

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

SÉNAT

COMPTE RENDU INTÉGRAL DES SÉANCES

Abonnements à l'Édition des DÉBATS DU SENAT : FRANCE ET OUTRE-MER : 16 NF ; ETRANGER : 24 NF

(Compte cheque postal : 9063.13, Paris.)

PRIÈRE DE JOINDRE LA DERNIÈRE BANDE
aux renouvellements et réclamations

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

POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE
AJOUTER 0,20 NF

1^{re} SESSION ORDINAIRE DE 1961-1962

COMPTE RENDU INTÉGRAL — 20^e SEANCE

1^{re} Séance du Jeudi 16 Novembre 1961.

SOMMAIRE

1. — Procès-verbal (p. 1507).
2. — Excuse (p. 1507).
3. — Dépôt d'un avis (p. 1507).
4. — Loi de finances pour 1962. — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 1508).

Santé publique et population :

MM. Hector Peschaud, rapporteur spécial de la commission des finances ; André Plait, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales ; Léon Messaud, Mme Renée Dervaux, MM. Roger Lagrange, Léon Motais de Narbonne, André Armengaud, Lucien Grand, Bernard Lemarié, Abel-Durand, Jacques Henriot, Jacques Descours Desacres, Lucien Bernier, Joseph Fontanet, ministre de la santé publique et de la population ; Marcel Pellenc, rapporteur général de la commission des finances.

MM. Antoine Courrière, Adolphe Dutoit, Léon Messaud.

Renvoi de la suite de la discussion.

5. — Dépôt d'une proposition de loi (p. 1524).
6. — Renvoi pour avis (p. 1524).
7. — Règlement de l'ordre du jour (p. 1524).

PRESIDENCE DE M. ANDRE MERIC,
vice-président.

La séance est ouverte à neuf heures trente.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

PROCES-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la séance du 15 novembre a été distribué.

Il n'y a pas d'observation ?

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

— 2 —

EXCUSE

Mme le président. M. Georges Portmann s'excuse de ne pouvoir assister aux séances de ce jour.

— 3 —

DEPOT D'UN AVIS

M. le président. J'ai reçu de MM. Paul Pauly, Jean Noury, Vincent Delpuech, Jacques Baumel, Charles Fruh, Georges Lamousse et André Cornu, un avis présenté au nom de la commission des affaires culturelles, sur le projet de loi de finances pour 1962, adopté par l'Assemblée nationale (n° 52 et 53).

L'avis sera imprimé sous le n° 61 et distribué.

— 4 —

LOI DE FINANCES POUR 1962

Suite de la discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de finances pour 1962, adopté par l'Assemblée nationale (n^{os} 52 et 53).

Santé publique et population.

M. le président. Le Sénat va procéder maintenant à l'examen des dispositions du projet de loi de finances concernant la santé publique et la population.

Dans la discussion générale la parole est à M. Hector Peschaud, rapporteur spécial de la commission des finances.

M. Hector Peschaud, rapporteur spécial de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation. Monsieur le président, mes chers collègues, j'ai l'honneur de vous présenter, au nom de la commission des finances, le projet de budget du ministère de la santé publique et de la population pour 1962. Les sujétions qui pèsent sur nos débats budgétaires m'imposent d'être bref et je vais m'efforcer de réduire au minimum l'énumération toujours fastidieuse de chiffres que vous trouverez au surplus avec toute la précision désirable dans le « bleu » et dans le rapport qui sont à votre disposition.

Les crédits demandés pour 1962 s'élèvent à 1.614 millions de nouveaux francs, soit 11 p. 100 d'augmentation par rapport à 1961, 1.549 millions concernant les dépenses ordinaires, en augmentation de 15 p. 100, 65 millions étant affectés aux dépenses en capital, soit une diminution de 40 p. 100 dont nous verrons plus loin la raison.

Sur l'augmentation de 205 millions de nouveaux francs des dépenses ordinaires, 186 millions proviennent de mesures acquises et 19 millions seulement de mesures nouvelles.

Parmi les mesures acquises, certaines résultent de l'application de textes promulgués en 1961, soit 1,9 millions de nouveaux francs pour couvrir en année pleine l'augmentation des rémunérations du personnel, 40 millions de nouveaux francs, inscrits au chapitre 46-22, résultant de l'élargissement des conditions d'attribution de l'allocation compensatrice des augmentations de loyer qui figurait au décret du 15 mai 1961.

L'élévation de 1.752 à 2.010 nouveaux francs du plafond des ressources des intéressés, la prise en compte de toutes les catégories de logements dont le loyer n'excède pas 140 nouveaux francs par an, fait passer de 160.000 à 300.000 le nombre des bénéficiaires. Il s'y ajoute une majoration du taux de l'allocation.

D'autres mesures acquises ne sont que des ajustements de crédits aux besoins nouveaux. Elles figurent pour 129 millions de nouveaux francs au chapitre 46-22, qui concerne les différentes rubriques d'aide médicale et sociale et au chapitre 47-11, au titre des mesures générales de protection de la santé publique.

Sur ce chapitre, je dois, au nom de la commission des finances, renouveler son souhait que soit revu et dans la mesure du possible unifié le plafond des ressources imposé aux bénéficiaires des différentes formes d'aide sociale et que soit examinée avec compréhension la situation des aveugles et des grands infirmes, qui pose sans doute un problème particulier.

La commission souhaite, en outre, que rien ne soit négligé pour intensifier la vaccination contre la poliomyélite. Elle signale qu'il serait équitable de revaloriser le prix de vacation attribué aux médecins vaccinateurs, car il est anormal que la vaccination d'un veau soit payée plus cher que celle d'un enfant.

J'en viens à la partie constructive, si je puis dire, de ce budget, en analysant les mesures nouvelles qui nous sont proposées. Elles comportent 19 millions de crédits répartis à peu près également entre les moyens des services et les interventions publiques.

Pour les moyens des services sont demandés au titre du personnel 753.000 nouveaux francs qui visent pour les deux tiers la création de 30 emplois dont 27 au centre technique d'équipement sanitaire et social et 3 à la cellule de statistiques des prix de journée d'hôpital. Ces créations nous ont paru souhaitables. Le centre d'équipement, s'il répond à ce qu'on peut en attendre, doit permettre une nécessaire coordination et une exécution beaucoup plus rapide des programmes de construction et d'équipement hospitalier dont je vous signalerai dans un instant les retards excessifs. Il serait doté de 16 titulaires et de 11 contractuels qui lui permettraient de remplir utilement son rôle.

La cellule de statistique, dotée de trois titulaires, s'efforcera de tirer de cette science qu'on dit fallacieuse des données utiles à tous ceux, et ils sont nombreux dans cette assemblée, qui

ont à se préoccuper de l'établissement du prix de journée de leur hôpital. Le reste du crédit, environ 250.000 nouveaux francs, est destiné à l'amélioration d'accessoires de traitement.

Les crédits nouveaux demandés au titre du matériel sont destinés en majeure partie à l'équipement du centre technique d'équipement sanitaire et social et à la cellule de statistiques, ainsi qu'à l'équipement de la section « Montpellier » du laboratoire national de la santé publique.

Le crédit pour subvention aux établissements publics rattachés au ministère s'accroîtra de 8.400.000 nouveaux francs. L'institut national d'hygiène recevrait 18.400.000 nouveaux francs, soit 50 p. 100 d'augmentation de ses crédits, ce qui lui permettrait de créer : à la recherche médicale, 40 emplois de chercheurs, 67 emplois de techniciens et aides techniques, 8 emplois administratifs ; au service central de protection contre les rayonnements ionisants, 7 emplois d'ingénieurs, 13 emplois d'agents techniques et 5 emplois administratifs, tous contractuels ; au laboratoire national de la pollution atmosphérique, 4 emplois de chercheurs, 2 emplois d'ingénieurs, 10 emplois de techniciens et aides techniques, 6 emplois administratifs, également contractuels ; au laboratoire de toxicologie alimentaire, 3 emplois de chercheurs, 3 emplois de techniciens et aides techniques, 1 emploi administratif, également contractuels.

Les prévisions tiennent aussi compte de l'augmentation de la prime à la recherche et du reclassement des techniciens et de leurs aides.

L'école nationale de la santé publique, heureusement installée à Rennes, bénéficiera d'une augmentation de 200.000 nouveaux francs et la création de 38 emplois lui donnera les cadres nécessaires et les moyens de fonctionnement.

Le centre national d'action sanitaire et sociale et les centres régionaux doivent, à partir de 1962, être substitués au comité d'action sanitaire et sociale et rattachés à l'institut national d'hygiène. Ils bénéficient de 500.000 nouveaux francs à titre provisionnel et de 300.000 nouveaux francs de transfert.

L'institut national d'études démographiques aura pour sa part un supplément de 400.000 nouveaux francs dont la partie principale est destinée à l'étude des problèmes posés par la population inadaptée.

Au titre des interventions publiques, les mesures nouvelles prévoient 9.380.000 nouveaux francs de crédit. 800.000 nouveaux francs sont accordés pour 660 bourses nouvelles aux élèves infirmières, 200.000 nouveaux francs sont destinés à 30 nouvelles bourses pour les élèves assistantes sociales et au relèvement de 10 p. 100 du montant de ces bourses.

En matière d'assistance, l'augmentation des frais de fonctionnement des services départementaux, 2.300.000 nouveaux francs, et l'augmentation des dotations des établissements nationaux de bienfaisance ne sont que le rajustement des crédits aux besoins. Il en est de même du crédit de 200.000 nouveaux francs prévu à l'article « Aide médicale » pour les départements d'outre-mer.

500.000 nouveaux francs, enfin, sont prévus pour financer à 83 p. 100 l'organisation dans dix départements du service social de la prostitution chargé de rechercher et d'accueillir les personnes en danger de prostitution et d'exercer à leur égard ou à l'égard des personnes qui se livrent à la prostitution une action médico-sociale de prévention et de réadaptation nécessaire.

Au titre de la prévoyance, les crédits demandés pour la protection maternelle et infantile, pour la prophylaxie du cancer et pour l'enfance inadaptée ne visent qu'au renforcement des moyens d'action existants dans ces divers domaines.

Certes, monsieur le ministre, bien des dotations de votre budget concernant des missions à caractère nettement social sont insuffisantes, mais je voudrais attirer votre attention sur deux chapitres, 47-23 et 47-24, dont les crédits sont destinés à faire face aux diverses tâches que peuvent comporter pour votre ministère, l'émigration familiale — et c'est le libellé même du chapitre — l'assimilation des étrangers.

Depuis trente ans, ces crédits sont purement et simplement reconduits. Or, mieux que personne, vous devez savoir que, pour faire face à un nombre toujours croissant d'étrangers, des dotations beaucoup plus importantes seraient nécessaires. L'arrivée de 60.000 travailleurs, soit environ 20.000 familles, est prévue pour 1962. Sans crédits supplémentaires, vous serez conduits à réduire une action déjà bien insuffisante.

Nous voudrions, à défaut de mieux, obtenir de votre bouche l'assurance que, si vous n'avez pas pu, en cours d'année, améliorer ces dotations à l'occasion des collectifs, vous prendrez des dispositions pour le pourvoir de crédits qui correspondent à leur importance et à une mission qui demeurera toujours dans la tradition française puisqu'elle est sociale, culturelle et essentiellement humaine.

J'en arrive au dernier point de mon exposé qui concerne les dépenses en capital. L'équipement hospitalier, faut-il l'affirmer une fois de plus, est très inférieur aux besoins et bien souvent très éloigné des conceptions modernes de la médecine hospi-

talière. Pour compenser le retard existant, un effort est fait, que je dois enregistrer.

Le montant des autorisations de programme, qui avait été réduit en 1958 à 44 millions, s'élève pour 1962 à 195 millions, auxquels s'ajoutera l'aide à provenir du budget du fonds de développement de la recherche scientifique et du budget des charges communes pour la réforme de l'enseignement médical.

Ainsi sont tenues des promesses qui nous avaient été faites lors du vote de la loi de programme du 31 juillet 1959. La tranche complémentaire promise, qui en représente cette année un peu plus de 150 p. 100, est venue s'ajouter au noyau garanti.

Tout se présenterait donc sous un jour relativement favorable si nous ne devions déplorer un retard souvent considérable dans l'utilisation des autorisations de programme et nous verrons que la situation est encore plus préoccupante en ce qui concerne les crédits de paiement. Il en résulte d'inévitables reports qui, bien que paraissant en diminution, étaient encore de 18 p. 100 en 1960, et une réévaluation de projets différés qui réduit d'autant le volume des opérations nouvelles.

C'est dans l'espoir qu'il pourrait remédier au moins partiellement à ce fâcheux état de choses, que nous vous avons proposé de doter des moyens nécessaires le centre technique d'équipement sanitaire et social. Doit concourir au même résultat le crédit de 2.500.000 nouveaux francs prévu au chapitre « Frais d'études et de contrôle », qui permettra d'accorder des avances aux collectivités locales pour l'établissement de leurs projets.

Les autorisations de programmes pour investissements effectués par l'Etat, fixées à 10 millions, sont en augmentation d'un tiers; celles qui concernent les subventions d'équipement aux collectivités locales et à divers organismes s'élèvent à près de 179 millions, en augmentation de 20 p. 100.

La fascicule budgétaire vous donne la liste des opérations nouvelles. Elle ne peut pas nous apporter toutes les satisfactions espérées. Dans le choix qui a procédé à son établissement, l'accent est mis sur l'effort à accomplir en faveur des écoles d'infirmeries, des hôpitaux psychiatriques, de l'enfance inadaptée, des établissements d'aide sociale aux adultes, ainsi qu'à la recherche scientifique.

La commission a été heureuse d'enregistrer qu'à la suite du désir qu'avec elle le Sénat tout entier avait manifesté, 26 opérations concernant les hospices figurent au budget de 1962.

Les crédits de paiement sont ramenés de 109 à 65 millions, soit 40 p. 100 de diminution.

Pour les hôpitaux, en face de 65,5 millions d'autorisations de programme, ne figurent que 6 millions de crédits de paiement. C'est la conséquence du montant excessif des crédits de report, qui se sont encore élevés en 1960 à 72,5 millions.

Il est indispensable que toutes dispositions, dont certaines figurent au budget en discussion, soient prises pour remédier à cette situation et activer l'exécution des projets.

En commission, diverses observations ont été présentées. M. Roubert s'est élevé contre le formalisme parfois excessif et les variations trop fréquentes des normes qui sont en grande partie la cause des retards intervenus dans les constructions hospitalières.

M. Marrane s'est soucié du sort réservé aux sanatoriums que la régression de la tuberculose, conséquence des progrès thérapeutiques, pourrait rendre disponibles.

M. Pellenc a souhaité que soit mis un terme à la disparité qui existe pour le service de la protection sanitaire entre les agents contractuels et les agents payés à la vacation.

M. Bousch, enfin, a signalé pour certains hôpitaux les difficultés de recrutement du personnel infirmier dont les rémunérations paraissent insuffisantes. Il a exprimé la crainte que, au moins dans sa région, devant l'insuffisance des lits mis à la disposition des médecins traitants pour leur clientèle privée, ils ne soient tentés de créer des cliniques privées.

Que dirai-je pour conclure? L'Assemblée nationale a adopté, sans modification, ce budget. Il nous apporte quelques satisfactions mais aussi quelques déceptions. En considération des premières, je vous propose, au nom de la commission des finances, de l'adopter, en souhaitant que vienne le temps où une meilleure entente entre les peuples permette de mettre la sauvegarde de la santé des hommes à son rang véritable, le premier. (*Applaudissements.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales.

M. André Plait, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales. Monsieur le ministre, mes chers collègues, le budget de la santé publique et de la population que votre commission des affaires sociales m'a prié de rapporter devant vous fait apparaître, pour 1962, un total de crédits dont le détail vous a été donné, avec le plus grand souci de précision, par notre excellent collègue, M. Peschaud.

M. André Courrière. Très bien!

M. André Plait, rapporteur pour avis. Il est, vous avez pu le constater, en augmentation sensible sur le budget de 1961. Je désirerais, avant de procéder à son examen, vous dire, monsieur le ministre, que la commission des affaires sociales se réjouit de constater, d'année en année, l'importance donnée à votre département ministériel.

Un certain nombre d'organismes ont été créés ou développés, le centre technique d'équipement sanitaire et social, une cellule de statistique « prix de journée », le centre national d'éducation sanitaire et social, le service d'étude de la population inadaptée.

Vous pourrez trouver, mes chers collègues, dans mon rapport, le développement de ces nouvelles dispositions. Cependant, monsieur le ministre, vous me permettrez d'insister sur plusieurs points concernant le centre technique d'équipement sanitaire et social. Son existence et les services qu'il est appelé à rendre doivent faire l'objet d'une très large diffusion auprès de toutes les commissions administratives des hôpitaux, surtout des hospices et des maisons de retraite. En effet, l'évolution démographique, — en particulier la longévité — rend nécessaire la création et l'extension des maisons de retraite pour les personnes âgées dans nos régions rurales.

Or, nombreux sont les établissements ayant fait l'objet de donations d'immeubles que les commissions administratives ont aménagés de leur mieux, mais qui sont souvent mal adaptés à leur nouvelle destination. Certains centres ruraux désireraient créer également de telles maisons de retraite. Le centre technique, qui se trouve dans l'impossibilité d'examiner chaque cas particulier, pourrait élaborer un certain nombre de plans types où les normes en vigueur seraient précisées. Cette documentation, chiffrée dans la mesure du possible et permettant une grande souplesse d'exécution, serait d'un très grand intérêt pour les collectivités envisageant de telles réalisations.

Il serait par ailleurs utile, monsieur le ministre, de bien fixer les activités et les prérogatives de ce centre technique d'équipement sanitaire et social et celles de la commission technique, de la commission nationale d'équipement hospitalier.

La subvention accordée à l'institut national d'hygiène fait l'objet d'une augmentation substantielle. Un crédit de 8 millions de nouveaux francs vient s'ajouter cette année au crédit de 12 millions de nouveaux francs mis en 1961 à sa disposition.

Ces crédits permettront la création d'emplois de savants et de techniciens pour la recherche médicale, ainsi que pour le développement du service central de protection contre les rayonnements ionisants.

Le laboratoire national de la pollution atmosphérique et le laboratoire de toxicologie alimentaire bénéficieront également de ces mesures de subvention.

Dans le cadre de l'institut national d'hygiène, le développement de l'école nationale de la santé publique de Rennes et l'organisation du centre national d'éducation sanitaire et social trouvent également leur place.

Le service d'étude de la population inadaptée, nouvellement créé, permettra de faire le point de la question et de juger avec précision les immenses besoins dans ce domaine.

Votre commission, ainsi que vous avez pu le constater, monsieur le ministre, lors de votre récente audition, est unanime à demander que des efforts soient entrepris en faveur de l'enfance inadaptée, particulièrement des enfants débiles profonds. Elle désire que soient augmentées les subventions aux œuvres publiques et privées et que soient créés des établissements spécialisés où ces pauvres déshérités de la vie puissent recevoir les soins que nécessite leur état et, pour certains d'entre eux puissent reprendre, après une réadaptation rationnelle, leur place dans la société.

Il existe une crise de recrutement de certains personnels de votre ministère, et vous ne l'ignorez pas. Le relèvement du taux des indemnités pour qualification professionnelle des inspecteurs de la santé marque le souci d'améliorer le traitement insuffisant de ces fonctionnaires. Afin d'accéder à ce poste, ils ont dû poursuivre de longues études et obtenir leur diplôme de docteur en médecine.

Il n'existe pas dans la fonction publique d'autre personnel dont le début de carrière soit aussi retardé et c'est pourquoi des dispositions doivent être prises pour rendre décent le traitement des inspecteurs de la santé et continuer à assurer leur recrutement.

La situation des inspecteurs de la population et de l'aide sociale doit faire l'objet d'un examen sérieux et urgent. Le service qu'ils assurent comporte l'aide à l'enfance, le contrôle et la gestion des établissements d'hospitalisation et de soins, l'action et l'aide sociales. Ces tâches diverses imposent une connaissance approfondie de textes multiples en constante évolution. Les cas qui leur sont soumis doivent être examinés avec beaucoup de tact et d'humanité, leur rôle psychologique étant fort important. Qu'on ne s'étonne pas si leur effectif est notoirement insuffisant; il suffit de considérer que leur avan-

cement à l'ancienneté est arrêté à l'indice 410. Dans l'intérêt même de ce service, cette situation doit être réglée.

L'augmentation du nombre de lits, l'humanisation complète de ces établissements nécessitent un personnel plus important, un personnel de valeur.

La fonction hospitalière doit être revalorisée à tous ses degrés. Non seulement il faut créer de véritables vocations de soignants et de soignantes par le développement et l'augmentation des bourses, mais il faut donner aux personnels hospitaliers une juste et équitable rémunération.

L'aide sociale et l'aide médicale représentent à elles seules près de 90 p. 100 du budget de la santé publique et de la population. On y constate certaines augmentations de crédits rendues nécessaires par un ajustement aux besoins actuels, mais plusieurs articles doivent être particulièrement étudiés. En premier lieu, pour l'aide sociale aux aveugles et aux grands infirmes, votre commission demande que soit réalisé d'urgence le relèvement de l'allocation principale et du plafond de l'aide sociale pour que celle-ci corresponde aux besoins élémentaires de la vie. Elle demande également la codification des obligations familiales dans un sens similaire à ce qui a été décidé pour les vieillards bénéficiant du fonds national de solidarité. Une allocation complémentaire compensatrice des augmentations de loyer est attribuée, en services votés, pour un montant de quatre millions de nouveaux francs. Le champ d'application est plus étendu car le plafond des ressources passe de 1.752 nouveaux francs à 2.010 nouveaux francs. De plus, les allocations sont plus élevées car elles sont calculées sur la base du loyer réel et fixées à un chiffre égal à 75 p. 100 du montant de ce dernier.

La mise en application, dans les départements d'outre-mer, de l'article 180 du code de la famille et de l'aide sociale est limitée aux malades atteints de tuberculose ou de la maladie de Hansen soignés à domicile. Dans ces mêmes départements, les personnes âgées dépourvues de toutes ressources personnelles pourront percevoir à la fois l'allocation spéciale aux vieux et l'allocation complémentaire du fonds national de solidarité.

La prophylaxie et la lutte contre les fléaux sociaux font l'objet, dans le budget, de mesures nouvelles intéressant la protection maternelle et infantile, quatre millions de nouveaux francs, et la prophylaxie du cancer, 170 millions de nouveaux francs.

Le rapport établi au nom de la commission développe cette première mesure comportant trois éléments, qu'un décret doit rendre incessamment obligatoires. S'il est utile que l'analyse de sang chez la femme enceinte permette de porter la recherche du facteur rhésus, s'il est souhaitable que les enfants de deux à six ans soient soumis annuellement à un examen médical systématique, votre commission ne pense pas qu'un quatrième examen prénatal soit nécessaire. Nous craignons que la multiplication de ces examens n'en affaiblisse la valeur.

Quant à la vaccination antipoliomyélitique, votre commission s'est montrée surprise de la non-augmentation des crédits votés l'an dernier. Il faut permettre à un plus grand nombre de personnes de bénéficier de cette vaccination. Des séances gratuites sont organisées dans tous nos départements. Les conseils généraux n'hésitent pas à ouvrir des centres temporaires dans toutes les communes et à inscrire à leur budget des sommes importantes à cet effet. Il serait pénible de constater que leur effort et leur émulation soient freinés en raison des crédits insuffisants qui constituent l'aide de l'Etat.

Voilà les quelques observations que je désirais formuler sur les dépenses ordinaires du budget de 1962.

Les dépenses en capital, qui constituent le budget d'équipement, sont en expansion appréciable. Les autorisations de programme attestent la volonté du Gouvernement de poursuivre l'effort entrepris depuis 1958 pour développer l'équipement sanitaire et social. Il est indispensable d'accélérer l'ensemble de ces opérations d'exécution et de financement des travaux, tant au niveau de l'administration centrale qu'au niveau des collectivités maitresses d'œuvre. Ce sera la tâche essentielle du centre technique.

Le plan quadriennal 1962-1965 a été présenté le 17 octobre dernier par le commissaire général au plan au conseil supérieur ; l'équipement sanitaire et social comprend un volume de 3 milliards 700 millions de nouveaux francs. Il est donc en augmentation de 1 milliard 200 millions de nouveaux francs sur le précédent.

Il vise quatre objectifs essentiels : la mise en application de la réforme des études médicales nécessitant la construction des centres hospitaliers universitaires ; la modernisation des nombreux établissements vétustes sous-occupés : hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, hospices ; la desserte des habitants des zones en cours d'urbanisation, avec équipement sanitaire classique, centres sociaux et logements de vieillards ; les besoins sociaux en particulier : l'enfance inadaptée et l'enfance délinquante, ainsi que la recherche scientifique et technique.

Le Gouvernement est appelé à soumettre au Parlement ces divers objectifs et je pense qu'il s'y instaurera un débat construc-

tif pour la réalisation de ce plan d'équipement sanitaire et social.

Voilà, mes chers collègues, l'exposé des délibérations de votre commission des affaires sociales sur le budget de la santé publique et de la population. Il n'apporte pas, certes, sur de nombreux points, satisfaction à nos demandes et à nos désirs. Je suis votre interprète auprès de M. le ministre de la santé publique pour lui demander qu'un volume important de crédits soit dégagé en cours d'année et affecté aux articles sur lesquels j'ai attiré son attention.

Monsieur le ministre, les nouveaux moyens dont vous disposez, joints au développement de ceux que vous possédez, vous permettront, nous l'espérons, de mener à bien la tâche qui vous incombe et à laquelle nous demandons à participer.

Sous réserve des observations que je viens de présenter, votre commission des affaires sociales a émis un avis favorable aux dispositions du projet de loi de finances intéressant la santé publique et la population. (*Applaudissements à gauche, au centre et à droite.*)

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

M. Léon Messaud. Monsieur le ministre, mes chers collègues, mon propos portera sur l'aide accordée aux personnes âgées. Après les diverses interventions de mes collègues, la semaine dernière, évoquant à la fois avec talent et émotion la douloureuse situation de la vieillesse de France, je serai particulièrement bref.

Je veux cependant, dans cette discussion, attirer, monsieur le ministre, avec beaucoup d'insistance, votre attention sur l'urgence, je dis bien l'urgence, que présente l'amélioration des conditions d'existence des personnes âgées.

Je ne veux pas me lancer dans une définition quelque peu difficile qui consisterait à établir un critérium nous permettant de fixer la date exacte à laquelle on considère qu'une personne est âgée. Il y a non seulement l'influence de l'âge, mais aussi l'influence physiologique. Je prendrai donc les normes qui sont habituellement respectées.

La France — vous ne l'ignorez pas, monsieur le ministre — est particulièrement en retard en ce qui concerne l'aide aux personnes âgées par rapport à divers autres pays européens. Ce retard, hélas ! est encore aggravé par une stagnation, une cristallisation des taux et des plafonds de ressources depuis 1956.

M. Lucien Grand. Très bien !

M. Léon Messaud. Il est donc temps, monsieur le ministre, que les pouvoirs publics se décident à promouvoir une politique générale de la vieillesse. Il est temps que les allocations attribuées aux personnes âgées soient indexées sur le S. M. I. G., par exemple, ou suivent les majorations de pensions. Il n'est pas, en effet, tolérable que plus de deux millions et demi de personnes âgées ne puissent disposer, pour vivre, que d'une somme inférieure à 200.000 anciens francs par an.

La vieillesse de France attend avec une impatience plus que légitime les propositions qui seront, je l'espère, soumises à la commission d'études du problème de la vieillesse qui a été créée par le décret du 8 avril 1960. Cette commission est d'ailleurs plus connue sous le nom de son rapporteur M. Laroque. Or, son rapport n'est pas encore déposé.

Il paraît donc indispensable, monsieur le ministre, de vous rappeler, s'il en était besoin, l'engagement pris à la dernière réunion du Comité national de la vieillesse, le 15 mai dernier, par le rapporteur lui-même, M. Laroque, affirmant que les propositions de la commission seraient déposées avant la fin de l'année 1961. Mais les personnes âgées sont lassées d'attendre ; elles ne peuvent d'ailleurs plus attendre, car le vide créé par la misère dans leurs rangs est, hélas ! dans tout le pays de France, particulièrement impressionnant.

Il faut donc agir vite. En tant que délégué au Comité national de la vieillesse de France, je vous demande de procéder dans l'immédiat à un relèvement des ressources de l'aide sociale. Le plafond légal est actuellement de 86.400 anciens francs. Il est indispensable — cette amélioration ne devrait donner lieu à aucune discussion — de porter immédiatement le plafond légal à 120.000 francs au lieu de 86.400.

L'allocation d'aide ménagère prise en charge par les collectivités et oscillant entre 38.400 et 60.000 anciens francs doit être elle aussi doublée. Je crois utile de rappeler que plus de 55 p. 100 des personnes âgées vivent seules, sans enfant et aussi sans conjoint.

Ainsi, monsieur le ministre, vous serez en complet accord avec votre circulaire ministérielle de janvier tendant à éviter les hospitalisations et de nombreux vieillards pourront alors être maintenus dans leur foyer, dans ce cadre familial, j'allais dire familial, rempli des souvenirs auxquels ils sont si légitimement attachés.

Je vous rappelle d'ailleurs qu'en 1959 — je ne connais pas de recensement publié depuis cette époque — le nombre des

personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale à domicile était seulement de 55.000.

Sans doute, monsieur le ministre, m'objecterez-vous, on peut même dire que vous m'objecterez certainement, l'impossibilité de réaliser, malgré votre désir, les relèvements qu'attendent les vieillards pour l'année 1961. Je reconnais volontiers la valeur de cette objection. Mais ce à quoi, monsieur le ministre, vous ne pouvez refuser de souscrire, c'est la nécessité de prendre, dans cette discussion budgétaire, l'engagement ferme de procéder à la première étape des améliorations que nous vous demandons, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1962.

Cela, monsieur le ministre, je pense pouvoir vous le demander avec l'insistance que je me permets de mettre dans mes propos. Il ne me paraît pas que vous puissiez le refuser à la vieillesse de France. (*Applaudissements à gauche, au centre et à droite.*)

Ainsi, vous aurez contribué, monsieur le ministre, à apporter dans l'immédiat à nos aînés qui, par leur travail et leur sacrifice, ont permis à notre pays de survivre souvent au milieu de ses épreuves, le minimum du droit à la vie qu'ils attendent justement de nous. (*Nouveaux applaudissements sur les mêmes bancs.*)

M. le président. La parole est à Mme Renée Dervaux.

Mme Renée Dervaux. Mesdames, messieurs, en abordant l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de la population, on serait tenté de rappeler ces mots de Clemenceau : « Je dis toujours la même chose parce que c'est toujours la même chose. »

En effet, l'an passé, nous déplorions que le budget de la santé publique ne représentait que 2 p. 100 du budget général et que les crédits étaient sans commune mesure avec les énormes besoins sanitaires de notre pays. Cette année, tout en enregistrant une augmentation des crédits de fonctionnement et d'autorisations de programme, vous avez dû reconnaître, monsieur le ministre, que les crédits n'étaient pas encore à la mesure des immenses besoins. Votre budget est d'ailleurs avant tout un budget de fonctionnement et non d'investissements sanitaires.

Certes, des promesses sont faites et, selon votre expression, le budget de 1962 porte la trace d'une volonté de transformation. Mais les malades, les infirmes, les vieillards ne peuvent vivre de promesses, ni se contenter indéfiniment d'un soupçon d'amélioration.

Ainsi, dans le domaine hospitalier, deux aspects doivent retenir notre attention : l'équipement et le personnel.

En ce qui concerne l'équipement, je rappellerai qu'il n'existe actuellement que 200.000 lits pour 47 millions de Français. Sept millions de Parisiens disposent de 35.000 lits, dont 30.000 en salles communes et 5.000 en boxes. Il en faudrait au moins 29.000 de plus.

Dans le domaine de la lutte antituberculeuse, la France occupe le onzième rang en Europe. La mortalité par cancer ne cesse d'augmenter ; elle est passée de 13,3 p. 100 en 1946 à 18,2 p. 100 en 1957 et 165.000 nouveaux cas sont enregistrés annuellement. Devant l'ampleur de ce fléau, c'est plus de 170.000 nouveaux francs complémentaires qu'il eût fallu affecter à sa prophylaxie. Dans ce secteur également, il manque 5.000 lits.

Dans les hôpitaux psychiatriques, 42.000 lits environ font défaut, alors que le nombre des malades mentaux ne cesse d'augmenter.

L'énoncé de ces quelques chiffres montre l'importance du problème que ne pourra résoudre le budget 1962. La vétusté, l'inconfort, voire même la saleté continueront à être l'apanage de nos hôpitaux.

Au mois de juillet dernier, j'ai reçu une plainte d'un malade hospitalisé à Beaujon, que j'ai d'ailleurs transmise à vos services, monsieur le ministre. Je me suis rendue dans cet hôpital pour juger moi-même de l'état des lieux. Je dois dire que l'aspect est lamentable : les murs sont sales et recouverts de taches, les vitres rendues opaques par l'accumulation de la poussière, les bœaux d'urine placés au pied des lits étaient sans couvercle et restaient là à dégager une odeur fort désagréable. J'ajoute que la toilette n'était pas faite aux malades immobilisés. On a beaucoup parlé de l'humanisation des hôpitaux. Mais le manque de personnel ajoute souvent des souffrances morales aux souffrances physiques des malades.

La situation de Beaujon n'a d'ailleurs rien d'exceptionnel et elle ne date pas d'hier. Je pourrais citer celle du service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière, où les infirmières sont bien obligées de demander aux familles présentes à la visite de faire manger le malade, l'insuffisance du personnel ne leur permettant pas de le faire en temps voulu. Les soignantes sont souvent remplacées le soir et la nuit par de simples gardes, souvent débutantes. Bien des fois, elles doivent faire des piqûres et donner des soins alors qu'elles n'ont aucune qualification.

Il est vrai qu'un décret du 24 septembre 1960 leur en donne l'autorisation puisqu'il a levé en fait l'interdiction qui en était faite par une loi du 8 avril 1946. Mais c'est parfois au détriment des hospitalisés.

Bien sûr, il manque du personnel qualifié. Pour la seule Assistance publique il faudrait 8.000 infirmières en plus. Il n'y aura dans les écoles d'infirmières, au 1^{er} janvier 1962, que 13.246 places d'élèves alors qu'il en faudrait 20.000. Mais si le nombre de places était suffisant il n'est pas dit malheureusement que l'on trouverait des postulantes prêtes, après deux ans d'école, à débiter à Paris avec un salaire mensuel d'environ 55.000 francs, toutes indemnités et primes comprises.

Certes, une décision récente a donné en partie satisfaction à certaines catégories de personnel, mais il reste la situation de nombreuses autres à satisfaire et les lenteurs apportées à la parution des textes risquent d'aboutir à de nouveaux arrêts de travail et à des manifestations de mécontentement, comme il y en a d'ailleurs eu hier dans le personnel non diplômé.

Vous espérez, si le volume des crédits est suffisant — ce conditionnel est inquiétant — voir les demandes en instance satisfaites au cours des années à venir. Il ne faudrait pas trop tarder. Car non seulement il est urgent d'améliorer le travail dans les hôpitaux, mais encore faudrait-il l'adapter aux exigences de notre temps. Par exemple, si la généralisation de l'accouchement sans douleur par la méthode psycho-prophylactique était effective, il faudrait du personnel qualifié, mais aussi des locaux adaptés. Or, la protection maternelle et infantile ne se développe pas au rythme des nécessités. C'est ainsi, par exemple, qu'il n'existe pratiquement rien pour l'enfance inadaptée.

Enfin, le budget de 1962 offre une particularité qui n'est certes pas frappée au coin de la générosité. Alors que les statistiques officielles reconnaissent l'augmentation du coût de la vie, le budget qui nous est soumis ne comporte aucune majoration des crédits d'aide sociale pour les 200.000 aveugles et grands infirmes qui y sont inscrits.

Le plafond de l'aide sociale aux aveugles et grands infirmes est inchangé, depuis 1956, c'est-à-dire qu'un grand infirme dans l'incapacité de travailler ne peut recevoir l'allocation mensuelle que dans le « cadre d'un plafond » de 1.352 nouveaux francs par an. Depuis 1956, cette allocation mensuelle est fixée à 5.200 anciens francs dans les villes de moins de 5.000 habitants, 5.480 anciens francs dans les autres localités et 5.766 anciens francs à Paris. Même en ajoutant l'allocation du fonds national de solidarité, un grand infirme à 100 p. 100 qui ne reçoit pas l'aide d'une tierce personne doit vivre, allocation principale et allocation du fonds national de solidarité, avec 287 anciens francs par jour. Nous sommes en fin d'année sociale, quelle détresse cela représente, 287 anciens francs par jour !

Le précédent ministre de la santé publique, M. Chenot, avait proposé l'an dernier, en attendant les travaux de la commission Laroque, le relèvement de l'allocation mensuelle pour les infirmes à moins de 80 p. 100, comme pour ceux atteints à plus de 80 p. 100, au chiffre de 10.000 anciens francs par mois. Le ministre des finances avait rejeté cette proposition ; mais cette initiative n'a pas été reprise cette année. Or, les aveugles et grands infirmes ont proposé une lettre rectificative au budget. Où en est la question ? Nous attendons une réponse précise. Va-t-il falloir, pour obtenir satisfaction, que les vieillards et les infirmes manifestent place de l'Opéra, montrant ainsi leur misère aux yeux de tous ?

Le pouvoir gaulliste ne sortira certes pas grandi à l'issue de cette manifestation prévue pour le 1^{er} décembre où « bâtons de vieillesse » et « cannes blanches » solidaires affirmeront leurs droits légitimes à une aide plus digne et plus humaine. (*Applaudissements à l'extrême gauche et sur divers bancs à gauche.*) Car il est bien compréhensible que la patience a des limites et que les souffrances doivent cesser.

Quant à l'article 170 du code de la famille et de l'aide sociale, il prévoit que l'allocation aux aveugles et aux grands infirmes est identique à celle versée aux vieillards. Mais cette assimilation dans la misère n'a pas été étendue aux dispositions plus libérales de la codification des obligations alimentaires, réservées aux vieillards. Quelles mesures compte prendre le Gouvernement dans l'immédiat pour remédier à cette injustice ?

D'autre part, les allocations et les plafonds d'aide sociale sont actuellement fixés par décret. Il serait souhaitable qu'ils ne soient plus le fait du prince, mais qu'ils reposent sur une base, un critère, correspondant aux garanties de la Constitution dans son préambule. Le critère « besoins vitaux » est le seul qui permettrait d'apporter des conditions d'existence décente aux handicapés physiques.

A ces problèmes présentant un caractère d'urgence, s'ajoute, entre autres, celui qui concerne l'éducation et la rééducation des enfants infirmes qui doivent être gratuites et obligatoires, comme cela est prévu pour tous les Français. Sous prétexte que

l'enfant est infirme, certains parents négligent de donner l'éducation nécessaire, d'autant plus que celle-ci, comme la rééducation, est très coûteuse. La prise en charge par l'aide sociale ou l'aide médicale n'intéressant que ceux qui auront des ressources notoirement insuffisantes, il en résulte qu'un retard scolaire éducatif et social s'ajoute à l'handicap physique.

Il est urgent et indispensable de prendre les mesures nécessaires. Il faut de l'argent, c'est vrai, mais la guerre d'Algérie, qui coûte quelque cinq milliards par jour, a englouti depuis sept ans des sommes tellement considérables qu'on pourrait trouver ridicule et mesquin le refus ou l'opposition à l'octroi de quelques milliards qui permettraient à 200.000 Français d'avoir une vie moins misérable. (*Applaudissements à l'extrême gauche.*)

En terminant, je voudrais souligner que l'augmentation des prestations familiales envisagées par le Gouvernement est loin de ce que demandent des associations familiales et les organisations syndicales. En effet la majoration se limiterait à 6 ou 7 p. 100, alors qu'il est demandé 20 p. 100.

Ainsi, comme il en a toujours été, le budget de la santé publique est sans rapport avec les besoins. Il apportera peu de soulagement aux malades, aux vieux, aux infirmes, aux inadaptés et le groupe communiste attendra, pour le voter, qu'il soit plus conforme aux nécessités et à la réalité. (*Applaudissements à l'extrême gauche et sur quelques bancs à gauche.*)

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

M. Roger Lagrange. Votre ministère, monsieur le ministre de la santé, relève de cette intendance qui ne suit pas ou qui suit mal l'amélioration de notre situation économique et financière. Il serait injuste de vous accabler autrement que dans la mesure où vous adhérez aux principes, aux options, aux priorités sur lesquels le Gouvernement, ou plutôt l'exécutif, fonde sa politique extérieure qui conditionne largement la politique économique, financière et sociale du Gouvernement.

Cette politique extérieure qui, comme chacun le sait, appartient au domaine réservé où sans doute vous-même n'avez qu'un pauvre droit de regard, se caractérise par une grandeur désuète découlant d'un nationalisme dépassé, mais qui vous condamne à des dépenses improductives qui dépassent nos possibilités économiques et financières (*Applaudissements à gauche et à l'extrême gauche*), dépenses qui seraient largement atténuées, à mon sens, par une politique résolue d'intégration européenne et atlantique sur le plan de la défense militaire. Cette politique qui n'a de grandeur que la prétention et le faste, condamne votre ministère, condamne le pays, à un budget de médiocrité.

Le ministre des finances, hier, est resté étrangement silencieux à toutes les observations si pertinentes de M. le rapporteur général de la commission des finances quand il s'est placé sur ce plan. Vous en ferez de même aujourd'hui, monsieur le ministre de la santé, vous vous contenterez de mettre en valeur l'augmentation des moyens mis à votre disposition, augmentation que nous ne contestons pas, mais qui est insuffisante pour vous permettre de réaliser les investissements indispensables et d'améliorer même les prestations les plus modestes.

Condamné à la médiocrité par cette politique de fausse grandeur, votre budget l'est encore par cette autre option de la politique gouvernementale qui, au nom de la confiance, accorde des avantages exorbitants aux détenteurs de capitaux et se refuse à prélever prioritairement sur le revenu national les crédits d'équipement indispensables à une politique sanitaire et sociale hardie répondant largement aux besoins du pays.

Comme le ministère de l'éducation nationale, comme le ministère de l'agriculture, comme le ministère de l'intérieur dont relèvent les collectivités locales, vous ne pouvez suppléer à cette insuffisance des fonds publics par les capitaux privés qu'autant que l'attrait du profit sera suffisant pour inciter leurs détenteurs à les investir, ce qui ne se produira guère, en ce qui vous concerne, que pour les cliniques privées, les aériums et un nombre limité d'autres établissements.

J'en arrive alors tout naturellement à signaler les insuffisances criantes relevées d'ailleurs par le rapporteur de la commission des affaires sociales du Sénat dans le budget de votre ministère. Pas ou peu de crédits pour créer ou agrandir les hospices ou les maisons de retraite pour nos vieillards dont nous ne savons que faire, alors que l'hospice ou la maison de retraite cantonale serait une nécessité. Pas ou peu de crédits pour créer des instituts médico-pédagogiques pour l'enfance inadaptée alors que les établissements pour débiles profonds semi-éducables se comptent sur les doigts de la main et que ces enfants se comptent par centaines de milliers, alors qu'aussi des centres d'apprentissage seraient nécessaires quand ces enfants seront dégrossis.

Si les enfants des familles riches peuvent recourir à des placements familiaux coûteux qui déchargent les parents sans réaliser l'effort d'éducation nécessaire pour les délivrer de leur état végétatif et leur donner des raisons de vivre, les

familles pauvres n'ont que l'hospice ou l'hôpital sans section spécialisée ou devront porter toute leur vie la croix que constitue la présence d'un enfant anormal dans un foyer,...

M. Antoine Courrière. Très bien !

M. Roger Lagrange. ...enfant qui est bien souvent à l'origine de drames familiaux que nous ne pouvons ignorer. C'est un devoir national de sauver à la fois les enfants et les familles. (*Applaudissements à gauche.*)

Vous devez avoir dans vos dossiers, monsieur le ministre, les premiers résultats de l'enquête menée par la commission Le Gorgeu pour recenser les besoins sur les deux points que je viens de signaler. Je ne doute pas de l'éloquence des chiffres retenus, mais comme le montant des crédits inscrits à votre budget pour les hospices, les maisons de retraites, les foyers de vieillards, l'enfance inadaptée, doit paraître ridicule !

Vous comptez, je sais, pour réaliser, sur l'aide de la sécurité sociale du régime général ; mais les fonds dégagés une fois pour toutes ne peuvent constituer qu'un complément.

Je serai bref sur le chapitre des prestations sociales servies par votre ministère tant le problème a été débattu sur les bancs de cette Assemblée et, la semaine dernière encore, à l'occasion de la question orale déposée sur ce sujet par mon ami Courrière que j'avais suppléé sur ce point.

La plupart des prestations sociales, hormis l'amélioration de la condition des infirmes travailleurs, décidée l'an dernier, et la refonte récente de l'allocation logement jointe à la majoration de 4.000 ou 14.000 anciens francs de l'allocation supplémentaire sont restées stables, si bien que les infirmes inaptes au travail doivent encore souvent se contenter de 200 à 250 par jour pour vivre, ou plutôt pour s'éteindre à petit feu dans la solitude et le désespoir.

La situation des 150.000 grands infirmes non travailleurs n'est guère plus enviable, puisqu'ils doivent se contenter d'environ 300 francs par jour.

En ce qui concerne les grands infirmes qualifiés de travailleurs, la législation est telle que ceux-ci ont intérêt à ne pas dépasser 6.000 francs environ de ressources mensuelles provenant de leur travail sous peine de voir l'allocation de compensation réduite par le jeu du plafond des ressources, ce qui m'amène une nouvelle fois à dénoncer, que ce soit pour les infirmes ou pour les vieillards, la fixité de la plupart des plafonds de ressources des diverses allocations depuis des années.

M. Antoine Courrière. Très bien !

M. Roger Lagrange. L'objectif à atteindre dans ce domaine de l'aide aux infirmes n'ayant pas l'âge normal de la retraite est la création d'un revenu de remplacement se référant au S. M. I. G. et indexé sur ce dernier.

Monsieur le ministre, votre budget, sur ce point précis, est un budget de stagnation. Il vous faut, sans attendre, comme pour les vieux, revaloriser les diverses allocations de base et fixer des plafonds plus élevés tenant compte des augmentations passées et prochaines du coût de la vie. La revalorisation du S. M. I. G. au 1^{er} décembre prochain devrait vous en fournir l'occasion.

Ce devrait être également pour vous l'occasion d'uniformiser les plafonds et de réparer l'iniquité criante que constitue l'article 146 du code de la famille et de l'aide sociale, en vertu duquel les allocations dont un aveugle ou grand infirme a bénéficié, pour vivre souvent en sous-alimenté, peuvent être récupérés en totalité sur sa succession, si modeste soit-elle.

Avez-vous l'intention de substituer à cette législation les dispositions prévues pour les bénéficiaires du Fonds national de solidarité qui codifie les obligations familiales et la récupération sur les successions ?

J'ai voulu, monsieur le ministre, signaler les insuffisances du budget de votre ministère, insuffisances découlant, selon moi, des options prises par le Gouvernement sur le plan de la politique générale et des priorités retenues, options et priorités qui ne sont pas les nôtres et peut-être modérément les vôtres, si je songe à votre toute récente promotion à la tête du ministère de la santé publique.

J'ai cependant voulu éviter dans mon intervention de présenter un catalogue de revendications démagogiques et, par là même, impossibles à satisfaire. Ce n'est qu'avec plus d'insistance que je me permets de vous demander, monsieur le ministre, d'envisager comme cadeau de Noël à ces quelque 70.000 invalides, non travailleurs au point de vue de l'aide sociale : 1^o une revalorisation des allocations de base ; 2^o une élévation et une uniformisation des plafonds de ressources ; 3^o la substitution à l'article 146 du code de la famille de la référence à la législation du fonds national de solidarité.

Vous apporterez ainsi un peu de chaleur et de réconfort au cœur des invalides les plus déshérités à qui vous donnerez le sentiment réconfortant que la solidarité nationale est une réalité, qu'ils ne sont plus des laissés-pour-compte de la société et que,

eux aussi, sont appelés à partager équitablement et en priorité les fruits de cette expansion économique que votre Gouvernement revendique avec éclat. (*Applaudissements à gauche et au centre gauche.*)

M. le président. La parole est à M. Motais de Narbonne.

M. Léon Motais de Narbonne. Monsieur le ministre, je voudrais en quelques brèves observations attirer votre attention sur une question qui est appelée, de plus en plus, à prendre de l'importance et qui relève de vos services, je veux parler de l'émigration des Français à l'étranger.

C'est un problème bien connu et nous savons, vos services particulièrement le savent, que l'émigration française se distingue, par ses caractéristiques propres, de celle des ressortissants de Grande-Bretagne et d'Italie. En France, c'est un phénomène inéluctable qui n'est pas dépendant occasionnellement d'un excès de population ou d'une difficulté à trouver l'emploi, parce qu'il obéit essentiellement à des raisons d'ordre psychologique, le désir traditionnel des Français de connaître l'aventure et peut-être de trouver une base professionnelle plus aisée, peut-être également de gagner plus facilement leur vie, alors que ce problème est plus difficile dans des pays structurés comme l'est notre vieille France.

Je voudrais simplement dire, par conséquent, que l'émigration est un problème bien connu du ministère de la santé publique et de la population et qu'elle se caractérise notamment, à l'heure actuelle, quand il s'agit d'émigration française, par le fait qu'elle est de qualité même lorsqu'elle est de masse.

Elle a été de masse sous le second Empire et sous la III^e République et, après le déclin consécutif à la terrible hémorragie que nous a valu la victoire de 1918, elle a recommencé à se dessiner et elle a repris à un rythme appréciable dès 1946.

Tous ces faits sont bien connus. Mais voici deux éléments nouveaux qu'appelle l'actualité sur ce problème.

Le premier résulte d'une certaine poussée démographique que M. Marc Blancpain, président de l'Alliance française, qui a eu d'ailleurs l'occasion devant le conseil supérieur des Français de l'étranger de développer ses connaissances particulièrement étendues sur le problème de l'émigration, a appelé la « révolution de 1946 », voulant dire par là qu'à partir de cette date il y avait un tel regain de la population française que vingt ans plus tard, c'est-à-dire dans quelques années, nous aurons environ 850.000 à 900.000 Français atteignant leur majorité dans l'année.

Or, l'expérience montre que sur ces 850.000 Français il y en a au moins 10 ou 15 p. 100 qui, de toute manière, seront sollicités par l'extérieur pour toute une série de raisons.

Le deuxième élément qui appelle à mon avis l'attention des pouvoirs publics sur ce phénomène est d'ordre politique. Ce sont les résultats de la décolonisation que nous vivons depuis la Libération. Nous avons eu maintes fois, mes amis les sénateurs représentant les Français de l'étranger et moi-même — plus particulièrement le spécialiste des questions économiques que je vois à son banc, M. André Armengaud — l'occasion d'affirmer que l'indépendance politique s'accompagne nécessairement d'une profonde aspiration vers l'indépendance économique et que cette indépendance économique, dans les pays qui sont mal structurés pour pouvoir affronter tous les risques d'une économie libérale, freine bien entendu l'activité des Français qui se trouvent là, du fait des promotions autochtones et du fait également que, l'économie devenant à ce moment dirigée, il est tout à fait naturel, en tout cas tout à fait humain, que les nationaux soient favorisés par rapport aux étrangers, ce qui, par conséquent, incite ces derniers, en raison de la limitation des professions qui sont réservées aux nationaux et qui leur sont prohibées, à s'en aller soit vers la métropole, soit à l'extérieur.

Nous savons également que le quatrième plan a prévu la possibilité de recevoir dans la France métropolitaine près de 100.000 familles en quatre ans, c'est-à-dire 400.000 à 500.000 individus.

Mais de toute manière, quelles que soient les possibilités de l'emploi, il faudra essentiellement tenir compte de cette aspiration profonde de toute une catégorie de Français qui veulent gagner leur vie ailleurs qu'en France.

Je rappelle brièvement qu'il y a là un élément de richesses sur le plan national et pour les Français de l'étranger.

Tout d'abord, c'est une influence culturelle, linguistique qui se maintient à travers la communauté française. On a qualifié ces émigrants de sentinelles avancées de l'expansion française économique. Ils constituent un élément considérable de l'expansion économique nationale métropolitaine.

Ces attributions relèvent de votre ministère; on a créé récemment le ministère des rapatriés. Vous allez disposer d'une masse assez considérable de jeunes gens souhaitant non pas leur réinstallation en France, mais peut-être une situation dans un pays qui les sollicite. Pour l'instant il y en a trois, l'Amérique du Sud d'une manière générale, l'Afrique du Sud égale-

ment et l'Australie. Je ne parle pas du Canada qui ne répond pas tout à fait aux aspirations de nos compatriotes d'Afrique du Nord sans doute à raison du climat, à raison d'une certaine dureté, à raison d'une certaine spécialisation des professions.

En conclusion, il conviendrait, monsieur le ministre, que vous travailliez en liaison étroite avec le ministère des rapatriés pour tenter de procéder à une certaine organisation de cette émigration en vous inspirant de l'exemple que nous a donné la Hollande. Ce pays, comme la France, a connu certains problèmes de décolonisation. A la suite de la perte des Indes néerlandaises, la Hollande, constatant un reflux de ses nationaux vers la métropole, a été amenée à favoriser leur exode vers des pays étrangers. Dans ce dessein, elle a organisé ce que M. Blancpain a appelé la prospection, l'information et l'éducation.

La prospection, c'est-à-dire la connaissance des ressources des pays dans lesquels les nationaux sont tentés de se rendre pour s'y implanter, c'est-à-dire la possibilité d'emploi. Lorsque, par exemple — le cas s'est produit récemment — une République de l'Amérique latine offre d'accueillir une collectivité française suffisamment importante, il convient de savoir si les terres qui sont offertes sont susceptibles d'être mises en valeur, pour éviter un aller suivi d'un retour, qui s'effectuerait aux frais du consulat et désespérerait tout ceux qui avaient l'espoir de pouvoir s'implanter pour maintenir une certaine permanence de tout ce qui constitue la culture française.

Il y a donc un premier devoir de prospection et un second, plus modeste, qui est un devoir d'information, qui consiste à faire savoir à ceux qui vont s'en aller ici ou là ce qui les attend exactement. J'ajoute que la Hollande a institué une sorte de prééducation destinée à permettre aux émigrants, au moment de leur installation dans un pays étranger, de se livrer à certaines activités professionnelles que l'on attend d'eux.

Je m'en voudrais d'abuser davantage de vos instants, monsieur le ministre, sur un sujet qui est tout de même annexe à celui de la santé publique et de la population. Je conclus en vous demandant de vous mettre en relations avec M. le secrétaire d'Etat aux rapatriés de manière à pouvoir, si possible cette année, en tout cas dans les deux années qui viennent, mettre sur pied une véritable organisation digne non seulement de l'importance du problème mais également de nos traditions. (*Applaudissements.*)

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

M. André Armengaud. Monsieur le ministre, mes chers collègues, je voudrais faire deux observations.

La première se relie à celle que vient de formuler M. Motais de Narbonne concernant l'organisation de l'émigration des Français à l'étranger, non seulement pour ceux qui partent pour une longue période, pour y faire ou y refaire carrière, mais également pour ceux qui se contentent de passer un certain nombre de mois ou d'années à l'étranger, notamment les jeunes gens qui vont terminer leurs études, généralement au pair, dans des pays voisins.

A cet égard, nous avons rencontré des difficultés très sérieuses. Les consulats nous ont alertés, mes collègues et moi-même, représentant les Français de l'étranger, pour nous faire part de la situation dramatique de certains de ces enfants ou de ces jeunes gens qui, n'ayant pas trouvé l'accueil promis, sont renvoyés en France par nos consulats dans des conditions anormales.

Nous avons également évoqué devant vos services, monsieur le ministre, au mois d'avril dernier, le problème général qu'a exposé M. Motais de Narbonne. Nous avons rappelé à l'époque à M. Chenot, votre prédécesseur, que lui-même avait envisagé avec vos services de mettre au point un mécanisme qui orienterait les Français lorsqu'ils voudraient s'expatrier. Deux formules avaient été envisagées. L'une consisterait dans la création d'un organisme d'Etat chargé d'informer les Français candidats à l'émigration des conditions dans lesquelles ils se trouveraient dans le pays où ils se rendraient. L'autre, beaucoup moins lourde, qui consisterait à charger l'Union des Français de l'étranger, grâce à une subvention budgétaire contrôlée par le Gouvernement dans son emploi, de mettre au point et de diffuser l'information nécessaire, que vient de demander M. Motais de Narbonne.

Lorsque nous avons discuté de cette question avec vos services, le 27 avril dernier, nous avons remis à ceux-ci une note rédigée par M. Longchambon et moi-même, pour le compte de nos quatre autres collègues et du conseil supérieur des Français de l'étranger. Cette note devait faire l'objet d'une réponse précise de votre département et d'un engagement budgétaire. Nous n'avons pas eu de nouvelles à cet égard. Nous aimerions que vous repreniez cette question, monsieur le ministre, car, comme l'a indiqué M. Motais de Narbonne, elle est importante.

J'espère donc que vous voudrez nous répondre à l'un et à l'autre, quitte à ce que ce soit au cours d'un entretien quand nous en aurons terminé avec notre pénible marathon budgétaire.

J'en viens à la deuxième question, d'un caractère tout à fait différent, que nos collègues du Sénat connaissent déjà. Certains médecins français, rapatriés tant d'Égypte que du Maroc ou de Tunisie, éprouvent de grandes difficultés à se reclasser ici. Cette situation a été évoquée ici même par nombre de nos collègues, à l'occasion du débat sur les rapatriements.

Je voudrais attirer votre attention sur trois cas particuliers pénibles. L'un d'eux concerne un chirurgien français qui était installé au Maroc. Il a vécu à l'hôpital d'Oued-Zem les tragiques journées de 1955-1958 et qui lui ont rendu impossible de continuer son œuvre. Il revint en France sans ressources financières, faute d'avoir pu emporter de l'argent du Maroc, à la suite des circonstances que vous connaissez. Il essaya de se réinstaller et il emprunta de l'argent en France pour acheter une clinique à Lézignan. Au bout de trois années, il s'était fait une clientèle, mais de nouvelles difficultés viennent de surgir.

Un décret subordonne, en effet, cette activité à la nomination par le préfet. Cela ne devrait être qu'une simple formalité, mais il fallait passer un concours à la faculté de Montpellier. En raison de son activité professionnelle et de son âge, il a été supplanté de quelques points par un jeune collègue. Et ainsi, voyez-vous, ce médecin est dans la situation d'un homme s'étant fait une situation après avoir quitté le Maroc, risque de se voir finalement interdire l'exercice de sa profession et, par là même, mis dans l'impossibilité de rembourser ceux qui lui ont prêté de l'argent pour s'installer dans cette clinique.

Je vous ai saisi, à ce sujet, il y a un mois. Je souhaiterais sur ce point une réponse humaine et efficace de vos services.

J'en viens à d'autres cas, à mon avis plus douloureux, car votre département a fait, en ce qui les concerne, le nécessaire. Vous vous souvenez que les médecins français d'Égypte ont dû, pour pouvoir être reclassés par vos soins dans différents postes de province, soit passer de nouveaux examens, soit faire valider leurs diplômes.

Deux médecins que je connais ont été nommés par vos services, l'un à Narbonne, l'autre tout récemment à Nice, après avoir exercé leur profession, le premier, péniblement, à Marseille, le deuxième d'abord péniblement, puis avec succès, à Saint-Lô, dans la Manche.

Le premier, devenu chirurgien à mi-temps à Narbonne, s'est vu expliquer par ses collègues qu'il n'y avait aucune place pour lui et qu'en aucun cas il ne trouverait de travail. La seule rémunération reçue depuis qu'il s'est installé à Narbonne est la somme de 40.000 anciens francs par mois, contrepartie de son travail à mi-temps à l'hôpital. Comment voulez-vous qu'un médecin vive avec cette somme ?

Le résultat est qu'il a demandé un congé. Il est retourné chez son frère, médecin à Marseille. Il s'est installé chez lui et il attend qu'on lui trouve une situation, un nouveau poste, car il doit respecter les instructions que vous avez données dans le cadre de la loi votée il y a deux ans.

Le deuxième médecin, celui qui était à Saint-Lô, a été tout récemment nommé par vos soins, et sans qu'il le demande, à Nice. La commission médicale départementale vient de faire savoir qu'elle n'acceptait pas cette nomination. Elle a même donné sa démission. D'où difficultés locales, dont je ne connais pas le détail, car je ne suis pas mêlé aux affaires du conseil municipal de Nice, ni à celles du département des Alpes-Maritimes.

Néanmoins les médecins locaux ont fait comprendre à l'intéressé qu'en aucun cas il ne pourrait exercer sa profession car la porte lui serait fermée partout.

Je cite ces deux cas mais il est probable que les autres collègues représentant comme moi les Français de l'étranger en connaissent d'autres. Ils sont la marque d'une mentalité que je considère infiniment choquante. Sans doute parmi les médecins de ce département des Alpes-Maritimes, y a-t-il des personnages très décorés qui ont la réputation d'hommes très honorables, considérés comme des gens impeccables mais dont le moins que je puisse dire, c'est qu'en ce qui concerne l'esprit de charité, ce n'est pas celui-ci qui est leur vertu dominante. (*Mouvements divers.*)

Aussi je souhaite, monsieur le ministre, qu'à cet égard, vous veuillez bien faire comprendre, dans le domaine qui vous est propre, à ceux qui exercent cette profession, que la porte n'est pas fermée à ceux qui rentrent, qu'on doit les accueillir comme tous ceux qui rentrent d'Afrique du Nord à la suite des événements que vous connaissez car, si on ne le fait pas, vous risquez de voir ces hommes désespérés, comme l'a dit M. Motais de Narbonne, partir à l'étranger chercher d'autres

situations au détriment des campagnes de France qui manquent de médecins.

Il est donc impossible que dans l'état présent des choses un effort d'information ne soit pas fait par le Gouvernement pour faire connaître à l'ensemble de la Nation que se pose un problème général de reclassement des Français qui rentrent d'Afrique du Nord. Le moment est venu d'y penser notamment même dans la sphère de vos activités.

Je sais très bien que parmi les médecins — et Dieu sait que nous en connaissons ! — le nombre d'hommes dévoués, qui aiment leur métier et leurs confrères est considérable. Néanmoins en la circonstance il y en a quelques-uns — je vous ai cité le cas de ces deux villes — qui n'ont pas fait preuve des qualités humaines et de l'esprit de solidarité que je souhaite. (*Applaudissements.*)

M. le président. La parole est à M. Lucien Grand.

M. Lucien Grand. Monsieur le ministre, après l'intervention de mes collègues, je serai bref, car si j'ajoutais à ce qu'ils ont dit excellemment, je craindrais d'amoindrir leurs propos généreux.

Les uns après les autres, ils ont attiré votre attention sur la situation des infirmes, des grands malades, des personnes âgées. Je me permettrai par conséquent de vous poser simplement une question et de vous présenter une observation au sujet de la répartition des dépenses d'aide sociale entre les collectivités locales.

Un décret qui remonte au 21 mai 1955 a fixé la répartition de ces dépenses qui sont classées en trois catégories à la charge des collectivités d'une manière qui ne peut plus maintenant correspondre ni aux ressources des uns, ni aux besoins des autres.

La troisième catégorie en particulier, celle qui supporte les charges les plus urgentes mais aussi les plus lourdes, qui comporte l'aide aux grands infirmes, l'aide aux personnes âgées, l'aide médicale, les allocations militaires aux familles dont le soutien est sous les drapeaux, représente certainement la forme d'aide sociale qui nécessite les dépenses les plus pesantes dans les charges des collectivités locales.

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que l'État prend en moyenne dans les départements — car la ventilation n'est pas la même dans tous les départements français — 30 p. 100 des dépenses d'aide sociale. Cette participation est insuffisante, car dans la plupart des départements, la charge qui reste à la collectivité départementale représente 50 p. 100 et quelquefois 60 p. 100 du budget total du conseil général et 25 p. 100 pour les communes.

C'est une charge beaucoup trop lourde pour eux et c'est une charge beaucoup trop lourde également pour les communes rurales. Le résultat en est que ces collectivités ne pouvant et ne souhaitant en aucun cas se refuser à leur devoir de solidarité, voient la majeure partie de leur trésorerie aller vers ces buts sociaux, ces buts d'aide sociale auxquels, je le répète, elles souscrivent très volontiers. Mais elles souhaiteraient pouvoir se livrer aussi à des travaux utiles à leur collectivité, que ce soit pour les bâtiments départementaux, pour les bâtiments communaux, ou pour toutes les autres tâches que les administrateurs locaux qui sont ici connaissent bien en déplorant de ne pas avoir les moyens de les remplir, alors que, je le répète, la plus grande partie de nos budgets, au moins 50 p. 100, doit être consacrée à des buts d'aide sociale.

Il appartient au Gouvernement de décider que sa participation sera beaucoup plus élevée.

Ceci n'est pas seulement indispensable maintenant. Ce le sera, monsieur le ministre, bien davantage encore dans l'avenir, car, ainsi que certains de mes collègues vous l'ont dit et que je vous le répète, il faut, nous le souhaitons tous et nous vous demandons avec insistance, que l'aide sociale soit augmentée dans toutes ses activités, dans tous les domaines.

Je vous indique aussi qu'il est humiliant pour une assemblée d'avoir ainsi à revenir sans cesse sur un même problème trop souvent évoqué. La semaine dernière, devant votre collègue le ministre du travail, je lui ai déclaré, et certains de mes collègues l'ont répété tout à l'heure, après d'ailleurs l'avoir dit avant moi car je n'en ai pas la paternité, qu'il est indispensable que le maximum des ressources soit aligné sur le S. M. I. G.

Ce qui est vrai pour les jeunes doit l'être également pour les vieux.

Mes collègues vous ont donné des chiffres basés sur une documentation irréfutable.

Monsieur le ministre, je vous citerai un seul exemple : un vieux ménage qui aura 260.000 francs de ressources, parce qu'il dépassera de 2.000 francs le maximum, perdra à ce moment-là le bénéfice des lois sociales et en particulier de l'aide médicale. Comme malheureusement, avec l'âge, les malheurs physiologiques arrivent, s'aggravent, parce que ce vieux ménage aura 2.000 francs de plus de revenus que la limite de 260.000 francs qui a été fixée il y a déjà six ans, il ne pourra plus bénéficier de l'aide sociale, la maladie venant.

Que faut-il faire ?

Il faut séparer ce vieux couple, qui ne peut pas se soigner, il faut l'envoyer à l'hôpital. Alors, monsieur le ministre, au point de vue humain, au point de vue sentimentel, la séparation de ce vieux couple, l'isolement de chacun, l'un étant au domicile, l'autre à l'hôpital, sont encore plus graves que la maladie elle-même, ressentis plus douloureusement par chacun d'entre eux. (*Applaudissements.*)

Si encore nous pouvions leur offrir la ressource de les mettre dans des hospices ou des maisons de retraites cantonales. Comme l'a remarqué mon collègue M. Lagrange, malheureusement, ceux-ci n'existent pas encore. Il faut les soigner dans des établissements où ils sont de quarante à cinquante kilomètres les uns des autres. Il est intolérable qu'à la fin de leurs vieux jours ils n'aient pas les moyens de se soigner, sinon dans l'isolement l'un de l'autre. Un vieux couple rompu est un vieux couple qui va mourir parce qu'on l'a séparé.

Monsieur le ministre, nous attendons donc que la commission Larroque se soit prononcée. Nous espérons, nous attendons... Je ne sais pas si tous ceux qui sont intéressés pourront attendre ses conclusions. Ce n'est pas sûr !

Je vais vous parler d'un problème auquel je m'attache depuis très longtemps, celui de l'enfance inadaptée. On estime qu'il y a en France 500.000 enfants inadaptés. Je parle bien sûr en particulier des arriérés profonds. 100.000 ont été recueillis ou sont soignés par des organismes privés qui font ce qu'ils peuvent avec, il faut le dire, tout leur cœur et les moyens dont ils disposent.

Il en reste 400.000 qui ne peuvent être recueillis parce qu'il n'y a pas de lieux pour cela. Par conséquent, ces 400.000 enfants arriérés profonds doivent rester dans leur famille ce qui veut dire que, dans 400.000 familles françaises, un être valide, normal, plein de foi et d'ardeur est obligé de rester au foyer pour garder cet enfant anormal que l'on ne peut abandonner à lui-même puisque malheureusement tout serait à craindre si on le laissait seul.

Dans chacune de ces familles, la mère ne peut se livrer à aucune autre occupation que celle de surveiller son enfant. C'est là une perte très sérieuse pour l'économie nationale. Pour le foyer lui-même, il en résulte une stérilisation et voyez dans quelle atmosphère peuvent vivre les personnes qui, nuit et jour, surveillent ces enfants. Dans ces conditions, elles n'ont plus rien à attendre ni à espérer tandis que si ces enfants pouvaient être admis dans un de ces centres où maintenant les médecins sont maintenant mieux équipés pour obtenir des résultats, il en irait tout différemment.

Nous avons vu des exemples d'enfants qui ne sont pas pour autant devenus intelligents — hélas non ! cela n'est pas à attendre — mais qui sont au moins susceptibles désormais de vivre dans leur foyer tout en recevant des soins parce qu'ils ont suivi, dans les maisons spécialisées, le traitement sévère auquel il importait, dès le début, de les astreindre. Dès lors, l'enfant devient acceptable et sa famille peut, par la suite, être libérée.

Monsieur le ministre, je ne veux pas abuser — je le répète — mes collègues s'étant exprimés excellemment s'agissant d'un sujet sur lequel je souhaitais attirer votre attention. Ils l'ont fait avec tellement de conscience, tellement de chaleur que je ne voudrais pas revenir sur ce qu'ils ont dit. Je vous demande en tout cas de nous répondre.

Il est une chose à laquelle nous tenons par dessus tout : il faudra indexer sur le S. M. I. G. tout ce qui constitue un plafond, tout ce qui empêche d'évoluer cette situation vraiment humiliante. En effet — faut-il le dire ? — un pays comme le nôtre est obligé de prendre chez ses voisins des leçons d'humanité, des leçons d'aide sociale. Ces leçons sont telles que nous avons véritablement l'impression que si nous ne faisons pas un progrès considérable, s'il n'intervient pas un changement de structure total dans tout ce qui, à l'heure actuelle, concerne l'aide aux vieillards, alors nous aurons manqué à notre devoir, à ce que tous les enfants doivent au moins témoigner à leurs parents, c'est-à-dire la reconnaissance.

Cela, monsieur le ministre, je vous demande, en notre nom à tous, de bien vouloir le reconnaître. (*Applaudissements.*)

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

M. Bernard Lemarié. Monsieur le ministre, mes chers collègues, mon intervention n'a ni pour but ni pour prétention de procéder à une étude systématique du projet de budget qui nous est présenté. Je me bornerai à reprendre quelques chapitres, certaines mesures qui ont plus spécialement attiré l'attention de mes amis et de moi-même, soit pour nous en réjouir, soit pour déplorer, au contraire, l'insuffisance de certains crédits, plus rarement leur absence.

C'est ainsi que nous enregistrons avec satisfaction le développement que vous entendez donner au centre technique d'équipement sanitaire et social créé par arrêté du 4 mai 1960 et installé au Vésinet. L'étoffement de ce service, qui nécessite 27 emplois nouveaux, nous apparaît indispensable pour qu'il puisse

remplir avec efficacité le rôle qui lui est dévolu et qui consiste à conseiller, à assister et à assurer les liaisons indispensables.

L'ampleur de la tâche à accomplir est considérable. Il est souhaitable que ce centre puisse y faire face totalement et rapidement car nous avons été frappés par le décalage important qui existe entre les affectations d'autorisations de programme et l'utilisation effective des crédits votés. Un retard très sensible et préjudiciable tend à s'accroître. Il convient de le combler et de faire en sorte que la cadence des travaux suive d'aussi près que possible l'accroissement des autorisations de programmes qui, de 40 millions de nouveaux francs en 1958, de 60 millions en 1959, de 107 millions en 1960 et de 207 millions en 1961, passent cette année à 250 millions de nouveaux francs, marquant ainsi un nouvel accroissement de 20 p. 100.

Il serait regrettable qu'un effort budgétaire aussi réel dans le domaine des investissements en faveur de la santé publique soit en quelque sorte annihilé par l'incapacité d'en suivre le rythme sur le plan des réalisations.

Nous souhaiterions également que ce centre technique puisse, à l'occasion des tranches de travaux à entreprendre, jouer avec souplesse un rôle de planification et de coordination pour permettre aux réalisations afférentes à un même objet d'être poursuivies sans interruption jusqu'à leur achèvement. Outre l'efficacité, il en résulterait le plus souvent une économie très certaine.

D'autre part, si par la publication de normes de constructions, le centre technique peut rendre d'indéniables services, il devra se garder de devenir quelque peu tyrannique, laisser une part aussi large que possible à l'initiative des architectes locaux et veiller à ne pas se laisser absorber outre mesure par des réalisations de prototypes ou d'opérations pilotes.

Dans un autre ordre d'idées, les dotations de l'allocation de loyer, trois fois supérieure à l'allocation compensatrice des augmentations de loyer à laquelle elle doit se substituer, est également la bienvenue.

La modification des critères retenus pour bénéficier de cette allocation de loyer — l'élévation du plafond des ressources mensuelles, l'extension à toutes catégories de logements locatifs anciens et nouveaux d'un loyer inférieur à 140 nouveaux francs — doit permettre de doubler le nombre des bénéficiaires tandis que l'augmentation du taux, porté à 75 p. 100 du montant du loyer dans la limite d'un loyer mensuel de 100 nouveaux francs, lui confère le caractère d'une aide substantielle.

Nul doute que cette mesure soit de nature à encourager nombre de vieillards à conserver leur domicile, leur épargnant de ce fait une hospitalisation humainement moins souhaitable et plus onéreuse pour la collectivité.

Puisque, incidemment, le problème de l'hospitalisation des vieillards est abordé, permettez-moi de vous dire, monsieur le ministre, combien nous voudrions voir se multiplier la formule des logements-foyers ou homes de vieillards, seule susceptible, en évitant l'hospitalisation, de permettre aux gens âgés dont la santé ne nécessite pas de soins médicaux spéciaux de rester pratiquement dans le cadre où ils ont toujours vécu, seuls ou en ménage, près de leurs parents et amis, voire dans leurs meubles. C'est là une formule plus humaine et plus économique — je l'ai dit — qui devrait permettre également de dégager un nombre non négligeable de maisons et d'appartements qui ne sont souvent d'ailleurs que partiellement occupés.

M. Lucien Grand. Très bien !

M. Bernard Lemarié. Ainsi cette orientation aurait une double conséquence, bénéfique pour tout le monde.

Je suis persuadé que vous répondriez au vœu d'un grand nombre d'entre nous si vous vouliez bien nous préciser, monsieur le ministre, la politique que vous entendez suivre en ce domaine et nous indiquer éventuellement l'importance et l'échelonement des réalisations qu'il vous est dès maintenant possible d'envisager.

Nous souscrivons également volontiers aux augmentations de crédits concernant la protection maternelle et infantile, la dotation des services de la population et de l'aide sociale, dont l'accroissement bénéficiera plus spécialement aux jeunes sourds, la dotation de l'institut national d'hygiène et de la recherche médicale, enfin la dotation réservée aux bourses allouées aux infirmières et aux assistantes sociales, qui s'accroît de 900.000 nouveaux francs et qui devra permettre des attributions à la fois plus nombreuses et plus importantes.

Sur ce point précis, comment ne pas vous rappeler à mon tour la pénurie de personnel qualifié qui sévit de plus en plus dans nos hôpitaux, faute de salaires en rapport avec les sujétions de l'emploi, faute d'écoles et de places suffisantes dans celles qui existent. Dois-je rappeler que, l'an dernier, l'école de Rennes, que je connais plus spécialement, dut refuser 70 candidats ?

Le recrutement déjà largement déficitaire en ce qui concerne les infirmières de soins généraux, si je puis m'exprimer ainsi, se révèle encore plus catastrophique dans les branches spécialisées : anesthésie, radiologie, laboratoire. Cette situation ne manque pas de nous préoccuper et nous ne pouvons que vous engager, monsieur le ministre, à prendre des mesures susceptibles d'y remédier rapidement. Il y va de la bonne marche de nos établissements hospitaliers.

L'ensemble de toutes ces mesures que je viens de passer rapidement en revue s'inscrit dans la ligne d'une heureuse politique sociale et hospitalière à laquelle nous applaudissons. Ce doit être l'amorce d'une orientation et d'une action qui devra se poursuivre sans relâche.

Mais comment, à côté de cet « actif », ne pas déplorer certaines insuffisances dans des domaines qui nous tiennent particulièrement à cœur ? Je les citerai dans l'ordre croissant de nos préoccupations.

D'abord, l'effort plus substantiel que nous aurions souhaité en faveur de l'aide ménagère à domicile et des travailleuses familiales qui d'ailleurs attendent toujours un statut leur permettant d'intervenir autrement que d'une façon désintéressée, spécialement dans les familles bénéficiant de l'aide médicale, évitant de ce fait des hospitalisations qui ne sont commandées que par la situation familiale, en dehors de tout impératif médical.

Vient ensuite le douloureux problème de l'enfance inadaptée dont nous voudrions vous voir vous préoccuper. Le chiffre d'environ un demi million d'enfants de cinq à vingt ans intellectuellement déficients ne peut nous laisser indifférents.

Le fait que 40.000 enfants à peine fréquentent les écoles de réadaptation montre l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour récupérer ces enfants.

Que dire, également, des conditions dans lesquelles 30.000 autres, plus gravement atteints, se trouvent hébergés dans des hôpitaux psychiatriques qui, pour la plupart, n'ont pas de services spécialisés en fonction des cas et des âges ?

Des associations privées : associations de parents d'enfants inadaptés, papillons blancs, etc., essayent de pallier cette carence. La sécurité sociale se doit d'agréer plus volontiers les établissements qui en dépendent et votre ministère ne peut les ignorer plus longtemps, de même que sa sollicitude doit s'étendre aux quelque 400.000 foyers affligés par la présence d'un enfant anormal.

Enfin, je me trouve à mon tour — après tant et tant d'autres et je vous prie de m'en excuser — obligé de vous signaler une de nos plus obsédantes préoccupations ; le dénuement quasi total dans lequel tant de nos vieillards, de nos aveugles et nos grands infirmes se débattent. Nous ne pouvons laisser se prolonger cette situation sans pousser le cri d'alarme que notre conscience nous impose de faire entendre. (*Très bien ! sur certains bancs à gauche.*)

Le plafond compatible avec l'octroi des allocations comme le montant de celles-ci ne peuvent se justifier. Le cumul de l'allocation principale avec l'allocation du fonds national de solidarité ne constitue qu'un misérable ballon d'oxygène. Nos vieillards se meurent avec l'allocation de 270 à 297 anciens francs par jour qui leur est attribuée, tout autant que nos grands infirmes.

La vie augmente sans cesse. Il faut agir vite et de toute nécessité augmenter l'allocation principale pour la porter à un niveau qui, établi à 60 p. 100 du salaire minimum interprofessionnel garanti, par exemple, ne serait que décent. Nous avons des sous-alimentés sur notre propre sol. Sans pour autant renoncer à notre mission auprès des pays sous-développés, notre devoir est de leur venir en aide par priorité.

Si pour éviter de fastidieuses redites, je n'insiste pas davantage sur ce douloureux problème, vous comprendrez, monsieur le ministre, qu'il n'en constitue pas moins notre souci majeur. Je sais, d'autre part, que vous partagez ce sentiment et que nous pouvons compter sur vous pour entreprendre une action que commandent à la fois le cœur et la raison. (*Applaudissements.*)

J'en aurais terminé, monsieur le ministre, si je n'avais à vous poser une dernière question concernant les prestations familiales. Vous est-il possible de nous indiquer la politique arrêtée par le Gouvernement ? Devons-nous voir dans l'initiative prise par le Gouvernement de déposer des amendements, spécialement l'amendement n° 2 au titre III des finances et des affaires économiques, un des premiers résultats du rapport Prigent ? Quelle est l'importance du relèvement envisagé au titre des allocations familiales ? Peut-on le considérer comme une première étape dans un processus destiné à rattraper le retard actuellement enregistré ?

Vous m'obligeriez, monsieur le ministre, en me répondant sur ces différents points et d'avance, tant en mon nom personnel qu'au nom de mes collègues, je vous en remercie. (*Applaudissements.*)

M. le président. La parole est à M. Abel-Durand.

M. Abel-Durand. Mesdames, messieurs, tout me semble avoir été dit sur le budget de la santé publique et j'aurais scrupule à prendre à mon tour la parole si je ne voulais marquer que les crédits de la santé publique ne figurent pas tous au budget du ministère lui-même. Le budget de la santé est réparti dans une très large proportion sur tous nos budgets départementaux et communaux. Il faut aussi tenir compte de multiples organisations privées qui ont devancé le plus souvent l'Etat dans certaines actions. C'est en me plaçant à ce point de vue que je voudrais parler maintenant.

Je parle en tant que représentant des conseils généraux, car c'est à ce titre que je siége dans quatre des conseils du ministère de la santé : le conseil national de l'organisation hospitalière, le conseil supérieur de la fonction hospitalière, le conseil supérieur de l'aide sociale — je suis vice-président de sa section d'aide à l'enfance — enfin, je représente les conseils généraux au conseil national de la vieillesse.

Je voudrais dire à mes collègues que les conseils généraux se sont préoccupés de pourvoir aux insuffisances du budget de la santé. Nous sommes intéressés à ce budget par notre participation obligatoire à certaines dépenses d'aide sociale ; mais il y a des secteurs dans lesquels le ministère de la santé est d'une carence totale...

M. Joseph Raybaud. Très bien !

M. Abel-Durand. ... et certains départements ont lancé des réalisations pour pallier cette carence.

Carence totale ou quasi totale dans le domaine des vieillards. Il n'existe que ces vieux hospices dont l'origine remonte souvent à l'ancien régime. Dans nos départements, tout un réseau de maisons de retraite cantonales a été créé avec le concours de l'initiative communale, de celle du conseil général, et aussi de l'initiative privée, car celle-ci n'est pas totalement éteinte.

M. Lucien Grand. Heureusement !

M. Abel Durand. Il existe dans beaucoup de communes de mon département des associations privées qui, avec le concours para-légal de la municipalité ou du conseil général, ont créé des maisons de retraite répondant à un double objectif. D'abord ces maisons sont plus économiques que les grands hospices...

M. Lucien Grand. C'est certain !

M. Abel-Durand. Et ensuite nos vieillards ont la satisfaction de pouvoir vivre leurs dernières années dans leur propre milieu ! (*Très bien ! très bien !*)

En ce qui concerne l'enfance inadaptée, il existe dans mon département au moins une dizaine d'établissements qui s'en occupent à des degrés divers, car le problème de l'enfance inadaptée est l'un des plus difficiles à résoudre. Il y a en effet des catégories nombreuses et diverses sur lesquelles les autorités les plus compétentes ne sont pas totalement d'accord. Il n'est pas possible de réunir dans un même établissement des enfants de catégories différentes ; il faut des établissements spécialisés suivant le degré d'incapacité, d'insuffisance intellectuelle, d'insuffisance physique. C'est ainsi que, dans mon département, le conseil général subventionne une dizaine d'établissements pour lesquels je demande parfois des subventions à l'Etat. Mais je me heurte aux normes ! J'en parlerai tout à l'heure des normes ! C'est l'obstacle le plus scientifique qui ait été imaginé contre l'initiative privée.

M. Jacques Henriot. Très bien !

M. Abel-Durand. Nous avons à compléter lorsqu'elle existe la politique d'action sanitaire de l'Etat. Les ordonnances de novembre 1945 qui sont en quelque sorte des lois-cadre ont déjà défini l'action de l'initiative privée et de l'aide départementale. Lorsqu'on utilise les œuvres privées existantes, on peut arriver à une aide appréciable. Mais, maintenant, nous nous heurtons à un obstacle scientifique.

Une des innovations du budget, c'est la création du centre technique. Le ministère de la santé a maintenant un double cerveau, l'un rue de Tilsit et l'autre au Vésinet. C'est ce double cerveau qui dirige toute la politique hospitalière. Je serai le dernier ici à critiquer la haute conscience et la valeur de ceux qui le dirigent. C'est au haut comité national de l'organisation hospitalière que fonctionnent ces deux services.

Je dois dire qu'il résulte de cette création de nouveaux organismes un certain retard que M. le rapporteur spécial a signalé dans son rapport, du fait de l'intervention du centre technique. Je sais bien qu'il faut un rodage, mais j'ai l'exemple d'un établissement, d'un hôpital dont la construction a été retardée pendant au moins six mois du fait de l'intervention du centre technique.

C'est pourquoi je souhaite que ce centre technique, qui ajoute aux anciens architectes et aux médecins, des ingénieurs des manufactures de l'Etat, des ingénieurs des ponts et chaussées, soit plus largement développé, pour qu'il aille plus rapide-

ment, avec une double efficacité qui lui permettra peut-être — il le peut — de donner aux établissements et aux collectivités locales des conseils utiles ; il permettra aussi d'éviter ces retards qui se produisent dans l'exécution des travaux.

On a signalé que les crédits votés étaient supérieurs aux crédits dépensés et que les reports de crédits deviennent en quelque sorte la règle. C'est exact. Il y a donc des retards. D'où proviennent-ils ?

Ils proviennent dans une certaine mesure des établissements eux-mêmes qui, désireux d'être inscrits au plan, proposent des projets qui ne sont pas suffisamment étudiés. Mais ils proviennent aussi de certains rouages qui ne permettent pas la réalisation immédiate et ils proviennent aussi, parfois, du ministre des finances.

Je regrette l'absence du représentant des finances ; mais je puis signaler un cas que les hauts fonctionnaires ici présents connaissent bien : celui d'un hôpital psychiatrique pour lequel tous les plans avaient été adoptés et approuvés, le crédit mis à la disposition du ministère de la santé publique, mais ce crédit n'a pu être attribué parce qu'il y a eu opposition du contrôleur des dépenses engagées. Il a fallu six mois pour régler la question, temps pendant lequel le conseil général, pour ne pas accentuer le retard, a fait les avances. Ce fût une année assez difficile pour notre budget. Voilà un fait.

Ce que je demande, c'est qu'on aille plus rapidement et que les normes soient plus stables. On a remarqué en effet que les normes n'étaient pas fixes. J'ai connu personnellement quatre normes. Ces normes dépendaient d'abord d'une époque où les hôpitaux étaient classés en six catégories. Il y avait les C. H. R., c'est-à-dire les centres hospitaliers régionaux, les C. H. ou centres hospitaliers, lesquels eux-mêmes étaient classés en n° 1, n° 2, n° 3 ; et enfin, il y avait les hospices. A chacune de ces catégories étaient attachées des règles différentes qui devaient être observées. Ceci a été abandonné très justement car le classement devait être révisé chaque année. Combien de fois n'a-t-on pas fait un véritable tour de France pour de nouveaux classements ?

Il y a des normes que j'ai vu naître et que j'ai vu modifier. Aux centres hospitaliers et aux centres hospitaliers régionaux on a ajouté les centres hospitaliers universitaires ou C. H. U. J'ai pu connaître la succession de ces normes.

J'étais administrateur d'un hôpital qui, ayant été le plus totalement sinistré de France, a été inscrit avec le n° 1 sur la liste des hôpitaux à reconstruire, l'Hôtel-Dieu de Nantes. Toutes les expériences administratives ont été faites sur ce malheureux hôpital, jusqu'à un certain jour où je me suis élevé avec vigueur devant le Comité national de l'organisation hospitalière contre cette manière de faire, réalisant autour de moi l'unanimité.

Voilà le défaut dans lequel il importe de ne pas retomber. Je m'excuse encore une fois de me laisser emporter dans des critiques qui ne visent en aucune manière le personnel de la rue de Tilsit ; je rends au contraire hommage à la très haute valeur des fonctionnaires du ministère de la santé qui appartiennent à leur tâche, j'en suis le témoin, une conscience et une expérience très profonde dont nous bénéficions tous, car c'est le rapprochement des expériences qui ont été faites de ci de là qui permet de faire bénéficier des résultats obtenus. Mais qu'on ne multiplie pas de façon excessive les rouages administratifs et qu'on n'impose pas les normes jusque dans les établissements modestes comme le sont les orphelinats ou les centres pour l'enfance inadaptée, car la modestie de ces maisons ne les libère pas de l'assujettissement aux normes édictées au nom de la technique ! Je pourrais citer des exemples recueillis dans les séances de la section de l'enfance du conseil supérieur de l'aide sociale, se rapportant par exemple à l'emplacement d'une laverie par rapport à la lingerie ou au vestiaire, ou encore à la cuisine.

Les normes sont impératives : lorsqu'un tel établissement demandera une subvention, on lui opposera qu'il n'est pas conforme aux normes. Voilà comment les choses se présentent. Les observations que j'ai trouvées tant dans le rapport de M. Peschaud que dans celui de M. Plait se trouvent donc confirmées par l'expérience que j'ai depuis dix ans.

M. Lucien Grand. Très bien !

M. Abel-Durand. En fait, nous sommes en présence d'un phénomène à la fois de concentration et de décentralisation : concentration des pouvoirs, mais décentralisation des charges.

C'est ainsi que je suis amené à exprimer le regret que les fonctions de directeur d'hôpital soient dominées par le souci de la carrière de ces fonctionnaires. Les directeurs des hôpitaux sont nommés par le ministre ou par le préfet sur désignation du ministre. Puis ils font carrière. Qu'arrive-t-il ? Il arrive qu'un petit hôpital ne peut pas conserver un bon directeur parce que ce dernier aura la préoccupation légitime d'avancer. Je connais un hôpital dont on a souvent donné le nom au comité

national de l'organisation hospitalière, l'hôpital de Machecoul. Il avait un excellent directeur, mais celui-ci n'est resté que deux ans pour aller ensuite à l'hôpital de Saint-Jean-d'Angély. Il doit être maintenant nommé à l'hôpital de Périgueux. Il montera encore et ne peut pas rester longtemps dans le même hôpital. C'est un excellent fonctionnaire.

En revanche, je connais un autre hôpital dans mon département qui n'a pas pu avoir un bon directeur parce que les objections faites par la commission administrative contre les candidats proposés n'étaient pas retenues — et M. le directeur général du personnel, ici présent, sait bien à quel hôpital je fais allusion.

Voilà la situation qui m'inquiète et j'ai tenu à élever mes protestations contre l'extension de cette règle des hôpitaux à des établissements comme ceux des enfants inadaptés.

Des hôpitaux souffrent, certes, de leur caractère vétuste ; d'autres, et même parmi les plus modernes, de la pénurie d'infirmières. Multiplier les écoles d'infirmières, c'est très bien, mais ce n'est pas suffisant parce que, lorsque les infirmières auront été formées, il faudra les retenir. Les emplois féminins se heurtent toujours à cet obstacle du mariage. Or, les horaires des hôpitaux rendent difficile la vie conjugale, s'agissant de la profession d'infirmière. Il faudrait que les horaires soient adaptés. Il faudrait, qu'à tout le moins, les traitements des infirmières soient suffisants. On exige d'elles, et avec raison, une formation approfondie, mais encore faudrait-il que leurs gains leur permettent d'avoir une existence répondant aux connaissances qu'on exige d'elles si l'on veut éviter qu'elles ne cherchent ailleurs une rémunération plus décente. Une excellente revue, très répandue dans les hôpitaux, *La Technique hospitalière*, contient, dans chacun de ses numéros, des offres d'emplois et notamment d'emplois d'anesthésiste dont on a parlé tout à l'heure. Les anesthésistes sont demandés et leur recrutement est assez difficile parce que la classification administrative ne leur reconnaît pas la spécialisation, qui leur permettrait d'être mieux rémunérés.

Enfin, une dernière remarque : lorsqu'on a une politique départementale de la santé, il est indispensable d'avoir des fonctionnaires capables d'être les agents de cette politique, de l'exécuter. Ces fonctionnaires, l'inspecteur départemental de la santé et le directeur de la population, ils sont la cheville ouvrière de l'action médico-sociale des conseillers généraux, représentent dans les départements les pouvoirs de l'administration centrale, ils sont aussi, dans une très large mesure, les conseillers du conseil général. Sans un très bon inspecteur de la santé et un très bon directeur de la population, il est impossible de réaliser une politique départementale continue et efficace.

Encore faut-il que la rémunération accordée permette le recrutement ! Le recrutement des inspecteurs départementaux de la santé, ou des directeurs de la population, est singulièrement amenuisé par l'exiguïté désespérante de l'avenir offert aux candidats, et le phénomène se retrouve d'ailleurs dans toutes les fonctions administratives nécessitant une préparation qui permette aussi l'exercice d'une fonction privée. Vous entendrez peut-être un jour prochain déplorer la crise de la magistrature qui va devenir une profession féminine comme l'inspection départementale de la santé risque également de le devenir parce que les femmes peuvent accepter ce dont ne se contentent pas les hommes, c'est-à-dire un salaire d'appoint.

En ce qui concerne les inspecteurs départementaux de la santé, il y a d'ailleurs des incohérences particulières. L'inspecteur départemental, l'inspecteur divisionnaire de la santé plus encore est un fonctionnaire d'autorité en même temps qu'un technicien ; il a sous son autorité des médecins qui sont mieux rémunérés que lui, même des médecins fonctionnaires, par exemple les médecins des hôpitaux psychiatriques, les médecins des sanatoria, les médecins contrôleurs de l'aide sociale. Il faut qu'il soit mis fin à cette incohérence.

Je vous le demande, monsieur le ministre, non pas dans les intérêts de ces fonctionnaires, malgré l'estime que j'ai pour eux — pour certains personnellement, pour leur corps dans son ensemble — mais dans l'intérêt de l'œuvre de médecine sociale à laquelle les départements sont très attachés.

Nous savons qu'il existe des projets de réforme de l'inspection départementale où seraient peut-être confondues les fonctions d'inspecteur départemental et de directeur de la population. Il faut qu'elles soient distinctes parce que, vue sur le tas, et non pas de la place Beauvau ou de la place de l'Étoile, la situation se présente sous un aspect différent. Ce sont des fonctionnaires ayant des activités distinctes. N'y touchez pas afin que nous puissions, quand nous nous attachons avec passion à notre tâche, avoir près de nous des collaborateurs capables et auxquels je voudrais — et ce sera mon dernier mot — rendre hommage. (*Applaudissements.*)

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

M. Jacques Henriet. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je regrette de ne pas avoir l'expérience de M. Abel-Durand, ni son éloquence, car j'aurais à parler très abondamment de ces normes auxquelles il vient de faire allusion, de la situation des infirmières et des sages-femmes de nos services hospitaliers et de cette barrière scientifique qu'on oppose à toutes les initiatives privées, communales ou départementales.

Sans entrer dans le détail de l'étude de votre budget, je voudrais m'en tenir à trois questions qui me tiennent au cœur et je serais d'ailleurs très bref à leur sujet.

M. Abel-Durand a très heureusement parlé de la question hospitalière. Je veux, pour ma part, vous parler, très brièvement et sans entrer dans le détail, de la récente réforme hospitalière. J'approuve l'esprit de cette réforme, et je vous dirai seulement, monsieur le ministre, qu'elle a eu le privilège vis-à-vis des médecins, vis-à-vis du corps médical hospitalier, de créer un mécontentement aussi général que celui qu'ont pu créer les modifications apportées par le Gouvernement à la retraite des anciens combattants. (*Très bien!*)

On peut dire que la désapprobation a été absolument unanime, bien que les principes qui aient dirigé cette réforme fussent excellents. C'est la mise en application qui a été mauvaise et c'est la raison pour laquelle je me permets de vous demander de faire aujourd'hui une pause, de marquer un arrêt, de façon que vous puissiez voir et que les médecins hospitaliers puissent voir quels sont les points qui peuvent être améliorés, changés, transformés ou modifiés.

Je vous demanderai instamment surtout, monsieur le ministre, puisque cette réforme hospitalière atteint non seulement les médecins hospitaliers mais surtout les jeunes qui montent — qui ne savent plus où ils vont aller, ni où ils vont aboutir — de ne plus progresser dans cette réforme sans prendre l'avis des syndicats de jeunes, des jeunes assistants, des jeunes agrégés, des jeunes médecins des hôpitaux, des jeunes spécialistes des hôpitaux et des internes, bref, de tous ceux qui seront demain les cadres de vos hôpitaux dont vous avez tout de même, je crois, raison d'être fier.

Tout le monde a parlé déjà de la vieillesse au Sénat et, même, beaucoup de collègues l'ont fait avec une éloquence que, bien sûr, je ne saurais égaler. Je voudrais seulement résumer en vous demandant d'une façon instantane, monsieur le ministre, de bien vouloir noter sur votre carnet les deux demandes que je vais formuler.

Je voudrais d'abord vous demander de sortir des casiers et des dossiers du ministère un code de la vieillesse.

M. Lucien Grand. Très bien!

M. Jacques Henriet. Comme l'a très bien expliqué tout à l'heure M. Abel-Durand, les bonnes volontés privées ou départementales en faveur des vieillards se heurtent souvent à des règlements, à des normes, à des lois que nous ne connaissons pas toujours. Lorsqu'une bonne volonté s'exprime avec le désir de transformer un hôpital rural en home de vieillards, elle se heurte à des normes qui l'obligent à transformer tous ses projets. Bien plus, elle se heurte parfois à l'indifférence ou même à certains retards que peuvent apporter les services dans les autorisations qu'il est nécessaire d'accorder. Nous aimerions donc connaître, tant sur le plan départemental que sur le plan communal, quelles sont nos possibilités vraies, ce que nous pouvons faire, ce que nous devons faire et ce que nous ne devons pas faire.

D'autre part nous aimerions connaître les droits des vieux à partir, par exemple, du jour où ils prennent leur retraite. Tout à l'heure, quelqu'un demandait : à quel âge est-on vieux ?

On n'est jamais vieux quand on le veut et il suffit de voir M. Abel Durand, par exemple, pour s'en convaincre. A partir de l'âge de la retraite, les individus devraient savoir à quoi ils ont droit et sur quoi ils peuvent compter. Je vous demande, par conséquent, d'édicter le plus rapidement possible un véritable code de la vieillesse. (*Très bien!*)

En réalité, monsieur le ministre, l'essentiel de mon propos portera sur un sujet qui m'est cher, la vaccination antipoliomyélique gratuite et obligatoire. J'en ai parlé à votre prédécesseur qui m'avait donné l'assurance qu'il ferait quelque chose, mais, malheureusement, rien n'a été fait ! J'en ai parlé, l'an dernier, à l'occasion du budget avec l'approbation unanime de la commission des affaires sociales dont je fais partie. Je n'ai pas évoqué récemment cette question devant elle, mais j'imagine que cette unanimité n'a pas été modifiée.

Un sénateur au centre. Bien sûr !

M. Jacques Henriet. Monsieur le ministre, je ne ferai pas l'étalage d'une science que vous pourrez trouver aussi bien que moi dans les traités de médecine infectieuse. La poliomyélite est une maladie grave qui, à 80 p. 100, frappe des jeunes, 300 décès par an et des séquelles graves, coûteuses. Contre cette maladie terrible, il y a un traitement que vous n'utilisez pas suffisamment, me semble-t-il : la vaccination. Au Danemark, où il y a eu

une grave épidémie, on a vacciné tous les enfants et il n'y a plus de poliomyélite. Pourquoi n'en ferions-nous pas autant ?

C'est la raison pour laquelle je vous demande d'instaurer en France la vaccination gratuite et obligatoire pour tous les jeunes de moins de 20 ans, car nous sommes en retard pour cette vaccination antipoliomyélique.

Je n'emploierai pas les termes éloquents utilisés par mes prédécesseurs et je citerai seulement des chiffres. En France, nous avons vacciné 4 millions de sujets, alors que 11 millions ont été vaccinés en Angleterre, 6 millions en Italie et 2 millions dans la petite Belgique.

Pour ce qui est des jeunes de moins de dix-huit ans et, surtout, de moins de vingt et un ans, en France, nous sommes en retard. Moins de 10 p. 100 de jeunes de moins de quinze ans sont vaccinés ! En Suisse, il y en a 30 p. 100 et au Danemark, en Hollande, en Norvège, il y en a 98 p. 100, monsieur le ministre ! Notre retard est considérable !

D'autre part, le professeur Lépine, l'éminent spécialiste des questions de virologie de l'Institut Pasteur de Paris, créateur d'un vaccin qui porte son nom, a dit que pour rompre la chaîne de la contagion il suffisait que 50 p. 100 seulement — il ne s'agit pas de 98 p. 100 comme en Hollande, au Danemark ou ailleurs — de ces jeunes gens soient vaccinés. Or, en France, 7 p. 100 seulement le sont !

Imaginez, monsieur le ministre, que dans une université, une école maternelle, primaire, secondaire ou technique, un jeune arrive porteur d'un virus et le communique à tous ses camarades de classe, lesquels le communiqueront à leurs frères et sœurs. Imaginez qu'un jour nous ayons une épidémie massive de poliomyélite car, vous ne pouvez pas affirmer que nous en sommes à l'abri. On crierait, monsieur le ministre, à la catastrophe, on crierait à l'insouciance, on crierait même à l'incurie et j'approuverais ces termes car nous devons, en France, avoir une protection contre la poliomyélite en faveur de cette jeunesse qui est, en réalité, notre principale richesse.

Pour ce faire, il suffit d'ajouter quelques petits milliards de francs aux sommes que vous avez inscrites au chapitre 47-11 portant sur les mesures générales de protection de la santé publique.

Je vous interroge sur ce point très précis et je vous demande de me répondre tout à l'heure, monsieur le ministre. Pensez-vous ou ne pensez-vous pas pouvoir organiser pour la jeunesse française, pour les moins de 21 ans, la vaccination obligatoire antipoliomyélique, obligatoire et gratuite ? Je vous demande très instamment de l'organiser. A l'université de Besançon, mes élèves du cours d'anatomie sont accrochés à la table du professeur ; ils sont serrés, non « comme des sardines », mais plus que des sardines ; ils sont dix à la table de quatre places ; ils prennent des notes sur la table même du professeur. Imaginez qu'une épidémie de poliomyélite éclate dans un milieu pareil. Ce serait une catastrophe dont l'opinion publique ne manquerait pas de vous rendre responsable. Je souhaite que vous compreniez l'urgence de cette mesure. Je vous demande de me répondre sur ce point. Pensez-vous ou ne pensez-vous pas rendre la vaccination antipoliomyélique gratuite et obligatoire ? Non seulement les jeunes, mais les parents le réclament.

Un journal qui s'occupe de poliomyélite a récemment fait un référendum demandant aux parents s'ils étaient pour ou contre cette vaccination ? Il y a eu 85 p. 100 de réponses affirmatives et enthousiastes ; 15 p. 100 étaient contre. C'était une opposition de principe, comme il y en a toujours. Je suis persuadé que si vous décidiez de distribuer votre fortune aux pauvres, vous trouveriez certainement au moins 15 p. 100 de désapprobation. Par conséquent, je vous demande d'une façon très instantane de me répondre sur ce point. (*Applaudissements.*)

M. Jacques Descours Desacres. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Descours Desacres.

M. Jacques Descours Desacres. L'an passé, au cours des débats budgétaires, j'ai déclaré à l'intention de votre prédécesseur que le barème de la répartition des charges sociales entre l'Etat et les collectivités locales ne correspond plus à la situation économique actuelle. M. Chenot avait bien voulu, le 17 novembre 1960, nous donner ici même acte que ce problème, je reprends ses propres termes, « devait être étudié et résolu dans les mois qui viennent », après avoir d'ailleurs lui-même développé les arguments qui militaient dans ce sens.

Malgré de nombreuses démarches auprès de votre ministère et auprès du ministère de l'intérieur, qui a pourtant donné son accord, aucun texte, aucune inscription budgétaire ne paraissent être intervenus pour apporter le remède espéré. Nous serions plusieurs à nous féliciter de voir le Gouvernement tenir l'engagement qu'il a pris dans ce domaine, mais aussi à le mettre en garde contre les conséquences qu'aurait son inaction tant dans l'esprit des élus locaux que sur les conditions d'établissement de leurs prochains budgets. (*Applaudissements.*)

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

M. Lucien Bernier. Mesdames, messieurs, je ne veux pas laisser achever la présente discussion générale sans attirer une nouvelle fois, comme je l'ai fait les années précédentes, l'attention du Sénat sur la discrimination de traitement dont sont victimes aujourd'hui encore les bénéficiaires de l'aide sociale dans nos départements d'outre-mer. Sans doute avons-nous eu à enregistrer au cours de la présente année le vote de la loi n° 61-815 du 29 juillet 1961 autorisant dans les départements d'outre-mer l'attribution, à compter du 1^{er} janvier 1961, de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité aux personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale.

Sans doute aussi avons-nous vu porter, à compter de la même date, de 40.800 à 50.400 anciens francs le plafond de ressources pour les personnes âgées et les infirmes. Sans doute, enfin, avons-nous vu accorder une allocation mensuelle aux malades âgés de plus de quinze ans bénéficiaires effectifs depuis au moins trois mois de l'aide médicale pour traitement de la tuberculose ou de la maladie de Hansen, lorsque l'affection dont ils sont atteints les met dans l'obligation de ne pas travailler.

Nous avons été très heureux de ces mesures, qui marquent une amélioration incontestable sur ce qui existait jusqu'ici; mais nous pensons que le Gouvernement se doit de poursuivre avec une plus grande énergie la recherche de la parité entre Français, qu'ils vivent dans les départements d'outre-mer ou sur le sol métropolitain de la nation.

Je veux aujourd'hui attirer tout spécialement l'attention sur l'aide sociale aux familles qui est, ainsi que vous le savez, fonction du montant des allocations familiales servies par le régime général de la sécurité sociale, ce qui, dans nos départements, aboutit à une minoration considérable de la charge de l'Etat.

Ainsi, une famille de trois enfants peut être « aidée » jusqu'à concurrence de 12.237,50 anciens francs par mois, si elle vit en métropole, mais l'aide ne sera plus que 5.007,60 anciens francs au maximum si elle vit en Guadeloupe, de 5.497,50 anciens francs en Guyane, de 4.905 anciens francs en Martinique, de 4.505 anciens francs en Réunion. S'il s'agit d'une famille de cinq enfants, la différence est encore plus considérable puisque, de 26.922,50 anciens francs en métropole actuellement, l'aide ne sera plus que de 8.902,80 anciens francs en Guadeloupe, de 9.772,50 anciens francs en Guyane, de 8.310 anciens francs en Martinique et de 8.010 anciens francs en Réunion.

Il faut avouer qu'il y a là quelque chose de particulièrement choquant, alors que l'Etat applique avec la plus grande rigueur dans nos départements la législation métropolitaine sur la règle du non-cumul des allocations familiales et de l'aide sociale aux familles.

En ce qui concerne l'aide sociale aux aveugles et grands infirmes, je veux répéter une fois de plus que nous subissons un abattement absolument injustifié. En effet, alors qu'en métropole l'allocation principale est de 72.380 anciens francs par an dans les villes de plus de 5.000 habitants et de 68.640 anciens francs dans celles de moins de 5.000 habitants, avec un plafond de ressources de 135.200 anciens francs, les chiffres correspondants sont pour les départements d'outre-mer respectivement de 59.800 anciens francs, 56.400 anciens francs et 96.000 anciens francs.

Retenez, mes chers collègues, que la majoration pour tierce personne, qui atteint 287.022 anciens francs en métropole, n'est chez nous que de 96.000 anciens francs au maximum. Je pourrais, bien sûr, poursuivre mes comparaisons en passant en revue l'une après l'autre les différentes formes d'aide sociale existant dans notre législation. Ce faisant, je ne ferai que reprendre les chiffres que j'ai cités ici l'an dernier et qui sont, hélas! à ce jour tout à fait valables.

Je sais que le Gouvernement nous a annoncé la mise au point d'un plan social devant nous mettre à parité avec la métropole, notamment dans le domaine de l'aide sociale. Je ne puis donc que l'inviter à aller vite car en la circonstance, pour les déshérités du sort de nos départements d'outre-mer, donner vite ce sera donner deux fois. (*Applaudissements.*)

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

M. Joseph Fontanet, ministre de la santé publique et de la population. Mesdames, messieurs, au terme de cette discussion générale, je voudrais tout d'abord remercier les rapporteurs, qui ont décrit avec beaucoup de précision et de clarté les grandes lignes d'un budget reflétant la politique du ministère de la santé publique et de la population, qui ont su en souligner les points forts dans ce qu'ils ont d'encourageant et qui ont su montrer les lacunes qui subsistent, mais cela toujours dans un esprit de coopération auquel je tiens à rendre hommage et pour lequel je veux les remercier.

Je tiens à remercier aussi tous les orateurs qui ont fourni dans cette discussion des suggestions et des informations

extrêmement précieuses, tout en apportant cette note de chaleur humaine qui doit toujours être présente dans un débat où, derrière l'aridité des chiffres, se cachent des problèmes sociaux et humains qui concernent très étroitement le bien-être de la population dont nous avons ensemble la charge.

Le budget qui vous est présenté cette année, s'il comporte encore des insuffisances dont le ministre responsable est le premier conscient, insuffisances qui tiennent à un long retard accumulé pendant de nombreuses années, n'en marque pas moins la volonté du Gouvernement de poursuivre l'effort entrepris, notamment au cours des trois dernières années, afin d'accélérer le rythme d'équipement de notre pays dans le domaine sanitaire et social.

Je vais rappeler quelques chiffres que vous avez certainement en mémoire, mais qu'il est bon de rappeler de temps en temps car ils montrent en particulier l'accroissement très rapide des autorisations de programmes, puisqu'en 1958, leur montant était de 44 millions de nouveaux francs, en 1959 de 60 millions, en 1960 de 107 millions, en 1961 de 207 millions. En 1962 il est de 250 millions si l'on joint, comme on doit le faire, aux crédits inscrits au budget du ministère de la santé publique et de la population les crédits inscrits au budget des charges communes pour l'équipement des centres hospitaliers et universitaires au titre de l'équipement sanitaire.

Vous constatez que les crédits ont été multipliés par six depuis 1958 et que le budget qui vous est présenté représente, par rapport à 1961, une augmentation de 20 p. 100. Le quatrième plan, qui fait actuellement l'objet de discussions et dont vous allez être prochainement saisis souligne encore plus fortement cette orientation. Le pourcentage d'accroissement des dépenses d'équipement sanitaire et social, de 1961 à 1965, d'après ce plan sera de l'ordre de 240 p. 100. L'ensemble des crédits affectés à l'équipement sanitaire et social par le quatrième plan sera au moins le triple de ce qu'il a été au cours de l'application du troisième. Si l'on rapproche ce pourcentage de celui de l'augmentation du produit national, qui ne sera que de 25 p. 100, on voit l'effort très important qui va être accompli pour rattrapper l'incontestable retard que nous avons dans le domaine de nos équipements sociaux et hospitaliers.

Je dis cela pour que le Parlement, qui a contribué et contribuera d'une façon si étroite à cet effort d'équipement, constate que, malgré les insuffisances très justement soulignées au cours de cette discussion, nous faisons actuellement un effort exceptionnel pour les réduire. Si les résultats ne peuvent être immédiats, il nous est permis d'envisager, dans des délais raisonnables, une solution plus satisfaisante du problème dont vous avez rappelé l'urgence, à condition toutefois de poursuivre cet effort et de continuer à majorer les crédits d'année en année.

Une fraction importante des crédits dont je viens de parler sera consacrée à l'équipement de nos hôpitaux, soit qu'il s'agisse de la mise en place des équipements nécessaires pour l'application de la réforme des études médicales dans les hôpitaux universitaires, soit qu'il s'agisse de la modernisation des autres équipements hospitaliers. C'est au total 13.000 à 14.000 lits que l'on doit pouvoir créer au cours du quatrième plan et ceci représente par rapport au plan précédent un effort sensiblement supérieur, comme vous pouvez le constater.

J'ouvrirai ici une parenthèse pour répondre à M. le sénateur Henriot qui a fait allusion aux conditions de mise en œuvre de la réforme hospitalière. Il ne pouvait pas être question, dans un domaine aussi délicat, d'aboutir du premier coup à définir une réforme parfaite. Je crois que cette réforme, dont les principes ne me semblent contestés par personne...

M. Jacques Henriot. Absolument pas !

M. le ministre de la santé publique. ...doit être mise au point progressivement et je puis assurer M. le sénateur Henriot de ma volonté de réaliser cette mise au point permanente en contact étroit avec le corps médical. D'ores et déjà, moi-même et mes collaborateurs avons reçu toutes les organisations syndicales représentant les médecins des hôpitaux, les chefs de clinique, les internes, les assistants, et autres catégories de personnel médical. Je continuerai à le faire, persuadé en effet que cette réforme, pour réussir — et il faut qu'elle réussisse — suppose une coopération étroite de l'administration et du corps médical.

M. Jacques Henriot. Je vous remercie, monsieur le ministre.

M. le ministre de la santé publique. Une autre fraction importante des crédits d'équipement sera affectée à la lutte contre le développement des maladies mentales. C'est environ 12.000 lits qu'il faudrait avoir dans les hôpitaux psychiatriques auxquels devra s'ajouter la construction de treize hôpitaux de jour, de soixante-seize dispensaires d'hygiène mentale et de vingt foyers de post-cure dans les quatre années à venir. Ainsi que vous pouvez le constater en lisant les documents budgétaires, une

part de ces différents équipements est prévue pour être réalisée en 1962.

Il s'agit de mettre en place toute une série d'équipements qui constitueront une chaîne complète d'établissements permettant non seulement le traitement des malades à l'hospitalisation, mais, selon l'évolution de leur cas, leur adaptation à toutes les étapes nécessaires de la cure.

Toutes les recherches sur le traitement des maladies mentales ont conduit en effet à cette conclusion qu'un très grand nombre d'entre elles peuvent être traitées avec plus de succès à condition que les soins soient apportés suffisamment tôt, avant que ne soit justifiée l'hospitalisation.

Il semble en effet préférable, chaque fois que cela est possible, de ne pas retirer le malade de son milieu normal de vie. Mais cela suppose des dispensaires assurant le dépistage précoce, des hôpitaux de jour où l'on puisse recevoir le malade pour le soigner en lui offrant la possibilité de retourner à son foyer, et des dispensaires de post-cure. Il faut donc toute une chaîne d'établissements que l'orientation nouvelle donnée aux crédits d'investissement doit permettre de réaliser.

Parallèlement, la politique du ministère de la santé publique et de la population est de confier les soins à donner aux malades, à travers cette chaîne d'établissements, à une même équipe médico-sociale, de façon que le malade puisse bénéficier des traitements du même personnel médical et para-médical, qui connaît son cas, qui le suit, en qui il a confiance. C'est ainsi certainement que les meilleurs résultats peuvent être obtenus. Cela suppose le découpage du territoire en secteurs d'action psychiatrique, à l'intérieur desquels opèrent ces équipes médico-sociales, qui comprennent l'ensemble des établissements indispensables.

Grâce à cette orientation, grâce aussi à une conception nouvelle des hôpitaux psychiatriques, que nous voulons débarrasser définitivement de l'atmosphère carcérale si pénible aux malades, et qui doivent au contraire devenir des centres dans lesquels les malades pourront s'épanouir plus aisément et se réadapter aux conditions habituelles de vie et de travail, nous avons la volonté, par la mise en œuvre des nouveaux projets et par l'amélioration des équipements existants, de parvenir à une nouvelle conception de l'œuvre psychiatrique dans son ensemble. D'ores et déjà un certain nombre d'exemples, de prototypes ont pu ainsi être mis au point.

De nombreux orateurs ont insisté très justement sur les problèmes qu'on ne peut aujourd'hui mieux avertir de ces problèmes et que les progrès enregistrés en matière de lutte contre la mortalité infantile ont permis de sauver un certain nombre d'enfants qui, au moment de l'éducation, offrent des difficultés particulières qu'il convient de surmonter pour les aider à s'adapter à une vie normale. Cela rend plus urgente que jamais la solution des problèmes de l'enfance inadaptée.

En ce qui concerne plus particulièrement les enfants débiles, les enfants déficients auxquels vous avez surtout fait allusion au cours de vos interventions, notre effort se poursuit dans plusieurs directions. Il existe toute une gamme d'instituts médico-pédagogiques qui s'efforcent de répondre aux différents besoins. Ces instituts doivent être plus nombreux et mieux répartis.

Certaines régions souffrent d'une insuffisance d'équipement très dommageable à laquelle nous nous efforçons de remédier. Il faut aussi qu'un effort soit fait pour les établissements spécialisés dans l'accueil des enfants de plus de quatorze ans. Jusqu'à présent, en effet, l'action de mon département a porté plus particulièrement sur les jeunes enfants. Ils arrivent maintenant à l'âge de l'adolescence. Il importe par conséquent que la chaîne des établissements soit complétée de telle manière que nous puissions poursuivre les soins, les traitements apportés de même que l'éducation d'ores et déjà dispensée.

Ceci suppose des crédits importants. Une somme très appréciable y a été consacrée au plan. Dès cette année le budget prévoit 2.550.000 nouveaux francs pour les enfants inadaptés auxquels s'ajoutent des crédits au titre de l'aide sociale à l'enfance, qui couvrent évidemment des actions beaucoup plus diversifiées.

Deux problèmes principaux se posent au sujet du fonctionnement de ces établissements. D'une part, celui d'une meilleure coordination entre les services de la santé publique, les œuvres qui s'y rattachent et le ministère du travail et de la sécurité sociale pour la prise en charge de ces enfants. En effet, selon les départements, les caisses de sécurité sociale n'ont pas adopté, jusqu'à présent, une attitude uniforme ; certaines d'entre elles considèrent que les soins dont ont besoin ces enfants sont davantage d'ordre éducatif que médical et refusent la prise en charge. Il reste bien évidemment, dans ce cas, la possibilité de recourir à l'aide sociale ; mais celle-ci ne peut être accordée que moyennant certaines conditions de ressources. On ne peut donc pas dire que le problème de la prise en

charge de ces enfants soit réglé d'une façon convenable. C'est la raison pour laquelle j'ai entrepris, avec mon collègue du ministère du travail, une étude conjointe de manière à parvenir à une harmonisation de ces prises en charge. Ainsi, un pas important vers une meilleure solution des problèmes que vous avez si justement soulignés pourra être franchi.

D'autre part, se pose le problème de la coordination de nos efforts et de ceux du ministère de l'éducation nationale sur le plan de la formation et de l'éducation. Déjà, au sein des différents établissements relevant du ministère de l'éducation nationale, des places sont prévues pour les enfants qui souffrent d'un retard dans leur croissance et dans l'éveil de leur intelligence. Une collaboration étroite entre les deux administrations intéressées est indispensable pour que l'ensemble des moyens existants soit utilisé dans les meilleures conditions possibles. C'est ce à quoi, bien entendu, je me consacrerai avec mes collaborateurs en m'appuyant sur les très précieuses interventions que vous avez faites au cours de ce débat.

J'en viens maintenant au problème de l'aide sociale sur lequel nombre d'orateurs sont intervenus. Je voudrais tout d'abord dire à M. Grand et à M. Descours Desacres que le problème de la répartition des contingents d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales était bien connu de mon prédécesseur et que, depuis mon arrivée rue de Tilsit, j'ai eu à l'étudier à plusieurs reprises.

Cette question a fait l'objet, en 1956, d'un texte fixant un barème. Il est incontestable que, depuis cette époque, des modifications ont pu se produire, notamment dans la situation économique et sociale des différents départements, qui justifieraient une nouvelle étude des taux arrêtés à ce moment-là. Le problème est complexe et demande à la fois l'intervention de mon administration, du ministère de l'intérieur et de celui des finances. Il n'a pas été possible, jusqu'à présent, d'aboutir à un accord entre ces trois administrations.

Je voudrais toutefois apporter au Sénat qui, du fait de sa vocation particulière, est plus préoccupé encore de ce problème que d'autres assemblées, la démonstration que le Gouvernement a le souci de ne pas accroître les charges des collectivités locales au titre de l'aide sociale puisque l'allocation-logement qui a subi une majoration importante, a été transférée du groupe III au groupe II. Ainsi cette majoration, destinée à venir en aide aux bénéficiaires de l'allocation, ne se traduit pas par une augmentation de la charge des collectivités locales mais est supportée par le budget de l'Etat.

M. le sénateur Lagrange m'a posé une question au sujet de la récupération, en matière d'aide sociale, sur les biens des personnes bénéficiaires de cette aide. Ce mécanisme traduit un principe qui est à la base de notre système d'aide sociale : le maintien de l'obligation alimentaire. L'aide sociale se substitue en quelque sorte à la famille défaillante. C'est la raison pour laquelle, lorsque cette aide a été accordée, elle donne lieu, le cas échéant, à récupération sur les biens de l'intéressé.

Si l'on voulait modifier cette procédure et ces principes, c'est la base même de toute notre législation d'aide sociale qu'il faudrait remettre en question. On pourrait effectivement envisager qu'à ce principe de l'aide sociale, remplaçant l'obligation alimentaire, se substitue un principe de solidarité ; mais c'est alors à une refonte complète de tout notre système qu'il faudrait procéder. A mon avis, il convient plutôt d'examiner très attentivement les cas particuliers, ainsi que cela peut déjà se faire, et de s'efforcer d'assouplir les procédures existantes chaque fois que les conditions d'un dossier le réclament.

M. le sénateur Henriot a insisté également sur les problèmes que pouvait poser la complexité actuelle des lois sociales et la difficulté que les intéressés avaient souvent à connaître ce à quoi ils avaient droit.

Particulièrement en ce qui concerne les vieillards, j'attire son attention sur une circulaire de mon prédécesseur datée de 1960, qui constitue un recensement complet des différentes formes d'aide dont les vieillards peuvent bénéficier. S'il désirait se la procurer, c'est très volontiers, à sa demande, que mes services la lui adresseraient.

M. le sénateur Bernier a attiré mon attention sur le problème de l'aide sociale dans les départements d'outre-mer. Il a d'ailleurs souligné au cours de son intervention que des mesures récentes étaient intervenues qui vont dans le sens de cette amélioration dont il a souhaité qu'elle s'accélère.

L'une de ces améliorations est l'introduction dans les départements d'outre-mer du régime du fonds national de solidarité pour les personnes âgées. Il sait que d'autres étapes sont prévues pour élever progressivement les taux de cette allocation. Il a également constaté que figure au budget un crédit destiné au paiement de la maladie à domicile pour les personnes atteintes de la maladie de Hansen et les tuberculeux. Il sait d'autre part qu'un plan social est élaboré par mon collègue chargé du Sahara, des départements et territoires d'outre-mer.

Il peut être assuré que j'apporterai à celui-ci toute ma collaboration. En ce qui concerne les formes d'aide qui relèvent de mon département ministériel, j'espère donc que les améliorations souhaitées par M. Bernier pourront être apportées dans les meilleurs délais possibles.

Le problème de la vieillesse a été évoqué avec insistance par un grand nombre des sénateurs qui sont intervenus dans la discussion générale, ainsi que par les rapporteurs. Il est incontestable que le taux actuel des allocations de vieillesse et les plafonds qui ont été souvent maintenus sans changement depuis nombre d'années pour plusieurs de ces allocations ne correspondent plus aux besoins du moment ni au niveau du coût de la vie.

C'est la raison pour laquelle tout un ensemble de mesures sont présentement à l'étude au sein de la commission présidée par M. Laroque, qui doit, ainsi qu'on l'a rappelé, déposer très prochainement ses conclusions. Mais il est évident que l'effort à accomplir à la suite de ces travaux pour répondre à leurs conclusions pose un problème qui dépasse de beaucoup le cadre d'un budget particulier comme celui de mon département ministériel. C'est pourquoi M. le Premier ministre avait tenu, en ouvrant la session budgétaire, à faire lui-même à cet égard les déclarations qui répondaient aux préoccupations que, d'ores et déjà, les Chambres avaient manifestées.

Je vous rappelle que, dans son exposé inaugural, M. le Premier ministre, après avoir rappelé un certain nombre de mesures récentes prises en faveur de la vieillesse, moyennant l'augmentation du complément de l'allocation de solidarité, notamment pour les personnes âgées de plus de 75 ans, l'amélioration très importante de l'allocation de loyer qui portera son plein effet en 1962 — qui se traduit, dans le budget dont vous délibérez, par une augmentation de crédits extrêmement importante — après avoir rappelé le projet concernant les allocations qui vont être versées du fait des dispositions récentes aux vieux travailleurs agricoles, a donné l'assurance au Parlement que, dès le dépôt du rapport Laroque, avant la fin de l'année, le Gouvernement étudierait un ensemble de mesures qui pourraient être proposées au vote des assemblées au cours de la première session budgétaire de 1962.

Je puis, par conséquent, répondre aux orateurs qui sont intervenus que c'est dans le cadre de ce projet, annoncé par M. le Premier ministre, qu'une solution sera apportée à ce problème si digne d'intérêt, et cela dès la prochaine session parlementaire de 1962.

Mais l'effort qui concerne la vieillesse ne peut s'appliquer uniquement aux allocations elles-mêmes, si importantes soient-elles. C'est ainsi que la circulaire du 18 janvier 1960 de mon prédécesseur, à laquelle j'ai déjà fait allusion, avait prévu une série de dispositions concernant l'aide aux vieillards, qu'il s'agisse de l'aide à domicile, de l'aide dans des restaurants-foyers ou dans des logements-foyers évoqués par M. Lemarié. Je voudrais, à cet égard, souligner que l'augmentation de l'allocation-loyer permettra de développer ces logements-foyers en assurant la possibilité, grâce au versement d'allocations compensatrices suffisantes, d'équilibrer le budget de ces établissements d'accueil et, par conséquent, de faciliter leur développement.

Cependant nous savons que tous les problèmes posés par la vieillesse ne peuvent être résolus par l'aide à domicile, ni même par l'accueil dans des logements-foyers. Il y a malheureusement des cas où la seule solution reste la maison de retraite ou l'hospice.

A cet égard, nous avons souffert d'un retard considérable qui s'est accumulé au cours de longues années. Même sous l'empire du troisième plan, il n'a été possible de créer que quelques centaines de lits dans les maisons de retraite ou les hospices existants.

Compte tenu de la structure actuelle de notre population et de sa tendance au vieillissement — puisque nous subissons actuellement la conséquence du ralentissement de la natalité pendant les années qui ont précédé 1939 et que, d'autre part, se fait sentir l'effet heureux de la prolongation de la durée de la vie humaine — nous avons un très grave problème concernant l'accueil, l'hébergement et les soins à donner à nos vieillards. C'est la raison pour laquelle, selon les proportions retenues dans le quatrième plan, et comme il ressort de la lecture du chapitre 66-10 du budget de mon ministère, le pourcentage des crédits affectés aux vieillards passera de 2 p. 100 du budget d'équipement hospitalier en 1961 à 35 p. 100 en 1962. Cette proportion sera à peu près maintenue au cours des années suivantes. Alors que le budget 1961 ne prévoyait qu'une seule opération, celle de l'hospice Debrousse de l'assistance publique à Paris, le budget de 1962 en prévoit 26 permettant de créer 2.500 à 3.000 lits supplémentaires.

Il est donc possible de dire que, dans ce domaine qui préoccupe très légitimement votre assemblée, le budget de 1962 et le quatrième plan marquent un véritable tournant de notre

politique d'équipement et que, dans quelques années, cet effort peut être — comme nous l'espérons et comme nous le voulons — poursuivi et accru. La carence très grave que vous avez déplorée pourra, dans une large mesure, être atténuée et même, dans les délais les plus rapides possibles — je le souhaite et travaillerai à cette fin — supprimée.

Les infirmes ont fait également l'objet de l'attention de très nombreux orateurs. La plupart des mesures relatives à la vieillesse s'appliquent et s'appliqueront à ces infirmes, à ces aveugles, auxquels nous devons porter toute notre sollicitude. En particulier les améliorations apportées par le décret du 15 mai 1961 les concerne dans une très large mesure, qu'il s'agisse du domaine de l'aide à domicile ou de celui de l'aide en établissement.

D'autre part, un effort important a été fait en matière de réadaptation, qu'il s'agisse de la création de services hospitaliers de réadaptation ou qu'il s'agisse du développement de centres hospitaliers. Le temps me manque pour décrire plus largement cet effort, mais je puis vous assurer, mesdames, messieurs les sénateurs, de toute l'attention que mes services et moi-même attachons à cette question et de notre volonté résolue d'apporter à ces problèmes douloureux une solution aussi efficace et humaine que possible.

J'ai été interrogé par M. le sénateur Lemarié sur le problème de la politique familiale et je puis confirmer les décisions qui ont été arrêtées à cet égard par le conseil des ministres de lundi dernier.

Ces décisions font suite, vous le savez, aux travaux de la commission que le Gouvernement avait constituée et dont il avait confié la présidence à mon prédécesseur, M. Robert Prigent. Les mesures qui viennent d'être prises, vous allez en juger, constituent une étape extrêmement importante de notre politique familiale.

Elles sont importantes, d'abord par leur taux. Elles se réaliseront en deux étapes : une étape au 1^{er} janvier 1962 et une seconde au 1^{er} août 1962. Leur résultat en année pleine sera une majoration de 10 p. 100 environ de l'ensemble des prestations familiales. Les allocations familiales proprement dites seront majorées de 4 p. 100 au 1^{er} janvier et de 4 p. 100 au 1^{er} août ; par ailleurs, les allocations qui sont accordées pour les enfants de plus de dix ans bénéficieront d'une nouvelle augmentation venant compléter celle qui avait déjà été accordée il y a quelque temps pour les enfants de cette catégorie, dont l'entretien est le plus coûteux pour les familles. La majoration accordée pour les enfants de plus de dix ans sera elle-même augmentée de 40 p. 100.

Quant à l'allocation de salaire unique, elle sera majorée de 8 p. 100 dès le 1^{er} janvier 1962.

Enfin, les allocations de maternité et les allocations prénatales seront elles aussi substantiellement majorées, alors que d'autres mesures, sur lesquelles je n'aurai pas le temps d'insister mais que je signale au passage, concerneront les conditions d'octroi des allocations familiales aux apprentis, les allocations logement et certaines mesures intéressant les zones de salaires en matière d'allocations familiales.

En 1962, les crédits distribués à ce titre à l'ensemble des familles allocataires représenteront une majoration de plus de 80 milliards et, en année pleine, l'ensemble de ces mesures représentera un supplément de prestations de l'ordre de 110 milliards.

Vous voyez qu'il s'agit d'un effort important dont je veux en même temps souligner deux caractéristiques : l'effort fait pour les enfants de plus de dix ans, qui répond au vœu des organisations familiales, et la reprise de l'augmentation de l'allocation de salaire unique, qui n'avait plus été majorée depuis 1952 et qui sera cette fois-ci, relevée dans une proportion égale à celle des allocations familiales.

Ces différentes mesures résultent, notamment, des conclusions de la commission Prigent qui avait recommandé d'aider plus particulièrement les familles où les enfants étaient plus âgés et de ne pas laisser dépérir l'allocation de salaire unique, mais au contraire de lui restituer son véritable rôle dans notre législation familiale. Je puis assurer le Sénat que, dans le cadre du plan qui déterminera la répartition de notre effort en matière sociale, et dont vous aurez à délibérer, les problèmes de la famille seront très particulièrement étudiés. Sur le plan social en effet les familles doivent retenir toute notre attention tandis que, sur le plan démographique, il nous faut maintenir cette vitalité nouvelle de notre population qui a joué un rôle important et incontestable dans le renouveau démographique et économique de notre pays.

Le problème des travailleuses familiales a été évoqué et je voudrais dire à cet égard que je souhaite l'augmentation des crédits d'ores et déjà inscrits au budget pour leur formation. Des conversations sont en cours entre mon administration et celle des finances et j'espère que, sous une forme qui n'est

pas encore déterminée, elles pourront aboutir dans le courant de l'année 1962.

De même, nous étudions actuellement comment il serait possible de répondre à des suggestions qui ont été formulées dans une proposition et un rapport déposés sur le bureau de l'Assemblée nationale et qui tendraient à assurer aux travailleuses familiales des ressources plus régulières et à faciliter le développement de la forme d'action sociale qu'elles assurent. Je pense que la solution pourrait être trouvée en réservant à cet effet une partie des crédits d'action sanitaire et sociale des différentes caisses. Ces questions sont actuellement à l'étude.

J'ai pleine conscience, je tiens à le dire, de l'importance de l'œuvre des travailleuses familiales et de l'intérêt qu'elle présente, non seulement sur le plan humain, mais aussi sur le plan financier puisqu'elle se traduit par une meilleure gestion des crédits d'aide sociale. En effet, l'intervention des travailleuses familiales permet bien souvent d'éviter l'hospitalisation de la mère et le placement des enfants qui en est souvent la conséquence directe. Elle évite par là-même à la collectivité des frais onéreux tout en permettant aux familles de garder leur unité et aux personnes frappées par la maladie ou l'infirmité de bénéficier, dans le cadre familial, des soins que nécessite leur état.

Je suis obligé, en raison de l'heure, de passer rapidement sur d'autres questions. Je voudrais seulement signaler que, dans le domaine de la lutte contre les fléaux sociaux, tout ce qui concerne la lutte contre les maladies vénériennes, où notamment notre équipement de dépistage et de soins reste parfaitement en place, des dispositions législatives permettent de procéder, en cas de nécessité, à des examens ou même à des hospitalisations d'office. Je voudrais donc, à cet égard, rassurer les commissions qui avaient émis des craintes concernant une certaine tendance à la recrudescence des maladies vénériennes.

En ce qui concerne la lutte contre la prostitution, ce budget comporte des crédits qui sont destinés à mettre en place dans les départements où cela est apparu le plus nécessaire, les premiers services sociaux de lutte contre la prostitution. C'est la mise en application de l'ordonnance qui a défini la politique gouvernementale en cette matière.

J'en viens au problème de la vaccination antipoliomyélitique auquel M. le sénateur Henriot a consacré l'essentiel de son intervention. Je voudrais lui dire d'abord que, d'ores et déjà, le ministère de la santé publique et de la population intervient d'une façon vigoureuse pour diffuser au maximum cette vaccination puisque la dotation du chapitre 47-11 est majorée de façon importante et que, dès maintenant, les vaccinations effectuées sont remboursées par mon administration au taux de 80 p. 100 chaque fois que la demande lui en est faite.

Mais il est incontestable que nous devons être plus ambitieux et je donne ici l'information, sans doute attendue par M. le sénateur Henriot, à savoir que le texte préparé par mon prédécesseur pour rendre obligatoire la vaccination antipoliomyélitique est actuellement prêt. Il est soumis à la signature des différents ministres intéressés. Il pourra ainsi être très prochainement déposé devant les assemblées.

J'ai également été interrogé par MM. Motais de Narbonne et Armengaud au sujet de l'aide que pourraient recevoir certains Français, notamment d'Afrique du Nord, désirant s'établir dans des pays étrangers. M. Motais de Narbonne a évoqué l'effort qui avait été fait à cet égard par un pays voisin, la Hollande.

Je dois lui faire remarquer que la situation de la France est, à beaucoup d'égards, très différente de celle des Pays-Bas. Il est certain que nous avons à l'heure actuelle une population active insuffisante pour les besoins de notre expansion alors que la Hollande, au contraire, était confrontée à un problème de surpopulation qui l'a incitée à prendre des mesures extrêmement actives pour encourager l'établissement de ses nationaux dans des pays étrangers.

Notre situation n'est pas la même, mais assurément si un certain nombre d'hommes désireux d'aller s'établir à l'étranger se tournent vers les pouvoirs publics, notamment pour leur demander de leur procurer les renseignements qui leur permettraient d'éviter des erreurs ou des déceptions, mes services sont tout à fait disposés à les aider dans ce sens. Je crois cependant que nous devons avoir le souci, chaque fois que cela est possible, d'offrir à ces compatriotes, des conditions de travail et d'installation sur notre propre sol, étant donné la situation présente de notre emploi.

Nous pourrions, en liaison avec tous ceux qui s'occupent des problèmes des Français à l'étranger, et bien entendu avec vous-mêmes, messieurs Motais de Narbonne et Armengaud, et en liaison également avec M. le secrétaire d'Etat aux rapatriés, examiner ce problème en vue de solutions pratiques. Nous pourrions apporter — je le pense — l'aide sur laquelle vous avez bien voulu nous demander de réfléchir.

M. Armengaud a également insisté sur les problèmes que posent à certains médecins français rentrant de l'étranger les

conditions de leur réinstallation. Ces médecins sont autorisés à exercer leur art en France dès leur retour. Lorsqu'ils désirent devenir médecins hospitaliers, il faut, bien entendu, qu'ils se soumettent à la législation en vigueur et qu'ils passent les concours requis. Un texte spécial a prévu en 1959 à cet égard une dérogation pour certains médecins qui avaient été très brutalement expulsés d'Egypte. J'ai appris avec regret par votre bouche que, dans certaines villes, ils n'avaient pas reçu l'accueil que le sort malheureux qui les avait frappés devait leur faire réserver. Cette question était connue de mes services.

M. Antoine Courrière. Il faudrait connaître tous les éléments du problème et non pas seulement ce qu'en a dit M. Armengaud avant de condamner !

M. André Armengaud. M'autorisez-vous à donner une précision, monsieur le ministre ?

M. le ministre de la santé publique. Certainement.

M. le président. La parole est à M. Armengaud avec l'autorisation de l'orateur.

M. André Armengaud. Nous avons des dossiers très importants qui sont à la disposition de tous nos collègues. Il n'y a rien à cacher dans cette affaire. Tout le monde peut consulter ma correspondance, avec le maire de Narbonne entre autres.

M. le ministre de la santé publique. Je voudrais répondre à M. Armengaud que le texte cité est une loi. Dans ces conditions il devrait être appliqué. L'attention du conseil de l'ordre a été appelée sur le problème délicat qui avait été posé. De mon côté je poursuivrai une enquête de manière à obtenir le règlement de ce problème conformément aux intentions du Gouvernement et à l'esprit de solidarité que nous devons avoir vis-à-vis de ceux de nos compatriotes qui ont été atteints par l'infortune du sort.

Je voudrais maintenant très rapidement attirer votre attention sur un certain nombre de caractéristiques du budget de fonctionnement qui vous est soumis. Ce budget a été essentiellement inspiré par la volonté de valoriser l'effort d'équipement dont je vous ai entretenu au début de mon intervention.

C'est ainsi que vous trouverez des crédits qui ont pour but d'améliorer notre connaissance des faits. Il est certain que si mon administration doit pouvoir agir dans des conditions aussi efficaces que possible il faut qu'elle connaisse dans les meilleures conditions les faits qui commandent son intervention. C'est la raison pour laquelle des crédits sont destinés à créer un service d'étude de la population inadaptée, qui pose actuellement des problèmes nouveaux auxquels une meilleure connaissance permettrait d'apporter des solutions spécifiques mieux conçues.

Nous avons également prévu, dans ce budget, des crédits pour la création d'une cellule statistique des prix de journée, organisme qui nous permettra d'abord de mieux suivre la manière dont fonctionnent les différents hôpitaux, ce qui est évidemment indispensable pour une meilleure gestion de nos fonds, mais qui pourra aussi se consacrer à d'autres travaux statistiques importants, notamment dans l'élaboration du plan d'équipement, afin de nous permettre de connaître plus parfaitement les besoins réels, même lorsqu'ils ne s'expriment pas d'une façon suffisamment claire ou complète.

D'autre part, l'amélioration de l'action de mon département supposait une action en matière de crédits de paiement et d'établissement des projets. En effet, MM. les rapporteurs et spécialement M. le rapporteur de la commission des finances ont souligné fortement un paradoxe de ce budget : l'augmentation des autorisations de programme qui fait suite à une majoration continue au cours des années précédentes alors que les crédits de paiement, eux, ne sont pas égaux à ceux de l'an dernier, en raison de l'importance de ceux qui ont dû être reportés. Il est incontestable que le rythme de majoration de l'effort d'équipement dont je vous ai parlé au début de mon intervention ne pourrait pas être maintenue si nous continuions à éprouver la même difficulté à réaliser les projets à partir du moment où ils ont été autorisés.

C'est pourquoi — je le signale à M. Abel-Durand — il a été nécessaire de prévoir de nouvelles procédures ainsi qu'une nouvelle organisation de mon administration. La création du centre technique d'équipement sanitaire et social répond à ce besoin. Il permettra de regrouper les techniciens de l'administration qui ont à se prononcer sur les projets et à en contrôler l'exécution. Ainsi pourront être raccourcies et accélérées les procédures d'approbation ou de contrôle.

D'autre part, à partir de cette nouvelle organisation, nous nous efforcerons de hâter l'exécution des projets, cela par trois moyens. D'abord, par la réalisation d'études générales qui permettront de renseigner les réalisateurs et, le cas échéant, s'ils le désirent, de leur apporter notre concours. Nous pensons que, par là même, les plans pourront être plus rapidement établis et

dans des conditions qui permettront de les approuver. Il y a là matière à une collaboration extrêmement utile avec les collectivités locales. Des crédits sont également prévus pour permettre des études propres à tel ou tel projet, et le financement de ces études avant même que la subvention pour travaux n'intervienne. Nous pourrions ainsi disposer, au moment où les projets seront susceptibles d'être subventionnés, d'études menées à bien et achevées. Il y aura là, vous le concevez, un gain de temps très important. D'autre part, nous voudrions, par la création de ce centre technique, lutter contre l'éparpillement des opérations et contre leur étalement excessif dans le temps. Je souligne à M. le président Abel-Durand que le cas très regrettable auquel il faisait allusion, celui de l'hôpital d'une grande ville qu'il connaît bien, résulte de difficultés qui ont été accumulées au cours d'une douzaine d'années. Les quelques mois nécessaires au centre technique pour refaire le point au sujet de ce dossier et le mettre à même d'être traité dans des conditions meilleures, ne peuvent pas être considérés comme la cause d'un retard qui était bien antérieur et auquel, au contraire, l'intervention du centre technique s'est efforcée de remédier. Nous voulons donc aboutir à cette accélération des travaux et nous pensons actuellement y parvenir.

A cet effet nous avons prévu également de déconcentrer l'approbation des petits travaux et leur contrôle.

Plusieurs des orateurs de cette discussion générale ont souligné l'importance du problème posé par la rémunération des infirmières. C'est un problème social auquel aucun de ceux qui se penchent sur leur action ne peut être indifférent étant donné les qualités que nous demandons à ce personnel tant sur le plan de la compétence que sur le plan du dévouement.

A cet égard je puis apporter au Sénat des indications intéressantes. Nous avons pu obtenir du ministère des finances des décisions de principe qui vont faire très prochainement l'objet d'une publication officielle et qui vont améliorer, d'une façon importante, les traitements des infirmières. Il y a d'abord une accélération notable du début de carrière qui leur permettra, dès les premières années de recevoir des traitements nettement améliorés.

Il y a également une revalorisation de la carrière par une amélioration très sensible des indices terminaux. Il y a enfin l'institution d'une prime de service qui s'appliquera au personnel soignant et à l'ensemble du personnel hospitalier, y compris le personnel administratif. Cette prime à elle seule représentera en moyenne, dans tous les établissements où elle pourra être appliquée, une revalorisation de l'ordre de 5 p. 100.

Je pense que dans ces conditions, il y a possibilité d'améliorer le recrutement de ces aides si indispensables et d'améliorer, par voie de conséquence, leurs conditions de travail, dont nous savons combien elles sont souvent difficiles.

Je n'insiste pas sur l'effort qui sera fait en matière de recherche médicale qui est également important et dont vous concevez la valeur pour l'amélioration de la médecine française.

Je remercie tous ceux qui ont souligné la nécessité de donner à mes services des moyens supplémentaires pour remplir aussi pleinement que possible la mission qui leur est confiée.

Bien entendu, je suis très conscient moi-même de la nécessité d'améliorer la carrière des fonctionnaires des services extérieurs. Il est certain que les inspecteurs de la population et les inspecteurs de la santé n'ont pas actuellement des perspectives de carrière et des rémunérations à la mesure de leurs responsabilités. C'est un point dont je me suis déjà entretenu avec mon collègue M. le ministre des finances. Je m'efforcerai de le régler, compte tenu des conclusions de la commission Mayret — du nom de son rapporteur — qui a fait à cet égard un certain nombre de suggestions.

J'en ai terminé et je prie les orateurs auxquels les exigences de l'horaire m'empêchent de répondre, de m'excuser. Je leur répondrai par écrit, dans les plus brefs délais, aux questions qu'ils m'ont posées.

Après cette discussion, je voudrais dire au Sénat que toutes les suggestions et toutes les observations ont retenu mon attention et celle de mes collaborateurs ici présents et que nous nous efforcerons d'en tenir le plus grand compte. Je voudrais remercier tous ceux qui ont ainsi apporté leur contribution à nos recherches et à nos efforts et qui nous ont permis d'acquérir une meilleure notion de ce qui nous reste à faire.

Je voudrais les assurer de ma volonté de continuer à collaborer avec le Parlement, qui nous fournit les moyens de notre action, pour atteindre dans les meilleures conditions possibles les nobles objectifs qui nous sont confiés et qui consistent à soulager la misère et à protéger la santé des hommes. (*Applaudissements.*)

M. Marcel Pellenc, rapporteur général. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Marcel Pellenc, rapporteur général. Malgré l'heure tardive et si nos collègues en sont d'accord, je proposerai que

l'on termine maintenant l'examen du budget de la santé publique pour pouvoir aborder cet après-midi l'examen des autres budgets inscrits à l'ordre du jour. (*Marques d'approbation.*)

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

Nous allons donc examiner la partie des états C et D relative à la santé publique et à la population.

Etat C

(*Dépenses ordinaires. — Mesures nouvelles.*)

« Titre III (Moyens des services): + 9.775.401 NF. »

M. Antoine Courrière. Je demande la parole.

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

M. Antoine Courrière. Mesdames, messieurs, je voudrais vous rappeler ici très brièvement, pour respecter les engagements pris, les conditions dans lesquelles est voté le budget.

Il n'y a pas de vote d'ensemble du budget. On vote, par conséquent, sur les quatre titres. Si ceux qui ne veulent pas voter le budget ne l'expriment pas par conséquent au moment où l'on vote sur les divers titres, ils s'apercevront trop tard que le budget est voté.

C'est précisément parce que le groupe socialiste n'accepte pas le budget de la santé publique que je viens indiquer à cette tribune qu'il votera contre les divers titres et qu'il fera de même pour les autres budgets qui viendront en discussion. (*Très bien ! à gauche.*)

M. Adolphe Dutoit. Je demande la parole.

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

M. Adolphe Dutoit. Le groupe communiste votera également contre l'ensemble des crédits prévus au titre de ce budget.

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

Je mets aux voix le titre III avec le chiffre de 9.775.401 nouveaux francs.

(*Le titre III est adopté.*)

M. le président. « Titre IV (Interventions publiques): + 9.383.988 NF. »

La parole est à M. Messaud.

M. Léon Messaud. Monsieur le ministre, mes chers collègues, je désire attirer votre attention d'une façon toute particulière sur la situation faite aux aveugles, aux paralysés, aux grands infirmes et aux polyos. Je le ferai d'autant plus volontiers que dans le temps relativement limité que vous vous êtes imparti, il m'apparaît que vous n'avez pas répondu aux préoccupations qui sont les nôtres en ce qui concerne cette catégorie de déshérités du sort.

M. Adolphe Dutoit. Il n'en a rien dit ! Il a bavardé, sans plus !

M. Léon Messaud. Je dis donc, monsieur le ministre, que dans une période où le pouvoir souligne avec complaisance la prospérité prétendument retrouvée par notre économie, il est intolérable — je dis bien : intolérable — que des conditions de vie inhumaines soient imposées à ceux que le sort a aveuglément frappés. (*Très bien ! à gauche.*)

Je rappelle rapidement que les Constitutions successives ont admis le principe de la solidarité humaine en proclamant : « que tout citoyen qui, en raison de son état physique, était mis dans l'impossibilité de travailler, avait le droit de recevoir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

J'indique au surplus qu'il est intolérable que dans une société organisée comme la nôtre, la collectivité ne prenne pas conscience qu'elle doit prendre en charge sans réticence ceux sur qui le malheur s'est abattu en faisant d'eux des grands infirmes, des invalides ou des aveugles.

Je fais remarquer de plus, monsieur le ministre, que votre budget — nous le regrettons tous — ne représente qu'environ 2 p. 100 du budget général, alors qu'il est le budget de la défense et de la protection de la vie humaine, et qu'il devrait être le plus largement doté, tandis que certains autres budgets représentent 25, 30 et même 32 p. 100 du budget général.

M. Antoine Courrière. Très bien !

M. Léon Messaud. Encore une fois, monsieur le ministre, je ne veux pas me livrer à cette évocation dans un dessein exclusivement politique — je le dis tout de suite — je le fais simplement, abstraction faite de toute passion, pour que mes collègues soient unanimes avec moi pour réclamer de vous une augmentation substantielle de l'aide aux grands infirmes.

Monsieur le ministre, nous ne méconnaissons pas les réalisations qui ont été apportées par les décrets du 15 mai dernier ; j'en conviens et vous les avez rappelées tout à l'heure. Je vous indique cependant qu'elles n'offrent qu'un caractère fragmentaire, par trop limité, et qu'elles ne concernent que quelques milliers de bénéficiaires. C'est une véritable codification des obligations familiales qu'il aurait fallu réaliser et le problème des ressources vitales des 300.000 bénéficiaires de l'aide sociale

en présence de l'augmentation croissante du coût de la vie n'a pas été résolu. Je pense que nous en sommes tous d'accord.

Il est inconcevable d'admettre que même en tenant compte du fonds national de solidarité, dont une partie importante des recettes n'est pas versée aux véritables bénéficiaires, le maximum qu'un invalide puisse espérer obtenir dans une localité de moins de 5.000 habitants n'atteigne pas 2,87 nouveaux francs par jour. Il faut donc donner d'urgence aux attributaires de l'aide sociale le minimum auquel ils ont droit. Il faut pour la vieillesse de France, comme je le disais tout à l'heure, revaloriser une indexation sur le S. M. I. G., ou alors créer un S. M. I. G. spécial pour les grands infirmes.

Monsieur le ministre, mes chers collègues, je vais en terminer.

Dans l'immédiat et à titre de première étape, ce que je vous demande, monsieur le ministre — et je serais heureux que vous me répondiez sur ce point — c'est le relèvement sans délai du plafond de l'aide sociale aux aveugles et aux grands infirmes afin que cette aide sociale corresponde aux besoins élémentaires de la vie.

Je vous demande, monsieur le ministre, de me répondre sur le point suivant : reprenez-vous à votre actif les propositions de votre prédécesseur au ministère de la santé publique tendant à fixer les allocations d'aide sociale à un minimum de 1.200 nouveaux francs par an ?

Je dis que votre budget de 1962 n'apporte, hélas ! aucune modification, aucune amélioration en faveur de la catégorie de Français qui doivent subsister — et j'insiste sur le terme « subsister » — avec 52 nouveaux francs par mois, plus 105 francs par trimestre du fonds national de solidarité, cela dans le cadre d'un plafond dérisoire de 1.352 nouveaux francs par an.

Les mesures immédiates que nous réclamons, monsieur le ministre, sont attendues par des milliers d'aveugles et de grands infirmes qui nous écoutent par l'intermédiaire de leurs délégués qui suivent nos débats.

Vous n'avez pas le droit de les décevoir. Il serait inhumain de les en priver sous prétexte que leur infirmité leur interdit de manifester violemment dans la rue, car il suffirait de quelques bousculades pour les jeter lamentablement à terre s'ils voulaient ainsi protester. Il serait inhumain que les aveugles, les paralysés et les grands infirmes ajoutent, par la carence du pouvoir, à leurs souffrances physiques celle du désespoir.

Je vous rappelle, monsieur le ministre, une métaphore bien connue que vous ne devez pas oublier : Les aveugles, les paralysés et les grands infirmes sont, eux aussi, des Français à part entière ». (*Applaudissements à gauche et sur quelques bancs au centre gauche.*)

M. le président. Plus personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix le titre IV avec la somme de 9.383.988 nouveaux francs.

(*Le titre IV est adopté.*)

M. le président.

Etat D.

(*Dépenses en capital. — Mesures nouvelles.*)

TITRE V

Autorisations de programme : 16.217.000 NF. (*Adopté.*)
Crédits de paiement : 3.545.000 NF. (*Adopté.*)

TITRE VI

Autorisations de programme : 178.783.000 NF. (*Adopté.*)
Crédits de paiement : 23.590.000 NF. (*Adopté.*)

M. le président. Nous avons achevé l'examen du budget de la santé publique et de la population.

— 5 —

DEPOT D'UNE PROPOSITION DE LOI

M. le président. J'ai reçu de MM. Jean Bertaud, Henri Cornat, René Blondelle, Jacques Gadoin, René Jager et Charles Naveau, au nom de la commission des affaires économiques et du plan, une proposition de loi tendant à modifier l'article 8 du code des douanes

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 62, distribuée, et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyée à la commission des affaires économiques et du plan sous réserve du droit reconnu au Gouvernement par l'article 43 de la Constitution de demander la nomination d'une commission spéciale. (*Assentiment.*)

— 6 —

RENOIS POUR AVIS

M. le président. La commission des affaires économiques et du plan demande que lui soit renvoyé, pour avis, le projet de loi relatif à l'organisation des sociétés communales et intercommunales de chasse, n° 182 (1959-1960) dont la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale est saisie au fond.

Il n'y a pas d'opposition ? ...

Le renvoi, pour avis, est ordonné.

— 7 —

REGLEMENT DE L'ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel pourrait être l'ordre du jour de la séance publique de cet après-midi, jeudi 16 novembre, à quinze heures :

Scrutin pour l'élection de sept membres titulaires et de sept membres suppléants de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi modifiant les articles 815, 832 et 866 du code civil, les articles 807 et 808 du code rural et certaines dispositions fiscales.

(Ce scrutin aura lieu pendant la séance publique dans l'une des salles voisines de la salle des séances, conformément à l'article 61 du règlement du Sénat. Il sera ouvert pendant une heure.)

Suite de la discussion du projet de loi de finances pour 1962, adopté par l'Assemblée nationale. [N° 52 et 53 (1961-1962). — M. Marcel Pellenc, rapporteur général de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation.]

Deuxième partie : moyens des services et dispositions spéciales.

Anciens combattants et victimes de guerre :

M. Jacques Soufflet, rapporteur spécial de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation ;

Mme Marie-Hélène Cardot, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales.

Articles 48, 49, 50, 51 et 52 du projet de loi.

Travail :

M. Michel Kistler, rapporteur spécial de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation ;

M. Lucien Bernier, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales.

Finances et affaires économiques :

III. — Affaires économiques :

M. Marc Desaché, rapporteur spécial de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation ;

M. Jacques Gadoin, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques et du plan.

Il n'y a pas d'opposition ?

L'ordre du jour est ainsi réglé.

Personne ne demande la parole ?

La séance est levée.

(*La séance est levée à douze heures cinquante-cinq minutes.*)

Le Directeur du service de la sténographie du Sénat.

HENRY FLEURY.