

SÉNAT

2^e SESSION ORDINAIRE DE 1961-1962

Annexe au procès-verbal de la séance du 28 juin 1962.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi,
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, portant approbation du
Plan de développement économique et social.

TOME III

LES EQUIPEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX LA VIEILLESSE

Par M. André PLAÏT,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Roger Menu, président ; André Plait, André Dulin, Jean-Louis Fournier, vice-présidents ; Marcel Lambert, François Levacher, Louis Roy, secrétaires ; Ahmed Abdallah, Emile Aubert, Marcel Audy, Abdennour Belkadi, Brahim Benali, Lucien Bernier, Ahmed Boukikaz, Joseph Brayard, Martial Brousse, Robert Burret, Omer Capelle, Mme Marie-Hélène Cardot, MM. André Chazalon, Marcel Darou, Francis Dassaud, Mme Renée Dervaux, MM. Adolphe Dutoit, Jean Fichoux, Etienne Gay, Lucien Grand, Georges Guéril, Paul Guillaumot, Jacques Henriet, M^hamet Kheirate, Roger Lagrange, Mohammed Larbi Lakhdari, Arthur Lavy, Francis Le Basser, Bernard Lemarié, Paul Lévêque, Georges Marie-Anne, Louis Martin, André Méric, Léon Messaud, Eugène Motte, Menad Mustapha, Hacène Ouella, Joseph de Pommery, Charles Sinsout, Robert Soudant, Mme Jeannette Vermeersch, MM. Joseph Voyant, Raymond de Wazières, Mouloud Yanat.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (1^{re} législ.) : 1573, 1728, 1783, 1707, 1712, 1714 et in-8° 403.
Sénat : 237, 238 et 239 (1961-1962).

SOMMAIRE GENERAL DE L'AVIS

TOME I. — Aspects sociaux du Plan, par M. Roger Menu.

TOME II. — L'emploi, par M. André Chazalon.

TOME III. — Les équipements sanitaires, et sociaux, et la vieillesse, par M. André Plait.

TOME IV. — Les problèmes sociaux dans les départements d'outre-mer, par M. Georges Marie-Anne.

TABLE DES MATIERES

	Pages.
INTRODUCTION	4
CHAPITRE I ^{er} . — <i>L'équipement sanitaire</i>	5
1. — Considérations générales.....	5
2. — Les textes de base.....	7
3. — De quelques problèmes particuliers.....	9
4. — L'inventaire général des ressources.....	11
CHAPITRE II. — <i>Le programme d'équipement social</i>	13
1. — Son champ d'application.....	13
2. — L'éducation surveillée.....	15
3. — La recherche médicale et sociale.....	16
CHAPITRE III. — <i>La vieillesse</i>	17
CHAPITRE IV. — <i>Les crédits définitivement retenus par le IV^e Plan pour :</i>	
L'équipement sanitaire et social.....	23
1. — Equipement sanitaire.....	24
2. — Equipement social.....	25
CONCLUSIONS	25
1. — Politique hospitalière.....	26
a) Equilibre entre concentration et décentralisation.....	26
b) Réforme des études médicales et centres hospitaliers universitaires.....	27
c) Les problèmes de personnel.....	27
d) Constructions hospitalières.....	30
2. — La Sécurité sociale : médecine de soins ou médecine préventive	31

EQUIPEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX

Introduction.

Les objectifs du IV^e Plan de développement économique et social consistent non seulement dans le maintien de l'expansion et la recherche de la progression du revenu national, mais également dans l'amélioration constante et durable des conditions de vie de tous les Français, à quelque catégorie qu'ils appartiennent.

Parmi elles, l'équipement sanitaire et social devra contribuer d'une façon très importante au développement des services rendus, aussi bien par le moyen des investissements collectifs, hospitaliers et autres, que par l'aide aux catégories les moins favorisées, vieillards, infirmes, qui devront recevoir le témoignage concret de la solidarité nationale.

Dans ce domaine, il est possible de connaître la situation actuelle et de fixer, sans trop d'erreur, les objectifs à atteindre dans l'avenir.

Certains secteurs : industrie, agriculture, commerce, peuvent subir de profondes transformations dans leurs structures essentielles. L'énergie peut, elle-même, orienter, à la faveur de découvertes chaque jour possibles, les activités humaines vers des voies différentes et nouvelles.

Il n'en est pas de même dans le domaine sanitaire et social qui concerne essentiellement l'être humain. Il sera toujours nécessaire de préserver l'homme contre la maladie et de lui dispenser éventuellement les soins que nécessite son état ; il y aura toujours des enfants et des vieillards auxquels la société se doit d'apporter les soins les plus vigilants.

Les objectifs d'un Plan de 4 ans n'interviennent donc ici que dans la mesure où la priorité devra être donnée à tel ou tel investissement ; et le choix est d'autant plus difficile que les crédits mis à la disposition de l'équipement sanitaire et social sont plus réduits.

L'ampleur et la diversité des problèmes sanitaires et sociaux sont si grandes qu'ils devraient faire l'objet d'analyses et de commentaires nettement différenciés :

L'équipement sanitaire, qui serait mieux désigné sous le vocable d'équipement hospitalier, concerne la construction, l'extension, l'aménagement d'établissements de soins plus ou moins spécialisés ;

L'équipement social qui, lui, ne concerne pas des malades, mais en particulier des enfants, des vieillards ; il ne nécessite pas de locaux spécialement adaptés. Il s'agit surtout de centres d'hébergement ou de logements.

Il est parfaitement concevable que les crédits destinés aux investissements hospitaliers représentent la majeure partie de la somme totale prévue ; cependant, il est absolument nécessaire que l'équipement social, qui a pris, en France, un grand retard, bénéficie également de l'aide prévue.

*

* *

CHAPITRE I^{er}

L'équipement sanitaire.

1. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'élaboration du I^{er} Plan d'équipement sanitaire et social, dans le cadre du II^e Plan d'équipement et de modernisation (de 1954 à 1957), avait été précédée d'un inventaire des ressources hospitalières du pays. Ce travail avait été réalisé par le Ministère de la Santé publique et de la Population. Les constatations faites à ce moment restent valables, car elles n'ont pas été fondamentalement modifiées par la mise en application des deux plans qui lui ont succédé ; elles font ressortir les difficultés de l'élaboration d'un plan rationnel, accrues par la disproportion des efforts et la multiplicité des législations.

L'existence, dans certaines disciplines, d'un important secteur privé hospitalier, l'autonomie administrative des établissements

publics, la décentralisation maintenue en ce domaine, constituent autant d'obstacles à l'élaboration d'un plan d'équipement.

La complexité technique des constructions hospitalières, étroitement liée à l'évolution de la médecine moderne et aux progrès constants de la science médicale, retardent les réalisations.

La diversité et la multiplicité des sources de financement d'une construction hospitalière en permettent et en compliquent à la fois singulièrement la réalisation. En effet, l'Etat, la sécurité sociale, les établissements eux-mêmes, les collectivités dont ils dépendent, concourent à ce financement. Si c'est à l'Etat qu'incombent la coordination et le contrôle, il ne possède pas l'initiative, attribuée, le plus souvent, aux collectivités locales ou à des établissements privés. La synchronisation et l'harmonisation de ces divers modes de financement ne sont pas parfaites et rendent difficile l'exécution rapide et économique des équipements. Insistons, au passage, sur le caractère quelque peu paradoxal du rôle de l'Etat qui, exerçant la tutelle, est chargé de recueillir des propositions de travaux dont l'initiative lui échappe alors qu'il lui appartient de les mettre en œuvre.

L'équipement hospitalier présente de graves lacunes. La vétusté et le surpeuplement de certains établissements en sont la preuve. La pression démographique se manifeste sous un double aspect : l'augmentation de la population, mais aussi la plus grande durée de la vie humaine. Ce dernier phénomène entraîne l'augmentation du nombre des personnes âgées, à laquelle les plans précédents n'ont pas permis de faire face comme il aurait convenu.

La lutte poursuivie avec plus d'intensité contre les fléaux sociaux, l'aide à l'enfance inadaptée nécessitent des installations plus modernes et plus complètes. Enfin, la réforme de l'enseignement médical implique la création de centres hospitaliers universitaires, à la fois établissements de soins, d'enseignement et de recherches. Tout ceci confère à l'Etat des obligations accrues en matière d'équipement.

Ces considérations montrent l'ampleur des difficultés et justifient le fait que la Commission du Plan doit s'attacher à cette tâche de classement par priorité des besoins les plus urgents.

Le premier plan d'équipement sanitaire et social de 1954-1957, qui prévoyait en particulier la création de 12.000 lits en hôpitaux publics et hôpitaux privés et 8.000 lits en hôpitaux psychiatriques a été pratiquement réalisé. Le plan 1958-1961 a été un plan de stagnation et même de régression en raison de l'inutilisation d'une partie des crédits ouverts par les budgets annuels d'équipement.

Tout doit être maintenant mis en œuvre pour faciliter l'exécution du plan 1962-1965 et accroître l'efficacité de ses réalisations. Ce plan d'équipement doit s'articuler, sans solution de continuité, avec le plan d'équipement sanitaire et social en cours d'exécution. Cette continuité sera d'autant plus marquée que 1962 est à la fois la dernière année d'application du plan précédent et la première du nouveau.

2. LES TEXTES DE BASE

Il nous faut maintenant passer rapidement en revue quelques-uns des principaux textes qui constituent la charte de l'action menée par les pouvoirs publics afin d'assurer l'équipement hospitalier du pays et en application desquels se développera la politique du Gouvernement dans les années qui viennent.

La circulaire du 10 octobre 1958 a précisé et souligné l'importance de la notion de plan directeur lors de la modernisation et de l'extension des hôpitaux existants. A l'heure actuelle, les établissements qui désirent recevoir une participation de l'Etat, sous forme de subvention, doivent avoir établi leur plan directeur en application de cette circulaire ; de plus les opérations dont ils sollicitent l'inscription au plan d'équipement ne peuvent que constituer une phase d'exécution de ce plan directeur.

L'ordonnance du 11 décembre 1958, avec ses textes d'application, a entraîné :

— une modification de la classification des établissements, précisée par le décret du 3 août 1959. Le dernier texte définit les éléments minima que doit comporter chaque échelon d'hospitalisation : centre hospitalier régional, centre hospitalier, hôpital, hôpital rural, hospice ;

— des obligations nouvelles pour l'hôpital, qui doit pourvoir au traitement « avec ou sans hospitalisation des malades, blessés, convalescents ou femmes enceintes », ce qui suppose une organi-

sation développée des soins ambulatoires ; l'établissement hospitalier doit également assurer la réadaptation fonctionnelle et s'adapter à l'institution et au développement de la médecine à plein temps.

De plus, cette ordonnance a donné lieu à la mise en place d'une procédure nouvelle de coordination entre les équipements hospitaliers public et privé, dont l'incidence sera particulièrement sensible sur les services de chirurgie et de maternité.

L'arrêté du 4 mai 1960 a créé le centre technique de l'équipement sanitaire et social dont votre Rapporteur pour avis a déjà longuement parlé lors de l'examen des crédits de la Santé publique et de la Population lors de la discussion des dernières lois de finances.

Le décret du 28 août 1958 relatif aux conditions d'approbation des programmes, avant-projets et projets afférents aux opérations d'équipement sanitaire et social, a tenté d'unifier et de simplifier la procédure d'instruction et de présentation du dossier.

L'arrêté du 24 octobre 1958 crée des commissions départementales techniques pour l'examen des avant-projets.

Un arrêté du 21 mai 1960 institue une commission chargée d'élaborer les normes de construction pour l'ensemble des établissements relevant de l'équipement sanitaire et social. C'est une tâche de longue haleine, tant est grande sa complexité technique.

Dans le domaine des procédures financières, les textes intervenus n'ont pas permis d'enregistrer un progrès notable. Le versement d'acomptes anticipés n'apporte qu'un remède insuffisant aux difficultés de démarrage des opérations importantes. L'article 2 de la loi-programme du 31 juillet 1959, en vertu duquel un décret pourra, en cas de carence des organismes de sécurité sociale, fixer l'affectation par priorité d'une partie des fonds d'action sanitaire et sociale à la réalisation du programme d'équipement sanitaire, a été sévèrement critiqué et n'a pas jusqu'à ce jour reçu d'application.

Le rappel de ces divers textes, pris pour certains d'entre eux conformément aux suggestions de la commission d'équipement sanitaire et social du Plan, montre les difficultés auxquelles se

heurte une étude d'ensemble d'élaboration des réformes de structure au sein du ministère ; les améliorations tentées pour résoudre les problèmes de procédure et les problèmes techniques ne sont guère que des palliatifs à une insuffisance de crédits mis à la disposition de cet équipement.

*
* *

3. DE QUELQUES PROBLÈMES PARTICULIERS

D'ailleurs, un certain nombre de problèmes particuliers continuent de se poser à l'occasion de la mise en œuvre des réformes récentes :

— l'organisation des centres hospitaliers et universitaires a fait l'objet d'études particulières à l'échelon interministériel et au niveau du commissariat général au Plan. Cependant, même si des dispositions spéciales doivent être prises à leur égard, les problèmes qu'ils posent, et qui quant au fond demeurent, ont leur place dans l'élaboration du plan d'équipement hospitalier ; la haute spécialisation de certains services, notamment, est de nature à intéresser toute la région sanitaire ;

— les services de poliomyélitiques nécessitent une concentration des moyens, en raison d'installations spécialisées et techniquement très différenciées, et cela d'autant plus que les besoins sont heureusement relativement limités et le resteront grâce au développement de la vaccination qui deviendra obligatoire dans un proche avenir.

De même il convient que, dans chaque région, un effort soit fait pour assurer aux infirmes moteurs les soins médicaux et la réadaptation fonctionnelle qui peuvent les réinsérer dans la vie familiale, sociale et professionnelle.

Les problèmes de l'hospitalisation des convalescents et chroniques ont fait l'objet d'une mise au point aux termes de laquelle il apparaît que les progrès de la thérapeutique sont tels que les malades chroniques, même chez les vieillards, peuvent être considérablement influencés par le traitement et doivent être reçus dans des « services actifs ». Les convalescents, par contre, n'ont pas leur place dans ces services, mais ils ne sont cependant pas justi-

ciables d'un simple service d'hébergement. Les services de convalescents doivent mettre en œuvre des techniques de réadaptation fonctionnelle, appelées à jouer désormais un rôle important dans l'armement sanitaire.

Les services de phthisiologie et les sanatoriums doivent être partiellement reconvertis, en raison de la baisse de fréquentation des établissements de lutte antituberculeuse due aux succès des thérapeutiques nouvelles.

Par ailleurs, dans le domaine de la neuro-psychiatrie, il faut tendre vers une unité d'action, si possible entre les mains d'une même équipe et d'un même service psychiatrique, pour ce qui concerne les soins ambulatoires (dispensaires d'hygiène mentale), les soins en établissements et la postcure à domicile.

*
* *

Enfin, *la doctrine concernant les soins aux vieillards* a marqué une évolution au cours des dernières années. La notion de service de gériatrie est dépassée. Il convient d'éviter de grouper les vieillards malades dans un même service ; chacun d'eux doit être placé dans le service correspondant à la maladie dont il est atteint, ou à la maladie dominante lorsqu'il est atteint de plusieurs affections.

Les hospices et maisons de retraite ont fait l'objet de directives spéciales, en raison de l'accroissement des besoins quantitatifs au cours de ces dernières années, accroissement qui doit se prolonger encore au cours des cinq années à venir, et qu'aggrave la perte en lits due à la transformation et la modernisation des établissements existants.

L'hospice, en effet, doit se transformer radicalement, dans une perspective d'humanisation visant :

- 1° A réunir les ménages ;
- 2° A assurer un isolement personnel par chambres individuelles ou comportant un nombre restreint de lits ;
- 3° A créer des locaux de jour agréables permettant une vie normale ;
- 4° A lutter contre les effets désastreux de l'inaction ;
- 5° A aménager et à meubler tous les locaux en fonction des besoins du vieillard, en évitant en principe les rassemblements de plusieurs centaines de pensionnaires.

Tels sont, parmi les éléments du catalogue systématique qui sera dressé ci-dessous, les quelques points particuliers sur lesquels votre Commission des Affaires sociales désire attirer particulièrement votre attention.

4. L'INVENTAIRE GÉNÉRAL DES RESSOURCES

L'inventaire des ressources a donné lieu, depuis 1939, à quatre recensements des lits d'hôpitaux et d'hospices, effectués tous les quatre ou six ans environ. Le cinquième recensement qui se termine actuellement apporte, pour la première fois, des renseignements complets et aussi précis que possible sur le secteur privé jusqu'alors mal connu. Cette étude est particulièrement importante, alors qu'un texte vient de paraître sur la coordination des établissements publics et privés.

La comparaison avec le secteur public permet les constatations suivantes :

a) Nombre de lits :

Médecine générale :

53.590 lits publics.....	82 p. 100
11.845 lits privés.....	18 —

65.435 lits.

Chirurgie générale :

39.249 lits publics.....	54 p. 100
33.313 lits privés.....	46 —

72.562 lits.

Maternité :

14.457 lits publics.....	54 —
12.327 lits privés.....	46 —

26.784 lits.

Hospice :

180.528 lits publics.....	73 —
67.101 lits privés.....	27 —

247.629 lits.

b) L'occupation moyenne des lits est sensiblement la même, environ 73 % ;

c) Le séjour moyen est de 21 jours dans le secteur public et 13 jours dans le secteur privé.

Il faut noter que les différences dans la durée du séjour dans ces deux catégories d'établissements provient, en grande partie, du fait que le secteur public comprend toutes les disciplines médicales et reçoit de nombreux cas graves qui entraînent des hospitalisations de longue durée. Par contre, le secteur privé se concentre surtout sur la chirurgie générale et la maternité.

En conclusion l'hôpital polyvalent a des services extrêmement spécialisés. La grande majorité des établissements hospitaliers, auxquels il faut rattacher dispensaires et consultations, relèvent soit des collectivités publiques, soit d'organismes à but désintéressé. La fréquentation hospitalière qui permet d'établir une relation entre une population donnée et le nombre de lits d'hôpital qu'elle utilise annuellement s'établit à environ 8 %, c'est-à-dire que près de huit personnes pour cent sont hospitalisées chaque année dans un établissement public ou privé.

Il n'est pas question, au cours de cette étude, d'entrer dans le détail de la consistance de l'équipement existant. Bornons-nous à signaler que si le nombre de lits des établissements de soins peut paraître suffisant, la vétusté de l'équipement ainsi que sa mauvaise répartition sur le plan géographique et par spécialité doivent faire l'objet de nos préoccupations.

La Commission du Plan évalue pour l'année 1965, compte tenu de l'évolution de la population à cette date, les besoins théoriques à 29.000 lits supplémentaires et prend en considération un programme d'équipement hospitalier qu'elle évalue à près de 6 milliards de nouveaux francs.

*

* *

CHAPITRE II

Le programme d'équipement social.

La présentation d'un plan d'équipement social se heurte à des difficultés encore plus grandes que celles d'un plan sanitaire et hospitalier. Faute d'informations exactes et de moyens d'action sur le domaine privé, il faut se limiter aux organismes et établissements relevant de la Direction Générale de la Population. Ceci explique pourquoi les auteurs du Plan ont dû limiter leur étude aux différents secteurs dans lesquels l'Etat intervient d'une façon concrète.

Dans ce domaine, on ne dispose pas de véritables indices de besoins par rapport à la population ou à une fraction de population. Nous nous bornerons à faire l'énumération des principales rubriques sous lesquelles se rangent les travaux de la Commission spécialisée du Commissariat Général au Plan.

1. SON CHAMP D'APPLICATION

A. — *Aide sociale à l'enfance et foyers de jeunes travailleurs.*

1. Maisons maternelles et hôtels maternels.
2. Etablissements d'accueil des services d'aide à l'enfance et centres de pré-apprentissage :
 - a) Pouponnières ;
 - b) Foyers de l'enfance ;
 - c) Centres de pré-apprentissage pour pupilles.
3. Maisons d'enfants à caractère social.
4. Foyers de jeunes travailleurs.

B. — *Personnes âgées.*

1. Foyers-restaurants de vieillards.
2. Logements et logements-foyers.
3. Maisons de retraite.
4. Maisons de vacances.

C. — *Etablissements pour infirmes adultes.*

1. Centres de rééducation professionnelle.
2. Etablissements d'aide par le travail et ateliers protégés.
3. Maisons de retraite et foyers pour infirmes.

D. — *Centres d'hébergement.*

E. — *Organismes sociaux et aide aux familles.*

1. Centres sociaux.
2. Ecoles de service social.
3. Ecoles de cadre d'enseignement ménager.
4. Organismes et foyers de travailleuses familiales.
5. Maisons familiales de vacances.

F. — *Aide à l'enfance inadaptée.*

1. Centres d'observation.
2. Consultations médico-psycho-pédagogiques.
3. Centres de rééducation.
4. Foyers de semi-liberté.
5. Clubs de prévention.
6. Instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels.
7. Instituts ou centres d'éducation sensorielle.
8. Instituts ou centres de rééducation pour déficients moteurs.
9. Ecoles de cadres.
10. Classes de perfectionnement.

Cette liste n'est pas limitative. Il est certain que l'aide sociale doit intervenir dans d'autres domaines. Nous nous permettrons d'insister sur l'importance des centres de rééducation professionnelle, de l'aide à l'enfance physiquement, mentalement ou moralement inadaptée.

Nous évoquerons dans un chapitre spécial les problèmes de la vieillesse.

a) *La rééducation professionnelle des infirmes adultes.* Les centres de rééducation professionnelle ont pour but de permettre aux infirmes adultes de continuer à exercer leur profession ou de les préparer à apprendre un nouveau métier. La rééducation fonctionnelle et la rééducation professionnelle doivent être étroitement coordonnées. Il s'agit, en particulier, d'établissements publics ou privés destinés aux aveugles et aux infirmes.

La formation professionnelle, dans la mesure où elle répondra aux données actuelles de l'économie, doit faciliter les débouchés professionnels et contribuer à satisfaire les besoins du marché du travail. La rééducation des infirmes doit être un élément de cet ensemble.

b) *L'enfance inadaptée.* Sous ce vocable se trouvent groupées plusieurs catégories d'enfants déficients atteints d'affections congénitales ou acquises. Les déficients moteurs sont, pour la plupart, des enfants atteints de séquelles de poliomyélite. Les déficients sensoriels, ce sont les aveugles et les sourds-muets ; puis l'on trouve les enfants atteints de déficiences intellectuelles, plus ou moins accusées, enfin les débiles profonds irrécupérables.

Les statistiques concernant ces enfants anormaux intellectuels sont difficiles à établir, en raison de la tendance fréquente et souvent compréhensible que manifestent les parents à les dissimuler. Cependant un effort important a été réalisé dans ce domaine, non seulement en faveur des enfants eux-mêmes mais également pour venir en aide à des familles cruellement atteintes dans leur comportement psychologique et social.

2. L'ÉDUCATION SURVEILLÉE

En raison de l'augmentation sans précédent de la délinquance et de l'inadaptation juvéniles, le IV^e Plan prévoit que sera confiée au Ministère de la Justice et au Ministère de la Santé publique et de la Population la charge de créer un équipement pour pallier l'insuffisance notoire des moyens et des procédés actuels.

Il sera procédé à la création de quatre catégories d'établissement :

- des consultations et foyers d'hébergement auprès des tribunaux d'enfants ;
- des centres d'observation publics ;
- des internats de rééducation ;
- des établissements spéciaux de rééducation.

L'ampleur des besoins dans le domaine de l'éducation surveillée rend nécessaire de telles créations, liées elles-mêmes à la formation d'éducateurs compétents en nombre suffisant. Ceci est en effet une condition essentielle de leur efficacité.

3. LA RECHERCHE MÉDICALE ET SOCIALE

Elle était déjà incluse dans le plan précédent (1958-1961) et nous retrouvons dans le présent projet du plan le prolongement immédiat de la politique alors définie.

La recherche médicale clinique relève de l'Institut national d'hygiène, établissement public dépendant du Ministère de la Santé publique, agissant en collaboration avec les instituts spécialisés dont le principal est l'Institut Pasteur.

Le IV^e Plan se propose de doter les grands secteurs de la recherche des sommes suffisantes pour leur permettre de poursuivre leurs travaux.

La recherche sociale s'adresse surtout à l'enfance inadaptée et doit être orientée non seulement vers son traitement, sa rééducation et son insertion dans la vie sociale, mais également prévenir les inadaptations, c'est-à-dire veiller à la santé et à l'hygiène mentale de tous les enfants.

Le centre de recherche de l'enfance inadaptée de Montpellier et le centre d'études et de recherche de l'éducation surveillée de Vaucresson fonctionnent déjà, et c'est à leur extension et à leur aménagement que seront employés les crédits proposés par le IV^e Plan.

CHAPITRE III

La vieillesse.

Le volumineux document qui constitue le IV^e plan consacre deux passages aux personnes âgées.

Au tome II, pages 331 et 332, nous pouvons lire :

Les personnes âgées requièrent de la société une aide de plus en plus importante, en raison de leur nombre croissant (les personnes de plus de 65 ans représenteront en 1980, 12,7 % de la population, contre 11,6 % en 1960), de l'insuffisance fréquente de leur ressources financières et des difficultés morales particulières (désœuvrement, solitude) qui pèsent sur elles. Le programme retenu se traduira pour les hospices de vieillards, par la création de 12.000 lits et la modernisation de 36 établissements (en évitant les formules groupant plus de cent pensionnaires dans un bâtiment unique), pour les logements foyers (c'est-à-dire les groupements de logements pour vieillards comportant des installations collectives) par la réalisation de 80 opérations correspondant à 8.000 places, pour les maisons de retraites par la création de 3.000 places et de 6.000 places pour les foyers restaurants.

Dans la lettre rectificative du 18 mai 1962 nous relevons à la page 8 :

La situation des personnes âgées pose des problèmes auxquels toutes les sociétés modernes doivent faire face. Le progrès des techniques médicales et l'allongement de la vie humaine qui en résulte accroissent sans cesse la proportion des vieillards dans la population totale, tandis que l'évolution des structures familiales et des conditions matérielles de vie rendent plus difficile le maintien des solutions traditionnelles.

Aussi, une Commission avait-elle été chargée de proposer les éléments d'une politique de la vieillesse adaptée aux données actuelles de la démographie et de l'économie françaises ; dans le rapport qu'elle a présenté sont formulées des recommandations portant à la fois sur les possibilités d'activité professionnelle des personnes âgées, les remèdes à apporter à l'insuffisance trop fréquente de leurs moyens et conditions d'existence, l'action sociale et médicale appropriée à entreprendre en leur faveur, l'effort qui s'impose pour l'information et d'éducation de l'opinion publique. Une première série de mesures a été prise concernant les moyens d'existence des vieillards les plus démunis. Elle sera suivie d'autres décisions, concernant l'habitation des vieillards (priorités de logement réservés au rez-de-chaussée et aux étages inférieurs dans les grands ensembles, amélioration des hospices) et concernant leur emploi ainsi que les autres problèmes évoqués par la Commission.

Ce correctif manifeste le souci de se préoccuper de la situation d'ensemble des vieillards dont l'augmentation proportionnelle du nombre au regard de l'importance de la population active pose à notre pays un problème chaque jour plus difficile.

La science permet aux hommes de vivre plus vieux... encore faudrait-il que cet allongement de l'existence ne se traduise pas pour ceux qui en bénéficient par une lente agonie, misérable et sans joie. Et ne taxons pas d'imprévoyance tous ces vieux travailleurs qui ont assuré la modernisation d'un pays bouleversé par deux guerres et dont l'épargne — lorsqu'ils avaient pu en constituer — a fondu au rythme implacable des dévaluations et de l'inflation.

Nous devons leur donner :

— une fin d'existence matériellement décente grâce à des retraites ou allocations qui leur permettent de faire face aux besoins essentiels de la vie et si possible un peu plus afin qu'ils ne soient pas exclus des progrès de la technique et de l'évolution intellectuelle.

— des soins que la science permet pour adoucir les misères physiologiques dues à l'âge ;

— l'assurance d'un logis digne, soit en les aidant à rester chez eux, dans le cadre où ils ont connu les joies et les souffrances de leur existence active, soit dans des petits logements spéciaux disséminés dans les agglomérations, soit — lorsque leur état physique ou l'absence d'enfants en état de les soigner l'impose — dans des maisons de retraite qui n'offrent plus le spectacle de ces immenses et effroyables hospices inhumains qui nous donnent mauvaise conscience.

Notre législation d'aide à la vieillesse est extraordinairement complexe. Elle comporte un enchevêtrement de textes qui se juxtaposent plus ou moins heureusement et où prennent leurs sources une multitude de retraites, d'allocations supplémentaires ou complémentaires, de majorations et de rentes. Les spécialistes s'y perdent... les intéressés plus encore qui ont l'impression — l'addition étant insuffisante — que quelque chose a été oublié. Nous souhaitons très vivement que l'effort d'harmonisation des plafonds et des taux qui a été récemment amorcé se poursuive. Mais il faut très rapidement que ce réseau d'allocations et retraites diverses permette aux personnes âgées de vivre. Depuis avril 1962, il ne doit plus y avoir de vieux ou de vieilles en France qui aient moins de 95 NF par mois. Le progrès est certain, mais ce n'est pas assez et nous nous posons souvent la question de savoir comment un être humain peut subsister à l'époque actuelle avec, pour subvenir à ses besoins, une somme de 3 NF par jour.

A ce chapitre nous pensons de notre devoir de signaler que le nombre des retraités de la sécurité sociale, c'est-à-dire ceux qui, ayant soixante-cinq ans, ont cotisé trente ans depuis 1930, va très rapidement s'accroître en posant un double problème :

— celui du financement de ces retraites dont le taux atteint au maximum 3.840 NF par an, pour ceux assez rares, qui ont cotisé au plafond pendant les dix dernières années ;

— celui de la liquidation des dossiers. De l'expérience que nous en avons, il s'avère que ces liquidations sont extrêmement laborieuses, car il est très difficile de reconstituer les carrières. On devrait dès maintenant inviter les travailleurs qui sont à deux ou trois ans de leur retraite à demander à leur caisse vieillesse quelle est leur situation afin que les recherches aient le temps de se faire et que l'on soit en état de les payer au jour de leur 65 ans.

Les avis de mes collègues Menu et Chazalon ont posé le problème de l'âge de la retraite dont l'abaissement est réclamé par les organisations syndicales. Le rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par M. le Conseiller d'Etat Laroque, a étudié et chiffré les conséquences de cette mesure. Voici ses conclusions :

ANNEE	EVOLUTION	EVOLUTION
	dans l'hypothèse du maintien des règles actuelles.	dans l'hypothèse d'un abaissement de cinq ans de l'âge d'ouverture du droit.
	%	%
1965	8,20	9,5
1970	10	12,70
1975	10,90	14,70
1980	11,50	16,20

Ainsi, la charge du régime général déjà appelée à doubler en l'état actuel de la législation, entre 1958 (5,37 %) et 1975 (10,9 %) triplerait entre 1958 et 1980 dans l'hypothèse d'un abaissement de cinq années de l'âge d'ouverture du droit. Une telle mesure aurait, à elle seule, pour effet d'accroître de 50 % la charge financière du régime en 1980 (16,2 % contre 11,5 %).

Ces chiffres font apparaître le caractère irréaliste des propositions tendant à l'abaissement de l'âge d'ouverture du droit à pension de retraite. Loin de conduire à une amélioration des conditions de vie des personnes âgées, la mesure réclamée par

certaines secteurs de l'opinion, mal informés des données financières du problème, aboutirait non seulement à interdire définitivement toute perspective de relèvement du montant des pensions mais conduirait rapidement à une crise financière grave des institutions de retraite, qui remettrait en cause le maintien des avantages actuellement acquis.

Ces conclusions très pessimistes sont certainement valables pour la période couverte par le IV^e plan, mais à partir de 1965 la charge de la vieillesse pour la population active ira en s'abaissant proportionnellement du fait de l'arrivée massive des jeunes générations de travailleurs et du développement de la productivité due à l'évolution technique et à l'automatisation. Il nous paraît donc très souhaitable d'envisager dès maintenant et pour un avenir assez proche les modalités d'un abaissement de l'âge de la retraite. A tout le moins doit-on étudier les conditions de *l'emploi des personnes âgées*. Là aussi le rapport de la commission Laroque mérite que l'on s'arrête à ses analyses et à ses conclusions :

Le problème de l'emploi des personnes âgées est dominé par deux ordres de considérations contradictoires ; d'une part, les personnes âgées souffrent de leur inadaptation aux tâches qu'elles accomplissaient jusqu'alors ; le travail leur est de plus en plus une peine, leur rendement tend à fléchir, d'où la propension des employeurs à licencier, ou tout au moins à ne pas embaucher les travailleurs après un certain âge.

Les personnes âgées ou certaines d'entre elles souhaitent aussi se libérer des contraintes et de la dépendance auxquelles elles ont pu être soumises pendant toute leur vie de travail.

D'autre part, l'exercice d'une activité professionnelle est, pour les personnes âgées comme pour les plus jeunes, et peut-être encore plus que pour celles-ci du fait des habitudes acquises, un élément de l'équilibre physique et psychique. Cela explique que tant de personnes âgées, même si le niveau de leurs ressources ne l'impose pas, souhaitent sinon toujours conserver leurs occupations, du moins avoir une activité, et qu'en fait une proportion importante d'entre elles ont une activité professionnelle jusqu'à un âge relativement avancé.

Dès lors qu'aucune considération économique ne permet d'éliminer par principe les personnes âgées du marché du travail, le problème posé est moins de savoir si ces personnes doivent ou non avoir une activité professionnelle que d'assurer une suffisante adaptation après un certain âge du travail à l'homme et de l'homme au travail.

Mais il ne s'agit pas là d'un problème propre à la vieillesse et ce serait une erreur de vouloir le résoudre au regard des seules personnes âgées. En réalité, il amène à repenser l'ensemble des principes qui commandent la politique de l'emploi. Dans l'état actuel des choses, la très grande majorité des individus, hommes et femmes, exercent la même activité ou le même type d'activité pendant toute leur vie professionnelle.

Or, les données de la science médicale, et notamment la gérontologie, ont souligné sans cesse davantage l'existence d'un processus constant de transformation de l'individu combinant un déclin des aptitudes naturelles à partir de la vingtième année avec le développement des acquisitions de l'expérience.

L'adaptation réciproque de l'homme au travail et du travail à l'homme voudrait donc que des mutations s'opèrent au cours de l'existence professionnelle de chacun de manière à réaliser cette adaptation à chaque étape de la vie dans les meilleures conditions possibles.

Les mutations qui s'opéreraient au fur et à mesure de l'approche de la vieillesse ne seraient ainsi que des étapes parmi d'autres. Il n'y aurait pas rupture à un âge déterminé comme c'est aujourd'hui trop souvent le cas, mais une série de mutations successives.

Nous avons parlé plus haut (pp. 9 et 10) du problème des *soins* à donner aux personnes âgées et de la conception des *hospices* ; nous n'y reviendrons pas ici.

Mais nous voudrions aborder le problème du *logement* des vieillards en dehors de l'hospice.

Le vieillard désire finir ses jours dans le logement où il a connu les joies et les peines de son existence, avec son mobilier et ses souvenirs, ce qui constitue son foyer. Tout doit être mis en œuvre pour lui conserver son cadre familial et nous nous félicitons à ce propos du récent aménagement de l'allocation de logement aux économiquement faibles, devenue allocation-loyer, dont le champ d'application et le taux ont été très sensiblement améliorés.

Toutefois, le taux de l'indemnité journalière d'aide à domicile qui est allouée lorsque le vieillard n'a pas d'enfant ou lorsque ses enfants ne peuvent pas lui venir en aide, selon la loi naturelle, devrait être plus substantielle.

Si le but idéal est de maintenir le vieillard à son domicile, son état physique ou psychologique peut nécessiter son placement dans une maison de retraite. Le secteur public et le secteur privé offrent aux personnes âgées un nombre de places insuffisant. La plupart des établissements sont surpeuplés. Le logement en chambres individuelles et les chambres réservées aux ménages doivent être développées. Heureusement, certains conseils généraux apportent leur aide pécuniaire aux établissements pour la création de nouveaux lits ou de nouvelles chambres destinés à abriter des personnes âgées ; mais sur le plan national l'effort peut être considéré comme tout à fait insuffisant.

De plus, nous estimons que dans le cadre d'une politique d'équipement urbain et rural on devrait amorcer un plan de construction de petits logements pour personnes âgées. De nombreuses communes, en particulier à l'échelon de la sous-préfecture ou du chef-lieu de canton, ce qui laisserait à la mesure un aspect plus humain, ont essayé de trouver une solution à ce problème.

Qu'il s'agisse de logements comportant quelques services communs de base (salle de restaurant, de réunion et infirmerie) ou de simples logements (de une ou deux pièces, cuisine, cabinet de toilette et celliers)... les idées et les initiatives ne manquent pas. Mais le financement s'avère extrêmement compliqué. Crédits H. L. M., crédits du Ministère de la Santé, disponibilités d'action sanitaire et sociale des caisses régionales vieillesse de la sécurité sociale, fonds des bureaux de bienfaisance, toutes les portes sont légèrement entrebâillées mais aucune n'assure à elle seule un financement normal. Un effort de coordination s'impose, là aussi, et les organismes H. L. M. nous paraissent comme tout désignés pour assurer le rôle de maître d'œuvre, à condition que des crédits supplémentaires leur soient accordés tenant au nombre de ces logements à édifier et au fait que — devant être réalisés en petits groupes éparpillés ou au rez-de-chaussée des immeubles collectifs — leur prix de revient, même s'agissant de réalisations sans aucun luxe, dépasse souvent les plafonds déjà difficiles à respecter pour des ensembles de surface moyenne plus importante.

Enfin, la création de foyers, de restaurants et de salles de réunions dans les villes et dans certains villages permettrait aux vieillards une existence plus agréable, exempte des soucis quotidiens, mieux intégrée à la vie de tous les habitants de la commune.

Il s'agit d'un effort certain qui doit être demandé au pays. Mais, avec notre collègue Longchambon, nous estimons que ceux qui arrivent au soir de la vie ont incontestablement sur l'augmentation du revenu national un droit de participation par priorité ; il faut le leur assurer. *Il ne s'agit pas d'une œuvre de charité. Il s'agit de pure justice.*

CHAPITRE IV

Les crédits définitivement retenus par le IV^e Plan pour l'équipement sanitaire et social.

Nous avons examiné le programme proposé par la commission spécialisée du Commissariat général au Plan. L'ensemble des besoins les plus urgents du pays représenterait un volume d'environ 9.400 millions de nouveaux francs, soit :

- 6.000 millions pour le secteur sanitaire ;
- 3.000 millions pour le secteur social ;
- 375 millions pour l'éducation surveillée ;
- 80 millions pour la recherche scientifique.

Or, limité par les possibilités techniques et financières, le Gouvernement a été conduit à envisager un programme considérablement réduit, pour un total de 3.700 millions de nouveaux francs dont la répartition prévue est la suivante :

- 630 pour les centres hospitaliers universitaires ;
- 710 pour les hôpitaux ;
- 240 pour l'aide aux vieillards ;
- 755 pour les maladies mentales ;
- 610 pour l'enfance ;
- 480 destinés à des organismes divers ;
- 75 pour la recherche.

Votre Commission des Affaires sociales ne peut qu'exprimer un regret en considérant que la part des investissements sanitaires et sociaux subit une réduction aussi considérable.

Elle ne veut ni ne peut proposer une nouvelle répartition de ces crédits entre les divers postes auxquels ils sont attribués.

Elle ne peut que présenter des observations dont elle souhaite que le Gouvernement tienne compte, au cours des années à venir.

1. EQUIPEMENT SANITAIRE

La comparaison en valeur absolue des crédits avec ceux affectés à l'exécution des plans antérieurs n'est pas possible : la question des centres hospitaliers universitaires est particulièrement probante à ce sujet. Une somme de 630 millions de nouveaux francs est destinée à l'aménagement des centres hospitaliers universitaires. Or, c'est la première fois qu'ils figurent au Plan puisqu'ils sont créés depuis peu. Ces investissements représentent un sixième du total des sommes prévues et, cependant, l'ensemble des travaux et équipements nécessaires à la mise en application de la réforme des études médicales peut être estimé au total à près de 2 milliards de nouveaux francs ; il sera donc nécessaire de réserver dans les plans futurs, pour ces mêmes organismes, des sommes importantes. Des critiques sur cette réforme ou la cadence à laquelle elle doit être mise en place seraient vaines ; elle a été décidée et il faut lui donner les moyens de se développer harmonieusement.

Aux hôpitaux et aux hospices pour l'ensemble du territoire, il n'est réservé qu'une part très peu supérieure à celle destinée aux travaux de construction, d'aménagement, de modernisation et d'adaptation de 28 établissements dans des villes de faculté ou d'écoles de médecine.

Les crédits destinés aux centres hospitaliers universitaires devraient, en quelque sorte, être placés hors programme et faire l'objet d'un compte spécial n'affectant en rien la construction, l'extension ou l'aménagement des hôpitaux et hospices.

Il est inscrit au Plan pour les hôpitaux un programme portant sur 200 projets d'inégale importance. Votre Commission craint, compte tenu de l'augmentation de la population et de la fréquentation hospitalière, d'une part, de la cadence retenue pour les réalisations à venir, d'autre part, le maintien de l'état de stagnation « qui avait caractérisé le Plan précédent ».

Quant aux hospices, compris dans la répartition des crédits du Plan sous la ligne « Aide aux vieillards », aucune discrimination entre les investissements sanitaires et sociaux n'est nettement déterminée, et nous craignons que la construction et les aménagements des hospices soient sacrifiés par rapport au reste.

2. EQUIPEMENT SOCIAL

Dans ce domaine, votre Commission est dans l'impossibilité d'envisager ou de dégager une répartition quelconque.

Si nous avons insisté sur divers points qui nous paraissent plus particulièrement intéressants, personnes âgées, rééducation professionnelle, enfance inadaptée, nous nous garderons bien d'établir un ordre de priorité car tous les projets ont leur importance sociale. L'insuffisance des crédits est seule en cause et constitue un obstacle majeur à la réalisation des obligations minimum qui incombent à la Nation.

*
* * *

Conclusions.

L'étude qui précède est nécessairement et volontairement fragmentaire ; nous avons pris connaissance avec beaucoup d'intérêt du remarquable travail accompli, à partir des rapports établis par les commissions spécialisées du Commissariat général au Plan, par :

— les rédacteurs de l'exposé des motifs du projet de loi (n° 1573 A. N. première législature) ;

— les membres du Conseil Economique et Social (*Journal Officiel*, Avis et rapports du Conseil Economique et Social, n° 26, du 12 décembre 1961) ;

— le rapporteur général et les rapporteurs pour avis de l'Assemblée Nationale (n°s 1712 et 1714, A. N., première législature).

Nous devons rendre ici le plus vif hommage à l'importance et à la qualité du travail accompli par les uns et par les autres. Mais plutôt que de reprendre dans notre avis une trop volumineuse partie des documents qui ont été mis à notre disposition comme ils l'avaient été à celle de nos collègues du Conseil Economique et Social et de l'Assemblée Nationale, nous préférons alléger la présentation de notre travail, renvoyer pour l'étude des données et perspectives chiffrées aux documents cités en référence et pré-

senter maintenant quelques conclusions qui viendront s'ajouter à celles, particulières au problème de la vieillesse, qui ont déjà été exposées dans le chapitre II de ce rapport. Celles-ci auront simplement pour ambition de faire connaître les lignes directrices selon lesquelles votre Commission des Affaires sociales aimerait voir se développer l'application du IV^e Plan et se préparer, le moment venu, le V^e Plan, appelé à lui succéder à partir de 1965.

I. — POLITIQUE HOSPITALIÈRE

a) *Equilibre entre concentration et décentralisation.*

Il est certain que l'époque à laquelle nous vivons, celle aussi vers laquelle nous allons, verront s'accélérer les processus de concentration dans tous les domaines. En matière hospitalière, les équipements chirurgicaux et autres, les blocs opératoires, les bombes au cobalt, etc. deviennent de plus en plus perfectionnés, permettent des résultats toujours améliorés, mais aussi coûtent de plus en plus cher. Pour cette raison, il est nécessaire que ces branches de la médecine et de la chirurgie qui mettent en œuvre des techniques très hautement spécialisées soient pratiquées en quelques points judicieusement implantés sur l'ensemble du territoire.

Votre Commission des Affaires sociales est naturellement parfaitement convaincue de la nécessité et de l'opportunité de cette politique, qu'elle approuve sans réserve.

Mais elle ne peut oublier que depuis des années elle demande aussi que l'hospitalisation soit dans la mesure du possible rapprochée du malade pour les cas simples et surtout que, pour les personnes âgées, un réseau de maisons de retraite et d'hospices suffisamment dense permette d'éviter les vastes rassemblements de vieillards et leur éloignement excessif des endroits où ils ont toujours vécu. Nous sommes parfaitement conscients des difficultés qui existent dans la recherche de cet équilibre. Nous pensons cependant que rien de bon ne peut être fait si les responsables de la santé publique ne parviennent à répartir judicieusement entre ces deux courants apparemment contradictoires les trop faibles crédits dont ils disposent.

b) *Réforme des études médicales
et centres hospitaliers universitaires.*

Votre Commission des Affaires sociales n'a point qualité pour s'occuper des affaires culturelles et, à ce titre, ne se croit pas autorisée à donner officiellement son avis sur la réforme des études médicales intervenue dans les derniers mois. Mais elle compte dans son sein un grand nombre de médecins et d'administrateurs de collectivités locales, et elle a à connaître de l'ensemble des problèmes intéressant l'utilisation ultérieure, dans la vie de la Nation, des bénéficiaires de l'enseignement médical. Cela suffit pour lui permettre de constater que la réforme des études médicales et la création des centres hospitaliers universitaires ont été décidées en très grande partie à l'initiative et sous l'égide de l'Education Nationale. Elle désire très fermement pour cette raison que cette administration soit appelée à supporter une part importante des charges qui ne manqueront pas de frapper, dans les années à venir, le budget du Ministère de la Santé publique et de la Population, celui des départements, des communes et des établissements hospitaliers eux-mêmes.

Le budget de la Santé publique, malgré les augmentations de crédits dont il a bénéficié ces dernières années, est loin d'atteindre le niveau qui serait nécessaire, même pour parer au plus pressé. Votre Commission des Affaires sociales demande que la plus grande partie des fonds dont dispose le Ministère de la Santé publique soit affectée directement à l'amélioration de l'état de santé physique et morale de la Nation : c'est là sa vocation essentielle ; l'enseignement, lui, incombe à l'Education nationale.

c) *Les problèmes de personnel.*

Les problèmes relatifs aux diverses catégories de personnels sont particulièrement difficiles à résoudre. Le plan prévoit la création et l'extension d'écoles d'infirmières et d'écoles du service social. Il est nécessaire au bon fonctionnement des établissements qu'un personnel spécialisé et souvent hautement qualifié soit mis en place ; pour arriver à ce résultat, il faut, avant tout, que ce personnel soit convenablement rémunéré. C'est à cette condition essentielle qu'il sera possible, non seulement, d'en assurer le recrutement, mais également et surtout, de le conserver.

En effet, nombreuses sont les jeunes filles qui s'orientent vers ces écoles en bénéficiant de bourses d'études accordées, soit par l'Etat, soit par les départements. Leur choix, d'ailleurs, se porte le plus souvent sur la puériculture et bien rarement sur les soins à donner aux grabataires et malades incurables.

Après plusieurs années d'exercice, leur mariage vient interrompre leur carrière et, si les connaissances qu'elles ont acquises leur permettent de faire d'excellentes ménagères ou des mères de famille averties, il n'en est pas moins certain qu'elles abandonnent une profession ayant entraîné pour les collectivités des frais importants.

Il serait opportun d'en faire une statistique nationale.

Dans ces conditions et, je le répète, sous la condition d'une rémunération convenable, ne pourrait-on pas imposer aux jeunes gens et jeunes filles ayant fait leurs études avec l'aide d'une collectivité publique, une obligation décennale? Cette angoissante question de personnels pourrait également trouver une solution dans l'intensification de l'emploi à mi-temps ou à temps partiel. Les quelques lignes qui suivent ont pour objet de préciser ce point.

L'insuffisance numérique du personnel soignant dans les établissements hospitaliers publics et les difficultés que rencontrent les administrations hospitalières pour recruter le personnel infirmier continuent à préoccuper les responsables de la Santé publique et de la Population.

Pour remédier à cette situation, des mesures récentes ont déjà apporté des améliorations de carrière dans le but de corriger des disparités qui compromettaient le recrutement du personnel infirmier.

Toutefois, en raison de la situation critique dans laquelle se trouvent actuellement certains services hospitaliers, il a paru nécessaire, indépendamment des dispositions rappelées ci-dessus, d'autoriser les établissements hospitaliers publics à recruter des infirmiers et des infirmières à temps partiel chaque fois que le recrutement de personnel s'avère insuffisant.

Bien entendu ce mode de recrutement ne concerne que les emplois d'infirmiers ou d'infirmières et il ne doit être utilisé qu'en cas d'impossibilité absolue de pourvoir les postes budgétaires dans les conditions prévues par le décret du 2 février 1962.

D'autre part le personnel d'appoint auquel il peut être fait appel pendant un court laps de temps pour faire face à des besoins exceptionnels et passagers demeure en dehors du champ d'application de ces mesures.

Les infirmiers et infirmières employés à temps partiel sont recrutés sur décision du Directeur de l'Etablissement ou, dans les Etablissements de moins de 200 lits, sur décision du Président de la Commission administrative.

Les intéressés, qui devront remplir les conditions générales d'accès à la fonction publique et être âgés de 60 ans au maximum, devront être titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière ou d'une autorisation d'exercer la profession à titre définitif (dans les hôpitaux psychiatriques départementaux et interdépartementaux et dans les sanatoriums publics, pourront être recrutés à temps partiel les agents titulaires d'une autorisation d'exercer limitée respectivement aux hôpitaux psychiatriques et aux établissements sanatoriaux).

Ils sont liés à l'établissement qui les emploie selon un contrat type individuel.

Ces conditions de travail, la durée de celui-ci, les rémunérations, les congés sont déterminés par référence au régime des personnels titulaires de façon que les deux catégories de personnel exercent leurs fonctions dans les conditions les plus similaires qu'il se puisse compte tenu de la différence de leurs statuts.

On peut penser que cette nouvelle mesure aidera les administrations hospitalières à surmonter les difficultés auxquelles elles se heurtent encore actuellement.

Si nous avons développé un peu plus longuement cette question du travail à temps partiel des infirmières et infirmiers, c'est autant pour montrer l'intérêt de la réforme *stricto sensu* que pour prouver sur un plan plus général que des solutions audacieuses peuvent parfois être apportées à des problèmes insolubles si l'on veut s'en tenir au respect sacro-saint des principes traditionnels du droit administratif. C'est là une voie dans laquelle il faut persévérer, avec toute la prudence voulue naturellement.

d) *Constructions hospitalières.*

A l'issue d'un certain nombre de missions qu'elle a pu effectuer sur diverses parties du territoire, comme après les informations qui lui ont été apportées par plusieurs de ses membres, votre Commission désire appeler votre attention sur un autre aspect de la politique des constructions hospitalières. Il s'agit des conceptions mises en œuvre lors de la création d'établissements nouveaux, de la modernisation d'hôpitaux ou de services anciens.

La Commission des Affaires sociales souhaite évidemment, et demande qu'en de telles occasions un très gros effort soit fait pour :

— doter les personnels hospitaliers de tous les moyens techniques et commodités matérielles nécessaires à l'accomplissement et au succès de leur mission ;

— rendre aux malades le séjour le plus supportable qu'il se pourra.

Mais aussi, elle voudrait que soit évité un certain nombre de dépenses dont le caractère apparaît comme quelque peu somptuaire.

Nous avons vu, dans certains hôpitaux, des escaliers et des couloirs en marbre, nous avons vu des halls et des dégagements d'une surface, d'un volume comparables à ceux des salles d'apparat de nos grands palais nationaux ! Nous avons vu aussi, à quelques kilomètres parfois, des installations de fortune assez comparables à ce que l'on appelle des « bidonvilles ». Cela ne doit plus être possible. Nous connaissons le désir, certes, compréhensible de certains administrateurs d'hôpitaux, de certains chefs de services hospitaliers, de certains élus, de remplacer, dès que les attributions de crédits si longtemps attendues le permettent, leurs établissements vétustes inadaptés par des pavillons et des salles modèles.

Mais les pouvoirs publics, à l'échelon national, se doivent d'imposer des normes rigoureuses où l'économie doit se concilier avec le neuf, le confortable, le rationnel ; le luxe doit être banni dans ce domaine !

C'est à ce seul prix que le réseau sanitaire français pourra répondre rapidement aux gigantesques besoins qui l'attendent. Sinon, pendant des dizaines et des dizaines d'années encore, l'opulence cotoiera la misère. Nous ne le voulons pas.

II. — LA SÉCURITÉ SOCIALE : MÉDECINE DE SOINS OU MÉDECINE PRÉVENTIVE ?

Bien entendu, la Commission des Affaires sociales tient à rendre hommage à l'action menée par les divers organismes de la Sécurité sociale pour améliorer la situation sanitaire des Français. Ils sont arrivés sur ce plan à des résultats tout à fait remarquables, parfois au prix de difficultés considérables et de critiques plus ou moins justifiées. Sur un point particulier, nous pensons devoir attirer l'attention du Sénat et du Gouvernement : tenue par les textes législatifs et réglementaires qui constituent son statut, mais aussi sous l'effet de la doctrine peut-être un peu rigide de ses tuteurs et de ses dirigeants, la Sécurité sociale a considéré pendant de nombreuses années que son champ d'action devait se limiter au domaine de la médecine de soins. Puis, timidement, par le biais des fonds d'action sanitaire et sociale ou par d'autres procédures, elle en est venue à considérer qu'elle pouvait dans certains cas définis, vaccinations par exemple, intervenir en matière de médecine préventive. Si l'on part du principe qu'à égalité de crédits, il est possible de faire beaucoup plus dans le sens de la prévention que dans celui des soins, si l'on songe à la somme des misères qu'il est aussi possible d'épargner par ce moyen, on comprendra que la Commission des Affaires sociales souhaite voir s'accroître la tendance heureusement amorcée depuis quelques années.

Cela lui paraît au moins aussi normal que la participation trop communément admise de la Sécurité sociale à l'effort qu'elle accomplit dans divers secteurs de la politique d'investissements du pays, pour la construction de logements par exemple.

Telles sont, Mesdames et Messieurs, les quelques réflexions que votre Commission des Affaires sociales voulait vous livrer à l'occasion de l'examen par le Sénat du projet de IV^e Plan.

Comme d'autres commissions, sans doute, mais avec peut-être encore plus de raisons, elle souhaite, en résumé, que l'accent soit mis sur l'ampleur de l'effort à entreprendre pour doter le pays de l'équipement sanitaire et social dont il a besoin et auquel il a droit, sur la modestie des moyens mis en œuvre pour atteindre ce but.