

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE OUVERTE LE 28 AVRIL 1959

Annexe au procès-verbal de la séance du 2 juin 1959.

RAPPORT

FAIT

au nom de la Commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi de programme, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, relatif à l'équipement sanitaire et social.

Par MM. Marcel PELLENC et Hector PESCHAUD

Sénateurs.

TOME II

EXAMEN DU PROJET DE LOI

Par M. Hector PESCHAUD

Rapporteur spécial.

(1) Cette commission est composée de : MM. Alex Roubert, *Président* ; Jacques Masteau, Gustave Alric, Jean-Eric Bousch, *Vice-Présidents* ; Yvon Coudé du Foresto, Hector Peschaud, Julien Brunhes, *Secrétaires* ; Marcel Pellenc, *Rapporteur général* ; André Armengaud, Fernand Auberger, Edouard Bonnefous, André Boutemy, Paul Chevallier, Bernard Chochoy, André Colin, Antoine Courrière, Marc Desaché, Jacques Descours Desacres, Paul Driant, Jacques Duclos, Pierre Garet, Christophe Kalenzaga, Michel Kistler, Roger Lachèvre, Henri Longchambon, Jean-Marie Louvel, Georges Marie-Anne, André Maroselli, Georges Marranne, Geoffroy de Montalembert, Georges Portmann, Mlle Irma Rapuzzi, MM. Joseph Raybaud, Jacques Richard, Edouard Soldani, Ludovic Tron.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (1^{re} législ.) : 57, 73, 77 et in-8° 6.

Sénat : 56 (1958-1959).

Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi qui nous est soumis a pour objet de fixer la consistance d'un programme d'équipement sanitaire et social à lancer au cours des années 1960, 1961 et 1962, c'est-à-dire couvrant les deux dernières années du troisième plan quadriennal de modernisation et d'équipement approuvé par le décret n° 59-443 du 19 mars 1959 (*J. O.* du 22 mars) et la première année du plan suivant.

Après avoir analysé son contenu, votre Rapporteur tentera de situer la loi de programme par rapport d'une part à l'effort déjà accompli en la matière depuis la Libération et d'autre part aux besoins qui restent à couvrir.

*
*

I. — Le contenu de la loi de programme.

Elle ne recouvre pas l'ensemble des besoins d'investissement du Ministère de la Santé publique et de la Population. Fixant les programmes pour un certain nombre d'objectifs, elle comprend, en outre, certaines dispositions d'ordre financier ou technique permettant d'en faciliter l'exécution.

A. — LES OBJECTIFS

Ils sont à la fois *limités* mais *précis*.

Il semble que le Gouvernement ait voulu parer au plus pressé en comblant les lacunes les plus criantes de l'équipement sanitaire et social français. Ce dernier s'est en effet longtemps constitué d'une manière empirique sans « coller » suffisamment à l'évolution de la thérapeutique, à celle des maladies, à celle de la démographie.

Aussi le Gouvernement, en déposant la loi de programme, a-t-il mis l'accent sur quatre objectifs :

- le secteur hospitalier,
- la lutte contre les maladies mentales,
- la lutte contre le cancer,
- l'enfance inadaptée.

Mais en même temps il a eu le souci de préciser ses projets et la loi de programme donne ainsi la liste de toutes les opérations qui seront lancées en 1960, 1961 et 1962 en matière d'hôpitaux et de centres anticancéreux.

1° Le secteur hospitalier.

« Vétusté, mauvaise répartition géographique des établissements, mauvaise répartition par spécialités », tels sont les défauts de notre équipement hospitalier relevés par la Commission de l'équipement sanitaire et social du Plan qui proposait d'agir dans deux directions :

- tendre vers une concentration des services très spécialisés nécessitant des installations coûteuses et un personnel hautement qualifié et vers une déconcentration des services courants de manière à les rapprocher du malade ;
- faire un effort en matière de lits d'hospices pour tenir compte de l'évolution démographique.

A ces besoins, se sont ajoutés ceux qui résultent de l'ordonnance du 11 décembre 1958 portant *réforme hospitalière* (et du décret d'application du même jour), ainsi que ceux qui découlent de la *réforme des études médicales* effectuée par l'ordonnance du 30 décembre 1958.

En effet, le premier de ces textes prévoit que les hôpitaux pourront être autorisés « à réserver des lits pour la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes de l'établissement lorsque ceux-ci lui consacrent toute leur activité professionnelle et à permettre à ces praticiens de recevoir en consultation des malades qui leur sont adressés personnellement ». Il sera donc nécessaire de prévoir dès maintenant, pour le chef de service exerçant à plein temps, un certain nombre d'aménagements : bureaux, salles d'attente, chambres individuelles. Par ailleurs, les grandes salles communes sont appelées à disparaître dans un souci d'humanisation de l'hôpital.

Enfin, le rapprochement de la Faculté de Médecine des services hospitaliers nécessitera la création de laboratoires et de salles de cours, mais, semble-t-il, sur les crédits de l'Education Nationale, bien que soient prévus, dans le projet qui nous est soumis, des crédits affectés à l'adaptation à l'enseignement de certains hôpitaux.

Un problème de coordination risque donc de se poser.

2° *La lutte contre les maladies mentales.*

La situation des hôpitaux psychiatriques est dramatique : ainsi, à la fin de 1957, alors que leur capacité optimum s'élevait à 71.906 lits, que leur capacité maximum était de 90.971 lits, le nombre des malades mentaux reconnus atteignait 110.000, d'où un déficit de près de 20.000 lits (1) et l'encombrement des établissements.

Un tel état de fait a trop souvent pour conséquence de priver de soins des malades qui en auraient besoin et d'interrompre trop précocement les traitements au risque de rendre les cures inefficaces.

Par ailleurs, la loi du 30 juin 1838 a fait obligation à tous les départements de construire un hôpital psychiatrique ou un quartier psychiatrique dans les hôpitaux généraux : 120 ans après la publication de ce texte, 18 départements sont encore dépourvus d'établissements de l'espèce (2). La loi de programme, en poursuivant l'achèvement d'opérations déjà lancées et en lançant des opérations nouvelles, comblera cette lacune pour 8 d'entre eux (3).

3° *La lutte contre le cancer.*

Avec les maladies de cœur, le cancer est une des causes principales de décès (près d'un Français sur 5) et le nombre des cas augmente chaque année ainsi que le prouve le tableau ci-après.

(1) L'Organisation mondiale de la santé estime à 3 lits pour 1.000 habitants l'équipement nécessaire pour les pays de l'Europe occidentale en matière de traitement des maladies mentales : la France aurait donc besoin de 130.000 lits. Le déficit réel est donc de 40.000 lits.

(2) Hautes-Alpes, Ardennes, Aube, Creuse, Doubs, Drôme, Gard, Indre, Loire, Loir-et-Cher, Pyrénées-Orientales, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Territoire de Belfort, Corse.

(3) Hautes-Alpes, Aube, Creuse, Doubs, Gard, Loir-et-Cher, Seine-et-Oise, Corse.

EVOLUTION DE LA MORTALITE PAR CANCER

ANNEE	NOMBRE DE DECES par cancer.		POURCENTAGE de décès par cancer pour 100 décès de causes connues.	NOMBRE de décès par cancer pour 100.000 habitants.
	Déclarés.	Probables.		
1946	60.605	68.283	13,3	160
1947	64.326	69.833	14,8	163
1948	67.705	72.965	14,9	167
1949	70.380	75.128	13,6	172
1950	74.770	83.813	15,9	180
1951 (a)	76.631	85.445	15,2	183
(b)	78.265	87.335	15,5	186
1952 (a)	78.502	85.332	16,5	181
(b)	80.381	87.273	16,9	186
1953 (a)	78.818	87.251	15,9	183
(b)	80.886	89.540	16,3	189
1954 (a)	79.712	88.152	17,2	176
(b)	81.951	90.616	17,6	181
1955 (a)	81.272	90.003	17,3	185
(b)	83.583	92.568	17,8	190
1956 (a)	82.944	91.499	16,9	184
(b)	85.494	94.303	17,5	190
1957 (a)	84.953	93.030	17,7	186
(b)	87.441	95.745	18,2	192

(a) (b) A partir de 1951, les chiffres de la première ligne (a) correspondent aux décès par cancer à l'exclusion des leucémies et aileuxémies dont il n'était pas tenu compte dans les statistiques des années précédentes ; les chiffres de la deuxième ligne (b) comprennent ces deux catégories d'affections.

Les cancers sont, en majorité, traités dans les hôpitaux généraux. Mais un équipement spécialisé a toutefois dû être créé pour le dépistage précoce des atteintes cancéreuses, le traitement de formes nécessitant la mise en œuvre de plusieurs thérapeutiques ou l'utilisation d'appareils très coûteux, la surveillance des anciens malades et la recherche scientifique.

En ce domaine, comme dans les précédents, le déficit en « lits » est considérable puisqu'on ne dispose que d'environ 3.000 lits alors que les besoins sont estimés à 8.000.

4° *L'enfance inadaptée.*

Le nombre des enfants inadaptés est évalué à un million.

Fort heureusement, tous n'ont pas à être traités dans des établissements spécialisés : centres d'accueil et d'observation, foyers de semi-liberté, institutions pour déficients sensoriels, moteurs, caractériels ou pour débiles profonds. Les moins atteints n'ont qu'à suivre un enseignement particulier dans les classes primaires du ressort de l'Education nationale.

Quoi qu'il en soit, la Commission de l'Equipement sanitaire et social du plan a estimé à 300.000 l'insuffisance des places dans les établissements précités, soit près de six fois le nombre de places disponibles. L'effort à faire en ce domaine trop longtemps négligé est très important pour rattraper le retard

* *

Ainsi donc, la loi de programme limite ses ambitions à quatre problèmes dont la solution est urgente. Mais selon les termes de la lettre adressée par le Premier Ministre au Président de l'Assemblée Nationale, « *il ne s'agit pas de programmes maxima, mais plutôt de programmes minima faisant ressortir un noyau de dépenses garanties* ». Dans chacune des lois de finances à venir seront inscrites des autorisations de programme supplémentaires relatives aux secteurs de la Santé publique non couverts par la loi de programme.

Quoi qu'il en soit, on peut raisonnablement estimer que le projet qui nous est soumis couvre environ 75 p. 100 des dépenses d'équipement du budget de la Santé publique.

* *

B. — L'ASPECT FINANCIER DES PROGRAMMES

L'ensemble des crédits demandés — soit 23 milliards de francs — se décompose ainsi, par année et par secteur :

SECTEURS	TOTAL	1960	1961	1962
		(en millions de francs)		
Ecole nationale et laboratoires.....	1.600	700	450	450
Hôpitaux	10.850	3.650	3.600	3.600
Hôpitaux psychiatriques.....	7.050	2.350	2.350	2.350
Cancer	1.800	530	670	600
Enfance inadaptée.....	1.700	470	630	600
	23.000	7.700	7.700	7.600

Ainsi le secteur « hôpitaux » recevra 47,2 % des sommes demandées ; le secteur « hôpitaux psychiatriques », 30,6 % ; le secteur « cancer », 7,8 % ; le secteur « enfance inadaptée », 7,4 %, et le secteur « Ecole nationale et laboratoires », 7 %.

1° *Ecole nationale et laboratoires.*

Les crédits demandés — 1.600 millions de francs — seraient affectés de la manière suivante :

- pour 900 millions, au regroupement des services du *Laboratoire national de la santé publique* créé par la loi du 14 janvier 1950, services qui sont actuellement disséminés dans Paris (1). Le projet comporterait la création de quatre laboratoires : chimie pure, biochimie (animale et végétale), physique et pharmacologie ;
- pour 250 millions, à la réinstallation de l'*Ecole nationale de la santé publique*, actuellement logée à l'étroit dans les locaux du Ministère de la Santé Publique. Cette école, qui assure des stages de début de carrière et de perfectionnement pour les médecins de différents départements ministériels, reçoit en outre des boursiers étrangers et, de plus en plus nombreux, des boursiers de la Communauté ;

(1) 25, boulevard Saint-Jacques (vénérologie) ; 1, rue Lacretelle (bactériologie et eaux minérales) ; 16, rue Bonaparte (vaccins) ; 71, rue d'Assas (contrôle des médicaments).

- pour 400 millions, à l'extension de laboratoires dépendant du Ministère et de l'Institut national d'hygiène : *laboratoire de protection des radiations ionisantes, laboratoire pour les questions de nutrition, laboratoire pour les questions de pollution de l'atmosphère ;*
- pour le reliquat au *Centre national d'action éducative, sanitaire, démographique et sociale* et aux services communs aux divers laboratoires (ateliers, animalerie, magasins, unités communes de statistiques...).

Tous ces travaux sont au compte de l'Etat qui est le maître d'œuvre, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses établissements publics. Il n'en est pas de même en matière d'hôpitaux généraux, d'hôpitaux psychiatriques, de centres anticancéreux et d'établissements chargés de l'enfance inadaptée, où l'Etat ne fait que subventionner une part des travaux dont l'initiative revient en général aux collectivités locales.

2° Secteurs subventionnés.

Nous n'analyserons pas ici les projets qui ont été retenus et dont le catalogue est contenu dans les pages 11 à 16 du projet de loi n° 57.

Nous nous bornerons à une récapitulation de l'ensemble des opérations et à quelques commentaires sur les taux maxima de subvention et le choix des opérations retenues.

a) Hôpitaux.

A N N E E	MONTANT DES TRAVAUX	PART DE L'ETAT
	(En millions de francs.)	
1960	9.125	3.650
1961	9.000	3.600
1962	9.000	3.600
Total	27.125	10.850

La part de l'Etat s'établit à 40 %.

Il convient à ce propos de signaler que l'article 2 du décret-programme du 20 mai 1955 avait prévu qu'un arrêté fixerait les

taux maxima des subventions de l'Etat par rapport à la dépense totale de chaque opération. Ce texte n'est pas encore paru, mais le taux de 40 % a été fixé en accord par les départements des Finances et de la Santé publique.

Il importe également de rappeler que la Commission de l'équipement sanitaire et social avait émis le vœu que ce chiffre fût porté à 50 % pour alléger les charges des maîtres d'œuvre : ce vœu n'a pas été retenu par le Gouvernement, pas plus que celui qui prévoyait des compléments possibles de 10 % lorsque la collectivité intéressée supportait une participation en capital et de 20 % lorsqu'il s'agissait du financement d'une opération prescrite par le Ministère de la Santé publique et de la Population.

Il faut enfin souligner :

— qu'aucun principe n'apparaît dans le choix des opérations à lancer et que les programmes retenus ne manqueront pas de soulever des protestations;

— que les hospices semblent négligés dans le projet, contrairement aux vœux de la Commission de l'équipement sanitaire et social (trois projets pour 1962; 420 millions de crédits budgétaires).

b) *Hôpitaux psychiatriques.*

A N N E E	MONTANT DES TRAVAUX	PART DE L'ETAT
	(En millions de francs.)	
1960	4.932	2.350
1961	4.920	2.350
1962	5.080	2.350
Total	14.932	7.050

La part de l'Etat est donc en moyenne de 47,2 %.

Alors que le taux maximum de 40 % prévu pour les hôpitaux généraux a été appliqué à toutes les opérations retenues par la loi de programme, un certain nombre d'opérations ne bénéficient pas du taux maximum de 50 % prévu pour les hôpitaux psychiatriques.

Rappelons que ce maximum de 50 % a été reconnu correct par la Commission de l'équipement sanitaire et social.

c) Centres anti-cancéreux.

A N N E E	MONTANT DES TRAVAUX	PART DE L'ETAT
	(En millions de francs.)	
1960	990	530
1961	1.280	670
1962	1.110	600
Total	3.380	1.800

La part de l'Etat s'établit en moyenne à 53,2 %, quelques opérations étant financées à 60 %, taux maximum retenu dans l'accord intervenu entre les Finances et la Santé publique.

d) Enfance inadaptée.

A N N E E	MONTANT DES TRAVAUX	PART DE L'ETAT
	(En millions de francs.)	
1960	1.179	470
1961	1.576	630
1962	1.500	600
Total	4.255	1.700

Le taux moyen des subventions n'atteint pas tout à fait 40 %, alors que la commission déjà citée avait proposé le chiffre de 50 %.

*
* *
*

L'aspect financier du programme se résume enfin ainsi :

A N N E E	MONTANT DES TRAVAUX	PART DE L'ETAT
	(En millions de francs.)	
1960	16.926	7.700
1961	17.226	7.700
1962	17.140	7.600
Total	51.292	23.000

C. — LES MESURES PROPRES A FACILITER L'EXÉCUTION
DE LA LOI PROGRAMME

Elles sont de deux ordres, financier et technique :

1° *Les mesures d'ordre financier.*

L'article 2 du projet qui nous est soumis dispose qu'un décret pris chaque année pourra fixer, en tant que de besoin, l'affectation par priorité d'une partie des fonds d'action sanitaire et sociale à la réalisation du programme d'action sanitaire et social approuvé par le Parlement.

En effet, si les textes organiques de la Sécurité sociale ont attribué aux caisses une large autonomie, ils n'en ont pas moins prévu que leur action en matière d'action sanitaire et sociale devait s'exercer dans le cadre du plan d'équipement sanitaire dressé par le Ministre de la Santé Publique et de la Population (1).

Mais ces dispositions sont souvent appliquées avec plus ou moins de rigueur.

L'article 2 du projet de loi de programme est essentiellement destiné à assurer une plus stricte application des dispositions en vigueur.

2° *Les mesures d'ordre technique.*

Elles sont contenues dans l'article 3 du projet qui stipule que : « pour les opérations d'équipement sanitaire et social dont le montant total est supérieur à 500 millions de francs, le maître de l'ouvrage devra soumettre le choix de l'architecte chargé des travaux à l'agrément du Ministre de la Santé publique et de la Population ».

L'architecture hospitalière nécessite une technique très spéciale et d'autant plus complexe que le projet envisagé est plus important et comporte des services nombreux et variés. Se posent alors des problèmes délicats d'implantation de ces services, de liaison, de circulation, qui ne peuvent être résolus au mieux que par des architectes ayant une longue pratique en matière hospitalière.

L'article 3 répond à cette nécessité.

*
*
*

(1) Article 118 du décret du 8 juin 1946 : « Le comité technique d'action sanitaire et sociale institué... auprès du conseil supérieur de la sécurité sociale établit dans le cadre du plan général d'équipement sanitaire dressé par le ministre de la santé publique et de la population le programme d'action sanitaire des caisses de sécurité sociale ».

Tel est l'économie du programme triennal d'équipement sanitaire et social.

Comment l'effort financier que le Gouvernement nous demande d'approuver se situe-t-il par rapport à l'effort qui a déjà été accompli ? Quelle est la fraction de nos besoins qu'il nous permettra de couvrir ?

Les réponses données à ces questions permettront de porter un jugement de valeur sur la présente loi de programme.

*
* *

II. — L'importance de la loi de programme.

Nous analyserons successivement l'effort financier de l'Etat en matière de santé publique depuis 1946 et les choix faits par le troisième Plan de modernisation et d'équipement parmi l'ensemble des besoins afin de les comparer à ceux du programme triennal.

A. — L'ÉVOLUTION DES CRÉDITS D'ÉQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL DEPUIS 1946

Elle est retracée dans le tableau ci-dessous, établi en francs courants, qui recouvre l'ensemble des budgets d'investissement du Ministère de la Santé publique et pas seulement les quatre objectifs de la loi de programme.

ANNEES	CREDITS OUVERTS		CREDITS reportés.	CREDITS effective- ment consommés.	MONTANT des travaux effectués.
	Autorisations de programme.	Crédits de paiement.			
(En milliers de francs courants.)					
1946 à 1952...	6.324.404	3.622.804	1.124.232	2.395.015	»
1952	2.432.000	1.914.058	1.554.364	1.452.111	3.000.000
1953	4.070.198	2.006.000	2.533.322	993.647	3.247.000
1954	5.024.999	2.313.000	2.773.702	1.600.015	6.217.000
1955	11.535.999	6.860.049	7.498.364	2.135.388	7.388.000
1956	11.331.000	5.213.000	8.009.545	4.701.819	13.760.000
1957	9.394.000	7.074.000	8.768.948	6.314.597	17.482.000
1958	4.428.000	8.957.000	8.942.403	8.783.545	20.213.000
1959	6.000.000	6.700.000	»	»	»

Dans les quatorze années retracées dans ce tableau, la période 1954 à 1957 appelle une attention particulière parce qu'elle couvre le premier plan d'équipement (1) sanitaire et social défini par le décret-programme du 20 mai 1955.

C'est lors de la préparation du deuxième plan de modernisation et d'équipement qu'a été dressé un premier inventaire des besoins en investissements sanitaires, qu'ont été prises les premières mesures tendant à coordonner les efforts en ce domaine et qu'ont été adoptés les premiers crédits vraiment importants.

Alors qu'entre 1946 et 1954, 13 milliards d'autorisations de programme avaient été inscrites au budget de la Santé publique, le décret du 20 mai 1955 avait fixé, pour quatre ans, à 36 milliards la part de l'Etat dans un programme de travaux de 90 milliards : il fallait rattraper une partie du retard accumulé depuis plusieurs années.

Le calendrier fixé par le texte était le suivant :

1954	5 milliards.
1955	11 —
1956	10 —
1957	10 —

La comparaison de ces prévisions avec les autorisations de programme réellement accordées par les lois de finances montre qu'elles ont été respectées.

Par contre, l'analyse des crédits de paiement et, plus encore, celle des crédits effectivement consommés fait apparaître *un décalage important entre les ambitions et les possibilités.*

De trop longs délais ont souvent séparé l'approbation du programme du lancement des travaux, délais d'autant plus grands que les opérations étaient plus importantes : un an, deux et même trois ans dans certains cas (2).

Notons toutefois qu'au fur et à mesure de l'exécution du programme quadriennal, la situation s'est peu à peu améliorée en ce qui concerne l'utilisation des crédits. Diverses mesures ont été prises pour en accélérer le rythme :

- octroi d'acomptes anticipés (arrêté du 24 avril 1956) ;
- suppression de la retenue de garantie pour faciliter la trésorerie des maîtres d'œuvre ;

(1) Ce premier programme d'équipement sanitaire et social était compris dans le second plan de modernisation et d'équipement.

(2) Trois ans en ce qui concerne par exemple la reconstruction de l'hôpital de Saint-Nazaire, la création d'un service central de radiologie à l'hôpital Tenon. (Voir rapport de la Commission d'équipement sanitaire et social, mai 1957.)

- suppression de l'intermédiaire des préfets dans la transmission des dossiers (lettre commune du 17 octobre 1955) ;
- fixation de normes évitant les tâtonnements.

Quoi qu'il en soit, il aura fallu un minimum de sept années pour que le plan soit exécuté.

Quant aux années 1958 et 1959, elles ont vu baisser de moitié les autorisations de programme inscrites au budget de la Santé publique du fait de la situation particulière que nous venons d'exposer — il fallait « digérer » un programme retardé dans son exécution — et du fait également des difficultés financières que traversait le pays. Et les crédits de paiement ont plus servi à couvrir les hausses de prix qu'à financer des opérations nouvelles.

La loi de programme se caractérise donc par une relance des opérations d'équipement sanitaire et social. Avec son « noyau » inconditionnel de 7,7 milliards annuels de travaux, qui correspondra à un total de 10 milliards d'autorisations de programme pour l'ensemble du budget d'équipement de la Santé publique en 1960 — et compte tenu de la hausse des prix (1) — son importance est un peu inférieure à celle du décret-programme du 20 mai 1955 (moyenne annuelle en francs 1959 : 11,5 milliards).

Cette relance nécessaire est-elle suffisante ?

B. — LES BESOINS EN MATIÈRE D'ÉQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL ET LES CHOIX OPÉRÉS PAR LE TROISIÈME PLAN DE MODERNISATION ET D'ÉQUIPEMENT

A la fin de l'exécution du second plan, soit le 31 décembre 1957, les investissements qui auraient été nécessaires pour combler notre retard en matière d'équipement sanitaire étaient évalués par la Commission nationale de l'organisation hospitalière à 326 milliards de francs, soit :

— pour l'équipement sanitaire.....	248,5 milliards.
— pour l'équipement social.....	72,8 —
— pour la recherche.....	4,9 —

et pour les quatre objectifs retenus dans le projet de loi-programme, à 248 milliards, soit :

- 145,5 milliards pour les hôpitaux ;
- 65,1 milliards pour la lutte contre les maladies mentales ;
- 8,3 milliards pour la lutte contre le cancer ;
- 29,1 milliards pour l'enfance inadaptée.

(1) 28 % de 1955 à 1959.

Sur cette masse énorme de besoins, les auteurs du Plan avaient retenu, pour les années 1958, 1959, 1960 et 1961, un programme de 120 milliards de travaux (en francs 1956) dont 46 milliards à la charge de l'Etat. A l'intérieur de ce programme, les quatre rubriques qui font l'objet de la loi-programme étaient ainsi dotées :

— hôpitaux et hospices.....	51,725 milliards.
— hygiène mentale.....	29,790 —
— centres anti-cancéreux et établissements médico-diététiques	5,465 —
— enfance inadaptée.....	9,580 —
	<hr/>
	96,560 milliards,

soit un total de 96 milliards de francs et une moyenne annuelle de 24 milliards.

Il convient de mettre en regard de ces chiffres le montant des travaux prévus par le programme triennal qui nous est soumis :

— hôpitaux et hospices.....	27,125 milliards.
— hygiène mentale.....	14,920 —
— centres anti-cancéreux et établissements médico-diététiques	3,380 —
— enfance inadaptée.....	4,255 —
	<hr/>
	49,680 milliards.

Ainsi, la moyenne annuelle des travaux prévus par le plan quadriennal était de 24,140 milliards de francs 1956, ce qui représente environ 30 milliards de nos francs actuels. Avec une moyenne annuelle de 16,5 milliards, la loi de programme ne représente que 55 % des prévisions du plan.

Etant donné qu'en 1956 et 1958 le plan a été exécuté à 45 %, il est possible d'affirmer qu'en l'état actuel des choses la moitié seulement des objectifs fixés par le plan sera atteinte à la fin de 1961. Or, ces objectifs étaient qualifiés de « minima » par la commission de l'équipement sanitaire et social qui avait présenté en même temps un second projet dit « d'expansion », d'un volume total de 145 milliards de francs (contre 120 milliards pour le projet minimum).

Si donc l'on peut se réjouir d'une relance des investissements sanitaires et sociaux par la loi de programme, force est bien de reconnaître que le projet serait insuffisant s'il ne devait pas être corrigé au fur et à mesure de son exécution.

AUDITION DE M. LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

M. Bernard Chenot, Ministre de la Santé publique et de la Population, après avoir rappelé que les lois de programme ne visent que le « noyau garanti » des dépenses d'investissement contenues dans les futures lois de finances, précise que, pour 1960, le présent projet de loi comporte 7,7 milliards de dépenses sur un total probable de 10 milliards d'autorisations de programme. Ce chiffre de 10 milliards n'est pas très éloigné des prévisions annuelles moyennes du troisième Plan qui, pour quatre ans, envisageait 46 milliards à la charge de l'Etat sur un programme de travaux de 120 milliards. De plus, il espère qu'en 1961 et 1962 les attributions de son Département pourront être augmentées.

Il analyse ensuite le volume des dépenses retenues en indiquant, par rubrique, qu'elle a été l'idée directrice qui a présidé au choix des opérations :

— pour la rubrique *hôpitaux* et *hospices* : adapter l'équipement hospitalier au développement économique de certaines régions, adapter l'hôpital à son nouveau rôle social et à la réforme des études médicales ;

— pour la rubrique *hôpitaux psychiatriques* : tenir compte de l'accroissement du nombre des malades et de l'évolution du traitement des maladies mentales ;

— pour la rubrique lutte contre le *cancer* : faire porter l'effort sur le dépistage précoce et le traitement rapide qui, en l'état actuel de la thérapeutique, sont seuls à donner des résultats positifs ;

— pour la rubrique *enfance inadaptée* : obtenir une coopération de l'Etat, des collectivités locales, des éducateurs et des œuvres afin de donner aux enfants déficients une chance de devenir des hommes comme les autres.

M. Chenot parle enfin des deux dispositions techniques contenues dans les articles 2 et 3 du projet, le premier tendant à coor-

donner l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale et celle de l'Etat dans l'esprit de l'ordonnance du 4 octobre 1945, le second portant sur le choix de l'architecte pour les travaux importants.

Il termine en disant qu'il s'agit d'un projet modeste, sans doute insuffisant par rapport à l'idéal fixé par la commission de l'équipement sanitaire du Plan, mais d'un projet qui tient compte de la situation financière du pays et qui tend à rattraper le retard pris en 1958 et 1959.

*
* * *

Le Ministre de la Santé publique et de la Population répond ensuite aux questions posées par divers commissaires :

a) *Au sujet des hôpitaux et hospices.*

A *M. Driant* qui s'inquiète de savoir si les centres « économiques » n'ont pas été sacrifiés au profit des centres « universitaires », *M. Chenot* déclare que la loi de programme a tenté de réaliser un équilibre entre ces deux secteurs et que, d'ailleurs, l'adaptation de l'appareil hospitalier à la réforme des études médicales ne peut être que progressive pour des raisons de personnel et de crédit.

M. Bousch demande s'il y aura des programmes complémentaires : le Ministre répond que les opérations retenues sont celles qui ont un caractère prioritaire, mais qu'il y aura probablement une majoration des crédits en 1960 et 1961 concernant de nouveaux programmes.

Il confirme à *M. Portmann* que les opérations en cours ne seront pas abandonnées et qu'il serait même possible de hâter leur réalisation si l'on pouvait mettre au point des méthodes de préfinancement.

Il déclare en outre à *M. Maroselli* qu'il envisage d'inclure les dépenses d'équipement intérieur des hôpitaux dans le montant des subventions de façon à faciliter les demandes de prêts formulées par les collectivités locales auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

MM. Auberger et Marrane signalent que le projet comporte une lacune en ce qui concerne les maisons de retraite des vieillards, moins coûteuses en définitive que les hospices dont les prix de journée sont trop élevés. De même, en ce qui concerne les hospices, la dotation semble insuffisante. M. Chenot répond que, dans le projet, les fonds consacrés aux hospices n'apparaissent pas parce que bien souvent ces établissements sont annexés à des hôpitaux. Quant aux maisons de retraite et aux foyers, ils dépendent du Ministère de la reconstruction dans le cadre de la politique du logement.

b) *Au sujet des hôpitaux psychiatriques.*

Le Ministre estime avec M. Tron qu'il est nécessaire d'engager une action massive en matière de maladies mentales.

M. Armengaud ayant évoqué le problème de la relation entre l'alcoolisme et les maladies mentales, M. Chenot répond que l'action du département de la Santé publique en la matière est principalement orientée sur le problème des soins. Il ne fait que participer, dans la lutte contre l'alcoolisme, aux efforts du comité spécialisé qui est placé sous l'autorité du Premier Ministre.

c) *Au sujet de l'enfance inadaptée.*

M. Auberger, après avoir rendu hommage à l'œuvre accomplie par les instituts médico-pédagogiques en ce qui concerne les enfants d'âge scolaire, regrette que, jusqu'à présent, on ne se soit pas préoccupé davantage des enfants âgés de plus de quatorze ans, et montre la nécessité d'un enseignement technique spécial.

Le Ministre lui assure que, dans le projet en cause, priorité a été donnée à cette catégorie d'enfants.

d) *Au sujet des laboratoires et de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.*

M. Pellenc, Rapporteur général, se déclare sensible au souci de précision qui a présidé à l'établissement du programme, surtout toutefois en ce qui concerne l'Ecole de la Santé Publique et les laboratoires pour lesquels est inscrit un crédit global de 1,7 milliard. A sa demande, M. Chenot confirme la ventilation des crédits

que votre Rapporteur a indiquée dans son exposé général, en précisant toutefois qu'ils sont susceptibles d'être révisés.

S'agissant de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, le Ministre déclare qu'elle ne correspond pas au prestige français et qu'un effort particulièrement important doit être fait en sa faveur.

MM. Chochoy et Masteau souhaiteraient que, puisqu'on doit reconstruire en totalité l'Ecole Nationale et les laboratoires, l'implantation en soit fixée en province dans le cadre de l'aménagement du territoire. Le Ministre leur répond que le choix du lieu fait encore l'objet d'études.

M. Coudé du Foresto estime insuffisants les crédits dévolus au laboratoire de protection des radiations ionisantes, qui a longtemps vécu sur les fonds du Commissariat à l'Energie atomique et souligne qu'il conviendrait de coordonner l'action des divers organismes qui s'occupent du problème.

M. Chenot déclare qu'en 1959 ce laboratoire a reçu pour la première fois une dotation de 200 millions et que son importance ira croissant puisqu'à l'avenir tous les ministères utiliseront le laboratoire de la Santé publique.

e) *Au sujet de l'article 2 du projet.*

M. Colin estime que même amendé par l'Assemblée Nationale ce texte comporte une menace : la proportion de la ponction opérée sur les fonds d'action sanitaire et sociale n'est en effet pas précisée.

M. Marrane évoque le fait que bien des collectivités ont parfois dû renoncer à la subvention de l'Etat pour voir agréer leurs programmes ; elles avaient toutefois la possibilité de demander aux organismes de sécurité sociale de se substituer à l'Etat : elles perdent donc cette possibilité.

Le Ministre affirme qu'il n'y a pas d'arrière-pensée de la part du Gouvernement dans l'article en cause, lequel n'a pour but que d'assurer un meilleur emploi des fonds d'action sanitaire et sociale, à la demande d'ailleurs de la Cour des Comptes. Le décret qui fixera la participation des organismes de sécurité sociale sera pris chaque année ; il comportera la signature du Ministre du Travail à qui a été confiée la tutelle de la Sécurité sociale et n'atteindra pas les fonds traditionnellement consacrés aux prestations complémentaires et aux cures thermales.

f) *Au sujet de l'article 3 du projet.*

M. *Chochoy* souhaite vivement que ce texte ait pour effet d'abaisser les prix de la construction qui sont notablement plus élevés au Ministère de la Santé publique que dans d'autres départements ministériels.

*
* *

A la suite de la discussion qui s'est instaurée après l'audition du Ministre et l'exposé de votre Rapporteur, votre Commission a estimé que les crédits prévus par la loi de programme, bien qu'en accroissement par rapport à ceux adoptés en 1958 et 1959, sont encore insuffisants.

Elle a particulièrement insisté sur ce fait qu'il convient de terminer toutes les opérations qui ont déjà été lancées si l'on ne veut pas voir se détériorer les premières réalisations.

Enfin, elle a souligné qu'il est urgent de promouvoir une législation concernant la protection contre les radiations ionisantes et la pollution de l'atmosphère.

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier.

Montant du programme.

Texte. — Est approuvé un programme triennal d'équipement sanitaire et social d'un montant total de 23.000 millions de francs applicables :

1° Aux hôpitaux, hôpitaux psychiatriques et établissements de lutte contre le cancer, à concurrence de : 19.700 millions ;

2° Aux établissements concernant l'enfance inadaptée, à concurrence de : 1.700 millions ;

3° A une école nationale et des laboratoires, à concurrence de : 1.600 millions.

Exposé des motifs et commentaires. — Cet article récapitule les crédits qui seront affectés au programme triennal dont le détail a été donné dans l'exposé général.

Sous réserve des observations qui ont été rapportées ci-dessus, votre Commission ne vous propose aucune modification.

Article 2:

Participation financière des organismes de sécurité sociale à l'équipement sanitaire et social.

Texte initialement proposé par le Gouvernement.

Un décret pris avant le 1^{er} octobre 1959 sur le rapport du Ministre de la Santé publique et de la Population, du Ministre du Travail et du Ministre des Finances et des Affaires économiques déterminera les modalités selon lesquelles les caisses de Sécurité sociale participeront financièrement à la réalisation du programme d'équipement sanitaire et social.

Texte voté par l'Assemblée nationale et adopté par votre Commission.

La participation financière des organismes de sécurité sociale à l'équipement sanitaire et social est assurée dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale et l'article 11 de la loi de finances n° 52-401 du 14 avril 1952 modifié par l'article 5 du décret n° 55-553 du 20 mai 1955.

Toutefois, un décret pris chaque année sur la proposition du Ministre de la Santé publique et de la Population, du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et du Ministre des Finances et des Affaires économiques, pourra fixer, en tant que de besoin, l'affectation par priorité d'une partie des fonds d'action sanitaire et sociale à la réalisation du programme d'équipement sanitaire et social approuvé par le Parlement.

Exposé des motifs et commentaires. — A l'Assemblée nationale, le texte initial du Gouvernement a été l'objet de vives critiques : selon certains orateurs, il mettait en cause l'autonomie des caisses et la libre disposition de fonds qui proviennent des cotisations des salariés et des employeurs.

Aussi, avec l'accord du Gouvernement, l'Assemblée a-t-elle adopté un amendement de M. Karcher, déposé au nom de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et complété par un sous-amendement de M. Durbet.

Le premier alinéa du nouveau texte, en rappelant les textes qui ont organisé la participation de la sécurité sociale aux programmes d'équipement sanitaire, pose le principe selon lequel il n'est pas porté atteinte à l'autonomie des organismes en cause. L'ordonnance du 4 octobre 1945 porte organisation de la sécurité sociale; les deux autres textes définissent les modalités de participation des caisses : prêts et subventions.

Le second alinéa fixe des limites à l'intervention du Gouvernement en précisant que ce n'est pas la totalité des fonds d'action sanitaire et sociale qui sera affectée à la réalisation du programme, mais seulement une partie. D'autre part, le contreseing du Ministre du travail est prévu en ce qui concerne le décret d'application.

Après un échange de vues au cours duquel M. Colin a renouvelé les observations qu'il avait faites précédemment au cours de l'audition du Ministre de la santé publique et de la population, votre Commission des finances a décidé de ne proposer aucune modification à ce texte.

Article 3.

Dispositions concernant la réalisation des opérations d'un montant élevé.

Texte. — Pour les opérations d'équipement sanitaire et social dont le montant total est supérieur à 500 millions de francs, le maître de l'ouvrage devra soumettre le choix de l'architecte chargé des travaux à l'agrément du Ministre de la Santé publique et de la population.

Exposé des motifs et commentaires. — S'agissant de la construction de grands ensembles mettant en jeu des techniques complexes, le Gouvernement a estimé opportun de ne confier ces travaux qu'à des architectes rompus avec les problèmes hospitaliers.

Votre Commission des finances ne vous propose aucune modification de cet article.

*
* *

Sous réserve des observations qui précèdent, votre Commission des finances ne propose aucun amendement au texte adopté par l'Assemblée nationale et dont la teneur suit :

PROJET DE LOI

Article premier.

Est approuvé un programme triennal d'équipement sanitaire et social d'un montant total de 23.000 millions de francs applicables :

1° Aux hôpitaux, hôpitaux psychiatriques et établissements de lutte contre le cancer, à concurrence de : 19.700 millions ;

2° Aux établissements concernant l'enfance inadaptée, à concurrence de : 1.700 millions ;

3° A une école nationale et des laboratoires, à concurrence de : 1.600 millions.

Art. 2.

La participation financière des organismes de sécurité sociale à l'équipement sanitaire et social est assurée dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale et l'article 11 de la loi de finances n° 52-401 du 14 avril 1952 modifié par l'article 5 du décret n° 55-553 du 20 mai 1955.

Toutefois, un décret pris chaque année sur la proposition du Ministre de la Santé publique et de la Population, du Ministre du Travail et de la Sécurité sociale et du Ministre des Finances et des Affaires économiques, pourra fixer, en tant que de besoin, l'affectation par priorité d'une partie des fonds d'action sanitaire et sociale à la réalisation du programme d'équipement sanitaire et social approuvé par le Parlement.

Art. 3.

Pour les opérations d'équipement sanitaire et social dont le montant total est supérieur à 500 millions de francs, le maître de l'ouvrage devra soumettre le choix de l'architecte chargé des travaux à l'agrément du Ministre de la Santé publique et de la Population.