

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1965-1966

Annexe au procès-verbal de la séance du 2 novembre 1965.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi de finances pour 1966, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

TOME II

SANTÉ PUBLIQUE ET POPULATION

Par M. André PLAÏT,

Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de : MM. Roger Menu, président ; André Plait, Lucien Grand, Roger Lagrange, vice-présidents ; Marcel Lambert, Louis Roy, François Levacher, secrétaires ; Hubert d'Andigné, Emile Aubert, Marcel Audy, Pierre Barbier, Hamadou Barkat Gourat, Maurice Bayrou, Daniel Benoist, Lucien Bernier, Raymond Bossus, Pierre Bouneau, Joseph Brayard, André Bruneau, Omer Capelle, Mme Marie-Hélène Cardot, MM. Marcel Darou, Michel Darras, Adolphe Dutoit, Abel Gauthier, Paul Guillaumot, Louis Guillou, Jacques Henriot, Arthur Lavy, Bernard Lemarié, Paul Levêque, Robert Liot, Henri Loste, Georges Marie-Anne, André Méric, Léon Messaud, Alain Poher, Alfred Poroi, Roger Poudonson, Eugène Romaine, Charles Sinsout, Robert Soudant, Mme Jeannette Thorez-Vermeersch, M. Raymond de Wazières.*

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (2^e législ.) : 1577 et annexes, 1588 (tomes I à III et annexe 23), 1636 et in-8° 423.

Sénat : 30 et 31 (tomes I, II et III, annexe 25) (1965-1966).

Mesdames, Messieurs,

Une nouvelle fois, la Commission des Affaires sociales a bien voulu me confier le soin d'être son porte parole devant le Sénat pour donner son avis sur les crédits du Ministère de la Santé publique pour 1966.

Auparavant, elle m'a chargé de demander à notre Assemblée de se joindre à elle pour adresser le plus vibrant hommage à trois savants français, les professeurs Jacob, Lwoff et Monod qui viennent de recevoir la plus haute distinction pouvant être attribuée à des savants, le prix Nobel.

Il s'agit d'un honneur qui rejait sur l'ensemble de la médecine et de la science françaises. Que ces trois grands chercheurs de l'Institut Pasteur acceptent de trouver ici l'expression de l'admiration et de la gratitude du Sénat tout entier.

*
* *

PREMIERE PARTIE

Les grandes masses du budget.

L'ensemble des crédits affectés au Ministère de la Santé publique et de la Population pour 1966 représente une somme globale de 2.767 millions de francs, alors que la somme équivalente pour 1965 était de 2.287 millions de francs. Le budget de 1966 se trouve donc en augmentation de 480 millions de francs par rapport à celui de l'année précédente, soit + 20,9 %.

La vérité oblige cependant à faire observer que cette majoration est en partie réelle et partiellement fictive si l'on se place au point de vue de l'importance donnée par les pouvoirs publics aux dépenses de santé publique.

En effet, 100 millions de francs sur les 480 millions de francs ci-dessus mentionnés correspondent à des transferts purement administratifs et comptables de dépenses pour des services appartenant précédemment à d'autres Ministères.

Il ne s'agit donc à proprement parler ni de « mesures nouvelles », ni de « services votés » :

a) Transfert du Ministère de l'Intérieur (Rapatriés) pour le fonctionnement des centres de Bias, Saint-Maurice-l'Ardoise, Sainte-Livrade.

b) Transfert de personnel et de crédits du Ministère d'Etat chargé des Départements et Territoires d'Outre-Mer.

c) Et, surtout, transfert, du Ministère de l'Education nationale, du Service du contrôle médical scolaire.

Ces diverses opérations ne modifient donc pas l'ensemble des dépenses de la Nation pour la santé publique ; elles réduisent à un peu plus de 15 % l'augmentation réelle affectant, d'une année à l'autre, le titre III « Moyens des services » et à 18 % la majoration effective des dépenses ordinaires.

Précisons encore, pour mettre en relief les principales masses qui composent le budget du Ministère de la Santé

qu'une proportion énorme des crédits se trouvent concentrés sous des rubriques de procédure financière très peu nombreuses :

1° Pour le titre IV : Interventions publiques, qui comprend un grand nombre de chapitres recouvrant des sphères d'activités multiples et très diverses, dans les domaines de l'action éducative et culturelle, de l'assistance et de la solidarité, de la prévoyance sanitaire et sociale, le chapitre 46-22 « Services de la population et de l'action sociale — aide sociale et aide médicale », est doté à lui seul de 1.998.027.250 F sur les 2.329.837.998 F prévus au total.

2° Pour les dépenses en capital, le chapitre 66-10 « Subventions d'équipement aux établissements hospitaliers et de bienfaisance et aux écoles d'infirmières » attribue au titre des opérations nouvelles :

94.100.000 F aux hôpitaux non C. H. U ;
40.017.000 F aux hospices et maisons de retraites ;
126.905.000 F aux centres hospitaliers et universitaires.

Nous reviendrons, évidemment, sur les conclusions qu'il est possible de tirer de cet exposé de chiffres.

Auparavant, nous voudrions porter à la connaissance de nos collègues un certain nombre de renseignements qu'il nous a été loisible de recueillir au cours de cette année sur le fonctionnement de divers services dépendant du Ministère de la Santé publique. Ces informations serviront de base à un ensemble de remarques, de critiques et de suggestions.

Nous limiterons, en effet, volontairement notre exposé à quelques sujets précis, en conseillant pour le reste de se reporter aux très remarquables et très complets rapports présentés à l'Assemblée Nationale par M. Bisson au nom de la Commission des Finances (n° 1588, annexe n° 23) et par M. Mainguy au nom de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales (n° 1636), et au Sénat même par M. Ribeyre, rapporteur spécial de la Commission des Finances.

Nos collègues se sont livrés, avec des optiques un peu différentes, à une étude systématique des missions du Ministère de la Santé, et des moyens qu'il met en œuvre pour les remplir : la lecture en est des plus intéressantes.

*

* *

DEUXIEME PARTIE

Les travaux, observations et conclusions de la Commission.

La Commission a procédé le 26 octobre dernier à l'audition de M. Raymond Marcellin, Ministre de la Santé publique et de la Population :

Le Ministre a tout d'abord présenté l'économie générale du projet de budget de son département pour 1966, signalant la progression qui affecte l'ensemble des chapitres de son Ministère. Les crédits du Titre III, en particulier, se trouveront doublés pour l'application de la réforme des services extérieurs.

M. Marcellin a, notamment, donné des précisions :

— sur l'augmentation des possibilités d'action de l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale, de l'Institut Pasteur, de l'Institut du radium, de l'Institut international de recherche sur le cancer ;

— sur l'amélioration du statut, de la situation et du recrutement des personnels sanitaires et sociaux ;

— sur l'intensification de la lutte contre les fléaux sociaux (extension de l'obligation de la vaccination B. C. G. et de la vaccination antipoliomyélitique, mesures pour réduire la mortalité infantile, équipement des centres de lutte contre les maladies mentales, le cancer et la lèpre) ;

— sur l'aide apportée à l'enfance inadaptée (débiles profonds surtout), aux personnes âgées et aux infirmes (prestation en nature pour services ménagers, allocations d'argent de poche aux personnes placées en établissement) ;

— transfert des avantages attachés à la qualité d'économiquement faible aux personnes dont les revenus sont inférieurs aux plafonds de ressources relatifs aux prestations de l'aide sociale.

Le Ministre a également donné des précisions sur la récente réforme des études dentaires et les mesures de déconcentration administrative, sur la réforme de l'Assistance publique de Paris.

Les autorisations de programme seront majorées de 7,2 % par rapport à 1965 (C. H. U., hôpitaux non C. H. U. et hôpitaux psychiatriques, écoles d'infirmières, établissements pour infirmes adultes et pour enfants inadaptés, recherche médicale).

La consommation des crédits de paiement est, elle aussi, en augmentation pour 1965.

Pour le V^e Plan, le Ministre a annoncé que 12 milliards 900 millions seront affectés aux équipements sanitaires et sociaux ; il ne se pose, à ce propos, a-t-il dit, aucun problème budgétaire mais un problème de trésorerie.

Le Rapporteur pour avis a formulé le souhait que l'action du Ministre se concentre essentiellement sur la lutte anti-cancéreuse, l'extension de la vaccination par le B. C. G., les secours routiers d'urgence. Il a également posé le problème de la répartition des dépenses d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales, et celui du logement des infirmières.

M. Ribeyre, Rapporteur spécial de la Commission des Finances, a demandé quelques précisions sur les crédits destinés aux hospices et maisons de retraite et sur la lutte contre les maladies vénériennes.

MM. Ribeyre, Plait, Henriet ont insisté sur la gravité du problème des infirmières ; MM. Bossus et Darras, suggérant au surplus qu'il soit tenu un plus grand compte des revendications des personnels infirmiers (créations de crèches, etc.) et des suggestions des commissions représentatives de l'Assistance publique de Paris.

M. Darras a, également, évoqué certains problèmes propres au recrutement des assistantes sociales.

M. Benoist a posé le problème de certains médecins assistants temporaires des C. H. U., de l'absence de tout concours récent pour le recrutement de chirurgiens des hôpitaux de Paris, et celui du planning familial.

M. Henriet a demandé une meilleure harmonisation du statut et des conditions de travail des chercheurs fondamentalistes.

MM. Bouneau et Henriet ont évoqué la question des conséquences des accidents de la route.

M. Lévêque a critiqué les formules actuellement utilisées pour le recrutement des internes des hôpitaux des zones périphériques de la région parisienne.

M. Soudant a préconisé l'institution du travail à mi-temps pour les infirmières et déploré la rigueur présidant aux règles d'ouverture des officines pharmaceutiques.

M. Henriet a rappelé ses précédentes demandes de création d'un Institut du cerveau, suggéré la reconversion d'un certain nombre de sanatoria et la création d'un service central d'orientation et de placement des infirmières.

Le Ministre a apporté aux Commissaires un certain nombre de précisions sur les problèmes ainsi évoqués.

*
* *

Après cette réunion au cours de laquelle un grand nombre de problèmes ont été évoqués, la Commission a décidé que son Rapporteur serait chargé d'attirer tout spécialement l'attention du Sénat et du Gouvernement sur certains d'entre eux, qui présentent à ses yeux une particulière importance.

1° *La réorganisation des services extérieurs.*

La Commission ne méconnaît pas l'opportunité d'un certain regroupement tel que celui décidé le 30 juillet 1964 et qui commence à entrer dans les faits. Il est certain que tous les problèmes de santé publique et de population d'un département ou d'une région présentent des caractères d'interdépendance qui démontrent l'intérêt d'une hiérarchie unique et de structures administratives communes.

Mais une telle réforme n'a de sens que si elle est considérée comme un moyen et non comme une fin en soi ; la Commission souhaite attirer l'attention sur ce qui lui semble actuellement un danger en cette matière : elle ne voudrait pas qu'une trop grande partie des énergies humaines et financières dont dispose le Ministère de la Santé soit mobilisée pour l'application de cette réforme considérée du seul point de vue formel.

Par ailleurs, votre Commission souhaite que soit évoquée la situation des personnels de l'inspection de l'action sanitaire et sociale.

Depuis l'intervention, le 1^{er} septembre 1964, de la réforme des services extérieurs du Ministère de la Santé publique et de la Population, les inspecteurs de la Population et de l'Action sociale, ainsi qu'un certain nombre de médecins inspecteurs de la Santé, de chefs de division et d'attachés de préfecture, ont été intégrés dans un corps nouveau : celui de l'Inspection de l'Action sanitaire et sociale.

Nous pouvions légitimement penser que cette réforme, se traduisant par un regroupement des tâches dévolues précédemment à quatre chefs de service (directeur départemental de la santé, directeur départemental de la population et de l'action sociale, chef de division de l'aide sociale des préfetures, médecin inspecteur départemental du service de santé scolaire) entraînerait un reclassement indiciaire mettant les fonctionnaires du corps de l'Inspection de l'Action sanitaire et sociale à parité avec leurs homologues des autres corps d'inspection des services extérieurs de l'Etat, tels que les inspecteurs des impôts et du Trésor ou les inspecteurs des Postes et Télécommunications.

Nous étions d'autant plus fondés à réclamer cette parité qu'ils sont, les uns et les autres, recrutés au même niveau (diplôme de licencié de l'Enseignement supérieur).

Or, malgré les efforts déployés par le Ministre de la Santé, cette parité ne leur a pas été accordée par le Ministère des Finances.

Les disparités, particulièrement sensibles en début et en fin de carrière, apparaissent nettement dans les tableaux d'indices.

Si la parité avec les autres corps d'inspection précités — parité dont les répercussions financières, sur le budget général, sont dérisoires — leur est refusée, nous craignons de voir se tarir, très rapidement, le recrutement de la profession.

En effet, les jeunes diplômés de l'enseignement supérieur se dirigeront vers des carrières, à niveau de recrutement égal, leur offrant des possibilités d'avancement plus avantageuses et mieux rémunérées.

Au surplus, il nous faut souligner qu'ils n'ont pas davantage obtenu, en dépit des importantes responsabilités qui sont les leurs, tant sur le plan humain et social que sur le plan financier, le bénéfice des primes de service et de rendement allouées à d'autres fonctionnaires des administrations centrales ou des services extérieurs.

Cette situation particulièrement injuste et choquante nous apparaît également comme étant de nature à nuire au recrutement du corps de l'Inspection de l'Action sanitaire et sociale.

En particulier, l'Etat étant appelé à suppléer par l'activité de ses services les carences du milieu familial dans un nombre, sans cesse croissant, de familles socialement inadaptées, nous craignons que la situation ainsi créée, ne compromette à terme la qualité

de la tutelle exercée sur les enfants qui leur sont confiés (pupilles de l'Etat et assimilés) ; ceci nous paraît grave au point de vue social et humain, car cette activité constitue la tâche la plus importante des nouvelles directions.

Nous sommes, par ailleurs, avertis de l'importance des problèmes que posent l'aide sociale en général et la protection sanitaire de la population.

Nous n'ignorons pas moins l'importance des charges qui pèsent, à ce titre, tant sur le budget de l'Etat que sur le budget des collectivités locales (département, communes et établissements hospitaliers).

En se limitant à un point de vue purement financier, on peut se demander s'il y a véritablement intérêt à maintenir dans une situation diminuée, et à risquer du même coup de décourager des fonctionnaires chargés de gérer ou de contrôler des crédits budgétaires d'une telle importance.

Pour cet ensemble de raisons, la Commission des Affaires sociales demande la révision d'urgence de la situation des personnels de l'Inspection de l'Action sanitaire et sociale.

2° *La réforme médico-hospitalière.*

L'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et les textes pris pour son application ont eu pour objet :

- la création de centres hospitaliers universitaires (C. H. U.) ;
- la réforme de l'enseignement médical ;
- le développement de la recherche médicale.

Cette réforme était très certainement opportune ; elle constitue le cadre qui permettra de mettre à l'échelle de notre civilisation actuelle, la formation des médecins, les moyens hospitaliers et thérapeutiques nécessaires aux très grands malades et blessés, les laboratoires de recherche médicale.

Les constructions ou adaptations de centres hospitaliers sont d'ores et déjà entreprises ; les intégrations et nominations du personnel hospitalo-universitaire se poursuivent à un rythme normal qui montre l'intérêt porté par les médecins au régime du « plein temps ».

Mais notre Commission a chargé son Rapporteur pour avis de faire connaître le double sentiment qui l'anime, fait pour partie du désir de voir se développer avec toute l'ampleur souhaitable la réforme médico-hospitalière et, pour une autre part, du regret de voir l'effort financier fait dans ce sens compromettre très gravement non seulement l'accroissement, mais même la modernisation et l'entretien en bon état général de nos réseaux d'hôpitaux non C. H. U. et de maisons de retraites pour personnes âgées.

Il est certain que les habitants des plus grandes villes, que les très grands malades et blessés des villes de moindre importance ou des régions rurales doivent être accueillis, dans les hôpitaux des grandes villes, qui par la force des choses se trouvent être des C. H. U. ; mais il n'est pas possible d'envisager que les besoins sanitaires de l'ensemble de la population française puissent être satisfaits par quelques dizaines à peine de très importantes métropoles hospitalières.

Il faut bien entendu créer ou adapter aux nouveaux besoins ces grandes centrales ; mais nous considérons que compte tenu des services qu'ils rendent sur le plan de l'Éducation nationale, sur le plan de la recherche scientifique, etc., il faut absolument trouver le moyen de procédure financière qui permettrait de ne pas « pénaliser » par contre coup, les hôpitaux non C. H. U. et les maisons de retraites si nécessaires, si pauvres déjà et cependant victimes du courant qui draine d'énormes crédits vers quelques établissements privilégiés.

3° *Les infirmières.*

Il s'agit là encore d'un problème qui est certainement l'un des plus importants parmi ceux qui doivent retenir l'attention du Ministre ; nous savons d'ailleurs que tel est bien le cas puisque d'une année à l'autre, il parvient à proposer au Parlement une majoration substantielle des crédits destinés à permettre l'ouverture de nouvelles écoles d'infirmières et du nombre des bourses attribuées.

Mais nous pensons que ce n'est peut être pas au niveau de l'instruction et de la formation que se situe le point critique en ce domaine. Il n'est pas suffisant ni de bonne politique de multiplier les promotions, si l'administration n'est pas en possession des moyens de retenir des jeunes filles qui peuvent gagner

ailleurs des salaires plus élevés, qui, bien entendu, désirent se marier, mais souhaiteraient aussi pouvoir assumer une activité professionnelle compatible avec leur rôle d'épouses et de mères.

Nous pensons qu'il n'est pas possible, dans les conditions actuelles, d'inverser la situation qui tend à exiger d'autant plus de sacrifices des infirmières demeurant au service qu'un plus grand nombre d'entre elles le quittent. Il faut absolument que le Ministre de la Santé publique puisse obtenir de ses collègues intéressés (finances, intérieur, réforme administrative, construction, etc.) une réforme hardie qui, balayant les objections administratives à courte vue qui triomphent actuellement, permettra :

1° D'offrir un logement dans des « homes » proches de l'hôpital, mais extérieurs à lui, à des jeunes filles qui sont le plus souvent issues de familles assez modestes et parfois originaires de régions rurales ou connaissant des difficultés économiques ;

2° De revoir les barèmes de traitements ;

3° D'encourager la promotion ;

4° D'aménager, d'une façon peut-être exorbitante par rapport aux normes couramment admises dans la fonction publique, les horaires de travail quotidiens ou hebdomadaires. Il est bien certain que les malades, les opérés, les vieillards parfois, doivent être surveillés et entourés de soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre ; le tout est de savoir comment peut être assurée cette présence permanente sans qu'elle pèse de telle façon sur les personnels chargés de l'assurer, qu'ils cherchent par tous les moyens à quitter la profession ;

5° De la même façon, et dans la même optique, et bien que cela soit aussi quelque peu contraire aux règles traditionnelles du service public, il nous apparaît nécessaire de prévoir pour les infirmières :

— la possibilité de travailler à mi-temps lorsque, devenues mères de famille, elles souhaiteraient continuer ou reprendre une activité professionnelle ;

— l'aménagement de ce qu'il est convenu d'appeler une « carrière courte ».

Enfin il nous paraît souhaitable d'organiser un service central d'orientation et de placement pour les infirmières, assez nombreuses, qui, pour des raisons familiales ou autres, sont amenées à quitter leur région d'origine et viennent s'installer dans d'autres, où elles pourraient reprendre un poste.

Il s'agit là d'un programme audacieux ; nous pensons que seul un faisceau de mesures de cet ordre permettra de briser le cercle vicieux qui aboutit à l'inquiétante pénurie que nous constatons actuellement.

4° *L'enfance inadaptée.*

C'est avec satisfaction que votre Commission note l'intérêt que porte le Ministre à l'enfance inadaptée. La formation du personnel et des éducateurs ainsi que les organismes spécialisés sont inscrits pour une somme de 850.000 F pour les mesures nouvelles. Des subventions d'équipement ont été attribuées pour 39 opérations d'établissement pour débiles mentaux, 4 opérations pour des centres pour déficients sensoriels et infirmes moteurs, 4 opérations pour des écoles d'éducateurs et 26 opérations pour établissement pour caractériels.

Le montant total de ces subventions d'équipement s'élève à 45.900 F.

De plus, en 1966 sera créé à Saint-Maurice le premier centre pour infirmes moteurs de l'Europe entière ; ce doit être un établissement pilote avec un centre spécial de recherches.

Il apparaît donc que, à très juste titre, le Ministre de la Santé publique accorde en quelque sorte une priorité des priorités au problème de l'enfance inadaptée et spécialement aux déficiences profondes ; les retards, le sous-équipement sont immenses en cette matière et nous estimons que cette option est bonne.

5° *Aide sociale aux personnes âgées, infirmes, grands infirmes.*

Le relèvement du montant des allocations d'aide sociale aux personnes âgées, aux infirmes et grands infirmes nécessite en mesures nouvelles des crédits s'élevant à 24.500.000 F. Le plafond des ressources a été élevé et l'allocation sera portée à 1.900 F au 1^{er} janvier prochain. On ne peut que déplorer l'aide minime accordée annuellement aux bénéficiaires, qui reste très éloignée des conclusions du rapport impartial établi à la demande du Gouvernement par la « Commission Laroque ».

Il serait juste et équitable que les mêmes dispositions soient intégralement étendues aux Départements d'Outre-Mer.

Les barèmes de répartition des dépenses d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales doivent être révisés ; leur disparité crée des injustices dont le Gouvernement a conscience puisqu'il a confié à une commission spéciale l'étude de ce problème.

Des dépenses d'équipement ont été prévues au budget pour foyers restaurants, logements et logements-foyers pour une somme supplémentaire de 16.000 F, très nettement insuffisante.

Par ailleurs, la Commission souhaite ardemment que le Ministre de la Santé puisse faire très rapidement aboutir son projet d'attribution aux bénéficiaires de l'aide sociale des avantages accessoires précédemment accordés aux titulaires de la carte d'économiquement faible, titre qui a subi une disparition de fait après le relèvement du montant des allocations.

Une difficulté risque de se présenter à ce propos en ce qui concerne la réduction sur les tarifs de la R. A. T. P. : nous désirons qu'elle puisse être résolue elle aussi.

6° *Equipement sanitaire et social des « grands ensembles ».*

Le temps que nous vivons voit germer un nouveau style de vie collective, imaginé et réalisé par les urbanistes sous la dénomination de « grands ensembles ».

Les cités nouvelles qui s'érigent un peu partout en France ont certes le mérite de contribuer, au moins partiellement, à la solution du problème du logement. Le reproche leur est souvent fait, à juste titre, par les élus, par les sociologues, par les éducateurs et par les médecins, de manquer de vie, d'être de grandes masses inertes où peuvent se développer avec rapidité des ferments de dissociation individuelle ou collective.

Il n'appartient pas à notre Commission de préconiser les mesures que permettraient d'animer ces villes du point de vue éducatif et culturel ; mais la Commission s'inquiète légitimement du problème des équipements sanitaires et sociaux de ces villes. A l'heure actuelle, pour des groupes humains rassemblant plusieurs dizaines de milliers de personnes, le problème de la création de dispensaires, de centres de protection maternelle et infantile, de crèches, de consultations diverses peut être considéré comme non résolu, malgré l'existence d'un crédit de principe au budget de la Santé publique.

Lorsqu'il existe, ici et là, l'un ou l'autre des services qui viennent d'être mentionnés, on peut estimer que cette chance est due à la concordance providentielle du hasard, de l'empirisme et de l'opiniâtreté de l'un ou l'autre des groupes d'initiateurs.

Nous savons que l'acquisition, la location, l'affectation des terrains ou locaux nécessaires posent des problèmes juridiques et financiers souvent délicats.

Mais nous estimons que le Ministère de la Santé publique ne se sera acquitté de sa mission en cette matière que lorsque par le recours à de multiples formules possibles, il aura fait prévaloir l'idée et fait adopter des règles d'une obligation absolue et d'une automaticité sans exception pour les équipements sanitaires et sociaux des grands ensembles.

7° *La lutte contre les maladies graves.*

La Commission constate avec satisfaction les perfectionnements apportés, tant par des réglementations récentes que par les moyens pratiques mis en œuvre, à la lutte contre des maladies telles que la poliomyélite, la tuberculose, le cancer, la lèpre, les maladies mentales et vénériennes, responsables à des titres divers de tant de morts et de tant de drames.

Il est évidemment un peu arbitraire de grouper dans cette énumération des maux, des thérapeutiques et des domaines de recherche aussi divers. Nous voulons simplement dire qu'il s'agit là d'un immense champ d'activité pour le Ministère de la Santé.

8° *Le contrôle sanitaire aux frontières.*

Au mois de juin dernier, votre Rapporteur pour avis avait eu déjà l'honneur de rapporter devant le Sénat le texte qui allait devenir quelques jours plus tard la loi n° 65-510 du 1^{er} juillet 1965 relative au contrôle sanitaire aux frontières terrestres, maritimes et aériennes.

A cette occasion, et pour être en mesure de donner au Sénat une information positive, et, autant que faire se pouvait, complète, j'avais manifesté le désir de me faire présenter le service fonctionnant dans la région de Paris.

J'ai été en vérité très surpris de voir l'activité de jour et de nuit des médecins, des officiers de la santé et des infirmières de ce service ; de constater leurs responsabilités non seulement du point de vue contrôle sanitaire, mais aussi en ce qui concerne

l'exécution des secours sanitaires d'urgence, en particulier en cas de chute d'avion dans de vastes circonscriptions sanitaires où ils sont seuls à assurer les secours de première urgence.

Ces tâches sont précisées dans leurs statuts et sont placées sous la responsabilité, en fin de compte, du Ministre de la Santé.

En ma qualité de médecin, j'ai pu apprécier l'effort qui est fait par eux pour répondre aux besoins réels d'un trafic aérien international sans cesse en augmentation. Je puis vous donner quelques chiffres que m'a fournis l'Aéroport de Paris.

1. — Trafic des neuf premiers mois 1965.

	NEUF MOIS 1965	NEUF MOIS 1964	1965-1964 Pourcentage.
Mouvements	135.636	122.905	+ 10,3
Passagers	5.156.501	4.496.379	+ 14,7
Fret (tonnes).....	88.085	76.350	+ 15,4
Poste (tonnes).....	19.702	19.068	+ 3,3

Pour chacun des aéroports d'Orly et du Bourget, les variations sont, pour les neuf premiers mois de l'année, respectivement de :

	ORLY	LE BOURGET
Mouvements	+ 12,3	+ 7,1
Passagers	+ 15,3	+ 12,7
Fret	+ 19,3	+ 8,1
Poste	+ 127,3	- 86,7

Le développement actuel du trafic des aéroports parisiens permet de penser que ceux-ci recevront en 1965 près de 180.000 mouvements d'avions, 6,7 millions de passagers et 150.000 tonnes de marchandises et de fret postal.

2. — Parcs à autos et visiteurs.

Au cours du mois de septembre 1965, l'aéroport d'Orly a reçu :

— 354.379 visiteurs ;

— accueilli : 10.394 personnes en visites guidées.

Le dimanche 12 août, journée de pointe du mois, 27.206 visiteurs se sont rendus aux installations terminales d'Orly ;

— 91.864 véhicules ont stationné sur les parcs P 1 à P 4, et, les dimanches, 3.483 sur le parc P 7 ;

— 26.015 visiteurs se sont rendus sur les terrasses du Bourget, en septembre 1965, et 304 personnes ont effectué les visites guidées de l'aéroport.

Le service du contrôle sanitaire est responsable, en droit ou en fait, de l'ensemble de ces millions de passagers et de visiteurs.

En détaillant le budget de la Santé publique pour 1966, nous sommes très surpris de voir que l'ensemble des crédits du contrôle sanitaire aux frontières françaises (ports et aéroports compris) s'élève à une somme qui ne nous apparaît pas en rapport avec l'importance et la valeur des missions à remplir.

Nous demandons donc que nous soient fournis quelques détails sur la répartition des crédits alloués à ces services et les divers chapitres du budget où ils sont inscrits. Il serait intéressant de connaître, en particulier :

- l'effectif des fonctionnaires qui assurent les services dans chaque port et aéroport important ;
- la répartition des crédits pour les divers personnels ;
- les indemnités accordées, s'il y en a ;
- les frais de fonctionnement ;
- les dépenses pour les véhicules ;
- les dépenses pour l'exercice et l'entraînement des fonctionnaires à l'exécution des secours dont ils ont la charge, etc.,

car les secours sanitaires de première urgence sur les grands aéroports français apparaissent d'un intérêt supérieur puisqu'ils touchent à la fois à des questions nationales et internationales sur le plan sanitaire et médico-légal.

La technique aéronautique d'aujourd'hui va mettre à notre disposition très prochainement des avions de 300 à 700 passagers.

Nous pensons que la sécurité de nos villes à forte densité de population, très proches des aéroports, impose une organisation de secours très étoffée et d'une valeur indiscutable.

Comment organiser la survie des blessés lorsque un avion de 700 places tombera sur un quartier populeux ?

Nous vous avons donné comme exemple le trafic aérien sur les terrains principaux de l'aéroport de Paris ; il en est de même pour Marseille, Nice, Lyon, Bordeaux, Toulouse, etc.

Puisque la circulation des hommes et des biens s'accroît sans cesse à la surface du globe, il nous a été donné de voir fonctionner l'un des services du Ministère de la Santé sur lesquels planent les plus lourdes responsabilités aussi bien pour la prévention des épidémies que pour le maintien en état d'alerte permanent des secours de première urgence — les plus importants en cas de catastrophe.

Par ailleurs, il s'agit certainement de l'un des services techniques qui se trouvent les plus directement au contact du monde d'aujourd'hui et du monde de demain : les ingénieurs et les savants de l'aéronautique, les grandes compagnies internationales et leur clientèle, les services de l'aviation civile et commerciale, travaillent dans un monde futuriste. Au sein du solide et traditionnel Ministère de la Santé, parvenu à l'âge mûr, le service du contrôle sanitaire aux frontières ne pourra accomplir sa mission, supporter les responsabilités qui pèsent sur lui et être à l'échelle des besoins imposés par la réalité des faits, que s'il est considéré comme un service d'avant-garde, bénéficiant parfois pour la conception de son rôle, pour les moyens mis à sa disposition, etc., de procédures privilégiées et accélérées.

9° *Les secours d'urgence.*

Depuis de nombreuses années déjà, l'accroissement continu de la circulation automobile, du nombre des accidents et traumatismes qui en résulte pose le problème des secours d'urgence. Un certain nombre de litiges sur l'omission de porter secours à des personnes en péril ont parfois connu un dénouement judiciaire et concerné des médecins.

Telles sont les conditions dans lesquelles, invités par la Confédération des syndicats médicaux français, des observateurs des Ministères de la Santé publique et de l'Intérieur, des représentants de la Gendarmerie nationale et de la Protection civile, des hauts magistrats, des juristes, des représentants des compagnies d'assurance, des délégués de la Fédération hospitalière de France, des professeurs de médecine spécialisés en traumatologie, des médecins omnipraticiens et spécialistes, ont étudié les problèmes posés à la profession médicale par l'obligation de porter secours aux personnes en péril.

Un certain nombre de propositions ont été faites qui peuvent servir de point de départ à une véritable politique des secours d'urgence.

La Commission des Affaires sociales demande que ce problème soit rapidement résolu, dans une optique conciliant l'obligation de porter secours à personnes en danger, la responsabilité particulière des médecins en cette matière, et surtout la nécessité de mettre effectivement sur pied un réseau de secours d'urgence à la mesure des besoins.

10° *Les centres d'information toxicologique de Paris.*

Les centres d'information toxicologique de Paris comprennent :

1° Le Centre régional d'information d'urgence destiné à répondre à tout moment, à tout appel (Bolivar 63-29) ;

2° Le Centre national d'information et de documentation toxicologiques destiné à réunir, pour les pays francophones, les documents toxicologiques nécessaires, à les adresser aux demandeurs, en particulier aux centres régionaux.

Mission.

Le Centre régional d'information toxicologique est un *service d'urgence*, répondant à toute heure du jour et de la nuit aux demandes d'information posées par des médecins hospitaliers ou non, par des services médicaux d'usine, par des familles, et concernant des intoxications aiguës.

La réponse du Centre comporte les renseignements sur la composition du toxique ingéré qui est souvent un produit commercial complexe ; le Centre donne aux familles des précisions sur la gravité de l'accident et sur la conduite à tenir : appel au médecin ou évacuation vers un centre hospitalier ; aux médecins, le Centre donne en outre des informations détaillées sur le pronostic, les méthodes de surveillance et de traitement de l'intoxication considérée.

Lettre d'information.

Pour chaque appel important, le médecin du Centre adresse une lettre actuellement manuscrite au demandeur afin d'obtenir des renseignements sur la suite de l'évolution de l'intoxication aiguë.

Activité actuelle.

Au cours des derniers mois, 50 appels quotidiens sont parvenus au Centre en moyenne ; ces appels se répartissent dans l'ensemble des vingt-quatre heures, mais sont très fréquents en fin d'après-midi et au cours de la soirée. La fréquence est nettement moindre entre zéro heure et sept heures sans qu'il soit possible d'abandonner la garde pendant cette période.

Locaux.

Les réponses sont préparées dans un bureau annexé au Centre de réanimation de l'hôpital Fernand-Widal grâce à l'existence de plusieurs lignes téléphoniques qui permettent au public d'éviter en général une trop longue attente.

Cependant la nécessité d'un standard téléphonique spécial est de plus en plus impérative.

Matériel.

Le Centre dispose d'une bibliothèque très limitée, achetée grâce à des dons privés et comportant les principaux ouvrages de toxicologie français et étrangers, un petit nombre de fiches dactylographiées concernant la composition de nombreux produits commerciaux d'utilisation ménagère. Les répertoires concernant les médicaments et les produits de campagne (pesticides, insecticides), peuvent être déjà considérés comme complets, mais les fiches toxicologiques correspondantes ne sont pas encore très nombreuses.

Une partie de la documentation toxicologique est collectée sous forme de microfilms fournis par le Centre national et comprend une documentation d'urgence donnant la conduite à tenir dans diverses intoxications fréquentes.

Personnel.

Actuellement les réponses sont faites par des externes des hôpitaux de Paris qui assurent, d'autre part, la garde du service de réanimation et se relaient ainsi entre les soins aux malades et les réponses téléphoniques. La qualité des réponses est contrôlée en permanence par un médecin assistant, ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris. Celui-ci partage son activité entre le service de réanimation et les réponses téléphoniques.

Dès maintenant, la présence permanente d'un médecin spécialisé nous paraît nécessaire au fonctionnement correct du Centre régional ; l'absence de secrétariat réduit aussi considérablement les possibilités matérielles de cette organisation.

Problèmes d'organisation future.

Dans un but éducatif et préventif, le centre nous paraît devoir continuer à assurer la lourde tâche de répondre non seulement aux médecins, mais aussi aux familles. D'après les statistiques antérieures et l'évolution démographique et sociale, le nombre d'appels aug-

mentera certainement au cours des prochaines années, et il reste absolument nécessaire que le Centre puisse répondre jour et nuit, tous les jours de la semaine, comme c'est le cas actuellement. Les locaux où fonctionne ce service doivent être étendus de façon à disposer d'une bibliothèque, d'une documentation suffisante et de telle sorte également qu'un secrétariat et que du personnel médical spécialisé puissent travailler dans le calme. Pour des raisons pratiques (recrutement, échanges de documents); il nous paraît nécessaire que persistent les relations étroites entre le service de traitement d'urgence et le « service » de réponses téléphoniques. L'utilité pratique des réponses bien adaptées aux multiples circonstances et aux différentes sortes d'urgences est apparue à l'évidence lors de la dernière conférence de l'O. M. S. qui, à Istanbul, a traité de l'organisation des centres anti-poisons.

Difficultés actuelles. — L'augmentation des réponses, le nombre de produits nouveaux apparaissant chaque jour et capables de donner lieu à une intoxication aiguë, nécessitent une réorganisation, faute de laquelle deux dangers sont à craindre : routine dans les réponses, défaut de mise à jour diminuant l'efficacité de l'information.

Il conviendrait de créer un véritable groupe médical sous la direction d'un médecin consacrant une large partie de son activité à la toxicologie médicale. Ce groupe de cinq à six personnes poursuivrait la mise en place et la mise à jour de la documentation, et participerait à l'activité des réponses téléphoniques. Le médecin responsable de la coordination de ce groupe pourrait avoir, d'autre part, une activité de recherches, d'enseignement ou de soins aux intoxiqués. Les médecins qui l'aideraient dans sa tâche auraient de préférence chacun une activité et une spécialisation de base différente : anciens externes médecins du travail, pharmacologues, pédiatres, biologistes, etc. Le point essentiel est que la responsabilité effective du Centre d'information soit attribuée à une personne qui garderait une activité scientifique d'un niveau suffisamment élevé au sein d'une structure hospitalière. Cette solution est d'ailleurs celle qui a été adoptée par l'Organisation mondiale de la santé.

Centre national de documentation et d'information toxicologiques.

Parallèlement au *Centre régional* se développe dans le service un secteur de documentation dont une partie de l'outillage a été fournie par un don de l'Assistance publique. Ce Centre s'est donné

comme objectif de réunir des documents, extrêmement nombreux, nécessaires à la rédaction de fiches ou à l'information directe des *Centres régionaux*. Il nous semblerait, en effet, bien décevant de poursuivre l'énorme effort imposé par la réponse à plus de cinquante appels téléphoniques quotidiens si aucun progrès ne pouvait être réalisé sur les documents manipulés par les médecins du Centre régional.

Pour rédiger des fiches modernes, pour améliorer les conseils thérapeutiques un travail de mise au point est nécessaire. Il est, en effet, très simple de rédiger une fiche médiocre en copiant un traité quelconque mais très difficile d'établir un document tenant compte des progrès qui sont publiés à une cadence incroyable.

En Belgique, sous l'impulsion du docteur Govaerts, grâce au Ministère de la Santé, cinq médecins se partagent le travail des réponses téléphoniques et de rédaction des fiches essentielles. Grâce à ce gros effort le nombre de fiches de valeur réalisé atteint cent par mois. Cet exemple montre comment certains pays s'efforcent de faire face à l'inquiétant problème des intoxications aiguës ou chroniques.

Pour le moment, *matériel et personnel sont rémunérés uniquement par des dons privés* et les médecins de la clinique donnent éventuellement une partie de leur temps de ce travail de documentation. Il est évident que l'intérêt de cette initiative ne peut échapper plus longtemps à l'attention des pouvoirs publics, et que nous souhaitons très vivement qu'un effort soit fait pour donner un caractère permanent au Centre national de documentation et d'information toxicologiques.

*

* *

Telles, sont, Mesdames et Messieurs, les observations que votre Commission des Affaires sociales désirait présenter au Sénat et au Gouvernement, souhaitant que ce dernier infléchisse sa politique dans le sens des orientations ainsi suggérées.