

JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ STATISTIQUE DE PARIS

G. ICHOK

Le budget de la protection de la santé publique en France

Journal de la société statistique de Paris, tome 74 (1933), p. 199-243

<http://www.numdam.org/item?id=JSFS_1933__74__199_0>

© Société de statistique de Paris, 1933, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Journal de la société statistique de Paris » (<http://publications-sfds.math.cnrs.fr/index.php/J-SFdS>) implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

*Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques*
<http://www.numdam.org/>

II

LE BUDGET DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE

I. — *Le déficit en vies humaines.*

Aucun administrateur d'une société commerciale, si peu importante soit-elle, n'oseraient déployer son activité, sans prendre en considération les pertes et les profits, sans surtout faire attention aux déficits qui menacent de former, chaque année, une brèche de plus en plus grande. Cette vérité, simple et banale, ne semble pas toujours trouver son application, complète ou tout au moins satisfaisante, lorsqu'il s'agit d'un capital particulièrement précieux, c'est-à-dire du capital humain. Ainsi, les problèmes budgétaires sont abordés, avec de la bonne volonté, certes, mais, parfois, avec un esprit critique, tantôt trop sévère, tantôt trop indulgent, envers les divers facteurs morbides. Tandis qu'un homme d'action insiste, avec toute la force ardente de sa conviction solide, sur un point, l'autre dépense, avec la même générosité, toutes les ressources d'une magnifique éloquence pour défendre un autre point. Tous les deux ont raison, mais il paraît important non seulement de se spécialiser, mais aussi de se prononcer pour une doctrine d'ensemble, de connaître tous les documents, de centraliser les moyens d'information et d'action et d'établir une espèce de front commun contre la maladie évitable, la mort prématuée et pour une vie saine.

La tâche que devrait ou voudrait poursuivre un législateur, désireux de se faire une opinion objective, n'est pas aisée, pour ne pas dire impossible. Nous ne possédons aucune source précise de renseignements sur l'étendue de la morbidité, nous sommes condamnés à faire des hypothèses sur les multiples causes en jeu et tout au plus pouvons-nous disposer d'une statistique de mortalité dont les imperfections sont malheureusement bien connues. Aussi, ne faut-il pas s'étonner si le budget de la Santé publique se trouve considéré plutôt comme un symbole ou un drapeau, tandis qu'on voudrait lui attribuer les vertus, sinon d'une panacée, tout au moins d'un remède qui s'efforce, dans la mesure des moyens toujours plus puissants, de mener un combat, avec un but nettement déterminé.

C'est la mortalité qui reste forcément la base de la documentation, indispensable à une campagne méthodique d'assainissement, pour nous servir d'un terme tout à fait général. Les chiffres réunis donneront lieu aux enquêtes approfondies, et chaque fois on pourra, en pleine connaissance de cause, proposer des mesures appropriées. Les pouvoirs centraux auront leur mot décisif à dire puisque, de leur appui financier, dépendra le sort de divers programmes,

mais, sur place, la commune et le département, en relation avec les particularités locales, sauront adapter la doctrine générale du pays aux besoins spéciaux de leur région et mettre en pratique une réglementation qui se distingue essentiellement par sa souplesse.

1^o Statistique de mortalité de 1925 à 1928.

Dans le but d'embrasser d'un coup d'œil la statistique de mortalité, nous avons dressé un tableau pour les 38 causes principales de décès d'après les données de la Statistique générale de la France.

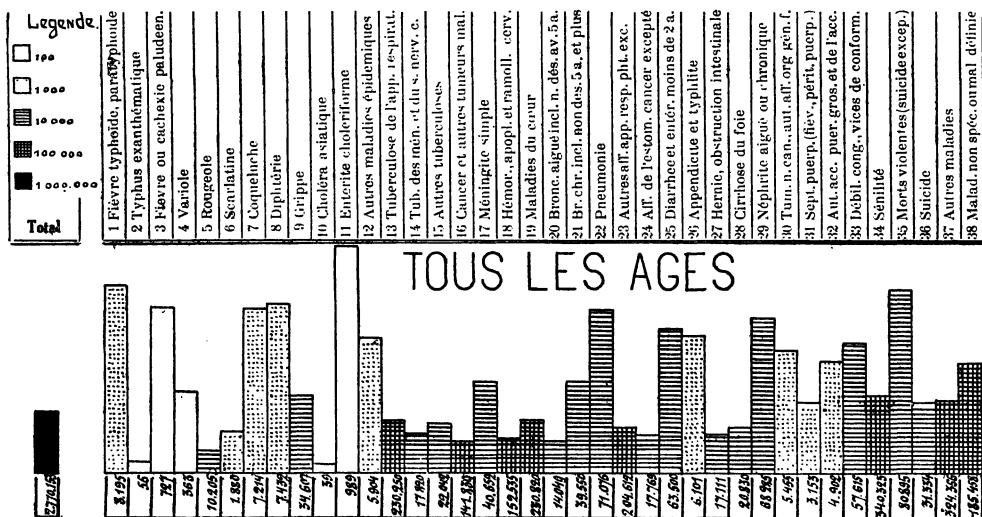


Fig. 1. — La mortalité, en France, en 1925-1928.

La légende de la première figure contient cinq espèces de carrés différents : en blanc, pour les unités de 100, en pointillé (1.000), en traits parallèles (10.000), en hachure quadrillée (100.000) et, enfin, en noir (1.000.000). De cette façon, à première vue, il est déjà possible de juger de l'importance d'une colonne d'après sa hauteur et surtout en relation avec sa représentation graphique dont cinq variétés traduisent une mortalité plus ou moins intense.

Avant d'analyser les chiffres, rappelons que la nomenclature internationale détaillée des causes de décès contient 205 rubriques principales et, si les médecins, dans leurs déclarations, voulaient ou pouvaient en tenir toujours compte, la documentation touchant la mortalité serait en mesure de donner satisfaction aux esprits curieux qui aiment pousser à fond leurs investigations. Malheureusement, pour toute une série de raisons, notamment lorsqu'il faut réunir les données recueillies dans les divers coins du territoire, la nomenclature internationale abrégée entre en ligne de compte. De cette façon, l'on se trouve en face de seulement 38 causes de décès, dont chacune peut représenter un nombre plus ou moins grand de rubriques, réunies dans une seule, comme nous pouvons le constater d'après le tableau suivant :

2^e *Les causes de décès.*

Numéros de la Nomen- cature Inter- na- tional abré- gée		Numéros de la Nomen- cature Inter- na- tional détai- llée
1	Fièvre typhoïde (typhus abdominal) ou paratyphoïde	1
2	Typhus exanthématicus	2
3	Fièvre ou cachexie paludéennes	5
4	Variole	6
5	Rougeole	7
6	Scarlatine	8
7	Coqueluche	9
8	Diphthérie	10
9	Grippe	11
10	Choléra asiatique	14
11	Entérite cholériforme	15
12	Autres maladies épidémiques	3, 4, 12, 13, 16 à 25
13	Tuberculose de l'appareil respiratoire	31
14	Tuberculose des méninges et du système nerveux central	32
15	Autres tuberculoses	33 à 36, 37 a, 37 b
16	Cancer et autres tumeurs malignes	43 à 49
17	Méningite simple	71
18	Hémorragie, apoplexie et ramollissement du cerveau	74, 83
19	Maladies du cœur	87 à 90
20	Bronchite aiguë (y compris les bronchites sans épithète, de moins de cinq ans)	99 a, 99c
21	Bronchite chronique (y compris les bronchites sans épithète, de cinq ans et plus)	99 b, 99 d
22	Pneumonie	101
23	Autres affections de l'appareil respiratoire (phtisie exceptée)	97, 98 100 102 à 107
24	Affections de l'estomac (Cancer excepté)	111, 112
25	Diarrhée et entérite (au-dessous de deux ans)	113
26	Appendicite et typhlitis	117
27	Hernie, obstruction intestinale	118
28	Cirrhose du foie	122
29	Néphrite aiguë ou chronique	128, 129
30	Tumeurs non cancéreuses et autres affections des organes génitaux de la femme	137 à 141
31	Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite puerpérales)	146
32	Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement	143, 144 145 147 à 150
33	Débilité congénitale et vice de conformation	159, 160, 161
34	Sénilité	164
35	Morts violentes (suicide excepté)	175 à 203
36	Suicide	165 à 174
37	Autres maladies	Toutes les autres rubriques.
38	Maladies non spécifiées ou mal définies	204, 205 A

TABLEAU 1. — *La nomenclature internationale des décès abrégée et détaillée.*

Parmi les 38 rubriques, la dernière qui se consacre aux maladies non spécifiées ou mal définies bat tous les records. Dans certains départements, elle prend même une proportion inquiétante et risque de compromettre sérieusement la valeur de la statistique de mortalité. En effet, comment juger de l'étendue d'une affection, en tant que cause de mortalité si elle ne se trouve

pas toujours déclarée, si on a le droit de supposer que la 38^e rubrique, cette véritable pièce de débarras, la garde dans son douteux domaine? La première conclusion d'ordre pratique qui s'impose, c'est de mettre tout en œuvre pour la déclaration des décès, car si l'on veut combattre les décès, prématurés et évitables, il faut commencer par connaître leurs ravages.

3^o *La déclaration des décès.*

A la suite d'un rapport déposé par le Dr Fié, au nom de la Commission d'Hygiène, en novembre 1930, la Chambre des Députés a invité le Gouvernement à réglementer la vérification des décès par une épreuve scientifique nettement affirmative de la certitude de la mort. Dans la séance de l'Académie de Médecine du 2 février 1932, le professeur Balthazard, pour répondre à la demande du Gouvernement, a présenté un rapport dont les conclusions sont les suivantes :

- 1^o Observer un délai de vingt-quatre heures minimum entre le moment de la mort et celui de la mise en bière;
- 2^o N'opérer aucune mise en bière avant vérification médicale du décès;
- 3^o Faire effectuer le contrôle médical des décès par des médecins de l'état civil, au moins dans les grandes villes, nommés dans des conditions propres à assurer leur compétence aussi bien au point de vue du diagnostic clinique de la mort qu'à celui de la mise en œuvre des procédés médico-scientifiques modernes du diagnostic de la mort.

Le vœu de la Chambre des Députés et le rapport du professeur Balthazard indiquent que les pouvoirs publics ont, enfin, le désir — sinon la volonté — d'améliorer une organisation, jugée par tous incomplète et insuffisante. Sans doute, les statisticiens se feront-ils l'honneur d'associer leurs voix aux autres pour que, dans la déclaration et la vérification du décès, on : 1^o s'assure que la mort est réelle; 2^o indique la cause; 3^o recherche les indices éventuels de crime ou de délit.

Tout récemment, le ministre de la Santé publique, ayant demandé à l'Académie de Médecine s'il était possible de rappeler les prescriptions de la circulaire du ministre de l'Intérieur La Valette, en date du 24 décembre 1866, relativement à la vérification sérieuse des décès, une commission, nommée à cet effet, a adopté, sur rapport de M. Balthazard, certaines modifications, dans le but moins d'indiquer, aux médecins contrôleurs, les méthodes propres à diagnostiquer la mort réelle, qu'à obtenir l'intervention effective des médecins contrôleurs :

Mesures à prendre pour empêcher les inhumations prématurées. — Considérant que la déclaration faite par les témoins appelés à la rédaction de l'acte de décès est insuffisante pour donner la certitude de la mort, puisqu'ils ne peuvent pas eux-mêmes en obtenir la preuve;

« Que si la loi fait peser sur l'officier de l'état civil la responsabilité de la constatation du décès, cette responsabilité implique l'obligation de s'entourer de tous les moyens propres à obtenir ce résultat formellement exigé;

« Qu'un homme de l'art est seul compétent pour affirmer la réalité d'un décès,

« Arrête :

« ART. 1. — Le maire de chaque commune fera choix d'un ou de plusieurs docteurs en médecine, qui seront chargés de vérifier les décès dont la déclaration aura été faite à la mairie conformément aux prescriptions de la loi.

« ART. 2. — Dès que la déclaration d'un décès aura été faite, le maire fera parvenir au médecin vérificateur du décès une feuille en double expédition sur laquelle il inscrira les nom, prénoms, sexe, âge, profession de la personne décédée, autant que possible la nature de la maladie à laquelle elle a succombé, le nom du médecin qui a soigné le malade, celui du pharmacien qui a délivré les médicaments.

« ART. 3. — Dans le cas où le décès paraîtrait douteux, l'officier de l'état civil retarderait la délivrance du permis d'inhumer jusqu'à certitude complètement acquise de la mort, par une nouvelle visite et un rapport spécial du médecin vérificateur.

« ART. 4. — Il ne pourra être procédé à l'inhumation d'une personne décédée qu'après vingt-quatre heures expirées depuis la déclaration faite à la mairie.

Pourront être exceptés les cas de putréfaction cadavérique avancée ou de toutes autres conditions préjudiciables à la santé de la famille. Dans ces cas exceptionnels, le médecin vérificateur fera un rapport spécial à la mairie.

Grâce à l'application de l'arrêté conseillé par l'Académie de médecine, la rubrique de maladies non spécifiées devra diminuer. En attendant cet avenir heureux, il faut bien compter avec les lacunes de la statistique. Abstraction faite de ces cas, nous noterons, tout d'abord, d'après les données de la figure d'ensemble, que le triste privilège d'occuper la première place parmi les causes de mortalité appartient aux maladies du cœur qui, avec 230.820 cas, dépassent le nombre enregistré pour la tuberculose pulmonaire (230.250). Les deux « rois » ont leur cour dont les membres sont également impressionnantes, sans qu'il soit possible d'établir, d'une manière précise, la liaison étroite entre les divers chaînons. Les tuberculoses dites « autres », les multiples affections pulmonaires ou bronchiques augmentent le danger d'un fléau social qui mobilise tant d'efforts, sans amener de victoires finales, sans même faire entrevoir la période prochaine d'un succès décisif.

Pour les maladies du cœur, on n'a pas encore l'habitude de se servir du terme : fléau social, et pourtant, vu ses chiffres imposants, le moment paraît tout indiqué pour mettre en branle une campagne de prophylaxie et de traitement surtout à notre époque de surmenage et de hâte morbides.

Les maladies contagieuses ne se présentent pas sous une forme telle qu'il soit possible de les comparer avec les explosions épidémiques de périodes heureusement lointaines. Cependant, puisque ce sont des maladies évitables, la tâche à poursuivre est claire. Et, peut-être, les rubriques en question seront-elles, dans un avenir rapproché, vides de toute donnée statistique.

4^e *La mortalité par groupes d'âge.*

Le même optimisme est-il permis en ce qui concerne le cancer et tant d'autres maladies de notre premier tableau? Nous voudrions l'espérer, mais, en face de chiffres si importants, la confiance dans une réalisation rapide ne paraît

pas possible, vu les difficultés qui se présentent et qui sont spéciales pour chaque groupe d'âge. Les tableaux en question sont reproduits ailleurs (1) et nous voulons ici donner seulement leur interprétation. Aussi, nous dirons, en premier lieu, que, de 0 à 1 an, la diarrhée et l'entérite sont en tête de la danse macabre où la débilité congénitale, les affections de l'appareil respiratoire et la méningite font figure de maîtres dont la puissance n'est pas suffisamment entravée. Grâce au B. C. G., le danger tuberculeux sera enrayé, mais quel immense effort de prophylaxie ne reste-t-il pas encore à déployer si l'on veut venir à bout de la monstrueuse mortalité de 0 à 1 an.

Après le « massacre d'innocents » de 0 à 1 an (273.592 cas), la mortalité est de beaucoup moins prononcée de 1 à 4 ans. Les 98.821 décès sont encore de trop, surtout si l'on compte, dans le nombre, tant de décès par maladies contagieuses, affections de l'appareil respiratoire, méningite, diarrhée, entérite, etc.

Les chiffres qui embrassent la période scolaire présentent une mortalité moindre que pour les groupes d'âges précédents, mais on voit déjà le début de la marche triomphale de la tuberculose. Autre fait inquiétant, c'est le nombre important de morts violentes : 2.301 cas de 5 à 9 ans, et 1.730 de 10 à 14 ans. Les suicides sont comptés à part et, hélas, les rubriques ne sont point vides de 10 à 14 ans, puisque nous y trouvons 81 petits qui ont quitté ce monde de propos « délibéré ».

L'influence favorable de la vie scolaire étant terminée, les suicides augmentent sensiblement, comme nous pouvons le voir, pour le groupe d'âge de 15 à 19 ans. Toutefois, les 862 suicides sont moins impressionnantes que les 19.752 cas de tuberculose pulmonaire contre 3.327, dans le groupe d'âge précédent. C'est à partir de cet âge, qui inaugure la période post-scolaire, le dur contact avec les réalités de la vie et avec la lutte pour l'existence, que la tuberculose pulmonaire domine la scène. Parmi les remèdes proposés, nous retiendrons surtout l'orientation professionnelle. Les êtres fragiles et faibles éviteront, ainsi, grâce à une occupation appropriée à leur état physique et psychique, le choc, devenu aisément et trop fréquemment mortel.

De 20 à 40 ans, la tuberculose poursuit son œuvre destructrice. Le bacille de Koch fait ses ravages, sans qu'il rencontre, sur son chemin, une résistance suffisante. A côté de la tuberculose, les autres maladies mortelles jouent leur rôle, si l'on peut dire ainsi, de parents pauvres dont la situation ne s'améliorera que plus tard. En effet, après la quarantaine, les maladies du cœur et le cancer commencent à faire de la « concurrence » à la tuberculose. Les périéties de la lutte sont intéressantes, car elles montrent combien il est difficile d'éclipser la sinistre gloire de la tuberculose. Autour de la cinquantaine, les trois maladies rivales : la tuberculose, le cancer et les cardiopathies ont à peu près les mêmes chances, avec une légère avance pour la tuberculose qui compte, de 50 à 54 ans, 17.535 décès, tandis que le cancer et les maladies du cœur n'ont fait que 14.310 et 13.890 victimes.

Le groupe d'âge de 55 à 59 ans consacre le triomphe des maladies du cœur

(1) G. ICHOK, *Études sur la population française*. — Une monographie de 164 pages. Édition de la « Biologie médicale ». Paris, 1932.

(19.147) qui dépassent la tuberculose pulmonaire (12.722) et le cancer. Maintenant, la compétition se limite aux deux concurrents : le cancer et les cardiopathies. Ce sont les maladies du cœur qui emporteront la première place, mais dans tous les groupes d'âge, les deux « adversaires se touchent » de près.

La fameuse triade de causes de décès ne doit pas nous faire oublier les autres. Les maladies infectieuses occupent encore une place que l'on voudrait et pourrait restreindre sérieusement. La rougeole (10.205 cas), la grippe (34.607 cas), la typhoïde (8.195) et tant d'autres occasionnent des décès nombreux et pourtant évitables. Seuls, le typhus exanthématique (56 cas) et le choléra asiatique (39), les deux jadis si terrifiants, montrent un recul satisfaisant, et l'on se demande si le moment n'est pas venu de mettre en application un plan d'ensemble de lutte contre toutes les maladies contagieuses.

L'appendicite, la hernie et l'obstruction intestinale, ainsi que les tumeurs non cancéreuses, peuvent, sans doute, également voir leur nombre diminué, parmi les causes de décès, si l'intervention nécessaire a lieu en temps utile. En somme, c'est un domaine où l'œuvre du chirurgien fait des « miracles », mais à condition de pouvoir agir à un moment opportun.

Pour la néphrite, la tâche est plus délicate, car ses causes sont multiples. Peut-être, pour la cirrhose du foie, la prophylaxie sera-t-elle plus facile, si l'on arrive à convaincre les alcooliques de la nécessité de renoncer à la boisson meurtrière.

La septicémie puerpérale qui, dans les temps heureusement déjà anciens, était considérée comme un fléau inévitable et qui, dans les hôpitaux d'antan, donnait lieu à des drames déchirants, puisque toute accouchée, non protégée par l'asepsie ou l'antisepsie, à cette période inconnue, redoutait l'infection impitoyable, cette septicémie ne figure qu'avec un ensemble de 3.153 décès. Encore un chiffre qui finira par disparaître tout à fait !

Les morts violentes, si l'on avait assez de place pour en parler avec tous les détails voulus, permettraient de dérouler un tableau étrange de nos mœurs, d'après les faits divers, auxquels les journaux quotidiens offrent de la place avec complaisance. Accidents d'automobile, de travail, et meurtres de toute sorte nous remplissent d'une espèce d'effroi, mélangé d'un sentiment de pitié pour les malheureux dont la mort aurait pu être évitée.

Pour les suicidés, dont les rubriques ne désemplissent pas depuis l'âge de 10 ans, jusqu'au groupe de 95 à 99, l'œuvre de prophylaxie est complexe. Certes, en principe, seuls, les anormaux accomplissent ce geste fatal, mais, lorsque l'on connaît des cas d'extrême misère, de désespoir, surtout à un âge avancé, quand les forces de résistance manquent, il paraît bien difficile de condamner, sans accorder de circonstances atténuantes. Qu'il s'agisse d'un suicide ou d'une toute autre cause de décès, la prophylaxie est possible et nécessaire. Seule, la sénilité provoque chez nous un sentiment de satisfaction. Malheureusement, à ce point de vue, après avoir examiné tous les chiffres, par groupe d'âge, certains commentaires paraissent indispensables. En effet, nous ne pouvons pas accepter, comme cause justifiée de mort, les décès par sénilité déjà à l'âge de 50 ans. La statistique en question nous donne, de 50 à 54 ans, 1.031 décès par sénilité. De 55 à 59, le chiffre correspondant est de 1.978; de 60 à 65 ans, 6.367.

La sénilité précoce est un fléau aussi grave et aussi évitable que les autres. Donc, en somme, l'étude de la mortalité par groupes d'âge n'est rassurante à aucun point de vue. A cette occasion, on se rappelle les paroles du statisticien Sussmilch qui a écrit, en 1742 :

« Nous sortons de cette vie par trois portes : l'une immense, aux proportions colossales, par laquelle passe une foule de plus en plus considérable, c'est la porte des maladies; la seconde, de moindre importance, et qui semble se rétrécir graduellement, c'est celle de la vieillesse; la troisième, sombre, d'apparence sinistre, toute maculée de sang et qui s'élargit chaque jour, c'est la porte des morts violentes, et notamment celle du suicide. »

Ce qu'écrivait Sussmilch, en 1742, présente encore de l'intérêt à l'heure actuelle, surtout vu les années de guerre et d'après-guerre. Cependant, il est permis d'être moins pessimiste à notre époque de médecine préventive et sociale. Lorsque ses doctrines seront appliquées intégralement, lorsque l'organisation sociale sera inconcevable et même inadmissible sans la protection de la santé publique, la porte de la vieillesse sera largement ouverte, tandis que les autres resteront destinées aux cas tout à fait exceptionnels. Nous sommes encore loin de l'idéal, mais les immenses difficultés de la tâche à accomplir ne feront qu'accroître le zèle des hommes au service d'une humanité, tourmentée par la lutte pour une existence meilleure d'où tant de fléaux et notamment la maladie évitable et la mort prématurée devront être bannis. Les efforts à poursuivre dépassent les moyens de l'individu. C'est à la collectivité, à l'État d'intervenir énergiquement. Pour cette raison, après les statistiques de mortalité ou plutôt parce que nous connaissons ces statistiques, nous nous tournons vers le Budget de la protection de la Santé publique.

* *

II. — *Dépenses en faveur de la Santé publique.*

Après une rapide étude qui vise la mortalité surtout prématurée, on voudrait connaître les efforts déployés par les œuvres publiques et privées. En effet, en face d'un bilan qui montre un déficit en vies humaines, voire même leur gaspillage, on a le droit de se demander, à juste raison, avec quels moyens financiers la campagne s'organise pour affaiblir ou tenir en échec les innombrables facteurs morbides.

La réponse à la question posée ne paraît pas simple, pour toute une série de raisons faciles à comprendre. Rappelons, tout d'abord, l'impossibilité de disposer de la documentation nécessaire, notamment pour tout ce qui touche les initiatives privées. En ce qui concerne l'aide apportée par l'État, le département ou la commune, pour ne citer que la fameuse triade, le souci de fournir une image complète ne pourra guère être satisfait, car, d'une part, c'est une tâche trop lourde et de longue haleine si l'on veut dépouiller et résumer tous les budgets locaux, et, d'autre part, bien souvent, des dépenses importantes, sans pouvoir être mises directement sur le compte de l'armement sanitaire, contribuent néanmoins, d'une façon puissante, à la protection de la Santé publique. Ainsi, chaque ministère peut dépenser, dans une certaine mesure,

des sommes qui, d'une manière ou d'une autre, augmentent le bien-être et rendent la vie meilleure pour le plus grand profit de la santé physique et morale d'une masse d'individus, mais, seul, le budget de la Santé publique dispose de crédits destinés exclusivement à conserver et améliorer le capital humain.

Avant 1930, c'est au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales qu'il fallait chercher les sommes spéciales qui nous intéressent. En effet, ce n'est que par le décret du 2 mars 1930, signé par M. Tardieu, président du Conseil, que la succession de M. Loucheur a été confiée à deux titulaires : M. Laval, ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, et M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique.

En se basant sur une documentation, fournie par l'Office national d'hygiène sociale, nous allons donner un tableau pour 1914-1932 et qui touche un certain nombre de crédits particulièrement importants, accordés soit au compte du ministère du Travail, soit du ministère de la Santé publique proprement dite. Les différents chapitres sont disposés par nous suivant le montant de la somme. Entre la Commission de la tuberculose avec ses 5.250 francs et l'Assistance aux vieillards, infirmes et incurables qui, pour les neuf mois de 1932, a exigé 310 millions on aura toute la gamme, qui incitera à une série de réflexions instructives.

								1932 (9 mois)
1914	1920	1926	1927	1928	1929	1930-1931	1931-1932	
Commission de la tuberculose.								
Institutions de bienfaisance, d'assistance par le travail.	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	7.500	5.250
Prorégande en faveur du relèvement de la natalité.	250.000	100.000	175.700	175.700	175.700	195.700	200.000	160.000
Entretien des enfants normaux titulaires de fraction de bourse.								
Inspection médicale des écoles primaires.								
Service sanitaire maritime.								
Subventions aux écoles d'infirmières.								
Conseil de perfectionnement.								
Protection des enfants du premier âge.								
— Participation de l'Etat.								
Hygiène et salubrité générales. — Epidémies.	850.000	400.000	2.080.000	2.200.000	2.400.000	2.500.000	2.500.000	187.500
Subventions aux centres régionaux anticancéreux.								
Traitements et indemnités. — Inspection de l'Assistance publique.								
Subventions. — Camps de vacances.								
Cartes d'enfants en plein air.								
Institutions et établissements de sourdis-muets et d'aveugles. — Subventions.								
Assistance maternelle et protection des enfants «en premier âge».	650.000	3.000.000	5.050.000	5.500.000	5.500.000	7.500.000	11.000.000	11.000.000
Prophylaxie des maladies vénériques.								
Assistance aux tuberculeux.								
Assistance médicale gratuite.								
Assistance aux familles nombreuses et aux veuves privées de ressources.								
Primes à la natalité.								
Participation de l'Etat.								
Assistance aux femmes en couches.								
Dépenses occasionnées par les aléas, sans domicile de secours.								
Assistance aux mères qui allaient leur enfant au sein.								
Participation de l'Etat aux dépenses du Service des Enfants assistés.	14.673.000	12.673.000	39.450.000	42.000.000	44.000.000	50.000.000	66.000.000	68.925.000
Allocations aux familles dont les membres indispensables sont appels sous les drapeaux.								
Lutte contre la tuberculose. — Santé publique. Prévention, etc.	120.000	4.120.000	18.440.000	20.000.000	41.000.000	49.500.000	72.000.000	74.000.000
Habitations à bon marché et logements à loyers moyens.								
Encouragement national aux familles nombreuses.	40.000	33.263.000	48.954.900	48.838.600	48.838.600	154.425.000	168.480.500	170.870.000
Assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.								
Total.	54.600.000	43.900.000	186.500.000	175.000.000	210.000.000	210.000.000	324.989.000	320.000.000
Total des crédits ouverts au budget du ministère de la Santé publique.							1.207.160.195	1.154.354.060
Total général des crédits ouverts au budget de l'exercice.							50.398.167.295	50.640.509.352
							1.225.289.076	1.173.417.384
								1.056.491.395
								41.067.501.752
								1.039.869.776

TABLEAU 2. — Budget de la Protection de la Santé publique, 1914-1932.

Tout essai de faire une comparaison approfondie entre les divers chapitres paraît difficile si l'on veut expliquer en détails l'augmentation ou bien la diminution. Il faudra longtemps fouiller les archives parlementaires et se faire l'interprète de doléances, exprimées au cours des années écoulées, pour justifier les fluctuations, à l'avantage ou au détriment de certaines branches de l'action sanitaire. Nous renonçons à cette analyse point aisée, d'un grand intérêt historique, et nous insisterons seulement sur les tendances générales du Budget. Ainsi, nous verrons les préoccupations essentielles du Gouvernement et nous pourrons voir si elles se trouvent d'accord avec les conceptions modernes d'une médecine publique, sociale et préventive.

Les dépenses en faveur de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, qui dominent le budget, montrent clairement combien l'aide aux handicapés, aux diminués définitifs, pour nous servir d'un terme général, inspire les législateurs.

Après avoir tenu compte, dans la mesure du possible, de la misère, le maximum de générosité est voué à l'encouragement aux familles nombreuses et aux habitations. Dans cette triade, l'on a affaire aux *centaines* de millions, mis à la disposition principalement de l'assistance.

Des *dizaines* de millions sont prévues pour les rubriques où l'assistance occupe également une place prépondérante, à côté de la tuberculose et des maladies vénériennes qui font aussi valoir les droits de la médecine sociale proprement dite.

Le troisième groupe, avec ses *unités de millions* se consacre encore à l'assistance, mais nous y voyons apparaître la médecine préventive puisque la protection de l'enfance entre en jeu. Enfin, le quatrième, où l'on n'atteint plus le million, l'assistance se rencontre à titre exceptionnel (entretien des enfants anormaux, assistance par le travail), mais c'est l'inspection médicale scolaire qui frappe l'attention au point de vue de la médecine préventive.

Les quatre groupes, indiqués schématiquement, seront mieux visibles si l'on jette un coup d'œil sur la deuxième figure où le noir, la hachure quadrillée, les traits parallèles et le pointillé permettent rapidement de constater la largeur du législateur.

BUDGET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1930-1932
Pour l'année seulement
9 mois du 1^{er} Avril au
31 Décembre

LÉGENDE

\square	= 10,000 Fr.	\blacksquare	= 100,000 Fr.
\blacksquare	= 1,000,000 Fr.	\blacksquare	= 10,000,000 Fr.
\blacksquare	= 100,000,000 Fr.	\blacksquare	= 1,000,000,000 Fr.
\blacksquare	= 10,000,000,000 Fr.		

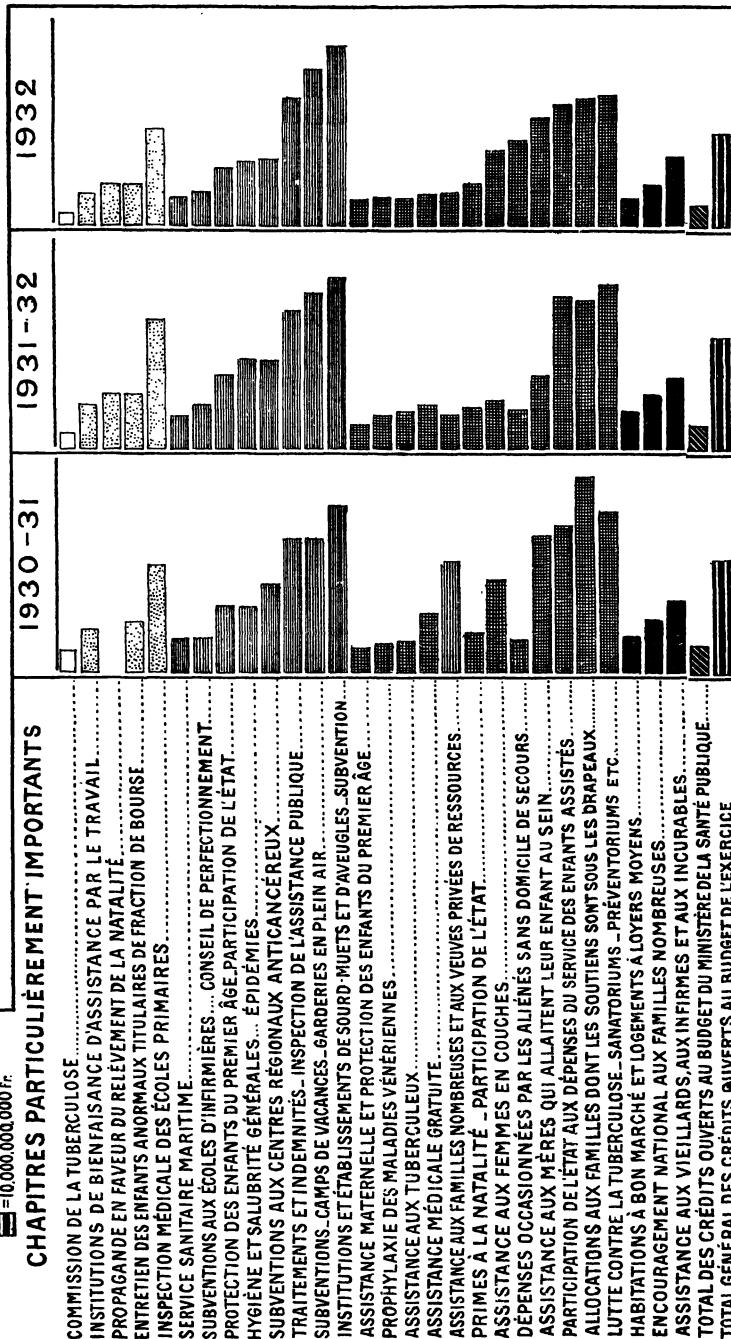


Fig. 2. — Budget du ministère de la Santé publique par ordre d'importance des sommes allouées (1930-1932.)

En somme, pour nous résumer, le Budget du ministère de la Santé publique, depuis 1930, et auparavant, celui de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale du ministère du Travail est, avant tout et surtout, un budget d'assistance. Cette conclusion qui se base sur une impression générale n'est juste qu'en partie et pour rendre hommage à la politique sanitaire du Gouvernement, il est indispensable de scruter, à côté du budget du ministère de la Santé publique celui des autres. Avant de disséquer, examinons le budget dans son ensemble. Notre investigation portera sur 1932, puisque, cette année, comme on le sait, les douzièmes provisoires se succèdent, sans qu'il soit possible d'envisager le budget de l'année dans son ensemble.

MINISTÈRES ET SERVICES Exercice 1932.	MONTANT des crédits accordés
	Francs
<i>Récapitulation.</i>	
<i>I^e partie. — Dette publique.</i>	
Finances	16.364.311.026
<i>II^e partie. — Pouvoirs publics.</i>	
Finances	90.676.000
<i>III^e partie. — Services généraux des ministères.</i>	
Finances	518.938.128
Services judiciaires	229.416.160
Services pénitentiaires	98.347.278
Affaires étrangères	236.737.462
Intérieur	1.177.988.282
Guerre	8.904.088.545
Défense des territoires d'outre-mer	1.314.601.550
Marine militaire	2.411.268.577
Instruction publique	2.764.144.824
Éducation physique	32.049.614
Enseignement technique	169.960.514
Beaux-Arts	133.632.494
Commerce et Industrie	71.871.026
Air	1.826.511.707
Travail et Prévoyance sociale	1.378.286.451
Santé publique	1.066.491.395
Colonies	588.876.880
Agriculture	447.436.001
Travaux publics	2.029.286.251
Régions libérées	95.723.000
Marine marchande	431.009.888
Pensions	1.870.947.050
Total pour la III ^e partie	22.777.596.505
<i>IV^e partie. — Frais de régie, de perception, et d'exploitation des impôts et revenus publics.</i>	
Finances	1.228.760.073
Affaires étrangères	2.118.000
Agriculture	142.805.468
Total pour la IV ^e partie	1.373.688.541
<i>V^e partie. — Remboursements, restitutions et non-valeurs.</i>	
Finances	487.842.680
Services pénitentiaires	3.080.000
Agriculture	362.000
Total pour la V ^e partie	491.234.680
TOTAL GÉNÉRAL	41.097.501.732

TABLEAU 3. — *Récapitulation du budget des divers ministères. 1932.*

Un peu plus d'un milliard seulement pour la Santé publique sur plus de 41 milliards de dépenses en 1932, cette constatation qui devient, tantôt un reproche, tantôt une raillerie, n'est pas exacte — répétons-le une fois de plus

— car il faut juger l'action sanitaire non seulement d'après le budget du ministère spécialisé.

Qu'il soit donc permis de dresser des rubriques que l'on pourrait parfois taxer d'artificielles, mais dont le but est de faire ressortir la politique sanitaire de chaque ministère. Bien entendu, la liaison directe ou indirecte avec le vaste et protéiforme domaine de la Santé publique ne frappe pas toujours à première vue, mais, réflexion faite, il est relativement aisé d'établir la relation de cause à effet et de supposer ou de soupçonner l'influence bienfaisante d'un crédit sur la protection de l'organisme de l'homme sain ou du malade.

A. — HABITATIONS

Finances :

ART. 104. — Frais de contrôle des organismes d'habitations à bon marché et sociétés de crédit immobilier ayant bénéficié du concours de l'Etat Mémoire.

Santé publique :

ART. 13. — Participation de la France aux congrès et manifestations en matière d'habitations à bon marché, d'hygiène et d'assistance	150.000
ART. 16. — Subvention pour la construction de maisons à bon marché	123.750.000
ART. 17. — Contribution de l'Etat au fonds spécial de garantie destiné à faciliter aux invalides de guerre l'obtention du bénéfice de la législation relative aux habitations à bon marché	1.500.000
ART. 18. — Contribution de l'Etat au paiement de l'intérêt des emprunts complémentaires des organismes d'habitations à bon marché (Art. 5 de la loi du 13 juillet 1928)	Mémoire.
ART. 19. — Participation de l'Etat pour la construction de logements à loyers moyens (art. 29 et 30 de la loi du 13 juillet 1928)	1.947.375
ART. 20. — Participation de l'Etat aux subventions pour les constructions d'immeubles, principalement affectés aux familles nombreuses visées à l'article 58 de la loi du 5 décembre 1922	576.000
ART. 21. — Part de l'Etat dans les annuités dues à la Caisse des Dépôts et Consignations pour les prêts effectués par application de la loi du 24 octobre 1919.	525.000
ART. 22. — Frais d'application de la législation des habitations à bon marché	Mémoire.
Total	128.448.375

TABLEAU 4. — *Habitations à bon marché; crédit immobilier; logements à loyer moyen; immeubles pour familles nombreuses; invalides de guerre.*

A tout Seigneur, tout honneur! Si nous commençons par les habitations, c'est que, parmi les moyens jusqu'à un certain point indirects, dans la lutte contre la mort prématûrée, la construction du logement, sain et à bon marché, occupe, sans aucun doute, une des premières places. Le Budget français tient compte, comme nous pouvons le voir d'après les sommes accordées, de cette primordiale vérité médico-sociale. Pour nous faire une idée d'ensemble, nous ne pouvons mieux faire que de nous adresser au dernier Rapport du Conseil supérieur des Habitats à bon marché au Président de la République pour l'année 1931 (*Journal officiel*, annexe du 3 février 1933, p. 257-284). Son auteur, notre vénéré maître M. Georges Risler, membre de l'Institut, indique qu'en somme, au 31 décembre 1931, le montant des avances aux Offices d'habitats à bon marché et au Crédit immobilier s'élevait, en chiffres ronds, à 8 milliards

600 millions de francs. A ce total déjà imposant, il y a lieu d'ajouter des subventions au titre de l'article 59 de la loi du 5 décembre 1922 ainsi que pour la construction de logements à loyers modérés et d'habitations à bon marché améliorés. Si l'on transforme cet argent en logement, on aboutit au nombre de 138.500, soit 68.500 avec le bénéfice de la loi Ribot et 70.000 par les Offices et les Sociétés des habitations à bon marché.

En 1932, 3 milliards ont été mis à la disposition des organismes d'habitutions à bon marché. Le montant de 10 milliards ainsi atteint est impressionnant, mais la voix autorisée de M. Risler sera entendue, lorsqu'en rappelant que c'est à la fin de l'année 1933 que Loucheur avait fixé la limite de son intervention, il proclame :

« Nous ne croyons pas cependant qu'il ait jamais pensé à arrêter à cette date le mouvement en faveur de l'amélioration du logement populaire. Il ne peut être question, nous l'avons prouvé plus haut, d'arrêter l'essor du crédit immobilier; il ne paraît pas davantage possible de cesser l'action exercée sous les diverses formes en vue de la disparition du taudis meurtrier. Il y a évidemment une question de mesure, mais il n'est pas concevable qu'on puisse penser un seul instant que la réforme du logement des travailleurs est dès maintenant accomplie en France et que l'Etat n'a plus à envisager aucun sacrifice à ce point de vue. »

Peut-être voudra-t-on invoquer la crise et le chômage pour envisager la diminution des crédits. Or, à ce sujet, M. Georges Risler dit :

« Malgré la crise qui sévit, malgré les menaces de chômage, un nombre de plus en plus considérable de travailleurs sont résolus à accomplir l'effort nécessaire pour conquérir la propriété de leur foyer familial et les bienfaits moraux et matériels qu'il comporte.

« N'y avait-il pas lieu de penser que le ralentissement de l'activité industrielle et commerciale et les réductions de salaires entraîneraient une très sensible diminution de la quantité des demandes d'avances adressées aux sociétés de crédit immobilier? Or, c'est le contraire qui s'est produit. Alors que le montant des avances mises à la disposition des sociétés, qui fut, pour 1931, de 1 milliard 100 millions, est, pour 1932, de 1 milliard, c'est-à-dire presque équivalent, les demandes des sociétés s'élèvent à plus de 1 milliard 900 millions. Cela crée, pour elles, l'obligation de refuser, à la moitié des travailleurs remplissant toutes les conditions exigées par la loi Ribot, et se présentant à leurs guichets, l'avance impatiemment attendue.

« Alors que la bienfaisante activité des sociétés de crédit immobilier devrait encore s'accroître, elle va, au contraire, se réduire, et l'on ne peut s'empêcher de regretter que des ressources suffisantes ne soient pas mises à leur disposition. »

B. — *La cellule familiale.*

Les problèmes qui touchent la repopulation sont insolubles si la protection de la mère et de l'enfant ne sont pas abordés en même temps et avec une sollicitude égale. La cellule familiale apparaît aussi dans toute sa complexité, car pour la favoriser, trop de moyens directs et indirects peuvent être envi-

sagés. Le législateur n'a qu'embarras de choix et si généreux soit-il, on trouvera toujours l'occasion de lui adresser des reproches par ailleurs mérités.

I. — *Natalité et familles nombreuses.*

Santé publique :

ART. 24. — Participation de l'État au paiement des primes à la natalité allouées par les départements et les communes	19.500.000
ART. 25. — Propagande en l'honneur de la natalité et subventions aux œuvres combattant la dépopulation	187.500
ART. 30. — Encouragement national aux familles nombreuses	191.250.000
ART. 31. — Assistance aux familles nombreuses et aux veuves privées de ressources	<u>15.000.000</u>
Total	225.937.500

TABLEAU 5. — *Propagande contre la dépopulation ; primes à la natalité, encouragement, assistance aux familles nombreuses et aux veuves.*

La propagande en l'honneur de la natalité et les subventions aux œuvres combattant la dépopulation occupent une des premières places dans notre cinquième tableau récapitulatif et l'on serait tenté peut-être d'en conclure que nous attribuons à ces dépenses une importance primordiale. Cette interprétation — disons-le de suite — n'est pas exacte, car nous ne possédons aucun élément permettant de mesurer, d'une façon objective, les progrès, réalisés par les propagandistes dont le zèle est indiscutable. Leur effort peut servir la cause des hygiénistes, à condition toutefois de parler non seulement et tout simplement en faveur de la repopulation, mais d'insister sur la nécessité absolue de créer aux enfants à venir au monde, des conditions normales d'existence.

Les primes à la natalité, dont les modalités ne sont pas identiques partout intéressent, la plupart du temps, d'une manière relativement peu importante, la protection de la Santé publique. Versée à toutes les familles, quelle que soit leur situation de fortune, la prime a plutôt le caractère d'un prix, d'une distinction, et il serait à souhaiter que le rôle sanitaire fût mis en valeur, grâce à l'obligation de se présenter aux consultations prénales, etc. Il s'agira de confondre la prime à la natalité avec l'assistance aux femmes en couches, dont il va être question plus loin.

L'encouragement aux familles nombreuses et l'assistance, notamment aux veuves privées de ressources, au même titre que les primes, ne sont pas du domaine de la politique sanitaire proprement dite. Les sommes allouées, tout en étant inscrites au budget de la Santé publique, remplissent essentiellement une autre mission dont cependant les médecins peuvent tirer un profit.

II. — *Enfants du premier âge.*

Santé publique :

ART. 26. — Assistance aux femmes en couches	34.000.000
ART. 27. — Assistance aux mères qui allaient leurs enfants au sein	48.900.000
ART. 28. — Participation de l'État au service de la protection des enfants du premier âge (Loi 23 déc. 1874).	2.625.000
ART. 29. — Subventions aux œuvres d'assistance maternelle et de la protection des enfants du premier âge	11.000.000
ART. 35. — Participation de l'État aux dépenses du service des Enfants assistés	<u>53.925.000</u>
Total	150.450.000

TABLEAU 6. — *Femmes en couches; mères qui allaient; assistance maternelle; enfants assistés et du premier âge.*

Les millions dépensés d'après le sixième tableau forment la base de l'action sanitaire en faveur de la cellule familiale. Loin de nous l'idée de mesurer l'utilité de ces sommes d'après leur importance. Certes, plus la somme est grande, d'autant plus facile sera la réalisation d'une prescription médicale. Mais les ordonnances et les conseils, pour être les plus coûteux, ne sont pas toujours les meilleurs. Une mère intelligente et docile, si elle se présente régulièrement aux consultations, si elle entoure son petit de tous les soins nécessaires qui, parfois, ne demandent pas une considérable mise de fonds, mais une dose de bonne volonté, cette mère rendra, à peu de frais, la vie de l'enfant saine. Or, malheureusement, quelquefois, l'empressement à toucher l'allocation ne se double pas d'une même ardeur pour suivre les conseils reçus. Heureusement, grâce aux nouvelles dispositions en vigueur dans beaucoup de communes, la surveillance médicale ne reste pas un vain mot.

Pour terminer avec ce sous-chapitre, un mot sur les enfants assistés. Les statistiques terrifiantes de mortalité, publiées il y a quelques années, sont dans la mémoire de tous, mais la situation s'est modifiée et nous voulons espérer que la participation de l'État aux dépenses du Service des Enfants assistés équivaudra à une lutte victorieuse contre cette espèce de mortalité évitable.

III. — *Age scolaire et postscolaire.*

Santé publique :

ART. 43. — Remboursement des frais d'entretien des enfants anormaux titulaires de fractions de bourses	187.500
ART. 44. — Application de la loi du 11 avril 1908 sur la prostitution des mineures	11.250
ART. 45. — Participation de l'État aux dépenses faites par les départements pour l'établissement d'écoles de pupilles difficiles ou vicieux	Mémoire
ART. 46. — Service de l'éducation forcée en Alsace et Lorraine. — Entretien des pupilles et subventions	506.250
ART. 52. — Subventions aux institutions assurant le fonctionnement de camps de vacances ou de garderies en plein air	7.000.000
ART. 71. — Inspection médicale des écoles primaires	435.00

Éducation nationale :

ART. 33. — Encouragement à l'orientation professionnelle	663.000
TOTAL	<u>8.803.000</u>

TABLEAU 7. — *Inspection scolaire; camps de vacances et garderies de plein air; enfants anormaux; mineures prostituées; pupilles difficiles ou vicieux; éducation forcée; orientation professionnelle.*

Les 435.000 francs de l'Inspection médicale des écoles vont, sans doute, faire sourire les générations futures. Au Parlement, la question est à l'ordre du jour et à moins de difficultés budgétaires insurmontables, le moment viendra bientôt où il sera possible de doter les écoles de médecins inspecteurs, dont les appointements seront suffisants pour permettre la réalisation d'une tâche, dans la mesure voulue et nécessaire.

L'Inspection médicale aura son mot à dire sur les élèves et sur les écoles

elles-mêmes. Sans doute, donnera-t-elle sa préférence aux écoles de plein air dont le nombre est encore beaucoup trop restreint. Dans l'avenir, les écoles de plein air figureront, on a le droit de l'espérer, pour une part importante, dans un chapitre élargi de subventions aux institutions assurant le fonctionnement des camps de vacances, de jardins et des écoles de plein air.

Les écoles de plein air sont utiles à tous les enfants, mais surtout aux affaiblis et aux chétifs. Nous arrivons ainsi à la question délicate et épiqueuse de l'enfance anormale qui a besoin d'une éducation spéciale. Enfants anormaux, pupilles difficiles ou vicieux, mineures prostituées, voici quelques noms donnés dans le budget, à cette catégorie d'enfants malheureux qui peupleront les asiles et les prisons, si l'œuvre de rééducation ne remplit pas, en temps utile, son but de prévention.

S'occuper de l'enfant « déficient », c'est contribuer à la paix sociale dont la cause sera servie également par l'orientation professionnelle. Elle aura pour objet les enfants et les adolescents et, au besoin, les adultes, malades et infirmes (1), obligés d'adapter leurs occupations à un organisme diminué. Pour remplir cette tâche, humanitaire au plus haut degré, les 663.000 francs, à titre d'encouragement à l'orientation professionnelle, ne paraissent pas exagérés, et il faut souhaiter que les crédits soient augmentés, car l'orientation professionnelle diminuera certainement le nombre des aigris et des révoltés dont beaucoup se recrutent parmi ceux qui se sont crus ouvriers qualifiés ou destinés à tenir des emplois supérieurs et qui, par suite de circonstances diverses, sans rien perdre de leurs illusions, sont rejetés dans la masse des manœuvres.

IV. — *Les Pupilles de la Nation.*

Éducation nationale :

ART. 136. — Subvention à l'Office national pour le service des allocations aux pupilles de la Nation.	112.250.000
ART. 137. — Pupilles de la Nation. — Bourses	22.977.400
ART. 138. — Office national. — Offices départementaux et sections cantonales des Pupilles de la Nation. — Rémunération du personnel	5.238.679
ART. 139. — Office national des Pupilles de la Nation. — Indemnités du personnel.	21.375
ART. 140. — Office national et offices départementaux des Pupilles de la Nation. — Matériel	938.250
TOTAL	<u>141.425.704</u>

TABLEAU 8. — *Pupilles de la Nation ; personnel ; matériel ; bourses.*

Les pupilles de la Nation émargent à un budget qu'on pourrait appeler d'assistance, mais qui devrait s'inspirer des principes de médecine préventive. Visites périodiques et dépistage, orientation professionnelle, voici une triade qui donnerait un caractère nouveau à l'effort financier en faveur des pupilles dont la morbidité et la mortalité trahiraient vite les efforts bienfaisants escomptés.

(1) G. ICHOK, *Le travail des malades et des infirmes.* — Un vol. de 320 p. M. Rivière éditeur. Paris, 1931.

V. — Allocations aux fonctionnaires pour charges de famille.

	AGRICULTURE (art. 87)	BEAUX-ARTS (art. 77)	COMMERCE (art. 32)	ÉDUCATION nationale (art. 138)	ÉDUCATION physique (art. 5)	FINANCES (art. 42-43, 98)
TOTAL : 215.724.320	8.838.750	975.000	300.000	52.102.500	17.250	138.896.000
	ENSEIGNEMENT technique (art. 48)	INTERIEUR (art. 39)	JUSTICE (art. 25)	PRÉSIDENCE du Conseil (art. 25)	SANTÉ publique (art. 5)	TRAVAIL (art. 7)
	2.400.000	27.785	9.375.000	7.785	399.750	2.384.500

TABLEAU 9. — *Charges de famille au personnel des divers ministères.*

Le total de 215.724.320 francs mis à la disposition du monde de fonctionnaires peut être rangé dans le compartiment de primes d'allocations ou d'assistance. La statistique de notre distingué collègue M. Rivet, publié dans le numéro de mars de cette année du *Journal de la Société de Statistique de Paris*, nous donne, pour le 1^{er} janvier 1932, un ensemble de 690.938 fonctionnaires civils, agents et ouvriers de l'État. Sans savoir exactement si ces chiffres correspondent à l'état actuel, et dans quelle mesure notre total s'applique à cette catégorie de citoyens dans sa totalité, nous pouvons admettre que, chez un demi-million, les conditions de vie familiale se trouvent entourées de quelques garanties supplémentaires en faveur d'un certain épanouissement, en accord avec les principes de la vie saine.

Notre supposition est tout à fait théorique. L'État accorde les allocations, mais le bénéficiaire n'est pas tenu à un mode déterminé de dépenses. Il en fera ce que bon lui plaira et tout dépendra de l'esprit familial, de l'éducation de l'individu pour lequel la charge de famille implique une série de devoirs où la protection de la santé devrait occuper une place de première importance.

Sans faire des propositions audacieuses, nous pouvons tout de même justifier une tactique gouvernementale qui envisagerait l'allocation dite « contrôlée ». Ainsi, une allocation pour charges de famille, aurait pour corollaire l'exécution obligatoire de mesures de prévention et de protection. Les enfants seraient soumis aux visites périodiques et serviraient de preuve pour l'utilisation rationnelle de la somme supplémentaire accordée.

En restant toujours sur le terrain de l'hypothèse, on pourra envisager une suppression ou bien une augmentation de l'allocation. Les parents qui agissent contre les intérêts de la santé de leurs enfants ne méritent point une allocation spéciale, tandis que, d'autre part, en cas d'un enfant chétif ou menacé d'une maladie, voire même déjà malade, il faut offrir des ressources nouvelles, nécessaires à une action curative ou prophylactique énergique.

C. — ASSURANCES SOCIALES ET ASSISTANCE

1. Assurances sociales.

Intérieur :

ART. 35. — Office général des Assurances sociales. — Traitements et salaires.	775.000
ART. 36. — Office général des Assurances sociales. — Indemnités diverses.	146.488
<i>A reporter</i>	<i>921.488</i>

<i>Report.</i>	921.488
ART. 37. — Office général des Assurances sociales. — Matériel et dépenses diverses	40.500
<i>Travail :</i>	
ART. 5. — Contrôle général des Assurances sociales. — Traitements	775.312
ART. 6. — Contrôle général des Assurances sociales. — Frais de mission. — Indemnités diverses	333.000
ART. 7. — Attribution au personnel civil de l'État d'allocations pour charges de famille	2.384.500
ART. 53. — Majoration des versements effectués par les assurés agricoles	204.750.000
ART. 54. — Subventions destinées à maintenir aux pensionnés de la loi du 30 avril 1930 le bénéfice de l'assurance-maladie	75.000
ART. 55. — Services départementaux des Assurances sociales. — Traitements	40.904.108
ART. 56. — Services départementaux des Assurances sociales. — Indemnités	1.720.500
ART. 57. — Services départementaux des Assurances sociales. — Matériel et dépenses diverses	1.976.400
ART. 58. — Indemnités et remises aux agents des diverses administrations participant au fonctionnement de la loi sur les Assurances sociales	30.000.000
ART. 59. — Matériel nécessaire au fonctionnement des Assurances sociales	2.200.000
ART. 75. — Institut d'Assurances sociales (invalidité vieillesse), personnel. — Traitement et indemnités	158.850
ART. 76. — Caisse d'assurance des employés en cas d'invalidité, de vieillesse, de décès, personnel. — Traitements et indemnités diverses	94.500
ART. 77. — Offices supérieurs départementaux des Assurances sociales. — Personnel. — Traitements	270.534
ART. 78. — Offices supérieurs départementaux des Assurances sociales. — Personnel. — Indemnités diverses	60.750
ART. 79. — Offices supérieurs départementaux des Assurances sociales. — Matériel et dépenses diverses	28.500
ART. 82. — Allocations de l'État aux titulaires de rentes d'assurances sociales	37.000.000
TOTAL	<u>323.693.942</u>

TABLEAU 10. — *Assurances sociales ; personnel et matériel ; assurés agricoles ; assurance-maladie ; invalidité ; vieillesse.*

La loi sur les assurances sociales a tant d'adversaires qu'il est utile avant tout de prendre parti pour ou contre. Partisan de la protection de la santé publique, nous nous considérons *eo ipso* comme défenseurs de cette loi qui, certes, aura à subir diverses modifications, mais qui rend de grands services aux œuvres de traitement et de prophylaxie.

C'est en insistant sur le fondement éthique de l'assurance sociale que l'on réunit, suivant l'avis de M. Chauveau, les meilleures armes pour combattre les arguments de ceux qui la repoussent en invoquant le principe de la doctrine du laisser-faire et du laisser-passer, doctrine qui, dans l'espèce, devient nécessairement celle du laisser-souffrir et du laisser-mourir, cruellement opposée à ceux qui n'ont pu, faute de moyens, de connaissances ou de volonté efficiente et continue, prélever, sur leur salaire, la part de la prévoyance.

Risque-maladie, maternité, risque-invalidité, vieillesse, charges de famille, tout cela pourrait fournir des statistiques éloquentes à l'appui de la thèse sur l'utilité des assurances sociales. En France, le temps est encore trop court pour se prononcer d'une façon précise, mais qu'il soit permis d'insister sur l'importance de la prévention qui, tout au moins pour le moment, n'attire pas encore assez l'attention des pouvoirs publics. Et pourtant, par une circulaire du 28 juillet 1931, due à notre honorable collègue M. Landry, on vante les

bienfaits de la médecine préventive qui doit payer, c'est-à-dire offrir des avantages se traduisant par des bénéfices, partie en argent, partie en nature (amélioration sanitaire et collective).

La prévention, avant que la maladie se déclare nettement, demande une série d'institutions dont la création est encore due aux initiatives par trop isolées. Les caisses des assurances sociales ont devant elles un vaste champ pour ainsi dire non défriché, car la prévention telle qu'elle se fait maintenant n'est pas de la prévention proprement dite. En effet, un malade qui se soigne grâce aux assurances sociales, évite parfois une aggravation, mais n'échappe pas toujours aux rigueurs de la formule négligée : prévenir vaut mieux que guérir. Surmonter une maladie ou la prévenir n'est pas la même chose au point de vue de la perte du temps, de l'argent et du risque permanent pour l'organisme. Il faut réduire au minimum les frais du caractère d'assistance, de secours pour remédier aux conséquences d'un risque consommé. Il est par contre logique d'engager des dépenses pour garantir contre l'éclosion d'un mal, pour assurer, pour faire, en un mot, l'assurance médico-sociale.

2. Assistance publique et privée.

Santé publique :

ART. 34. — Assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables . . .	310.000.000
ART. 40. — Établissements des sourds-muets, aveugles et anormaux en Alsace et Lorraine. — Traitements	372.520
ART. 41. — Établissements des sourds-muets, aveugles et anormaux en Alsace et Lorraine. — Indemnités et allocations diverses	72.600
ART. 42. — Établissements des sourds-muets, aveugles et anormaux en Alsace et Lorraine. — Matériel et dépenses diverses	173.750
ART. 36. — Traitements des inspecteurs, sous-inspecteurs et commis de l'Assistance publique et contributions aux frais de traitement des agents de surveillance	4.928.625
ART. 37. — Indemnités diverses et frais de tournées des inspecteurs, sous-inspecteurs et commis d'inspection de l'Assistance publique	810.300
ART. 38. — Subventions et dotations des établissements nationaux de bienfaisance	8.074.725
ART. 39. — Subventions pour les œuvres d'assistance par le travail, spéciales aux aveugles et pour l'application des mesures préventives de la cécité	322.500
ART. 49. — Assistance aux étrangers en Alsace et Lorraine. — Secours généraux. — Frais de contrôle	3.000.000
ART. 50. — Subventions aux institutions de bienfaisance, d'assistance par le travail, d'hygiène et à des œuvres anti-alcooliques	150.000
ART. 72. — Frais de fonctionnement de la Commission de répartition des fonds de Pari Mutuel destinés aux œuvres de bienfaisance. — Contrôle sur place de l'emploi des subventions allouées. — Indemnités	Mémoire.
Total	327.905.020

TABLEAU 11. — *Assistance ; vieillards, infirmes et incurables ; sourds-muets, aveugles, anormaux ; assistance publique ; bienfaisance ; étrangers ; Pari mutuel.*

L'assurance sociale et l'assistance sont, pour beaucoup de sociologues, deux termes d'un sens contraire. On s'imagine volontiers que la première fera disparaître la deuxième. Il est difficile d'être prophète dans cette question, et nous pouvons seulement constater que l'assistance exige des sommes importantes. Le budget ne parle que de l'assistance publique, mais il faut penser aussi à l'assistance privée, qu'elle profite ou non de certaines subventions. Ainsi,

l'on compte, rien qu'à Paris, 10.000 institutions privées d'assistance ou de prévoyance, et il en existe probablement dix fois autant en province et aux colonies.

L'assistance, considérée en tant que droit, est l'expression de la solidarité sociale. Lorsque l'assurance sociale ne peut intervenir, c'est le rôle de l'assistance sociale d'aider en cas de maladie, de vieillesse et d'accidents de toute sorte. Par des mesures appropriées, permettant un contrôle rigoureux et qui évitent à l'assistance le risque de se transformer dans une prime à la paresse, l'acte de solidarité sociale finira par créer une mentalité nouvelle qui n'aura rien de commun avec celle du mendiant professionnel, du taré imprévoyant et de tant d'autres rejetons de l'humanité qui exploitent la bonté et la crédulité.

Dans le budget de l'Assistance, on voudrait voir un article spécial pour la lutte contre l'aide injustifiée. Pour cette raison, on se prononcera en faveur d'une surveillance étroite des œuvres privées, d'un contrôle de leurs finances. La coordination des efforts s'imposera bien souvent au nom des économies urgentes à réaliser. En plus, on mettra fin à une « concurrence », illogique et incompréhensible, qui discrédite l'idée même de l'assistance.

D. — MALADIES ET INFIRMITÉS

1. Hospitalisation et internement.

Santé publique :

ART. 32. — Assistance médicale gratuite	14.925.000
ART. 33. — Subventions aux établissements hospitaliers pour soins donnés à des étrangers ne pouvant bénéficier d'un traité d'assistance réciproque et à des indigènes de l'Afrique du Nord, non bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893	4.000.000
ART. 47. — Dépenses occasionnées par les aliénés	39.637.500
ART. 48. — Concours aux emplois de médecin-chef des asiles publics d'aliénés	9.000
ART. 51. — Subventions aux écoles d'infirmières reconnues administrativement. — Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières. — Frais de fonctionnement	1.500.000
Total	<u>60.071.500</u>

TABLEAU 12. — *Assistance médicale gratuite ; étrangers et indigènes ; aliénés ; écoles d'infirmières.*

Le budget de l'hospitalisation et de l'internement ne se laisse pas facilement comprimer et il s'établit à la suite d'un bilan plus fort que tous les arguments pourtant logiques. Cependant, il y a des réformes notables à réaliser. Le travail des malades et des infirmes peut donner, à l'œuvre d'hospitalisation et d'internement, une tournure nouvelle, susceptible d'amener de grosses économies. D'autre part, en ce qui concerne les aliénés, l'organisation de services ouverts pourrait avoir une grande portée pratique.

Les subventions aux Écoles d'infirmières paraissent justifiées et l'on voudrait étendre leurs bienfaits aux Écoles d'assistantes sociales, car le service social est un placement qui à la longue réduira maints crédits d'hospitalisation et d'internement.

2. *Invalides, mutilés et réformés.*

Finances :

ART. 50. — Pensions d'invalidité (guerre et hors guerre). — Lois des 31 mars 1919, 24 juin 1919 et 17 avril 1923)	3.737.525.000
--	---------------

Pensions :

ART. 8. — Fonctionnement des centres spéciaux de réforme et des cen- tres d'appareillage des mutilés (matériel)	19.758.750
ART. 12. — Soins médicaux gratuits aux bénéficiaires des articles 55 et 64 de la loi du 31 mars 1919 (personnel)	4.417.650
ART. 13. — Soins médicaux gratuits aux bénéficiaires des articles 55 et 64 de la loi du 31 mars 1919 (mémoires médicaux et pharmaceutiques; matériel et dépenses diverses)	75.752.500
Total	3.837.458.900

TABLEAU 13. — *Invalides et mutilés de guerre et hors guerre ;*
centres de réforme et d'appareillage ; soins médicaux.

Le chapitre touchant les invalides, les mutilés et les réformés se présente comme une obligation pour l'État qui néanmoins pourrait peut-être, à titre de reciprocité, demander l'accomplissement de quelques devoirs. Un homme, pensionné sous une forme ou sous une autre, s'engage moralement — on est tenté de le désirer — à consacrer le maximum de son attention aux soins. L'être, diminué dans ses forces vives, devrait, dans la pension, trouver un moyen de ménager ses réserves et de les augmenter. Il n'est pas libre de se servir de l'argent reçu pour aggraver un état morbide, une blessure, etc. qui sont à l'origine de la pension.

3. *La pathologie professionnelle.*

Travail :

ART. 17. — Association nationale française pour le progrès social. — Recher- ches relatives aux maladies professionnelles et aux accidents du travail . .	112.500
ART. 31. — Délégués à la sécurité des ouvriers mineurs. — Indemnités . .	4.650.000
Total	4.762.500

TABLEAU 14. — *Maladies professionnelles et accidents de travail ;*
sécurité des mineurs.

Les deux articles du budget, consacrés à la protection sanitaire du travail, n'épuisent pas, si l'on peut dire ainsi, le vaste domaine de la pathologie professionnelle. Il semble logique que tout travailleur jouisse d'un maximum de sécurité, que tous les méfaits accidentels et autres résultant du travail lui soient épargnés. L'État ne peut pas assurer les frais d'une œuvre complète de prévention, et c'est au Patronat de faire le nécessaire.

La statistique viendra au secours du gouvernement qui, suivant la courbe de maladies professionnelles, exercera le contrôle, encouragera et veillera à l'exécution de mesures nouvelles. Dans toutes les professions, une étude de la mortalité et de la morbidité s'impose, afin de déterminer les causes d'une déchéance organique, due uniquement au fait du travail. L'obligation de travailler, qui est à la fois un principe moral et une loi sociale, mérite ces recherches, destinées à rehausser le prestige de l'effort producteur.

M. Razous (1), notre très cher Président, qui a examiné la mortalité des professions dangereuses (mines, entreprises de transports par terre et par eau, industries diverses), a exposé deux moyens d'enquête simples et pratiques. Le premier consiste à recueillir des renseignements directement auprès du personnel ouvrier. A cet effet, pour chacun des ouvriers exerçant la profession étudiée, il serait établi une fiche avec les indications suivantes : nom de l'ouvrier, profession, âge, sexe, âge au moment de l'enquête (autant que possible, indiquer la date de naissance), âge à l'entrée dans la profession considérée, temps de service dans la profession.

Pour donner une idée de la morbidité, chaque fiche contiendra encore les renseignements suivants sous la forme de tableau :

CHÔMAGE ÉPROUVÉ PAR SUITE DE MALADIE ou d'accident pendant les cinq années de la carrière professionnelle de l'ouvrier qui précèdent l'enquête			
Numéro d'ordre	Date du début de la maladie ou de l'accident.	Désignation de la maladie ou de l'accident	Désignation de la durée du chômage occasionné
Total du chômage.			

En France, les fiches dont il s'agit pourraient être remplies par les inspecteurs du travail, qui, en vertu de l'article 21 de la loi du 2 novembre 1892, ont pour mission, en dehors de la surveillance qui leur est confiée, d'établir la statistique des conditions du travail industriel, dans la région qu'ils sont chargés de surveiller.

Le classement des fiches se fait par groupes de même âge. Supposons, par exemple, que, pour le groupe dont l'âge de compte est 25 ans, on soit en possession de n fiches et que le nombre de jours de maladie déclarés par les ouvriers soit N pour la période des cinq années qui précèdent l'enquête. L'addition des années de service des n ouvriers entre les dates envisagées doit fournir un nombre S qui ne pourra jamais être supérieur à $5 n$.

Le taux moyen annuel de morbidité à 25 ans sera facile à déterminer, puisque nous connaissons les quantités n , N et S .

$$t\ 25 = \frac{N}{nS}$$

Il est évident, comme le souligne M. Razous, que, si le nombre de fiches était assez élevé, on pourrait, au lieu de groupements quinquennaux, effectuer des groupements annuels, ce qui fournirait le taux de morbidité à tous les âges où il y a des travailleurs de la profession considérée.

Lorsque le nombre des ouvriers est relativement restreint, il est préférable de calculer le taux de morbidité, due à la profession, par une méthode dite « indirecte ». Ce second moyen permettant d'arriver à la connaissance du chômage consécutif aux maladies ou aux accidents résulterait de l'obligation,

(1) P. RAZOUS, *Étude sur la morbidité et la mortalité des professions dangereuses*. Paris, Défond, éditeur, 1904. Une monographie de 67 pages.

imposée au patron d'un établissement, de tenir un registre où seraient régulièrement inscrits les troubles de santé présentés par chaque ouvrier. Ce registre médical pourrait contenir, d'après M. Razous, les mêmes colonnes que le registre imposé aux filateurs de lin de Belgique, lors d'une enquête conduite par M. Glibert, médecin inspecteur à l'Administration centrale du Royaume. Il aurait la formule suivante :

N° D'ORDRE	NOMS ET PRÉNOMS	ÂGE	DOMICILE	PROFESSION	DATE DU DÉBUT de la maladie	DATE de la terminaison		DIAGNOSTIC	MÉDECIN	OBSERVATIONS
						guérison	mort			

Les deux moyens d'enquête décrits ci-dessus, utilisés d'une façon systématique, pourront, d'une part, indiquer la voie des réformes médico-sociales à suivre et, d'autre part, donner une notion exacte de la valeur des mesures déjà prises.

E. — LES MALADIES SOCIALES

Tuberculose.

Santé publique :

ART. 61. — Commission de la tuberculose	5.250
ART. 62. — Lutte contre la tuberculose	59.195.250
ART. 64. — Assistance aux tuberculeux	12.562.500

Finances :

ART. 97. — Rémunération des médecins membres des commissions de réforme, instituées par la loi du 14 avril 1924 et des médecins phthisiologues.	1.462.500
---	-----------

Maladies vénériennes.

Santé publique :

ART. 65. — Prophylaxie des maladies vénériennes. — Matériel et dépenses diverses	11.600.000
--	------------

Cancer.

Santé publique :

ART. 60. — Subventions pour création, aménagement ou agrandissement des centres régionaux anticancéreux. — Dépenses d'organisation et d'outillage de ces centres et frais de fonctionnement de leurs laboratoires de recherches scientifiques	3.000.000
AET. 56. — Hygiène et salubrité générales. — ÉPIDÉMIES	2.910.000
Total	90.735.500

TABLEAU 15. — *Tuberculose ; maladies vénériennes ; cancer ; épidémies.*

La lutte contre les fléaux sociaux occupe, dans le budget du ministère de la Santé publique, une place à part qui marque une progression nette des dotations. C'est ainsi que les subventions pour dépenses d'organisation et

d'outillage des centres régionaux anticancéreux et frais de fonctionnement de leurs laboratoires de recherches scientifiques ont passé de 1.500.000 francs en 1928 à 4 millions en 1932 et à 3 millions en 1933.

La lutte contre la tuberculose (dispensaires, etc.), dotée de 14 millions, en 1928, l'est de 59.195.250 francs pour 1933. Les aménagements, agrandissements, réfections de sanatoria publics et leurs dépenses d'entretien qui coûtaient, au budget de l'État, 24 millions de francs en 1928, demanderont maintenant beaucoup plus. En ce qui concerne l'assistance aux tuberculeux, de 11.350.000 francs en 1928, elle passe, en 1932, toujours à la charge de l'État, à la somme de 12.562.500 francs.

La lutte antituberculeuse est menée, dans le monde des fonctionnaires, d'une façon particulière qui mérite une mention spéciale. Il s'agit de l'application du décret sur les congés de longue durée pour tuberculose (*Journal officiel*, 12 déc. 1929).

MINISTÈRE	FINANCES	GUERRE	PENSIONS	MARINE militaire	AIR	JUSTICE	SANTÉ publique	COLONIES	Commerce	TOTAL
Articles de budget	63	67	29	47	53	27	14	25	35	»
Montant	3.750.000	1.509.750	252.000	243.846	160.500	150.000	131.250	97.500	52.500	6.347.346

TABLEAU 16. — *Traitemen*t de fonctionnaires en congé de longue durée pour tuberculose.

Comme on le sait, pour obtenir le congé, le fonctionnaire tuberculeux doit adresser, à son chef de service, une demande, appuyée d'un certificat médical, spécifiant qu'il est atteint de tuberculose ouverte. Le chef de service prendra les mesures nécessaires pour qu'il soit procédé à une contre-visite de l'intéressé par un médecin phtisiologue, assermenté de l'Administration, et désigné spécialement à cet effet par le préfet, sur une liste établie par la Commission permanente de Préservation contre la Tuberculose. Si la contre-visite confirme le diagnostic du médecin traitant, le fonctionnaire sera examiné par la Commission de réforme. Il aura le droit de faire entendre, par la Commission, un médecin de son choix. Le médecin qui aura procédé à la contre-visite sera adjoint à la Commission.

La Commission, après avoir réuni les éléments d'appréciation qu'elle juge utiles, constate si le fonctionnaire est atteint de tuberculose ouverte et exprime son avis sur la demande de congé. L'avis de la Commission est transmis au ministre qui statue, après avoir, s'il le juge utile, provoqué l'avis d'une Commission spéciale. Si le certificat du médecin, chargé de la contre-visite, constate que le malade est dans l'impossibilité de se déplacer, la Commission de réforme pourra se prononcer sur son dossier, hors de la présence de l'intéressé.

Il est institué, auprès du ministre, une Commission spéciale, composée de trois médecins phtisiologues, choisis parmi les membres de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose. Cette Commission pourra être consultée sur les demandes de congé de longue durée, les renouvellements

des congés, la réintégration des fonctionnaires et, d'une manière générale, sur toutes les questions d'ordre médical, soumises à l'appréciation d'un ministre.

Lorsque le chef de service, sur le vu d'une attestation médicale ou sur le rapport des chefs hiérarchiques d'un fonctionnaire, estime que celui-ci, par son état de santé, fait courir, au public ou à ses collègues, un danger immédiat, il prescrit l'examen d'urgence par un médecin phtisiologue. Si la visite établit que le fonctionnaire est atteint de tuberculose ouverte, il est soumis à l'examen d'une commission de réforme.

Puisque les problèmes financiers jouent leur rôle qui intéresse spécialement les statisticiens, notons que, pendant les six premières périodes de six mois, les bénéficiaires de congés de longue durée conservent l'intégralité de leur traitement; pendant les quatre périodes suivantes, ils conservent la moitié de leur traitement.

Le bénéficiaire de congés de longue durée doit cesser tout travail rémunéré. Il est tenu de notifier ses changements de résidence successifs à son chef de service. Ce dernier, soit par enquêtes directes de son administration, soit par enquêtes demandées à d'autres administrations, plus aptes à les effectuer, s'assurera que le titulaire du congé n'exerce effectivement aucun emploi rémunéré. Si l'enquête établit le contraire, il provoque immédiatement la suspension du traitement et des accessoires; si l'infraction aux prescriptions de la loi remonte à une certaine date, il prend les mesures nécessaires pour faire reverser au Trésor les sommes perçues depuis cette date au titre du traitement et des accessoires.

Sous peine de voir également le bénéfice de son traitement suspendu, le titulaire d'un congé de longue durée doit se soumettre, sous le contrôle de l'Administration, aux prescriptions médicales que comporte son état.

Tout bénéficiaire d'un congé de longue durée ne peut reprendre un emploi dans l'Administration, à l'expiration ou au cours dudit congé, qu'après examen.

Les fonctionnaires qui auront épousé la série des congés avec traitement intégral et avec demi-traitement, s'ils ne sont pas reconnus aptes à reprendre leurs fonctions ou, si après les avoir reprises, ils sont contraints de les cesser, seront, s'ils ne sont pas susceptibles d'être placés dans une des positions d'absence prévues par leur statut propre, mis en disponibilité.

Dans la situation de disponibilité, ils pourront, tous les six mois, et sous condition d'appuyer leur demande de certificats médicaux constatant leur guérison, demander leur réintégration dans les cadres de leur administration. Ils ne pourront toutefois reprendre leur emploi qu'après examen par un médecin phtisiologue.

Pour terminer, citons encore l'article 18 du décret, si utile à la lutte anti-tuberculeuse. D'après lui, tout candidat admis à un emploi administratif de l'État, quel que soit son mode de recrutement, sera examiné par un médecin phtisiologue assermenté désigné par l'Administration. Son admission ne pourra être prononcée que si le certificat médical le reconnaît indemne de toute affection tuberculeuse.

Nous avons analysé en détails le décret touchant les fonctionnaires, car il s'agit d'une initiative d'une importance capitale, et l'on sera heureux d'avoir,

aussi rapidement que possible, des statistiques sur les résultats obtenus. Peut-être pourrait-on alors penser aux modalités d'application par ailleurs, dans les autres branches d'activité, en dehors du monde de fonctionnaires.

Pour plus ample documentation sur la lutte antituberculeuse, il faut consulter les remarquables rapports de M. Moine, le chef du service de statistique du Comité national de défense contre la tuberculose. Nous pouvons ainsi apprendre qu'au 1^{er} janvier 1931, l'armement antituberculeux français est très important à en juger d'après le tableau 17.

Dispensaires	710
Écoles d'infirmières-visiteuses spécialisées	18
Médecins spécialisés	101
Infirmières visiteuses.	1 500
	(Nombre approxim.)
Œuvre du placement familial des Tout-Petits	9 centres
Œuvre Grancher (deuxième enfance).	38 filiales

Établissements.

	NOMBRE —	NOMBRE de lits —
Préventoriums.	159	13 042
Sanatoriums maritimes	61	13 588
Établissements héliothérapeutiques	6	362
Total.	<hr/> 26.992	
Sanatoriums de cure	107	11 237
Sanatoriums Hôpitaux	15	3 100
Services hospitaliers pour tuberculeux	<hr/> 6.700	
Total.	<hr/> 21 037	
Six services de santé (guerre et marine)	740	
Total des lits	<hr/> 48 769	

TABLEAU 17. — *Armement anti-tuberculeux au 1^{er} janvier 1931.*

En comparaison avec les années précédentes, il y a un progrès notable, mais l'examen de la situation par département montre des lacunes. Notamment, les dispensaires, dont le rôle important n'est plus à discuter sont très inégalement répartis sur le territoire. Comme le dit, avec raison, M. Moine, quelques départements possèdent, à ce jour, un armement à peu près complet, qui leur permet d'atteindre, non seulement la population urbaine, mais aussi, dans une proportion variable, le milieu rural. D'autres départements sont en progression notable et s'efforcent, sans arrêt, de développer leurs centres de consultation et de les doter d'un personnel technique spécialisé. Mais un trop grand nombre ne sont encore qu'au début de leur organisation.

D'importants progrès sont encore à réaliser, et l'on ne saurait trop encourager toutes les bonnes volontés qui, à l'heure actuelle s'offrent, pour donner à la lutte antituberculeuse toute l'impulsion nécessaire. Pour bien faire, c'est, de l'avis autorisé de M. Moine, 300 centres nouveaux qu'il conviendrait d'organiser, à moins qu'on ne puisse donner à ceux qui existent les moyens propres permettant de remplir entièrement la mission demandée.

Pour la lutte antivénérienne, nous devons également nous adresser aux

comptes rendus statistiques établis avec tant de soins par M. Moine. L'activité des services de prophylaxie des maladies vénériennes, soulignée dans les rapports précédents de M. Moine, s'est encore accrue au cours de l'année 1930. Le nombre des différents services est, en effet, passé de 1.349, en 1929, à 1.580.

Services antisyphilitiques proprement dits	580
Services antisyphilitiques ruraux	80
Services antisyphilitiques dans les prisons	168
Services de dépistage et de traitement de l'hérédo-syphilis . .	604
Services antiblennorragiques	85
Laboratoires.	63

TABLEAU 18. — *Les services antivénériens au 1er janvier 1931.*

Le nombre de consultations, données dans les services antisyphilitiques (prisons et services antisyphilitiques proprements dits), dans les services de dépistage et de traitement de l'hérédo-syphilis, et dans les services antiblennorragiques, s'est élevé, en 1930, à 3.439.884 contre 3.114.690 en 1929, faisant apparaître une augmentation de 325.194 consultations, soit 10,4 %.

Dans le tableau suivant, on trouvera des renseignements pour les onze dernières années (1920-1930) : pour l'Assistance publique de Paris, hormis 1920 et 1921; pour l'Institut prophylactique de Paris, y compris les nombreux services qui s'y rattachent, tant à Paris qu'en province; pour les services autres que ceux qui viennent d'être énumérés et enfin, pour le total général.

ANNÉES	ASSISTANCE publique	INSTITUT prophylactique	AUTRES services	ENSEMBLE des services
1920	*	69.641	280.216	349.857
1921	*	92.453	380.490	472.943
1922	271.898	98.219	411.310	781.427
1923	402.683	103.418	419.782	925.888
1924	447.745	106.987	474.421	1.029.103
1925	518.427	127.125	479.455	1.125.007
1926	628.515	135.862	667.954	1.430.331
1927	467.431	154.081	976.601	1.698.113
1928	640.606	185.683	1.254.881	2.081.170
1929	958.573	240.570	1.915.547	3.114.690
1930	1.113.905	295.815	2.080.164	3.439.884

TABLEAU 19. — *Nombre de consultations données dans les services antivénériens, de 1920 à 1930.*

Il serait hautement instructif de citer d'autres documents du rapport de M. Moine, mais qu'il soit permis seulement de dire quelques mots sur l'influence de la lutte antivénérienne sur la mortalité. Sans vouloir, bien entendu, attribuer à la lutte antivénérienne la totalité des bénéfices réalisés depuis 1918, sur l'économie constatée en vies humaines, M. Moine donne comme suit le nombre approximatif d'existences gagnées dans ce seul domaine, pour une seule année.

CATÉGORIES	1918	ACTUELLEMENT (3)	GAINS
Taux de mortalitéalité (1).	45,5	38,3	13.000
Taux de mortalité par débilité congénitale (2)	37,1	19,6	7.200
			20.200

TABLEAU 20. — *Diminution de la mortalitéalité et de la mortalité pour débilité congénitale, depuis 1918.*

Il n'est certainement pas exagéré de mettre sur le compte de la lutte contre la syphilis, la moitié au minimum de ce gain de 20.200 existences qui commence à jouer un rôle certain dans la vie du pays. Comme le dit M. Moine, notre rôle n'est pas de souligner l'importance, mais nous pouvons essayer de l'évaluer, surtout si l'on voit certains statisticiens qui, étudiant la valeur d'une vie humaine en fonction de la production au point de vue de l'économie nationale, estiment celle-ci à environ 200.000 francs par individu, déduction faite des frais des quinze premières années de la vie. On arrive ainsi à conclure que la moitié du gain constaté de 20.200 existences représente une valeur de plus de 2 milliards de francs par an. Il convient de souligner qu'il s'agit ici seulement de gains positifs et qu'il y aurait lieu d'ajouter les gains non moins importants qui résultent des innombrables contaminations évitées par le blanchiment des vénériens contagieux, des innombrables maladies graves (de la cécité à la folie) également évitées par le traitement prolongé des malades.

Qu'il s'agisse de la lutte antivénérienne, de l'armement antituberculeux ou de toute autre activité en faveur de la protection de la Santé publique, les sacrifices financiers apparaîtront non seulement justifiés, mais au-dessous des sommes réclamées par les spécialistes autorisés. Les statistiques de mortalité montrent que le chemin à parcourir est encore long, mais que, heureusement, une conception proclamée salutaire et indispensable depuis de longues années entre peu à peu dans nos mœurs, à savoir que l'organisation sociale est inconcevable et inadmissible sans la protection de la santé publique, sans l'adoption des principes de médecine sociale, sans les sacrifices financiers importants correspondant aux conclusions d'une étude statistique de la mortalité et de la morbidité.

F. — ENCOURAGEMENT A L'AGRICULTURE

Enseignement technique :

ART. 35. — Encouragement à l'apprentissage et à l'artisanat rural 2.292.500

Santé publique :

ART. 23. — Allocations pour enfants aux pensionnés militaires et aux victimes civiles de la guerre, acquéreurs de petites propriétés rurales 26.250

Agriculture :

ART. 23. — Encouragement à l'agriculture 4.753.750

ART. 35. — Défense sanitaire des végétaux. — Personnel 245.925

A reporter 7.818.425

(1) Pour 1.000 naissances totales.

(2) Pour 1.000 naissances vivantes.

(3) Pour la mortalitéalité, année 1930 et pour la mortalité par débilité congénitale, année 1928.

<i>Report.</i>	7.318,425
ART. 36. — Défense sanitaire des végétaux. — Documentation. — Vulgarisation. — Expériences démonstratives. — Matériel. — Indemnités et dépenses diverses. — Subventions aux associations agricoles de défense sanitaire des végétaux	11.655.000
ART. 46. — Subventions spéciales aux sociétés d'assurances mutuelles agricoles contre les accidents du travail en faveur des exploitants qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec les membres de leur famille	6.500.000
ART. 47. — Subventions pour frais de premier établissement aux sociétés, unions de sociétés de secours mutuels, agricoles, à cadre national, régional ou départemental qui fondent des sociétés ou des sections d'assurances sociales	500.000
ART. 77. — Traitement du personnel de l'Hydraulique et du Génie rural .	7.740.000
ART. 78. — Indemnités, secours et allocations diverses au personnel de l'hydraulique et du Génie rural.	689.325
ART. 79. — Police et surveillance de l'aménagement des eaux.	555.750
ART. 80. — Études et travaux d'hydraulique et de Génie rural à la charge de l'État	16.100.000
ART. 81. — Travaux communaux d'adduction d'eau potable dans les agglomérations atteintes par les faits de guerre (Loi du 17 avril 1919 sur les dommages de guerre, art. 62)	11.175.000
ART. 82. — Subventions pour études et travaux d'hydraulique, du Génie rural et d'électrification des campagnes	142.500.000
ART. 83. — Recherches et vulgarisation de procédés concernant l'hydraulique et le Génie rural. — Enseignement de l'hydraulique et du Génie rural.	238.875
ART. 84. — Garanties d'intérêts aux entreprises d'hydraulique agricole . .	600.000
ART. 85. — Surveillance et contrôle des compagnies concessionnaires de travaux d'hydraulique agricole	35.100
Total	205.607.475

TABLEAU 21. — *Apprentissage rural ; achat de petites propriétés ; encouragement à l'agriculture ; défense sanitaire des végétaux ; hydraulique et Génie rural ; aménagement des eaux ; adduction d'eau potable ; électrification des campagnes.*

Il peut paraître bizarre que l'on détache du budget de l'Agriculture une série d'articles pour vouloir les incorporer à la Santé publique. Qu'on veuille bien excuser cette témérité, mais nous croyons que, pour lutter contre la mortalité, on doit agir non seulement contre les maladies évitables et la mort prématurée, mais déclencher une campagne contre l'exode rural. Pourquoi surcharger les centres urbains, rendre les banlieues insalubres, procéder à des lotissements immondes, si l'on peut donner, aux régions dépeuplées, une vie nouvelle? Qu'il s'agisse de l'histoire déjà ancienne, ou de faits saillants de date récente, la désertion des campagnes ne peut laisser indifférente l'opinion publique et surtout celle des médecins qui savent combien l'on doit payer cher l'exode rural. A notre époque de crise et de chômage, le problème devient particulièrement aigu. Les miséreux de toute sorte, notamment les nouveaux pauvres, qui grossissent la file des hôpitaux, peuvent éviter leur triste sort, si l'on fait de la prévention, en décongestionnant les villes et en repeuplant les campagnes.

S'exposer à la faim et à la maladie, dans les centres urbains surpeuplés, ou bien se créer une existence saine dans les régions rurales qui manquent de bras, pour le médecin le choix est fait. Non seulement il voudra agir individuellement, en pleine connaissance de cause, à l'aide de cas particulièrement tragiques, mais il sera partisan de mesures sociales de grande envergure, per-

mettant de trouver une solution appropriée pour les innombrables victimes d'une désertion, devenue désastreuse.

Les prétriberculeux et les tuberculeux occupent, parmi les campagnards déracinés ou les citadins désaxés, une place à part. Leur retour à la terre a déjà fait l'objet d'un projet de loi, présenté au nom de M. G. Doumergue, par M. J. Hennessy, ministre de l'Agriculture; M. H. Chéron, ministre des Finances; M. Loucheur, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et des Prévoyances sociales et M. Antériou, ministre des Pensions.

Dans l'exposé des motifs du projet de loi, déposé à la Chambre des Députés, à la deuxième séance du 12 mars 1929, les ministres rappellent tout d'abord que la guerre a modifié profondément l'économie générale du pays. Pour répondre, pendant les hostilités, aux besoins de la défense nationale, la France a dû organiser des industries nouvelles et multiplier ses usines. Ces industries ont connu une ère de prospérité. Mettant à profit, au retour de la paix, des circonstances favorables, elles ont enregistré un certain succès dans la conquête de nouveaux débouchés. Pour augmenter leur production, il a alors fallu aux industries une main-d'œuvre abondante, qu'elles se sont procurée en grande partie, dans la population rurale.

L'exode vers les centres urbains, après les pertes innombrables que venait de faire l'agriculture sur les champs de bataille, a aggravé le mal chronique de la désertion des campagnes. Dans beaucoup de régions, les terres les plus fertiles sont maintenant abandonnées aux cultures extensives, et, dans d'autres contrées, l'immigration étrangère empêche, seule, la ruine complète de l'agriculture.

L'afflux incessant des travailleurs vers les villes présente un autre danger. La surpopulation et la crise de l'habitation qui en est la conséquence aboutissent, au point de vue de l'hygiène, à des résultats déplorables. Dans les grandes agglomérations, 20 % des habitants logent aujourd'hui dans des taudis ou des locaux trop étroits, privés d'air et de lumière, véritables foyers de maladies contagieuses, où la tuberculose décime la jeunesse et tend à l'étiollement de la race.

Cette situation paraît, au Gouvernement, grave. La diminution de la population agricole et l'encombrement des villes par les travailleurs que les conditions défavorables d'hygiène livrent à la tuberculose, pour ne citer que le fléau principal, aboutiraient rapidement, si l'on n'y portait remède, à un réel désastre. Pour cette raison, il est, d'après les promoteurs du projet de loi, de toute nécessité de favoriser le retour à la terre de ceux qui, amoindris dans leurs facultés de production par la maladie, ne peuvent retrouver leur activité antérieure qu'en vivant à la campagne.

La réalisation du projet de faire retourner à la terre les malades ou les candidats à la maladie, qu'ils soient anciens combattants ou non, nécessite une mise importante de fonds. Aussi, en vue de faciliter l'attribution de prêts à moyen terme et à long terme individuels, en application de la loi du 5 août 1920, et de la loi proposée :

1^o aux prétriberculeux sortis de sanatoriums ou de préventoriums,
2^o aux pensionnés militaires gazés ou tuberculeux,
il sera constitué deux fonds de garantie du crédit agricole :

a) en faveur des pré tuberculeux et tuberculeux sortant des sanatoriums ou des préventoriums, au moyen de prélèvements annuels sur la part du produit des jeux dans les cercles mis à la disposition du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, conformément à l'article 48 de la loi du 30 juin 1923, modifiée par l'article 14 de la loi du 19 décembre 1926;

b) en faveur des pensionnés militaires, gazés ou tuberculeux au moyen de crédits, annuellement ouverts au budget de l'Office national des Mutilés et Réformés de la guerre.

Le fonds de garantie, constitué en faveur des pré tuberculeux et tuberculeux sortant des sanatoriums ou des préventoriums, serait géré par une commission siégeant au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales et comprenant des représentants de ce ministère, du ministère des Finances, du ministère de l'Agriculture, de la Caisse nationale de crédit agricole mutuel. Un décret déterminera la composition de cette commission. Le fonds de garantie, constitué en faveur des pensionnés militaires, gazés ou tuberculeux sera géré par l'Office national des Mutilés et Réformés de la guerre.

Ajoutons qu'il peut être accordé par l'État aux pré tuberculeux et tuberculeux sortant des sanatoriums ou préventoriums, par prélèvement sur la part du produit des jeux dans les cercles, par l'Office national des Mutilés, aux pensionnés militaires gazés ou tuberculeux, des bonifications en atténuation de l'intérêt des prêts à moyen terme et à long terme consentis par les caisses de crédit agricole aux intéressés.

Le projet de loi, dont nous donnons des extraits, a trouvé un accueil favorable auprès de la Commission d'Assurance et de Prévoyance sociales. M. Thoumyre, député, actuellement devenu sénateur, s'est, dans son rapport, prononcé pour l'adoption, mais l'appareil législatif, dans sa totalité, n'a pas encore dit son dernier mot décisif. Il faut espérer qu'à la lumière des chiffres établis par le dernier recensement, et grâce à l'appui du corps médical, le problème abordé trouvera enfin sa solution rapide, aussi bien dans l'intérêt des malades que du pays tout entier. Il est, en plus, désirable qu'un appui financier, aussi large que possible, soit accordé non seulement aux malades chroniques, mais aux industries qui voudraient dégorger les villes et créer, dans les pays actuellement désertés, des foyers d'attraction pour une main-d'œuvre saine.

A l'heure actuelle, on ne comprend pas bien pourquoi certaines industries paient des prix fabuleux pour acheter du terrain exigu dans les centres surpeuplés ou à leur proximité, tandis qu'elles pourraient, à bon compte, suivre l'exemple des esprits ingénieux qui ont jeté, en France et à l'étranger, les bases d'une industrie puissante, en voie de développement continual, loin des villes. Beaucoup de communes suburbaines se débattent, sans succès d'ailleurs, au milieu de conditions d'insalubrité scandaleuse, et il serait pourtant plus rationnel de provoquer le départ de ces foyers de machinisme morbide, soit à l'aide d'une réglementation prohibitive, soit grâce à des subventions de l'État, dans le but de fixer, dans les pays devenus déserts, certaines branches industrielles.

Bien entendu, si l'on veut établir un courant de la population vers les campagnes, il faut que les conditions d'existence y soient bonnes. Or, les études statistiques sont loin d'être rassurantes à ce sujet. Ainsi, après la lecture d'un travail, présenté au Comité permanent de l'Office international d'Hygiène publique, dans sa session de mai 1931, par M. Moine, on a l'impression que la mortalité rurale, comparée à la mortalité urbaine, en France, dans l'année 1928, inspire des conclusions qui inciteront les hygiénistes à certaines réflexions, à condition de pousser à fond les investigations statistiques.

Puisque l'immigration contribue au repeuplement, il ne faudra pas que des éléments malsains offrent à la morbidité et à la mortalité une proie facile. Il sera nécessaire de donner aux principes d'orientation professionnelle toute leur ampleur, afin de procéder à une sélection, aussi irréprochable que possible. On voudra d'autant plus son attention à l'immigration, rationnellement organisée que, d'après certains savants, du point de vue politique et biologique, l'hypothèse d'après laquelle migration et croisement des races sont nécessaires au rajeunissement et à la pacification des nations, se vérifiera, sans doute, de plus en plus.

G. — Armée. Service de Santé, etc.

Guerre :

ART. 15, 57 et 59. — Troupes métropolitaines. — Service de santé, hôpitaux, etc.	104.291.910
ART. 77, 91 et 100. — Troupes coloniales. — Service de santé, hôpitaux	29.459.290
ART. 3, 36 et 37. — Algérie et Tunisie. — Service de santé, hôpitaux	21.004.680
ART. 46 et 88. — Maroc. — Service de santé, hôpitaux	8.779.350
ART. 108. — Armée du Levant. — Service de santé, hôpitaux, etc.	3.228.010
ART. 21 et 23. — Marine militaire. — Service de santé, hôpitaux, etc.	31.659.625

Air :

ART. 48, 72, 95, 117 et 135. — Métropole et colonies	5.464.050
--	-----------

Santé publique :

ART. 15. — Allocation aux familles dont les soutiens indispensables sont appelés sous les drapeaux	57.000.000
--	------------

Colonies :

ART. 3. — Inspection générale du Service de santé et Conseil supérieur de santé des colonies.	376.609
ART. 38. — Subvention au budget du Cameroun pour organiser la lutte contre la maladie du sommeil	1.000.000
ART. 78. — Administration pénitentiaire. — Hôpitaux	1.792.581
Total	264.056.105

TABLEAU 22. — *Service de Santé des troupes dans la Métropole et aux colonies ; familles dont les soutiens sont sous les drapeaux.*

L'existence d'une armée implique des dépenses qui touchent directement la protection de la santé publique et il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau ci-dessus pour se rendre compte de l'importance de divers crédits. On sera obligé de se tenir à une appréciation générale, car il n'est pas possible d'avoir une statistique permettant de faire une étude comparative. On ne sait pas non plus si l'éducation prophylactique trouve, parmi les médecins

militaires, un nombre suffisant de protagonistes zélés, si, par exemple, la lutte antivénérienne tire un avantage du fait du séjour à la caserne pendant un certain temps.

La médecine préventive pourra, sans doute, à l'avenir, mettre à son profit le recrutement grâce à une série de projets originaux. Notamment, la lutte antituberculeuse pense à la prophylaxie éventuelle des conscrits de faible constitution aux conseils de révision. Le 26 janvier 1928, M. Justin Godart a déposé, au Sénat, un projet de loi sur l'incorporation des conscrits tuberculeux et leur placement dans des centres spéciaux. La même année, le 17 mars, G. Brouardel a proposé, à l'Académie de Médecine, d'émettre le vœu « que l'on profite de l'âge d'incorporation des jeunes soldats pour placer les tuberculeux dans des conditions où ils pourront être utilement soignés et éduqués au point de vue de la prophylaxie de leur entourage ». Antérieurement, le 17 décembre 1921, M. Strauss, rapporteur de la Commission de l'armée au Sénat, avait demandé qu'un accord intervint entre les ministres de la Guerre et de l'Hygiène pour la liaison des conseils de révision avec les dispensaires d'hygiène et les sanatoria tuberculeux. M. Louis Barthou, ministre de la Guerre, fut favorable à cette suggestion et bientôt, en 1922, comme ministre de l'Hygiène, M. Strauss établit cette liaison avec le Service de Santé, sous la direction de M. le médecin-général inspecteur Toubert.

Insistons sur un point, à savoir qu'il s'agit, exclusivement, en l'espèce, de tuberculeux avérés, pour traitement individuel, de prophylaxie de l'entourage et non de pré tuberculeux ou faibles de constitution qui étaient toujours exemptés ou ajournés. D'ailleurs, M. Strauss conseillait simplement aux intéressés un traitement dans les dispensaires ou les sanatoria tuberculeux, tandis que M. Justin Godart et M. G. Brouardel le leur imposaient dans des casernes spéciales. Or, n'oublions pas les prédisposés, les faibles de constitution, les pré tuberculeux, dont il n'était nullement question, qui de l'avis de M. Truc, professeur à Montpellier, sont pourtant les plus intéressants. Il écrivit donc à M. Brouardel pour lui signaler dans son vœu cette lacune importante et lui demander de la combler. Il a été tenu compte, dans une certaine mesure, pour la modification du texte. Voici, en effet, la nouvelle rédaction de M. G. Brouardel, adoptée par l'Académie :

« L'Académie émet le vœu que l'on profite de l'âge de la conscription pour offrir, aux sujets éliminés au conseil de révision pour tuberculose ou ajournés pour suspicion de tuberculose, les moyens d'être soignés dans les établissements déjà existants, ou à créer à cet effet. »

Si ce vœu était administrativement réalisé, la situation des conscrits aux conseils de révision serait la suivante :

1^o Les conscrits reconnus tuberculeux seraient exemptés et adressés, avec fiches confidentielles, aux dispensaires ou aux sanatoria de leurs régions respectives et engagés à y recevoir les soins nécessaires;

2^o Les conscrits suspects ou faibles de constitution seraient ajournés ou exemptés et resteraient dans leurs familles.

On sera aisément d'accord sur la situation des tuberculeux avérés dont l'exemption s'impose. La question se pose si l'on peut les incorporer et les grouper pour traitement dans des casernes sanitaires, comme le demandait

tout d'abord M. Brouardel. Ce serait peut-être imprudent et la Commission de l'Académie, par l'organe de son rapporteur M. Lesage, l'a parfaitement indiqué. Un jeune conscrit tuberculeux ne doit être séparé de ses parents et de son médecin ordinaire. Une aggravation ou une complication quelconque pourrait entraîner la responsabilité de l'État. Le sanatorium facultatif et gratuit paraît suffisant.

Pour les conscrits suspects ou faibles de constitution, le préventorium paraît s'imposer. Il s'agit simplement d'insuffisance organique, héréditaire ou acquise. On peut donc les incorporer, les réunir par région militaire ou département dans des casernes spéciales, pour les fortifier par une bonne hygiène, une meilleure alimentation et des exercices de culture physique.

De l'avis de M. Truc (1), auquel nous empruntons ces données, les préventoria nécessaires seraient organisés par les ministères de la Guerre, de la Marine et de l'Hygiène (actuellement Santé publique) avec subventions diverses. Sans doute aucun, contribuera-t-on ainsi à la prophylaxie de la tuberculose et à la diminution de la mortalité.

H. — ASSAINISSEMENT GÉNÉRAL

Lotissements. — Adduction d'eau. — Répression des fraudes.

Finances :

ART. 14. — Remboursement des avances faites pour la restauration des chemins de fer et les adductions d'eau	13.400.000
---	------------

Intérieur :

ART. 68. — Subventions aux associations syndicales constituées en vue de faciliter l'aménagement des lotissements défectueux.	50.001.000
---	------------

Santé publique :

ART. 67 et 70. — Eaux minérales	1.453.600
---	-----------

Agriculture :

ART. 63. — Personnel de l'Inspection et du secrétariat de la Répression des fraudes.	2.368.500
ART. 64. — Frais de déplacement des inspecteurs de la répression des fraudes : secours, indemnités aux inspecteurs et employés du secrétariat d'inspection. — Frais de mission en France et à l'étranger	1.761.000
ART. 65. — Frais de prélèvement et d'analyses. — Allocations diverses aux agents de prélèvement et aux agents des préfectures. — Matériel et frais d'impression du secrétariat d'inspection. — Frais d'inspection des établissements de produits médicamenteux et hygiéniques et des eaux minérales.	2.020.000
ART. 66. — Surveillance des fabriques de margarine et d'oléo-margarine	255.000
Total	<u>71.259.100</u>

TABLEAU 23. — *Restauration des chemins ; adduction d'eau ; lotissements défectueux ; répression des fraudes ; eaux minérales.*

La rubrique de l'assainissement général pourrait contenir les diverses branches du « génie sanitaire » qui s'occupe avant tout du milieu extérieur et dont l'énumération nous mènerait trop loin. Dans notre total, le maximum est formé par les 50 millions accordés aux associations syndicales en vue de

(1) H. TRUC, *Prophylaxie tuberculeuse des conscrits de faible constitution aux conseils de révision (Revue d'hygiène)*. 1923, p. 101.

faciliter l'aménagement des lotissements défectueux. Quel chapitre tragique si l'on passe en revue les situations parfois inextricables dont sont accablés les malheureux petits propriétaires, victimes de lotisseurs sans vergogne !

I. — ADMINISTRATION

Santé publique :

ART. 1. — Traitement du ministre. — Traitements du personnel de l'Administration centrale	2.812.022
ART. 2. — Indemnités du Cabinet du ministre. — Indemnités et allocations diverses du personnel de l'Administration centrale	107.138
ART. 3. — Matériel et dépenses diverses de l'Administration centrale	1.093.500
ART. 4. — Achats de livres et publications. — Reliures, impressions	116.925
ART. 6. — Secours personnels à divers titres	6.000
ART. 7. — Avances remboursables aux fonctionnaires en instance de pension.	11.250
ART. 8. — Indemnités de résidence	675.000
ART. 9. — Frais de correspondance télégraphique	6.750
ART. 10. — Traitement du personnel des services et organismes annexes du ministère	278.925
ART. 11. — Indemnités et allocations diverses du personnel des services et organismes annexes du ministère	22.650
ART. 12. — Matériel et dépenses diverses des services et organismes annexes du ministère	283.500
ART. 53. — Personnel des services d'hygiène en Alsace et Lorraine. — Traitements	316.215
ART. 54. — Personnel des services d'hygiène en Alsace et Lorraine. — Indemnités et allocations diverses	64.275
ART. 55. — Matériel et dépenses diverses des services d'hygiène en Alsace et Lorraine	176.250
ART. 57. — Traitement du personnel du service sanitaire maritime	919.500
ART. 58. — Indemnités du personnel du service sanitaire maritime	42.750
ART. 59. — Matériel et dépenses diverses du service sanitaire maritime	300.000
ART. 66. — Allocations fixes aux conseillers techniques sanitaires	22.500
Total	7.255.150

TABLEAU 24. — *Frais d'administration du ministère de la Santé publique.*

Le monde des fonctionnaires est, pour beaucoup de contribuables, un sujet préféré de railleries de toute sorte. Aussi ne faut-il pas s'attendre à une espèce d'immunité pour le ministère de la Santé publique. Cependant, leur tâche est grande et disons même démesurée si l'on veut bien jeter un coup d'œil sur les divers compartiments.

A — DIRECTION DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUES

- 1^{er} Bureau. — Établissements nationaux de bienfaisance. — Bourses aux enfants anormaux — Dons et legs à l'État. — Emplois réservés aux mutilés et veuves de guerre. aliénés, aveugles, sourds-muets etc...
- 2^e Bureau. — Application des lois en matière de protection de l'enfance et contrôle de cette application.
- 3^e Bureau. — Service de la natalité. — Primes à la natalité. — Familles nombreuses. — Secrétariat du Conseil supérieur de la Natalité.
- 4^e Bureau. — Assistance aux adultes (assistance médicale gratuite et assistance aux vieillards et aux incurables, etc...). — Hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance.
- 5^e Bureau. — Application des lois en matière de tuberculose, cancer, etc..., et contrôle de cette application.
- 6^e Bureau. — Salubrité publique. — Hygiène générale. — Conseil supérieur d'Hygiène publique. — Eaux potables. Matières usées. — Règlements sanitaires. — Hygiène alimentaire, industrielle et professionnelle. — Sérum, vaccins. — Eaux minérales. — Établissements thermaux. de l'État. — Stations hydrominérales et climatiques. — Exercice de la médecine, etc...

7^e Bureau. — Défense sanitaire et prophylaxie des épidémies. — Bureaux d'hygiène. — Inspections départementales d'Hygiène. — Déclarations, désinfections, vaccins, service des épidémies, service sanitaires, police des frontières, conventions internationales, statistiques sanitaires.

B — DIRECTION DU PERSONNEL, DE LA COMPTABILITÉ ET DES HABITATIONS

1^{er} Bureau. — Personnel. — Service intérieur. — Comptabilité. — Budget. — Allocations militaires.

2^e Bureau. — Habitations à bon marché. — Législation générale.

3^e Bureau. — Logements. — Petites propriétés. — Loyers moyens. — Établissements classés.

L'énumération sèche suffit pour montrer le vaste champ d'action qui, de l'avis des hommes compétents, doit encore être élargi. Ainsi, tout récemment, le secrétaire général du Parti social de la Santé publique a fait connaître les différents services de santé publique fonctionnant à l'heure actuelle dans douze ministères différents, non compris le ministère de la Santé publique. En voici la liste :

Ministère de l'Intérieur. — Inspection générale des services administratifs; Direction de la Sûreté générale, des bureaux de police générale et administrative; Direction du contrôle, de la comptabilité et des affaires algériennes; Commission instituée pour la répartition des fonds.

Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale. — Direction du travail; Direction de la Statistique générale de la France et service d'observation des prix; Direction des assurances sociales, de la mutualité et de la prévoyance.

Assurances sociales. — Direction de l'Administration générale et technique; Direction du personnel, du budget et du matériel; Direction de la comptabilité, des assurances, de la statistique et de l'actuariat; Caisse générale de garantie des A. S.; commissions et conseils du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale; Commission d'hygiène industrielle; Commission des maladies professionnelles; Conseil supérieur de statistique; Conseil de la Statistique générale de la France.

Ministère de la Guerre. — Direction du Service de Santé militaire; Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires; services annexes; écoles.

Ministère de la Marine. — Direction centrale du Service de Santé de la marine; conseils et commissions; écoles.

Ministère des Colonies. — Inspection générale du Service de Santé; Conseil supérieur de santé des colonies.

Ministère des Pensions. — Deuxième Direction; Commission consultative médicale; Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits; Commission consultative de prothèse et d'orthopédie.

Ministère de l'Agriculture. — Direction générale des Eaux et Forêts; Service de la répression des fraudes.

Institut des recherches agronomiques. — Laboratoire national de recherches des services vétérinaires; Direction des haras; Commission spéciale de répartition du profit des jeux; Commission spéciale du Pari mutuel pour les adductions d'eau potable; Comité consultatif des épizooties.

Ministère de l'Éducation nationale. — Académie de Médecine; Institut supérieur de la vaccine; Inspection médicale des écoles.

Ministère de la Justice. — Direction de l'Administration pénitentiaire.

Ministère des Travaux publics. — Direction générale des Chemins de fer; Service de la marine marchande.

Ministère des Finances. — Conseil supérieur d'Hygiène du ministère des Finances.

Ministère des Postes, des Télégraphes et des Téléphones. — Conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie; Commission de l'habitation; Commission de l'hygiène des services postaux; Commission de la tuberculose et de la lutte contre les fléaux sociaux.

Le secrétaire général du Parti social de la Santé publique rappelle que, pour remédier à l'inconvénient qui résulte de cet éparpillement de services, M. Justin Godart avait institué, comme ministre de la Santé publique, une commission supérieure de la défense sanitaire. Cette Commission, présidée par le ministre, a pour but de coordonner l'action des services qui, dans chaque ministère, ont à s'occuper de l'hygiène publique. Il est vivement désirable que ces efforts de coordination soient poursuivis et qu'ils aboutissent à la constitution d'un grand ministère de la Santé publique dans lequel seraient réunis tous les services ci-dessus énumérés.

M. Justin Godart a expliqué comment il avait été amené à constituer par décret cette Commission supérieure de la défense sanitaire. Cette Commission a droit de cité; mais il importe actuellement d'obtenir qu'elle soit réunie et qu'elle fonctionne. Il en est de même pour la Commission permanente militaire, établie auprès du ministère de la Santé publique, pour mettre en liaison, d'une façon suivie, les officiers du Service de Santé militaire, de la Guerre, de la Marine et du cadre colonial avec les représentants du ministère de la Santé publique. Cette Commission a pu être constituée grâce à un accord établi avec MM. Paul-Boncour, Georges Leygues et Albert Sarraut, ministres de la Guerre, de la Marine et des Colonies.

La centralisation et l'intercommunication des pouvoirs centraux ne doit pas faire oublier la base, les organismes locaux. N'oublions pas les départements et surtout les communes. Tout un monde d'action s'ouvre devant nous et qui pourrait exercer une influence décisive si l'on voulait appliquer l'article 9 de la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique. En voici le texte :

« Lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès, dans une commune, a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la Commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.

« Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment, qu'elle n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien que les eaux usées y restent stagnantes, le préfet, après une mise en demeure de la commune, non suivie d'effet, invite le Conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le Conseil départemental d'hygiène.

« En cas d'avis du Conseil départemental d'hygiène, contraire à l'exécution

des travaux, ou de réclamations de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du Conseil au ministre de l'Intérieur qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'Hygiène publique de France. Celui-ci procède à une enquête dont les résultats sont affichés dans la commune.

« Sur les avis du Conseil départemental d'hygiène et du Comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux.

« Si dans le mois qui suit cette mise en demeure, le Conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou si, dans les trois mois, il n'a pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, un décret du Président de la République, rendu en Conseil d'État, ordonne ces travaux dont il détermine les conditions d'exécution. La dépense ne pourra être mise à la charge de la commune que par une loi.

« Le Conseil général statue, dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés. »

Il faut souhaiter que l'article de cette loi ne reste pas lettre morte. De cette façon, la statistique cessera d'être, la plupart du temps, un amas de chiffres sans valeur, mais, au contraire, elle incitera à une action vigoureuse et coordonnée au nom de la protection de la santé publique, qui, comme nous avons essayé de l'expliquer, n'est pas uniquement du ressort du ministre de la Santé publique.

Le tableau récapitulatif suivant nous permettra de nous rendre compte de la politique sanitaire de divers ministères.

	Pourcentage	Total
A — Habitations	2,11	128.448.375
B — Cellule familiale :		
1. Natalité et familles nombreuses	3,72	225.937.500
2. Enfants de premier âge	2,48	150.450.000
3. Age scolaire et postscolaire	0,14	8.803.000
4. Les Pupilles de la Nation	2,33	141.425.704
5. Charges de famille du fonctionnaire	3,55	215.624.320
C — Assurances sociales et Assistance :		
1. Assurances sociales	5,33	323.693.942
2. Assistance publique et privée	5,40	327.905.020
D — Maladies et infirmités :		
1. Hospitalisation et internement	0,99	60.071.500
2. Invalides, mutilés et réformés	63,28	3.837.453.900
3. La pathologie professionnelle	0,07	4.762.500
E — Les maladies sociales	1,49	90.735.500
F — Encouragement à l'agriculture	3,39	205.607.475
G — Service de santé de l'armée	4,35	264.056.105
H — Assainissement général. — Lotissement. — Répression des fraudes	1,17	71.259.100
I — Administration du ministère de la Santé publique	0,11	7.255.150
Total		6.063.589.091

TABLEAU 25. — *Récapitulation des dépenses par les divers ministères en faveur de la protection de la Santé publique. Exercice 1932.*

Les 6 milliards dépassent singulièrement et avantageusement le milliard du ministère de la Santé publique. Si donc, il existe un budget, relativement

restreint, du ministère de la Santé publique, l'on dispose, par contre, d'un budget, de beaucoup plus grand, de la protection de la Santé publique auquel il faudrait ajouter les dépenses imposantes inscrites dans les budgets communaux et départementaux.

Pour rendre hommage à la politique sanitaire, pour coordonner les divers efforts et pour éviter le double emploi et le gaspillage, pour marquer nettement les tendances du Pouvoir central, dans un domaine qui touche les forces vitales du pays, l'idée de centraliser, tant au point de vue de l'action que de la documentation, paraît justifiée. Pour commencer, l'on pourrait demander au rapporteur du budget du ministère de la Santé publique, à la Chambre et au Sénat, d'explorer les compartiments voisins, dans un but de documentation objective, qui peu à peu aboutira à une modification profonde de la structure du ministère de la Santé publique.

G. ICHOK.

DISCUSSION

M. le Président remercie M. le Dr ICHOK de son intéressante communication. Le conférencier a bien fait ressortir que les dépenses inscrites au budget du ministère de la Santé publique ne représentent qu'une faible partie des dépenses engagées, directement ou non, pour la santé publique, 1 million sur 7 environ. Il y a, en effet, les dépenses d'Assurances sociales qui concernent le ministère du Travail, celles de l'Assistance publique qui relèvent du ministère de l'Intérieur, celles aussi engagées par le ministère de l'Agriculture dans le noble but de remédier à la désertion des campagnes.

A côté des questions d'ordre strictement médical, il y a les questions économiques, sociales et politiques. C'est ainsi, par exemple, que le ministère de la Santé publique n'existe que par intermittence, et que, d'une manière générale, les attributions des divers ministères sont assez changeantes.

D'autre part, la diminution des crédits de la Santé publique de 1930-1931 à 1931-1932 n'est qu'apparente, en effet, l'application de la loi sur les Assurances sociales a permis la réduction sensible de certains crédits d'assistance (assistance aux femmes en couches, primes d'allaitement, etc...).

M. BOUIS fait observer qu'à la suite d'une série de faits nombreux et importants qui se sont produits depuis un siècle, nos populations sont arrivées à renfermer la plus forte proportion d'éléments démographiques âgés de plus de 60 ans, de tous les États européens, de tous les pays qui, à la surface du globe, possèdent des statistiques. En sorte que, notre mortalité générale se trouve fortement obérée et, prise en totalité, difficilement améliorable pour de nombreuses années. Mais si l'on ne considère que nos éléments démographiques jeunes, la mortalité qui les concerne peut être sensiblement amendée.

M. le général RAYNAL. — A la suite de la remarque que vient de formuler M. BOUIS sur la plus forte mortalité des vieillards en France, M. le général RAYNAL estime que, pour situer à ce point de vue la position réelle de notre pays, il convient de définir préalablement et avec précision les chiffres pris

comme mesure de cette mortalité; autrement, on risquerait une certaine confusion.

En raison de la chute déjà ancienne de sa natalité, la France offre, en effet, une répartition par âges de la population nettement différente de celle des autres pays. Les vieillards y figurent pour une bien plus forte part; il est donc forcément, par suite, que, sur 100 décès de tous âges, les vieillards y soient en plus grand nombre qu'ailleurs.

Considérons, par exemple, les chiffres fournis par les dénominations allemands et français de 1925 et 1926. Nous y constatons que, lors de ces deux recensements effectués presque à la même date, il existe notablement plus de vieillards de 80 ans et plus en France qu'en Allemagne (1), bien que notre population ne soit que les deux tiers de celle de nos voisins.

Cette anomalie, qui surprend de prime abord, se laisse aisément expliquer. Les Allemands nés en 1846 ou antérieurement sont, en effet, les survivants de générations qui n'étaient guère plus nombreuses que celles de la France d'alors et qui, de plus, jusqu'à la fin du siècle dernier, ont été décimées par l'émigration. On a donc raison de dire que la France actuelle possède plus de population âgée que l'Allemagne, fait que l'on exprime souvent d'une façon plus condensée que précise en disant que la France est un peuple de vieillards.

Inversement, vers la fin du xx^e siècle, ce même qualificatif pourra se retourner contre l'Allemagne, si les taux de natalités des deux pays continuent d'évoluer comme ils l'ont fait depuis la guerre : 2.085.847 Allemands sont nés en 1905 en regard de 807.291 Français; les survivants atteindront en 1985 l'âge de 80 ans, les Allemands restant suivant toute probabilité deux fois et demie plus nombreux que leurs contemporains français, alors que, par suite de la brusque et profonde chute de la natalité allemande depuis quinze ans, les calculs d'extrapolation montrent que les populations des deux États resteraient sensiblement dans le même rapport qu'aujourd'hui, des deux tiers.

Il est donc exact de dire que c'est la France qui compte dans les décès la plus forte proportion de vieillards. Mais cette constatation suffit-elle pour affirmer que la mortalité des vieillards y est plus considérable que dans les autres pays? Pour le prouver, ne serait-il pas nécessaire, ce semble, de montrer qu'aux âges de 70, 75, 80 ans, etc., la durée probable de survie est plus courte pour un Français que pour un Anglais, un Suédois ou un Allemand (2)?

(1) Nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus au recensement de 1926 : 439.655, dont 428.425 Français et 11.230 étrangers ou naturalisés.

(Résultats statistiques du dénombrement de 1926. Tome I, 2^e partie, p. 20.)

Nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus au recensement allemand de 1925 : 335.633. (la nationalité n'est pas indiquée).

(Office statistique de l'Empire allemand, *Die Bevölkerung nach den Ergebnissen der Volkszählung, 1925*, tome I, p. 174).

(2) On pourrait encore, ce semble, considérer, non l'âge des décédés, mais la cause des décès et envisager ainsi une autre conception de la mortalité des vieillards, basée sur la proportion de décès pour cause de vieillesse, c'est-à-dire uniquement dus à la sénilité, dans l'ensemble des décès.

Comme le montrent les tableaux figurant dans l'*Étude sur la population française* publiée en 1932, par M. le Dr Ichok, les décès de cette nature apparaissent en proportion appréciable dès l'âge de 50 ans. Il serait donc *a priori* possible d'établir à ce point de vue une comparaison entre les divers pays, comparaison toutefois d'autant plus délicate que les données ne seraient plus fournies par des faits bruts et indiscutables comme le sont les chiffres des décès, mais par des applications médicales, susceptibles de varier d'un État à l'autre, parfois même d'une commune à sa voisine.

Le général RAYNAL demande ensuite à M. le Dr ICHOK s'il ne lui paraîtrait pas logique de comprendre, dans les dépenses faites par l'État pour la protection de la santé publique, les majorations de retraites accordées aux fonctionnaires ayant élevé jusqu'à l'âge de 16 ans trois enfants ou plus. Ces majorations de retraites représentent, en somme, des dépenses exactement de même nature que les allocations attribuées aux fonctionnaires pour le même objet. Elles seraient annuellement de l'ordre d'une centaine de millions, d'après les chiffres fournis par le Gouvernement, dans ses projets financiers actuels, où il propose de supprimer lesdites majorations par raison d'économie.

Il désirerait également savoir si, au cours des recherches que lui a nécessitées la très intéressante communication actuelle, M. le Dr ICHOK a pu se faire une idée des sommes que dépensent à côté de l'État et pour les mêmes fins, les collectivités des divers ordres, notamment départements ou communes. Lui serait-il en particulier possible de l'indiquer pour l'importante commune suburbaine dont il dirige les services d'hygiène et d'assistance sociale?

Le général RAYNAL déclare enfin que, à son avis, on ne saurait se faire une notion exacte de l'œuvre sanitaire de la France aux colonies en se basant sur les seuls chiffres inscrits au budget de l'État.

La part de la Métropole, dans les dépenses de l'espèce, ne demeure prépondérante aujourd'hui que dans l'Afrique équatoriale, où la lutte contre la maladie du sommeil exige des moyens financiers que ne pourrait fournir une colonie relativement pauvre et à peine organisée. Dans les autres groupes de colonies, notamment en Indochine, depuis le début du siècle, une part sans cesse croissante des dépenses a été consacrée aux œuvres d'assistance médicale et aux travaux d'assainissement dans les différentes catégories des budgets locaux.

Pour se rendre compte de l'importance de cet effort, ainsi que de la valeur des résultats obtenus, il serait indispensable de procéder pour chaque groupe à une étude aussi complète que celle que vient de communiquer M. le Dr ICHOK.

M. MOINE. — Notre collègue, M. le Dr ICHOK, vient de nous présenter, très objectivement, une communication d'un haut intérêt. Aussi, j'éprouve un véritable plaisir en lui adressant mes bien vifs remerciements.

Cette conférence ne manquera certainement pas d'appeler l'intervention de plusieurs collègues et certains points viennent d'ailleurs d'être analysés par M. BOUIS et le général RAYNAL. Cependant, il me semble qu'il est nécessaire de préciser le terme « vieillard » que viennent d'employer ces deux orateurs.

On sait, en effet, que la vieillesse prend fin avec la mort, quand encore il ne s'agit pas de décédés d'âge avancé, mais quand commence-t-elle? C'est là qu'une définition s'impose. Et, si vous le voulez bien, nous retiendrons les sujets ayant dépassé la soixantaine, représentant une population dans laquelle les risques de mort sont fréquents et vont en augmentant au fur et à mesure que l'âge vient.

On sait également que la dénatalité a sévi en France beaucoup plus tôt que chez nos voisins et que, de ce fait, les personnes âgées de 60 ans et au delà représentent 15 % de notre population totale, tandis qu'en Angleterre et en Allemagne cette proportion est actuellement voisine de 8 %. Il en résulte que dans la mortalité totale que nous enregistrons chaque année, la moitié est attri-

buable à cette population âgée de plus de 60 ans, alors que, chez nos voisins, les décédés de cet âge ne comptent que pour un tiers du total des décès.

Dans ces conditions, il est impossible d'abaisser notre taux global de mortalité au niveau de celui des autres pays, même à état sanitaire égal. D'ailleurs, dans quelles séries d'âge, celle-ci est-elle inégale? A cette question, nous répondrons que, toutes proportions gardées, les risques de mort sont un peu plus élevés en France qu'en Angleterre, dans les séries d'âge avancé, dans toute la vie adulte et dans le cours de la première année. Comparativement à l'Allemagne, notre mortalité infantile est plus faible; elle est également moins élevée que celle qu'enregistre le Danemark, pays qui a pourtant le taux le plus réduit de mortalité par tuberculose connu en Europe, bien que ce soit la Hollande qui ait l'avantage d'avoir le taux le plus réduit de mortalité générale.

Sur la base de ces pays, combien de décès pouvons-nous éviter chaque année?

a) Sur une mortalité générale de 670.000 décès, on peut gagner 20.000 existences par année sur la mortalité des nourrissons (base Hollande);

b) Sur la mortalité par tuberculose, nous pouvons réduire de 40.000 à 50.000 décès la perte que nous cause annuellement cette maladie (base Angleterre, Allemagne, Hollande et Danemark) et sur l'âge adulte, où la moitié des décès lui est attribuable, il y a dans les deux sexes la valeur effective d'un corps d'armée à récupérer chaque année.

c) Sur la mortalité des plus de 60 ans, chez lesquels il y a des gains à réaliser, grâce à une meilleure compréhension des conditions d'existence, il y aurait, en outre, si la population était composée de façon identique à celle des pays qui nous entourent, une réduction qui peut être évaluée à 120.000 unités.

Cet ensemble de considérations conduit à des gains éventuels de l'ordre de 185.000 vies humaines, ramenant les décès de 670.000 à 495.000, soit, en gros, 500.000 par an, ce qui, pour une population de 41 millions de sujets, donnerait un taux de 12,2 pour 1.000 habitants. Ce taux, comme vous le voyez, est strictement comparable à ceux de nos voisins et correspond très exactement aux taux rectifiés que la Statistique générale de la France a établis sur la base d'une population-type.

Ce sont là des questions que quelques-uns d'entre nous connaissent bien, mais il convenait, me semble-t-il, d'en exposer devant cette assemblée les lignes générales. Et les constatations exposées par le Dr ICHOK sont de nature à démontrer la nécessité de grouper les crédits destinés à la protection de la santé publique et de coordonner l'activité de tous les services publics et privés créés pour combattre les maladies évitables.

D'ailleurs, l'organisation actuelle de protection de la santé a déjà permis de faire d'intéressantes observations. En effet, si l'on compare, par petits groupes d'âge, la mortalité actuelle avec celle qui fut enregistrée vers 1900, on constate que le nombre annuel de décès a été réduit, au cours de cette période, de 177.000 unités, dont 60.000 relèvent de l'importante diminution du taux de la mortalité infantile.

M. REY rappelle que déjà, pendant la guerre, M. Justin GODART, alors ministre, avait souhaité qu'il existât un seul ministère s'intéressant à la santé publique et prenant toutes les attributions la concernant. Ce ministère rece-

vrait tous les crédits disséminés et devrait laisser s'exercer, pour le meilleur profit, les activités privées qu'il serait chargé de coordonner et de contrôler.

Le désordre administratif a nui à la Santé publique; les efforts réalisés par l'État ne correspondent pas aux capitaux dont il dispose. Des progrès immenses ont été réalisés à l'étranger, même dans de petits pays, grâce à une meilleure organisation.

En ce qui concerne le domaine important de l'habitation, l'État et autre collectivités n'ont pas su profiter de l'expérience de l'étranger, et M. REY exprime le regret que les idées de M. Léon BOURGEOIS en la matière n'aient pas été appliquées.

La tendance étatiste exerce, là aussi, ses ravages et les constructions édifiées par les collectivités ne rapportent qu'un intérêt minime — le trou ainsi créé dans le budget étant comblé par les contribuables — et font une désastreuse concurrence au grand domaine immobilier du pays.

M. REY insiste sur ce fait que ces constructions devraient être uniquement confiées à des sociétés privées, les collectivités n'intervenant, avec un droit de contrôle, que pour assurer la garantie d'intérêts.

M. le Dr ICHOK, remarque M. BOURDON, a parlé du mauvais emploi possible des primes de natalité et des allocations aux familles nombreuses, et a exprimé le souhait qu'un contrôle soit exercé à cet égard. M. BOURDON fait observer que, vu le montant relativement faible des sommes versées le contrôle ne paraît pas bien nécessaire; que, d'ailleurs, ces allocations ne compensent que très partiellement les charges assumées et que l'État, n'accomplissant dans ce domaine que très insuffisamment son devoir, ne saurait prétendre imposer des directions; enfin et surtout, la surveillance a des dangers, les agents de l'Assistance publique croyant avoir de réels droits sur les assistés, ce qui peut donner lieu à de regrettables excès comme cela s'est produit en Suisse. M. BOURDON insiste sur ce que les inconvénients pouvant résulter de l'absence de contrôle sont plus faibles que ceux susceptibles d'être apportés par les excès de surveillance.

M. le Président remercie MM. BOUIS, le général RAYNAL, MOINE, REY et BOURDON, qui ont contribué à rendre la discussion très intéressante. Il montre la nécessité de discriminer les dépenses d'assistance à la charge de l'État, des départements, des communes et des colonies.

Faisant allusion à l'intervention de M. BOURDON, M. le Président se demande si, dans le domaine de la santé publique, il est vraiment nécessaire d'organiser un contrôle rigoureux, qui coûterait cher par rapport aux résultats susceptibles d'être obtenus, et si les contrôleurs auraient suffisamment d'indépendance dans l'exercice de leurs fonctions.

M. le Président conclut que l'on pourrait faire de sérieux progrès en matière de santé publique si on laissait l'initiative privée s'exercer plus librement, ce qui aurait, par surcroit, l'avantage — non négligeable à l'époque actuelle — de faire réaliser à l'État des économies sur son budget.
