certaines législations étrangères en ce qui concerne la tutelle d'individus sociaux et de délinquants anormaux. Il lui demande s'il compte déposer un projet de loi de défense sociale, qui donnerait aux magistrats les moyens de placer sous tutelle médico-judiciaire des individus dont la liberté, dans leur intérêt, comme dans celui de la société, devrait s'exercer sous contrôle, sans cependant que leur état justifie l'emprisonnement ou l'internement.

Question n° 12034. — M. Dalbos expose à M. le ministre de l'éducation nationale les graves inconvénients résultant des changements fréquents qui interviennent dans le choix des livres scolaires. Ces changements sont parfois la conséquence d'une modification des programmes mais résultent, le plus souvent, des mutations opérées dans le corps enseignant et le corps d'inspection. Il lui demande quelles sont les mesures qu'il compte prendre pour, sans porter atteinte aux droits du corps enseignant, éviter des abus qui grèvent lourdement le budget de nombreuses familles.

Questions orales avec débat :

Question n° 12033. — M. Fréville demande à M. le ministre de l'éducation nationale quelle politique il compte définir et appliquer de manière à résoudre, dans son ensemble, le problème — de jour en jour plus grave — du « logement étudiant » et si le recours au financement indirect a été envisagé et

étudié par ses services. Un tel financement, dégageant des crédits importants immédiatement utilisables, permettrait, en effet, semble-t-il, de concevoir des formules nouvelles de « logement étudiant », adaptées aux besoins divers des jeunes séparés de leur famille, voire eux-mêmes chargés de famille, et de les mettre en œuvre d'une manière à la fois efficace et économique.

Question n° 12144. — M. Lacroix expose à M. le ministre de l'éducation nationale que le problème du logement des étudiants revêt chaque année une acuité grandissante qui va encore s'aggraver dans les prochaines années puisque 200.000 étudiants arriveront à l'université d'ici à 1965. Il lui demande quelles mesures il compte prendre pour offrir des conditions d'habitation décentes aux étudiants et pour permettre aux œuvres universitaires d'assurer le logement de 20 p. 100 de l'effectif total des étudiants.

Suite de la discussion du projet de loi de finances pour 1962 (n° 1436) (deuxième partie) (rapport n° 1445 de M. Marc Jacquet, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du plan) :

Légion d'honneur (annexe n° 34. — M. Jaillon, rapporteur spécial).

Ordre de la Libération (annexe n° 34. — M. Jaillon, rapporteur spécial).

Travaux publics, transports et tourisme :

III. — Marine marchande et article 43 (annexe n° 30. — M. Christian Bonnet, rapporteur spécial; avis n° 1459 de M. Duchesne, au nom de la commission de la production et des échanges).

Industrie (annexe n° 17. — M. Marcellin, rapporteur spécial. — Avis n° 1459 de M. Féron, au nom de la commission de la production et des échanges).

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Suite de la discussion des fascicules budgétaires inscrits à l'ordre du jour de la deuxième séance.

Education nationale et article 56 :

— éducation nationale (annexe n° 12. — M. Clermontel, rapporteur spécial; avis n° 1476 de M. Bégué et de M. Becker [enseignement technique] au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales) ;

— constructions scolaires (annexe n° 12. — M. Félix Mayer, rapporteur spécial; avis n° 1459 de M. Devemy, au nom de la commission de la production et des échanges; avis n° 1476 de M. Cerneau, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales) ;

— enseignement supérieur (annexe n° 12. — M. Weinman, rapporteur spécial) ;

— jeunesse et sports (annexe n° 12. — M. Regaudic, rapporteur spécial; avis n° 1476 de M. Le Tac, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures dix minutes.)

Le Chef de service de la sténographie
de l'Assemblée nationale,
RENÉ MASSON.

(Le compte rendu intégral des 2^e et 3^e séances de ce jour sera distribué ultérieurement.)