

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE

COMPTE RENDU INTÉGRAL DES SÉANCES

Abonnements à l'édition des DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :

MÉTROPOLE ET FRANCE D'OUTRE-MER : 2.200 fr. ; ÉTRANGER : 4.000 fr.

(Compte chèque postal : 9063.13, Paris.)

PRIÈRE DE JOINDRE LA DERNIÈRE BANDE
aux renouvellements et réclamations

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

POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE
AJOUTER 20 FRANCS

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

1^{re} Législature

1^{re} SESSION ORDINAIRE DE 1959-1960

COMPTE RENDU INTEGRAL — 29^e SEANCE

1^{re} Séance du Vendredi 13 Novembre 1959.

SOMMAIRE

1. — Remplacement de membres de commissions (p. 2383).
2. — Loi de finances pour 1960 (2^e partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 2384).
Santé publique et population.
Etat F (suite) et Etat G (suite).
MM. Bisson, rapporteur spécial; Prévillo, rapporteur pour avis.
MM. Nilles, Rombeut, Ebrard, Buriot, Szigell, Karcher, Charrel, Chauvet, Rebray, Hulin, Pierre Bourgeois, Coste-Fioret.
M. Chenot, ministre de la santé publique.
M. Halbout.
Etat F.
Titre III: adoption.
Titre IV: adoption.
Etat G.
Titre V (autorisation de programme): adoption.
Titre V (crédit de paiement): adoption.
Titre VI (autorisation de programme): adoption.
Titre VI (crédit de paiement): adoption.
3. — Ordre du jour (p. 2395).

PRESIDENCE DE M. EUGENE-CLAUDIUS PETIT,
vice-président.

La séance est ouverte à dix heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

REMPLACEMENT DE MEMBRES DE COMMISSIONS

M. le président. Le groupe des indépendants et paysans d'action sociale a désigné :

M. Boscary-Monsservin, pour remplacer M. Motte dans la commission des affaires culturelles, familiales et sociales;

M. Motte, pour remplacer M. Boscary-Monsservin dans la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République.

Ces candidatures ont été affichées le jeudi 12 novembre 1959, à seize heures, et publiées au *Journal officiel* du 13 novembre 1959.

Elles seront considérées comme ratifiées et la nomination prendra effet à l'expiration du délai d'une heure suivant le présent avis, sauf opposition signée par trente députés au moins et formulée avant l'expiration de ce délai.

— 2 —

LOI DE FINANCES POUR 1960
(DEUXIEME PARTIE)

Suite de la discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de finances pour 1960, n° 300, deuxième partie. (Rapport n° 328).

Voici les temps de parole encore disponibles dans ce débat :

Gouvernement, 3 heures 45 minutes ;
Commission des finances, de l'économie générale et du plan, 15 heures 50 minutes ;

Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 4 heures 30 minutes ;

Commission des affaires étrangères, 1 heure ;

Commission de la défense nationale et des forces armées, 2 heures 30 minutes ;

Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, 20 minutes ;

Commission de la production et des échanges, 4 heures 55 minutes.

Groupe de l'union pour la nouvelle République, 10 heures 35 minutes ;

Groupe des indépendants et paysans d'action sociale, 6 heures 10 minutes ;

Groupe des républicains populaires et du centre démocratique, 2 heures 55 minutes ;

Groupe de l'unité de la République, 1 heure 50 minutes ;

Groupe socialiste, 4 heures 10 minutes ;

Groupe de l'entente démocratique, 1 heure 55 minutes ;

Isolés, 1 heure 15 minutes.

Nous abordons l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de la population.

SANTE PUBLIQUE ET POPULATION

ETAT F (Suite)

Répartition des crédits applicables aux dépenses ordinaires des services civils.

(Autorisations nouvelles.)

« Titre III, 7.133.042 NF ;

« Titre IV, 2.146.988 NF »

ETAT G (Suite)

Répartition des autorisations de programme et des crédits de paiement applicables aux dépenses en capital des services civils.

(Autorisations nouvelles.)

TITRE V. — INVESTISSEMENTS EXECUTES PAR L'ETAT

« Autorisation de programme, 10.150.000 NF ;

« Crédit de paiement, 660.000 NF. »

TITRE VI. — SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENT ACCORDEES PAR L'ETAT

« Autorisation de programme, 89.850.000 NF ;

« Crédit de paiement, 6.742.000 NF. »

La parole est à M. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du plan.

M. Robert Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du plan. Mesdames, messieurs, les propositions du Gouvernement en crédits de paiement au titre du ministère de la santé publique s'élevaient pour 1960 à 1.262.655.480 nouveaux francs contre 1.129.460.690 nouveaux francs en 1959, soit une augmentation d'environ 11 p. 100.

Ces crédits de paiement se divisent en dépenses ordinaires ou de fonctionnement et en dépenses en capital ou d'investissement. Les dépenses ordinaires comprennent les moyens des services et les interventions publiques ; moyens des services concernant le personnel, le matériel, les subventions de fonctionnement, à l'Institut national d'hygiène par exemple ; interventions publiques concernant l'action éducative et culturelle, l'action sociale, l'aide sociale.

Les dépenses en capital se subdivisent en investissements exécutés par l'Etat, par exemple la reconstruction des établissements nationaux, et en investissements exécutés avec le concours de l'Etat, soit essentiellement les subventions d'équipement.

Pour l'ensemble de ces dépenses, tant ordinaires qu'en capital, il faut distinguer — ceci est vrai non seulement pour le budget de la santé publique et de la population, mais aussi pour tous autres départements ministériels — les services votés et les mesures nouvelles. Les services votés représentent les crédits de 1959 reconduits, plus les mesures acquises, c'est-à-dire l'adaptation en 1960, dans le cadre de la législation et de la réglementation existantes, des crédits de 1959. Services votés plus mesures nouvelles donnent évidemment le total des crédits ouverts pour 1960.

Au titre des mesures acquises, il faut citer une augmentation de 110 millions de nouveaux francs consacrée, à raison de 100 millions, à l'aide sociale et à l'aide médicale. C'est, à n'en pas douter, un signe de la difficulté des temps. Mais il faut noter la répercussion inéluctable de cet accroissement de dépenses sur les budgets des départements et des communes qui, avec celui de l'Etat, assument ces charges.

Sur ces 100 millions de nouveaux francs, 46 concernent l'augmentation de l'aide médicale aux malades mentaux, autre signe des temps.

L'augmentation constante des dépenses ordinaires et plus spécialement de celles concernant l'aide médicale mérite quelques précisions. En effet, on ne peut qu'être frappé par la disparité entre les prix de journée des établissements hospitaliers d'importance et de fonctionnement comparables. Voici les principales raisons qui en sont données : présence de personnel congréganiste, spécialisation plus ou moins poussée des services, répercussion de la durée moyenne de séjour, influence du corps médical sur les dépenses pharmaceutiques et d'équipement. Le ministère envisage d'élaborer des instructions qui serviront de base aux directeurs départementaux de la population, notamment à l'occasion de la fixation des prix de journée et de la détermination du prix de revient réel.

Voilà, mes chers collègues, pour les mesures acquises.

Quant aux mesures nouvelles, il faut noter 4 millions de nouveaux francs à titre de subventions à l'Institut national d'hygiène, afin d'accroître les moyens de l'Institut dans le cadre de la politique de coordination et de développement de la recherche scientifique. Cela représente une augmentation très opportune d'ailleurs, de la subvention de 1959, pour une proportion de 80 p. 100.

Il faut noter également l'inscription de 737.000 nouveaux francs, correspondant au transfert du personnel de la France d'outre-mer ; de 763.000 nouveaux francs pour le renforcement du contrôle de l'application des lois d'aide sociale. Soixante-deux emplois nouveaux sont prévus. En effet, la commission des économies, créée par l'article 76 de la loi de finances pour 1959, a demandé que l'application des lois d'aide sociale soit contrôlée par des agents de l'Etat dans les départements où la participation de l'Etat a dépassé 500 millions de francs actuels en 1958.

Il faut noter l'inscription de 660.000 nouveaux francs pour assurer le fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène des villes comportant plus de 80.000 habitants. En effet, par un arrêté du 18 avril 1958, rendu dans l'affaire de la ville de Besançon, le Conseil d'Etat a estimé que les dispositions de la loi du 18 septembre 1940, aux termes de laquelle les services des bureaux municipaux d'hygiène ont été supprimés et leurs attributions transférées au corps de l'inspection de la santé, étaient toujours en vigueur. Trente-cinq postes nouveaux d'inspecteur de la santé sont donc nécessaires.

205.000 nouveaux francs sont consacrés aux frais de fonctionnement et d'équipement du laboratoire national de la santé publique. Ainsi, le crédit total passe de 252.000 nouveaux francs pour 1959 à 457.000 nouveaux francs pour 1960.

71.000 nouveaux francs sont destinés à des créations d'emplois de pharmaciens inspecteur de la santé ; 1.060.000 nouveaux francs sont affectés à l'incidence des majorations de loyers sur les crédits destinés à l'attribution aux économiquement faibles d'une allocation compensatrice des augmentations de loyers.

785.000 nouveaux francs concernent l'aide sociale : prophylaxie du cancer, protection maternelle et infantile, lutte contre la tuberculose, formation des travailleuses familiales, enfance inadaptée.

A tous ces crédits s'ajoutent 6.742.000 nouveaux francs, en supplément des services votés au titre des subventions d'équipement, notamment en faveur des établissements hospitaliers, des organismes d'hygiène sociale et de protection de l'enfance.

Tels sont, mes chers collègues, brièvement résumés, les différents postes budgétaires concernant les crédits de paiement.

Avant d'en terminer sur ce chapitre, il est nécessaire de présenter rapidement quelques observations d'ordre général.

On rend certainement hommage à la vérité en affirmant que le ministère de la santé publique et de la population est l'un de ceux qui subissent actuellement une évolution considérable, afin de mieux adapter leurs moyens aux besoins à satisfaire.

L'importance des ordonnances prises il y a un an en témoignage suffisamment, notamment celles concernant la réforme de la législation hospitalière et la réforme de l'enseignement médical.

Je ne pense pas qu'il appartienne au rapporteur spécial de la commission des finances, tout au moins dans son exposé oral, d'en discuter au fond, la question semblant être de la compétence de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales saisie pour avis. Mais il apparaît indispensable à votre commission des finances d'insister sur l'effort financier considérable, déjà noté, fait en faveur de l'Institut national d'hygiène.

C'est un établissement public, dont le siège est à Paris, rue Léon-Bonnat, et qui est rattaché au ministère de la santé publique et de la population. Il est doté de la personnalité et de l'autonomie financière. Il a pour tâches essentielles de provoquer et de pratiquer des travaux de laboratoires et d'enquêtes concernant l'amélioration des conditions de vie de l'homme sain, la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie, d'étudier et de faire progresser l'utilisation des découvertes réalisées dans tous les domaines de la science en vue du bien-être humain, de contrôler et de confronter les résultats des enquêtes menées dans diverses collectivités avec toutes les recherches de laboratoires; de réunir et de diffuser une documentation technique sur l'état de santé du pays, d'entreprendre et d'encourager la publication de travaux susceptibles d'enrichir cette documentation; d'organiser un corps de chercheurs médicaux et de techniciens consacrant tous leurs efforts à la recherche médicale, de favoriser leur formation en particulier par des séjours à l'étranger, dans les laboratoires de recherches appropriés; de développer les centres de recherche médicale existants, d'en construire et d'en créer de nouveaux en fonction des progrès de la science médicale.

Déjà la création, au sein de l'Institut national d'hygiène d'un service central de protection contre les rayonnements ionisants, l'Institut a pour tâche d'assurer la vérification des moyens de protection utilisés et leur efficacité, de pratiquer sur la demande des autorités compétentes, toutes mesures, analyses ou dosages permettant la détermination de la radio-activité ou des rayonnements ionisants dans les divers milieux où ils peuvent présenter des risques pour la santé des individus ou de la population; d'effectuer, en liaison avec les organismes existants et notamment, avec le Commissariat à l'énergie atomique, des recherches sur la protection contre les rayonnements ionisants et en particulier sur l'établissement des normes et sur les méthodes et les techniques de prévention; d'encourager toutes les études qui peuvent être menées dans le domaine de la protection, et enfin, d'assurer les mesures et le contrôle en milieu du travail.

Pour permettre à l'Institut national d'hygiène de mener à bien sa tâche, des emplois sont créés au nombre de 166 pour les chercheurs et aides techniques. Les contrats et salaires des chercheurs sont réévalués. Les dépenses de fonctionnement sont accrues: fonctionnement de 15 unités de recherche, enquêtes statistiques, appareillage.

Enfin, le service central de protection contre les rayonnements ionisants reçoit une dotation plus élevée.

Dans le cadre de cet effort toujours accru de la protection de la santé, il faut également citer les activités du laboratoire national de la santé. Cet organisme a pour mission d'effectuer les déterminations analytiques et les essais prévus par les règlements relatifs à l'hygiène, à la prophylaxie des maladies transmissibles, au thermalisme et au contrôle des médicaments et des produits sanguins humains. C'est le problème du visa, auquel se rattache un impératif économique et financier, celui du nombre des spécialités pharmaceutiques et de la protection de l'inventeur, d'où le projet d'institution d'un brevet du médicament.

C'est ainsi, mesdames, messieurs, que par une transition toute naturelle, quittant le domaine des crédits de paiement, nous abordons celui des crédits de programme.

Une comparaison s'impose immédiatement, celle des chiffres inscrits à la loi de programme — tranche de 1960 — et des inscriptions budgétaires de 1960. Est-il nécessaire de rappeler que, pour la période 1960-1962, la loi de programme comportait un crédit total de 230 millions de nouveaux francs dont 77 millions pour 1960 ?

A l'époque de la discussion devant l'Assemblée nationale, le Gouvernement avait indiqué qu'il s'agissait d'un noyau, d'un programme minimum. Votre commission des finances donne acte au Gouvernement qu'il a tenu ses promesses puisque les autorisations de programme budgétaires s'élèvent à 100 millions de nouveaux francs contre 77 millions inscrits à la loi de programme, soit une augmentation de près de 40 p. 100. L'effort réel est incontestable. Voici le tableau de comparaison. Le premier chiffre que

je vais citer sera celui de la loi de programme tranche 1960, le second celui du projet de budget de 1960 :

Écoles nationales et laboratoires, 7 millions et 17.150.000 NF ;
Hôpitaux, 36.500.000 et 38.340.000 NF ;
Hôpitaux psychiatriques, lutte contre le cancer, organismes d'hygiène sociale, 28.800.000 et 36.480.000 NF ;
Enfance inadaptée, 4.700.000 et 14.030.000 NF ;
Institut national d'hygiène, recherche scientifique et médicale : aucun crédit n'est inscrit à la loi de programme mais 1 million de nouveaux francs est prévu au projet de budget de 1960.

C'est ainsi que le total de ces deux séries de chiffres donne, d'une part, 77 millions de nouveaux francs pour la loi de programme et 100 millions de nouveaux francs pour le projet de budget.

Voici les principales opérations nouvelles par rapport à la loi de programme : établissement national des Quinze-Vingts à Paris, deuxième tranche de reconstruction; établissement national d'Aix-les-Bains, captage des sources, première tranche; contrôle sanitaire aux frontières, à Marseille et à l'aérodrome de Mérignac; centre de réadaptation fonctionnel, à Lyon; construction d'écoles d'infirmières, dispensaire antituberculeux, établissement de transfusion sanguine, protection maternelle et infantile, création de crèches et aménagement de deux établissements thermaux : le Mont-Dore et Bourbon-Lancy.

Tel est, mesdames, messieurs, le schéma très simplifié, l'économie du budget proposé par le ministère de la santé publique et de la population pour son département.

Lors de son examen par la commission des finances, des remarques ont été formulées par M. Guy Ebrard et par M. Regaudie.

M. Ebrard s'est inquiété de la situation du personnel de la région de Lacq. Bien que la loi de programme ait prévu un effort d'équipement des services de chirurgie et du traitement des brûlés à l'hôpital de Pau, il semble que des mesures de même ordre devraient être prises sans délai à Orthez. D'autre part, il serait indispensable de hâter les études en cours sur les émanations de gaz sulfureux qui accompagnent la production du gaz de Lacq et qui ont des effets nocifs sur la population de la région.

M. Regaudie, d'autre part, a enregistré les progrès réalisés dans le logement des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique, mais il insiste auprès du Gouvernement pour que soit hâtée la réinstallation de l'ensemble des services centraux.

Notre collègue s'est également inquiété des conséquences de la lente mise en place de la nouvelle procédure d'autorisation des spécialités pharmaceutiques sur l'exportation de ces produits.

Votre commission s'est associée à ces observations et désire obtenir du Gouvernement toutes explications sur ces divers points, au cours du présent débat.

Certes, mesdames, messieurs, dans ce domaine de l'aide sociale bien des aménagements seraient souhaitables. C'est ainsi que l'aide aux aveugles et grands infirmes pourrait être améliorée. Les organisations compétentes estiment que les grands infirmes devraient recevoir de la collectivité nationale une allocation proportionnelle à leur handicap et que la majoration spéciale pour tierce personne devrait aussi être en rapport avec l'aide nécessaire. Ce système éviterait de décourager les grands infirmes qui grâce à des efforts opiniâtres parviennent à se reclasser sans améliorer pour autant leurs moyens d'existence, puisque leur allocation leur est retirée du fait qu'ils bénéficient des revenus de leur travail.

Monsieur le ministre, la commission des finances ne doute pas que vous soyez parfaitement informé de ce délicat problème et la lettre que vous avez bien voulu m'adresser hier le prouve surabondamment. Nous vous demandons de le résoudre sans tarder, obtenant l'obligatoire concours de M. le ministre des finances qui ne voudra pas rester insensible à votre appel.

Mesdames, messieurs, sous réserve de ces quelques observations, votre commission des finances vous propose l'adoption sans modification des crédits du ministère de la santé publique et de la population; elle a le sentiment que, malgré la période de nécessaire austérité que traverse le pays, ce projet de budget ainsi présenté au Parlement témoigne de la volonté du Gouvernement de poursuivre cette œuvre humaine par excellence, la protection sans cesse mieux assurée de la santé des Français. (Applaudissements.)

M. le président. La parole est à M. Fréville, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Henri Fréville, rapporteur pour avis. Messieurs les ministres, mesdames, messieurs, notre excellent collègue M. Karcher devait vous présenter le rapport pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le budget de la santé publique et de la population.

Au moment de conclure l'important travail qu'il a accompli en plein accord avec les membres du groupe d'étude qu'il présidait, M. Karcher n'a pas cru pouvoir formuler un avis favorable à l'adoption du budget. Déjà inquiet du volume restreint des crédits figurant à la loi de programme votée en mai dernier, notre éminent collègue s'est ému des différences importantes existant entre les autorisations de programme accordées et les crédits de paiement figurant au budget. Il a tenu à se démettre du mandat de rapporteur qui lui avait été unanimement confié, de façon à pouvoir s'exprimer plus librement, éventuellement, au cours de la discussion qui va s'instaurer dans un instant.

Je voudrais exprimer à notre collègue les regrets des membres de la commission, mais aussi leurs remerciements pour le dévouement avec lequel il s'est consacré à la tâche de rapporteur. Les scrupules qui ont été les siens l'honorent. Je souhaite que les prochains débats le apaisent et qu'il puisse immédiatement reprendre ses travaux et assumer à nouveau ses responsabilités.

La correction et l'objectivité m'obligent à revenir dès l'abord sur des éléments d'information qui ont ému, hier, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Le *Journal officiel* du 2 octobre 1959 a publié dans son édition Lois et décrets, à la page 9497, le tableau des crédits ouverts sur 1959 au titre des dépenses en capital des services civils imputables sur le budget général et qui se trouvent reportés.

Ils s'élèvent pour le titre VI, c'est-à-dire pour les articles 66-10, 66-12, 66-20, 66-30, à 83.135.290 francs lourds. Il résulte des renseignements pris que les crédits de paiement reportés correspondent à des opérations engagées au cours des exercices antérieurs en vertu des autorisations de programme, et non encore terminées.

Ces crédits de paiement sont très normalement reportés sur les exercices suivants, pour servir au versement des subventions dues par l'Etat sur ces opérations, au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Il convient de souligner que les services du ministère de la santé publique et de la population ne sont pour rien dans l'importance de ces reports.

Le ministère, en effet, n'est pas le maître d'œuvre direct des investissements hospitaliers et les subventions accordées aux projets approuvés ne peuvent être versées que dans le cadre des règles de la comptabilité publique.

Les lenteurs apportées à la mise au point des projets puis à l'avancement des travaux sont donc les causes essentielles de l'importance des reports constatés hier.

Les services du ministère ont reçu des instructions qui les invitent à s'attacher à éviter tout retard dans les mandatement. La procédure des acomptes anticipés peut même aboutir, dans certaines conditions et limites, à un préfinancement de certains projets.

La constatation des reports effectués par le décret du 2 octobre 1959 permet d'affirmer que les craintes exprimées quant à la modicité des crédits de paiement inscrits au projet de budget de 1960 par rapport aux autorisations de programme prévues par la loi de programme n'auront pas de suite dans l'avenir.

La somme inscrite au titre des crédits de paiement et l'ensemble des reports auxquels il vient d'être fait référence seront, compte tenu des projets d'investissement existants, suffisants pour qu'aucun retard dans les paiements ne soit à craindre dans l'avenir.

Pour répondre à la question posée hier, au sein de la commission, je crois utile d'indiquer en outre que, s'il apparaissait que le crédit prévu pour tel ou tel établissement particulier se révèle insuffisant, le complément pourrait sans difficulté être pris sur la dotation du chapitre, dans les limites du crédit global constituant celui-ci.

Enfin, il y a lieu d'observer que la loi de programme permettra d'améliorer le processus de financement traditionnel. Les collectivités pourront en effet, désormais, bénéficier de tout le temps nécessaire pour préparer la réalisation des opérations qui y sont inscrites : mises au point des études techniques, réalisation des emprunts nécessaires au financement complémentaires, éventuellement liquidation de certains éléments de l'actif foncier destiné à être réemployé.

Cette procédure n'a pu encore jouer pleinement, en raison du vote récent de la loi de programme, mais elle prendra une ampleur certaine avant la fin de l'année 1960.

Mesdames, messieurs, il suffit de lire le remarquable rapport élaboré par mon excellent collègue et ami M. Bisson, au nom de la commission des finances, pour comprendre l'économie du budget qui vous est présenté et ses caractéristiques essentielles, même examinées selon le point de vue de la commission des affaires culturelles familiales et sociales.

Partant du contenu de l'ordonnance du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière M. Bisson a pertinemment marqué que le ministère de la santé publique et de la population subit une très importante évolution, plus particu-

lièrement dans les services qui fonctionnent sous son contrôle et dans les établissements hospitaliers auxquels la législation nouvelle s'applique directement.

Il apparaît évident — et nous nous en félicitons — que la réforme de la législation hospitalière, la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation, la réorganisation de l'enseignement médical concourent à un même but : assurer de façon toujours plus importante et efficace les soins à donner à l'individu dans le respect sans cesse grandissant de sa personnalité, donc de sa dignité. Il n'est pas sans intérêt de noter que les modifications apportées à la composition des commissions administratives associent d'une façon générale plus intimement les administrateurs, les usagers, les praticiens, dans la gestion et la transformation des établissements. Dans les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux universitaires, ces modifications seront incontestablement bénéfiques du point de vue social et médical. Les grandes lignes de la réforme de l'enseignement médical dès maintenant connues font penser qu'elle concourra d'une autre manière au même but en associant plus intimement la clinique, la recherche et l'enseignement.

La commission a tenu à diverses reprises à manifester son souci de voir cette réforme utile mise en application dans le respect des situations acquises et d'une manière progressive. Elle a vu d'un œil favorable les mesures prises et prévues pour l'équipement du laboratoire national de la santé publique. Elle a estimé qu'aucun effort ne devait être négligé en vue de le mettre en état de remplir son office dans tous les domaines. Elle fait, à ce sujet, siennes les observations de M. Bisson et souhaite que l'installation du laboratoire au Vésinet puisse s'effectuer dans les délais les plus brefs compatibles avec le maximum d'efficacité.

Elle s'associe de même aux conclusions de M. le rapporteur de la commission des finances pour ce qui concerne l'indispensable effort à accomplir en faveur de l'institut national d'hygiène. Il est temps que notre pays possède les moyens appropriés à sa protection.

D'autre part, la commission a entendu avec satisfaction les déclarations faites, le 12 novembre, par M. le ministre de la santé publique relativement à la réforme du régime des visas des produits pharmaceutiques, et elle a apprécié la création de cinq postes de pharmacien-inspecteur dont la mission sera d'aider à une mise en application aussi rapide que possible de la réforme envisagée.

Votre commission a pris acte, s'agissant de l'organisation des services des bureaux municipaux d'hygiène, des conséquences de la jurisprudence introduite par le Conseil d'Etat en ce qui concerne l'application de la loi du 18 septembre 1940. Elle appartiendra désormais à l'inspection de la santé d'assurer à l'avenir la direction des bureaux municipaux d'hygiène.

Les quelques heures qui m'ont été imparties pour la rédaction du présent rapport ont été trop brèves pour que je puisse prendre les contacts nécessaires qui m'eussent permis de préciser les modalités d'installation et de rétribution des futurs directeurs des bureaux d'hygiène.

Toutes réserves, en tout cas, doivent être faites à ce sujet et il serait indispensable que des mesures de transition fussent prévues qui n'aboutissent point au licenciement brutal et injuste de collaborateurs dont les collectivités locales ont utilisé avec profit les services.

La commission des affaires culturelles familiales et sociales ne saurait laisser passer sans les approuver les mesures nouvelles figurant au titre IV sous la rubrique « Interventions publiques ». Les crédits prévus à ce titre au budget de 1960 sont supérieurs de cent millions de francs lourds aux crédits existant dans le précédent budget. M. Bisson en a commenté très exactement la nature et l'importance.

La commission dont j'ai l'honneur d'être ici le porte-parole s'est montrée très nettement favorable aux mesures envisagées, qu'elles soient relatives à l'aide sociale, à l'enfance ou à la famille, à l'aide médicale sous toutes ses formes, à l'aide aux infirmes, aux économiquement faibles et aux déshérités.

Elle approuve pleinement la prise en charge et la réorganisation par l'Etat de l'école de service social de Montrouge, établissement pilote qui doit ouvrir la voie à une politique active de formation, à Paris et en province, d'assistantes sociales et d'infirmières diplômées.

Elle se félicite des mesures prises pour permettre l'instruction, l'éducation, la distraction, éventuellement le reclassement des aveugles. Elle donne son total accord aux mesures encore timides adoptées en vue de la prophylaxie du cancer et souhaite voir se multiplier, grâce à l'intervention du ministère de la santé publique et de la population, les consultations de diagnostic précoce.

Elle regrette enfin l'absence, au budget de 1960, de crédits pour la protection sanitaire en matière de protection civile, ce

qui place notre pays parmi les moins équipés d'Europe à cet égard.

La commission des affaires culturelles, au cours de l'étude qu'elle a faite du budget, a tenu à manifester sans équivoque le désir qu'elle a de voir le ministère de la santé publique et de la population devenir une grande institution à la mesure de l'immense tâche qui reste à accomplir dans notre pays, trop longtemps mal préparé à résister victorieusement aux fléaux sociaux.

Notre appareil hospitalier est encore infiniment trop désuet, inadapté aux besoins considérables de notre temps, inadéquat dans la conception que nous nous faisons de l'homme, de sa nature et de ses fins.

Il nous faut, le plus rapidement et le plus profondément possible, transformer nos hôpitaux psychiatriques, adapter nos centres hospitaliers au rôle qu'ils ont à jouer, nous pencher sur l'enfance malheureuse ou inadaptée, apporter une solution humaine aux problèmes du logement et des soins aux personnes âgées, grâce à des mesures nouvelles, hardies, prises en accord avec les organismes d'H. L. M., le ministère de la santé publique et de la population, les caisses de sécurité sociale, les collectivités départementales et locales, transformer, en un mot, d'une manière que l'on pourrait qualifier de révolutionnaire, l'ensemble de nos institutions hospitalières et sociales.

De plus, la médecine a accompli, durant ces dernières années, des progrès considérables qui tiennent en majeure partie aux acquisitions récentes des sciences physico-chimiques et biologiques. Mais ces progrès qui, sur le plan technique, ont augmenté les moyens d'action du médecin, tendent dans la pratique, et dans une certaine mesure, à faire périr à la médecine son aspect humain.

Ce risque a été bien vu par certains maîtres français qui n'hésitent pas à parler d'une « déshumanisation » de la médecine. Celle-ci tient à trois causes principales :

D'abord, à ce que la technique tend à prendre le pas sur la clinique. Les investigations instrumentales séduisent le médecin par leur aspect tangible et mesurable, mais elles empêchent ou limitent le contact direct avec le malade.

D'autre part, la médecine s'est fragmentée en un grand nombre de spécialités. Il s'ensuit une division artificielle du patient dont l'unité est perdue de vue.

Enfin, l'intérêt médical s'est trop souvent limité à l'individu sans tenir compte du milieu psycho-social.

Une saine réaction se dessine qui se réclame de l'humanisme hippocratique et, s'appuyant sur l'acquisition récente de la psychologie médicale, réaffirme la primauté de l'humain.

Ceux qui l'incarnent se refusent à ne voir dans le médecin qu'un simple technicien du corps, dans la médecine qu'une science naturelle de l'homme malade. Ils insistent sur la nécessité de prendre conscience de la singularité éminente de l'homme dans l'échelle des êtres vivants. Ils réclament que le patient soit considéré dans son intégrité comme un tout bio-psycho-social.

Aussi, nous sommes-nous réjouis d'entendre les déclarations de M. le ministre de la santé et de la population sur l'utilité et la nécessité de l'organisation d'un enseignement de la psychologie médicale comme discipline de base à enseigner aux futurs médecins au cours des deux ou trois premières années de leurs études en faculté de médecine.

Les crédits nécessaires à l'institution d'un tel enseignement pourraient être sans nul doute trouvés au chapitre 37-97 du budget des charges communes concernant les réformes à apporter à l'organisation judiciaire et à l'enseignement médical.

Mesdames, messieurs, sous réserve du souhait unanimement exprimé de voir dans les prochains budgets les sommes destinées au ministère de la santé accrues dans des proportions suffisantes pour permettre une transformation rapide et profonde de nos institutions hospitalières, votre commission des affaires culturelles, sociales et familiales vous propose, à la grande majorité des suffrages, d'adopter sans modification le budget du ministère de la santé publique et de la population. (Applaudissements.)

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

M. Maurice Nilès. Le budget de la santé publique et de la population que nous discutons aujourd'hui appelle de notre part quelques observations.

Voici la première. La somme de 126 milliards de francs actuels prévue au budget de la santé publique, soit 2 p. 100 du budget général, n'apporte pas les crédits indispensables pour faire de la santé un grand service public au service de la population.

Nous devons rappeler qu'il manque un grand nombre de lits d'hospitalisation : 40.000 pour les hôpitaux psychiatriques, 5.000 pour le cancer, donc 45.000 lits rien que pour les malades mentaux

et cancéreux. Considérant que le prix de revient d'un lit d'hôpital est d'environ 4 millions de francs, c'est donc un crédit de 180 milliards qui serait nécessaire pour ces deux catégories de malades, sans compter que pour la seule région parisienne, d'après une estimation du conseil municipal de Paris qui date de 1956, 11.000 lits supplémentaires seraient nécessaires.

Que constatons-nous ? Avec les faibles crédits octroyés, les malades vont continuer à s'entasser par groupes de 40 dans les salles communes des hôpitaux parisiens dont il est pénible de voir la vétusté, et l'on ajoutera des brancards, on mêlera les mourants aux autres malades.

La moyenne souvent mise en avant de 7,6 pour 1.000 habitants descend à 2,1 quand on envisage la situation de la banlieue.

Deuxième observation. Ce n'est pas avec les faibles crédits octroyés que les conditions de travail du personnel infirmier des hôpitaux, de celui de l'assistance publique en particulier, iront en s'améliorant.

La subvention de fonctionnement pour les écoles d'infirmières, par exemple, demeure ridiculement faible et sans changement par rapport au budget de 1959. Or, ces écoles constituent la pépinière indispensable pour la formation du personnel soignant qualifié.

Rien que pour la région parisienne il manque actuellement 8.000 infirmières diplômées alors que les avis les plus autorisés ont fixé l'effectif à une infirmière pour dix malades en médecine et sept en chirurgie, ce qui est une moyenne indispensable pour un travail normal et un élément essentiel pour l'humanisation des hôpitaux.

Nous en sommes bien loin avec ces infirmières à qui doit aller notre reconnaissance pour leur dévouement aux malades et qui sont dans l'obligation de s'occuper de 36 ou 40 malades, dont beaucoup doivent être nettoyés comme des enfants. Aussi ne faut-il pas s'étonner que celles-ci ne puissent consacrer qu'un quart d'heure par jour, dans bien des cas, à chacun de leurs malades.

Le personnel est nettement insuffisant, mal rétribué et surmené. « D'ailleurs, une question nous plonge dans l'angoisse, celle du personnel, déclarait récemment un directeur d'hôpital parisien. Nous enlevons des infirmières d'un service où elles sont en nombre insuffisant pour les mettre dans un autre service où il n'y en a pas du tout. Le jour, nous maintenons l'équilibre de justesse, mais la nuit nous frisons la catastrophe. »

Pour humaniser les hôpitaux, il faut en premier lieu être en mesure d'assurer — et votre budget ne le permet pas — des soins de qualité aux hospitalisés, en formant du personnel qualifié en nombre suffisant par l'ouverture d'écoles d'infirmières et d'infirmiers, ce qui nécessiterait une augmentation considérable des crédits inscrits à vos chapitres 43-11 et 43-21 du budget, en augmentant les salaires trop bas par rapport à l'augmentation du coût de la vie afin de revaloriser la fonction hospitalière, en améliorant les conditions de travail pour retenir le personnel qualifié dans les établissements hospitaliers — 76 agents ont déjà quitté l'administration en 1959 dans un seul hôpital — en augmentant les effectifs en fonction des besoins réels des établissements hospitaliers.

La troisième observation : les crédits prévus au budget, plus particulièrement aux chapitres de la sécurité sociale et de l'aide sociale, n'encouragent pas le reclassement des diminués physiques.

La pension d'invalidité de la sécurité sociale devrait être maintenue à l'infirme sans considération de ressources, ce qui imposerait de ne pas faire entrer dans le calcul des ressources celles en provenance du travail.

Les infirmes souhaiteraient des pensions ou allocations qui soient effectivement proportionnelles à l'invalidité dont ils sont affligés, ce qui nécessiterait aussi une augmentation du budget de l'aide sociale.

Quatrième observation : il est difficile de développer ici l'ensemble des questions sanitaires et sociales qui se posent d'une façon aiguë étant donné les quelques minutes qui nous sont octroyées, mais nous devons souligner avec force que les crédits pour l'enfance inadaptée, pour la protection maternelle et infantile, pour tous les fléaux sociaux demeurent toujours insuffisants.

C'est pourtant en luttant pour la santé de nos enfants, en aidant à combattre ces fléaux que sont la tuberculose et le cancer que l'on fera une grande œuvre nationale.

Nos conclusions : les 126 milliards, soit 2 p. 100 du budget général, accordés au ministère de la santé publique sont nettement insuffisants par rapport aux besoins réels du pays. Cette misère de la santé publique va aller en s'aggravant, et c'est encore la population ouvrière qui sera la première à en supporter les conséquences.

Il ne nous est pas possible, dans ces conditions, d'approuver un budget où la santé est ainsi sacrifiée. Nous pensons, quant à nous, que l'intérêt et la grandeur de la France seraient mieux

servis si des crédits plus importants étaient réservés à l'homme et à la santé. (*Applaudissements à l'extrême gauche. — Mouvements divers.*)

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

M. Nestor Rombeaut. Monsieur le ministre, mes chers collègues, au moment où nous abordons l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de la population, je me réjouis de constater que le Gouvernement a tenu compte de certaines réalités trop longtemps oubliées dans l'élaboration de précédents budgets, eu insuffisamment satisfaites.

Il s'agit de la grande détresse des milliers de malades, d'infirmités, de vieillards, qui supportent depuis des années le poids d'une souffrance qu'ils n'ont pas méritée.

Je parlerai ici des bénéficiaires de l'une ou de l'autre des allocations d'aide sociale prévues par la législation actuelle : allocation mensuelle aux assistés médicaux gratuits, aide sociale aux personnes âgées, aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes.

Depuis le 1^{er} janvier 1956, ces diverses allocations, dont le taux est indexé sur le montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, n'ont subi aucune augmentation. Ainsi, depuis près de quatre ans, le malade soigné à domicile, bénéficiaire de l'allocation mensuelle aux assistés médicaux gratuits, perçoit quatre-vingt-treize francs par jour, et celui qui est hospitalisé, trente et un francs par jour.

L'allocation mensuelle aux personnes âgées et aux infirmes de plus de quinze ans ayant une incapacité inférieure à 80 p. 100 ne s'élève qu'à 4.150 francs par mois, soit 134 francs par jour, grâce à une augmentation de 5.000 francs par an, à compter du 1^{er} janvier 1959.

Depuis quatre ans, l'allocation aux infirmes, aveugles et grands infirmes reste bloquée aux environs de 6.000 francs par mois, soit 200 francs par jour, bientôt 2 nouveaux francs !

Pendant cette même période de quatre années, le montant du salaire minimum interprofessionnel garanti est passé de 126 francs, au 4 avril 1955, à 160,15, soit 27 p. 100 d'augmentation, au 1^{er} novembre 1959, et l'indice des 250 articles est passé, lui, de 98,8 en juillet 1956 à 125,3 en juillet 1959.

On nous objecte couramment, lorsque nous dénonçons l'insuffisance des taux des diverses allocations d'aide sociale, que les intéressés peuvent obtenir l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité. Cela n'est pas exact.

En principe, les invalides et les grands invalides ont droit au bénéfice de cette allocation supplémentaire. Mais, en fait, ce nouvel avantage, qui leur a été accordé par la loi du 2 août 1957, n'a été pour beaucoup qu'une tragique illusion et cela en raison des plafonds de ressources applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Prenons, par exemple, le cas d'un aveugle ou d'un grand infirme ayant plus de 80 p. 100 d'invalidité. Pour qu'il puisse bénéficier de l'allocation d'aide sociale et de l'allocation supplémentaire, ces ressources ne doivent pas dépasser annuellement, les deux allocations comprises, la somme de 135.200 francs. Ce chiffre de 135.200 francs apparaît déjà comme insuffisant, si l'on songe que le minimum vital reconnu officiellement se situe aux environs de 300.000 à 325.000 francs, suivant les abattements de zone. Mais en outre, il ne faut pas oublier que sont pris en considération dans ce plafond, non seulement l'ensemble des ressources personnelles, quelles qu'elles soient — à l'exception toutefois des prestations familiales — mais encore les avantages en nature, ce que l'on appelle d'une part les créances alimentaires auxquelles peut prétendre l'intéressé de la part des personnes qui sont tenues à l'obligation alimentaire envers lui et, d'autre part, l'aide de fait : logement, chauffage, éclairage, soins, etc., qu'il reçoit des personnes vivant sous le même toit que lui.

Précisons encore qu'il est tenu compte de l'aide existant effectivement, mais aussi de l'aide possible. C'est ainsi qu'en fait, très peu de grands infirmes perçoivent l'allocation supplémentaire et beaucoup d'entre eux n'ont droit qu'à une allocation d'aide sociale réduite à quelques milliers ou quelques centaines de francs.

Enfin, même lorsque l'allocation supplémentaire est accordée, nous sommes toujours en présence de situations misérables en raison des plafonds de ressources à ne pas dépasser et compte tenu de l'obligation alimentaire et de l'aide de fait qui entrent dans le calcul de ces plafonds.

Il est d'ailleurs regrettable — je tiens à le souligner en passant — que le législateur n'ait pas cru devoir fixer de règles générales pour la détermination de l'obligation alimentaire, laissant ce soin aux commissions d'aide sociale et au pouvoir judiciaire.

En réalité, l'autorité judiciaire n'intervient que rarement pour la fixation de l'obligation. Ni l'administration ni les intéressés n'y ont recours en raison des complications de la procédure. Ce sont les commissions d'aide sociale qui évaluent cette obligation et elles le font selon des critères qui sont extrêmement variables d'un département à l'autre.

Il apparaît donc indispensable qu'un texte intervienne pour unifier les modalités pratiques de l'obligation alimentaire en matière d'aide sociale, en étendant, par exemple, à ce domaine de l'aide sociale les dispositions de l'article 13 de la loi du 30 juin 1956 instituant le fonds national de solidarité, en ce qui concerne l'action contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire. Il y a là une lacune de notre législation que nous nous devons de combler à l'avenir. Pour l'immédiat, il semble nécessaire que le Gouvernement prenne toutes décisions utiles afin que cesse le maintien des allocations d'aide sociale et du plafond de ressources à des taux insuffisants par rapport à l'augmentation du coût de la vie et à celle de la production.

Les associations de malades et d'invalides demandent une revalorisation de 30 p. 100 de leurs allocations et une majoration de 50.000 francs du montant du plafond de ressources.

Il est impossible que le Gouvernement reste sourd à de si modestes exigences qui ne sont qu'une réaction de dignité humaine.

Lors de son voyage dans le Nord, M. le Président de la République déclarait à Cambrai : « Maintenant que nous avons établi une base solide, nous pouvons construire notre progrès social de manière qu'au fur et à mesure que la France gagne quelque chose tous ses enfants y gagnent aussi ».

Je me permettrai d'ajouter : « En commençant par les plus pauvres ».

Monsieur le ministre de la santé publique et de la population, c'est un beau titre que le vôtre. Voulez-vous qu'à ce titre soit ajouté celui de « ministre de l'espérance » et que vous soyez le ministre de l'espérance de ceux dont la voix ne se fait pas entendre, de ceux qui savent souffrir et mourir en silence, de tous ces malades enfin dont j'ai évoqué trop brièvement la situation ?

Ce serait grand pour le Gouvernement d'ajouter au titre « de la santé publique et de la population » celui « de l'espérance ». Ce serait grand aussi pour le Parlement. J'espère que c'est dans ce sens que, les uns et les autres, Gouvernement et Parlement, nous mènerons notre action.

Pour ma part, je voterai le budget car il est trop facile de rejeter un budget parce qu'il est insuffisant, tout en comptant sur d'autres pour le faire adopter quand même. (*Applaudissements.*)

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

M. Guy Ebrard. Monsieur le ministre, le 14 mai dernier, dans une atmosphère moins intime qu'aujourd'hui, à l'occasion du vote de la loi-programme sur l'équipement sanitaire et social, je vous avais demandé de nous faire connaître d'une manière précise les dispositions que comptait prendre votre département ministériel pour assurer la sécurité des personnes dans la zone de Lacq, étant donné les risques encourus par une population qui vit dans la zone des forages et dans la zone industrielle, à proximité des puits de pétrole et des usines à soufre.

Vous aviez bien voulu me répondre que l'extension de l'hôpital d'Orthez, ainsi que M. le rapporteur spécial nous l'a indiqué, était prévue et j'en avais pris acte avec plaisir, mais vous aviez laissé sans y répondre le problème des nuisances.

Je me permets aujourd'hui de vous rappeler solennellement que cinq à six mille personnes, hommes, femmes et enfants, vivent dans une zone où, au stade actuel de la production — 7 millions de mètres cubes de gaz par jour — 140 tonnes d'anhydride sulfureux sont rejetés dans l'atmosphère chaque jour et que, lorsque la production atteindra 20 millions de mètres cubes de gaz par jour, 400 tonnes d'anhydride sulfureux seront rejetés dans l'air qu'ils respirent.

Sans doute convient-il de rendre hommage au souci des précautions qu'a pu prendre la société productrice : installation de cheminées à grande hauteur, renforcement de l'automatisme pour améliorer le rendement de l'usine à soufre, études et recherches pour la récupération des gaz nocifs. Cependant, monsieur le ministre, vous n'ignorez pas qu'à plusieurs reprises, et dernièrement encore, les exploitations agricoles et la végétation ont été littéralement brûlées par le gaz sulfureux. Cela n'a fait sans doute que redoubler les vérifications, tant par vos services que par ceux de la S. N. P. A. ou par les missions des professeurs des facultés voisines.

Il est dit, et je veux le croire, que le seuil de toxicité n'est pas le même pour l'homme que pour la végétation. Mais, si rien n'est négligé pour porter remède dans l'avenir à un mal qui est reconnu par tout le monde, aucune mesure conservatoire n'est prise dans le présent. Il pourrait être grave que les études en

cours démontrent ultérieurement que les incidents, quoique limités, peuvent entraîner une intoxication chronique qui se révélerait à la longue. En la matière, la prudence commande.

Les petits incidents existent, et leur pathologie, c'est vrai, est restée jusqu'à présent sans lendemain. Samedi dernier, les enfants d'une école ont été incommodés par une nappe nocive que sans doute un plafond atmosphérique bas avait plaquée au sol. Les accidents, eux, existent aussi, mais par bonheur demeurent pour l'instant de portée limitée.

Je voudrais à ce propos vous signaler qu'en cas de grand sinistre les services officiels ne sont pas armés pour défendre la population.

Le plan O. R. S. E. C. applicable à Lacq n'a pas reçu un franc de crédit. Les seules dispositions de sécurité qui sont prises sont dues à l'ingéniosité de l'administration dont je n'exclus pas vos services, monsieur le ministre, à la vigilance de la S. N. P. A. pour son personnel, aux moyens qu'elle a bien voulu mettre à la disposition des services publics, à la solidarité des villes voisines qui ont aménagé chez elles des installations de secours avec leur propre matériel.

Il ne paraît pas concevable que, devant l'importance numérique des populations et l'intérêt national que présente cette production pétrolière, le Gouvernement n'ait pas doté de crédits suffisants les services locaux. Votre direction départementale n'a pas un seul appareil détecteur de gaz sulfureux, n'a pas le personnel suffisant pour faire face à sa besogne, n'a ni matériel ni voiture pour ses recherches.

Un comité départemental de la pollution atmosphérique, créé à notre demande, dispose de l'utilisation d'un matériel voisin, mais n'a pas de crédits de recherche.

Il n'y a pas longtemps que des masques à gaz ont été fournis, mais aucun crédit n'est prévu pour l'achat de cartouches filtrantes contre les gaz sulfureux — on croit rêver! — et c'est la société des pétroles qui, devant cette énormité et par mesure de dépaiement, en a fait l'avance partielle.

Il n'y a aucun matériel de réanimation au poste de secours prévu par les services officiels qui ne disposent, par ailleurs, d'aucune ambulance.

Je n'ignore pas, monsieur le ministre, que tous les problèmes que j'évoque ne ressortissent pas de votre département ministériel, mais vous conviendrez avec moi qu'il n'est pas possible d'éluider le problème en déplaçant les responsabilités.

J'invoque, pour la sécurité des personnes, la solidarité ministérielle dont on a parfois usé à moins bon escient.

Pour pallier ces difficultés, j'avais prié M. le Premier ministre de convoquer une commission interministérielle qui, une fois pour toutes, réunirait les représentants de tous les départements ministériels intéressés et résoudreait les problèmes posés. Présentée il y a huit mois, ma suggestion n'a pas encore été suivie de réalisation.

Je pense cependant que le problème se situe au sein du conseil de gouvernement, car l'administration fait sur place tout ce qu'elle peut pour faire face, à l'échelon local, à l'évolution d'un problème national, sans posséder l'organisation voulue ni les moyens suffisants.

Telles sont, monsieur le ministre, les préoccupations que je devais vous exposer. Vous pouvez y porter remède en faisant prévaloir, auprès de votre collègue des finances, une dotation budgétaire exceptionnelle en faveur de la santé publique, en venant au besoin sur place constater l'ampleur de l'effort à accomplir et en faisant entendre au conseil des ministres l'avertissement solennel que je me crois fondé à vous donner.

Si les recherches de vos services et de la S. N. P. A., aussi sérieuses les unes que les autres, démontrent que les risques d'intoxication chronique n'existent pas, alors, immédiatement et sans plus attendre, il vous appartient d'informer les conclusions des inspecteurs généraux des établissements classés qui ont imposé des mesures de sécurité, qui, dans l'état actuel du fonctionnement, ne sont pas respectées.

Si vous doutez quelque peu, et dans l'attente des conclusions définitives, il faut prendre les dispositions conservatoires qu'ils ont préconisées. Faute de quoi, il faut dire clairement et pour quelles raisons leurs conclusions sont par trop pessimistes, en ne laissant pas vivre plus longtemps des populations dans le doute, puisque les rapports officiels que je cite sont devenus, dans la zone de Lacq, du domaine public.

Il faut agir à brève échéance; je vous rappelle qu'il y a déjà trois ans que Lacq fonctionne avec une production sans cesse accrue. Nul ne sait ce que réservera demain le fonctionnement des usines de Péchiney, Aquitaine-Chimie et des autres sociétés industrielles en cours d'installation.

Les pouvoirs publics prennent une responsabilité écrasante. Si un accident devait se produire, on serait en droit de demander pourquoi avoir laissé vivre des villages entiers dans une zone que les études faites démontrent par elles-mêmes inquié-

tante? Pourquoi avoir laissé des enfants grandir dans une atmosphère dont on soupçonne aisément qu'elle est nocive? Pourquoi n'avoir pas évacué les populations dans un rayon d'au moins deux kilomètres des puits et de l'usine à soufre en établissant une zone de protection minimum?

En vous priant d'entendre cet appel et en confiant ce soin au tuteur de la santé publique, je veux placer, monsieur le ministre, le débat au plus haut de nos préoccupations, celles qui touchent la santé des personnes et n'atteignent pas leurs intérêts matériels.

J'aurai, quant à moi, fait mon devoir de parlementaire et de médecin; si par malheur, ce qu'à Dieu ne plaise! nos appréhensions devaient un jour devenir une réalité, je n'envie pas la conscience de ceux qui se seraient dérobés devant leurs responsabilités.

Si je viens à accepter de voter votre budget, je vous prie de ne pas y voir une preuve de ma faiblesse, mais un témoignage de mes espoirs et de ma confiance. (Applaudissements.)

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

M. André Burlot. Après l'excellent rapporteur spécial de la commission des finances, M. Bisson, et mon ami M. Rombeaut, j'attire votre attention, monsieur le ministre, sur le sort actuel des aveugles et des grands infirmes civils.

Certes, il y a quelques années, les dispositions de la loi Cordonnier ont amélioré leur sort. Mais l'aide qui leur est accordée n'est plus suffisante actuellement et il me paraît nécessaire de revoir ce problème.

Quelques exemples vous montreront la cruauté de la situation de ces aveugles et de ces grands infirmes civils. Je parlerai d'abord de ceux qui, ne travaillant pas, n'ont pas droit à la majoration spéciale pour tierce personne.

Avec quoi doivent-ils vivre? Ils perçoivent une allocation principale d'aide de 69.200 francs à laquelle s'ajoute l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité, qui s'élève à 38.000 francs. Ils touchent donc au total 8.933 francs par mois. Ces allocations — ainsi que vient de le dire M. Rombeaut — sont réduites si leurs revenus totaux dépassent dans l'année 135.200 francs. Et si des membres de leur famille leur viennent en aide, pour 10.000 francs par mois, par exemple, l'aide sociale ne leur servira que la différence entre le plafond de ressources, 135.200 francs, et les 120.000 francs reçus de leur famille. En fait ils ne toucheront que 15.200 francs.

Est-ce ainsi, messieurs les ministres, que l'on encouragera l'esprit de famille?

Si vous le voulez, examinons maintenant le cas d'un infirme bénéficiant de la majoration spéciale pour tierce personne. Celle-ci est de 253.884 francs par an. Elle n'est accordée qu'aux aveugles et aux grands infirmes ayant besoin de l'aide constante d'une tierce personne et j'insiste sur le mot « constante ». Mais il est de nombreux grands infirmes qui peuvent avoir besoin d'une aide partielle. Ne pourrait-on pas alors envisager une attribution en fonction de l'incapacité et selon les besoins qui en résultent pour l'infirmes lui-même?

Il est encore un troisième cas sur lequel je voudrais attirer votre attention, c'est celui des aveugles et des grands infirmes qui travaillent. Pour cette catégorie, le plafond des ressources n'est plus 135.200 francs mais 201.000 francs. Entrent en ligne de compte dans ce plafond, M. Rombeaut l'a dit, les ressources personnelles, le gain de leur travail, l'allocation principale d'aide sociale, l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité. N'entre pas en ligne de compte, l'allocation de compensation qui varie de 126.940 francs pour les infirmes à 80 p. 100, à 286.520 francs pour les aveugles et les grands infirmes ayant besoin de l'aide de la tierce personne.

Pour avoir droit à cette allocation, l'infirmes doit gagner moins de 72.400 francs par an, soit 6.033 francs par mois. Mais, ce qui importe, c'est que s'il perçoit un gain annuel de 100.800 francs ou 8.383 francs par mois, il se voit privé, dans l'ordre, d'abord des allocations d'aide sociale, ensuite de celles du fonds national de solidarité et enfin de l'allocation de compensation aux infirmes travailleurs.

Messieurs les ministres, trouvez-vous que cela soit juste? Moi, je dis non! Ce n'est pas un encouragement pour ceux qui, à force d'énergie et de volonté, font un effort pour se rendre, malgré leur très lourd handicap physique, encore utiles à la collectivité nationale.

Pour être plus précis, j'indique que l'infirmes qui, par son travail, réussit à gagner plus de 40.628 francs par mois ne reçoit plus aucune aide de la collectivité. Alors, vraiment, n'est-ce pas encourager la paresse?

Ne pourriez-vous, messieurs les ministres, en vous penchant sur les cas douloureux que je viens de vous exposer, obtenir de votre collègue des finances les crédits nécessaires pour corriger pareille situation?

Je passe maintenant au fonctionnement de la pharmacie en France.

On sait qu'il est interdit à un pharmacien de vendre un produit au-dessous d'un prix imposé, même s'il estime que son organisation commerciale moderne lui permettrait de le faire. S'il lui arrive de passer outre à cette règle, il est sévèrement sanctionné par vos services, monsieur le ministre, à la requête d'ailleurs du conseil de l'ordre.

Encore faudrait-il que cette règle, si vous estimez qu'elle sert la collectivité, ce qui pourrait peut-être être examiné, soit appliquée partout, je veux dire dans toute la France, dans tous les points de vente des produits pharmaceutiques. Or, vous savez qu'il existe des pharmacies dites mutualistes qui ristournent à leurs clients un pourcentage qui varie de 12 à 20 p. 100 du prix des produits. Vos inspecteurs, monsieur le ministre de la santé publique, puisqu'ils sanctionnent le pharmacien d'officine qui procède de même, ne pourraient-ils être aussi rigoureux à l'égard de ces organismes ?

D'ailleurs — c'est là un à-côté de la question, mais extrêmement important pour nos ressources — une telle pratique coûte fort cher à la collectivité, car elle pousse à la consommation. Si dans certaines caisses de sécurité sociale la charge de la pharmacie devient quasiment insupportable, c'est parce que, grâce à la ristourne en question, l'assuré social reçoit plus qu'il n'a effectivement déboursé.

Par exemple, pour un achat de cent francs, il reçoit au minimum quatre-vingts francs de la sécurité sociale et dans certains départements davantage ; il peut recevoir 15 p. 100 des quatre-vingts francs en question, soit douze francs, de sa caisse complémentaire mutualiste, et il reçoit ensuite de la pharmacie mutualiste une ristourne minima de 12 p. 100 sur le prix du produit, soit douze francs. Au total, il aura perçu cent quatre francs et aura ainsi réalisé un bénéfice de quatre francs.

A droite. C'est scandaleux !

M. André Burlot. Etonnez-vous après cela du déficit de la sécurité sociale et des abus dans la consommation des produits pharmaceutiques !

On me répondra qu'un arrêté du Conseil d'Etat du 10 octobre 1956 oblige les pharmacies mutualistes à inclure dans leur règlement un article empêchant l'assuré social mutualiste de toucher, par le jeu des cumuls, des prestations supérieures aux frais engagés. Mais vous savez bien, monsieur le ministre, et vos inspecteurs aussi, que si une telle clause figure dans le règlement elle n'est en fait jamais appliquée, parce que le contrôle est impossible.

En résumé, il est urgent et nécessaire soit d'interdire aux pharmacies mutualistes de consentir des ristournes comme le conseil de l'ordre l'interdit aux pharmaciens d'officines, soit de reviser les règlements de celles-ci et de leur permettre de consentir, quand elles le jugent possible, et pour concurrencer les pharmacies mutualistes, des ristournes analogues sur le prix des produits.

Vous ne devez pas, monsieur le ministre, vous désintéresser de ce problème, car, comme je l'ai indiqué, il intéresse l'ensemble de la collectivité française et également le ministre tuteur de la sécurité sociale. (Applaudissements.)

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

M. Robert Szigeti. Après avoir entendu le rapporteur, M. Bisson, j'ai éprouvé le besoin de venir vous soumettre deux problèmes.

Le premier est celui du prix de journée des hôpitaux.

On a parlé du prix de journée et de son contrôle. Il faudrait peut-être abandonner la notion du prix de journée bon marché. Les dépenses des hôpitaux ont augmenté, parce que les frais d'entretien, les traitements du personnel et les prix des produits de consommation ont augmenté.

Il existe deux catégories d'hôpitaux : ceux qui se développent peu ou mal, et ceux qui entreprennent des travaux, engageant ainsi des dépenses en capital. Ces dépenses se répercutent dans le prix de journée et celui-ci s'élève à mesure que l'hôpital se modernise.

Il faudrait donc tenir compte, plutôt que du prix de journée, du prix de la santé. Le budget de la santé devrait être comparé au budget de la nation, car on ne peut pas parler de budget cher si, par la diminution des temps d'hospitalisation, par le nombre des journées de travail récupérées, le bénéfice revient, en définitive, au budget général.

Voilà les quelques mots que je voulais dire à propos des prix de journée, car ceux qui en ont la responsabilité sont très inquiets de les voir, dans une très stricte économie, limitées dans leur augmentation.

Le second problème que je voudrais évoquer aussi rapidement devant vous est celui des vieillards. On ne fait à peu près rien pour les maisons de retraite. Or une solution économique de ce problème consisterait à maintenir le vieillard chez lui. J'ai eu personnellement à connaître de ce problème dans ma commune et dans mon département, au moment où il a été question de la destruction d'îlots insalubres. Il est un peu écœurant, en effet, de faire procéder à ces échanges de locaux triangulaires, quadrangulaires ou autres et de retirer le vieillard d'un taudis pour le loger dans un autre.

Nous avons donc décidé — et j'attire l'attention du Gouvernement sur cette décision — de prendre en charge, leur vie durant, la différence entre le loyer actuellement payé par les vieillards nécessiteux et le loyer d'un H. L. M. Il y aurait intérêt à généraliser cette dépense qui devrait être une dépense d'aide sociale, car l'expérience est faite que le vieillard chez lui, son loyer payé, son ménage et ses courses faits et les dépenses de santé assurées, coûte à peu près le tiers de ce que coûte le vieillard à l'hospice.

Il serait donc intéressant, non seulement de poursuivre la construction de maisons de retraite pour les vieillards, mais d'étudier plus à fond l'intégration totale dans l'aide sociale de l'aide au logement, de l'aide à la santé et de l'aide familiale aux vieillards. (Applaudissements.)

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

M. Henri Karcher. Mesdames, messieurs, je remercie tout d'abord mon collègue M. Fréville de ses paroles beaucoup trop élogieuses à mon égard. Il vous a expliqué les raisons pour lesquelles j'ai cru devoir me démettre des fonctions de rapporteur qui m'avaient été confiées par votre première commission.

Je n'ai pas cru, en effet, devoir défendre à cette tribune des conclusions qui ne sont pas les miennes.

Je ne reprendrai pas dans le détail les études qui ont été faites d'une façon très poussée par M. Bisson et par M. Fréville, pas plus que les remarques des précédents orateurs concernant les insuffisances de tel ou tel chapitre de ce budget, remarques auxquelles je m'associe d'ailleurs.

Sans reprendre point par point tous les chiffres qui ont été énumérés, je signalerai cependant que, comme l'a dit M. Bisson, s'il y a effectivement 126 milliards de francs actuels prévus, il n'existe en réalité que 8 milliards de francs pour les investissements en capital.

C'est donc, en réalité, ces 8 milliards affectés à des travaux nouveaux que nous devons considérer, puisqu'ils conditionnent l'édification de nouveaux hôpitaux ou la modernisation de ceux qui existent, donc la capacité de ces établissements et les soins que nous pourrions donner aux malades.

Pour ma part, je me suis attaché à comparer les réalisations prévues pour 1960 dans la loi de programme qui nous avait été soumise au mois de mai de cette année, et que nous avions votée, aux chiffres qui nous sont présentés dans les documents budgétaires. Les perspectives découlant de ce budget ne sont pas, à mon avis, très encourageantes. Cette loi de programme prévoyait des crédits que nous jugions déjà minimes, mais nous espérons que, grâce à un prompt démarrage et à des travaux poursuivis aussi rapidement que possible, nous arriverions dans les délais à effectuer les réalisations hospitalières contenues dans la loi de programme pour 1960.

Cette loi de programme, je le rappelle, était très inférieure au troisième plan qui avait été approuvé par le Gouvernement, et non par nous-mêmes à cause des circonstances. Ce troisième plan était déjà considéré par ses auteurs et par nous-mêmes comme un minimum. Or, la loi de programme est encore bien inférieure à ce plan, mais nous espérons que les réalisations prévues dans cette loi de programme seraient respectées. Nous avons, en effet, la garantie de M. le Premier ministre lui-même qui, dans une lettre adressée à M. le président Chaban-Delmas, et que celui-ci avait bien voulu diffuser auprès des parlementaires, précisait que le contenu de ces lois de programme, répondait à une nécessité indiscutable et devrait être réalisé en tout état de cause au cours de la période envisagée.

Au cours du débat qui s'était instauré à cette occasion, notre collègue M. Dreyfous-Ducas avait émis des réserves fort pertinentes sur la nécessité de ces lois de programme et avait souhaité qu'en tout état de cause elles constituassent un engagement formel du Gouvernement sur lequel nous n'aurions plus, en aucun cas, à revenir au cours de la discussion budgétaire.

Moi-même, à l'époque rapporteur pour avis de votre commission des affaires culturelles, familiales et sociales, j'avais vivement souhaité que les réalisations suivent enfin les autorisations de dépenses et que toute mesure soit prise d'urgence par vous, monsieur le ministre, pour que les travaux soient accomplis dans les délais.

En pratique, que voyons-nous ? Il faut nous poser cette question. La tranche du troisième plan contenue dans la loi de pro-

gramme sera-t-elle réalisée dans les délais ou non ? Y aura-t-il donc augmentation ou diminution de la capacité hospitalière ?

Je me permettrai de rappeler quelques chiffres, parce que je ne suis pas tout à fait d'accord avec l'interprétation que mon collègue et ami Bisson en a donnée. La loi de programme prévoyait de façon très précise des travaux à effectuer, répartis sur les années 1960, 1961 et 1962, et définissait très exactement les objectifs à atteindre et les travaux à entreprendre. Je vais donc comparer rapidement les chiffres inscrits pour l'année 1960, en francs actuels, dans la loi de programme, et constituant, bien entendu, la part de l'Etat, avec ceux qui figurent dans le présent projet de budget.

Pour 1960, en ce qui concerne les hôpitaux, il était prévu dans la loi de programme 3.650 millions, et dans le budget 240 millions ; pour la lutte contre le cancer, 530 millions dans la loi de programme, 53 dans le budget ; pour les hôpitaux psychiatriques, 2.350 millions dans la loi de programme, 150 dans le budget ; pour l'enfance inadaptée, 470 millions dans la loi de programme, 45 dans le budget ; pour l'école nationale et le laboratoire national, 700 millions dans la loi de programme, 30 millions dans le budget ; soit 7.700 millions prévus dans la loi de programme pour l'année 1960 contre 518 millions dans le budget.

Quant au complément, le document budgétaire précise qu'il sera assuré dans les années 1961, 1962, 1963 et au-delà. C'est dire que les hôpitaux et les services à construire ou à modifier ne seront terminés que bien après 1963. Donc, de toute évidence, les travaux prévus dans la loi de programme pour l'an prochain ne seront pas réalisés, et nos possibilités hospitalières, au lieu d'augmenter, se trouveront diminuées dans une proportion fort alarmante puisque l'expansion démographique ne fera qu'accroître encore la disproportion entre les besoins d'hospitalisation des malades et le nombre des lits mis à leur disposition.

Nous devons, en outre, considérer que ce budget compromet, aussi, gravement la réalisation des travaux rendus indispensables par l'ordonnance de décembre dernier portant réforme de l'hospitalisation et de l'enseignement médical.

En effet, c'est précisément au moment où le service à plein temps est appliqué à l'élite du corps médical constitué par les chirurgiens, les médecins et les spécialistes des hôpitaux, que les crédits accordés ne permettent pas la transformation des établissements dans lesquels ils auront à travailler et qui devront mettre à leurs dispositions, par conséquent, l'instrument de travail indispensable pour préserver la santé de la population française.

Au cours de 1960, deux hôpitaux, Saint-Antoine et Cochin, devront être transformés dans ce but ainsi que dans celui de dispenser l'enseignement médical selon les modalités prévues par l'ordonnance que je viens de citer. Or, les crédits inscrits dans le budget démontrent à l'évidence que ces hôpitaux ne seront pas adaptés l'année prochaine. Comme ils ne seront pas les seuls à devoir être aménagés dans ce dessein, nous imaginons les délais qui seront nécessaires pour disposer d'hôpitaux-facultés transformés conformément à l'ordonnance prise par le Gouvernement, au mois de décembre dernier.

Les délais d'exécution des travaux nous alarment donc, monsieur le ministre. Si nous considérons d'autres départements ministériels — j'ai déjà eu l'occasion de m'en entretenir avec vous — nous pouvons constater que certains projets du ministère de l'éducation nationale, en particulier la construction d'écoles, sont décidés, mis en chantier et réalisés dans le délai de sept à huit mois, ce qui n'est malheureusement pas le cas pour ce qui nous concerne.

Je sais bien que les crédits dont disposent l'un et l'autre département ne sont pas les mêmes et, que M. le ministre de l'éducation nationale finance à 80 p. 100 ses opérations tandis que, pour la santé publique, il n'en est pas de même. Je sais bien que ce sont les collectivités locales qui sont maîtres d'œuvre, qu'il faut faire un avant-projet, puis un projet définitif soumis à l'approbation du ministre. Ensuite vient le choix de l'architecte, puis la soumission des entreprises, de sorte que, d'après ce que m'ont signalé vos propres services, il s'écoule un délai d'un an avant que l'on ne commence à mettre réellement en chantier les grands travaux envisagés.

Il est bien évident que ce délai est beaucoup trop long, et on se demande si vraiment la loi de programme, comme le disait M. Dreyfous-Ducas, s'adapte bien au cas de votre département.

Si l'on admet que les délais d'édification des écoles sont diminués du fait que le ministère de l'éducation nationale dispose de crédits suffisants — et non pas le ministère de la santé publique — il faut absolument que nous nous battons avec vous, monsieur le ministre, pour obtenir des crédits plus importants et que nous ayons enfin — car c'est indispensable à notre pays — un grand ministère de la santé publique, qui n'a jamais existé jusqu'à présent, ce qui est à vrai dire, scandaleux. (Applaudissements.)

C'est la santé de la population française qui est en cause. Il ne suffit pas d'émettre à cette tribune des vœux sans efficacité. Il faut prendre parti pour ou contre.

Quelle que soit la sympathie que j'éprouve pour les efforts que vous déployez sans cesse, dans des conditions extrêmement difficiles, monsieur le ministre, je ne puis, étant donné ce que j'ai exposé, approuver votre budget.

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

M. Edouard Charret. Mes chers collègues, mon intervention sera extrêmement brève et rejoindra celles de nombreux collègues, en particulier celles de M. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, et de M. Burlot, qui avec beaucoup de talent, ont évoqué la situation des aveugles et des grands infirmes.

Je ne répéterai pas ce qui a déjà été dit, je ne renouvellerai pas les prières qui ont été adressées à M. le ministre de la santé publique. Mais je me permets d'adresser ces mêmes prières et ce même appel à M. le secrétaire d'Etat aux finances puisque c'est lui qui tient les cordons de la bourse. Je sais qu'il est difficile de les desserrer, mais étant donné que M. le ministre de la santé publique est parfaitement d'accord avec toutes les thèses qui ont été exposées à ce sujet, j'en déduis que maintenant ce n'est plus qu'une question de gros sous.

Monsieur le secrétaire d'Etat, je vous demande de tout mettre en œuvre lorsque M. le ministre de la santé publique sollicitera des crédits, pour lui donner satisfaction étant donné l'intérêt que présente la situation précaire de ces déshérités de la vie. (Applaudissements.)

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

M. Augustin Chauvet. Mesdames, messieurs, mon intervention, qui sera brève, s'inspire de préoccupations analogues à celles qu'ont développées M. Rombeaut et M. Burlot.

A diverses reprises, au cours de la dernière législature, j'ai demandé, avec M. Frédéric-Dupont et Mme Francine Lefebvre, le relèvement et l'unification des plafonds de ressources prévus pour l'attribution des diverses formes d'aide sociale.

Le décret du 7 janvier 1959 nous a donné un commencement de satisfaction en portant de 120.000 à 135.200 francs le plafond de ressources prévu pour l'attribution de la carte d'économiquement faible. Ce plafond se trouve désormais aligné sur celui retenu en matière d'aide aux aveugles et aux grands infirmes.

Le même texte a porté de 81.600 à 86.400, et même à 93.200 francs, en tenant compte du supplément d'allocation du fonds national de solidarité, le plafond de ressources prévu pour les personnes âgées et infirmes. Il n'en reste pas moins que ces vieillards, ces infirmes ne disposent pas même de 8.000 francs par mois pour vivre, ce qui est cruellement insuffisant.

Aussi, je me permets de vous demander, monsieur le ministre, si, compte tenu de la détresse des vieux, il ne vous serait pas possible de relever encore une fois ce plafond en l'alignant à 135.200 francs, sur le plafond de ressources pris en considération pour l'attribution de la carte d'économiquement faible. (Applaudissements.)

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

M. Jean-Robert Debray. Messieurs les ministres, mes chers collègues, je voudrais, au terme de ce débat présenter deux sortes d'observations, les unes générales, les autres particulières concernant les problèmes posés à l'Assistance publique de Paris.

En ce qui concerne les observations générales, vous avez sans doute remarqué, ce matin, la diversité des questions qui ont été posées et vous envisagez certainement les difficultés dans lesquelles le ministre de la santé publique se trouvera pour répondre à certaines d'entre elles.

On a parlé du prix de journée, du prix des médicaments, M. Burlot a posé le problème de l'exercice de la pharmacie mutualiste. Il est bien certain que ces questions illustrent le fait que le ministère de la santé se trouve, en quelque sorte, à un carrefour et qu'il n'est pas maître de toutes les décisions sur lesquelles vous avez attiré son attention. Ces problèmes relèvent, pour une très grande part, de M. le ministre du travail, dont l'avis nous serait également utile en matière de coût de l'hospitalisation.

Nous regrettons donc son absence aujourd'hui. L'innovation aurait été heureuse si l'étude du budget de la santé publique avait permis de réunir côte à côte M. le ministre de la santé publique et M. le ministre du travail.

Leur présence simultanée aurait permis des discussions plus poussées et aurait confirmé l'esprit de collaboration qui existe certainement entre les deux départements ministériels.

Les difficultés pour M. le ministre de la santé publique se doublent du fait que nous sommes en pleine période de réformes. Tout est réforme : réforme hospitalière, réforme des études

médicales, réforme de la législation pharmaceutique. De tout cela nous entendons parler depuis dix-huit mois et il est certain que l'on peut s'inquiéter de voir les délais d'application de ces réformes se prolonger.

Nous allons certainement assister à des conclusions dans les prochains mois et je pense que les débats ultérieurs concernant la santé publique seront plus riches et reposeront sur un plus grand nombre d'informations précises.

Autre exemple : la réforme de la législation pharmaceutique a pour objet, notamment, d'accélérer la cadence de production des médicaments. Jusqu'à présent, nous avons plutôt constaté un certain ralentissement. Mais c'est là le fait des mesures de transition.

Ainsi, le ministère de la santé publique se trouve dans une période difficile, d'une part parce qu'il doit mettre en œuvre un certain nombre de réformes, d'autre part — j'insiste sur ce point — parce qu'il doit articuler son action avec celle d'autres départements ministériels, notamment avec celle du ministère du travail.

On a parlé tout à l'heure de l'hospitalisation publique. Comment ne pas évoquer alors, à propos du budget de la santé publique, les problèmes qui découlent de l'existence de 91.700 lits conventionnés par la sécurité sociale ? Ces 91.700 lits sont répartis en vingt-quatre rubriques qui vont de la psychiatrie à la colonie de vacances sanitaire et comprennent, en particulier, 13.000 lits environ de chirurgie.

Sur la base très approximative de 3.000 francs en moyenne par jour et par lit, il s'agit donc d'un « budget » d'une centaine de milliards par an. C'est là une somme considérable. Pourtant, nous ne pourrions pas traiter de ce problème parce que nous n'examinons pas aujourd'hui le budget du ministère du travail.

Une telle situation appellera, nous en sommes persuadés, des réformes de structures. Il n'est pas possible, en effet, de continuer à explorer les problèmes de la santé publique en se limitant à l'action — pourtant déjà si importante — de ce seul département ministériel.

Je présenterai maintenant quelques observations touchant l'Assistance publique de Paris.

La population a pris connaissance ces derniers mois des difficultés dans lesquelles se débat l'Assistance publique de Paris. Des visites d'hôpitaux ont été organisées ; elles ont été assez suivies ; des relations de ces visites ont paru dans la presse ; des tableaux assez sombres ont été dessinés. Il ne faut pas masquer les points d'ombre.

Il est vrai, comme on l'a dit ce matin, qu'il manque des infirmières ; il est vrai aussi que ces infirmières ne sont pas justement rémunérées ; il est vrai encore qu'il y a de nombreux services — la grande majorité — sont insuffisamment équipés. La salle commune reste, hélas, la règle habituelle de l'Assistance publique.

A cet égard, des personnalités autorisées ont récemment fait des déclarations particulièrement graves. Au moment solennel que constitue la leçon inaugurale d'un nouveau professeur à la faculté de Paris, il est tenu des propos qui ont d'autant plus d'importance qu'ils émanent de personnes informées, lesquelles eussent devoir utiliser ce qu'elles appellent « l'heure de la vérité » pour formuler des observations et des critiques.

C'est ainsi que la leçon inaugurale de M. le professeur Milliez, il y a une dizaine de jours, a beaucoup ému les milieux médicaux. Cette leçon a d'ailleurs dépassé le cadre professionnel car elle a été reproduite, dans ses principaux passages, par de grands journaux quotidiens. On y a traité avec une extrême sévérité de la façon dont les malades étaient soignés dans nos hôpitaux, on a même parlé de la mort « inhumaine » à l'hôpital.

Après ces déclarations, il est très souhaitable que la population puisse, à l'occasion de la discussion du budget qui nous est soumis aujourd'hui, être rassurée sur l'avenir, notamment quant à la rapidité avec laquelle les améliorations indispensables seront apportées aux services hospitaliers de la capitale.

Il y a quelques instants, M. Karcher expliquait qu'il n'avait pas cru devoir présenter lui-même le rapport. Il nous a dit qu'il ne l'approuvait pas. Je suis persuadé que ce qui domine la pensée critique de M. Karcher, c'est la notion du temps, du temps trop long, qui s'écoulera avant que n'interviennent les nécessaires réformes.

Nous sommes nombreux ici à connaître les efforts que font, rue de Tilsit, les services du ministère de la santé publique. Nous savons le travail qu'accomplit le ministre assisté de ses équipes. Mais nous savons aussi l'extrême importance des difficultés administratives qui doivent être surmontées.

Je sais, monsieur le ministre, que vous voulez maîtriser ces difficultés et que vous avez ordonné des enquêtes. A ce sujet, et en ce qui concerne la très vaste administration de l'Assistance publique de Paris, il serait bon que vous nous disiez aujourd'hui quels pourront être les résultats de l'enquête que vous avez vous-même voulue dès votre arrivée au département ministériel de la santé publique.

Cette enquête, qu'ont menée des représentants de ces grands corps que sont l'inspection des finances, la cour des comptes et l'inspection de la santé, doit aboutir à des conclusions qui, elles-mêmes devraient rapidement se traduire en actes. A cet égard, je suis persuadé que vous trouverez, au sein de l'Assemblée, notamment au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, devant laquelle vous voulez bien venir souvent nous expliquer vos difficultés, l'appui dont vous avez besoin pour triompher de celles qui restent à surmonter et qui ne sont pas uniquement — je le sais — des difficultés d'argent.

Au cours de la semaine de visite des hôpitaux parisiens, on a surtout mis l'accent sur le manque de crédits. Le volume des crédits a, certes, son importance, mais il est bien d'autres facteurs, comme les réformes administratives, l'utilisation et la coordination des différents budgets. Nous n'insisterons jamais assez sur la nécessité de cette coordination.

Soulignons à ce sujet que les chiffres que nous avons évoqués ce matin restent très inférieurs, extraordinairement inférieurs, à ceux qui seront en cause lorsque nous examinerons le budget de la sécurité sociale, puisque, au seul titre de l'assurance maladie, il s'agit d'un montant annuel de près de neuf cents milliards de francs !

Concluons en vous disant, monsieur le ministre, que vous trouverez au sein de l'Assemblée les appuis auxquels nous souhaitons de tout cœur que vous vouliez bien faire appel. Ils vous aideront à résoudre des difficultés qu'il serait dangereux de sous-estimer et qui tiennent avant tout, nous en sommes sûrs, à la structure et à la conception même du département de la santé publique. (Applaudissements.)

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

M. Raymond Hanin. Monsieur le ministre, la question que je désire vous poser se situerait vraisemblablement mieux dans le cadre de la réforme hospitalière que dans celui du budget actuellement en discussion. Je crains, en effet, qu'elle n'ait une incidence financière et c'est pourquoi je m'excuse, dans ce cas, de vous la poser.

J'attire donc votre attention, comme je l'ai fait il y a quarante-huit heures au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sur l'urgence du reclassement des hôpitaux des petits centres. Le fonctionnement du service de médecine de ces hôpitaux est souvent gravement entravé par la rigueur de la réglementation actuelle.

En effet, en l'état actuel des choses, seul le médecin de ces hôpitaux — ou son suppléant désigné — peut suivre les malades qui y ont été admis, qu'ils y aient été dirigés par lui-même ou par l'un quelconque de ses collègues de la même région. Il s'ensuit une diminution certaine de rentabilité du service de médecine, certains médecins préférant — ce qui paraît normal — continuer de suivre leurs propres malades à domicile plutôt que de les diriger vers le centre hospitalier. D'autre part, les conséquences sont graves quant à la sécurité même du malade dont l'hospitalisation se révèle indispensable et qui, du fait de la réglementation actuelle, se trouve brusquement séparé de son médecin consultant habituel, lequel le suit souvent depuis plusieurs années et connaît donc parfaitement son cas. Souvent même, le patient se trouve entièrement dépourvu de soins, le médecin-chef de l'hôpital ou son suppléant éventuel étant absents ou accaparés par les consultations habituelles.

Je sais, monsieur le ministre, qu'un décret doit prochainement intervenir, en vue de reclasser les hôpitaux des petits centres et de permettre l'accès de tous les médecins dans les centres hospitaliers. Je vous demande avec insistance de vouloir bien hâter la parution de ce décret dont l'application améliorera incontestablement le fonctionnement et la rentabilité du service de médecine des petits centres, pour le plus grand bien de tous. (Applaudissements.)

M. le président. La parole est à M. Pierre Bourgeois.

M. Pierre Bourgeois. Mes chers collègues, je me bornerai à deux remarques.

En premier lieu, le groupe socialiste a décidé — je l'indique en son nom — de ne pas traiter cet important sujet au fond. En effet, le rapport ayant été distribué le 12 novembre, il est vraiment impossible, dans ces conditions, de présenter des observations valables. M. le rapporteur le regrette sans doute comme moi. Quant à nous, je le renouvelle, nous ne pouvons pas discuter dans ces conditions et nous ne le faisons pas.

En second lieu, au moment de l'examen de la prétendue loi de programme, nous avons présenté nos observations et je n'ai pas envie de répéter aujourd'hui ce que j'ai dit alors, au nom du groupe socialiste.

Ce que nous savons — M. le ministre de la santé publique et de la population le sait comme nous — c'est que les crédits qui

nous sont proposés ne permettront pas de sortir de la triste situation où nous nous trouvons. Plus le temps passera, plus la situation ira s'aggravant.

Lorsque j'ai présenté des observations sur la loi de programme, monsieur le ministre, vous m'avez dit que mon exposé vous avait fait rêver. Vous n'avez pas fini de rêver. Je vous donne rendez-vous l'année prochaine, dans deux ans et dans trois ans. Nous reparlerons de toutes les insuffisances.

Ce qui me paraît désagréable, c'est la publicité, la propagande qui sont faites dans la grande presse avec la bénédiction du ministère de la santé publique. On attire l'attention sur les merveilleuses réalisations qui ont été accomplies. Vraiment, il ne faut pas dépasser les bornes !

J'indique donc tout de suite, contrairement à certains de nos collègues comme M. Rombeaut — je me rallie à ses déclarations, mais je conclus d'une façon différente, persuadé d'être plus logique que lui — que le groupe socialiste votera contre le projet de budget du ministère de la santé publique. (Applaudissements à l'extrême gauche.)

M. le président. La parole est à M. Coste-Floret.

M. Paul Coste-Floret. Monsieur le ministre, au cours d'un récent voyage à Montpellier, vous avez étudié sur place le problème de l'installation, dans le chef-lieu du département de l'Hérault, du laboratoire national de la santé. Vous avez visité les magnifiques locaux de laboratoire que va abandonner la faculté de pharmacie et vous avez bien voulu déclarer que cette question serait mise à l'étude et faire part de votre impression favorable aux parlementaires du département.

Je vous pose donc simplement une question : où en est ce projet ? Est-ce que la décision va être prise ?

Nous souhaitons qu'elle le soit. Non seulement elle serait utile à notre région, mais elle constituerait la préface de la mise en œuvre d'un vaste plan de décentralisation des industries pharmaceutiques, devenu chaque jour plus nécessaire, plan que j'avais mis au point en 1954 au ministère de la santé et que, plus heureux que moi, grâce à la stabilité ministérielle dont nous sommes maintenant dotés, vous allez certainement — j'attends votre réponse — pouvoir appliquer rapidement. (Applaudissements au centre gauche.)

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

M. Bernard Chenot, ministre de la santé publique et de la population. Mesdames, messieurs, malgré le temps assez bref dont je dispose pour répondre à vos questions, je manquerais à tous mes devoirs si, dès l'abord, je ne remerciais pas chaleureusement vos rapporteurs qui, ayant exposé avec tant de clarté et de précision le budget de la santé publique, me dispensent de vous fournir des explications trop longues.

Je remercie donc M. Bisson et, tout particulièrement, M. Fréville qui s'est chargé, à la dernière minute, du rapport pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Comme l'ont déclaré MM. les rapporteurs, le budget de la santé publique est celui d'un ministère pour lequel les ordonnances de 1958 et de 1959 ont posé les grandes lignes de réformes profondes. Le budget de 1960 commence seulement à refléter ces réformes et les textes d'application concernant les principales d'entre elles — réforme des études médicales et réforme du régime des produits pharmaceutiques — sont encore en cours d'élaboration. Les investissements qui doivent suivre l'application de ces réformes n'en sont qu'à leur début.

Ce budget se présente donc comme un budget de transition, comme l'amorce d'une construction à longue échéance dont des circonstances financières favorables nous permettent, je le souhaite, de hâter la réalisation. Les crédits présentés sont modestes encore mais, je l'espère, efficaces puisque employés dans le cadre d'une politique de stabilité monétaire.

Mais avant d'aborder les questions particulières il est nécessaire, pour répondre à M. Karcher, d'apporter quelques précisions de manière à dissiper tout malentendu.

La loi de programme — j'ai eu l'occasion de l'évoquer à cette même tribune — correspond à l'hypothèse du troisième plan tel que l'avait approuvé le Gouvernement, puisque ce plan prévoyait une dépense de 120 milliards en quatre ans, dont 46 milliards à la charge de l'Etat. Le budget qui vous est présenté couvre, conformément aux engagements pris par le Gouvernement, 10 milliards de dépenses d'investissement pour l'année 1960.

Je pense que les budgets des années 1961, 1962 et 1963 comporteront la moyenne annuelle de 12 milliards de crédits d'investissement qui correspondent au total de 46 milliards de dépenses d'Etat prévu par le troisième plan. Il est vrai que ce troisième plan est un minimum, nous en sommes bien d'accord avec tous les orateurs.

Les autres observations de M. Karcher visent la lenteur dans l'emploi des crédits, dans le démarrage des travaux. Là encore, il faut nous mettre en garde contre une confusion entre les crédits d'engagement et les crédits de paiement, entre les travaux dont l'Etat est le maître d'œuvre et ceux qu'il subventionne au fur et à mesure de leur exécution.

Notre budget comporte essentiellement, au titre des travaux hospitaliers, des crédits de subventions aux collectivités locales qui sont les maîtres d'œuvre, et ce n'est qu'au fur et à mesure que les travaux sont exécutés que les subventions sont payées. Il est donc normal qu'il y ait, à la fois, des reports de crédits de paiement correspondant à des travaux commencés au cours d'exercices antérieurs et un décalage entre le montant des crédits de paiement prévus pour 1960 et le montant des crédits d'engagement prévus dans la loi de programme au titre de cette même année.

En tout cas, je peux rassurer l'Assemblée sur un point : tous les crédits de subvention d'équipement aux établissements hospitaliers dont nous pouvions disposer pour 1959 ont été engagés. En ce qui concerne la première année d'application de la loi de programme qui va s'ouvrir avec 1960, il n'est évidemment pas question d'utiliser les crédits avant que le Parlement les ait votés. Ces crédits sont ouverts par le vote de la loi de finances et non par la loi de programme ; mais d'ores et déjà, les services ministériels ont étudié de nombreux projets hospitaliers figurant dans cette dernière loi, projets qui pourront être mis en adjudication par les collectivités locales aussitôt que le Parlement aura voté le budget de 1960.

Quittant maintenant les questions générales, je veux d'abord, sur le point particulier des dépenses de personnel, rassurer M. Fréville : les nouvelles mesures prévues pour les bureaux municipaux d'hygiène, en application d'une décision du conseil d'Etat, ne porteront aucun préjudice au personnel actuellement employé dans ces bureaux. Les médecins qui y ont été régulièrement nommés conserveront leurs postes et leurs rémunérations.

En ce qui concerne le personnel hospitalier, M. Niles a rappelé une situation qui nous préoccupe, mais les crédits destinés à la rémunération de ce personnel ne sont pas budgétaires, puisque ces dépenses sont imputées sur le prix de journée des établissements.

Nous avons entrepris le plus grand effort pour élargir le recrutement des infirmières, notamment par des dispositions de promotion sociale qui permettent à des personnes non diplômées travaillant dans les hôpitaux de suivre des cours en vue de leur accession au diplôme d'état d'infirmière. (Très bien ! très bien !) De plus, comme le budget l'esquisse d'ailleurs, nous développerons et encouragerons les écoles d'infirmières.

Il est un autre chapitre dont ont parlé M. Fréville et M. Ebrard, ce dernier préoccupé par la situation à Lacq : le montant des crédits de protection civile. Je rappelle, après M. le rapporteur, que ces crédits sont sous-répartis par le ministère des armées et partagés entre plusieurs ministères, dont ceux de l'intérieur et de la santé publique.

En ce qui concerne la situation à Lacq, je comprends parfaitement les inquiétudes exprimées par M. Ebrard et il convient d'étudier attentivement la situation sanitaire de cette région. Jusqu'à présent, il a été noté des irritations chroniques, mais aucun épisode aigu n'a été signalé. Une enquête a été menée sur place par un spécialiste de la faculté de Paris et les mesures qui ont été effectuées ne révèlent pas, jusqu'à présent, des taux de toxicité supérieurs aux maxima tolérables ou même qui en approchent, puisqu'on a noté deux parties par million d'anhydride sulfureux et 0,9 partie par million d'hydrogène sulfuré, alors que les maxima tolérables sont fixés à 10 parties par million, soit 25 milligrammes par mètre cube. Cependant, il convient d'être extrêmement réservé sur les suites et sur les perspectives sanitaires qu'ouvrira la mise en service complète des installations de Lacq. C'est un problème que nous devons examiner en accord avec M. le ministre de l'industrie.

Diverses mesures pourront être envisagées : la création d'une zone de non *edificandi*, par exemple, ou encore l'obligation d'installer des appareils dont certains semblent avoir fait leurs preuves à la suite d'une récente expérience. Les premiers essais d'une cellule-pilote installée pour l'une des cheminées de Lacq paraissent se révéler satisfaisants, puisque 90 p. 100 de l'anhydride sulfureux pourraient être ainsi récupérés et transformés en sulfate d'ammoniaque. De toute façon, je peux assurer M. Ebrard que nous irons au besoin étudier sur place ce problème, qui ne sera absolument pas perdu de vue, ni par le ministère de l'industrie ni par celui de la santé publique, dont c'est le rôle, en effet, de veiller à la protection des populations.

Dans le domaine de l'aide sociale, de nombreuses observations ont été présentées, concernant, notamment, les grands infirmes et les vieillards, par M. Charret, M. Rombeaut, M. Buriot, M. Szigeti.

Le budget de 1960 consacre assurément une augmentation des dépenses d'aide sociale et une amélioration légère, mais certaine, de la situation faite aux vieillards et aux grands infirmes. L'aide sociale, dans son ensemble, appelle certainement des réformes profondes que j'ai mises à l'étude. Dans quel sens ces réformes doivent-elles être orientées ? En accord avec les orateurs qui se sont succédés à cette tribune, j'estime qu'il faut développer au maximum l'aide et les soins à domicile, de façon à limiter les dépenses d'hospitalisation et à permettre au malade ou au vieillard de rester chez lui dans tous les cas où cela est conciliable avec son état.

C'est dans ce sens aussi que les services du ministère de la santé publique étudient en ce moment même, avec les ministères de la construction et du travail, une réforme de l'allocation-logement qui pourrait permettre de résoudre ce difficile problème du déménagement des vieillards et de leur réinstallation dans des locaux mieux adaptés à leurs besoins, l'allocation-logement permettant de prendre en charge la part de loyer que le budget de l'intéressé ne lui permet pas d'assumer.

Pour les grands infirmes, on ne peut envisager d'accorder l'allocation sans que les ressources soient prises en considération ; mais il serait souhaitable d'élaborer un système selon lequel les ressources provenant du travail des grands infirmes ne seraient comptées que pour moitié. La collectivité en bénéficierait, puisque les grands infirmes étant encouragés à travailler, leur apport productif s'inscrirait à son bilan.

M. Burlot a posé le problème des pharmacies mutualistes.

Il est certain qu'en l'état actuel du droit les pharmaciens d'officine sont astreints à respecter un tarif légal sans pouvoir consentir de ristourne à leurs clients. Ce n'est d'ailleurs pas le ministère de la santé publique, mais l'Ordre des pharmaciens qui sanctionne les infractions à cette règle.

Pour les pharmacies mutualistes, la situation est différente, car, dans l'état actuel du droit, la pharmacie mutualiste est considérée comme une société qui ne fait pas de vente publique, et l'acte par lequel elle livre un produit à ses adhérents reste purement intérieur à la société. C'est tout le problème de la mutualité qui est en cause. Il intéresse directement et principalement le ministre du travail. (*Très bien ! très bien !*)

Je vous dirai cependant ce que j'en pense. Il est difficile et même impossible d'empêcher des citoyens de se grouper pour couvrir, par leurs cotisations, les dépenses afférentes à la maladie.

Toute autre est la question de savoir s'il est licite de permettre à un mutualiste de recevoir plus qu'il n'a déboursé. Dans une décision récente le conseil d'Etat a déclaré cette pratique illicite.

C'est encore une autre question, que de savoir par quels moyens peut être rétablie une sorte d'égalité, conforme à l'équité, entre la pharmacie mutualiste et la pharmacie non mutualiste. Cette égalité n'est possible que par deux voies : ou bien, solution difficile, en autorisant les pharmaciens d'officine à pratiquer des prix inférieurs à l'égard des mutualistes, par conséquent en modifiant la règle légale actuelle, ou bien encore en veillant strictement à ce que, dans le cadre de la pharmacie mutualiste, le mutualiste jouisse bien intégralement du bénéfice de ses cotisations, mais n'en tire pas de bénéfices. Cela supposerait, par exemple, la limitation des remboursements de la sécurité sociale à la pharmacie mutualiste par le calcul de ces remboursements sur le prix effectif du médicament et non sur le prix public qui n'a pas de sens dans le domaine de la mutualité. Bien entendu il ne s'agit là que d'une esquisse de solution d'un problème extrêmement difficile à résoudre et qui, je le répète, ne peut être étudié qu'en accord avec le ministère du travail.

M. Hanin a évoqué la question des hôpitaux ruraux. Le décret d'application est en cours d'élaboration. Le Gouvernement attache une très grande importance à la mise en œuvre rapide de la réforme des hôpitaux ruraux, réforme qui doit permettre au médecin de campagne de suivre son malade à l'hôpital, où il sera soigné dans de bonnes conditions pour son plus grand profit et pour celui de la collectivité.

Je peux assurer M. Hanin que le ministère de la santé publique mettra tout en œuvre pour que l'institution des hôpitaux ruraux devienne en 1960 une réalité.

A. M. Coste-Floret qui n'a posé la question particulière de l'implantation du laboratoire de la santé, c'est bien volontiers que je fais part de mes réflexions à la suite de mon voyage à Montpellier.

Il est certain que le laboratoire, qui est un prolongement d'un service de l'administration centrale, devra garder une tête administrative à Paris.

Il est non moins certain que de nombreux services du laboratoire peuvent fonctionner sur divers points du territoire ; certains d'ailleurs y fonctionnent déjà.

L'installation d'un centre de contrôle de la fabrication des médicaments, d'un centre de recherches pharmaceutiques et d'un centre de contrôle des aliments peut être envisagée à Montpellier.

Enfin, M. Debray a évoqué à la fois l'insuffisance des crédits et, en termes extrêmement chaleureux et amicaux, les efforts que nous faisons pour les utiliser au maximum.

Je lui répondrai, en même temps qu'à M. Pierre Bourgeois, que, lors de la discussion de la loi de programme, j'ai convenu — et j'en conviens encore aujourd'hui, d'accord avec tous les orateurs — que si nos crédits correspondent à une politique financière raisonnable sans laquelle il n'y a que des gestes vains et il n'y a pas d'investissements féconds, ces crédits sont encore loin de correspondre aux besoins.

En ce qui concerne l'Assistance publique de Paris, il convient de ne pas dépasser non plus les bornes du pessimisme. Il y a beaucoup à faire dans les hôpitaux parisiens, mais ceux-ci disposent d'ores et déjà et disposeront dans le cadre de la loi de programme d'installations qui font l'admiration du monde entier. Les hôpitaux parisiens, dans lesquels le personnel médical et le personnel hospitalier dépendent des trésors de science et de dévouement, attirent de la France entière et de l'étranger des malades qui viennent s'y faire soigner. Il n'y a donc pas lieu d'avoir honte de l'Assistance publique de Paris, ni de nos hôpitaux et de notre personnel hospitalier en général. (*Applaudissements.*)

En conclusion, je vous présente, mesdames, messieurs, un budget encore modeste, un budget de transition, mais qui est orienté vers une construction de longue haleine, vers l'édition d'un régime nouveau, plus efficace, plus protecteur. Tel qu'il est, l'Assemblée nationale fera un geste positif et constructif en l'approuvant. (*Applaudissements.*)

M. Emile-Pierre Halbout. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Halbout pour répondre au Gouvernement.

M. Emile-Pierre Halbout. Monsieur le ministre, le chapitre de la protection sanitaire de la population civile en cas de conflit n'est doté d'aucune autorisation de programme.

C'est cependant votre ministère qui a la charge d'organiser les soins à donner aux victimes civiles. Je vous demande donc, monsieur le ministre, en application de l'article 15 de l'ordonnance du 7 janvier 1959 portant organisation générale de la défense, d'adresser, avant le 1^{er} mai 1960, à M. le Premier ministre, pour la gestion de 1961, les plans concernant votre action dans ce domaine et de tout faire pour obtenir les crédits indispensables.

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

Je mets aux voix le titre III de l'état F concernant le ministère de la santé publique et de la population, au chiffre de 7 millions 133.942 NF.

(Le titre III de l'état F, mis aux voix, est adopté.)

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

Je mets aux voix le titre IV de l'état F concernant le ministère de la santé publique et de la population, au chiffre de 2 millions 146.988 NF.

(Le titre IV de l'état F, mis aux voix, est adopté.)

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

Je mets aux voix, pour le titre V de l'état G concernant le ministère de la santé publique et de la population, l'autorisation de programme au chiffre de 10.150.000 NF.

(L'autorisation de programme, mise aux voix, est adoptée.)

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

Je mets aux voix pour le titre V de l'état G concernant le ministère de la santé publique et de la population, le crédit de paiement au chiffre de 660.000 NF.

(Le crédit de paiement, mis aux voix, est adopté.)

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

Je mets aux voix, pour le titre VI de l'état G concernant le ministère de la santé publique et de la population, l'autorisation de programme au chiffre de 89.850.000 NF.

(L'autorisation de programme, mise aux voix, est adoptée.)

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

Je mets aux voix, pour le titre VI de l'état G concernant le ministère de la santé publique et de la population, le crédit de paiement au chiffre de 6.742.000 NF.

(Le crédit de paiement, mis aux voix, est adopté.)

M. le président. Le débat budgétaire va être interrompu jusqu'à lundi matin 10 heures.

Voici l'ordre d'appel des budgets tel qu'il m'est communiqué par M. le rapporteur général de la commission des finances :

Lundi 16, matin, après-midi et soir et

Mardi 17, matin et après-midi :

Affaires étrangères : service des affaires étrangères ; relations culturelles ; affaires marocaines et tunisiennes ; Justice ;

Légion d'honneur. — Ordre de la Libération ;

Caisse d'épargne. — Monnaies et médailles. — Imprimerie nationale ;

Affaires économiques et plan ;

Affaires culturelles ;

Aviation civile ;

Marine marchande.

Mardi 17, soir, en tout état de cause :

Dépenses militaires (section commune).

Mercredi 18, après-midi et soir :

Dépenses militaires, y compris les budgets annexes des essences et poudres.

— 3 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Aujourd'hui, à quinze heures, deuxième séance publique :

Question orale sans débat :

M. Mazurier expose à M. le ministre de la construction que les locataires de certains groupes immobiliers, notamment ceux de Sarcelles II, ont été récemment informés d'une augmentation de leur loyer de l'ordre de 33 p. 100 ; que beaucoup d'entre eux pensent que ces logements sont des H. L. M., car les normes de construction sont les mêmes que celles imposées aux H. L. M. et, qu'en conséquence, ils ont droit à la protection de la législation sur les H. L. M., mais qu'en réalité ces logements construits par la caisse des dépôts et consignation, ne sont pas assujettis à la législation H. L. M. et ne sont régis que par les textes de droit commun. Cependant, il apparaîtrait justifié de faire une distinction entre : a) les immeubles construits par des capitalistes privés ; b) les immeubles financés, ne serait-ce qu'en partie, par des capitaux publics, semi-publics ou avec la contribution patronale ; mais que, bien qu'elles soient fondamentalement différentes dans leur mode de financement, ces deux catégories d'immeubles sont soumises au même régime en ce qui concerne les droits et obligations des locataires. Il lui demande s'il a l'intention de demander la vote d'un projet de loi ou de prendre, par voie réglementaire, les mesures nécessaires pour donner aux locataires des

immeubles construits à l'aide de fonds d'origine publique des garanties quant au maintien dans les lieux et au taux des loyers semblables à celles qui sont accordées aux locataires d'H. L. M.

Questions orales avec débat :

M. Bertrand Motte expose à M. le ministre des finances et des affaires économiques que, lors du voyage du Président de la République dans le Nord, les 24, 25, 26 et 27 septembre, le comité d'expansion du Nord et du Pas-de-Calais n'a été convié, par les autorités responsables, à aucune des manifestations organisées à cette occasion. Il note que ce comité a, cependant, été agréé officiellement par un décret interministériel du 28 février 1956 et qu'il a joué un rôle essentiel dans l'élaboration du plan d'action régionale ; qu'au surplus, il constitue l'organisme d'intérêt général à compétence économique où se trouve l'ensemble de ceux qui participent à l'activité régionale. Ce fait donne à penser que les pouvoirs publics n'envisagent pas de continuer le dialogue entamé avec les expressions collectives de la vie régionale ni de prolonger la politique d'action économique régionale, esquissée depuis quelques années, mais qu'ils entendent ramener cette dernière à la seule intervention directe — et tardive — des services compétents parisiens sur des cas de récessions locales. Il s'inquiète de voir rester sans effets pratiques les mesures prévues à propos de : la désignation des préfets à compétence économique dans le cadre des régions plan ; la mise en application des programmes d'aménagement et d'action régionale ; la déconcentration des diverses administrations et particulièrement dans le domaine de l'enseignement ; la décentralisation des organismes chargés de l'exportation. Il lui demande quelles mesures le Gouvernement compte prendre pour poursuivre une politique d'expansion régionale qui s'avère indispensable.

M. Paul Coste-Floret demande à M. le ministre de l'agriculture quelle est la politique du Gouvernement en matière viticole.

M. Bayou demande à M. le ministre de l'agriculture quelles mesures il compte prendre pour assurer aux viticulteurs le minimum vital.

M. Poudevigne demande à M. le ministre de l'agriculture quelles mesures il compte prendre : 1° pour assurer l'efficacité du décret du 16 mai 1959, portant organisation du marché du vin ; 2° pour assurer dans le cadre des pays du Marché commun l'expansion de la consommation des vins français ; 3° quelle est à court terme et à moyen terme la politique du Gouvernement au regard de la production viticole.

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures vingt minutes.)

Le Chef du service de la sténographie
de l'Assemblée nationale,

RENÉ MASSON.