

N° 27

# SÉNAT

1<sup>re</sup> SESSION ORDINAIRE DE 1964-1965

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 12 novembre 1964.

---

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet  
de loi de finances pour 1965, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE  
NATIONALE.*

TOME II

**SANTÉ PUBLIQUE ET POPULATION**

Par M. André PLAÏT,

Sénateur.

---

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

**Voir les numéros :**

**Assemblée Nationale (2<sup>e</sup> législ.) : 1087 et annexes, 1106 (tomes I à III et annexe 24), 1141 et in-8° 266.**

**Sénat : 22 et 23 (tomes I, II et III, annexe 25) (1964-1965).**

# SOMMAIRE

	Pages.
<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>CHAPITRE PREMIER. — La prévention sanitaire et sociale</b> .....	<b>7</b>
<b>I. — L'enfance et l'adolescence</b> .....	<b>7</b>
1° Le contrôle prénatal.....	7
2° Mesures sanitaires et sociales en faveur des nouveaux-nés et des enfants en bas âge.....	7
a) Hôtels maternels.....	8
b) Foyers départementaux de l'enfance.....	8
c) Crèches .....	10
d) Aide aux mères.....	10
e) Consultations de nourrissons.....	10
3° Les vaccinations.....	11
4° Le contrôle médical scolaire.....	12
5° Mesures sanitaires et sociales en faveur de l'adolescence. — Foyers de jeunes travailleurs.....	13
<b>II. — L'âge adulte</b> .....	<b>14</b>
1° Médecine du travail.....	14
2° Lutte contre les fléaux sociaux.....	14
Protection contre les radiations ionisantes.....	15
Action contre la pollution atmosphérique.....	18
Lutte contre le bruit.....	21
<b>III. — Les problèmes de la vieillesse</b> .....	<b>24</b>
1° L'aide financière directe aux personnes âgées.....	24
a) Plafonds de ressources.....	25
b) Allocations .....	25
2° L'aide par l'aide ménagère, le logement, l'hébergement et l'hospitalisation.....	27
<b>CHAPITRE II. — La lutte contre la maladie</b> .....	<b>30</b>
<b>I. — L'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale</b> . 30	<b>30</b>
<b>II. — Le personnel</b> .....	<b>32</b>
a) La réforme des études médicales.....	32
b) Les auxiliaires médicaux.....	32
Statuts .....	32
Promotion sociale et professionnelle.....	33
Ecoles .....	35
Bourses .....	35
c) Les assistantes sociales.....	35
<b>III. — Les établissements hospitaliers</b> .....	<b>37</b>
a) La politique hospitalière : la Direction de l'Équipement sanitaire et social.....	37
b) Les établissements hospitaliers.....	40
<b>CHAPITRE III. — Les déficients sensoriels et infirmes moteurs cérébraux. —     L'enfance inadaptée</b> .....	<b>42</b>
Déficients sensoriels et infirmes moteurs.....	43
Enfance inadaptée.....	43
<b>Les travaux de la Commission. — Conclusion</b> .....	<b>45</b>

Mesdames, Messieurs,

Le budget du Ministère de la Santé publique et de la Population pour 1965 que votre Commission des Affaires sociales m'a chargé de rapporter devant le Sénat s'élève à la somme de 2.286.772.000 F pour les crédits de paiement contre 2.194.866.000 F en 1964. Il est donc globalement en augmentation de 192.593.000 F.

Les dépenses ordinaires comprennent les crédits votés en 1964, auxquels viennent s'ajouter les mesures acquises rendues nécessaires, en cours d'année, par des ajustements de crédits évolutifs et provisionnels, soit 2 milliards 48 millions, ainsi que les mesures nouvelles qui nous sont proposées, soit 28.700.000 F environ.

Les dépenses en capital représentent les crédits de paiement pour les investissements exécutés par l'Etat et les subventions d'investissement accordées par l'Etat ; elles s'élèvent à la somme de 209.200.000 F contre 146 millions en 1964.

Les autorisations de programme, particulièrement les subventions aux établissements hospitaliers et de bienfaisance, sont en augmentation sensible ; elles atteignent pour 1965 environ 278 millions contre 250 millions en 1964.

\*  
\* \*

L'examen des mesures nouvelles des dépenses ordinaires fera presque exclusivement l'objet de ce rapport. Il convient à ce sujet de remarquer qu'une somme de 2 millions de francs correspond au transfert du budget de l'Education nationale de crédits destinés au fonctionnement du Centre de formation des monitrices de la jeunesse de Nantes et qu'une somme d'environ 1 million est destinée au relèvement des rémunérations publiques sur les traitements de personnel de divers instituts nationaux ; il ne s'agit donc pas, pour ces deux postes, de mesures nouvelles. Ces dernières repré-

sentent environ 25 millions de francs, soit une augmentation des crédits relativement modérée, de l'ordre de 1,4 %. Cette somme se répartit, en grandes masses, de la manière suivante :

17 millions pour le relèvement du montant des allocations d'aide sociale aux personnes âgées ;

7.500.000 F pour la formation des auxiliaires médicaux ;

5 millions pour l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale ;

1 million en faveur de l'enfance inadaptée.

\*  
\* \*

Les dépenses en capital représentent les investissements exécutés par l'Etat et, surtout, les subventions d'investissements accordées par l'Etat, concernant pour la plus grande part les établissements hospitaliers. Pour ces derniers, les subventions pour opérations nouvelles s'élèvent à la somme de 317.700.000 F, se répartissant ainsi :

C. H. U.....	114.480.000
Hôpitaux .....	78.870.000
Hospices et maisons de retraite.....	42.040.000
Hôpitaux psychiatriques.....	82.300.000

On constate qu'à elles seules les subventions pour les Centres hospitaliers universitaires sont égales à celles attribuées aux hôpitaux et aux hospices et maisons de retraite. Cette mesure, certes, est rendue nécessaire par la réforme des études médicales, mais elle tend à diminuer dans de grandes proportions les subventions destinées aux autres établissements dont le besoin en nombre de lits et en aménagements se fait cruellement sentir.

Certes, le budget qui fait l'objet de notre examen ne reflète pas, ainsi que le faisait remarquer M. le Ministre devant notre Commission, l'ensemble de toutes les sommes mises à la disposition de la nation pour la Santé publique. Il serait juste d'y ajouter les dépenses d'aide sociale et la participation des budgets départementaux ; cependant, nous ne pouvons que déplorer que de nombreuses activités, dans le domaine de la santé, ne soient pas rattachées à ce département ministériel afin d'en faire le grand ministère que nous souhaitons dans l'intérêt de la nation.

\*

\* \*

Il est inutile de faire état de statistiques précises pour constater, d'une part, le nombre croissant des naissances dans notre pays et, d'autre part, l'augmentation du nombre des personnes âgées, phénomène d'ailleurs commun à tous les peuples en voie de développement. Il faut voir dans ces deux données démographiques le résultat d'une politique sanitaire dont l'évolution heureuse pour le genre humain repose sur les mesures de prévention prises contre la maladie, sur son évolution et sa guérison.

C'est le rôle essentiel du Ministère de la Santé Publique de promouvoir et de parfaire les moyens dont il dispose, grâce aux progrès considérables réalisés dans l'art de soigner et de guérir.

Nous examinerons dans un premier chapitre les mesures de prévention sanitaire et sociale de la naissance à la vieillesse et dans un deuxième chapitre les moyens dont nous disposons pour lutter contre la maladie et pour améliorer la condition sociale ; enfin nous envisagerons les mesures prises et à prendre en faveur des plus déshérités, ceux qui ne peuvent être réadaptés et ceux que la science humaine ne peut guérir, auxquels nous devons apporter le soulagement et le réconfort.

## CHAPITRE PREMIER

### LA PREVENTION SANITAIRE ET SOCIALE

#### I. — L'enfance et l'adolescence.

##### 1° LE CONTRÔLE PRÉNATAL

Avant même la naissance de son enfant, la mère doit subir plusieurs examens prénataux. La loi du 19 juillet 1962 lui fait obligation, pour percevoir les allocations prénatales, de se soumettre à un quatrième examen au cours du huitième mois de sa grossesse.

Il serait utile également de pratiquer, dès le début de la grossesse, une analyse du sang afin de préciser :

— d'une part, le groupe sanguin dont la connaissance est indispensable pour pratiquer éventuellement une transfusion sanguine en cas d'accident au moment de l'accouchement ;

— d'autre part, de rechercher le facteur rhésus : on sait, en effet le risque existant chez les femmes ayant un rhésus négatif d'accidents graves déterminant en quelques heures ou en quelques jours la mort de l'enfant. Les centres de transfusion sanguine qui couvrent la France entière, très compétents dans ce domaine et possédant l'équipement nécessaire, pourraient être habilités pour faire ces examens.

##### 2° MESURES SANITAIRES ET SOCIALES EN FAVEUR DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS EN BAS AGE

Lorsque, pour des raisons sociales, la mère se trouve dans l'impossibilité de garder son enfant au foyer familial, des possibilités s'offrent à elle sous la forme d'hôtels maternels, de foyers de l'enfance, de crèches, etc.

a) *Hôtels maternels.*

L'hôtel maternel est un établissement hébergeant des mères pendant quelques semaines, seules avec leur jeune enfant à la sortie de la maternité : il permet à ces femmes de retrouver une activité professionnelle sans avoir à se préoccuper d'une façon immédiate d'un logement ou de la garde de leur enfant. Ces établissements font l'objet de mesures nouvelles au budget de 1965. Au chapitre 66-20, article 2, quatre opérations sont prévues pour un montant de 1.700.000 F.

b) *Foyers départementaux de l'enfance.*

Ce sont les établissements prévus par l'article 66 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale :

« Dans chaque département, le préfet, sur proposition du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, organise un ou plusieurs foyers destinés à accueillir les enfants confiés au service de l'aide sociale à l'enfance.

« Ces foyers sont gérés soit par le Conseil général, soit par la Commission administrative de l'établissement hospitalier dont ils dépendent. Dans ce dernier cas, ils sont installés dans des locaux indépendants des quartiers d'hôpitaux ou d'hospices... »

Le texte prévoit pour les tout-petits une *pouponnière* du service ayant le même but que le foyer.

La plupart des départements ont effectivement organisé un foyer ; certains en ont plus d'un ; au total, en tenant compte des opérations d'équipement de 1964 et de 1965, on a pu évaluer à 203 le nombre de ces établissements et à 11.800 le nombre de lits.

*Rôle des foyers.*

Le rôle des foyers est d'accueillir des enfants trouvés, abandonnés, délaissés, confiés en garde par le Juge des enfants (au civil) ou par les Tribunaux, ou recueillis temporairement à la demande de la famille.

Il en résulte que les foyers ne sont pas des internats d'éducation permanente mais des établissements de passage, de « déconditionnement », d'observation en vue du meilleur *placement* et de la meilleure *orientation*.

Le nombre décroissant des pupilles proprement dits et le nombre croissant des autres catégories (surtout des enfants « en garde ») accentuent la tâche d'observation et de « déconditionnement » des foyers.

Le déficit en établissements de rééducation, surtout pour adolescents difficiles, obligerait les foyers à recevoir des sujets pour lesquels ils n'ont pas été conçus.

#### *Personnel des foyers.*

Le statut de ce personnel est défini dans le décret du 3 octobre 1962 relatif à tous les personnels relevant de l'aide sociale à l'enfance.

Sous le bénéfice de mesures transitoires par lesquelles a été intégré le personnel en fonctions estimé satisfaisant, les foyers seront désormais dirigés par un éducateur-chef chargé des responsabilités administratives. Quelques grands foyers, de plus de 200 lits non rattachés à un autre établissement, auront à leur tête un directeur (soit une douzaine en France).

Le personnel comprendra progressivement le nombre voulu d'éducateurs spécialisés ou de moniteurs éducateurs, outre s'il y a lieu les instituteurs nécessaires pour éviter ou rattraper, durant le séjour, les retards scolaires. Un pédiatre, un psychologue, généralement vacataires apporteront également leur concours.

Dans les mêmes conditions, un effort a été entrepris en ce qui concerne les *pouponnières* du service social à l'enfance.

Au nombre de 107 (évaluation à fin 1965) avec 4.300 lits, elles fonctionnent de façon satisfaisante, les exigences techniques réglementées pour l'avenir par le décret précité étant presque partout déjà assurées (diplômes exigés des directrices, ou puéricultrices, auxiliaires, etc.).

Mais, comme pour les foyers proprement dits, l'effort portera, lorsqu'il y aura lieu, sur l'aménagement ou le transfert des établissements qui seraient vétustes ou insuffisants.

#### *Budget du foyer.*

Calculées sur prix de journées, les dépenses correspondantes figurent au chapitre 954 du budget départemental, article 6436, groupe I des dépenses d'aide sociale, donnant lieu à participation de l'Etat pour 83 % en moyenne nationale.

En mesures nouvelles, le chapitre 66-20 du Budget de la Santé publique prévoit 12 opérations pour un montant de 7.800.000 F.



c) *Les crèches.*

Les crèches sont des établissements destinés à recevoir, pendant la journée, durant le travail de leurs mères, les enfants bien portants de moins de trois ans. Elles permettent d'améliorer la condition sociale d'un jeune ménage qui peut ainsi disposer d'un double salaire et, d'autre part, elles apportent une contribution très appréciable à la lutte contre la mortalité et la morbidité infantiles.

Devant l'insuffisance du nombre de crèches actuellement existantes, le Ministre de la Santé publique a inscrit en mesures nouvelles pour 1965 au chapitre 66-12 (subvention d'équipement aux organismes d'hygiène sociale) un crédit de 9.800.000 F. Les deux tiers de ce crédit sont destinés à la création et à la modernisation des crèches. La Commission des Affaires sociales émet le vœu que le déficit des crèches communales soit pris en charge en totalité ou en partie par l'Etat, ce qui permettra l'ouverture de nouvelles crèches.

d) *L'aide aux mères.*

Cependant certaines mères de famille dont l'enfant reste au foyer familial se trouvent pour certaines raisons (santé, isolement à la campagne, familles nombreuses) dans l'impossibilité de dispenser à leur enfant nouveau-né ou en bas âge les soins journaliers nécessaires.

Elles ont alors recours à des organismes dits « d'aide aux mères ». Pendant quelques semaines, des « travailleuses familiales » viennent les seconder.

Il s'agit là d'œuvres privées d'un intérêt social particulièrement intéressant. Le Ministre de la Santé au chapitre 47-21 leur accorde des subventions de fonctionnement et d'aménagement ainsi que des crédits pour la formation des travailleuses familiales. Aucune mesure nouvelle n'est inscrite au budget pour 1965 et nous ne pouvons que le regretter en raison des services incontestables qu'elles rendent.

e) *Les consultations de nourrissons.*

Un réseau très dense de consultations de nourrissons existe dans le pays. Dans les villes, comme dans les petites communes, un médecin, le plus souvent avec l'aide d'une assistante sociale, exa-

mine chaque mois les enfants qui lui sont présentés. L'examen médical, l'établissement de la courbe de poids, le conseil donné pour le choix et la progressivité de l'alimentation sont des éléments importants qui permettent de suivre l'état de santé du nourrisson. Ces consultations doivent être développées et même généralisées. On pourrait même envisager de leur donner un caractère d'obligation, la signature du médecin devenant nécessaire pour la perception des allocations familiales.

Telles sont les mesures sanitaires et sociales prises en faveur des nouveau-nés ou des enfants en bas âge.

### 3° LES VACCINATIONS

Les vaccinations se proposent alors de soustraire l'enfant aux affections multiples qui le guettent et qui se développeraient avec d'autant plus de gravité que son organisme n'est pas préparé à lutter contre elles.

Grâce aux vaccinations devenues obligatoires et par là même gratuites, certaines affections ont presque totalement disparu : la variole, le tétanos, la diphtérie, les fièvres typhoïde et paratyphoïde.

Le 1<sup>er</sup> juillet 1964, la vaccination antipoliomyélitique est devenue obligatoire. Il faut rendre hommage aux Conseils généraux de France qui sans attendre la promulgation de la loi ont pris l'initiative de financer les frais occasionnés par cette vaccination.

On est en droit désormais de penser que grâce à la généralisation de cette vaccination, on verra disparaître les terribles séquelles de la poliomyélite atteignant surtout les enfants. Le chapitre 47-11 fait état d'un crédit de 5 millions en mesures acquises pour cette vaccination, destiné à l'achat de vaccin et aux dépenses de personnel.

Nous possédons également une arme contre la tuberculose, le vaccin B. C. G. Le décret n° 64-417 du 5 mai 1964 fixe les dates d'application de la vaccination pour le B. C. G. aux différentes catégories de population soumises obligatoirement à cette vaccination :

1° Les enfants du premier âge et du deuxième âge placés en maisons maternelles, crèches, pouponnières ou en nourrice ;

2° Les enfants vivant dans un foyer où vit également un tuberculeux recevant, à ce titre, des prestations des collectivités publiques ou des organismes de sécurité sociale ;

3° Les enfants d'âge scolaire fréquentant les établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres, visés par le titre II du livre II du Code de la Santé ;

4° Les étudiants bénéficiaires de la Sécurité sociale, les élèves des écoles d'infirmiers, d'infirmières, d'assistants, d'assistantes sociales ou de sages-femmes ;

5° Les personnels des établissements hospitaliers publics et privés ;

6° Les personnels des Administrations publiques ;

7° Les militaires des armées de terre, de mer et de l'air ;

8° Les personnels des entreprises industrielles et commerciales et, particulièrement, les personnes travaillant dans un milieu insalubre ou qui manipulent des denrées alimentaires.

Un projet est à l'étude pour étendre la vaccination par le B. C. G. au personnel des entreprises agricoles.

Il est nécessaire que l'effort auquel nous assistons soit formellement poursuivi, afin que le nombre de sujets vaccinés, qui s'élève actuellement à 7.500.000, augmente dans de notables proportions.

Le décret n° 64-435 du 20 mai 1964 rend obligatoire la déclaration de la tuberculose, affection maintenant parfaitement guérissable.

Si la mortalité par tuberculose, encore trop élevée en France par rapport à certains pays, a nettement diminué, la morbidité est encore très forte ; une concentration des moyens de détection par trop dispersés permettra, nous l'espérons, de déceler les premiers signes de cette affection et d'instituer un traitement précoce et efficace.

#### 4° LE CONTRÔLE MÉDICAL SCOLAIRE

L'enfant parvient à l'âge scolaire et, jusqu'à la fin de ses études, il sera régulièrement suivi par le service de santé scolaire et universitaire. Au moins une fois par an, il sera vu par un médecin spécialisé et subira un examen pulmonaire radiologique. Ce service — est-il besoin de le rappeler — qui dépendait du Ministère de l'Education nationale est actuellement en voie de rattachement à celui de la Santé publique et de la Population.

Enfin, d'autres possibilités sont offertes à l'enfant pour que son organisme en pleine croissance puisse offrir une résistance à toutes les maladies infectieuses. Je veux parler des classes de neige,

des colonies de vacances, des maisons familiales qui font l'objet d'une inscription de 1.330.000 F en mesures nouvelles au budget de 1965.

#### 5° MESURES SANITAIRES ET SOCIALES EN FAVEUR DE L'ADOLESCENCE FOYERS DE JEUNES TRAVAILLEURS

La prévention sanitaire et sociale se poursuit chez l'adolescent sous la forme de visites médicales d'apprentissage qu'il doit subir trimestriellement et, éventuellement, de visites d'aptitude aux sports.

A cet âge, le jeune homme et la jeune fille qui ne poursuivent pas leurs études choisissent la profession qu'ils se proposent d'exercer.

Pour beaucoup d'entre eux, cet apprentissage ne pourra se faire que dans des ateliers, des usines, des bureaux éloignés de leur domicile. L'Institut national de la Statistique et des Etudes économiques estime qu'au cours des années à venir, si le rythme de l'exode vers les villes se maintient au niveau enregistré de 1954 à 1962, on ne comptera plus en 1970 que 3,13 millions de personnes exerçant une profession agricole. Cette jeunesse se dirigera vers les villes où elle ne doit pas être laissée à l'abandon dans des conditions physiques et morales précaires. L'Etat se doit de créer des foyers de jeunes travailleurs et de jeunes travailleuses et d'aider, par des subventions substantielles, les œuvres privées qui se chargent de les héberger.

Au chapitre 66-20, vingt opérations de tels foyers sont prévues en mesures nouvelles pour la somme de 4.000.000 de francs. Le Ministre de la Santé publique a ainsi marqué l'intérêt qu'il portait à ces maisons d'accueil, dont il faut envisager la construction, le fonctionnement et à la formation d'éducateurs. Cependant, l'effort consenti ne répond pas aux besoins définis par l'Union nationale des Foyers de jeunes Travailleurs, qui avait sollicité des subventions non retenues par le budget de 1965. Nous voulons espérer que des crédits importants seront réservés par priorité à ces foyers lors de l'élaboration du V<sup>e</sup> Plan.

## II. — L'âge adulte.

### 1° MÉDECINE DU TRAVAIL

On peut avancer sans risque d'erreur que dans quelques années la presque totalité de la population française sera soumise, au moins une fois par an pendant la période active de sa vie, à un examen médical et à un examen radiologique. Les ouvriers de l'industrie, les artisans, les fonctionnaires auxquels viendront bientôt nous l'espérons, se joindre les agriculteurs, subiront cet examen. Des médecins titulaires du certificat d'hygiène industrielle et de médecine du travail, dont la première promotion remonte à l'année 1948, procèdent à cette visite. Il s'agit là d'une remarquable réussite dans la prévention contre la maladie, qui incitera ceux qui n'y sont pas contraints par la loi à se présenter chaque année volontairement à une visite médicale.

### 2° LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SOCIAUX

Le diagnostic précoce d'une affection permet au malade de recevoir les soins que nécessite son état, soit auprès de son médecin, soit dans les consultations spécialisées de dispensaires. La prophylaxie de la lutte contre les fléaux sociaux fait l'objet au chapitre 47-12 de crédits substantiels.

Nous avons parlé plus haut de la *tuberculose* : le dépistage de la maladie étant mis au point, il sera possible grâce aux médications modernes de lutter efficacement contre elle.

Dans la lutte contre les *maladies mentales*, l'activité des dispensaires d'hygiène mentale, la création d'hôpitaux de jour et de foyers de postcure se sont développées. Un crédit de 3 millions de francs est inscrit au budget.

La prophylaxie de la *lèpre* est un problème qui intéresse nos Départements d'Outre-Mer. Depuis de très longues années, votre Rapporteur a attiré, à l'occasion de chaque budget, l'attention des Ministres successifs de la Santé publique et de la Population sur ce problème. La découverte des sulfones et de leurs dérivés permet, depuis plus de quinze ans, de stabiliser les lésions et d'obtenir, dans bien des cas, une guérison.

Il est regrettable de constater que, seule, une question financière faisait obstacle à la prophylaxie et au traitement de cette affreuse maladie et que, pour cette unique raison, des lépreux guérissables sont actuellement atteints de lésions désormais irréversibles.

Les dépenses de prophylaxie de la lèpre sont, à partir de 1965, transformées en dépenses obligatoires à la participation de l'Etat au taux de 92,75 %, permettant aux quatre Départements d'Outre-Mer d'atteindre le but qu'ils se proposaient. Je me joins à leurs représentants au Sénat pour remercier le Ministre de la Santé publique d'avoir inscrit à ce sujet, en mesures nouvelles, une somme de 650.000 F.

La lutte contre les *maladies vénériennes* fait l'objet au budget d'une inscription inchangée, au chapitre 47-12, de la somme de 7.700.000 F. Ce sont désormais, surtout pour des motifs d'ordre social et psychologique, les dispensaires polyvalents qui examinent les malades atteints de ces affections. Des associations privées actives sur le plan de l'information et de la propagande reçoivent la somme de 33.800 F inscrite au chapitre 47-15.

Dans le domaine de la lutte contre le *cancer* le développement des consultations avancées de dépistage précoce se poursuit afin d'assurer en particulier la surveillance d'anciens malades traités. Le caractère obligatoire des dépenses de prophylaxie, obtenu par le vote de l'article 68 de la loi de finances pour 1964, permettra d'intensifier l'action de l'Etat, tant pour les dépenses de fonctionnement que pour celles d'équipement. Une somme de 1.625.000 F est inscrite au budget, au chapitre 47-12.

C'est également dans le contexte de la prévention sanitaire et sociale qu'il faut placer la lutte contre les éléments nocifs contenus dans l'air, dans l'eau et dans les aliments, en particulier dans le lait.

Nous désirons plus spécialement évoquer à ce sujet deux problèmes : celui de la protection contre les rayonnements ionisants et celui de la lutte contre la pollution atmosphérique.

#### *Protection contre les radiations ionisantes.*

La généralisation de l'emploi des rayonnements ionisants et de l'Energie nucléaire a posé en France le problème de la surveillance des dangers qui peuvent en résulter.

L'organisme humain peut être exposé à des irradiations d'origines et d'effets très divers :

1° *L'irradiation naturelle, tout d'abord*, qui est la cause la plus importante de l'irradiation de la population. Ses origines sont multiples (rayons cosmiques, radio éléments contenus dans les sols, sources thermales radioactives, etc.) ;

2° *L'irradiation artificielle*, parmi celle-ci l'irradiation médicale prédomine de très loin ; bien entendu, il faut citer l'irradiation due aux activités des centres nucléaires.

Si elles ne faisaient pas l'objet d'une surveillance très stricte, toutes ces formes d'irradiations seraient susceptibles d'avoir des effets nocifs sur l'organisme.

C'est ainsi que s'est imposée la création de Services nationaux capables d'assurer cette surveillance dans un domaine hautement spécialisé.

C'est donc tout naturellement au Ministère de la Santé publique en ce qui concerne la santé de la population dans son ensemble, et au Ministère du Travail pour la partie de la population professionnellement exposée, qu'est revenu le rôle de contrôleur indépendant, exclusivement préoccupé de la santé des individus.

Cette tâche de protection a été confiée par le Ministère de la Santé publique au Service central de protection contre les rayonnements ionisants créé par arrêté du 13 novembre 1956 au sein de l'Institut national d'hygiène.

Le S. C. P. R. I. a une action essentiellement préventive : contrôler, signaler les dangers possibles, être prêt à intervenir rapidement en cas « d'accident nucléaire », mais cette activité de contrôle est inséparable d'une activité de recherche — recherche fondamentale — recherche appliquée.

#### *Contrôle de l'irradiation naturelle.*

On a vu que l'irradiation naturelle est actuellement la cause la plus importante de l'irradiation de la population. Elle varie selon les régions.

Or la connaissance de cette irradiation naturelle est importante :

— pour déterminer l'exposition éventuelle des populations qui habitent certaines régions ;

— pour exercer une surveillance efficace, dans les cas d'installations nucléaires implantées dans certaines régions ou sites miniers qui y seraient exploités ; les résultats des mesures de surveillance ne peuvent être significatifs que si l'on a étudié, au préalable, le niveau d'irradiation naturelle existant.

Le S. C. P. R. I. a été conduit à établir *une véritable carte de la radioactivité naturelle par régions.*

Pour exécuter ce travail, un réseau de stations, de points de prélèvements (air, eaux, sol, végétaux) s'étend sur toute la France.

*Contrôle de l'irradiation médicale.*

C'est la cause la plus importante d'irradiation artificielle, bien plus importante que l'irradiation dans les centres nucléaires ou dans l'industrie.

Il existe plus de 25.000 installations radiologiques médicales et plus de 10.000 installations radiologiques dentaires en fonctionnement.

Or, en application de l'arrêté du 9 avril 1962, le S. C. P. R. I. procède au contrôle des installations de radiodiagnostic médicales et dentaires sur tout le territoire.

Outre le contrôle de ces installations, le S. C. P. R. I. procède également au contrôle de toutes les installations de télégamma-thérapie médicale (bombes au cobalt, au césium 137) ; à la surveillance des laboratoires médicaux et industriels utilisant des radio-éléments « en sources non scellées », c'est-à-dire qui ne sont pas enfermées dans une gaine protectrice.

*Contrôle des irradiations professionnelles dans les industries conventionnelles.*

Dans l'industrie, les travailleurs peuvent être exposés à des rayonnements ionisants (certaines jauges d'épaisseur et de niveaux, industrie des peintures luminescentes, etc.).

Le S. C. P. R. I. intervient dans le domaine industriel en étroite liaison avec le laboratoire de mesure et de contrôle des rayonnements ionisants en milieu du travail, institué par l'arrêté du 6 janvier 1959 (Ministère du Travail).

*Contrôle de l'irradiation liée au développement de l'Energie nucléaire (pollution radio-active, déchets...).*

Il est particulièrement important d'assurer dans ce domaine une protection efficace.



Deux des problèmes importants sont d'une part le problème des « déchets radio-actifs » et d'autre part celui des retombées radio-actives ».

Les déchets radio-actifs sont rejetés dans certains fleuves (le Rhône par exemple pour Marcoule).

Il est indispensable de contrôler de façon permanente l'évolution de la pollution radio-active qui doit rester au-dessous d'un « seuil » maximum admissible.

A cet effet une convention générale (renouvelée chaque année) est passée entre le Ministère de la Santé publique et le Commissariat de l'Energie Atomique, entre le Ministère de la Santé publique et E. D. F. afin de préciser les conditions selon lesquelles doivent s'effectuer les rejets radio-actifs des centrales nucléaires. Le S. C. P. R. I. est chargé de veiller à l'application technique de cette convention.

Il contrôle également la pollution radio-active des eaux de rivière, des eaux potables et d'irrigation, des sols et de cultures par les effluents radio-actifs liquides ou solides des Centres nucléaires.

Si les expériences nucléaires ne contaminent pas encore dangereusement l'atmosphère, il est important pour la santé de la population de procéder à un contrôle de la chaîne alimentaire.

Le S. C. P. R. I. contrôle en particulier périodiquement la radio-activité du lait notamment au point de vue pollution par le Strontium 90, le 137 Cesium et les autres produits de fusion.

Telle est dans ses grandes lignes la radio-protection assurée par le Ministère de la Santé publique.

#### ACTION CONTRE LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

La loi n° 61-842 du 2 août 1961 a prévu qu'une réglementation serait instituée par décrets en forme de règlements d'administration publique.

Le décret visant les installations de combustion, qui constituent la source la plus importante de la pollution atmosphérique (75 % environ à Paris), a été publié le 17 septembre 1963.

Outre des peines contraventionnelles, ce texte détermine :

1° Les dispositions à prendre d'une façon générale sur l'ensemble du territoire pour faire cesser les émissions polluantes constituant une menace pour la santé publique ;

2° Les conditions à respecter si l'on envisage la création de zones de protection spéciale, là où la pollution est particulièrement accusée.

De telles zones viennent d'être instituées à Paris par des arrêtés interministériels en date du 11 août 1964.

La ville est divisée en deux secteurs où, selon le degré de pollution, sont applicables des mesures différentes en ce qui concerne : l'usage des appareils thermiques, l'emploi des combustibles, les limites d'émissions de fumées ou de gaz.

Les mesures les plus sévères concernent la zone n° 1, au Nord-Ouest de Paris, plus polluée.

Elles visent principalement :

1° L'interdiction, par étapes, de l'emploi des fuels les plus riches en soufre pour parvenir à n'utiliser le 1<sup>er</sup> octobre 1967 que du fuel domestique dans toutes les installations de puissance inférieure à 1.000 thermies ;

2° L'interdiction de l'emploi de certaines catégories de charbons fumigènes, sauf dans des appareils spécialement conçus pour cet usage, conformément à des spécifications techniques déterminées par arrêtés ;

3° L'entretien et le fonctionnement des foyers, qui doivent être assurés de manière à ne pas émettre de fumées nettement visibles.

L'expérience qui va ainsi être réalisée sera la première application d'une action visant à la fois les fumées et les gaz soufrés, et ceci pour tous les foyers thermiques, étant entendu que les établissements classés seront astreints aux mêmes obligations par la procédure de la loi du 19 décembre 1917.

C'est en fonction de ses résultats qu'il sera possible d'envisager une réglementation analogue dans d'autres zones urbaines. Son entrée en application étant fixée au 1<sup>er</sup> octobre 1964, les premiers effets ne pourront être enregistrés qu'au cours de l'hiver prochain, période où commencera également à fonctionner le laboratoire de la pollution atmosphérique du Vésinet, en voie d'achèvement. Ce dernier doit poursuivre des recherches concernant les effets physiologiques de la pollution.

Cependant, sans attendre la mise en vigueur de ces textes, des efforts ont été faits pour entraver le développement croissant de la pollution.

Des arrêtés de M. le Ministre de l'Industrie, réduisant la teneur en soufre du fuel-oil, ont renforcé l'action éducative menée à Paris par M. le Préfet de la Seine et M. le Préfet de Police au cours des campagnes des zones sans fumée et ont permis de stabiliser, depuis trois ans, la teneur moyenne des oxydes de soufre dans l'atmosphère.

Des progrès réalisés dans la carburation et, sans doute, les mesures prises à l'égard des véhicules automobiles (poursuites contre les émissions de fumée, amélioration de la circulation) avaient permis, de 1960 à 1962, de maintenir aux points de prélèvement un taux d'oxyde de carbone situé aux environs de 20 parties par million en volume malgré le développement du parc automobile.

Un relèvement passager de ce taux avait été observé au cours de l'année 1963 à la suite de grands travaux exécutés par la Ville et qui avaient considérablement entravé la circulation. Depuis la cessation de ces travaux en fin d'année 1963, et au cours de l'année 1964, il a été en effet observé jusqu'ici une amélioration de la pollution par l'oxyde de carbone qui est retombée à son taux antérieur aux environs de 22 ppm.

Néanmoins, il a paru nécessaire au Ministre de la Santé publique de poursuivre par tous les moyens en son pouvoir la lutte contre la pollution occasionnée par les véhicules automobiles. Des campagnes systématiques contre les fumées des moteurs Diesel ont été entreprises en collaboration avec le Ministre des Travaux publics et le Ministre de l'Intérieur et elles vont être intensifiées.

En outre, un arrêté du Ministre des Travaux publics pris à la demande du Ministre de la Santé a imposé aux voitures neuves dans des délais échelonnés à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1965 selon les types réceptionnés et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 1966, un dispositif de recyclage des gaz du carter dont l'effet permettra de réduire les hydrocarbures émis par les automobiles.

## LUTTE CONTRE LE BRUIT

Enfin, je rappelle qu'un projet de loi avait été déposé en 1961 relatif à la lutte contre le bruit et la pollution atmosphérique. A la demande du Ministre de la Santé publique, la lutte contre le bruit était dissociée de ce projet de loi.

Le Ministre faisait connaître qu'un texte spécial concernant le bruit était déjà étudié et viendrait prochainement en discussion (débat parlementaire, Sénat, 1<sup>re</sup> séance du 6 juillet 1961, p. 112).

En attendant la mise au point, que nous espérons prochaine, du texte législatif annoncé, nous voulons donner quelques indications sur l'action d'ores et déjà entreprise par le Gouvernement.

— *Sur le plan local*, les Préfets et les Maires ont, en vertu de leurs pouvoirs de police en matière de tranquillité publique, la possibilité de prendre un arrêté dont le modèle type leur a été diffusé par l'instruction interministérielle (Intérieur, Santé publique) du 28 mars 1961.

Les dispositions de cet arrêté-type définissent un programme de répression du bruit qui doit être adapté aux exigences des agglomérations à protéger.

De nombreux arrêtés préfectoraux sont intervenus depuis 1961, en particulier dans les départements à forte concentration de population et dans les régions touristiques.

Dans les autres départements, le Préfet a parfois laissé aux Maires l'initiative de prendre des arrêtés répondant aux impératifs dictés par les circonstances locales.

— *Sur le plan national*, les services du Ministère de la Santé publique se tiennent en étroite et constante liaison avec ceux des autres départements ministériels compétents, en vue de la mise au point de nouvelles mesures destinées à la répression des émissions de bruits excessifs de toutes origines.

— *Pour le bruit des véhicules à moteur*, un arrêté interministériel des Ministères des Travaux publics et Transports et de la Santé publique, en date du 25 octobre 1962, a fixé les taux maxima acceptables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1964.

Les services des arrondissements minéralogiques sont en train d'acquérir l'équipement nécessaire pour procéder à des

mesures de l'intensité du bruit des véhicules et des instructions nouvelles vont ainsi pouvoir être adressées aux Préfets en vue d'organiser des campagnes de contrôle.

— *Pour les bruits imputables aux usines* une stricte application de la loi du 19 décembre 1917 sur les établissements industriels devrait permettre de supprimer ou de réduire les bruits : il appartient au Préfet de fixer les prescriptions nécessaires tant au moment de l'autorisation d'ouverture de ces établissements qu'au cours de leur fonctionnement, lorsque la nécessité s'en fait sentir.

— *Les bruits dans les locaux de travail* font actuellement l'objet d'une étude approfondie par le Ministère du Travail, à partir de la définition des maxima tolérables donnée par la Commission technique du bruit. Des mesures réglementaires dans le cadre du Code du travail sont envisagées pour assurer la protection des travailleurs contre les méfaits du bruit, en application d'une convention internationale en cours d'élaboration au sein de l'Organisation internationale du travail.

Il est intéressant de noter qu'un décret du 10 avril 1963 a reconnu la surdité professionnelle comme maladie professionnelle ouvrant droit à réparation et qu'un décret du 3 août 1963 a prescrit aux médecins, en vue de la prévention, la déclaration des maladies susceptibles d'être imputables aux bruits et vibrations.

— *Isolement phonique des pièces d'habitation.* — Une notice technique de décembre 1963, pour l'application des normes de construction, donne des recommandations aux architectes et constructeurs ; toutefois, n'ayant pas un caractère de prescription, elle n'est pas assortie de sanctions.

Une étude est en cours au Ministère de la Construction pour renforcer ces recommandations.

— *Protection des habitations voisines des aérodromes.* — Le « zoning » défini par la Commission technique d'étude du bruit est entré partiellement en application pour l'élaboration du Plan d'aménagement de la Région parisienne. Des études se poursuivent entre les administrations intéressées.

La Commission interministérielle du bruit doit se réunir au mois de décembre au Ministère de la Santé publique pour examiner les propositions des groupes de travail qui ont été chargés de l'étude des différents problèmes techniques que pose la lutte contre le bruit, et notamment :

- la détermination des personnels qualifiés pour les mesures du bruit ;
- la mise au point des procédés ou des appareils de mesure ;
- le concours des laboratoires dotés d'un équipement approprié ;
- la mise au point de moyens à mettre en œuvre pour réduire les bruits des engins de chantier.

Les bruits, pénibles par leur puissance et leur soudaineté, ont une incidence sur la santé provoquant l'irritabilité, la fatigue, l'insomnie pour se terminer par une grave infirmité : la surdité.

Il s'agit donc là, également, d'une mesure de prévention contre la maladie sur laquelle nous attirons l'attention du Ministre de la Santé publique, afin que le texte annoncé soit soumis aux délibérations du Parlement.

### III. — Les problèmes de la vieillesse.

#### 1° L'AIDE FINANCIÈRE DIRECTE AUX PERSONNES AGÉES

L'article 8 du chapitre 46-22 du budget de la Santé publique comportait pour 1964 un crédit global de 129.489.296 F. Pour 1965, nous nous trouvons en présence des crédits suivants :

— services votés.....	133.000.000
— mesures nouvelles.....	17.000.000
	<hr/>
Soit un total de.....	150.000.000

Il convient d'observer que cet article est le seul à comporter des mesures nouvelles sur les quinze articles de ce chapitre traitant d'objets aussi divers que :

- aide sociale à l'enfance ;
- allocations de maternité (population non active) ;
- aide sociale à la famille ;
- aide médicale aux tuberculeux, aux malades mentaux ;
- aide sociale aux infirmes, grands infirmes et aveugles ;
- service social de la prostitution.

Signalons que ce chapitre 46-22, avec un montant de 1.700 millions de francs, représente près de 80 % des crédits de paiement du Ministère de la Santé publique.

A première vue donc, l'on peut se réjouir de voir les personnes âgées bénéficier, cette année, d'une particulière et apparemment exclusive sollicitude du Gouvernement, puisque les crédits prévus à leur intention sont en augmentation de 12,7 %.

L'effort fait en leur faveur est incontestable et nul ne songe bien entendu à le minimiser ; mais pour pouvoir apprécier convenablement l'ensemble du problème, il est nécessaire d'abandonner un instant la considération des masses budgétaires et d'envisager les résultats pratiques, pour nos vieillards, de la législation et de la réglementation qui s'appliquent à eux.

a) *Plafonds de ressources.*

Le montant des plafonds a été progressivement relevé au cours des mois écoulés puisqu'il a été successivement fixé aux sommes suivantes :

	PERSONNE SEULE	MENAGE
Avant le 1 <sup>er</sup> juillet 1963.....	2.300	3.200
Deuxième semestre 1963.....	2.900	4.400
A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1964.....	3.100	4.700

Il est d'ores et déjà prévu qu'un nouveau relèvement des plafonds interviendra en 1965, vraisemblablement à la date du 1<sup>er</sup> janvier, mais le pourcentage n'en est pas encore connu.

b) *Allocations.*

Les vieux travailleurs salariés percevaient 1.000 F depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1962 et 1.600 F depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1964.

De leur côté, les vieux travailleurs non salariés ne recevaient que 780 F depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1962 et 1.600 F depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1964.

Par suite de l'unification des taux au profit des non-salariés, le taux de l'allocation est désormais le même pour les deux catégories de bénéficiaires.

Pour 1965, une nouvelle majoration de l'allocation de base est annoncée, en liaison avec une augmentation des allocations de vieillesse de la Sécurité sociale ; cette majoration interviendrait en deux temps : 100 F le 1<sup>er</sup> janvier, 100 F le 1<sup>er</sup> juillet.

Ainsi, les allocations d'aide aux personnes âgées seraient portées :

- au 1<sup>er</sup> janvier 1965, à 1.000 F ;
- au 1<sup>er</sup> juillet 1965, à 1.100 F ;
- et, probablement, au 1<sup>er</sup> janvier 1966, à 1.200 F.

Si l'on tient compte de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité, qui restera fixée à 700 F par an, chaque personne âgée aura l'assurance d'un minimum de ressources de :

- 1.700 F au 1<sup>er</sup> janvier 1965,
- 1.800 F au 1<sup>er</sup> juillet 1965.



Nous ne méconnaissons pas la charge supplémentaire que supportera de ce fait le budget de l'Etat ; mais nous demandons à ceux qui embouchent parfois un peu vite les trompettes de la victoire, et qui admirent peut-être trop facilement la perfection de leur œuvre, de reconnaître aussi combien est minime la part d'augmentation dont bénéficiera chaque prestataire : un peu plus de 27 centimes au 1<sup>er</sup> janvier ; un peu plus de 27 centimes au 1<sup>er</sup> juillet !

Nous devons à ce propos rappeler les propositions formulées dès 1961 par la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, connue sous le nom de « commission Laroque ».

Celle-ci estimait qu'en 1964 un vieillard devrait disposer de 1.900 F et de 2.200 F en 1965.

Nous savons bien que cet organisme avait été créé à l'initiative du Gouvernement pour procéder à une étude d'ensemble des problèmes de la vieillesse ; qu'il n'avait pas reçu le pouvoir de décision, mais simplement celui de formuler des recommandations. Il n'en demeure pas moins que la Commission Laroque s'était acquittée de sa mission avec une conscience et une compétence reconnues de tous. Elle avait présenté des propositions qui pouvaient être considérées comme un minimum, et nous sommes très sensiblement au-dessous de ce minimum ! Nous y sommes d'autant plus que depuis décembre 1961, la lente dépréciation monétaire, plaie de nos finances comme de celles des autres pays du monde, n'a guère connu de répit.

A ce propos, nous voudrions soulever le problème posé par la disparition de fait de la carte sociale des économiquement faibles.

En effet, le plafond de ressources pour son obtention avait été fixé à 1.352 F et n'a pas été relevé lorsque les avantages vieillesse ont fait l'objet des majorations les portant à un taux supérieur à cette somme.

Il résulte de cette situation que la carte ne peut plus être attribuée et que ses anciens bénéficiaires ou ceux qui pourraient maintenant la recevoir si le plafond était relevé sont privés des maigres avantages accessoires qu'elle comportait (exonération de la redevance radiophonique, voyage annuel S. N. C. F. à taux réduit, réduction sur les transports parisiens, attributions de charbon, etc.).

La Commission souhaite très vivement que le Ministre de la Santé prenne sans délai les mesures de relais nécessaires pour

rétablir au profit de personnes fort déshéritées ces avantages qui leur sont particulièrement précieux.

Nous pensons que notre pays a désormais conscience de ses devoirs envers la vieillesse, nous nous en félicitons; et nous souhaitons que le Gouvernement parvienne à vaincre la timidité, la réserve excessive dont il fait preuve dans l'approche du problème !

2° L'AIDE AUX PERSONNES AGÉES PAR L'AIDE MÉNAGÈRE,  
LE LOGEMENT, L'HÉBERGEMENT ET L'HOSPITALISATION

Chaque automne, le Rapporteur pour avis de votre Commission des Affaires sociales traite de ce problème pour déplorer la faiblesse numérique, l'indigence, la vétusté des établissements propres à recevoir les personnes âgées. Il ne pourra encore cette année le passer sous silence, tant les besoins sont grands et sont loin d'être satisfaits.

Peut-être pourra-t-il projeter un nouvel éclairage sur ce qu'il faudrait faire dans ce domaine en recourant à l'expérience parfaitement réussie des pays scandinaves.

Une délégation de la Commission s'est rendue en Norvège, en Suède et en Finlande en septembre dernier. Elle y a vu, entre autres choses, une vieillesse heureuse. Elle s'est efforcée d'analyser les raisons de ce phénomène malheureusement trop rare dans notre pays. Il lui est alors immédiatement apparu que le secret de cette extraordinaire réussite résidait bien entendu dans l'importance des sommes consacrées au bien-être de la vieillesse par les communes et par l'Etat ; mais aussi dans une utilisation parfaitement judicieuse de ces crédits.

Les études de gériâtrie dans ces trois pays ont été poussées fort loin et ont conduit à distinguer, dans ce que trop uniformément on désigne sous le nom de « vieillesse », plusieurs catégories de personnes, dont les besoins, les désirs, les possibilités matérielles, physiques et psychiques sont essentiellement différentes.

C'est ainsi qu'a été implanté à travers chacun des trois territoires visités un réseau très dense de maisons et établissements dont les caractéristiques de conception et de fonctionnement sont adaptées aux différents états que peut connaître un homme, une femme ou un ménage au soir de sa vie.

Cet éventail comporte :

a) Une simple contribution financière aux dépenses de logement de ceux qui peuvent rester chez eux ;

b) Des logements, soit dans des constructions réservées aux personnes âgées, soit dans les grands ensembles du secteur social.

Ces logements sont eux-mêmes groupés de telle façon que, lorsque cela peut suffire, un simple gardiennage soit assuré avec des services réduits au minimum (distribution du courrier, etc.).

En fonction de l'état des bénéficiaires de cette remarquable politique, le personnel mis à leur disposition est de plus en plus étoffé et les locaux de plus en plus spécialisés :

— aide ménagère légère : approvisionnements, gros entretien, etc. ;

— aide ménagère plus poussée ;

— surveillance sanitaire légère et soins légers donnés par une ou plusieurs infirmières itinérantes ou attachées au foyer ou groupe de logements, sous contrôle médical périodique.

c) Lorsque l'état de santé ou le simple vieillissement les font décliner un peu plus encore, les personnes âgées trouvent à leur disposition des hôpitaux, des foyers, des maisons de repos organisés de façon qu'elles puissent y recevoir les soins nécessaires aux malades chroniques. Il s'agit d'hôpitaux fonctionnant avec un personnel médical et sanitaire réduit, non préoccupé par les problèmes de recherches ou d'enseignement, mais entièrement consacré aux soins à prodiguer aux hospitalisés ;

d) Enfin, dès lors que le vieillard est atteint d'une affection aiguë, il est envoyé à l'hôpital général ou dans un hôpital pour vieillards doté des services spécialisés nécessaires.

Il est bien certain qu'en France, notre réseau de maisons pour vieillards est archaïque. Selon les départements, les héritages du passé, les possibilités locales, nous voyons :

— des grands malades âgés maintenus dans des hospices équipés de façon rudimentaire parce qu'il n'y a pas de place à l'hôpital géographiquement correspondant, où ils devraient être admis ;

— des lits d'hôpitaux occupés pendant des années par des vieillards à qui une aide ménagère réduite pourrait permettre de vivre chez eux, etc.

Nous savons les efforts faits par le Ministre de la Santé publique pour remédier à cet état de choses, nous connaissons sa doctrine en ce qui concerne une politique sociale de la vieillesse, et nous l'approuvons. Mais nous estimons qu'il ne reçoit pas les moyens suffisants pour lui donner les développements nécessaires.

La France est actuellement sous-équipée dans ce domaine ; elle devra payer très cher pour rattraper le retard qu'elle y a pris, mais votre Commission des Affaires sociales estime que, quel que soit le coût d'implantation d'un réseau d'établissements aussi richement diversifié que ceux que sa délégation a rencontrés en Scandinavie, c'est en fin de compte une économie que d'offrir à une personne âgée une place exactement appropriée à ses besoins et à son état de santé.

## CHAPITRE II

### LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

#### I. — L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

Cet Institut, déjà connu sous le sigle I. N. S. E. R. M. a, dans une certaine mesure, remplacé l'ancien Institut National d'Hygiène, bien qu'il ait reçu une structure plus étoffée et une mission plus large en matière de recherche médicale.

Pour 1965, le chapitre 36-11 du budget prévoit au titre des dépenses de fonctionnement, des mesures nouvelles, pour un montant de 4.920.000 F.

Ce crédit doit, notamment, permettre le recrutement de 68 chercheurs, de 70 techniciens et aides techniques de laboratoire, de 13 agents administratifs et de 4 techniciens contractuels.

Un certain aménagement des carrières du personnel de l'I. N. S. E. R. M. et l'amélioration de l'équipement du service de protection contre les radiations ionisantes est également prévu.

De son côté le chapitre 66-30, au titre des investissements, permettra de subventionner la création de 7 nouvelles unités de recherches.

Là encore, nous voulons rendre hommage à l'effort accompli par le Ministre de la Santé Publique pour doter notre pays d'une recherche médicale correspondant véritablement à ses besoins. Mais la commission des affaires sociales a chargé son rapporteur pour avis de formuler les trois observations suivantes :

a) Sans méconnaître les raisons qui expliquent et justifient dans une certaine mesure le sérieux retard pris dans la création pratique des unités de recherche, elle souhaite que celui-ci, afférent à des exercices budgétaires antérieurs, puisse être résorbé le plus rapidement possible et sans répercussions sur le programme prévu pour cette année ;

b) La Commission sait, par excellence, combien peut être fertile une tâche accomplie à l'abri d'une publicité excessive.

Elle connaît la conscience professionnelle de ces personnels de la recherche médicale, l'amour qu'ils ont de leur métier, elle ne met nullement en doute la valeur de leur travail, mais déplore l'excessive discrétion qui empêche d'apprécier la nature et la qualité des travaux effectués.

Nous savons que dans le monde d'aujourd'hui la recherche scientifique, la recherche médicale, sont des spécialisations de plus en plus poussées, démultipliées à l'infini. Les conditions du travail des chercheurs nécessitent cette division en « unités », mais nous voudrions que ces unités ne soient pas des cellules vivant en circuit fermé, repliées sur elles-mêmes.

Les structures de l'I. N. S. E. R. M. comportent :

- un conseil d'administration ;
- un directeur général ;
- un conseil scientifique ;
- des commissions scientifiques spécialisées.

Nous pensons que le travail de nos chercheurs sera plus apprécié s'il est plus connu, si des comptes rendus sont régulièrement établis, par les responsables des unités et diffusés, pour l'information des Pouvoirs publics, des milieux médicaux et, si cela est possible, par le moyen d'une vulgarisation supérieure, à l'intention des couches cultivées de la Nation.

c) La commission a l'impression, fondée sur de nombreux recoupements consécutifs à des missions accomplies à l'étranger, que la recherche médicale française, que la médecine française sont injustement méconnues dans un grand nombre de pays du monde.

Les livres médicaux, les publications médicales ne reçoivent pas la diffusion qu'ils méritent. Ils n'occupent pas dans les grandes bibliothèques scientifiques du monde la place qui, de par leur valeur, leur reviendrait.

Il ne nous a pas été possible de déterminer si ce regrettable état de chose était la conséquence d'une mauvaise organisation de la diffusion ou d'une insuffisance des moyens matériels nécessaires.

Mais nous pensons qu'il est de notre devoir de rendre le Gouvernement attentif à ce problème.

## II. — Le personnel.

### a) *La réforme des études médicales.*

Elle a entraîné une modification de structure du personnel médical exerçant dans les centres hospitaliers universitaires.

Les options pour le plein temps atteignent dès maintenant environ 75 % des postes à occuper. Les intégrations se font de droit lorsque les praticiens exerçaient à la fois des fonctions hospitalières et universitaires. Les demandes des praticiens exerçant soit une fonction hospitalière, soit une fonction universitaire sont soumises à une commission nationale d'intégration. Des conventions entre les centres hospitaliers régionaux et les facultés et les écoles de médecine sont en cours d'élaboration. Dans de nombreux hôpitaux répondant aux normes bien précises de la réforme hospitalière, beaucoup de praticiens ont opté pour le service à plein temps. Cette nouvelle formule permet de soigner malades et blessés avec plus de rapidité et d'efficacité.

### b) *Les auxiliaires médicaux.*

#### 1. *Statut.*

C'est avec juste raison que le Ministre de la Santé publique s'est penché sur le problème des auxiliaires médicaux, c'est-à-dire en fait sur le problème des infirmières.

L'aménagement des services médicaux, leur spécialisation, la nécessité absolue de constituer des équipes de soins rend obligatoire la présence d'infirmières en nombre plus important et présentant des compétences techniques ainsi que des qualités physiques et morales reconnues.

Or, il faut constater que les difficultés de recrutement se font cruellement sentir tant en France que dans le monde. La durée des études de base est longue : elles exigent, outre une présence assidue, un dévouement sans limite et des notions de psychologie nécessaires et indispensables.

Des aménagements divers des avantages sociaux et surtout un traitement plus élevé pourront inciter de nombreuses jeunes filles à exercer cette profession.

A la date du 1<sup>er</sup> octobre 1964, les émoluments perçus par les infirmières, à Paris, sont les suivants :

- au sortir de l'école : 750,26 F par mois (prime de rendement comprise) ;
- après titularisation (1 an de service) : 808,95 F par mois (prime de rendement comprise) ;
- fin de carrière : 1.294,82 F par mois (prime de rendement comprise) ;
- Infirmière surveillante : 1.500 F par mois.

Les émoluments perçus à Paris par une *aide soignante* en début de carrière sont fixés à 618,58 F.

Il est bien certain que le niveau malheureusement trop bas de ces diverses rémunérations explique, entre autres raisons, la gravité de la crise de recrutement.

La Commission des Affaires sociales estime nécessaire une revalorisation de ces salaires ; elle souhaite également l'extension des mesures de promotion sociale et professionnelle déjà appliquées.

## 2. *Promotion sociale et professionnelle.*

En effet, le Ministère de la Santé publique s'est efforcé de faciliter la formation des auxiliaires médicaux notamment en ce qui concerne le personnel hospitalier :

1° Par des mesures de promotion professionnelle organisées dès 1959, élargies par le décret du 3 août 1962 qui ouvre à l'ensemble des agents la possibilité de préparer le diplôme d'Etat d'infirmier tout en continuant pendant la durée de leurs études dans une école agréée à percevoir intégralement leur traitement, à charge pour eux, après obtention de leur diplôme d'Etat d'infirmier, d'exercer pendant huit ans dans leur hôpital.

Depuis la mise en œuvre de ces mesures, et sans compter l'année 1964, les examens n'étant pas terminés, 992 agents ont pu acquérir leur qualification d'infirmier.

La formation du personnel hospitalier, au titre de la promotion professionnelle, se poursuivra au cours de l'année 1965 ;

2° Par des mesures de promotion sociale.

Le décret du 12 juillet 1963 concernant la promotion sociale des auxiliaires et techniciens de l'action sanitaire et sociale prévoit



la possibilité de faire bénéficier d'indemnités compensatrices de salaires de nouvelles catégories de personnes :

- personnel non titulaire des établissements hospitaliers ;
- personnel des formations sanitaires privées ;
- agents rapatriés ne possédant pas les titres requis pour exercer en France la profession d'infirmier ;
- jeunes occupant un emploi non conforme à leur vocation.

Pour l'année 1964 (premier trimestre de scolarité de l'année 1964-1965) il est envisagé d'attribuer une indemnité mensuelle de 500 francs à l'aide de crédits transférés du Fonds national de la promotion sociale :

- à 120 candidates, pour leur permettre de s'orienter vers la profession d'infirmière. C'est un crédit de 180.000 F, prévu à cet effet en 1964, qui doit être porté à 600.000 F en 1965 ;
- à 50 infirmières, pour leur permettre de se préparer à des fonctions d'encadrement en qualité de surveillante ou de monitrice. C'est un crédit de 90.000 F, prévu au budget de 1964, qui doit être porté à 300.000 F en 1965.

La promotion sociale pour les auxiliaires et techniciens sociaux doit être également l'un des objectifs pour les années à venir.

Un crédit de 900.000 F a été inscrit au budget 1964 du Ministère de la Santé publique et de la Population, chapitre 43-22.

Il permet d'accorder des indemnités compensatrices de salaire à des personnes qui se destinent à la profession d'assistante sociale et à celle de travailleuses familiales :

450.000 F pour les assistantes sociales (bénéficiaires 90 personnes) ;

450.000 F pour les travailleuses familiales (bénéficiaires 150 personnes).

En outre, un crédit complémentaire de 45.000 F, transféré du Fonds national de la promotion, est destiné à favoriser la formation des éducateurs pour enfants inadaptés par l'attribution d'indemnités compensatrices de salaires ; trente personnes bénéficieront de ces indemnités ; le crédit de 45.000 F, correspondant au premier trimestre de l'année scolaire 1964-1965, sera porté à 150.000 F en 1965.

### 3. Ecoles.

Des crédits substantiels portés au budget de 1965 en mesures nouvelles permettront de créer de nouvelles écoles d'Etat :

- dix nouvelles écoles seront ouvertes incessamment.
- quinze sont en cours de réalisation.

La mise en route de trente opérations nouvelles est prévue. Le taux des subventions aux écoles privées, en particulier aux écoles de la Croix-Rouge, reste stationnaire : il est nécessaire que ces subventions soient augmentées.

### 4. Bourses.

Des bourses d'études sont données avec libéralité : leur nombre subit une augmentation notable, puisqu'il passe de 2.456 en 1964 à 3.100 en 1965.

Nous voulons noter ici la satisfaction de la Commission des affaires sociales envers le Ministre de la Santé Publique, en insistant pour que cet effort soit poursuivi au cours du V<sup>e</sup> Plan.

Deux questions à l'étude devraient trouver rapidement une solution :

- la disparité des rémunérations des auxiliaires médicaux du secteur public par rapport à celles de leur homologue du secteur privé ;
- l'augmentation de traitement des cadres hospitaliers (directeur et économiste).

#### c) *Les assistantes sociales.*

Les assistantes sociales bénéficient d'un relèvement d'indices par décret du 8 janvier 1964 et par arrêté du 17 septembre dernier.

La subvention de 150.000 francs en mesures nouvelles attribuée à l'Institut du service social de Montrouge, ne peut guère être considérée que comme un ajustement aux besoins.

Une politique de regroupement des écoles d'assistantes sociales sur le plan régional est poursuivie à titre d'essai à Lyon et Clermont-Ferrand. Si, de ce fait, la qualité de l'enseignement peut être améliorée et le fonctionnement financier plus satisfaisant, nous craignons que le recrutement se trouve compromis par cette politique en raison de l'obligation pour les élèves de quitter leurs départements et des difficultés inhérentes à cet éloignement.

Des bourses sont dispensées en plus grand nombre, mais on pourrait être frappé par la disproportion des taux accordés, soit 300 francs pour un engagement dans le service public et 100 à 150 francs pour un engagement dans le service privé.

En effet, les bourses attribuées aux élèves qui préparent le diplôme d'Etat d'assistant ou d'assistante de service social sont de deux catégories :

1° Des bourses comportant de la part des bénéficiaires l'engagement d'exercer la profession dans un service public, durant cinq années. Ces bourses sont actuellement d'un montant mensuel de 300 francs ;

2° Des bourses comportant de la part des bénéficiaires l'engagement d'exercer la profession dans un service de leur choix, durant cinq années. Ces bourses sont actuellement d'un montant mensuel de 100 F ou 150 F suivant la situation économique de la boursière ou de sa famille et le lieu d'implantation de l'école de service social dans laquelle s'effectuent les études.

L'adoption de ces deux catégories de bourses a son origine dans la préoccupation du Ministère de la Santé Publique et de la Population de remédier dans la mesure du possible à la situation des services sociaux publics dans lesquels le nombre de postes vacants est particulièrement élevé. La liste par département de ces postes vacants est communiquée aux boursières reçues chaque année au diplôme d'Etat d'assistant ou d'assistante de service social.

Dans ce domaine également, un effort est réalisé qui doit être poursuivi au cours des prochaines années en veillant à la coordination des divers services publics et privés.

### III. — Les Etablissements hospitaliers.

a) *La politique hospitalière : La Direction de l'Équipement sanitaire et social du Ministère de la Santé.*

Un arrêté du 4 mai 1960 avait créé le « Centre technique de l'équipement sanitaire et social » qui allait être transformé en « Direction » et dont les attributions ont été fixées par un arrêté du 16 mars 1962. La plupart de nos collègues connaissent maintenant cette Direction auprès de laquelle ils trouvent toujours un excellent accueil lorsque comme parlementaires, comme conseillers généraux ou comme maires ils s'intéressent pour les populations qu'ils représentent à la préparation ou à la réalisation d'un projet de construction d'hôpital, de centre de protection maternelle et infantile, de dispensaire d'hygiène sociale, d'institut médico-pédagogique, de maison de retraite, d'école d'infirmières.

Nous savons que la Direction s'efforce d'orienter son travail dans les trois domaines suivants :

- 1° Etude des avant-projets et emploi des crédits d'autorisation de programme ;
- 2° Contrôle des réalisations sur le plan financier et technique ;
- 3° Recherche d'une amélioration permanente de la qualité de l'équipement en fonction des données les plus modernes des méthodes médicales et sociales.

Notre éminent collègue M. Bisson, Rapporteur spécial de la Commission des Finances de l'Assemblée Nationale, a donné dans l'annexe 24 du rapport 1106 A. N., deuxième législature, des explications très complètes sur la mission et le fonctionnement de la Direction de l'équipement sanitaire et social.

Nous aurions mauvaise grâce à ne pas nous borner à faire connaître simplement nos observations sur les services rendus par cette Direction, peut-être aussi sur les périls qui en sont le corollaire normal.

*Les services rendus.*

Défini comme il vient de l'être il y a un instant, le rôle de la jeune Direction s'affirme progressivement, dans le cadre de l'action générale du Ministère, en bonne harmonie avec les autres directions. Il faut se féliciter de cette unité d'action qui répond aux vœux du Parlement ; ceux qui, comme votre Rapporteur pour avis, participent aux travaux de la Commission nationale de l'équipement hospitalier peuvent témoigner qu'il règne au sein du Ministère de la Santé publique une cohésion qui est véritablement l'œuvre du Ministre.

La Direction de l'équipement sanitaire et social, comme les directions générales et les autres services, contribue à cette harmonie ; elle doit être dotée des moyens d'apporter toute l'aide que réclament les collectivités locales et les initiateurs de programmes de réalisations sociales.

Cette année a eu lieu la mise en place d'un réseau de « délégués départementaux aux travaux » qui, selon les départements, sont l'Ingénieur en chef des ponts et chaussées (57 cas), le Directeur départemental de la construction (18 cas) ou l'Ingénieur en chef du génie rural (12 cas).

L'intervention de ces chefs de service a fait l'objet de conventions passées, sous forme de protocoles généraux, en accord avec le Ministère des Finances, entre le Ministère de la Santé publique et de la Population et les Ministères des Travaux publics, de la Construction et de l'Agriculture.

Le délégué aux travaux d'équipement sanitaire et social n'exerce pas seulement le contrôle de la réalisation des opérations, il est à la disposition du Préfet et du Directeur de l'Action sanitaire et sociale pour leur apporter l'appui technique nécessaire ; il conseille les collectivités et les maîtres d'ouvrage ; il renseigne la Direction de l'Équipement sanitaire et social, par l'intermédiaire des Préfets, sur le déroulement des opérations.

Le rôle que ces délégués sont appelés à jouer a été défini par la circulaire du 30 juillet 1964 et antérieurement par celle du 17 avril 1964 (exécution des travaux). D'autres circulaires sont en préparation pour fixer ce rôle dans les phases de programmation et d'études des opérations.

Les 5 et 12 octobre 1964 des réunions ont groupé au Ministère l'ensemble des délégués : les échanges de vues qu'elles ont permis

entre les délégués et les services de la Direction de l'Équipement sanitaire et social ont été l'occasion d'une mise en commun des expériences de chacun et faciliteront la coordination des actions. Grâce à ce concours, les difficultés rencontrées localement pourront être mieux résolues que dans le passé, et les services de l'administration centrale pourront être déchargés d'une partie de leurs tâches. Une plus grande sécurité budgétaire et une accélération des travaux seront certainement obtenues.

Ces instructions ont été confirmées au cours des réunions plus générales qui ont été organisées par le Ministre de la Santé publique et de la Population pour l'ensemble des Préfets, le 22 et le 30 octobre 1964.

#### *Les perspectives d'évolution.*

Notre Commission désire profiter de cette occasion qui lui est donnée de voir un service jeune naître, « s'étoffer », en quelques années pour attirer l'attention sur la menace que comporte inéluctablement une telle extension.

L'Administration française est généralement considérée par les spécialistes internationaux du droit public comme l'une des meilleures administrations qu'il est possible de rencontrer. Cependant, le reproche lui est fait d'être, dans certains de ses domaines, fort lourde, quelque peu paralysée par la multiplicité des services et organismes appelés à contribuer à la conception des projets, à leur réalisation, au contrôle de celle-ci, etc.

Ainsi en va-t-il spécialement en matière de construction, aussi bien pour ce qui concerne les logements que les établissements scolaires et les équipements hospitaliers, sanitaires et sociaux...

Nous sommes assurés que la Direction de l'équipement sanitaire et social contribuera au progrès technique, à la normalisation des méthodes, à la diminution des prix de revient. Nous voudrions être sûrs aussi que son échelon national, maintenant doublé d'un échelon départemental, n'ajouteront pas de nouveaux mois ou de nouvelles années à des délais déjà fort longs et dont l'on pourrait sourire si la santé et le bien-être des Français n'étaient en jeu ! Une noble voie s'ouvre devant la jeune direction, mais les accès en sont étroits...

b) *Les établissements hospitaliers.*

Nous avons déjà parlé au cours de ce rapport des établissements hospitaliers : C. H. U. - *Hôpitaux et maisons de retraites*. Nous ne pouvons que déplorer la grande misère de nombreux établissements ; le nombre de lits de malades est insuffisant et leur aménagement est très souvent défectueux. Nous avons un très grand retard à combler. Nous savons que le Ministre s'y emploie, mais les crédits mis à sa disposition sont nettement inférieurs aux besoins.

Nous rappellerons simplement quelques chiffres :

	1964	1965
Autorisations de programmes (opérations nouvelles) .....	249.307.000	278.100.000
Crédits de paiement.....	50.000.000	32.000.000

Par ailleurs le montant des subventions peut être analysé comme suit :

	1964	1965
Centres hospitaliers et universitaires .....	118.040.000	114.480.000
Hôpitaux non C. H. U.....	112.687.000	78.870.000
Hospices et maisons de retraites..	38.037.000	42.040.000

La considération de ces quelques données conduit votre Commission à déplorer la diminution sensible du volume global des crédits de paiement, et la diminution, absolue et relative, de la part affectée aux hôpitaux non C. H. U.

Avec les crédits dont il dispose, le Ministre doit faire un choix difficile.

Si l'obligation lui est faite d'inscrire en priorité les travaux à exécuter dans les C. H. U. pour poursuivre la réalisation de la réforme des études médicales, les crédits pour les hôpitaux et les maisons de retraite et les hôpitaux ruraux se trouvent réduits, leur construction et leur aménagement différés.

Deux éléments ont, dans ce domaine, une importance que je me permets de souligner :

— d'une part, le déblocage de crédits de paiement qui devrait suivre de plus près les autorisations de programmes ;

— d'autre part, la complexité de financement de ces constructions auxquelles participent l'Etat, la sécurité sociale (qui accorde des crédits de paiement et non des autorisations de programme), l'établissement lui-même par autofinancement. Cette conception très lourde doit être allégée pour éviter le retard dans les constructions et aménagements des établissements hospitaliers.

L'effort se poursuit dans la construction et la modernisation des *hôpitaux psychiatriques*. Le nombre de lits reste insuffisant. Cependant une nouvelle conception de la lutte contre les maladies mentales doit faire repenser le problème. Il ne s'agit plus de construire des centres immenses et inhumains. L'hôpital psychiatrique doit être un hôpital comme les autres d'où les malades, après l'avis du médecin, peuvent sortir et où ils peuvent revenir pour que les soins nécessaires à leur état leur soient dispensés. Des établissements de post-cure, organismes extra-hospitaliers, doivent être créés et aménagés. En somme, il faut rendre plus humain le traitement des malades mentaux.

L'article 3 du chapitre 66-12 consacré à la lutte contre les maladies mentales prévoit l'ouverture par l'Etat d'un programme de subventions de 82.300.000 F en 1965, contre 77.750.000 F en 1964.

Il faut voir là un indiscutable effort, mais il n'est pas suffisant.



### CHAPITRE III

#### LES DEFICIENTS SENSORIELS ET INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX. — L'ENFANCE INADAPTEE

Nous avons examiné la prévention médicale et sociale, puis les moyens dont dispose le Ministre de la Santé publique pour lutter contre la maladie.

Cependant, certains malades ou blessés, malgré les soins qui leur sont donnés, restent handicapés et se trouvent dans l'impossibilité d'avoir ou de reprendre une activité normale. Ils doivent être rééduqués ou réadaptés, afin de trouver leur place dans la communauté humaine.

La construction et l'aménagement de centres de réadaptation fonctionnelle sont prévus au chapitre 66-10, article 2 : les mesures nouvelles pour 1965 font l'objet de crédits dont le montant s'élève à 7.100.000 F.

Un centre de réadaptation pour enfants, situé à l'Etablissement national des Convalescents de Saint-Maurice, est la première étape de la création d'un Institut national de réadaptation.

Cet établissement, d'une capacité totale de 180 lits, s'adressera aux enfants dès leur plus jeune âge jusqu'à l'âge de quinze ans. Il recevra toutes les catégories d'enfants handicapés, atteints soit de malformations congénitales ou acquises, soit de lésions du système nerveux entraînant de ce fait des paralysies de diverses natures (trois sections sont ainsi prévues).

Le coût total de cette réalisation s'élèvera à plus de 10 millions, mais le don généreux de 4 millions de francs des auditeurs d'une station périphérique de radiodiffusion va permettre, dès cette année, la réalisation de la section destinée aux enfants atteints d'une malformation congénitale :

Cette section prendra le nom de « Section Denise-Legris », en hommage à l'artiste infirme amputée des membres.

Un service de consultations et d'exams permettra aux parents d'enfants infirmes d'y venir régulièrement présenter leurs enfants, de leur faire suivre des séances de rééducation et recevoir les conseils qui leur donneront la possibilité de diriger eux-mêmes le traitement entre deux consultations.

Par ailleurs, ce centre groupera tous les services spécialisés de soins, tels que : la rééducation de la parole, la rééducation respiratoire et les traitements d'ordre psychologique.

### *Déficients sensoriels et infirmes moteurs.*

Notre sollicitude doit se porter sur les grands infirmes, les aveugles, les sourds et les sourds-muets, les paralysés, les malades atteints de sclérose en plaque dont l'affection est au-dessus de tous les moyens de traitement.

L'aide sociale que nous pouvons leur offrir est pour une part la majoration pour la tierce personne ; elle doit être considérée comme une indemnité compensatrice. Or, le taux de cette aide varie selon la situation des intéressés. Votre Commission estime que les charges sont semblables et qu'il y a lieu de procéder à l'uniformisation du taux de cette majoration spéciale, qui pourrait être égal à celui accordé aux assurés sociaux du troisième groupe, soit 5.642,84 F depuis le 1<sup>er</sup> avril 1964.

De plus, la tierce personne peut être le conjoint, un enfant ou un membre de la famille de l'intéressé. Il serait juste et équitable, dans ce cas, que ces personnes restant en permanence auprès de l'infirmes et, de ce fait, ne pouvant se livrer à aucun travail rémunérateur, puissent bénéficier des avantages attachés aux assurés sociaux.

Au chapitre 46-25, le Ministre a inscrit des dotations à l'Institut des jeunes aveugles et aux Instituts de jeunes sourds. Cependant des associations privées s'intéressent à ces déshérités. Il serait nécessaire que des subventions importantes leur soient accordées pour les aider à fonctionner, à perfectionner leur aménagement et à procéder à des extensions pour l'hébergement.

### *L'enfance inadaptée.*

La commission de l'Équipement sanitaire et social du IV<sup>e</sup> Plan a dressé l'inquiétant bilan du nombre des enfants inadaptés. Nous retiendrons le chiffre de 500.000 débiles mentaux déficients sensoriels et moteurs.

Il est malheureusement certain que leur nombre s'accroîtra chaque année en raison de l'augmentation constante des naissances en France ; d'autre part, autrefois les nouveau-nés déficients succom-

baient dans les premières semaines ou les premiers mois ; actuellement, grâce aux progrès de la science, le médecin poursuit son rôle et sa mission qui consistent à sauvegarder la vie d'un être humain. Dans bien des cas, par un effrayant paradoxe, il pourrait être considéré comme responsable du véritable drame familial que représente l'enfant débile mental profond dans un foyer.

C'est le devoir de la société, représenté par le Ministère de la Santé publique, que de poursuivre et d'intensifier une politique sociale en faveur de l'enfance inadaptée.

L'effort financier de l'Etat est important dans le budget pour 1965, les mesures nouvelles proposées s'élèvent à la somme de 1 million, portant à 6 millions l'ensemble des crédits du chapitre 47-22.

Dans le domaine de l'équipement, diverses sortes d'établissements peuvent être mis à la disposition de ces enfants selon leur degré d'inaptitude.

Au chapitre 66-20, il est prévu 44 opérations d'établissements pour débiles mentaux, 5 opérations pour déficients sensoriels et infirmes moteurs cérébraux et 29 opérations pour caractériels, soit au total environ 44 millions de francs d'investissement.

Ces nouveaux crédits viendront s'ajouter à ceux prévus pour le même objet par le IV<sup>e</sup> Plan (crédits du Ministère de la Santé publique et de la Caisse nationale de Sécurité sociale).

Il existe également en France des établissements privés, dont le nombre de lits est limité ; il faut dans ce domaine éviter les grandes concentrations d'enfants inadaptés et réaliser de véritables maisons familiales : il est nécessaire de les aider au moyen de subventions de l'Etat.

Le personnel doit recevoir une formation spéciale ; un nombre croissant d'écoles d'éducateurs spécialisés sont d'ailleurs subventionnées par l'Etat. Le nombre et le taux des bourses doivent également être accrus. Une somme de 1 million de francs est inscrite en mesures nouvelles au chapitre 47-22.

Votre Commission insiste pour que la priorité soit donnée aux établissements destinés aux débiles profonds et aux arriérés profonds ; elle estime qu'un très gros effort doit être accompli au cours du V<sup>e</sup> Plan en leur faveur.

\*

\* \*

## LES TRAVAUX DE LA COMMISSION

Le 28 octobre dernier la Commission a entendu M. Marcellin, Ministre de la Santé publique et de la Population.

Le Ministre a présenté les grandes masses du budget de son département ministériel.

Il a spécialement insisté sur les quelques points suivants :

- réforme des structures de l'Institut national d'hygiène ;
- amélioration du statut et de la situation des personnels consacrant leur activité à la recherche ;
- augmentation sensible des crédits destinés à la formation des infirmières, assistantes sociales et autres auxiliaires sanitaires, médicaux et sociaux ;
- lutte contre les fléaux sociaux, lèpre en particulier, poliomyélite, tuberculose, cancer, maladies mentales ;
- renforcement de la protection maternelle et infantile ;
- accroissement de l'effort en faveur de l'enfance inadaptée ;
- majoration des prestations d'aide sociale aux personnes âgées et fonctionnement des services de l'aide sociale.

Le ministre a également traité des crédits destinés à l'équipement hospitalier et des modalités administratives qu'il envisage pour en améliorer l'utilisation.

Après cet exposé général, le Ministre a répondu aux questions qui lui étaient posées par :

Le Rapporteur pour avis :

- sur les effectifs du personnel de recherche et les programmes de travail de l'Institut national de la santé ;
- sur les projets de réaménagement géographique des services du ministère ;
- sur la diffusion à l'étranger des publications médicales et sociales françaises ;
- sur le problème de recrutement du personnel infirmier ;
- sur l'utilisation des crédits d'équipement.

Mme Cardot sur :

— les possibilités de travail à mi-temps des infirmières, la rémunération des heures supplémentaires effectuées par ce personnel ;

— la nécessaire majoration de l'aide aux paralysés, aux handicapés ayant besoin de l'aide constante d'une tierce personne.

M. Marie-Anne sur :

— le problème du financement des dépenses d'équipement hospitalier dans les départements d'outre-mer ;

— la regrettable différenciation qui existe dans ces départements en ce qui concerne le taux des prestations sociales ;

— l'absence dans les mêmes départements de tout centre de réadaptation fonctionnelle.

MM. Lemarié et Audy sur la politique du ministère en matière de maisons de retraites et d'aide aux personnes âgées.

M. Lagrange sur le problème de la différenciation des prix de journée dans les hôpitaux.

M. Bernier sur les questions intéressant particulièrement les départements d'outre-mer.

M. Henriet sur :

— la date de parution des textes d'application relatifs à la vaccination antipoliomyélitique ;

— l'enfance déficiente et inadaptée ;

— la recherche scientifique médicale.

MM. Darou et Bossus sur les conditions dans lesquelles se déroulerait en séance publique la discussion du budget de la santé publique.

*Le 4 novembre*, la Commission a examiné le budget de la Santé publique pour 1965.

Le Rapporteur a repris, en les complétant par les indications supplémentaires qu'il a pu recueillir, les principales questions traitées au cours de la précédente séance.

M. Henriet a attiré l'attention de la Commission sur les problèmes soulevés par l'organisation d'un Institut européen du cerveau et annoncé son intention de déposer une proposition de loi sur ce sujet.

MM. Audy et Romaine ont demandé que la Commission insiste particulièrement sur le caractère trop souvent inhumain du placement en hospices et maisons de retraite des personnes âgées.

Mme Cardot a évoqué les conséquences de la sclérose en plaque et M. Menu le problème des travailleuses familiales.

M. Messaud a insisté sur les points suivants : lutte contre le bruit ; application des conclusions du rapport « Laroque » ; reclassement des handicapés et nécessité pour l'Etat de donner l'exemple.

M. Fournier est intervenu sur le personnel soignant et manipulateur.

M. Bossus a déploré la misère des hôpitaux de Paris et l'insuffisance globale du budget de la Santé.

M. Le Basser a traité le problème des foyers de jeunes travailleurs.

\*  
\* \*

Telles sont les conditions dans lesquelles votre Commission des Affaires sociales a adopté les conclusions et observations qui constituent le présent avis.