

N° 46

# SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE OUVERTE LE 27 DECEMBRE 1962

---

Annexe au procès verbal de la séance du 29 janvier 1963.

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi de finances pour 1963 (2<sup>e</sup> partie. — Moyens des services et dispositions spéciales), ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.*

TOME I

**SANTÉ PUBLIQUE ET POPULATION**

Par M. André PLAÏT

Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Roger Menu, président ; André Plait, André Dulin, Jean-Louis Fournier, vice-présidents ; Marcel Lambert, François Levacher, Louis Roy, secrétaires ; Ahmed Abdallah, Emile Aubert, Marcel Audy, Lucien Bernier, Raymond Bossus, Joseph Brayard, Robert Burret, Omer Capelle, Mme Marie-Hélène Cardot, MM. Marcel Darou, Francis Dassaud, Baptiste Dufeu, Adolphe Dutoit, Lucien Grand, Paul Guillaumot, Louis Guillou, Jacques Henriot, Roger Lagrange, Arthur Lavy, Francis Le Basser, Marcel Lemaire, Bernard Lemarié, Paul Lévêque, Robert Liot, Henry Loste, Georges Marie-Anne, Louis Martin, André Méric, Léon Messaud, Eugène Motte, Joseph de Pommery, Alfred Poroi, Charles Sinsout, Robert Soudant, Mme Jeannette Vermeersch, M. Raymond de Wazières, N...

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (2<sup>e</sup> législ.) : 22 et annexes, 25 (tome II, annexe 23), 102 et in-8° 9.

Sénat : 42 et 43 (annexe 26) (1962-1963).

Mesdames, Messieurs,

Le budget du ministère de la santé publique et de la population proposé pour 1963 s'élève pour les dépenses ordinaires à la somme de 1.872.898.384 F et pour les dépenses en capital à 97.405.000 F, soit au total 1.970.303.384 F.

Ainsi les dépenses de fonctionnement sont accrues de 21 % et les dépenses d'équipement de 41 % par rapport au budget précédent.

Bien que le budget de la santé publique et de la population ne représente que 2 % de l'ensemble du budget de l'État, nous pouvons manifester notre satisfaction à cette très sensible progression. Cependant, il est évident que les besoins de ce département ministériel sont nécessairement plus importants d'année en année, pour des raisons évidentes liées à certaines évolutions :

- la poussée démographique ;
- l'augmentation de la durée de la vie humaine ;
- l'accroissement de la lutte contre les fléaux sociaux ;
- la demande accrue des soins médicaux ;
- la fréquentation de plus en plus grande des établissements hospitaliers.

Ainsi donc il est logique que ce budget se présente en augmentation et cependant dès le début de cet exposé, il faut noter l'immense retard à combler dans le domaine social.

\*  
\* \*

Notre examen se bornera — les services votés n'appelant que peu de remarques — à l'étude des mesures nouvelles qui sont proposées par le Ministre de la Santé publique et de la Population, en suivant l'ordre du fascicule budgétaire :

## A. — DEPENSES ORDINAIRES

### I. — Les moyens de service.

#### 1° PERSONNEL

L'augmentation des crédits demandés concernant le personnel, le matériel et le fonctionnement des services a essentiellement pour cause un ajustement aux besoins réels. Aucun emploi nouveau n'a été créé.

Signalons que la rémunération des médecins inspecteurs de la santé publique a été améliorée et qu'une accélération des débuts de carrière a été réalisée.

Les Médecins-Inspecteurs de la Santé sont actuellement rémunérés sur les bases de l'échelle indiciaire suivante :

	Indices <u>nouveaux.</u>	Indices <u>nets.</u>
Divisionnaires .....	642 à 760	(580 à 650)
Principaux .....	445 à 642	(450 à 580)
Inspecteurs .....	297 à 418	(315 à 425)

Le décret n° 62-1276 du 31 octobre 1962 prévoit l'échelonnement indiciaire suivant :

	Indices <u>nouveaux.</u>	Indices <u>nets.</u>
Divisionnaires .....	673 à 760	(600 à 650)
Principaux .....	490 à 673	(480 à 600)
Inspecteurs .....	297 à 558	(315 à 525)

On notera que le « plafond » de l'échelonnement du grade d'Inspecteur a été relevé de 140 points (1). De plus, le décret d'application soumis actuellement au Ministère des Finances et à

---

(1) Soit 100 points d'indice net.

celui de la Fonction publique prévoit une accession plus rapide des échelons inférieurs du grade d'Inspecteur, tel qu'il ressort du tableau suivant :

Echelle actuelle.	Nouvelle échelle.	Observations.
1 <sup>er</sup> échelon (297) (2 ans).	1 <sup>er</sup> échelon (297) (1 an).	Dans la nouvelle échelle, il suffira de 4 ans pour atteindre le 4 <sup>e</sup> échelon au lieu de 6 ans dans l'ancienne échelle.
2 <sup>e</sup> échelon (2 ans).	2 <sup>e</sup> échelon (1 an 1/2).	
3 <sup>e</sup> échelon (2 ans).	3 <sup>e</sup> échelon (1 an 1/2).	
4 <sup>e</sup> échelon (418).	4 <sup>e</sup> échelon (415) (2 ans).	
	5 <sup>e</sup> échelon (2 ans).	
	6 <sup>e</sup> échelon (2 ans).	
	7 <sup>e</sup> échelon (558).	

D'autres dispositions permettront à ce corps médical de percevoir des vacations pour les vaccinations et les examens systématiques au titre de la médecine du travail du personnel hospitalier.

Ces mesures ne manqueront pas d'inciter les jeunes médecins à se diriger vers cette médecine administrative pour laquelle ils manifestent une certaine désaffection.

## 2° SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT

### *Institut National d'hygiène.*

Cet établissement public, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière fonctionne sous la tutelle du Ministère de la Santé publique.

Conformément à la procédure budgétaire particulière dorénavant admise pour les crédits de la recherche scientifique et technique le Gouvernement a, sur proposition du Comité interministériel de la recherche, arrêté pour 1963 le plafond global des crédits de recherche tant pour l'équipement que pour le fonctionnement (en autorisations de programme, 25 millions, et en crédits d'équipement, 4 millions ; soit au total près de 30 millions de francs). Nous pouvons mesurer l'importance donnée à cet organisme en rappelant que la subvention qui lui était accordée en 1959 était de 5 millions et demi.

Pour la recherche médicale, il est prévu pour 1963, au titre de « mesures nouvelles », un crédit de 5 millions pour la création d'emplois d'allocataires de recherche, de techniciens, d'aides techniques de laboratoire et de personnel administratif.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1962, 14 unités de recherche étaient mises en place. Au IV<sup>e</sup> Plan tous les crédits demandés ont été inscrits et à la fin de l'année 1965 47 unités de recherches seront créées. Ces unités sont animées par des équipes composées en général d'une trentaine de personnes : une quinzaine de médecins, biologistes à temps plein qui se consacrent entièrement à la recherche et une quinzaine de techniciens.

*Service central de protection contre les rayonnements ionisants.*

Depuis l'arrêté interministériel du 13 novembre 1956, le Ministère de la Santé publique et de la Population dispose, au sein de l'Institut national d'hygiène, d'un service technique appelé Service central de protection contre les rayonnements ionisants (S. C. P. R. I.) qui est chargé de la surveillance de toutes les causes d'irradiation de la population par les rayonnements ionisants quelle qu'en soit l'origine. Aux termes de l'arrêté de création, le service assure, sur la demande des autorités compétentes, la vérification des moyens de protection utilisés et de leur efficacité. Pour assurer ces vérifications, le service peut pratiquer toutes mesures, analyses ou dosages permettant la détermination de la radioactivité ou des rayonnements ionisants dans les divers milieux où ils peuvent présenter des risques pour la santé des individus ou de la population. En ce qui concerne l'établissement de normes en matière de protection, le service peut effectuer des recherches en liaison avec les organismes existants et notamment avec le Commissariat à l'Energie atomique.

Trois circulaires importantes du Ministère de la Santé publique et de la Population ont donné toutes précisions utiles relatives à la protection contre les rayonnements ionisants : ces textes datent du 23 février 1957, du 3 juin 1957 et du 17 février 1960.

De plus, un arrêté du 6 janvier 1959 a créé un laboratoire de mesure et de contrôle des radiations ionisantes en milieu du travail. Associé au service central de protection contre les rayonnements ionisants, ce laboratoire peut effectuer tous examens, dosages ou expertises demandés par les administrations, organismes

ou autorités compétents en vue de mesurer ou de contrôler la radioactivité ou les radiations ionisantes dans les divers milieux où elles peuvent présenter des risques d'ordre professionnel pour la santé des travailleurs.

Le laboratoire peut également procéder à tous examens, dosages ou expertises demandés à cet effet par les entreprises, les collectivités ou les services de toute nature intéressés.

Enfin, un autre arrêté interministériel, en date du 27 août 1960, a donné, sous l'autorité du Directeur de l'Institut national d'hygiène, mission au chef du S. C. P. R. I. d'organiser et d'administrer le service. A l'heure actuelle, grâce aux pouvoirs délégués par le Directeur de l'Institut national d'hygiène, le chef du service passe les marchés et formule toutes propositions à partir desquelles sont fixées les dotations attribuées au service.

A l'heure actuelle la surveillance exercée par le Service central de protection contre les rayonnements ionisants porte sur :

— la pollution par les éléments radioactifs de l'atmosphère, des poussières, des effluents gazeux provenant des centres nucléaires ou des retombées radioactives consécutives aux tests nucléaires ;

— la pollution radioactive des eaux de rivières, des eaux potables et d'irrigation par les effluents radioactifs liquides ou solides des centres nucléaires ;

— la pollution radioactive de la chaîne alimentaire, en particulier du lait par le Strontium 90 et le Césium 137 ;

— la pollution des littoraux par les navires nucléaires et les déchets radioactifs rejetés en mer ;

— l'irradiation médicale de la population (examens radiologiques systématiques, radiothérapie et cobalthérapie, examens radiologiques dentaires, utilisation diagnostique et thérapeutique des radioéléments dans les hôpitaux, etc.) ;

— l'irradiation et la contamination des personnes exposées professionnellement aux rayonnements (installations de radiologie médicales, industrielles, universitaires) ;

— l'irradiation naturelle (radioactivité naturelle des sols, de l'air, des eaux thermales, etc.).

Le nombre de ces contrôles dont certains se font à cadence quotidienne, notamment pour l'air et les eaux potables, dépasse actuellement plusieurs milliers par mois.

Pour les effectuer, le S. C. P. R. I. dispose d'un laboratoire central (provisoirement à Fontenay-aux-Roses), de laboratoires régionaux (Strasbourg, Lyon, Nancy) et de stations de prélèvements réparties sur tout le territoire et les littoraux.

Le personnel de direction du S. C. P. R. I. ainsi que la plupart des ingénieurs possèdent la double formation de biologiste et de physicien, condition indispensable pour l'interprétation correcte des problèmes de radioprotection qui présentent à la fois les aspects médical et technique. Les principaux groupes du laboratoire national sont les suivants : contrôle des centres nucléaires, dosimétrie des rayonnements, radioanalyses, documentation, spectrométrie humaine, groupe médical, camions-laboratoires, interventions d'urgence.

Les sites nucléaires importants (Saclay, Châtillon, Marcoule, Grenoble, Cadarache, Pierrelatte, E. D. F. 1 et 2, Chooz, les Monts-d'Arrée, la Hague, etc.) font l'objet d'un contrôle très rigoureux avant, puis pendant leur fonctionnement, en application de protocoles particuliers à chaque centre, passés entre le Ministère de la Santé publique et le Commissariat à l'Énergie atomique.

Le service, dont les responsabilités sont encore accrues par la loi sur la pollution atmosphérique (2 août 1961), est en développement rapide et disposera en 1963 d'importants laboratoires au Vésinet (dans l'une des sections du laboratoire mis à la disposition de l'Institut national d'Hygiène).

C'est pour le développement de ce service central qu'il est demandé aux « mesures nouvelles » la création de 14 emplois de personnels techniques et l'achat de matériel scientifique.

#### POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

Il est également prévu aux « mesures nouvelles » un crédit pour le développement du laboratoire national de la pollution atmosphérique.

Le nombre croissant des foyers domestiques alimentés soit avec des charbons gras, soit avec du mazout, la multiplicité des établissements industriels à proximité immédiate des agglomérations, l'accroissement de la circulation automobile sont les facteurs les plus importants d'une pollution de plus en plus élevée de l'atmosphère.

Le laboratoire national de la pollution atmosphérique à construire au Vésinet doit être le premier laboratoire de recherche dans le domaine de l'hygiène. Il constituera une autre section du laboratoire mis à la disposition de l'Institut national d'Hygiène. Les études à entreprendre ont trait à toutes les conséquences de la pollution de l'air sur la santé corporelle et psychique. D'autre part, l'accent mis dans les différents pays depuis les travaux statistiques et expérimentaux relatifs à la consommation du tabac et aux incidences de la pollution de l'air sur les cancers broncho-pulmonaires montre l'actualité de ce problème.

Des prélèvements sont effectués régulièrement afin de suivre le degré de pollution de l'atmosphère et le résultat de ces analyses devrait permettre une application plus stricte de la loi du 2 août 1961.

Par ailleurs, lors du vote de cette loi, il avait été convenu que le Parlement serait rapidement saisi d'un projet de loi relatif à la lutte contre les bruits. Nous souhaitons que cette promesse soit très prochainement tenue.

#### L'ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La loi portant création d'une école nationale de la santé publique a été promulguée le 28 juillet 1960. Ce nouvel organisme, implanté à Rennes, a pour mission de compléter l'enseignement des disciplines de santé publique et d'administration sanitaire et sociale, en vue de les adapter à la formation et aux perfectionnements des personnels qui concourent à la protection sanitaire de la population et à l'action sociale.

Pour l'enseignement, l'école disposera en 1963 de :

5 postes de professeur de 1<sup>re</sup> catégorie ;

7 postes de professeurs de 2<sup>e</sup> catégorie,

Et de 16 assistants.

Une partie de ce corps professoral est déjà engagée et l'autre en voie d'engagement.



Ces professeurs seront répartis en dix départements d'enseignements qui sont :

- administration hospitalière ;
- administration de santé publique ;
- architecture et génie sanitaire ;
- éducation sanitaire ;
- épidémiologie ;
- hygiène et médecine préventive ;
- laboratoires physique (radiations ionisantes) et chimie ;
- microbiologie (bactériologie, immunologie, parasitologie, virologie) ;
- sciences et techniques sociales ;
- statistiques.

Les élèves sont classés par sections et chacun des départements contribue plus ou moins à l'application du programme de chacune de ces sections.

Actuellement, cinq cours ont débuté : trois de santé publique pour les médecins, les ingénieurs, le personnel paramédical, ainsi qu'un cours pour les directeurs et économistes des hôpitaux et un cours pour les professeurs de jeunes sourds.

L'école aura à entreprendre en octobre un cours pour les pharmaciens-inspecteurs et les inspecteurs de la population (cours interrompu en 1962/1963 par le retour des rapatriés d'Algérie), et un cours pour les professeurs de jeunes aveugles.

D'autre part, l'école organise différentes sessions de plus courte durée pour le personnel médical de la sécurité sociale : stage de titularisation et stage de perfectionnement des médecins-conseils de la sécurité sociale (décembre 1962), stage de titularisation et de perfectionnement des dentistes-conseils (janvier 1963), un stage de perfectionnement pour les médecins de santé publique (pour la protection contre les radiations ionisantes) en septembre 1962.

La dotation de l'*Institut national d'études démographiques* se chiffre pour 1963 à 2.280.000 francs en crédits de fonctionnement. La mesure nouvelle proposée est de l'ordre de 400.000 francs. Elle permettra de poursuivre une enquête sur le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire.

## II. — Les interventions publiques.

### 1° ACTION ÉDUCATIVE ET CULTURELLE

Au titre IV concernant les interventions publiques, l'action éducative et culturelle fait l'objet de mesures nouvelles assez substantielles :

— d'une part, augmentation du nombre et du taux des bourses allouées à différents personnels : infirmières, assistantes sociales, travailleuses familiales ;

— d'autre part, subventions accrues à diverses écoles ou organismes pour la formation du personnel.

La pénurie du personnel infirmier n'est pas un problème exclusivement français : les progrès de la médecine rendent nécessaire un personnel d'auxiliaires et d'aides médicaux de plus en plus nombreux.

Les difficultés de recrutement de personnel presque exclusivement féminin sont multiples. De nombreuses jeunes filles s'orienteraient volontiers vers cette carrière si les bourses nationales et départementales les aidaient à acquérir les notions essentielles de cette noble profession ; mais l'insuffisance des salaires qui leur sont offerts dans les établissements publics de soins, les fait renoncer à s'engager dans cette voie ou incitent celles qui ont acquis les connaissances requises à exercer dans le secteur privé. En effet, il ne semble pas qu'une crise semblable de personnel se manifeste dans le secteur hospitalier privé, où des rémunérations plus substantielles sont attribuées.

Des mesures récentes ont certes déjà apporté des améliorations de carrière dans le but de corriger des disparités qui compromettent le recrutement pour les hôpitaux publics. La création de certificats de spécialisation et l'organisation d'une promotion professionnelle, de même que l'octroi d'une prime de service — dont les modalités de répartition sont à mettre au point — devraient favoriser l'extension du recrutement.

Cependant, il faut reconnaître que la jeune fille dont le choix s'est porté sur la profession d'infirmière constatera lorsqu'elle sera mariée, puis mère de famille, que les horaires de travail deviennent

incompatibles avec ses obligations familiales et maternelles. Le mari apporte, en principe, l'essentiel des besoins nécessaires au ménage avec son salaire auquel vient éventuellement s'ajouter les allocations familiales. Le traitement de la femme infirmière peut n'apparaître alors que comme un sursalaire, certes non négligeable. Dans ces conditions, soit en raison de l'éloignement du lieu de travail ou de ses horaires, soit pour des motifs très louables de protection et d'équilibre du foyer familial, l'infirmière renonce provisoirement ou définitivement à exercer sa profession.

Il serait d'ailleurs intéressant de faire une étude sur le nombre d'infirmières ayant acquis leur diplôme grâce à l'attribution de bourses qui abandonnent leur profession après les quelques années d'exercice qu'elles doivent effectuer statutairement.

Certaines dispositions peuvent être prises pour pallier cette carence :

— *la promotion professionnelle de certaines aides soignantes qui pourraient accéder au titre d'infirmière grâce à des cours organisés dans les services ;*

— *la possibilité d'autoriser certains établissements hospitaliers publics à recruter des infirmières pour travailler à temps partiel.*

En 1961, deux circulaires du Ministre de la Santé publique ont rappelé aux administrations intéressées la faculté qui leur était offerte de procéder à un tel recrutement pendant moins de 45 heures par semaine. Nous considérons cette mesure comme particulièrement bienvenue.

La circulaire du 27 avril 1962 a institué un régime de recrutement par contrat exclusivement applicable aux agents appelés à occuper des emplois d'infirmiers et d'infirmières. Une telle possibilité n'est offerte aux administrations hospitalières qu'en cas d'impossibilité de pourvoir les postes budgétaires c'est-à-dire l'impossibilité de pourvoir les postes par des titulaires. Cette circulaire fixe le champ d'application, le recrutement, la rémunération, les congés.

L'effort à entreprendre pour le développement des écoles de formation et pour le recrutement des élèves infirmières n'en doit pas moins être considérable. Il apparaît nécessaire de former 9.000 infirmiers et infirmières par an et de disposer de 18.000 places environ dans les écoles de formation à la fin de l'année 1965.

Le programme établi par le IV<sup>e</sup> Plan donne la priorité :

1° A la création d'écoles dans les départements qui en sont dépourvus ; ils sont actuellement au nombre de 17 ;

2° A la création ou à l'extension d'écoles de cadres ;

3° A l'augmentation du nombre des places d'internat pour en favoriser l'accès aux jeunes filles de ressources modestes et appartenant au milieu rural.

Des mesures nouvelles sont inscrites au budget pour les subventions à diverses écoles ou organismes pour la formation de ce personnel.

Elles intéressent en particulier l'*institut de service social de Montrouge*. Cet institut a été créé parce qu'il n'existait en France aucune école d'assistantes sociales nationale et gratuite. L'Institut qui fonctionne depuis octobre 1960 répond à ces critères. Il a été réalisé par la transformation d'un établissement privé de formation d'infirmières et d'assistantes sociales, dont les locaux bien aménagés pour l'enseignement comportaient d'autre part un internat de 70 chambres individuelles. L'immeuble a été donné à l'Etat. Pour des raisons d'ordre pratique la gestion de l'Institut a été confiée à l'Association qui gérait l'établissement auquel il a été substitué. Le conseil d'administration a été modifié selon les suggestions du Ministère. Le fonctionnement financier est assuré par une subvention inscrite au chapitre 43-21, article 2.

Le Ministère a donné comme mission à l'Institut : la formation des assistantes sociales, le perfectionnement des assistantes en cours d'emploi, la création d'une section spéciale pour la formation du personnel de direction et d'encadrement des écoles de service social et des services sociaux. Pour la rentrée scolaire d'octobre 1962, en accord avec le Ministère de la Coopération, il a été demandé à l'Institut d'ouvrir une section de formation spécialisée pour les assistantes sociales originaires des pays en voie de développement.

Les activités commencées sont en plein essor et le rayonnement de l'Institut ne cesse de grandir tant sur le plan national que sur le plan international. Il n'arrive pas à répondre aux demandes qu'il reçoit et pourtant il importerait de pouvoir étendre encore son rayon d'action.

C'est ainsi par exemple qu'il faudrait pouvoir :

— accueillir un plus grand nombre d'élèves dans les diverses sections, mais cela impliquerait l'augmentation du nombre des monitrices ;

— assurer la gratuité de tous les enseignements — elle n'a pu être assurée complètement jusqu'à présent que dans la section de formation des assistantes sociales ;

— développer le perfectionnement en cours d'emploi, notamment pour les assistantes des services publics ;

— créer une véritable section de recherches dans le domaine social dont les travaux permettraient de mieux orienter les enseignements, etc.

L'augmentation de crédits demandée est absolument indispensable pour permettre d'assurer les activités commencées au cours des deux années précédentes auxquelles s'ajoute pour l'année scolaire 1962-1963 l'ouverture d'un cours de formation pour les professeurs d'enseignement du service social et de ses méthodes et techniques tel que le prévoit le nouveau programme d'études.

L'augmentation sera absorbée en grande partie par la majoration des dépenses de personnel et de professeurs dont les traitements et honoraires sont alignés sur ceux des services publics.

Aucune recette ne peut être assurée en contrepartie de ces dépenses puisque la gratuité de l'enseignement est l'un des objectifs à atteindre. Il y a lieu cependant de noter que pour la formation des assistantes des pays en voie de développement une participation financière est demandée au Fonds d'Aide et de Coopération.

Des bourses sont également attribuées *aux travailleuses familiales à domicile*. Une somme de 600.000 F est prévue pour former ce personnel qui joue un rôle de plus en plus important, en évitant l'hospitalisation de certains vieillards.

Elles suivent des stages de formation de trois mois qui s'accompagnent d'un stage de deux mois dans les établissements médicaux sociaux.

Il existe actuellement 5.000 travailleuses familiales à domicile, et leur nombre doit s'accroître au cours des années à venir.

Pendant l'année scolaire 1961-1962, le nombre des diplômés d'Etat sortis des écoles de la *Croix rouge française* s'est élevé à 1.278, c'est-à-dire un peu moins du tiers des diplômés d'Etat formés en France.

En effet, la Croix rouge française possède 44 écoles d'infirmières ou d'assistantes sociales et une école de cadres. Elle en assure le fonctionnement sur ses propres finances. Les dépenses correspondantes sont comprises entre 1.500.000 et 2 millions de francs. La seule école de cadres, la première créée en France en 1952, lui coûte 110.000 francs chaque année.

Le Gouvernement n'accorde à la Croix rouge française aucune aide financière pour le fonctionnement de ces écoles. L'accroissement des frais généraux constitue une charge très lourde pour les finances de cette Association et en particulier pour celles des comités locaux.

Il serait juste et équitable de compter parmi les écoles subventionnées celles de la Croix rouge française, au moment même où l'on va commémorer le centenaire de cette grande œuvre.

En effet, c'est en 1863, quelques années après la bataille de Solferino, qu'ému par le spectacle des blessés et des mourants le grand philanthrope suisse Henry Dunant songea à organiser une association internationale sanitaire qui fut à l'origine de la convention de Genève.

La France adhéra aussitôt à ce mouvement humanitaire. Plusieurs sociétés françaises poursuivant le même but fusionnèrent pendant la deuxième guerre mondiale, sous le nom de Croix rouge française.

Chacun connaît les immenses services que rendit cette association au cours de tous les conflits armés depuis cent ans et nombreux sont les Français qui bénéficièrent d'un secours ou d'une aide efficace : nombreux sont ceux d'entre eux qui lui doivent d'avoir conservé la vie.

Mais l'action de la Croix rouge française étend son activité à la population tout entière en temps de paix.

Dès 1900, elle s'attaque aux deux fléaux qui sévissaient alors : la tuberculose et la mortalité infantile, par la création de dispensaires, de centres de cure, de sanatoriums ainsi que des consultations de nourrissons, crèches, aériums, devançant même l'Etat dans son action en faveur de la santé publique.

Elle veut être actuellement une force de supplément et de complément pour poursuivre sa mission.

Son équipement comprend :

- 200 dispensaires ;
- 1.700 lits pour adultes ;
- 9 hôpitaux écoles ;
- 5 sanatoriums ;
- 7 cliniques ;
- 5.400 lits pour enfants ;
- 4 maisons et hôtels modernes ;
- 10 gouttes de lait ;
- 20 garderies d'enfants ;
- 10 aériums ;
- 9 préventoriums ;
- 11 maisons d'enfants à caractère sanitaire ;
- 10 camions pour consultation maternelle et infantile ;
- 4 centres de dépistage de la tuberculose ;
- 33 foyers de vieillards.

Cette admirable association couvre la France entière et c'est à ce titre essentiellement bénévole que les comités régionaux, départementaux et cantonaux organisent, avec les ressources qu'ils collectent, des séances récréatives pour les enfants et des goûters pour les vieillards.

Les cérémonies de la commémoration du centenaire, auquel le Ministère de la Santé publique apporte une aide dans le budget qui vous est soumis, permettront de rendre hommage avec éclat et dignité à tous ceux qui participent à son action sociale et humanitaire.

Votre Commission constate avec satisfaction, au chapitre 46-21, un nouvel article : *Subvention aux organismes d'étude et d'animation des équipements sociaux des grands ensembles*. Les crédits demandés s'élèvent à 100.000 F et sont attribués à la Fédération des centres sociaux des grands ensembles.

Une vie sociale nouvelle se crée dans ces nouvelles cités. Elle s'organise et se voit dotée de locaux administratifs, d'écoles, de moyens de communications. Cependant il est possible de s'inquiéter des maux propres à tous ces grands ensembles formés d'une population transplantée, avec un isolement social et les dangers que courent les enfants et les jeunes.

Des équipements sanitaires et sociaux doivent avoir leur place dans ces secteurs urbains ; leur création et leur aménagement doivent s'articuler avec les procédures de l'urbanisme et de la construction.

Une circulaire conjointe du Ministre de la Santé publique et de la Population et du Ministre de la Construction en date du 20 août 1961 donne une grille théorique des équipements nécessaires en distinguant cinq niveaux selon l'importance des groupes desservis :

— petit groupe d'habitations de quelques centaines de logements appelant seulement de petits équipements résidentiels (laveries, séchoirs, salles et terrains de jeux, salles de réunion...);

— unité de voisinage, de l'ordre de 800 à 1.200 logements, dont les besoins sanitaires et sociaux peuvent être satisfaits dans le cadre d'un petit centre social ;

— quartier ou petite cité de deux à quatre unités de voisinage appelant déjà des installations médico-sociales de protection maternelle et infantile qui peuvent d'ailleurs être liées à un centre social plus important et où doivent se trouver satisfaits des besoins relatifs aux jeunes et aux personnes âgées ;

— groupe de quartiers ou cités de moyenne importance (de l'ordre de 6.000 à 12.000 logements) qui exige un centre de médecine collective et un établissement de soins avec hospitalisation et, sur le plan social, des besoins plus importants (jeunes travailleurs, équipements sportif, culturel, de loisirs ; centres payeurs de sécurité sociale, etc.) ;

— zone industrielle exigeant un dispensaire de soins infirmiers.

Il est indispensable qu'un organisme approprié soit en mesure, sur le plan national, de faire les études et les recherches lui permettant d'apporter aux promoteurs de centres sociaux les renseignements, les documents et les conseils que ceux-ci souhaitent obtenir, tant au point de vue architectural qu'au point de vue social et administratif.

Ce même organisme doit également jouer un rôle d'animation, susciter les initiatives, mobiliser les collectivités publiques, les usagers, les associations familiales, les caisses d'allocations fami-



liales, les caisses de sécurité sociale, etc., et, enfin, contribuer à assurer la formation et le perfectionnement du personnel des centres.

La Fédération nationale des Centres sociaux qui a travaillé depuis de nombreuses années à la création des centres sociaux et a facilité leurs activités et étudié les problèmes que pose leur fonctionnement, a récemment procédé à une rénovation de son organisation. Elle a élargi ses activités dans le sens des besoins actuels les plus urgents et s'emploie à répondre aux objectifs ci-dessus indiqués en liaison étroite avec le ministère qui l'a incitée à intensifier son action. Toutefois, pour jouer intégralement le rôle qui lui incombe, il est indispensable qu'elle dispose des moyens financiers lui permettant de s'assurer le concours d'un personnel qualifié capable d'assurer l'animation technique et le travail social. Elle doit aussi pouvoir se procurer les moyens matériels indispensables à son activité.

Le ministère doit, en outre, disposer de travaux relatifs aux divers aspects des problèmes posés dans les grands ensembles par les équipements collectifs et faciliter le fonctionnement d'un bureau d'études à la disposition des maîtres d'œuvre pour étudier les besoins en équipement et leurs modalités de réalisation. Il est nécessaire de susciter et d'assurer, pour tout ce qui concerne les problèmes relatifs aux équipements résidentiels, une liaison entre les institutions spécialisées ou intéressées et les organismes de construction, d'aménagement et de gestion. Le Centre d'études des équipements résidentiels (C. E. D. E. R.) répond précisément à ce besoin. Il a déjà réalisé des études du plus grand intérêt et fait appel pour y participer à des spécialistes particulièrement qualifiés.

Il élabore actuellement en collaboration avec la Fédération des Centres sociaux une série de documents d'information sur les équipements résidentiels qui doivent rendre les plus grands services aux constructeurs, aux promoteurs de centres sociaux et à tous ceux qu'intéressent les équipements collectifs dans les grands ensembles. Il est souhaitable que le Ministère de la Santé publique et de la Population accorde son aide financière pour la réalisation de ces travaux effectués en commun par deux organismes particulièrement qualifiés pour les mener à bien.

*Mesures générales de protection de la santé publique.*

(Chapitres 47-11 et 47-12.)

Parmi les dépenses prévues pour la protection de la santé publique, celles concernant la *vaccination anti-poliomyélitique* ont attiré l'attention de votre commission.

Nous n'avons guère connu, au cours de l'année écoulée, que des cas isolés et, lorsque plusieurs cas étaient détectés dans la même région pouvant faire craindre une épidémie, c'est avec la plus grande célérité que fut opposée à cette terrible maladie l'arme puissante que nous possédons : la vaccination. Elle a fait ses preuves. Elle est admise par tous.

Malgré les efforts réalisés par tous les Conseils généraux de France qui ont voté des crédits importants pour la rendre gratuite, le nombre de jeunes Français non vaccinés est fort important. La doctrine de la sécurité sociale n'admet pas sa participation aux frais de la médecine préventive, or le prix de la vaccination ne peut pas être supporté par de nombreuses familles modestes.

Le Sénat, dans sa séance du 17 mai 1962 a adopté le principe de la vaccination anti-poliomyélitique gratuite et obligatoire. Depuis cette date, le texte de loi n'a pas été mis par le Gouvernement à l'ordre du jour des travaux de l'Assemblée nationale.

Un article concernant la responsabilité de l'Etat en matière d'accidents post-vaccinatoires serait la cause de ce retard. Votre Commission s'en est émue et au cours de son audition devant elle M. le Ministre de la Santé publique a fait connaître que le texte serait déposé dès le début de la prochaine session.

Il serait grave, pour une question secondaire, de différer plus longtemps le vote de cette loi alors que, peut-être, de nouvelles victimes pourraient être atteintes par cette maladie.

La *prophylaxie de la tuberculose* donne lieu à l'inscription d'une mesure nouvelle, soit un crédit de 400.000 francs pour l'extension de la vaccination par le B. C. G. à toutes les catégories d'étudiants. L'efficacité de ce vaccin adopté par le monde entier est évidente et cependant le taux de morbidité de la tuberculose en France, bien supérieur à celui d'autres pays, pourrait être abaissé par la généralisation de cette vaccination mise au point par des savants français.

Afin de mener avec plus de vigueur la lutte anti-tuberculeuse, il faut intensifier le dépistage systématique dans les écoles et dans les entreprises, dans le cadre de la médecine du travail ainsi que dans les collectivités rurales, ce qui sera certainement facilité par l'assujettissement des exploitants agricoles à la sécurité sociale.

L'intensification de l'action en matière de *prophylaxie du cancer* a retenu l'attention du Gouvernement qui lui a affecté une participation qui, en réalité, représente un ajustement aux besoins réels. Il existe 18 centres régionaux qui devraient être portés à 22 sur l'ensemble du territoire. Dans ces centres, sont soignés les cas complexes qui nécessitent l'intervention de tout l'équipement de lutte anti-cancéreuse. D'autre part, 70 consultations de dépistage sont installées en France. L'initiative de ces consultations avancées du cancer est départementale.

Nos collègues des Départements d'Outre-Mer demandent que l'attention du Ministre de la Santé publique soit attirée sur la prophylaxie et la lutte contre *la lèpre* ; grâce aux médications modernes, cette terrifiante affection peut guérir. Jusqu'alors, seuls les départements supportent les frais de ces traitements. Il serait bon que, comme dans la prophylaxie et la lutte contre les fléaux sociaux, l'Etat prît sa part des frais de cette lutte.

#### ENFANCE INADAPTÉE

La Commission de l'équipement sanitaire et social du IV<sup>e</sup> Plan a dressé l'inquiétant bilan des enfants inadaptés de 5 à 19 ans :

a) Débiles mentaux.....	460.000,
Dont .....	200.000 légers ;
	180.000 moyens ;
	80.000 profonds.
b) Caractériels .....	1.000.000,
	Dont 20 % seulement exigent un placement en internat.
c) Déficients moteurs....	118.000,
Dont .....	18.000 infirmes moteurs cérébraux,
	et 100.000 autres infirmes moteurs.

d) Déficients sensoriels..	9.000,
Dont .....	2.000 aveugles,
et	7.000 sourds.

Le nombre de places nécessaires est de 583.000 dans divers établissements spécialisés :

- instituts médico-pédagogiques ou médico-professionnels ;
- centres d'observation ;
- centres de rééducation pour caractériels ;
- centres de rééducation pour déficients moteurs ;
- centres d'éducation sensorielle pour aveugles et sourds.

Or nous ne disposons que de 100.000 places.

Ces chiffres font ressortir l'énorme retard de notre pays dans ce domaine et chacun connaît le drame atroce de familles cruellement éprouvées par une telle calamité.

Les opérations nouvelles au titre de subvention d'équipement pour 1963 aux organismes intéressant l'enfance inadaptée sont extrêmement modestes puisqu'elles s'élèvent à 28.400.000 F.

Les subventions de fonctionnement « en mesures nouvelles » aux organismes publics ou privés, soit 200.000 F, ne sont qu'un ajustement aux besoins réels.

La pénurie de personnel spécialisé est peut-être plus urgente et plus angoissante encore que celle de l'insuffisance du nombre des établissements. L'octroi de bourses pour les élèves des écoles d'éducation spécialisée et la formation de jardinières d'enfants spécialisées dans l'éducation des enfants inadaptés ne constitue qu'un léger palliatif à ce problème tragique.

Il est certain qu'une augmentation de crédits pour l'équipement des établissements spécialisés est sensible par rapport aux années précédentes, mais nous regrettons d'avoir à attendre l'élaboration d'un V<sup>e</sup> plan pour enfin combler l'immense retard que nous subissons dans ce domaine.

Enfin M. le ministre de la santé publique, au cours de son audition, nous a fait connaître qu'il mettait au point un texte d'aide aux familles ne bénéficiant pas de la sécurité sociale ou de l'aide sociale.

## AIDE SOCIALE ET AIDE MÉDICALE

*L'aide sociale aux vieillards et aux infirmes* a été augmentée le 14 avril 1962. M. le ministre de la santé publique a donné à la commission des affaires sociales l'assurance qu'une nouvelle augmentation interviendrait dans le prochain train de mesures sociales.

Les grands infirmes et les aveugles se voient attribuer une allocation diminuée de la dette alimentaire qu'ils ont à charge de récupérer sur les débiteurs de ladite dette. Un texte actuellement en cours de discussion entre le ministre de la santé publique, le ministre de l'intérieur et le ministre des finances prévoit le versement de l'allocation d'aide sociale entière à l'aveugle ou au grand infirme en laissant aux préfets la charge de la récupération de la dette alimentaire.

Un décret pris le 6 novembre 1962 tend à supprimer, parmi les conditions prévues pour l'octroi de l'allocation, la compensation aux infirmes travailleurs malgré l'absence de l'éducation et de l'apprentissage préalables.

En outre, tous les grands infirmes qui occupent un emploi bénéficieront du décret du 15 mai 1961 prévoyant que les gains procurés par le travail ne comptent que pour la moitié dans l'évaluation des ressources pour bénéficier de l'allocation.

On comprend, en effet, difficilement que ce bénéfice ait été refusé lorsque l'intéressé était âgé de plus de 60 ans.

L'aide sociale aux personnes âgées est particulièrement insuffisante. La commission d'étude des problèmes de la vieillesse a fait des propositions qui n'ont pas été retenues, et nous le regrettons.

L'allocation, fixée à 1.320 F par an devrait être portée à 1.600 F en 1963 et à 1.900 F en 1964. De plus, le plafond des ressources devrait être relevé et atteindre, pour une personne seule, le double de l'allocation minima.

Cette opération se traduirait, en définitive, par une économie en évitant l'hospitalisation des vieillards dont le plus grand désir est de rester à leur domicile.

## ALLOCATIONS FAMILIALES DES D. O. M.

Nos collègues des départements d'Outre-Mer nous ont exprimé à nouveau le désir de voir réalisée la parité entre les prestations familiales en Métropole et dans les D. O. M. Votre Commission s'est félicitée des mesures de revalorisation récemment intervenues dans ce domaine, mais elle a fait sien le vœu qui lui a été présenté. Elle souhaite qu'un plan soit établi et publié qui fixera les étapes et les dates auxquelles interviendront les mesures de majoration aboutissant finalement à la parité globale recherchée.

### Dépenses en capital.

La seconde partie du budget de la Santé publique et de la Population concerne les dépenses en capital ; il s'agit d'investissements exécutés par l'Etat ou de subventions d'investissements accordées par l'Etat pour la construction, l'extension, la modernisation, l'aménagement d'établissements hospitaliers et de bienfaisance ainsi que pour l'équipement d'organismes d'hygiène sociale.

L'ordonnance du 11 décembre 1958 et ses textes d'application définissent les éléments minima que doit comporter chaque échelon d'hospitalisation :

- centre hospitalier régional ;
- centre hospitalier ;
- hôpital rural ;
- hospice.

*Les Centres hospitaliers universitaires* : dans les 23 centres C. H. U. situés dans les villes universitaires, dont la création est envisagée, des transformations doivent être réalisées pour l'application de la réforme des études médicales et tenir compte à la fois des besoins hospitaliers proprement dits et des exigences que comporte leur mission nouvelle.

Ces travaux intéressent le Ministère de la Santé publique et de la Population et le Ministère de l'Education nationale ; les crédits affectés sont inscrits au budget des charges communes que notre

Commission n'a pas à examiner. Signalons que ces crédits passent de 55 millions de francs en 1962 à 90 millions de francs en 1963, soit une augmentation de 35 millions de francs et, en pourcentage, 63 %.

*Le Secteur privé* : l'inventaire des ressources hospitalières établi à l'occasion de l'élaboration du IV<sup>e</sup> Plan a permis d'effectuer un recensement des lits du secteur privé et de constater son importance, en particulier dans le domaine de la chirurgie générale et de la maternité.

L'effort de coordination des établissements de soins déjà réalisé doit être poursuivi.

Votre Commission demande avec insistance que les autorisations nécessaires de création et d'augmentation de lits privés soient délivrées avec plus de libéralité pour le motif indiscutable que l'Etat ne participe en aucune manière à ces investissements privés dont le résultat sera l'augmentation de lits dans des cliniques modernes et bien équipées, ce qui est essentiellement l'objectif à atteindre.

\*  
\* \*

*L'opération de construction d'un établissement hospitalier ou de travaux importants d'extension* comporte schématiquement trois périodes :

a) *L'élaboration des programmes* : la Commission nationale de l'Équipement hospitalier examine les programmes qui lui sont soumis. Elle fait le bilan de la fréquentation hospitalière, en augmentation constante en raison de l'amélioration des conditions techniques et de réception ; elle tient compte des prévisions d'augmentation de la population dans les dix et quinze années à venir dans la circonscription de l'établissement ; elle est avertie de la présence d'établissements privés de soins. D'après ces données, elle fait une estimation du nombre des services classiques d'hospitalisation et des services de spécialités de l'établissement que doit posséder, selon sa classification, un centre hospitalier régional ou un centre hospitalier.

Cette commission donne un avis autorisé sur des avant-projets et des plans directeurs.

b) *La délivrance des autorisations de programmes* : le Ministre procède alors au classement des opérations les plus urgentes et délivre des autorisations de programmes.

L'étude des projets et des plans directeurs, déjà amorcée par la *Commission nationale de l'Equipeement hospitalier*, se développe sous la direction et le contrôle de techniciens, ces études étant souvent retardées par des questions délicates et difficiles à régler.

C'est pour pallier ces retards et ces difficultés qu'a été créé, par arrêté du 4 mai 1960, le *Centre technique de l'Equipeement sanitaire et social*. Il peut faire appel à des collaborateurs architectes, médecins, ingénieurs des Ponts et Chaussées, chefs d'entreprises, etc.

c) *Le versement des crédits de paiement* : à ce stade, l'exécution proprement dite des travaux commence. Le Centre technique poursuit son action et veille à la fois à l'emploi rationnel des crédits, à l'application des normes techniques, tout en contrôlant les travaux exécutés par les entreprises. Des dispositions prises par arrêtés permettent à l'établissement de recevoir, dès le début de la construction, les crédits de l'Etat, tandis que les collectivités maîtresses d'œuvre font diligence pour recevoir d'autres organismes leurs parts respectives.

La grande majorité des établissements à caractère sanitaire comportant hospitalisation ou hébergement relèvent, soit des collectivités locales, soit d'organismes à but désintéressé.

La diversité et la multiplicité des sources de financement d'une construction hospitalière en permettent et en compliquent à la fois singulièrement la réalisation.

En effet, l'Etat, la Sécurité sociale, les établissements eux-mêmes, les collectivités concourent à son financement ; si c'est à l'Etat qu'incombe la coordination et le contrôle, il ne possède pas l'initiative.

Le synchronisme et l'harmonisation de ces divers modes de financement rendent difficile l'exécution rapide et économique des équipements.



Cependant, aucune opération ne peut être entreprise, si elle désire bénéficier de la subvention de l'Etat, que si elle est inscrite à un programme, ce qui constitue la promesse de l'attribution de crédits de paiement s'échelonnant sur plusieurs années.

\*

\* \*

## LES HÔPITAUX RURAUX

La situation démographique de la France et la longévité d'une part, l'insuffisance notoire des réalisations actuelles d'autre part, conduisent à envisager un effort tout particulier d'équipement du pays en faveur des personnes âgées et notamment en matière d'établissements destinés à assurer leur logement ou leur hébergement.

On peut estimer que 12 % de la population est constituée par des personnes ayant plus de 65 ans.

Le but à atteindre est de permettre à cette partie de la population de mener une vie normale.

Tout doit être mis en œuvre pour maintenir à leur domicile les personnes âgées. Des mesures concernant l'aide ménagère à domicile et son corollaire la création et le développement des travailleuses familiales portent déjà leur fruit, mais ces mesures ne sont que palliatives et il est bien évident qu'il faudra prévoir le logement ou l'hébergement de nombreuses personnes âgées. L'hospice ne peut continuer à jouer ce rôle que s'il se transforme radicalement et s'humanise.

La meilleure formule, celle qui d'ailleurs a retenu l'attention de M. le Ministre de la Santé, est l'hôpital rural. Cet établissement doit être considéré, avant tout, comme une maison de retraite pour personnes âgées à laquelle peuvent être adjoints quelques lits de médecine (ou de maternité).

Cet établissement peut assurer un isolement personnel par chambre individuelle ou comportant un nombre restreint de lits, il peut recevoir des ménages, posséder des locaux de jour agréables et des aménagements destinés à lutter contre les effets désastreux

de l'inaction. M. le Ministre de la Santé publique a pris, dès maintenant, certaines initiatives pour donner à ces établissements ruraux une organisation sanitaire à la mesure des besoins modernes :

— l'accès en sera ouvert aux spécialistes appelés en consultation auprès d'un malade hospitalisé ;

— les installations de radiodiagnostic de l'hôpital pourront éventuellement être utilisées par les malades externes ;

— la liste des actes médicaux autorisés à l'hôpital rural sera étendue d'une manière générale ;

D'autres dispositions pourraient être prises que votre Commission propose à M. le Ministre :

— l'utilisation d'une salle pour pratiquer des vaccinations collectives en lieu et place des locaux scolaires ou municipaux fort mal adaptés pour cette médecine préventive collective ;

— la mise au point d'un poste de secours pour les blessés en raison de la particulière fréquence des accidents de la route, constituant ainsi la première antenne d'un centre sanitaire routier.

Ainsi seraient réalisés de petits centres de soins au sein de l'hôpital rural dont la vocation essentielle reste le logement et l'hébergement des personnes âgées : la capacité de ces établissements pourrait être, en moyenne de 50 à 100 lits.

L'étalement schématique en trois périodes de la construction d'établissements hospitaliers est valable pour l'hôpital rural.

a) *L'élaboration des programmes* : cette période peut être vite franchie. Il peut être trouvé aisément dans une commune rurale le terrain nécessaire et convenable. Les installations ne revêtent pas un caractère technique hospitalier bien spécial. C'est pourquoi pourrait être élaborée une série de plans types pour des hôpitaux de 50 à 100 personnes, comportant quelques variantes et dans certains cas un petit service de médecine ou de maternité. Une diffusion de ces plans types serait faite dans chaque préfecture ou les conseillers généraux et les maires seraient appelés à les consulter. M. le Ministre a fait connaître à notre Commission que l'élaboration de tels projets était à l'étude.

b) *La délivrance des autorisations de programmes* : le budget de 1963 ne prévoit d'autorisation de programme que pour trois hôpitaux ruraux : au cours de son audition devant la Commission des affaires sociales, M. le Ministre nous a donné la certitude qu'il inscrira de nombreuses opérations nouvelles au prochain budget.

c) *Les crédits de paiement* : il est certain que le financement de la construction d'hôpitaux ruraux serait très aisément réalisé par des emprunts communaux, une attribution des fonds d'action sanitaire et sociale des caisses régionales de sécurité sociale, une aide du conseil général et également par des fondations et des donations.

Des entreprises d'importance moyenne pourraient mener à bien rapidement, sous le contrôle de techniciens pouvant recourir éventuellement aux conseillers de centre technique, sanitaire et social, la construction et la mise en service de ces petits centres cantonaux ou intercantonaux.

La commission de l'équipement sanitaire et social du IV<sup>e</sup> Plan a estimé les besoins d'équipement en faveur des personnes âgées sur la base de 5 lits pour 1.000 habitants (ou de 40 lits pour 1.000 personnes âgées, ils sont dans l'immédiat de 26.600 lits supplémentaires, de 32.500 d'ici 1967).

Actuellement, les hôpitaux ruraux sont au nombre de 361 représentant près de 8.500 lits répartis en 5.700 lits de médecine, 1.800 en maternité et 850 de convalescents.

Votre Commission demande que, dès maintenant, le Ministre de la Santé publique envisage la création de centres hospitaliers ruraux et l'aménagement, la modernisation de nombreux d'entre eux qui sont insuffisants ou vétustes.

#### L'EQUIPEMENT SOCIAL

Nous avons déjà évoqué la faiblesse des équipements sociaux en faveur de l'enfance inadaptée — dans d'autres domaines également le retard de notre pays est considérable et cependant le champ d'action d'une politique sociale s'étend de jour en jour.

Dans ce secteur, les réalisations relèvent plutôt de l'initiative privée que de la direction de la population. On constate une extrême dispersion des établissements qui sont le plus souvent modestes ; l'objet, le rôle, la catégorie d'intéressés auxquels ils s'adressent sont très divers. Il est d'ailleurs souhaitable que ces établissements constituent de petites unités aménagées pour accueillir un nombre limité d'intéressés afin de pouvoir conserver leur caractère familial et social.

L'aide de l'Etat en l'absence de moyens directs, ne peut s'exercer que par l'attribution de subventions.

Votre Commission des Affaires sociales souhaite qu'une aide substantielle vienne aider ces réalisations dont le caractère le plus souvent charitable est hautement humanitaire.

\*  
\* \*

Sous le bénéfice de ces observations, votre Commission a donné, à la majorité, un avis favorable à l'adoption sans modifications des dispositions budgétaires intéressant le Ministère de la Santé publique et de la Population.