

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

2^e Législature

1^{re} SESSION ORDINAIRE DE 1964-1965

COMPTE RENDU INTEGRAL — 50^e SEANCE

3^e Séance du Samedi 7 Novembre 1964.

SOMMAIRE

1. — Loi de finances pour 1965 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5013).

Santé publique et population (suite).

MM. Longequeue, Royer, Mer, Yvon, Martin, Marcellin, ministre de la santé publique et de la population; Thorailher, Le Gall, Chalopin, Drouot-L'Hermine, Mainguy, Trémollières, Mlle Dienesch, M. Tourné.

M. le ministre de la santé publique et de la population.

Etat B.

Titres III et IV. — Adoption des crédits.

Etat C.

Titres V et VI. — Adoption des crédits.

Renvoi de la suite du débat.

2. — Dépôt d'un projet de loi modifié par le Sénat (p. 5027).

3. — Ordre du jour (p. 5027).

PRESIDENCE DE M. JEAN CHAMANT,
vice-président.

La séance est ouverte à vingt et une heures trente minutes.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

LOI DE FINANCES POUR 1965 (DEUXIEME PARTIE)

Suite de la discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1965 (n^{os} 1087, 1106).

Nous poursuivons l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de la population.

Je rappelle les chiffres des états B et C :

SANTE PUBLIQUE ET POPULATION

ETAT B

Répartition des crédits applicables aux dépenses ordinaires des services civils. (Mesures nouvelles.)

« Titre III : + 5.978.385 francs ;

« Titre IV : + 21.728.000 francs. »

ETAT C

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

TITRE V. — INVESTISSEMENTS EXECUTES PAR L'ETAT

« Autorisation de programme, 16.800.000 francs ;

« Crédit de paiement, 200.000 francs. »

TITRE VI. — SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENT ACCORDEES PAR L'ETAT

« Autorisation de programme, 503 millions de francs ;

« Crédit de paiement, 63 millions de francs. »

Cet après-midi, l'Assemblée a commencé d'entendre les orateurs inscrits.

Voici les temps de parole encore disponibles dans ce débat :

Gouvernement, 55 minutes ;

Groupe de l'U. N. R.-U. D. T., 1 heure ;

Groupe socialiste, 20 minutes ;

Groupe du centre démocratique, 5 minutes ;

Groupe des républicains indépendants, 10 minutes ;

Isolés, 5 minutes.

Les groupes communiste et du rassemblement démocratique ont épuisé leur temps de parole.

Dans la suite de la discussion, la parole est à M. Longequeue.

M. Louis Longequeue. Monsieur le ministre, mon intervention se limitera à un secteur très spécialisé des nombreuses attributions de votre département ministériel. Il s'agit de l'équipement de nos établissements hospitaliers.

Vos services ont élaboré un plan d'équipement qui marque un tournant incontestable dans l'organisation matérielle des hôpitaux. Mais il semble que l'on ait mal mesuré les conséquences de certaines méthodes qui risquent d'entraver dangereusement l'œuvre nécessaire de rénovation et de modernisation du patrimoine hospitalier.

En effet l'introduction du système appelé « plan comptable » a imposé la notion d'investissement conçue à l'origine pour permettre la conservation et le renouvellement du capital mobilier et immobilier.

Il semble que l'idée directrice ait été de constituer un fonds de réserve au moyen d'un amortissement des investissements réalisés : tout immeuble en cinquante années au moins, tout meuble ou équipement mobilier en dix années au moins. De sorte qu'au terme de la période prévue pour l'amortissement, le capital nécessaire au remplacement de l'investissement devrait se trouver automatiquement reconstitué.

Ce système, calqué sur le procédé comptable utilisé dans les entreprises industrielles ou commerciales, ne peut ici atteindre son but et ne l'atteindra pas pour plusieurs raisons inhérentes à sa rigidité excessive et à des différences sensibles avec la pratique suivie dans les entreprises.

Premièrement, la durée des amortissements porte en général sur une période trop longue. A une époque où l'évolution des techniques thérapeutiques est extrêmement rapide, surtout dans les centres hospitaliers universitaires que leur mission d'enseignement oblige à utiliser les techniques les plus modernes, il est anormal d'imposer une durée d'amortissement de dix ans. C'est cependant le cas pour les appareils de radiologie et de radiographie ainsi que pour certains instruments de laboratoire.

Deuxièmement, au cours de ces périodes d'amortissement, les prix sont rarement stables. On se trouve en présence de hausses de prix dont certaines, notamment celles qui découlent de perfectionnements onéreux des appareils nouveaux, sont inévitables, même en temps de stabilisation, ce qui implique a priori que le système ne permet même pas la maintenance des équipements existants.

Troisièmement, il est un fait indiscutable : les établissements hospitaliers jouent dans notre vie sociale un rôle chaque jour grandissant ; ils doivent faire face à des tâches accrues, d'autant plus que le nombre des malades qu'ils doivent recevoir

s'élève plus rapidement encore que ne s'accroît la population. Il est non moins certain que la mise en œuvre de nouvelles thérapeutiques implique de nouveaux locaux et des matériels ou des appareils jusqu'alors inconnus. L'installation, aujourd'hui banale, d'un service de traumatologie ou d'un service de cobalthérapie, qui n'existaient encore qu'au stade expérimental jusqu'à ces dernières années, a obligé récemment les centres hospitaliers à engager des dépenses importantes auxquelles il a été souvent difficile de faire face faute de possibilités budgétaires.

Comment donc financer les charges d'équipement ou de rééquipement avec un budget pratiquement bloqué sur des chiffres vieux de dix ans, alors que les dépenses urgentes s'appliquent à des matériels indispensables plus nombreux et plus chers, cependant que pour nombre d'entre eux, le remplacement s'impose avant la date d'expiration de l'amortissement ?

Il suffit, pour répondre à cette question, d'examiner comment procéderait l'industriel dans une circonstance analogue :

Il raccourcirait sa période d'amortissement ; c'est ainsi que l'administration fiscale admet fort bien des durées d'amortissement de cinq ans pour les matériels et de vingt ans pour les immeubles.

Il réévaluerait son capital fixe, ce qui lui permettrait d'augmenter les provisions pour renouvellement.

Enfin il emprunterait lorsqu'une extension de son activité justifierait des investissements particulièrement importants.

Or ces techniques financières et comptables sont interdites à l'administration hospitalière, bien qu'elles soient irréprochables.

A la vérité, monsieur le ministre, vous avez accepté, vous ou votre prédécesseur, que les établissements procèdent à une réévaluation de leur capital, et ce fut heureux, mais cette mesure ne fut autorisée qu'une seule fois, en 1959, et d'une manière bien timide.

Sans doute si la rigueur des textes maintient les inconvénients d'une gestion sclérosée, pourra-t-on emprunter ? Les collectivités locales qui disposent des taxes et d'un pouvoir fiscal limité mais réel usent du recours à l'emprunt pour leurs financements. Il semble donc logique, normal, que l'établissement public hospitalier puisse bénéficier du même avantage. Hélas ! il n'en est rien.

Le financement des investissements nouveaux est assuré, dans les cas des établissements hospitaliers, à raison de 40 p. 100 par l'Etat, de 30 p. 100 par la sécurité sociale, le plus souvent d'ailleurs sous la forme de simple prêt, de 30 p. 100 par les ressources propres et les emprunts.

Il est évident qu'il suffit que les crédits d'Etat ou que les ressources de la sécurité sociale soient insuffisants pour que toute opération de modernisation soit irrémédiablement interdite. Or il est connu que les crédits de la sécurité sociale affectés à cet objet sont plafonnés et que les autorisations de programme du budget de la santé publique sont rarement suffisantes.

Reste-t-il, pour l'établissement, la possibilité de contracter un emprunt dépassant la part qui normalement demeure à sa charge ? Nullement, il ne peut emprunter que si l'opération est préalablement subventionnée. Ainsi arrive-t-on, par le système de la répartition des charges d'investissement, à multiplier par trois les risques d'asphyxie de l'administration hospitalière.

Le temps me manque pour développer ainsi qu'il conviendrait cette grave question des méthodes, mais avant de conclure, je voudrais signaler un autre inconvénient sérieux du système : alors que les offices H. L. M., par exemple, ont la possibilité de différer l'amortissement des emprunts qu'ils contractent, ce qui leur permet de ne rembourser le capital et de ne payer les intérêts qu'au moment où ils commencent à percevoir les loyers, pourquoi les hôpitaux sont-ils tenus de régler les annuités d'amortissement dès l'année suivant celle de la conclusion de leurs emprunts, alors qu'ils n'ont pas la possibilité légale d'inclure ces charges dans les seules recettes réelles dont ils disposent : le prix de journée ?

Pour en terminer, je vous prie instamment, monsieur le ministre, de vous pencher sur ce grave problème et de bien vouloir prescrire une nouvelle réglementation des finances de nos établissements hospitaliers, indispensable pour leur permettre de continuer leur œuvre sociale et humaine. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

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

M. Jean Royer. En cinq minutes je voudrais, monsieur le ministre, attirer votre attention sur un certain nombre de problèmes qui concernent tout à la fois votre département et les villes de France.

C'est d'abord le financement de la construction des centres hospitalo-universitaires qui retiendra mon attention.

Vous avez fort bien fait, dans le cadre du IV^e Plan, de dépenser cent milliards d'anciens francs de travaux pour la construction et l'aménagement des hôpitaux, et je sais que vous vous préparez à déployer un effort plus vaste en faisant mettre à l'étude l'implantation d'un ensemble de dix blocs hospitaliers modernes à travers la France. J'espère bien que la ville aux destinées de laquelle je préside ne sera pas oubliée.

Je voudrais attirer votre attention sur le fait que les modalités, d'une part, et les méthodes de financement, de l'autre, devraient être certainement revues. M. le rapporteur a fort bien montré que le système traditionnel présentait de graves inconvénients, notamment par le fait que les maîtres d'ouvrage vont trouver devant eux deux interlocuteurs principaux, votre ministère et la direction de la sécurité sociale. Ils souhaiteraient n'en trouver qu'un seul mais capable d'assurer la majeure partie de l'investissement.

La plupart des hôpitaux qui vont être construits vont coûter au minimum chacun une dizaine de milliards d'anciens francs. Je vous demande : d'une part, de budgétiser, comme vous l'a demandé aussi M. le rapporteur, l'ensemble de la participation, sous la forme d'une subvention du ministère et de la sécurité sociale ; d'autre part, d'essayer d'améliorer le pourcentage que cette subvention représente de la construction. 70 p. 100, cela me semble encore trop faible.

Prenons un exemple concret. Soit une construction prévue pour dix milliards d'anciens francs. En avançant 70 p. 100 de la somme sous forme de subvention, il reste encore trois milliards d'anciens francs à la charge non pas de l'hôpital mais finalement des collectivités locales.

En effet, même si l'hôpital pouvait intégrer une partie de ses annuités d'emprunt dans le prix de journée, le nombre des assistés est tel que finalement le département et les villes seraient obligés de donner indirectement ce qu'ils ne donneraient pas sous forme de participation directe.

Par conséquent, les modalités doivent être profondément revues.

Quant aux méthodes, une fois, monsieur le ministre, que votre centre du Vésinet et vous-même aurez fait votre choix, il faudrait, très rapidement, que les crédits d'étude soient accordés de telle manière que les collectivités, à leur tour, établissent un plan de financement correspondant au vôtre, c'est-à-dire un étalement de leur quote-part sur un ensemble de cinq ou six années.

Ma deuxième observation portera sur le personnel. Comme président de commission administrative d'hôpital, j'ai observé, comme beaucoup de mes collègues, un certain tarissement du recrutement en raison de la faiblesse des rémunérations des cadres et des auxiliaires médicaux.

Pour les cadres, vous avez fort bien fait de proposer au conseil supérieur de la fonction hospitalière, le 21 juin 1962, une augmentation des rémunérations. Nous souhaitons tous ici que vous soyez entendu. Mais, en ce qui concerne les traitements des auxiliaires médicaux, le problème est encore plus urgent à traiter et, à défaut ce soir de pouvoir obtenir pour ces personnels une augmentation immédiate et substantielle de leur rémunération peut-être pourrais-je vous suggérer qu'en matière d'aide en nature, notamment le logement, vous nous aidiez à construire des logements-studios pour les infirmières. Un certain nombre de commissions administratives et de municipalités désirent faire cet effort. Or, elles ne peuvent obtenir ni du ministère de la construction, ni de la caisse des dépôts et consignations des conditions abordables pour cette construction. Soit, du côté du ministère de la construction, que le coût de la construction seule dépasse les prix plafonds ; soit que du fait de l'absence complète de subvention il ne peut y avoir déclenchement automatique de l'apport et de l'aide de la caisse des dépôts et consignations.

Même si votre budget est limité, vous pouvez certainement, au niveau de cette ligne assez modique, aider tous ceux qui, en France, désirent faire un effort réel pour aider au logement du personnel.

Le troisième et dernier problème que je désire aborder est celui des foyers-logements pour personnes âgées. Je ne viens pas vous demander systématiquement une augmentation supplémentaire de la dotation que vous accordez aux vieillards. Vous avez fait un effort cette année. Il est, certes, très insuffisant par rapport à celui qu'avait fixé la commission Laroque ; M. Fréville et M. Bisson l'ont fort bien dit. Mais nous pouvons tout de même aider ces personnes âgées efficacement en leur construisant des logements.

Dans certaines villes de France cela s'est fait, mais souvent sans l'aide du ministère de la santé publique et de la population. Ne serait-il pas possible d'apporter une subvention, si légère soit-elle, en supplément des crédits de prêt ou de primes de l'Etat, ou encore des crédits H. L. M. que nous essayons d'obtenir pour les saupoudrer dans nos cités, afin de loger des vieillards qui, souvent, sont parmi les victimes indirectes de l'expansion

économique, dans la mesure où ils sont expulsés de logements que leur propriétaire remet en valeur ?

Telle est ma troisième suggestion, je pense que vous pouvez l'appliquer même dans le cadre de votre budget.

Je vous remercie par avance, monsieur le ministre, de bien vouloir me répondre sur ces trois problèmes. (Applaudissements.)

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

M. Jacques Mer. Monsieur le ministre, je serai également extrêmement bref, car je me bornerai à vous poser deux questions ayant trait à des problèmes particuliers.

Le premier concerne la carte d'économiquement faible. En vertu d'une réglementation qui remonte à 1959, cette carte ne peut être accordée lorsque le plafond des ressources du demandeur dépasse 1.325 francs par an pour une personne, et 1.450 francs pour un ménage.

Or, les mesures intervenues au cours des dernières années, notamment en 1964, en faveur des personnes âgées, font que désormais celles-ci — et c'est heureux — disposent d'un minimum de ressources égal à 1.600 francs par an, minimum qui sera d'ailleurs porté à 1.700 et 1.900 francs progressivement en 1965.

Il en résulte qu'actuellement toute demande nouvelle de carte sociale d'économiquement faible est en principe irrecevable. C'est ainsi qu'à Paris, les bureaux d'aide sociale ne consentent qu'exceptionnellement à ouvrir des dossiers et à les transmettre à la direction générale de l'assistance publique.

Il y a là une situation étrange qui demande une solution de principe assez rapide. En effet, de nombreux vieillards ne comprennent pas pourquoi le plafond de ressources n'a pas été relevé depuis 1959. Ils se demandent pourquoi on refuse de leur accorder cette carte et, ce qui est pire, pourquoi, lorsque exceptionnellement un dossier a été ouvert à leur nom, l'administration générale de l'assistance publique ne leur répond même pas.

Il serait indispensable, monsieur le ministre, que vous preniez très vite une décision : soit relever les plafonds de ressources et aménager les dispositions régissant les modalités d'octroi de cette carte — c'est d'ailleurs ce que vous m'avez laissé entendre en réponse à une question écrite que je vous avais posée au mois d'octobre 1963 ; soit, si pour une raison parfaitement valable, vous ne tenez plus à la dénomination ou même à l'existence de cette carte, arrêter des mesures pour que les avantages qu'elle procurait soient dispensés à toutes les personnes âgées se trouvant au-dessous d'un certain plafond de ressources, et notamment celles qui bénéficient de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité.

Je sais bien que la carte sociale d'économiquement faible ne procure plus par elle-même d'importants avantages et que presque tous ceux qu'elle procurait au moment où elle fut instituée se trouvent maintenant compris dans d'autres réglementations. Mais certains petits avantages résiduels restent encore attachés à cette carte. Si on désire la supprimer, encore faudrait-il le faire savoir, et décider d'attacher ces avantages à une nouvelle réglementation couvrant par exemple toutes les personnes ne disposant pas du plafond de ressources prévu pour l'octroi de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité.

Monsieur le ministre, le silence est la pire des solutions. Je l'ai dit, les vieillards qui ont demandé cette carte ne comprennent pas que l'administration ne réponde pas ; certains sont attachés sentimentalement et affectivement à cette carte et à défaut d'autre avantage ils s'étonnent vraiment de l'absence de réponse de la part de votre administration !

Ma seconde question a trait aux foyers des jeunes travailleurs à propos desquels je rejoins les conclusions des deux rapports dans leurs rapports écrits.

Les foyers de jeunes travailleurs disposent de ressources très modestes en comparaison des besoins recensés, notamment en matière d'aide à la construction et à l'équipement. Les crédits inscrits à l'article 2 du chapitre 66-20 du budget de votre département — qui s'élèvent à 4 millions de francs — sont notoirement insuffisants et marquent un retard sensible par rapport à l'évaluation prévue par le V^e plan quinquennal pour le programme d'équipement des foyers.

J'espère que ce retard sera rattrapé au cours des années suivantes, mais je vous demanderais, monsieur le ministre, de bien vouloir nous donner des assurances précises dans ce domaine car les foyers disposent actuellement de 35.000 lits seulement. L'étude faite évalue leurs besoins pour la période quinquennale à venir à 80.000 lits. Le déficit est donc de 45.000 lits.

Il conviendrait de combler ce déficit pendant la période d'application du V^e plan et je ne pense malheureusement pas que les maigres crédits accordés cette année par la rue de Rivoli permettent de démarrer efficacement.

M. le président. Monsieur Mer, veuillez conclure !

M. Jacques Mer. Je conclus, monsieur le président.

Les foyers de jeunes travailleurs n'ont pas seulement besoin de crédits d'équipement. Ils souhaitent également en obtenir pour compenser le manque de recettes dû au fait que certains jeunes ne disposent pas des ressources suffisantes pour payer leur pension. L'Union des foyers de jeunes travailleurs avait sollicité de vos services une subvention de 5 millions de francs qui n'a pas pu, me semble-t-il, être accordée pour 1965. J'espère qu'elle le sera pour 1966.

Enfin, dernier point...

M. le président. Concluez, monsieur Mer !

M. Jacques Mer. Je termine : l'Union des foyers de jeunes travailleurs avait également sollicité une subvention pour la formation de ses cadres. Il en manque cent soixante dans les foyers existants.

M. René Lamps. C'est votre Gouvernement qui fait tout cela !

M. le président. Monsieur Lamps, vous n'avez pas la parole.

M. Jacques Mer. Il en faudrait six cents...

M. René Lamps. C'est de la démagogie !

M. Jacques Mer. Absolument pas !

M. Pierre Doize. C'est de la pantomime !

M. Jacques Mer. Messieurs les communistes, je préfère encore voter pour ce qui se fait que refuser des crédits, ce qui revient à interdire toute action.

Sur divers bancs de l'U. N. R.-U. D. T. Très bien !

M. Jacques Mer. Je conclus, monsieur le président.

Il faudrait 600 moniteurs pour ces foyers, compte tenu du programme tracé dans le cadre du V^e Plan. Là encore, une subvention vous a été demandée, qui n'a pas été retenue dans le budget pour 1965. J'espère, monsieur le ministre, que le prochain projet de budget nous apportera satisfaction.

M. René Lamps. Demain on raserait gratis !

M. Jacques Mer. Certainement pas, si vous voulez voter les crédits de cette année qui permettront de faire mieux demain. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. René Lamps. Vous votez le manque de crédits !

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

M. Gérard Yvon. Mesdames, messieurs, le budget de la santé qui est soumis à notre examen s'élève à 2.286 millions de francs, en augmentation de 192 millions de francs par rapport à 1964, soit 9,19 p. 100.

Si l'on remarque que pour 1964 la hausse des prix représente 3 p. 100, la majoration réelle du budget de la santé s'établit donc à 6 p. 100. Nous enregistrons cette progression avec satisfaction. Mais est-elle suffisante ?

Dans son excellent rapport, M. Fréville disait déjà l'an dernier : « Le retard de l'équipement national en matière hospitalière se chiffre à environ 25 milliards de francs. Il faudrait donc prévoir un crédit annuel de 2.500 millions pendant au moins dix ans pour le rattraper, sans compter les sommes qui sont indispensables annuellement pour faire face aux besoins nouveaux d'une population jeune ».

Or, les crédits destinés aux subventions d'investissement accordées par l'Etat ne sont inscrits que pour un peu plus de 278 millions de francs. On voit que nous sommes loin de compte et on mesure combien les besoins insatisfaits sont nombreux et aussi combien les mesures envisagées, bien qu'importantes — nous aurions mauvaise grâce à ne pas le reconnaître — sont encore hors de proportion avec les besoins.

Je n'en citerai qu'un exemple : dans toute la région du Centre, une seule opération est retenue au titre des hôpitaux et une seule opération au titre des hospices et maisons de retraite. Quand on connaît les besoins pressants de cette région et, particulièrement, en Loir-et-Cher, dans la ville que j'ai l'honneur d'administrer, on ne peut qu'être inquiet et regretter qu'un effort plus important n'ait été accompli dans ce domaine des investissements.

Et si quelques réalisations témoignent des possibilités de la technique française, nous regrettons qu'elles restent souvent à l'état de prototypes.

D'après le rapport présenté par la commission d'équipement sanitaire et social du V^e plan, on l'a déjà dit, il serait nécessaire, en fonction des besoins réels, de créer 65.000 lits nouveaux pour les hôpitaux, d'en remplacer 82.000 non valables en raison de leur vieillissement et d'en moderniser 27.000 ; et pour les hôpitaux psychiatriques, de créer 51.500 lits nouveaux et d'en moderniser 67.000. Le rapport fait état d'une situation à peine décente et peu humaine.

Or, l'évolution démographique, les techniques modernes de soins, les besoins nouveaux de la population en matière de santé rendent cette insuffisance plus dramatique encore.

Nous vous demandons instamment, monsieur le ministre, de dégager par priorité les crédits indispensables pour remédier à la situation tragique des hôpitaux publics.

J'attire également votre attention sur l'insuffisance d'équipement de nos hôpitaux pour les premiers secours. Vous savez que la route meurtrière fait environ 12.000 victimes par an — une ville de province rayée de la carte — et 200.000 blessés.

Tout récemment, et à l'occasion d'un pénible accident survenu à la fille d'un animateur de télévision, un hebdomadaire illustré alertait l'opinion publique et signalait que si la France se trouvait quadrillée de centres hospitaliers habilités à recevoir n'importe quel cas d'urgence, en fait la moitié de ces 347 hôpitaux devraient être rayés de la carte parce qu'ils ne sont pas équipés pour recevoir de urgences, celles consécutives aux accidents de la route en particulier.

M. André Tourné. Il existe dix-neuf centres pour soigner les traumatismes crâniens !

M. Gérard Yvon. Et d'indiquer les normes minimales définies au dernier congrès de chirurgie et de préciser aussi le rôle du réanimateur, collaborateur inséparable du chirurgien.

Ce même hebdomadaire cite le cas de l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches, spécialiste des urgences — puisque sis à proximité de l'autoroute de l'Ouest — qui ne possède pas de dépôt de sang. J'aimerais que vous démentissiez ce propos tant il me semble atterrant, afin de nous rassurer pleinement.

Quelles mesures comptez-vous prendre pour que les 347 hôpitaux marqués d'un point rouge sur la carte de votre ministère soient en mesure de jouer leur rôle afin de ne pas laisser échapper la plus petite chance de sauver une vie humaine ?

Je me permettrai maintenant d'attirer votre attention sur la situation du personnel hospitalier, et d'abord sur la nécessité d'une revalorisation indiciaire des personnels de direction et d'économat.

La disparité qui existe actuellement entre les émoluments du secteur privé et du secteur public est telle qu'elle atteint souvent le coefficient deux, nuit au recrutement et amène des démissions qui ne peuvent que gêner le fonctionnement des établissements publics. Vous savez qu'à ce jour plus de cent postes sont vacants, faute de candidats. Les commissions administratives des hôpitaux sont les premières à déplorer le sort ainsi fait à des cadres qui travaillent en moyenne douze heures par jour, qui gèrent des fonds considérables et doivent résoudre d'urgence des problèmes de tous ordres.

D'ailleurs vous savez bien que les cadres hospitaliers supérieurs publics, contrairement à la plupart des fonctionnaires, n'ont bénéficié d'aucune amélioration indiciaire depuis quinze ans. Que comptez-vous faire dans cet ordre d'idée et où en sont les pourparlers avec votre collègue de la rue de Rivoli ?

J'attirerai également votre attention sur les difficultés de recrutement et de formation des infirmières. Quelques précisions sur la densité du personnel infirmier vous permettront de mesurer la gravité de la situation.

Dans tel hôpital, 56 postes sont inoccupés. Dans tel autre, 47 p. 100 de l'effectif normal prévu pour l'établissement est en service. Dans celui-ci, 25 infirmières en congé de longue maladie ne sont pas remplacées. Dans celui-là, en un an, dix infirmières ont démissionné. Il faudrait une infirmière diplômée pour quatorze malades en médecine et une pour huit en chirurgie. Ces proportions ne sont nulle part respectées.

Il est à craindre, hélas ! qu'il en soit ainsi pendant longtemps encore quand on connaît les conditions de travail très dures imposées aux infirmières et qui ne tiennent pas compte des possibilités de résistance aussi bien psychologique que physiologique du personnel féminin ; et quand on connaît aussi la faiblesse des rémunérations, compte tenu du niveau des études initiales et des efforts de perfectionnement rendus indispensables par l'évolution des techniques.

Les conséquences ? De nombreux postes d'infirmières soignantes sont tenus par des auxiliaires sans aucune qualification. Quelles dispositions pourriez-vous prendre pour remédier à une situation préjudiciable à la fois au personnel hospitalier et à l'ensemble des malades hospitalisés ? Avez-vous inscrit des crédits suffisants pour permettre l'installation dans chaque ville importante d'une école publique d'infirmières, par exemple ?

M. René Lamps. Vous savez bien que non.

M. Gérard Yvon. Pensez-vous pouvoir recruter les 50.000 infirmières et agents spécialisés dont la toute première urgence demande l'ouverture prioritaire de crédits suffisants ?

J'attirerai également votre attention sur le personnel du secteur privé dont les salaires sont loin de ceux du secteur public, pourtant déjà insuffisants. Sachez qu'une employée de clinique travaillant 45 heures par semaine gagne 410 francs par mois à Paris et 380 francs dans mon département du fait de l'abattement de zone. Par ailleurs, nous voudrions que ces personnels bénéficient des mêmes avantages de promotion sociale. Je pense aux infirmières des cliniques psychiatriques qui ne peuvent prétendre au diplôme d'Etat d'infirmier des hôpitaux psychiatriques s'ils n'effectuent pas un stage dans un hôpital public. Les mêmes mesures sont appliquées aux aides soignants.

Il existe des écoles privées d'infirmières dont les élèves peuvent accéder au diplôme d'Etat d'infirmière. Pourquoi alors les infirmières des cliniques psychiatriques ne pourraient-ils pas prétendre au diplôme d'Etat ?

Je soulignerai maintenant — ce sera la dernière partie de mon propos — quelques aspects particuliers de l'attitude de l'Etat dans le domaine sanitaire et social. Je parlerai d'abord de l'enfance inadaptée.

Dans son très intéressant rapport, M. Fréville a montré l'ampleur de ce problème. D'après les statistiques de mai-juin 1964 — donc toutes récentes — il existe en France 460.000 débilés mentaux, 118.000 paralysés ou handicapés physiques, 9.000 sourds et aveugles, un million de caractériels à des degrés divers.

L'équipement actuel permet d'assurer l'éducation spécialisée de 6.500 débilés, soit 14 p. 100 des besoins, de 2.800 handicapés physiques, soit 2 p. 100 des besoins, de 9.000 sourds et aveugles, soit 100 p. 100 des besoins — cela est à souligner — et de 28.000 caractériels, soit 2,6 p. 100 des besoins.

Dans mon département, 120 classes de perfectionnement seraient nécessaires pour les débilés mentaux et 60 classes professionnelles pour les adolescents, alors qu'il n'existe que 23 classes pour les premiers et 7 pour les seconds. Pour les handicapés, il n'existe rien, de même que pour les cas sociaux.

Le montant des subventions inscrit au chapitre 47-22 ne pourrait-il être augmenté davantage ? Un effort très important doit être entrepris en faveur de l'enfance inadaptée. Nous vous demandons de le consentir car vous avez un devoir à remplir envers ces enfants les plus faibles et les plus déshérités qui ont droit à la sollicitude accrue de l'Etat.

Remarquons aussi qu'en ce domaine, l'Etat laisse trop souvent les initiatives à des œuvres privées dont nous mesurons tous les efforts très louables et auxquelles nous rendons hommage ; mais il apparaît bien que l'Etat ne fait pas là tout son devoir.

En outre, les efforts et les crédits sont dispersés de façon inadmissible entre plusieurs ministères : justice, santé, éducation nationale entre autres. Ne conviendrait-il pas de créer un organisme destiné à mettre de l'ordre et à unifier en rassemblant sous une même autorité, la votre peut-être, monsieur le ministre, toutes les activités qui ont trait à l'enfance inadaptée ?

En deuxième lieu, j'évoquerai la situation des vieillards, infirmes et paralysés. La situation faite aux vieillards et aux infirmes est d'une flagrante injustice. M. le rapporteur Bisson l'a souligné avec force, les orateurs précédents aussi.

J'entends bien que l'allocation annuelle fixée à 1.600 francs depuis le 1^{er} avril 1964 sera portée par étapes à 1.900 francs à la fin de 1965. Malgré le taux d'augmentation apparent de 18 p. 100 en vingt mois, dont une bonne part sera absorbée par les inévitables augmentations du coût de la vie, nous sommes loin des propositions du rapport Laroque qui prévoyait la fixation de l'allocation de 2.500 francs pour le 1^{er} janvier 1965, compte tenu d'une augmentation de 15 p. 100 égale à la hausse officielle du coût de la vie depuis 1961.

Je vous demande donc ce que vous comptez faire au cours de l'année 1965 pour rattraper ce retard. Vous proclamez la prospérité économique et financière du pays ; alors, pourquoi laisser dans la misère plus de 2.500.000 vieux qui ont le droit de vivre décemment, ce qu'ils ne peuvent faire avec moins de cinq francs par jour ?

La situation des aveugles et grands infirmes civils retiendra quelques instants notre attention. Ne pensez-vous pas qu'il y aurait nécessité d'uniformiser le taux de la majoration pour tierce personne de l'aide sociale, avec celui de la sécurité sociale, qui sert actuellement de base au calcul mais avec un abattement injustifié de 20 p. 100, compte tenu que les tâches d'une tierce personne d'invalidé du troisième groupe de la sécurité sociale sont les mêmes que celles d'une tierce personne d'aveugle ou de grand infirme bénéficiant de la majoration pour tierce personne à taux plein ?

N'estimerez-vous pas injuste que le conjoint d'un aveugle ou d'un grand infirme qui se dévoue pour lui servir de guide ou de garde-malade, ou de tierce personne pour des soins constants, continue à ne bénéficier d'aucune protection sociale. Il serait équitable que toute tierce personne d'aveugle, grand infirme ou grand malade puisse bénéficier de la sécurité sociale avec tous les avantages qui en résultent. Ne pensez-vous pas également qu'il devrait être permis aux parents ayant un enfant infirme et inapte au travail, âgé de plus de vingt ans, de continuer à bénéficier des prestations de sécurité sociale lorsque les parents continuent d'être assurés sociaux ?

J'aimerais également que vous preniez des dispositions pour renforcer le dépistage, nettement insuffisant, des enfants infirmes demeurant chez leurs parents à la campagne ou dans certains taudis des villes. Ces petits handicapés se trouvent dans un isolement pénible, souvent ignorés des services d'aide sociale et de protection, et auraient besoin d'être suivis afin de bénéficier de l'éducation, de la rééducation, du reclassement leur permettant de compenser leur handicap.

Cette œuvre de dépistage et de protection est très importante pour sauver l'avenir des jeunes handicapés et permettre leur insertion dans la société.

En ce qui concerne la procédure d'admission à l'aide sociale, les aveugles et grands infirmes déplorent le nombre de mois que les intéressés doivent attendre entre le dépôt de leur demande et la notification de décision prise à leur égard, attente qui atteint souvent six et même parfois douze mois. Ne serait-il pas possible, après une enquête sommaire et très rapide, et lorsqu'il s'agit de situation ne prêtant pas, *a priori*, à rejet de la demande, d'attribuer une allocation d'attente qui, bien entendu, viendrait en déduction du rappel attribué à l'intéressé.

Telles sont, monsieur le ministre, les quelques observations que je voulais soumettre à vos réflexions. Le temps trop court dont j'ai disposé ne m'a pas permis de faire un tour plus complet de la question.

En conclusion, il me sera permis de vous rappeler que l'accroissement du coût de la santé est un phénomène universel qui tient à la nature même de l'évolution économique des sociétés modernes. La valeur économique de la santé doit être mise à sa véritable place, c'est-à-dire au premier rang. Car le bon état sanitaire d'une population est un des facteurs les plus importants du développement économique.

Aussi nous regrettons que la part du budget de la santé publique dans le budget de l'Etat ne s'élève qu'à 2,4 p. 100. Vous auriez dû, monsieur le ministre, insister davantage auprès de votre collègue des finances afin de faire une place primordiale à la santé dans le budget national.

M. Raymond Marcellin, ministre de la santé publique et de la population. Croyez que j'ai vivement insisté.

M. Gérard Yvon. Nous aimerions voir ce pays prêcher d'exemple et s'équiper pour combattre la souffrance dans les conditions matérielles et morales les meilleures possibles. (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.)

M. le président. La parole est à M. Martin. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T. et du groupe des républicains indépendants.)

M. Hubert Martin. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'an dernier, à pareille époque, j'avais l'honneur d'intervenir pour vous signaler les difficultés rencontrées par les commissions administratives des hôpitaux dans le recrutement du personnel.

Il est de mon devoir d'y revenir, tout en m'essayant à ne pas imposer à l'Assemblée une intervention trop technique que les chiffres et les statistiques rendraient indigeste.

Mon temps de parole étant parcimonieusement compté, je me contenterai de n'aborder, cette fois, que le cas des directeurs d'hôpitaux.

Le directeur — tout le monde en est, je crois, persuadé — doit faire face à d'énormes responsabilités tant sur le plan technique que sur les plans budgétaire et psychologique. Il est donc indispensable qu'il soit doté de qualités peu communes. C'est d'abord un technicien qui doit être au courant des équipements tant dans le domaine hôtelier que médical.

Il décide, certes avec l'accord de la commission administrative, de la dotation aussi bien des cuisines que de la salle d'opérations. Souvent même il construit.

Il est indispensable qu'il se tienne au courant des techniques, depuis les plus humbles jusqu'aux plus différenciées.

Le directeur est également un financier. Faire le budget d'un hôpital est devenu un tour de force incomparable lorsqu'il faut équilibrer, pour l'établissement du prix de journée, les investissements, le nombre aléatoire des entrées, les dépenses quotidiennes aussi bien de la pharmacie que de l'économat.

Enfin, et j'allais dire surtout, il doit être doué de très grandes qualités dans le domaine psychologique.

En effet, dans un hôpital, il y a des malades, du personnel et des médecins.

Pour les malades, un bon directeur se doit de veiller à l'humanisation de son établissement, donc savoir lutter contre de vieilles et mauvaises habitudes.

Il doit diriger le personnel avec une main de fer dans un gant de velours, lutter contre la routine, les animosités, les jalousies, et Dieu sait s'il y en a !

Quant aux médecins, permettez, monsieur le ministre, de me montrer discret envers une profession dont je fais partie, mais Dieu sait qu'avec leurs lourdes responsabilités, leur fatigue, leur horreur de la paperasse, il est indispensable, pour le directeur, de faire preuve souvent vis-à-vis d'eux d'une grande patience, de beaucoup d'intelligence, de finesse et d'à-propos. Eh bien ! je dis, j'affirme, que le reclassement prévu ne correspond en rien aux qualités requises puisque les avantages matériels sont à peine supérieurs à ceux d'un interne qui est encore, tout de même, un étudiant.

Leur rancœur est profonde, monsieur le ministre ! Pourtant, vous le savez, jamais, trop conscients de leur dignité, ils ne

se sont livrés à une action spectaculaire. Mais ils songent cependant à s'extérioriser d'une façon plus vigoureuse, persuadés d'être les victimes d'une incompréhension qu'ils ne saisissent pas.

Je suis d'ailleurs certain, monsieur le ministre, que vous comprendrez le très grand souci que je manifeste, souci qui est d'ailleurs certainement le vôtre.

M. Fréville, dont la compétence est unanimement appréciée en ce domaine, a insisté dans son rapport sur ce délicat problème, suivi par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales tout entière.

Les présidents de commission administrative, au nom desquels je parle, seraient heureux que vous preniez, avec M. le ministre des finances, des dispositions pour réparer cette injustice et je fais des vœux pour que les services des finances, comme l'ont d'ailleurs déjà dit les collègues qui m'ont précédé, réexaminent leur position vis-à-vis de ces grands serviteurs de la nation.

Permettez-moi d'aborder le deuxième sujet de mon propos, déjà évoqué par d'autres orateurs.

Je tiens d'abord, monsieur le ministre, à vous rendre hommage et je crois être ici l'interprète de toutes les associations d'enfants inadaptés pour vous remercier d'avoir concrétisé déjà les vœux de ces associations.

C'est ainsi que le premier plan d'équipement ne comportait aucune précision pour l'enfance inadaptée, que le second prévoyait 3.200 places, le quatrième 13.000. De plus, vous avez établi un plan d'urgence qui donne 8.000 places supplémentaires en 1964 et en 1965. Les rentes d'assurances survie ne comptent désormais que pour moitié dans le calcul des ressources des bénéficiaires de l'aide sociale.

Les crédits affectés aux dépenses de formation professionnelle ont été augmentés.

Enfin, grâce à la loi créant une allocation d'éducation spécialisée et dont je m'honore d'avoir été le rapporteur, les problèmes de l'enfance inadaptée sont passés, d'une façon irréversible, du domaine de la charité à celui de la solidarité nationale.

Permettez-moi cependant, monsieur le ministre, de me faire le porte-parole de tous ceux qui s'intéressent à ces problèmes et, tout particulièrement, des parents de ces petits infirmes.

Il est donc tout d'abord indispensable, comme vous l'avez d'ailleurs souligné, que cette loi dont je viens de parler ne soit pas une fin en soi et ne devienne pas un prétexte à ralentir un mouvement qu'elle a si heureusement amorcé car le gros problème reste la création massive et rapide d'établissements agréés.

On peut dire, sans crainte d'erreurs, que plus de 160.000 débilés moyens et profonds semi-éducables n'ont pas trouvé de place, faute d'établissements.

Il faut noter que les débilés légers, dont la rééducation incombe à l'éducation nationale, paraissent encore moins favorisés.

Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur les crédits d'investissement tant pour les instituts médico-pédagogiques que pour les instituts médico-professionnels ainsi, d'ailleurs, que pour les ateliers protégés et les ateliers d'assistance par le travail qui échappent, pour l'instant, sauf erreur de ma part, au bénéfice des subventions de votre ministère.

N'oublions pas les foyers d'adultes qui seront le complément indispensable lorsque les jeunes infirmes seront devenus orphelins.

Pour ma part, je souhaiterais une simplification des formules d'obtention de subventions. Il est, certes, nécessaire d'instaurer un contrôle afin d'éviter les abus, surtout pour les réalisations importantes pour lesquelles il y a lieu d'éviter le spectaculaire qui coûte cher.

Mais en ce qui concerne les petites réalisations et pour accélérer les constructions, il serait utile d'obtenir la subvention du ministère sous le simple contrôle des autorités départementales ou régionales.

Dans les dépenses d'investissement il convient de ne pas oublier les crédits nécessaires à la création des écoles d'éducateurs, indispensables au bon fonctionnement des établissements.

Il est également souhaitable de voir augmenter le plus rapidement possible les bourses d'études allouées aux élèves de ces écoles. Leur taux est de 250 francs par mois. Vous aviez promis de le porter à 300 francs, ce qui me paraît un minimum.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Effectivement, en 1955, la contribution de l'Etat au fonctionnement des écoles privées de formation des éducateurs sera portée de 250 à 300 francs.

M. Hubert Martin. Je vous remercie beaucoup, monsieur le ministre.

En outre, je souhaite que la psychiatrie soit intégrée plus largement dans l'enseignement, et que soit admise la nécessité de former des médecins neuro-psychiatres spécialisés dans les

problèmes de l'enfance inadaptée, en créant, au besoin, des bourses permettant aux étudiants de suivre les stages nécessaires.

L'union nationale des parents d'enfants inadaptés a engagé auprès du ministère du travail une action en vue de l'extension des avantages de la sécurité sociale et des allocations familiales au-delà de vingt ans à ceux qui, par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ainsi que pour la prise en charge par des établissements spécialisés des infirmes très profonds. Il serait bon, monsieur le ministre, que vous services s'activent auprès de M. le ministre du travail pour faire aboutir cette solution si humaine.

Enfin, le dernier point que j'évoque rapidement est celui des grands infirmes et des aveugles qui posent deux grands problèmes, difficiles à résoudre dans leur totalité, je le sais : celui de l'adaptation à la vie et celui des ressources.

Cependant, il est fondamental que l'Etat et la société s'inquiètent de ce qui paraît le plus urgent : l'enseignement, l'éducation, la rééducation, la formation professionnelle adaptée au handicap, le placement, le travail, le logement, le déplacement, l'appareillage.

Je crois savoir, monsieur le ministre, qu'une proposition de loi existe qui aurait pour objet de garantir tous les Français contre les conséquences de l'infirmité quelle qu'en soit l'origine.

Certes, ce projet n'est pas de votre seule compétence. Mais peut-être pourriez-vous, étant donné votre grande connaissance de la question, votre grand souci aussi — vous nous l'avez prouvé — de faire reculer la misère autant qu'il se peut, nous dire si, par étapes, ce projet, qui intéresse 500.000 Français, peut aboutir.

Voilà, monsieur le ministre, les trois grands problèmes que je voulais évoquer dans ce débat.

Il y a, certes, du pain sur la planche. Du moins, si tout ce qui doit être fait ne peut se faire en un jour, sommes-nous bien persuadés que vous êtes très vigilant et qu'en bien des domaines, l'élan est donné. (Applaudissements.)

M. André Tourné. Mais avec quel retard !

M. le président. La parole est à M. Thorailleur. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. Edmond Thorailleur. Mesdames, messieurs, je voudrais revenir pour quelques instants sur les problèmes concernant les foyers de jeunes travailleurs et attirer votre attention sur les trois points suivants : l'aide aux jeunes travailleurs migrants de faibles revenus et de faibles ressources, la formation des responsables de foyers, et enfin le financement complémentaire à la construction des foyers.

Tout d'abord, l'aide aux jeunes travailleurs. Les foyers hébergent des jeunes de 14 à 21 ans qui sont obligés de quitter leur famille pour faire leur apprentissage ou commencer à travailler, et qui ne peuvent souvent couvrir la participation financière demandée par ces foyers.

En réponse à une question qui vous avait été posée, vous répondiez, monsieur le ministre, que la catégorie des jeunes travailleurs migrants entrait au premier chef dans vos préoccupations au titre de la protection spéciale de l'adolescence, et que depuis une circulaire du 6 novembre 1961 il était recommandé aux services départementaux d'allouer des allocations mensuelles d'aide sociale à l'enfance aux mineurs de dix-sept ans hébergés dans les foyers de jeunes travailleurs, cet âge étant d'ailleurs reporté à dix-huit ans par une modification de l'article 53 du code de la famille.

Je me permets de vous faire remarquer, au sujet de cette circulaire du 6 novembre 1961, que l'aide sociale à l'enfance, dont peuvent bénéficier certains jeunes vivant en foyer, reste trop liée au fait qu'elle n'était accordée jusqu'à cette circulaire qu'aux jeunes pupilles ; que dans certains départements cette aide est tellement difficile à obtenir que les foyers ont dû se tourner, en attendant une décision gouvernementale, vers une aide exceptionnelle des caisses d'allocations familiales, comme à Metz ou à Nantes ; que, d'autre part, si les directions départementales de la population et les directeurs de foyers sont bien informés des possibilités de cette circulaire, les parents ne le sont pas. Connaissant les limites des possibilités de cette aide sociale, les responsables de foyers ne peuvent pas s'engager à admettre des jeunes gens lorsqu'ils ne sont pas certains d'obtenir l'aide sociale dont ces jeunes auraient besoin.

Quelles sont donc les mesures que vous envisagez de prendre, monsieur le ministre, pour une application plus rationnelle et plus simplifiée de la circulaire de 1961 ?

Un autre souci — dont M. Jacques Mer parlait tout à l'heure — pour les foyers de jeunes travailleurs, est la formation de leurs responsables. Là, comme dans la plupart des mouvements de jeunesse, le manque de moniteurs se fait gravement sentir. Or si 200 foyers sont, comme nous l'espérons, cons-

truits au titre du V^e Plan, c'est dès maintenant qu'il faut rendre possible la formation de leur encadrement. Que pouvez-vous donc envisager pour venir en aide financièrement aux stagiaires des écoles de formation des responsables de foyers ?

Enfin, le financement complémentaire à la construction des foyers de jeunes travailleurs.

Je connais bien les difficultés rencontrées par certains promoteurs en 1964, par manque de financement complémentaire garanti. En effet, en qualité de président d'un de ces foyers, je viens de faire mettre en chantier la construction d'un immeuble de 80 chambres. Je n'ai pas eu de difficultés pour le financement principal qui était assuré par les fonds H. L. M., les fonds de la caisse des dépôts et consignations, du Crédit foncier ou du Sous-Comptoir. Mais vous savez que ce financement principal ne peut être obtenu que si le financement complémentaire est assuré. Or ce financement complémentaire doit provenir en partie des fonds du plan d'aide sociale à la construction des foyers de jeunes travailleurs, donc de votre ministère.

A une question qui vous était posée également à ce sujet, vous avez répondu que « les crédits d'équipement destinés aux foyers de jeunes travailleurs constitueront l'un des secteurs qui seront considérés comme prioritaires dans le domaine des équipements sociaux à subventionner et ils seront majorés dans toute la mesure compatible avec la nécessité de ne pas compromettre le développement des autres catégories d'institutions également indispensables, cela non seulement dans le cadre des actions à prévoir au cours du V^e Plan mais d'abord dans le cadre nécessairement plus étroit du budget de 1965 ».

M. le ministre de la santé publique et de la population. Ces crédits ont été augmentés, monsieur Thorailleur.

M. Edmond Thorailleur. Oui, monsieur le ministre, mais tellement peu !

M. le ministre de la santé publique et de la population. Ils ont été portés de 2.900.000 francs à 4 millions de francs.

M. Edmond Thorailleur. Je le sais bien, monsieur le ministre, mais il faut parer aux inconvénients graves que le V^e Plan va entraîner au moment de la construction de nouveaux foyers.

Vous savez aussi que dès la première année d'exécution du V^e Plan le financement complémentaire à la construction des foyers devra être porté à 20 millions pour que les jeunes à héberger disposent d'un nombre de lits suffisants. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. le président. La parole est à M. Le Gall. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. Jean Le Gall. Monsieur le président, monsieur le ministre, mon collègue et ami M. Gasparini, absent, m'a demandé d'intervenir à sa place.

Je voudrais, monsieur le ministre, appeler votre bienveillante attention sur l'important et inquiétant problème de la recherche en pharmacie.

Par le vocable de « pharmacien » on entend, en effet, non seulement les pharmaciens d'officine, bien connus du grand public, mais aussi ceux qui œuvrent dans les laboratoires, centres de recherches privés ou publics et, notamment, dans les laboratoires universitaires.

Tous représentent les maillons indispensables d'une longue chaîne qui aboutit au médicament que le médecin prescrira au malade.

Parmi les différents moyens d'action que possède le médecin, le médicament moderne, grâce à son efficacité, se place au premier plan. Or, à l'heure actuelle, si la préparation, le contrôle et les essais des produits pharmaceutiques se pratiquent de façon parfaitement scientifique, l'idée initiale d'un médicament, qui a été à l'origine de sa mise au point est, dans la plupart des cas, l'aboutissement d'une longue série de recherches faisant appel à des disciplines variées, qui peuvent exiger des délais considérables.

Le plus souvent, la genèse de la découverte s'inspire d'un produit naturel dont les chimistes ont patiemment établi la structure et qu'ils se sont ensuite efforcés de reproduire synthétiquement. Ils déterminent ensuite dans cette molécule complexe les différentes fonctions apportant, les unes une activité thérapeutique intéressante, les autres une toxicité fâcheuse.

C'est alors que, à partir de ces données, les chimistes tentent de préparer des produits dans lesquels les propriétés recherchées sont respectées, tout en atténuant ou en faisant disparaître les activités indésirables. L'exemple de la morphine et de ses innombrables succédanés synthétiques est très significatif à cet égard. Les chercheurs ont même réussi, dans certains cas, à obtenir des composés qui marquent un progrès très net sur le modèle naturel, ou même à élaborer des substances douées de propriétés thérapeutiques précieuses et qui ne se rencontrent pas dans la nature, l'aspirine, par exemple.

Il n'en reste pas moins que, trop souvent, le mécanisme interne de l'action des médicaments reste indéterminé et l'on conçoit aisément que cette ignorance puisse être à l'origine

d'accidents plus ou moins graves, à plus ou moins longue échéance.

De plus, sous son aspect hautement scientifique, la pharmacie repose trop souvent sur une base de départ empirique. Cela est si vrai que les grandes firmes américaines, aux moyens puissants, passent au crible tous les produits synthétiques ou naturels, pour essayer d'en trouver un, une fois sur mille, qui serait doué de propriétés médicamenteuses.

C'est là une méthode empirique, mais aussi extrêmement longue et coûteuse.

L'heure est donc venue de prendre conscience de la nécessité d'une véritable recherche pharmaceutique, différente de la recherche médicale, recherche de plus en plus scientifique, car elle peut maintenant s'appuyer sur les tout récents progrès des sciences biologiques où la France occupe une place enviable, car elle a su leur accorder une priorité dans le cadre des actions concertées. Cette recherche pharmaceutique doit être conçue d'une façon très scientifique.

Il ne s'agit pas d'engouffrer des crédits de plus en plus massifs pour essayer de jeter au hasard sur le crible plus de produits que le voisin, compétition stérile dont le pays ne pourrait sortir vainqueur.

Il s'agit au contraire de nous organiser.

Si notre pays n'a pas la possibilité d'aligner une multitude de chercheurs de second plan, il a par contre l'avantage inestimable qu'il tient de son passé, de posséder une véritable élite intellectuelle, malheureusement trop souvent encore isolée et peu encouragée. Dans le domaine de la pharmacie, en particulier, la France a toujours maintenu à un niveau très élevé les études pharmaceutiques.

Il est inutile de rappeler que, dans ce domaine, notre pays a joué un rôle prépondérant au siècle dernier et que la plupart des grands savants qui sont à l'origine de l'essor de la chimie moderne étaient pharmaciens. Il est inconcevable que la patrie de Marcelin Berthelot ne soit plus, à l'heure actuelle, au premier rang dans le domaine de la chimie.

La réforme toute récente de nos études pharmaceutiques a mis davantage encore l'accent sur le caractère essentiellement scientifique de la pharmacie. Elle aboutira non seulement à la formation de pharmaciens d'officine compétents, mais aussi à celle de véritables chercheurs irremplaçables. C'est pourquoi, du point de vue national comme du point de vue international, le moment est venu d'organiser maintenant, réellement, la recherche pharmaceutique en France.

Il me semble donc, en particulier, nécessaire d'envisager et de réaliser :

Premièrement, un institut groupant des chercheurs de disciplines différentes dont le but serait de rechercher l'explication scientifique des actions pharmaceutiques.

Cet institut, qui aurait un caractère national, aurait donc essentiellement pour mission de classer et d'exploiter l'immense documentation accumulée, en matière de propriétés médicinales, depuis des siècles dans le monde entier, documentation restée encore souvent éparse, mais pleine de richesses.

Axé surtout sur les sciences physicochimiques, les mathématiques appliquées et sur la biologie moderne, il aborderait ainsi, avec des moyens puissants, le problème de l'explication des propriétés pharmaceutiques et, de ce fait, pourrait promouvoir la recherche avec une plus grande efficacité.

Deuxièmement, une organisation destinée à développer des rapports de plus en plus étroits entre l'université et, plus particulièrement, les facultés de pharmacie qui ont la possibilité de disposer d'appareillages scientifiques spéciaux, et l'industrie qui, elle aussi, non seulement fabrique les médicaments sur une grande échelle, mais a également à sa disposition des équipes de chercheurs et des moyens de recherche.

Troisièmement, une organisation efficace pour le contrôle des médicaments au moment où ceux-ci vont être mis à la disposition du public, afin d'éviter tout accident et de conduire à une utilisation judicieuse et rationnelle de ceux-ci. Il s'agirait là d'une organisation particulière, dépendant de l'Etat, qui en garantirait l'objectivité totale.

Dès lors que ces coordinations seraient mieux assurées et mieux maintenues, il n'est pas exclu, et il est vivement souhaité, que la France, qui conserve toujours des moyens de travail puissants, mais malheureusement éparpillés, retrouve sa place à l'avant-garde dans le domaine de la santé, à la fois par la recherche médicale et par la recherche pharmaceutique qui vont de pair, grâce aux moyens indiqués et, notamment grâce à l'existence d'un « institut de pharmacologie théorique et expérimentale ».

Un tel organisme de coordination et de réalisation, auquel se sont déjà intéressés les pouvoirs publics — et particulièrement vous, monsieur le ministre de la santé publique — pourrait, pour la première fois, apporter les connaissances explicatives génératrices d'un réel progrès, par sa collaboration avec les différents organismes existants ou à créer, assurant ainsi

tranquillité et garantie aux malades pour qui le médicament est un grand espoir.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Monsieur Le Gall, me permettez-vous de vous interrompre ?

M. Jean Le Gall. Je vous en prie, monsieur le ministre.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique et de la population avec l'autorisation de l'orateur.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Effectivement, monsieur Le Gall, il est temps de réorganiser la recherche pharmaceutique en France. Nous venons — vous ne l'ignorez pas — de réorganiser l'Institut national d'hygiène qui est devenu l'Institut national de la recherche médicale. Au sein de cet organisme, plusieurs commissions spécialisées ont été créées. Chacune d'entre elles est chargée de coordonner les travaux concernant un grand problème de la médecine ou même de la pharmacie. C'est ainsi qu'une commission spécialisée s'occupe de la pharmacologie.

Or nous venons de recevoir de M. le doyen Bernanos, de la faculté de pharmacie de Nancy, un dossier relatif à la création d'un institut de pharmacologie. Je vais soumettre ce dossier à la commission spécialisée de l'Institut national de la recherche médicale. Lorsque cette commission se sera prononcée, nous pourrons créer cet institut qui est si utile, et je suis pleinement d'accord avec vous sur ce point.

M. Jean Le Gall. Je m'en réjouis monsieur le ministre, et je vous remercie de la précision que vous venez de m'apporter.

J'en viens à un problème qui me tient particulièrement à cœur.

A l'heure où des recherches cosmologiques très importantes sont entreprises, à l'heure où des fusées vont s'informer de ce qui se passe sur les planètes voisines, comment ne pas rassembler parallèlement toutes les conceptions et tous les moyens pour accélérer l'avancement de travaux scientifiques exclusivement axés sur la défense de l'homme et de sa santé ?

Ici, sur notre vieille terre, la souffrance est malheureusement encore d'actualité. Elle est inégalement répartie. Elle se manifeste de différentes manières. Mais elle exerce ses plus regrettables effets et laisse son impitoyable empreinte quand elle touche le corps humain et le moral de l'homme. Le mal et la maladie ne font jamais preuve de discrimination et chacun peut en souffrir.

Depuis la fusion de gamètes jusqu'à la mort d'un corps usé, toute agression est possible et déclenche le combat. L'intensité de celui-ci est variable selon le sujet atteint, selon la nature même de la maladie et selon les moyens acquis et mis en œuvre pour la juguler.

A notre époque, sous nos yeux, grâce à tous les chercheurs et médecins du monde entier, une révolution extraordinaire s'accomplit. Combien d'affections jugées irréversibles ou mortelles il y a vingt ans à peine ne sont actuellement que bénignes et parfaitement évitables ou guérissables ?

De nombreuses infections très graves de par leur nature et de par leurs complications possibles sont stoppées par l'antibiothérapie. Des maladies endémiques, contagieuses sont en voie de totale disparition.

Qu'un vibrant hommage soit donc rendu à tous ceux qui aident si bien l'humanité !

Si des progrès considérables, parfois inespérés et très rapides, sont enregistrés ici et là, dans la lutte contre de nombreuses maladies classées encore récemment comme devant être impitoyablement de longue durée, il existe encore, malheureusement, des affections habillées de mystère, sources de tous ennuis pour ceux qui en souffrent et pour ceux qui luttent contre elles.

Parmi celles-ci, comment ne pas penser à l'atteinte des cellules nobles du cerveau qui, par un ou plusieurs processus encore ignorés, se trouvent lésées par le fait même que leur constituant, la myéline, est progressivement modifié ou détruit.

Ces processus modificateurs et surtout destructeurs provoquent, on le conçoit aisément, des troubles variés, plus ou moins importants, dans tous les secteurs touchés. Il existe donc des maladies démyélinisantes.

A la plus observée, à la mieux décrite cliniquement à la fin du siècle dernier par Jean-Martin Charcot a été donné le nom de sclérose en plaques.

Ce sont des paralysies progressives et souvent irréversibles qui touchent la périphérie de l'individu et qui, très souvent, en plus d'un arrêt plus ou moins complet de toute activité motrice, aboutissent, par des complications variées, à un état grabataire, à un affaiblissement de plus en plus marqué et à la mort.

Pour elle, comme pour toutes les maladies qui l'avoisinent, de très nombreuses équations restent posées où les inconnues dominent.

Permettez-moi de faire ici une digression : on a souvent pensé, écrit ou dit qu'on ne devait jamais avancer de vérités quand celles-ci étaient susceptibles d'ébranler le moral, voire de le saper. Ici, l'enjeu est trop grand pour que, j'en suis certain, aucun sclérosé en plaques ne me reproche ma franchise.

Tous ou presque tous sont conscients de leur mal et tous veulent que nous en prenions enfin conscience.

Où, il faut ici sans crainte faire preuve de véracité.

La sclérose en plaques et les maladies démyélinisantes sont encore aujourd'hui dans un profond et bien sombre tunnel.

Cela est vrai en France et cela est vrai dans le monde entier. Parmi bien d'autres, quatre questions se posent.

Premièrement, en France, pour ne parler que de notre pays, bien que nous pensions à tous les autres, combien y a-t-il de sujets atteints ?

Deuxièmement, y a-t-il de réels progrès médico-scientifiques enregistrés ?

Que reste-t-il à faire dans ce domaine ?

Troisièmement, y a-t-il encore aujourd'hui de graves conflits moraux, familiaux et sociaux qui résultent de ces maladies ?

Quatrièmement, enfin, de la réponse donnée à chacune de ces trois questions, que doit-on proposer et décider, quelles orientations doit-on prendre et quelles actions doit-on engager d'urgence ?

A la première question, je réponds ceci : les moyens manquent pour établir de réelles et valables statistiques ; aucun chiffre précis ne peut être donné. Certains disent 300.000, d'autres quelques milliers. Je crois sage de s'arrêter à 100.000, nombre déjà très important.

A la deuxième question : quelque grand, tenace et combien digne d'éloges puisse être le travail de tous les neurologues, biologistes et savants, on reste presque figé devant ces maladies aux multiples visages. Leur étiologie, leurs traitements, la valeur des pronostics donnés sont encore tout baignés d'ombre et aucune opinion ou idée ne peut être valablement systématisée.

La réponse à la troisième question découle des deux premières : comment ne pas penser à la grande souffrance morale de ces malades, qui croient, souvent à tort, être délaissés ? Comment ne pas envisager toutes les difficultés familiales et sociales qui, de par la nature de la maladie, se trouvent presque toujours posées ?

Comment, épris du besoin d'aider et de servir, ne pas dire enfin : oui, il faut agir vite, il faut pour tous œuvrer au maximum. Réunissons tous les renseignements et groupons tout dans une action commune.

Voilà posée la dernière question et voilà, monsieur le ministre, ce que nous proposons.

Tout d'abord, séparons bien dans cette action commune deux chapitres.

Le premier, c'est celui qui a trait à la recherche médico-scientifique. Ici, deux données essentielles. Première donnée : la sclérose en plaques, les maladies démyélinisantes aux multiples et variés aspects touchent, outre la neurologie, à de nombreuses disciplines médicales ou paramédicales. Il faut donc grouper les disciplines intéressées, il faut une équipe. Toute action isolée, fragmentaire, est de nos jours périmée. Deuxième donnée : la sclérose en plaques et les maladies démyélinisantes évoluent par poussées. Il n'est donc pas question de garder les malades tout le temps de leur maladie, mais de ne les admettre dans une ou plusieurs unités de recherche spécifique que pendant la phase de poussée de la maladie pour étudier, traiter, analyser chaque cas, les confronter et faire la synthèse de ces confrontations.

Le deuxième chapitre a trait à l'unité de recherche.

Où, monsieur le ministre, c'est de cette manière et de cette manière seulement que par un travail commun auquel participeront en équipe médecins, biologistes, rééducateurs, techniciens et malades que pourront rapidement se faire et progresser toutes les découvertes.

Là pourront s'établir de réelles et valables statistiques ; là pourront se faire toutes les comparaisons ; de là pourront s'organiser de profitables et précieux colloques.

Un service social y sera judicieusement conçu et organisé et, par le système d'antennes médico-sociales, pourra suivre les malades et prévenir au plus vite toute nouvelle poussée.

A l'extérieur de ces unités seront alors développés les centres d'accueil, les aides à domicile, les liaisons si encourageantes entre malades par l'intermédiaire d'une grande association.

Voilà, monsieur le ministre, ce que je voulais dire de la sclérose en plaques et des maladies démyélinisantes.

Un temps plus long m'eût été nécessaire pour être peut-être plus convaincant, mais je sais, monsieur le ministre, que vous êtes très sensible à tous ces problèmes. Nous en avons bien des nouvelles, et nous vous en sommes très reconnaissants.

Concrétisez cette idée de recherche par équipe ; créez une, créez plusieurs unités de recherche, exclusivement orientées vers ces maladies. Alors, j'en ai la profonde et complète certitude, nous avancerons à grands pas vers la lumière.

Votre décision aura, je n'en doute pas, de très lointaines percussions. Positive, elle donnera un immense espoir à des milliers de malades.

Où, tous peuvent et doivent agir. Agiront bien ceux-là qui aiment toujours l'homme et croient en la perfectibilité de tous les moyens disponibles pour le sauver. (Applaudissements sur les bancs de l'U.N.R.-U.D.T.)

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

M. Jean Chalopin. Monsieur le ministre, concernant les attributions du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale — décret n° 84-783 du 30 juillet 1964 — j'ai lu avec surprise, dans le *Journal officiel* du 1^{er} août 1964 le texte suivant :

« Art. 7. — Le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale est chargé des attributions précédemment dévolues aux services extérieurs du ministère de l'éducation nationale en matière médicale et sociale ayant pour objet :

« 1° D'établir les bilans de santé des élèves...

« 2° D'effectuer, entre les bilans de santé tout examen médical...

« 3° D'effectuer les autres examens requis par la réglementation en vigueur...

« 4° D'exercer le contrôle de santé du personnel...

« 5° D'assurer le dépistage de la tuberculose... »

Et j'en passe !

Je sais, monsieur le ministre, que vos instructions aux préfets atténuent les effets de cette réforme qui aurait pour résultat de faire exercer la médecine de façon très illégale et très officielle par un haut fonctionnaire. Pourtant, j'appelle votre attention sur les incertitudes qui planent encore sur ces attributions et qui provoquent le légitime étonnement — c'est le moins qu'on puisse dire — du corps médical.

J'aimerais vous entendre dire, monsieur le ministre, que le médecin inspecteur départemental de la santé placé sous la haute autorité du préfet ne dépendra en aucune façon, même pas pour son secrétariat, du directeur de l'action sanitaire et sociale.

Je crois important de souligner la nécessité de l'indépendance absolue du médecin inspecteur, d'autant plus que le directeur de l'action sanitaire et sociale aura déjà sous son autorité des médecins fonctionnaires dont la dépendance paraît justement suffisante.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Monsieur Chalopin, me permettez-vous de vous interrompre ?

M. Jean Chalopin. Volontiers.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Je vais vous répondre immédiatement.

Il est bien entendu que le médecin inspecteur départemental de la santé n'est nullement sous l'autorité du directeur de l'action sanitaire et sociale.

En effet, l'esprit de la réforme est de séparer du contrôle la gestion des services sanitaires et sociaux. Ainsi, le médecin inspecteur de la santé, placé au côté du préfet, est chargé de l'ensemble des tâches de contrôle sanitaire du département, de sorte qu'il ne peut pas être sous l'autorité du fonctionnaire qu'il contrôle.

M. Jean Chalopin. Monsieur le ministre, je prend acte de vos paroles apaisantes et je vous en remercie.

En ce qui concerne les hôpitaux ruraux dont la reconnaissance est trop récente pour que l'on puisse considérer que la réglementation qui leur est appliquée ait un caractère définitif, des difficultés pratiques se sont révélées au cours de leur fonctionnement.

Le grand effort accompli grâce à vous, monsieur le ministre, en faveur de cette formule d'hospitalisation m'incite à appeler votre attention sur la nécessité de promouvoir et de développer d'urgence les hôpitaux ruraux et, mieux, les centres sanitaires ruraux.

L'âge de la technologie dans lequel nous vivons a sur la médecine un double effet : il la fait progresser sur les plans diagnostique et thérapeutique mais, en éloignant l'homme de la nature, il ramène la maladie de fléau naturel à une simple anicroche qu'il appartient au médecin technicien de réparer.

L'hôpital rural devient, de ce fait, un élément essentiel de l'aménagement hospitalier, à condition qu'il soit réalisé sur la base d'un planning d'hospitalisation départemental ou régional en parfaite liaison et coopération avec le centre hospitalier universitaire et les centres hospitaliers régionaux.

C'est d'autant plus important que la maternité permet les accouchements simples dans un centre proche du domicile de la parturiente ou son évacuation, dans de bonnes conditions, vers le service spécialisé de ville.

Son service de médecine favorise l'hospitalisation humaine des malades qui ne peuvent se soigner à domicile et permet aussi de décongestionner les services de médecine coûteux du C.H.U. ou des C.H.R., en les soulageant des convalescents ou des malades qui nécessitent peu de soins.

Enfin, le service des grands infirmes qui doit tout naturellement y être créé permettra une hospitalisation humaine et

proche des leurs, dans un cadre presque familial, des graves maladies physiques et mentales pour lesquels un très grand effort doit être poursuivi et accentué sur le plan national.

Si l'on ajoute que l'évolution naturelle de la technologie conduit le médecin à rechercher le travail en commun dans des cabinets de groupe qui sont, à la campagne, des associations de médecins omnipraticiens ou généralistes qui mettent en commun leur équipement professionnel et l'organisation de leur travail dans une maison médicale commune, sans hospitalisation, en vue de permettre une bonne distribution des soins aux malades, une aide mutuelle, un perfectionnement professionnel et de parer au surmenage, vous comprendrez, monsieur le ministre, l'importance réelle du centre sanitaire rural, à condition que les maisons médicales que l'on doit y aménager respectent trois principes fondamentaux, à savoir : le libre choix du praticien, la liberté du praticien à l'égard des tiers, la liberté des praticiens entre eux.

Je me propose de vous rappeler par écrit un certain nombre de problèmes qu'il est urgent de résoudre en ce qui concerne les hôpitaux ruraux, en particulier le remboursement — qui n'est pas encore intervenu — des cours préparatoires à l'accouchement donnés par les sages-femmes de ces hôpitaux, la surveillance des nourrissons pendant les six premiers mois de leur vie, les consultations externes, le remboursement des frais de déplacement des médecins et sages-femmes exerçant à l'hôpital rural.

Enfin, à propos des maisons de retraites, j'ai lu avec plaisir, dans vos circulaires relatives à la préparation du V^e Plan, que vous prévoyez la création dans ces établissements d'ateliers artisanaux, de salles de massage et de mécano-thérapie, une installation médicale permettant de donner des soins réels aux vieillards qui, théoriquement, doivent être en pareil lieu valides, mais qui en réalité ont tous besoin de soins.

Pour bien situer ce problème, il faut envisager les situations respectives du vieillard retraité qui vit à son domicile et de celui qui, pour des raisons familiales, sociales ou matérielles, est obligé d'entrer dans une maison de retraite.

A domicile, il continue à jouir de sa liberté totale, n'étant astreint ni aux horaires fixés ni à la discipline de la vie communautaire, dont l'adoption est toujours difficile. Il doit faire face à toutes les dépenses d'un foyer — loyer, charges diverses, nourriture, impôts — avec un budget souvent fort mince. Mais il peut bénéficier, en matière de soins, des avantages que lui confère maintenant automatiquement la retraite.

En maison de retraite, s'il s'est résolu à y entrer, souvent avec peine, quelquefois même avec désespoir, à abandonner sa maison, ses meubles, ses habitudes, les siens, pour partager la vie communautaire d'une maison de retraite, il doit d'abord prélever sur son maigre budget la presque totalité de ses ressources pour payer son prix de pension. Dans le Maine-et-Loire, par exemple, les prix de journées oscillent entre 700 et 1.200 francs. Il ne lui reste donc vraiment pas grand-chose pour ses menus frais et pour s'habiller. S'il est malade, le problème est pratiquement insoluble.

J'ai constaté avec plaisir qu'à ce propos vous dissociiez les frais de maladie courants, inhérents à la surveillance médicale du vieillard en maison de retraite, des frais beaucoup plus importants qui grèvent considérablement le budget des maisons de retraite et qui ne sont pas remboursés.

Je serais heureux que vous puissiez faire en sorte qu'une solution soit apportée à ce problème dans les délais les plus brefs. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. le président. La parole est à M. Drouot-L'Hermine.

M. Jean Drouot-L'Hermine. Monsieur le ministre, mes chers collègues, j'avais préparé une intervention un peu plus longue que celle que je vais présenter ce soir. Mon temps de parole étant limité à quatre minutes, je vais essayer de la résumer. J'ai l'impression, dans ce débat, d'être un peu en dehors de la question.

Au nom de la santé publique, on ne parle depuis ce soir que de la maladie, des malades, des hôpitaux, des médecins et de la pharmacie.

Je n'entrerai pas dans les détails de la protection de la santé des Français, de leur nourriture, de tout ce que je ne sais quel ministère laisse entrer dans la composition des produits que nous consommons, parce que cela dépend de l'agriculture, cela dépend de vous, monsieur le ministre, cela dépend du commerce, d'un tas de gens, de tellement de gens que l'on a l'impression que tout le monde, ou presque, s'en moque.

Quand on vient dire à cette tribune que les progrès de la pharmacie, de la médecine et de la chirurgie sont considérables depuis un demi-siècle, ce qui est vrai, et que le nombre des malades s'accroît de plus en plus, je ne comprends vraiment pas ! (Sourires.)

M. Amédée Brousset. Très bien !

M. Jean Drouot-L'Hermine. Si l'on entre dans les détails, on comprend très vite, et je ne suis ni médecin ni chimiste.

Si l'on compare les statistiques, les courbes graphiques qui représentent le développement de l'industrie chimique à celles qui montrent l'évolution du cancer et des maladies cardio-vasculaires, on est tout de même frappé de constater que, très souvent, elles sont parallèles.

Que comptez-vous donc faire, monsieur le ministre, d'abord pour avoir droit au titre, que l'on vous a donné, de ministre de la santé publique et non pas à celui de ministre de la maladie ?

Que comptez-vous faire pour protéger efficacement la santé des Français avant de soigner les malades, ce qui est une nécessité sociale et humaine ?

Puissiez-vous me répondre tout à l'heure !

Je ne citerai qu'un exemple, celui du pain, sans entrer dans d'autres détails.

Le pain a constitué la nourriture de l'homme civilisé depuis des millénaires et si nous sommes ici en train de parler de la santé des Français, c'est parce que nos ancêtres avaient trouvé le moyen de fabriquer cette nourriture essentielle qu'est le pain.

Or, depuis le début de ce siècle — pour des raisons mercantiles et non pour d'autres, je l'affirme ici — la meunerie, grâce au moulin à cylindre que les Anglais ont inventé à la fin du siècle dernier, prélève d'abord les germes de blé, parce que ces derniers sont actuellement vendus six francs le kilogramme au détail, puis les phosphates, parce que ces phosphates qui nous manquent dans le pain sont vendus aux laboratoires pharmaceutiques qui eux-mêmes nous les revendent dans les produits phosphatés. Enfin, la meunerie prélève le gluten qui sert à la fabrication de nombreux produits alimentaires, ainsi que les vitamines, notamment la vitamine E, essentielle à la formation humaine et que l'on ne trouve que dans le pain.

Que reste-t-il donc ? Les amidons qui ne peuvent même plus fermenter mais qui présentent un intérêt extraordinaire pour la meunerie. En effet, cette farine totalement morte peut être conservée pendant des années ; elle ne travaille plus comme la véritable farine de froment qui, très sensible à l'humidité, ne peut être conservée aussi longtemps.

Que reste-t-il encore ?

Je pourrais citer de grands professeurs ; le docteur de Larebrette, par exemple, qui a écrit un livre couronné par l'Académie de médecine, où il dénonce les méfaits du pain blanc qu'il rend responsable de la plupart des maladies cardio-vasculaires.

Pourquoi n'interdisez-vous pas le pain blanc ?

Vous savez aussi bien que moi que la meunerie a des intérêts à défendre. Ce ne sont pas les boulangers que j'attaque, ce sont les meuniers qui vendent une farine qui n'est plus alimentaire.

Aussi, d'instinct, l'homme rejette-t-il le pain. Alors qu'en France il en consommait un kilogramme par jour en 1900, il n'en mange plus que deux cent soixante grammes aujourd'hui. Pourquoi ? Parce que le pain n'est plus mangeable.

On en voit chaque matin dans toutes les poubelles de Paris. Monsieur le ministre, je me demande si votre père ou le mien auraient pu souffrir la présence de ce pain dans les poubelles !

C'est un aliment tellement essentiel à l'homme qu'on le demande dans une prière. Il est, dans l'eucharistie, le symbole de la religion chrétienne le symbole que Dieu a uni au vin, qu'il a choisi parce que le pain est la nourriture essentielle de l'homme.

Maintenant, vous laissez les Français manger n'importe quoi !

Avec des gens beaucoup plus qualifiés que moi dans le domaine de la diététique, je vous demande, pour conclure, de provoquer un grand débat sur la santé de nos compatriotes. Que nous légiférons, si c'est nécessaire et nous vous donnerons à vous, ministre de la santé, les moyens de défendre précisément cette santé.

La santé de quarante-cinq millions de Français vaut tout de même la peine que l'on se préoccupe de ce problème. Certes, on doit s'intéresser aux malades et aux accidentés, mais il faut d'abord empêcher la plupart d'entre eux de tomber malades, victimes de carences dues à l'alimentation moderne.

Monsieur le ministre, nul ici ne refuserait de vous aider dans ce sens. Je sais que vous vous êtes déjà engagé dans cette voie et que vous avez pris quelques décisions en vue de rendre notre alimentation plus saine. Mais que sont ces décisions comparées à l'ampleur du problème à résoudre ?

Je n'aborderai ni la question de la viande — on fait absorber aux animaux des antibiotiques pour qu'ils grossissent plus vite — ni celle de l'eau polluée, ni celle du vin qui contient toutes sortes de produits chimiques.

M. Roger Souchal. On introduit aussi des colorants dans les yaourts !

M. Jean Drouot-L'Hermine. Des colorants, il y en a partout, même dans la margarine !

M. le président. N'en ajoutez pas trop, mon cher collègue. (Sourires.)

M. Roger Souchal. C'est important !

M. Jean Drouot-L'Hermine. Monsieur le ministre, je vous demande de nous promettre, dans la mesure du possible, qu'un débat s'instaurera sur le problème de l'alimentation des Français. Je crois qu'il en vaut la peine.

C'est à vous, et à vous seul, de prendre les responsabilités, quitté à les enlever là où elles sont éparpillées, parce que c'est vous qui êtes le ministre de la santé publique. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. le président. La parole est à M. Mainguy. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. Paul Mainguy. Monsieur le ministre, je ne vous décocherai pas une flèche originale comme l'a fait l'orateur qui m'a précédé à cette tribune.

Je vais simplement, en ma qualité d'ancien externe des hôpitaux de Paris, vous entretenir pendant quelques instants de la situation de mes jeunes camarades.

L'externe des hôpitaux, vous le savez, est un être assez hybride, à la fois étudiant et fonctionnaire hospitalier. Il poursuit ses études médicales tout en remplissant des fonctions modestes, mais indispensables au bon fonctionnement des services hospitaliers.

Jusqu'à présent, les externes touchaient une indemnité, variable selon l'ancienneté, de neuf à douze francs par jour. Ils ne s'en plaignaient pas spécialement car une indemnité, quel que soit son montant, conserve un caractère un peu honorifique qui fait passer sur bien des choses, et les trois heures de présence réglementaires se transforment bien souvent en quatre ou cinq heures sans que nul ne songe à s'en indigner.

L'évolution de la médecine, en particulier l'instauration du plein temps, a rendu obligatoire la création du statut de l'externe. Ce statut a vu le jour le 8 mars 1964. Le décret qui l'a créé stipule que les externes sont désormais des salariés assujettis de ce fait à la sécurité sociale. Un arrêté conjoint du ministre de la santé publique, du ministre des finances et du ministre de l'intérieur devait fixer le taux de leur rémunération annuelle.

En fait, l'arrêté en question n'est pas encore publié, ce qui n'empêche pas les services de l'assistance publique de retenir les cotisations de sécurité sociale sur les indemnités actuelles.

D'autre part, les externes, qui jusqu'à présent ne payaient pas l'impôt sur le revenu puisqu'ils ne touchaient qu'une indemnité, devront maintenant le payer puisqu'ils toucheront un salaire. Si, comme il est prévu, le salaire en question correspond à trois cents présences par an, soit deux cent quarante francs par mois, il est facile d'en déduire que les externes des hôpitaux gagneront moins qu'avant. On leur retire donc une partie de ce qu'on leur donnait jusqu'à présent. Et vous savez, monsieur le ministre, combien il est dangereux de retirer quelque chose à quelqu'un ; certains exemples récents devraient vous inciter à y réfléchir.

C'est pourquoi je vous demande, monsieur le ministre, d'une part, de provoquer enfin la publication de ce fameux arrêté conjoint qui doit fixer la nouvelle rémunération des externes, d'autre part, d'insister pour que cette rémunération soit au moins égale à l'indemnité que les externes touchaient précédemment, compte tenu de ce que le salaire en question sera impossible, avec toutes les conséquences que cela comporte.

Étant donné qu'une infirmière débutante touche environ huit cents francs par mois et qu'un étudiant en médecine, en fin de deuxième année, est assimilable à une infirmière, ne serait-il pas possible d'envisager, en faveur des externes des hôpitaux, un demi-salaire d'infirmière, compte tenu du fait qu'ils ne travaillent qu'à mi-temps ?

Si cette solution ne vous paraît pas possible, ne conviendrait-il pas d'envisager une majoration substantielle des indemnités de garde et de dimanche ? Ces indemnités sont inchangées depuis 1960. Il est souhaitable qu'elles représentent le même pourcentage de salaire que pour les internes des hôpitaux.

C'est par cette proposition, monsieur le ministre, que je termine ma brève intervention.

Les externes des hôpitaux sont maintenant des salariés. Ne soyez donc pas étonné si, de ce fait, ils acquièrent le caractère revendicatif propre à tous les salariés de la terre. Leurs revendications sont d'ailleurs, me semble-t-il, parfaitement justifiées et méritent que vous leur accordiez toute votre attention. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. le président. La parole est à M. Trémollières. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. Robert Trémollières. Tandis qu'une loi votée en juin dernier réorganisait l'administration, de la région parisienne, vous avez, monsieur le ministre, modifié l'organisation du ministère de la santé publique et de la population par l'instruction générale du 30 juillet 1964 et créé dans chaque département une direction de l'action sanitaire et sociale dont l'unité rendra votre action plus efficace.

Cela me semble excellent.

Envisagez-vous également, pour Paris, de regrouper dans une même direction d'action sanitaire et sociale tous les éléments non hospitaliers de l'assistance publique, je veux dire les bureaux d'aide sociale, les maisons de retraite et logements de vieillards valides, les dispensaires, les services à caractère social de la préfecture de la Seine et de la police, tels l'aide à l'enfance, la protection maternelle et infantile, les hôpitaux psychiatriques, le corps des assistantes sociales ?

Paris bénéficierait ainsi d'une action sociale plus coordonnée, plus simple et, partant, plus efficace, en faveur des intéressés.

Il serait souhaitable que le volume de cette direction sanitaire et sociale fût suffisant pour offrir au personnel le maintien des avantages actuels, en particulier les possibilités d'avancement dont il bénéficie dans le large ensemble de l'assistance publique à Paris qui compte trente mille employés et trois cents cadres supérieurs.

Cette réorganisation devrait mettre fin à l'émiettement actuel de l'action sociale et à l'inefficacité qui résulte de la multiplicité des réglementations et de la superposition des administrations compétentes.

Savez-vous que le vieillard économiquement faible, désireux d'obtenir le bénéfice de l'allocation spéciale, doit constituer un dossier à sa mairie, un autre à la caisse de retraite des vieux travailleurs de la région parisienne pour faire examiner ses droits éventuels, tandis qu'il est l'objet d'une enquête de l'assistance publique, pour, enfin, recevoir une allocation payée par la caisse des dépôts et consignations, après avoir été avisé par le bureau d'aide sociale de son arrondissement de la décision prise ? Il est vrai que, s'il désire bénéficier du fonds national de solidarité, il doit à nouveau en faire la demande et constituer un autre dossier.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Voulez-vous me permettre de vous interrompre, monsieur Trémollières ?

M. Robert Trémollières. Je vous en prie, monsieur le ministre.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique avec l'autorisation de l'orateur.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Je voudrais immédiatement répondre à l'importante question que vous avez posée au sujet de l'organisation de l'action sanitaire et sociale dans la région parisienne, tout particulièrement à Paris. De ce point de vue, Paris est incontestablement sous-administré.

La réforme des services extérieurs étant appliquée, depuis le 1^{er} septembre dernier, dans tous les départements français sauf dans la région parisienne, il est très important, comme vous le signalez, de créer dans la région parisienne cette direction unique d'action sanitaire et sociale et d'y regrouper notamment tous les services sociaux.

Où en sommes-nous ?

Cette réorganisation pose des questions délicates. Actuellement, il y a trois directions à la préfecture de la Seine, une à la préfecture de police et nous avons aussi la direction de la population et la direction de la santé. Ces divers organes doivent être regroupés. Une commission qui siège au département de la réforme administrative et qui est présidée par M. Masselin, conseiller maître à la Cour des comptes, procède à l'étude de la question. Dès que nous connaissons les résultats des travaux de cette commission, et dès que nous aurons procédé à la réforme administrative à Paris, nous pourrions opérer les regroupements que vous souhaitez et qui sont en effet éminemment souhaitables.

M. Robert Trémollières. Je vous remercie, monsieur le ministre, des précisions que vous venez de donner. Je crois que cette réorganisation sera génératrice d'une simplification fort utile.

J'en reviens à l'exemple que je citai à l'instant concernant les vieillards.

Ces multiples démarches, et la constitution des dossiers entraînent des délais excessifs, des dépenses inutiles de personnel et irritent à juste titre les intéressés qui y voient une humiliation.

Je souhaite que la réorganisation à laquelle vous allez procéder apporte cette simplification, cette unité et cette efficacité plus grandes, indispensables à l'action sociale à Paris.

Un autre exemple du manque de cohérence de la réglementation est celui de la carte d'économiquement faible déjà abordé par M. Mer. Je comprends parfaitement qu'il soit souhaitable de faire disparaître cette appellation désobligeante, mais les avantages attachés à cette carte devraient être transférés aux titulaires de l'allocation spéciale et du fonds national de solidarité.

A l'occasion de cette large réorganisation à laquelle vous allez procéder, il serait souhaitable également de penser à donner enfin aux directeurs d'hôpitaux de Paris les pouvoirs nécessaires pour qu'ils gèrent effectivement les établissements abritant les milliers de malades et les services placés sous leur autorité.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Certinément.

M. Robert Trémollières. Le système actuel, trop centralisé, lent et lourd nuit à l'efficacité. Un directeur d'hôpital à Paris ne doit pas être une simple boîte aux lettres. Une décentralisation s'impose dans ce domaine.

Enfin, pour terminer, je désire rendre hommage à votre dynamisme et à votre efficacité qui ont déjà permis d'obtenir un énorme accroissement des crédits d'équipement, le développement de la recherche médicale et scientifique orientée vers la protection contre les radiations ionisantes et atomiques, la création de nouvelles écoles d'infirmières, d'écoles spécialisées pour l'enfance inadaptée, sans omettre l'allocation spéciale instituée pour cette dernière catégorie d'enfants, cela en 1964.

Les projets que vous nous présentez pour 1965 sont le signe que la politique de plus grande justice sociale voulue par votre Gouvernement est en cours de réalisation dans le domaine qui est le vôtre : celui de l'action médicale, sociale et sanitaire. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

M. le président. La parole est à Mlle Dienesch.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch. Quelques mots seulement, tout ayant été dit et très bien dit, particulièrement par MM. les rapporteurs.

Ma première observation a trait aux foyers de jeunes travailleurs. On a beaucoup parlé de l'équipement et du fonctionnement de ces foyers, mais il faut aussi accorder des bourses à ces jeunes, et notamment aux jeunes ruraux de nos provinces qui, étant souvent peu fortunés, ont besoin d'être aidés au moins autant que les étudiants des villes.

Les fonctions d'animateur de ces foyers de jeunes travailleurs offriraient un excellent débouché pour les jeunes sans travail, notamment dans une région que vous connaissez bien, monsieur le ministre, mais là encore des bourses devraient être accordées pour permettre à ces jeunes de suivre les stages de formation.

En ce qui concerne les infirmières, je ne reviendrai pas sur tous les problèmes qui ont été évoqués. Peut-être en est-il un plus simple que les autres à résoudre, c'est celui de l'organisation de leur travail. Des dispositions pourraient être prises pour l'organisation de leur cantine et l'aménagement de salles de repos. Récemment une ancienne infirmière d'un service chirurgical me disait que durant tout son service elle n'a jamais pu trouver un repas préparé car, occupée par les urgences, elle arrivait après la fermeture des cuisines.

Là les mesures à prendre ne sont pas onéreuses, elles sont simples, mais elles seraient précieuses pour ces femmes dont tout le monde a dit les difficultés du travail car elles leur procureraient quelques moments de détente.

M. le ministre de la santé publique et de la population. C'est aux directeurs des hôpitaux qu'il appartient de s'en préoccuper.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch. Pour les assistantes, vous avez annoncé la publication de leur statut. Je voudrais que vous nous indiquiez les délais dans lesquels nous pouvons être assurés que paraîtra ce statut si longtemps attendu.

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

M. André Tourné. Mesdames, messieurs, toutes les sources d'informations, qu'il s'agisse du rapport de M. Fréville, des observations présentées par nos collègues en séance publique ou en commission, ou même des rapports et des études du ministère de la santé publique et de la population, nous permettent de nous rendre compte combien est devenu sérieux, pour la vie sociale de notre pays, le problème de l'enfance inadaptée.

Je suis de ceux qui, depuis toujours, à l'échelon local, à l'échelon départemental, ou au sein de cette Assemblée, se préoccupent de ce grave problème aux incidences économiques et sociales. Nous reconnaissons volontiers que chaque année des crédits nouveaux sont inscrits au budget pour tenter d'en atténuer les effets. Mais tout est relatif. Si nous n'y prenons garde, dans quelques années ce problème deviendra un problème national insoluble.

Pourquoi cela ? Les statistiques de M. le ministre de la santé publique nous apprennent que sur une population de 47 millions 573.000 habitants, la France, en 1961, comptait 11.428.599 enfants de moins de quatorze ans.

Parmi ces enfants de moins de quatorze ans ont été dénombrés un peu plus de 1.500.000 enfants inadaptés dont 1 million de caractériels et 500.000 débiles mentaux, déficients sensoriels ou moteurs.

Autrement dit il y a près de 15 p. 100 d'enfants inadaptés dans notre pays.

Si j'évoque ce problème, c'est que j'ai le souci de l'avenir. En 1961 ont été enregistrées en France 835.240 naissances d'enfants vivants des deux sexes. Dans quelques années le nombre d'enfants vivants qui naîtront en un an approchera le million. Nous devons nous féliciter de cette croissance démographique qui fera de notre pays l'un des plus jeunes du monde.

Mais cela signifie, hélas ! étant donné cette proportion de 15 p. 100 que s'ajoutent, chaque année, une centaine de

milliers de caractériels ainsi qu'une quarantaine de milliers de déficients mentaux et divers à ceux qui existent déjà.

Ajoutons à cela la plus grande longévité due aux thérapeutiques modernes.

Les enfants inadaptés sont soignés au moyen de thérapeutiques inconnues il y a quinze ou vingt ans, de sorte que le nombre des décès est moins important.

Il faut donc s'occuper d'eux, leur assurer une instruction appropriée, les rééduquer, leur donner un métier correspondant à leurs facultés et les reclasser dans la société.

D'autre part, en plus de ces 1.500.000 enfants inadaptés, on compte un million d'adolescents et de semi-adultes débiles mentaux pour lesquels rien n'est prévu.

On est en droit de s'inquiéter pour l'avenir, car malgré les quelques efforts sérieux qui ont été consentis ces derniers temps, nous sommes, hélas ! loin de compte.

Qu'a-t-il été fait pour faire face à ces besoins ?

Nous sommes obligés de reconnaître — et monsieur le ministre, vous ne me démentirez pas — qu'il n'est aucun domaine de la vie sociale de notre pays où le secteur privé joue un plus grand rôle que dans celui de l'enfance inadaptée.

Pour les quatre cinquièmes, les établissements qui s'y consacrent sont des établissements privés ; pour les quatre cinquièmes, les institutions chargées de former des éducateurs sont aussi des institutions privées.

Les parents des enfants inadaptés se sont organisés en diverses associations et si la plupart d'entre eux l'ont fait spontanément, c'est parce qu'il fallait bien que quelqu'un s'occupe de leurs enfants. Ils ont obtenu quelques bons résultats. Mais la portée de toutes ces initiatives privées est restée très limitée.

Loin de moi l'idée de condamner toutes ces initiatives privées, en tout cas de les condamner en bloc. Elles ont le mérite d'exister et certaines de leur réalisations — du fait de l'apport irremplaçable des parents dont certains ont passé toute leur vie à s'occuper de leurs enfants — certaines de leurs réalisations, dis-je, doivent être retenues et peuvent servir d'exemple.

Mais — chacun de vos commissaires et vous-même ne pouvez raisonner autrement que nous le faisons — nous en sommes arrivés à un point où le problème dépasse toutes les associations et toutes les initiatives privées. Il importe que le problème de l'enfance inadaptée devienne un problème d'Etat et il faut créer un service public d'Etat pour l'enfance inadaptée qui doit être dotée d'un statut spécial.

On peut certes utiliser ce qui existe. Mais la solidarité nationale doit jouer en faveur de l'enfance inadaptée.

C'est un problème humain et un problème social, car la situation actuelle coûte des milliards à la sécurité sociale, aux caisses d'allocations familiales et, en définitive, aux divers budgets. Et pour quel résultat ? Pour déboucher à un moment donné sur l'inconnu.

L'essentiel, en ce qui concerne les enfants déficients, ce n'est pas seulement d'essayer de les récupérer sinon en totalité, du moins en partie, c'est de pouvoir lentement les entraîner sur les chemins de la vie sociale, pour qu'ils deviennent un jour eux aussi des êtres sociaux, des êtres capables de produire, et qu'ils ne coûtent pas très cher à la société, comme c'est le cas si souvent actuellement.

Aussi, monsieur le ministre, nous demandons que tous ceux qui se préoccupent de ce problème agissent en commun pour que soit enfin élaboré dans notre pays le statut de l'enfance et de l'adolescence inadaptées.

En effet, il n'existe en France qu'une dizaine d'ateliers protégés qui sont le fait d'initiatives privées alors qu'il en faudrait des milliers. Les ateliers protégés impliquent aussi une politique nationale d'écoulement des produits fabriqués par les enfants inadaptés.

Comme vous le constatez, ces diverses questions forment un tout et je regrette que le manque de temps ne nous permette pas de les examiner à fond. Mais nous aurons certainement l'occasion de réexaminer la question car il faudra bien un jour que s'instaure un grand débat public à l'issue duquel devront être prises des décisions pour faire face aux besoins.

En tout cas, à l'occasion de la discussion du budget de la santé publique, nous avons tenu, une fois de plus, à rappeler ces problèmes en insistant pour que la défense de l'enfance inadaptée ne relève plus de la seule initiative privée mais soit le fait de la nation tout entière. (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique et de la population. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T., du centre démocrate et du groupe des républicains indépendants.)

M. Raymond Marcellin, ministre de la santé publique et de la population. Je remercie tout d'abord M. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, et M. Fréville, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales, pour leurs rapports très documentés, précis, objectifs et utiles.

J'exposerai à l'Assemblée les principales actions menées par le ministère de la santé publique et de la population.

Un décret du 18 juillet 1964 a transformé l'Institut national de l'hygiène en Institut national de la santé et de la recherche médicale afin de mieux coordonner les recherches médicales et de mieux en exploiter les résultats.

Comme vous l'avez vu dans le projet de budget, l'Institut national de la recherche médicale bénéficie d'une mesure nouvelle de 4.920.000 francs qui lui permettra de recruter 155 chercheurs, techniciens ou agents supplémentaires. C'est un fait certain, qu'au cours des cinquante dernières années, la France avait pris du retard, dans le domaine de la recherche médicale, notamment par rapport à la Grande-Bretagne et aux Etats-Unis d'Amérique, parce que nous n'avions pas réussi à passer du stade artisanal des recherches au stade planifié.

Depuis 1958, dans ce domaine particulier, un très grand effort est accompli puisque de 1959 à 1965 les crédits de fonctionnement consacrés à cet Institut passent de 5 millions de nouveaux francs à 42 millions et les crédits d'équipement de 2 millions à 22 millions, tandis que le nombre des chercheurs et des techniciens de laboratoire, qui était de 335 en 1959, sera de 1.201 en 1965, pour cinquante-quatre unités et groupes de recherches.

Ici je peux indiquer au docteur Le Gall qu'il faut effectivement soumettre au conseil scientifique de l'Institut de recherches médicales un projet de création d'une unité de recherche pour la sclérose en plaques.

M. Jean Le Gall. Je vous remercie, monsieur le ministre.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Une autre action du ministère de la santé est la formation du personnel sanitaire et social.

En 1964, les sommes destinées à cette formation étaient de 13.313.865 francs. Elles seront en 1965 de 18.448.168 francs, soit en augmentation de 38,64 p. 100.

Un plus grand effort est fait en faveur des infirmières. Plusieurs orateurs sont intervenus sur cette question : MM. Bisson, Fréville et Mlle Dienesch à l'instant.

Nous sommes très préoccupés par ce grand problème du recrutement des infirmières. Mais ne croyez pas qu'il soit propre à la France. Le problème est général. Tous les pays éprouvent les mêmes difficultés que nous à cet égard, surtout les pays qui connaissent un certain développement. Cela tient à plusieurs causes : le métier d'infirmière est extrêmement dur et c'est, en outre, un métier féminin soumis à tous les aléas du travail de la femme.

Notre première préoccupation est de créer des écoles et, dans le budget qui vous est soumis, nous avons fait un effort sans précédent en doublant les chiffres de 1964, ce qui nous permet de lancer trente nouvelles écoles d'infirmières et de porter le nombre des places disponibles dans ces établissements à 20.000.

Pour apprécier l'effort du ministère de la santé publique, rappelez-vous qu'en 1962 le nombre des places dans les écoles d'infirmières n'était que de 13.246 ; rappelez-vous aussi qu'en 1958, 584.000 francs étaient consacrés à ce poste ; en 1962, 3.220.000 francs ; et, en 1965, 21.600.000 francs. Il s'agit bien entendu de la seule part de l'Etat.

Au 1^{er} janvier 1961, à Paris, le traitement mensuel d'une infirmière était de 488,44 francs en début de carrière et de 830,85 francs en fin de carrière.

En octobre 1964, ces chiffres sont — primes de services comprises — de 808,95 francs à la titularisation, de 1.294,82 francs en fin de carrière et de 1.500 francs pour les infirmières surveillantes.

On ne peut donc nier qu'en deux ans un effort a été fait. Il est non moins certain qu'il s'agit d'un métier très difficile et qu'il faut le rendre attrayant grâce à des traitements rémunérateurs.

Autre problème qui vient d'être souligné par Mlle Dienesch, je crois, c'est celui des conditions de travail des infirmières. Dans ce domaine, j'ai pu obtenir au titre de la promotion sociale, un crédit qui me permet de conduire une étude approfondie dans les hôpitaux de toutes catégories sur les conditions de travail des infirmières afin d'améliorer leurs horaires. Nous pouvons citer déjà quelques réalisations obtenues à l'assistance publique. Maintenant, dans de très nombreux cas, la journée de repos hebdomadaire est accordée un dimanche sur trois, au lieu d'un dimanche sur sept auparavant.

M. Royer m'a posé une question concernant le logement des infirmières. Actuellement, on ne construit plus d'hôpital sans prévoir le logement des infirmières. On étudie par ailleurs avec les offices d'H. L. M., comme cela a été fait dans certaines villes, des modalités permettant la construction de logements pour ce personnel.

D'autres mesures ont été prises au cours de l'année 1964, notamment pour le personnel soignant. Un arrêté du 10 octo-

bre 1964 permet la titularisation des auxiliaires qui occupent un emploi permanent dans les hôpitaux, à condition que ces auxiliaires occupent leur emploi depuis trois ans et qu'il s'agisse d'un emploi de soins. L'accord du ministère des finances sur cette mesure a été très difficile à obtenir, à juste raison d'ailleurs, car la titularisation d'auxiliaires est exceptionnelle dans la fonction publique. Elle déroge, en effet, à la règle du recrutement par concours.

En outre, le décret portant statut des « laborantins », des préparateurs en pharmacie et des manipulateurs en électro-radiologie a été publié le 17 juillet 1964.

Enfin, un arrêté du 17 septembre 1964 a augmenté les indices de traitement des assistantes sociales de l'Etat. Actuellement, le ministère de la santé publique est en discussion avec le ministère des finances pour obtenir que le statut de ce personnel soit appliqué aux assistantes des hôpitaux. Je ne pense pas rencontrer de difficultés majeures sur ce point.

M. Lepage a parlé des difficultés soulevées par la coordination des services sociaux dans les départements. En effet, la loi prescrit que, dans chaque département, un règlement doit déterminer les conditions dans lesquelles fonctionnera un comité de coordination entre les différents services d'assistances sociales, mais l'application des règlements départementaux varie selon les départements. Il était nécessaire d'effectuer un regroupement qui a d'ailleurs été réalisé à l'échelon de l'administration centrale puisque maintenant tout le service social est lui-même regroupé à la direction générale de la population. D'autre part, le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale est chargé d'assurer le regroupement de ces services et de diriger l'ensemble de l'action des assistantes sociales pour éviter les doubles emplois ou les concurrences entre services.

MM. les rapporteurs se sont particulièrement préoccupés, ainsi que d'autres orateurs, des indices de traitement des personnels de direction des hôpitaux.

Le statut, approuvé par le Conseil d'Etat, va être publié sous peu.

En ce qui concerne les économistes, la discussion avec le ministère des finances est sur le point d'aboutir. Nous parviendrons ainsi au relèvement indiciaire au sommet de chaque classe.

Nous avons obtenu d'autres satisfactions pour les personnels du ministère de la santé publique, grâce au regroupement des services, ce qui a permis de revoir avec les ministères compétents les différents statuts. Je ne citerai que deux améliorations parmi beaucoup d'autres : le nombre des postes d'inspecteur de la population et de l'action sociale, à l'indice net 630, est porté de 17 à 42.

Les médecins inspecteurs peuvent, d'autre part, accéder à l'indice 675.

M. Mainguy m'a parlé du problème des externes. C'est là, en effet, un très grave problème qui me préoccupe. La rémunération des externes est maintenant assurée sous forme d'indemnité mensuelle. Ces étudiants sont effectivement devenus des salariés, mais, à la suite d'une récente discussion avec le ministère des finances, nous avons pu obtenir un certain nombre de satisfactions : en aucun cas, le fait, pour les externes, de devenir des salariés mensuels ne pourra leur porter préjudice. Bien entendu, les externes percevront un traitement qui sera supérieur à l'ensemble des vacations quotidiennes qu'ils percevaient précédemment.

En ce qui concerne les indemnités de gardes et d'astreintes, la discussion est en cours avec le ministère des finances. Nous sommes déterminés à obtenir une revalorisation des indemnités.

J'en arrive à la lutte contre les fléaux sociaux. Les crédits prévus en 1965 pour lutter contre les fléaux sociaux, supérieurs de 13,9 p. 100 à ceux de 1964, se chiffrent à 127.675.000 francs.

En quoi la lutte contre les fléaux sociaux est-elle améliorée ?

Tout d'abord, la loi du 1^{er} juillet 1964 a rendu la vaccination antipoliomyélitique obligatoire. C'est là le véritable moyen de lutter contre cette terrible maladie.

Un décret du 20 mai 1964 a rendu obligatoire la déclaration de la tuberculose. Ainsi, il sera possible d'établir la carte de la tuberculose en France et, enfin, de mener la lutte contre ce fléau avec efficacité.

Un décret du 5 mai 1964 a étendu les possibilités d'application obligatoire du B. C. G. et les crédits concernant la prophylaxie de la tuberculose inscrits dans le budget de l'Etat seront en 1965, de 13,2 p. 100 supérieurs à ceux de 1964.

La loi du 6 juillet 1964 et le décret du 3 septembre 1964 ont permis de renforcer la protection maternelle et infantile.

Enfin, l'article 68 de la loi de finances de 1964 a rendu obligatoires les dépenses de lutte contre le cancer. Les dépenses d'équipement pour 1965 relatifs à cette lutte représentent deux fois et demi le volume de celles de 1962.

Dans le domaine de la lutte contre la lèpre, une mesure nouvelle très importante a été prise cette année. La dotation

du chapitre 47-12 va permettre d'organiser la lutte contre la lèpre dans les départements d'outre-mer où l'on compte encore 20.000 lépreux.

Le traitement de cette maladie par les sulfones permet maintenant d'en enrayer l'évolution et d'en obtenir la régression, à condition que les malades soient dépistés, traités précocement et que la surveillance médico-sociale soit assurée.

Les départements d'outre-mer, qui assurent actuellement les frais de la lutte contre ce fléau, ne disposaient pas jusqu'à présent des moyens financiers permettant de développer une action efficace. Il était donc souhaitable de réorganiser et d'intensifier les consultations antilépreuses et de recourir à toutes les mesures nécessaires pour protéger les enfants de la contamination au moyen de placements familiaux surveillés.

Dans le projet de loi de finances qui vous est soumis figure un article qui permettra de couvrir à 92 p. 100, à l'aide du budget de l'Etat, les dépenses entraînées par la lutte contre la lèpre. Cette mesure est extrêmement importante car une prophylaxie bien organisée doit aboutir à dépister et à traiter les malades bien avant que la lèpre n'ait enraciné chez eux déformations, paralysie, cécité, en un mot, toutes les infirmités qui les condamneraient à une vie anormale dans la société. Seule la transformation des dépenses destinées à la lutte contre la lèpre en dépenses obligatoires pouvait permettre d'atteindre ce but.

En votant ces crédits, le Parlement contribuera efficacement à la protection de la santé publique dans les départements d'outre-mer.

Les prévisions de dépenses concernant la lutte contre les maladies mentales figurent au chapitre 47-12 et sont de 27,7 p. 100 supérieures à celles de 1964.

Pour mesurer l'efficacité du système des dépenses obligatoires dans le domaine qui nous occupe, je vous rappelle que cette procédure a été utilisée pour la première fois en 1952. A cette époque, on relevait 330 consultations dans les dispensaires d'hygiène mentale; en 1964 il y en avait 940; puis le nombre total des séances de consultation est passé à 9.516; il est aujourd'hui de 74.000.

Je veux maintenant rassurer M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, M. Fréville, et lui donner l'assurance que le ministre de la santé publique poursuit la politique qu'il a définie dans les circulaires du 15 mars 1960 et du 27 août 1963 pour la mise en route des ensembles psychiatriques. Dans le domaine de la construction des hôpitaux psychiatriques, les principes posés par ces circulaires sont strictement appliqués et, à titre d'exemple, je signale que les hôpitaux psychiatriques ou quartiers psychiatriques, dont le financement est envisagé pour l'année 1965, ont une capacité de 200 à 600 lits; une seule exception est à noter pour l'hôpital psychiatrique des Mureaux dont la capacité est de 700 lits, ainsi que le programme l'exigeait.

Sur ce point, monsieur Fréville, la politique fixée est suivie sans défaillance et aucune transgression ne sera tolérée.

M. Henri Fréville, rapporteur pour avis. Je vous remercie, monsieur le ministre.

M. le ministre de la santé publique et de la population. Le problème de l'enfance inadaptée a été évoqué dans la plupart des interventions, en particulier par MM. les rapporteurs et M. Tourné.

Sur ce point, tous les orateurs ont rendu justice au Gouvernement en reconnaissant le réel effort qu'il a déployé dans ce domaine. Ils ont rappelé la loi du 31 juillet 1963 instituant une prestation familiale spéciale qui est aujourd'hui servie.

Ils ont souligné, dans le budget de l'année prochaine, une augmentation de 17,09 p. 100 des crédits inscrits au chapitre 47-22. Je veux préciser que le doublement de l'effectif des élèves éducateurs par rapport à 1962 sera obtenu en 1965. En outre, les crédits d'équipement prévus dans le budget qui vous est soumis atteignent 50 millions de francs. Rappelez-vous que les crédits d'équipement destinés à l'enfance inadaptée ne s'élevaient qu'à 2.730.000 francs en 1958. Leur montant a donc été multiplié par vingt. Nous aurons ainsi largement dépassé les prévisions du IV^e plan puisqu'elles portaient sur 12.000 places et que nous en avons créé 16.000. Nous réaliserons donc le plan à 140 p. 100.

Un effort beaucoup plus grand devra être accompli au cours du V^e plan. Il faudrait, en effet, régler les problèmes très graves que posent les débilés profonds et les arriérés profonds.

Il importe d'obtenir des promoteurs du V^e plan que des crédits leur soient consacrés par priorité car, là, il nous faut progresser rapidement.

M. Tourné a jugé nécessaire la création d'établissements d'Etat chargés de l'enfance inadaptée. Jusqu'à maintenant, les établissements privés ont servi de pilotes dans cette action et M. Tourné nous a dit très exactement pourquoi et pourquoi aussi, grâce aux initiatives privées, un plus grand nombre d'éta-

blissements peuvent être réalisés en raison des fonds qui appartiennent en propre à ces promoteurs. Mais, au fur et à mesure que nous développerons notre action vers la solution complète du problème, nous devons faire appel aux établissements privés, aux établissements publics et à tous les moyens qui seront à notre disposition. L'essentiel est, en effet, d'atteindre l'objectif fixé.

M. le docteur Martin a évoqué les centres d'assistance par le travail destinés à accueillir les infirmes qui ne pourraient trouver une place dans l'économie du pays.

Eh bien! dès maintenant, ces centres d'assistance par le travail peuvent bénéficier d'une subvention d'équipement d'un montant de 40 p. 100 versée par le ministère de la santé publique et complétée par une subvention égale de la sécurité sociale; d'autre part, l'aide sociale leur apporte un concours financier sous la forme du prix de journée, ce qui permet d'assurer l'équilibre financier des organismes en cause.

M. Drouot-L'Hermine nous a parlé de la protection des aliments.

En effet, là aussi, un effort considérable est à faire. Mais je signale à M. Drouot-L'Hermine que le budget du ministère de la santé publique n'est pas le budget de la maladie, c'est, au contraire, essentiellement le budget de la prévention, le budget de la maladie étant, pour la plus grande part, celui de la sécurité sociale.

Quant à la protection des aliments, elle est assurée actuellement par le ministère de l'agriculture qui est, en l'occurrence, le département compétent. Toutefois, les décrets pris sur proposition du ministre de l'agriculture sont contresignés par le ministre de la santé publique.

Nous avons créé, au sein du nouvel Institut national de la santé et de la recherche médicale, une commission spécialisée de l'alimentation et de la nutrition. Au *Journal officiel* du 4 novembre 1964 figure la liste des colorants pouvant entrer dans la composition des denrées alimentaires. Les textes en question sont toujours pris après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France et de l'académie de médecine.

Il n'en reste pas moins que c'est là un des domaines où un très grand effort est à faire, car il importe d'assurer un contrôle de plus en plus strict de l'hygiène des aliments. Des instructions sont en préparation au ministère de la santé publique, qui seront publiées sous le double timbre de la santé publique et de l'agriculture, afin qu'une collaboration complète de ces deux services existe dans ce domaine si important.

M. Duraffour a soulevé le problème des accidentés de la route. Je lui indique qu'en application de la circulaire du 1^{er} juillet 1959 chaque département doit établir un plan de secours aux accidentés de la route. Le département est découpé en secteurs ambulanciers d'un rayon de vingt-cinq kilomètres environ. Un certain nombre d'établissements sont équipés pour assurer une permanence chirurgicale et disposer de moyens de réanimation. Dès réception de l'alerte, la gendarmerie, qui dispose de la liste des ambulances publiques et privées et de la liste des hôpitaux habilités, prévient une ambulance du secteur intéressé par l'accident et l'hôpital habilité le plus proche.

Mais ce que nous nous efforçons d'organiser maintenant, ce sont des antennes de réanimation routière. Une ambulance spécialement équipée se détache de l'hôpital, ayant à son bord un médecin ou un interne capable d'assurer sur la route et durant le transport la réanimation du blessé. Plusieurs antennes de ce type fonctionnent déjà en France et certains de ces véhicules sont reliés à l'établissement hospitalier par radiotéléphonie.

Il importe de développer cette formule. Aussi, dans la circulaire que j'ai adressée aux services extérieurs du ministère pour la préparation du V^e plan, j'ai souligné la nécessité de prévoir dans les hôpitaux l'organisation de services d'urgence et de réanimation dotés de tous les moyens modernes et fonctionnant en permanence non seulement au profit des victimes d'accidents de la route, mais pour tous les cas urgents relevant des techniques de la réanimation: asphyxiés, électrocutés, noyés, victimes d'empoisonnements.

Une suggestion intéressante m'a été faite tendant, sinon à donner une formation de secouriste, du moins la connaissance des premiers soins indispensables, aux candidats à l'examen du permis de conduire. Je puis dire que je fais moi-même un effort dans ce sens puisque le ministère de la santé exigera des ambulanciers qu'ils aient leur brevet de secouriste.

Le problème des allocations sociales aux personnes âgées a été évoqué par les deux rapporteurs, M. Bisson et M. Fréville, et par la plupart des orateurs. Je crois qu'il faut compléter une fois encore les informations de l'Assemblée, car on commet une erreur quand on déclare que 2.500.000 vieillards ne touchent pas cinq francs par jour. Si l'on considère les choses de près, on s'aperçoit que l'allocation de 1.600 francs par an n'est pas la seule allocation qui soit accordée aux personnes âgées. Avant de les énumérer, j'évoquerai les efforts qui ont été accomplis par le Gouvernement depuis le 1^{er} janvier 1962.

Au 1^{er} janvier 1962, c'est-à-dire voilà bientôt trois ans, les vieux travailleurs salariés touchaient 1.000 francs d'allocation normale. Ils en percevaient 1.600 depuis le 1^{er} janvier 1964. Or cette allocation est passée de l'indice 100 à l'indice 150.

Les vieux travailleurs non salariés, eux, percevaient 780 francs au 1^{er} janvier 1962. Leur allocation a été portée aussi à 1.600 francs.

D'autre part, les plafonds, pendant cette période, sont passés de 2.010 francs à 3.100 francs pour une personne isolée, et de 2.580 à 4.700 francs pour un ménage.

Il convient, en outre, de tenir compte du fait que 500.000 vieux travailleurs salariés sont maintenant assujettis à la sécurité sociale.

Il ne faut pas oublier non plus qu'à cette allocation s'ajoute l'allocation de loyer, qui atteint 75 p. 100 du loyer mensuel jusqu'à un plafond de 140 francs par mois qui va être porté à 180, ce qui n'est pas à dédaigner.

Les personnes âgées peuvent bénéficier aussi de trente heures par mois d'aide ménagère à domicile, ou d'une indemnité. En effet, si la commune n'a pas organisé cette aide sociale, ou en l'absence de travailleuses familiales pour effectuer le travail, une indemnité est versée à concurrence de 60 p. 100 de la valeur de l'aide ménagère à domicile.

On ne saurait donc prétendre que les ressources normales pour chacun des 2.500.000 vieillards en question soient égales à 1.600 francs, c'est-à-dire à 5 francs par jour ; en fait les ressources dont ils disposent sont comprises entre ce chiffre de 1.600 francs et le plafond ouvrant droit aux allocations minimales, soit 3.100 francs pour un isolé et 4.700 francs pour un ménage. Et même, pour certains de ces bénéficiaires, c'est en réalité ce plafond de ressources qui constitue le véritable montant minimal des revenus.

Il n'en reste pas moins que le Gouvernement est parfaitement conscient de la nécessité d'augmenter encore ces allocations. C'est ce qu'il fera au 1^{er} janvier 1965, au 1^{er} juillet suivant et encore au 1^{er} janvier 1966. En même temps seront relevés les différents plafonds, de telle sorte que de nouvelles personnes pourront bénéficier de ces allocations.

Telle est la vérité. J'entendais la proclamer devant l'Assemblée.

M. Martin a soulevé le problème de la réforme des allocations versées aux infirmes par la sécurité sociale et par l'aide sociale. En effet, une demande a été formulée par une association tendant à substituer à ces deux sortes d'allocations une nouvelle allocation égale à 80 p. 100 du salaire minimum interprofessionnel garanti et qui serait versée par une caisse autonome alimentée par une participation de l'Etat, par une participation de la sécurité sociale, par une cotisation obligatoire de tous les citoyens disposant de ressources supérieures à une fois et demie le salaire minimum interprofessionnel garanti, et par des ressources fiscales.

Mais cette demande se traduirait par une dépense nouvelle de 2 milliards de francs, soit le double de ce qui est versé actuellement aux infirmes à ce titre. C'est dire qu'un problème financier très important est posé et qu'il n'est pas sûr que ce système de la caisse autonome soit le meilleur. Il semblerait plutôt préférable d'augmenter les allocations actuellement distribuées aux infirmes. De toute façon, l'affaire est à l'étude à la direction générale de la population.

M. Bisson et M. Duraffour ont soulevé la question de la révision des barèmes de répartition des dépenses d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales. Comme ils l'ont signalé, une commission comprenant des représentants des ministères de l'intérieur, des finances et de la santé publique a déjà tenu trois séances à ce sujet. Elle va transmettre sous peu ses conclusions au Gouvernement, qui décidera.

M. Baudis m'a interrogé sur la circulaire du 23 juillet 1964, qui prévoit que les parents d'enfants infirmes titulaires de la carte d'invalidité peuvent demander à bénéficier de l'exonération de la vignette sur les automobiles accordée par le décret du 3 septembre 1956 aux grands infirmes possesseurs d'une carte portant la mention « station debout pénible ». Pour bénéficier de cet avantage, les parents doivent produire une attestation délivrée par un médecin du service départemental d'aide sociale, établissant que l'enfant doit être accompagné dans ses déplacements.

Ici apparaît une difficulté, car il sera très difficile d'obtenir cette attestation avant la fin de l'année. Je me propose de rechercher, avec le ministre des finances et des affaires économiques, la possibilité d'un remboursement du timbre délivré dans des conditions normales aux parents d'enfants admis au bénéfice de cette carte.

M. Baudis a déploré la longueur des délais entre le dépôt de la demande d'allocation des aveugles et des grands infirmes et l'attribution de cette allocation. C'est vrai. Souvent le délai d'instruction est excessif. Aussi, je me propose, par une circulaire, d'insister pour qu'il n'excède point trois mois.

En ce qui concerne la carte des économiquement faibles, qui était attribuée aux citoyens disposant de ressources inférieures à 1.352 francs, si elle ne peut plus être délivrée maintenant, c'est pour la raison infiniment simple que l'allocation minimale est aujourd'hui de 1.600 francs. Seuls les anciens titulaires peuvent donc continuer à en bénéficier. Une discussion est actuellement engagée entre mes services et ceux du ministère des finances pour régler cette question.

Mlle Dienesch, MM. Thoraille et Mer ont soulevé la question des foyers de jeunes travailleurs. Le problème de la construction de ces foyers n'est en effet pas le seul à se poser. A cet égard, la dotation a été portée de 2.900.000 francs en 1964 à 4 millions pour 1965. Mais il y a également le problème du fonctionnement de ces foyers et celui de la formation des éducateurs. Nous avons l'intention de demander pour 1966 des crédits en faveur de ces actions infiniment importantes.

Il ne fait pas de doute que la migration des jeunes agriculteurs vers les villes nécessite la création d'un grand nombre de foyers de jeunes travailleurs et de jeunes travailleuses. Ce sera là une des actions essentielles du V^e plan. D'ailleurs, espérant obtenir une dotation supplémentaire pour le budget de 1965, j'ai demandé au fonds d'investissement de l'aménagement du territoire de prévoir des crédits pour nous permettre de créer davantage de foyers de jeunes travailleurs en 1965. La décision — je ne sais si elle sera favorable — sera prise à la fin de l'année.

M. Longueue a soulevé des problèmes très intéressants, dont celui de la durée d'amortissement — qu'il estime excessive — pour les matériels hospitaliers. C'est là un problème qu'il nous faudra revoir en vue d'aboutir à une solution satisfaisante.

En ce qui concerne les emprunts, il est exact que les hôpitaux ne peuvent emprunter à la Caisse des dépôts et consignations que si une subvention, même de principe, leur a été accordée. Souvent, pour faciliter les opérations de construction, nous faisons en sorte qu'il y ait au moins une subvention de principe. Il n'en reste pas moins qu'en l'espèce un problème financier important est posé.

J'ajoute que les annuités d'emprunt peuvent être prises en compte pour déterminer les prix de journée, les municipalités ne faisant que garantir le remboursement.

Pour ce qui est de l'équipement, les autorisations de programme pour 1965 s'élèvent à 519.800.000 francs. Les crédits de paiement, eux, sont en augmentation de 89,15 p. 100 par rapport à 1964. L'effort principal portera en 1965 sur les centres hospitaliers universitaires, les hôpitaux, les hospices et les écoles d'infirmières. En effet, 278.100.000 francs y seront consacrés au lieu de 250.307.000 francs en 1964.

L'année prochaine sera la dernière année d'exécution du IV^e plan. L'Assemblée aimera connaître, je suppose, l'effort qui a été déjà réalisé dans ce cadre.

Le budget de fonctionnement du ministère de la santé publique est, pour 1965, supérieur de 40,37 p. 100 à celui de 1962. Quant aux crédits d'équipement, le IV^e plan avait prévu 1.442 millions de subventions. En définitive, nous aurons, à la fin de 1965, atteint 1.642.699.000 francs. C'est-à-dire que l'écart avec le plan sera de 14 p. 100 en plus. Les crédits effectivement engagés, compte tenu des reports de crédits inutilisés qui subsistaient à la fin de 1961, seront de 1.712 millions de francs, qui représentent environ 4.156 millions de travaux, soit un dépassement du plan de 18,7 p. 100 et, en valeur réelle, compte tenu de la hausse des prix, de 7,7 p. 100.

Deux mesures ont été prises pour accélérer la construction de l'équipement sanitaire et social.

Première mesure : nous avons, cette année, mis en place dans chaque département un réseau de délégués départementaux aux travaux. Dans cinquante-sept départements, ce délégué est l'ingénieur en chef des ponts et chaussées ; dans dix-huit, c'est le directeur départemental de la construction ; dans douze autres, c'est l'ingénieur en chef du génie rural. Ces délégués contrôlent la réalisation des travaux, conseillent les collectivités et les maîtres d'ouvrage et renseignent le ministère de la santé publique sur le déroulement des opérations.

Deuxième mesure : nous avons procédé à la déconcentration qui, comme l'ont indiqué plusieurs orateurs, permet seule de construire plus rapidement. Cette déconcentration des crédits de paiement du ministère de la santé publique a été opérée par une circulaire en date du 29 octobre 1964 ; elle permet aux préfets de régler plus rapidement les entrepreneurs car les retards dans les paiements de l'Etat sont générateurs de hausses des prix ; elle leur permet aussi de procéder à l'approbation technique d'un certain nombre de projets qui ainsi n'auront plus à être soumis à l'administration centrale.

C'est ainsi que pourront être approuvés à l'échelon départemental les projets concernant les maisons de retraite, les dispensaires d'hygiène sociale, les foyers de jeunes travailleurs, les

instituts médico-pédagogiques, les centres sociaux, ainsi que les opérations de saupoudrage des centres hospitaliers universitaires et les aménagements d'hôpitaux.

D'autres mesures de déconcentration sont en cours qui diminueront les retards qui résultent de l'obligation pour l'administration centrale d'examiner l'ensemble des dossiers.

MM. Bisson, Lepage, Royer et Longueque ont traité des méthodes de financement des équipements sanitaires et sociaux. La procédure actuelle selon laquelle le financement est réparti à raison de 40 p. 100 pour le ministère de la santé publique, 30 p. 100 pour la sécurité sociale, 30 p. 100 pour les collectivités locales est beaucoup trop lourde; les dossiers doivent être examinés par trop d'administrations, il en résulte de grands retards et parfois des désaccords. Sur mon initiative, le commissariat général au plan s'est penché sur ce problème et une solution devra lui être apportée pour le 1^{er} janvier 1966.

M. Bisson nous a entretenus des orientations souhaitées par la commission des finances en ce qui concerne l'équipement sanitaire et social dans le V^e plan, et a indiqué que parmi les actions à mener d'urgence il convenait d'inscrire les centres hospitaliers universitaires, l'enfance inadaptée, les foyers des jeunes travailleurs, les écoles d'infirmières, les crèches, les maisons de retraite. Nous sommes absolument d'accord sur ces priorités.

M. Chalopin a attiré mon attention sur les hôpitaux ruraux. Je l'ai écouté avec beaucoup d'intérêt. Sa conception rejoint la mienne.

M. Yvon, en terminant son intervention, a souligné que le budget du ministère de la santé publique ne représentait que 2,5 p. 100 du budget de l'Etat. Cette observation n'a pas de sens car le budget du ministère de la santé publique ne reflète évidemment pas l'ensemble du budget de la santé publique de la France. Si l'on veut avoir une idée exacte de l'effort consenti pour la santé publique dans notre pays, d'abord il faut observer que le budget de mon département ministériel comporte aussi l'aide sociale, et il faut d'autre part ajouter aux dépenses effectuées au titre de mon ministère les dépenses qui figurent dans les budgets départementaux et celles qui relèvent de la sécurité sociale, et cet ensemble s'élève au total impressionnant de 21 milliards de francs. Autrement dit nous dépensons 2,100 milliards d'anciens francs pour la santé publique. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T.)

La France n'a pas à rougir de cet effort. Non, elle n'est pas au dernier rang de l'Europe dans le domaine de la santé publique. C'est là une erreur, un véritable mensonge inventé dans un but de propagande politique; il ne faut pas le propager (Nouveaux applaudissements sur les mêmes bancs.)

A la vérité, si l'on tient à faire des comparaisons qui, je le répète, ne signifient rien, on pourrait dire que ces 21 milliards de francs représentent une dépense équivalente au cinquième du montant du budget de l'Etat. Voilà la vérité!

Mesdames, messieurs, l'année 1964 a été l'année des réformes, l'année où a été arrêtée une véritable politique de la santé publique et de l'aide sociale. Il me suffit de récapituler nos efforts pour que vous en ayez une idée claire:

L'Institut national d'hygiène a été réformé; il est devenu le grand institut national de la recherche médicale. Les examens d'infirmières ont été réformés, les services d'action sanitaire et sociale fusionnés, les dépenses concernant le cancer et la lèpre rendues obligatoires. Des délégués aux travaux ont été installés dans chaque département pour surveiller la construction des équipements sanitaires et sociaux et faire en sorte qu'il n'y ait pas de dépassements indus de crédits ni de retards dans les réalisations.

Une déconcentration a été opérée qui évitera le retour des dossiers à l'administration centrale et permettra leur règlement direct par le préfet.

Cet ensemble de mesures traduit des progrès incontestables et un renforcement considérable des moyens d'action du ministère de la santé publique et de la population.

Ainsi sommes-nous mieux à même de remplir notre haute mission de solidarité nationale et humaine pour le plus grand profit des malades et des déshérités que nous avons à servir. (Applaudissements sur les bancs de l'U. N. R.-U. D. T., du centre démocratique et du groupe des républicains indépendants.)

M. le président. Nous arrivons à l'examen des crédits.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix le titre III de l'état B concernant le ministère de la santé publique et de la population, au chiffre de 6.978.385 francs.

(Ce titre, mis aux voix, est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le titre IV de l'état B concernant le ministère de la santé publique et de la population, au chiffre de 21.728.000 francs.

(Ce titre, mis aux voix, est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix, pour le titre V de l'état C concernant le ministère de la santé publique et de la population, l'autorisation de programme au chiffre de 16.800.000 francs.

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

M. le président. Je mets aux voix, pour le titre V de l'état C concernant le ministère de la santé publique et de la population, le crédit de paiement au chiffre de 200.000 francs.

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

M. le président. Je mets aux voix, pour le titre VI de l'état C concernant le ministère de la santé publique et de la population, l'autorisation de programme au chiffre de 503 millions de francs.

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

M. le président. Je mets aux voix, pour le titre VI de l'état C concernant le ministère de la santé publique et de la population, le crédit de paiement au chiffre de 63 millions de francs.

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

M. le président. Nous avons terminé l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de la population.

La suite de la discussion budgétaire est renvoyée à la prochaine séance.

— 2 —

DEPOT D'UN PROJET DE LOI MODIFIE PAR LE SENAT

M. le président. J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi modifié par le Sénat portant modification des dispositions du code civil relatives à la tutelle et à l'émancipation.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 1158, distribué et renvoyé à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République.

— 3 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Aujourd'hui, dimanche 8 novembre, à dix heures, séance publique:

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1965 (n° 1087) (Rapport n° 1106 de M. Louis Vallon, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du plan).

Services du Premier ministre:

Section II. — Information et office de la radiodiffusion-télévision française (ligne 123 de l'état E).

Information (Annexe n° 20. — M. Nungesser, rapporteur spécial; Avis n° 1129 de M. Boinvilliers, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

Office de la radiodiffusion-télévision française (Annexe n° 35. — M. Nungesser, rapporteur spécial; Avis n° 1128 de M. Boinvilliers, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

La séance est levée.

(La séance est levée le dimanche 8 novembre, à zéro heure vingt minutes.)

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

QUESTIONS

REMISES A LA PRESIDENCE DE L'ASSEMBLEE NATIONALE
(Application des articles 133 à 138 du règlement.)

QUESTION ORALE AVEC DEBAT

11521. — 7 novembre 1964. — **M. Privat** — à la suite des regrettables incidents qui se sont produits lors de la dernière session du baccalauréat — demande à **M. le ministre de l'éducation nationale**: 1° quels sont les résultats de l'enquête administrative qu'il a ordonnée; 2° quelles mesures il compte prendre pour éviter la répétition des fraudes; 3° s'il est maintenant possible de considérer comme définitive l'organisation de cet examen après la succession de réformes hâtives et contradictoires qu'elle a subies, et qui ont plongé élèves, familles et maîtres dans un profond désarroi.

QUESTIONS ECRITES

Article 138 du règlement :

« Les questions écrites... ne doivent contenir aucune imputation d'ordre personnel à l'égard de tiers nommément désignés. »

« Les réponses des ministres doivent être publiées dans le mois suivant la publication des questions. Ce délai ne comporte aucune interruption. Dans ce délai, les ministres ont toutefois la faculté soit de déclarer par écrit que l'intérêt public ne leur permet pas de répondre, soit, à titre exceptionnel, de demander, pour rassembler les éléments de leur réponse, un délai supplémentaire qui ne peut excéder un mois. Lorsqu'une question écrite n'a pas obtenu de réponse dans les délais susvisés, son auteur est invité par le président de l'Assemblée à lui faire connaître s'il entend ou non la convertir en question orale. Dans la négative, le ministre compétent dispose d'un délai supplémentaire d'un mois. »

11522. — 7 novembre 1964. — M. Bignon demande à M. le ministre du travail s'il ne pourrait envisager d'abaisser à soixante ans l'âge de la retraite pour les travailleurs qui, titulaires d'une pension militaire d'invalidité à 100 p. 100 et plus, totalisent 120 trimestres de cotisations à la sécurité sociale lorsqu'ils atteignent cet âge — la reconnaissance à l'incapacité au travail leur étant implicitement accordée du fait du taux élevé de leur pension d'invalidité. Il lui fait remarquer qu'une telle mesure ne comporterait qu'une très faible incidence financière, compte tenu du nombre restreint des travailleurs se trouvant dans cette situation.

11523. — 7 novembre 1964. — M. Clerget expose à M. le ministre de l'agriculture que, en l'état actuel des textes, les exploitants agricoles atteints de maladie mentale ne peuvent bénéficier de la majoration pour assistance d'une tierce personne que si leur état de santé leur a ouvert droit à pension d'invalidité avant l'âge de soixante ans, cette invalidité ayant été reconnue postérieurement au 31 mars 1961. Or, les salariés agricoles percevant une pension d'invalidité ou une pension de vieillesse, et qui sont atteints de maladie mentale, peuvent prétendre au bénéfice de la majoration pour maladie mentale quel que soit leur âge. Il lui demande s'il ne pourrait envisager d'accorder le bénéfice de cet avantage aux exploitants agricoles dans les mêmes conditions, c'est-à-dire au titre de la vieillesse comme au titre de la maladie, l'incidence financière d'une telle mesure devant en outre être réduite, compte tenu du petit nombre des exploitants agricoles intéressés.

11524. — 7 novembre 1964. — M. Clerget appelle l'attention de M. le ministre du travail sur le fait que, parmi les ressources prises en compte pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité, figure la pension militaire d'invalidité. Or, il arrive que le montant de cette pension peut provoquer un dépassement du plafond prévu pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité, et que l'intéressé se voit refuser le bénéfice de ladite allocation pour ce motif. Compte tenu du fait que la pension militaire d'invalidité ne figure pas parmi les ressources prises en compte pour la détermination de l'impôt sur le revenu, compte tenu également du fait du caractère même de cette pension allouée en réparation d'un préjudice subi au service du pays, il lui demande s'il ne pourrait envisager d'exclure cette pension dans le calcul des ressources considérées pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité.

11525. — 7 novembre 1964. — M. Charbonnel appelle l'attention de M. le ministre de l'agriculture sur les conditions dans lesquelles sont financées les opérations d'assainissement de prés. Si, en effet, le taux des subventions qui sont attribuées à cette fin est élevé, les agriculteurs qui en bénéficient sont, en revanche, contraints d'avancer la totalité du coût de l'opération, pour laquelle ils ne peuvent, le plus souvent, obtenir de devis précis, ce qui, dans l'état général de leur trésorerie, les gêne considérablement. Il lui demande quelles mesures il serait possible de prendre afin d'apporter une solution aux difficultés ainsi constatées.

11526. — 7 novembre 1964. — M. Collette rappelle à M. le ministre des travaux publics et des transports que les chalutiers français qui s'aventurent à pêcher à moins de 12 milles des côtes britanniques sont invités à regagner le large. Il lui demande pour quelles raisons le Gouvernement français n'a pas encore décidé, ne serait-ce que par réciprocité, semblable mesure à l'égard des chalutiers étrangers.

11527. — 7 novembre 1964. — M. Collette expose à M. le ministre des finances et des affaires économiques que le modèle de compte d'exploitation générale, dans le décret n° 64-941 du 12 août 1964, comporte une ligne « Autres frais d'exploitation et de gestion ».

Il lui demande pour quelles raisons ont été de la sorte regroupées les dépenses aussi diverses que celles qui, d'après le plan comptable général, figurent aux comptes 63 : Travaux, fournitures et services extérieurs, et 66 : Frais divers de gestion.

11528. — 7 novembre 1964. — M. Collette expose à M. le ministre des finances et des affaires économiques qu'aux termes des dispositions contenues dans le décret n° 64-941 du 12 août 1964, les entreprises industrielles et commerciales, qui ont procédé à la révision de leur bilan en application de l'ordonnance du 15 août 1945, devront continuer à présenter leur bilan conformément au plan comptable général, tandis que celles qui n'ont pas fait de réévaluation devront présenter leur bilan pour les déclarations fiscales conformément au modèle contenu dans le décret précité. Il lui demande quelles raisons justifient cette différenciation, alors que, s'agissant du compte d'exploitation générale et du compte de pertes et profits, les modèles fixés par ce décret sont applicables à toutes les entreprises.

11529. — 7 novembre 1964. — M. Collette rappelle à M. le ministre des finances et des affaires économiques que les entreprises industrielles et commerciales doivent, avec la déclaration de leurs résultats imposables, indiquer les noms, adresses et sommes versées à tous tiers à titre, notamment, d'intérêts de créances. Il lui demande d'indiquer quel avantage tirent les régies financières de la fourniture de ce renseignement lorsqu'il s'agit d'intérêts versés à l'un des établissements bancaires nationalisés.

11530. — 7 novembre 1964. — M. Bernard Rocher attire l'attention de M. le ministre de la construction sur les conditions de certains paiements de la taxe à l'habitat. Aux termes du décret n° 55-486 du 30 avril 1955, les propriétaires de locaux créés ou aménagés avec le concours du fonds national d'amélioration de l'habitat sont tenus, pendant vingt ans, d'acquitter la taxe à l'habitat, que ces locaux soient ou non donnés en location. Dans de très nombreux cas, les propriétaires actuellement assujettis n'ont jamais bénéficié personnellement de l'aide du F. N. A. H., car celle-ci a été accordée aux précédents propriétaires qui leur ont vendu l'appartement. Bien entendu, la plus-value ainsi donnée à la propriété a été répercutée, au moment de l'achat, sur les acquéreurs. Par contre, ces derniers, aux termes du décret précité, ne peuvent plus bénéficier de la moindre subvention puisqu'ils entrent dans la catégorie « copropriétaires occupant leurs locaux ». Il lui demande s'il envisage de maintenir un tel état de fait, aboutissant à assujettir les copropriétaires à des obligations paras fiscales, sans qu'ils puissent en espérer la moindre contrepartie.

11531. — 7 novembre 1964. — M. André Halbout expose à M. le ministre des finances et des affaires économiques que l'imposition de 15 p. 100 que vient de décider le Gouvernement britannique sur les importations aura, sans doute, une influence particulièrement sensible en ce qui concerne la vente des vins et spiritueux français en Grande-Bretagne. Il lui demande s'il est dans les intentions du Gouvernement d'instituer une taxation analogue des whyskies et des gins. Il lui fait remarquer qu'une telle mesure inciterait les fabricants français à lancer une production nationale de remplacement pour ces produits, dont la consommation est de plus en plus importante. Ces nouvelles fabrications représenteraient une compensation du fléchissement de nos exportations, que les décisions anglaises ne manqueraient pas d'entraîner.

11532. — 7 novembre 1964. — M. Bilioux demande à M. le ministre des anciens combattants et victimes de guerre si les anciens combattants de la guerre 1914-1918, répondant aux conditions fixées par le décret n° 59-1195 du 21 octobre 1959 (notamment quatre citations à l'ordre de la division, une blessure grave ayant nécessité une hospitalisation de trois mois, titulaire de la Médaille militaire depuis quarante et un ans), vont se voir proposé sans plus attendre pour l'attribution de la Légion d'honneur.

11533. — 7 novembre 1964. — M. Tourné demande à M. le ministre des finances et des affaires économiques : 1° quel est le nombre de prêts accordés par la caisse de crédit mutuel agricole des Pyrénées-Orientales, au cours de chacune des cinq dernières années ; 2° quelles sont les diverses catégories d'emprunts, et quel est leur nombre ; 3° quelle est la durée de ces emprunts, et quel est le taux de l'intérêt exigé pour ces diverses catégories de prêts.

11534. — 7 novembre 1964. — M. Tourné demande à M. le ministre du travail : 1° combien d'infractions à la législation du travail et aux lois sociales ont été constatées par ses services, au cours de l'année 1963, et au cours des trois premiers trimestres de l'année 1964, dans toute la France et dans chacun des départements français ; 2° combien de ces infractions ont été sanctionnées au cours des mêmes périodes, pour toute la France et dans chacun des départements français.

11535. — 7 novembre 1964. — M. Tourné expose à M. le ministre de l'agriculture que la longue période de sécheresse de l'été dernier a été préjudiciable au développement normal des récoltes de céréales, notamment de maïs. De ce fait, de nombreuses exploitations familiales, qui produisent traditionnellement du maïs, connaissent de sérieuses difficultés. Dans beaucoup de cas, la récolte de maïs a été presque inexistante. Il lui demande : 1° quelles régions de France, productrices de maïs, ont été classées comme sinistrées ; 2° quelles mesures le Gouvernement a prises pour aider les producteurs de maïs de ces régions sinistrées par la sécheresse ; 3° s'il n'envisage pas d'aider en priorité les exploitations paysannes familiales, dont les besoins sont de beaucoup les plus pressants.

11536. — 7 novembre 1964. — M. Tourné demande à M. le ministre de l'agriculture : 1° à quels emprunts de sinistrés peuvent avoir recours les agriculteurs victimes de calamités agricoles ; 2° quelles sont les conditions exigées de ceux qui demandent le bénéfice d'un emprunt de sinistré ; 3° quelles sont les conditions de ces emprunts : montant, durée de remboursement, taux d'intérêt exigé, notamment quand il s'agit de sinistrés qui ont pour conséquence l'arrachage de la vigne et son remplacement par des plantations nouvelles.

11537. — 7 novembre 1964. — M. Tourné expose à M. le ministre des postes et télécommunications qu'un nombre très élevé de demandes d'installations du téléphone, présentées par des habitants de Perpignan, sont en instance depuis des années. Il lui demande : 1° quel est le chiffre exact de ces demandes en instance ; 2° s'il est exact que ces demandes ne pourront pas, pour la plupart, être satisfaites dans les cinq années à venir.

11538. — 7 novembre 1964. — M. Raymond Barbet expose à M. le ministre de l'éducation nationale que l'éloignement de la nouvelle faculté des lettres de Nanterre du centre de Paris a conduit les services du ministère de l'éducation nationale à demander à la R. A. T. P. le renforcement de la ligne d'autobus n° 159 et à utiliser le concours d'une compagnie privée pour le transport des étudiants de la place du Trocadéro et du pont de Saint-Cloud jusqu'au pont de Neuilly. Or, il est estimé que le prix du transport, qui devront supporter les étudiants, s'élèvera pour certains d'entre eux à 25 F par semaine, ce qui constitue une lourde charge, notamment pour les étudiants non fortunés ou assumant des responsabilités familiales. La célérité inhabituelle avec laquelle ont été construits les premiers bâtiments de la faculté des lettres, qui accueille 2.000 étudiants en propédeutique, aurait dû normalement conduire les pouvoirs publics à se préoccuper, en même temps, de la construction des logements nécessaires aux étudiants célibataires ou mariés, ainsi qu'au personnel enseignant et de service. Déjà, des étudiants dont le domicile est très éloigné de Nanterre, notamment en Seine-et-Oise, s'adressent à l'office municipal d'H. L. M. de Nanterre pour demander l'attribution d'un logement. Ce dernier ne peut répondre favorablement à ces sollicitations, d'une part, en raison du nombre élevé de demandes de prioritaires de la commune (3.200) et, d'autre part, par le fait que, depuis l'année 1958, l'office communal ne s'est vu financer que 516 logements, dont 250 sont en voie de terminaison, l'adjudication des travaux pour 266 logements ne pouvant avoir lieu que le 15 décembre prochain. Il faut toutefois ajouter que, sur la construction des 250 logements en cours, 50 sont attribués obligatoirement à des évincés de la zone de la Défense et 30 p. 100 réservés de droit aux rapatriés d'Algérie. Il semble donc souhaitable, dans ces conditions, que des dispositions soient prises, sans plus attendre, pour entreprendre et mener, avec la même célérité que pour les premiers bâtiments de la faculté, la construction de logements pour les étudiants. L'attribution de crédits spéciaux à cet effet, et l'application de la procédure accélérée pour la prise en possession des terrains sur lesquels l'office communal d'H. L. M. envisage la construction d'habitations, permettraient d'intégrer dans les programmes de l'office d'H. L. M. un certain nombre de logements destinés aux étudiants et au personnel, sans que cela porte préjudice aux prioritaires de la commune. Il lui demande : 1° s'il ne juge pas nécessaire de faire étudier cette proposition conjointement avec la commune, l'office d'H. L. M. et l'union nationale des étudiants de France ; 2° s'il envisage d'apporter aux étudiants dont la situation sociale le justifie une aide financière, sous forme de bourses ou par tous autres moyens, afin d'alléger efficacement les charges financières qu'ils sont tenus d'exposer pour se rendre à la faculté de Nanterre.

11539. — 7 novembre 1964. — M. Abelin expose à M. le ministre des finances et des affaires économiques les faits suivants : M. X... est décédé le 26 septembre 1950 laissant, pour héritières, sa femme et sa fille. Sa succession comprenait notamment un immeuble entièrement détruit par faits de guerre en 1940. Le terrain sur lequel était édifié cet immeuble ayant été affecté par les services de l'urbanisme à une destination différente, il a été attribué au sinistré, en compensation, une partie d'immeuble d'habitation construit par l'Etat en application de l'ordonnance du 8 septembre

1945. Cette attribution ayant eu lieu postérieurement au décès de M. X..., la direction de l'enregistrement à laquelle a été faite la déclaration de succession estime qu'il dépendait de cette succession, non pas une construction nouvelle bénéficiaire de l'exonération d'impôts prévue par l'article 1241, 1^o, du code général des impôts, mais une créance d'indemnité de dommages de guerre devant être déclarée dans les conditions prévues par le décret du 30 juillet 1952, et susceptible de faire l'objet, le cas échéant, d'une insuffisance d'évaluation. En conséquence, l'administration a rejeté une requête présentée par les héritières de M. X... en vue d'obtenir la restitution des droits de mutation par décès perçus au titre de cet immeuble au cours des années 1957, 1958 et 1959, ainsi que celle de la pénalité de 1.400 F versée en 1959. Cependant, à la date du décès de M. X..., l'immeuble, dans lequel un appartement a été attribué en compensation de l'immeuble détruit, était entièrement reconstruit, ainsi que l'atteste un certificat du directeur des contrôles administratifs et financiers du ministère de la reconstruction, indiquant que la pose de la toiture de cet immeuble a eu lieu pendant une période s'étendant de décembre 1949 à avril 1950. Par ailleurs, les services de l'enregistrement du lieu de l'immeuble ont réclamé aux héritières un supplément de droits pour insuffisance de déclaration portant, non sur une créance de dommages de guerre, mais sur la valeur de la propriété sinistrée. Il lui demande si, dans ces conditions, la position prise par la direction de l'enregistrement est bien fondée et si la demande en restitution de droits formulée par Mme X... et sa fille, le 1^{er} février 1960, ne devrait pas recevoir une suite favorable.

11540. — 7 novembre 1964. — M. Gosnat attire l'attention de M. le ministre du travail sur les graves préjudices que l'application de sa circulaire n° 65 du 23 mars 1964 risque d'entraîner pour les assurés sociaux atteints de maladies de longue durée. Cette circulaire intervient après l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 22 novembre 1963 (fédération des malades, infirmes et paralysés), qui a annulé le décret du 3 octobre 1962, lequel avait abrogé et remplacé par des dispositions nouvelles le 2^o du deuxième alinéa de l'article L. 286 du code de la sécurité sociale. Le texte primitif de cet article se trouve remis en vigueur à la suite de cette annulation par la Haute assemblée. Il s'ensuit que la participation de l'assuré est supprimée et, en particulier, « lorsque dans les conditions fixées par règlement d'administration publique, le bénéficiaire a été reconnu, après avis du contrôle médical, atteint d'une affection de longue durée nécessitant un traitement régulier, et notamment l'hospitalisation, ou lorsque son état nécessite le recours à des traitements ou thérapeutiques particulièrement onéreux » (art. 24, alinéa 2-2^o, de l'ordonnance du 19 octobre 1945, modifiée par le décret du 20 mai 1955). La circulaire précitée subordonne l'exonération de la participation aux frais — ticket modérateur de 20 p. 100 — pour l'assuré, ou ses ayants droit, à l'existence d'une hospitalisation. Une telle mesure s'inscrit en violation du texte même de l'article L. 286, alinéa 2-2^o, du code de la sécurité sociale, le terme « notamment » voulant indiquer, à titre d'exemple de traitement régulier, l'hospitalisation. L'application de cette circulaire constitue une régression manifeste sur le plan de la santé en ce qu'elle restreint la dispense, de la participation aux frais pour les affections reconnues de longue durée par le contrôle médical, aux seuls cas où cette affection entraîne, outre un traitement régulier, l'hospitalisation, et seulement pendant la durée de cette hospitalisation. Il lui demande : 1° s'il entend reconsidérer l'interprétation qu'il a donnée dans sa circulaire 65 SS de l'article 286, alinéa 2-2^o, dans un sens plus conforme à la lettre et à l'esprit de ce texte ; 2° s'il envisage de prendre prochainement un nouveau texte réglementant de façon plus équitable l'indemnisation de tous les assurés atteints d'affections de longue durée, dont la situation est particulièrement digne d'intérêt, en raison de la gravité de leur maladie et des dépenses anormalement élevées qu'elle engendre.

11541. — 7 novembre 1964. — M. Sabié attire l'attention de M. le ministre d'Etat chargé des départements et territoires d'outre-mer sur la situation critique des gardes-champêtres qui n'ont bénéficié depuis la guerre, comme les autres catégories de fonctionnaires, d'aucune amélioration sensible de leur condition matérielle. Ces agents étaient recrutés naguère parmi les anciens militaires retraités. Leur action se bornait à la distribution des plis, la surveillance de certains domaines privés, la lecture des avis, et ils pouvaient donc se contenter d'une rémunération modique, se cumulant avec leur pension de retraite. Par suite de changements divers, les fonctions et les prérogatives des gardes-champêtres se sont considérablement accrues, ainsi que les risques qu'ils courent, tandis que leur indice de rémunération est resté fixé au taux ridiculement bas de 125 à 225. Il lui demande ce que le Gouvernement envisage de faire en faveur de ces agents particulièrement défavorisés de la fonction publique, qui jouent un rôle important dans l'administration quotidienne des collectivités locales, et surtout dans le maintien de l'ordre public et de la paix sociale, notamment en ce qui concerne le relèvement de leur indice de traitement, le remaniement de leur cadre administratif, l'attribution à leur profit de la prime de risque ou de sujétion instituée par le décret n° 58-517 du 29 mai 1953, la fixation du repos hebdomadaire obligatoire, le relèvement des frais d'habillement et de tournée, la retraite au titre de l'active à cinquante-cinq ans et le régime des congés administratifs.