

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1970-1971

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 octobre 1970.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la Commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée en Roumanie, du 6 au 20 juillet 1970, pour étudier la politique sanitaire et sociale de ce pays,

Par MM. André AUBRY, Louis GUILLOU, Marcel MATHY,
Eugène ROMAINE et Marcel SOUQUET,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : MM. Lucien Grand, *président* ; Léon Messaud, Marcel Lambert, Mme Marie-Hélène Cardot, *vice-présidents* ; MM. Hubert d'Andigné, François Levacher, Georges Marie-Anne, *secrétaires* ; André Aubry, Pierre Barbier, Hamadou Barkat Gourat, Jean-Pierre Blanchet, Pierre Bouneau, Joseph Brayard, Martial Brousse, Pierre Brun, Charles Cathala, Jean Collery, Roger Courbatère, Louis Courroy, Marcel Darou, Michel Darras, Roger Gaudon, Abel Gauthier, Jean Gravier, Louis Guillou, Marcel Guislain Jacques Henriët, Arthur Lavy, Bernard Lemarié, Henry Loste, Jean-Baptiste Mathias, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Paul Piales, Alfred Poroï, Eugène Romaine, Charles Sinsout, Robert Soudant, Marcel Souquet, Henri Terré, René Travert, Robert Vignon, Hector Viron, Raymond de Wazières.

SOMMAIRE

	Pages.
Introduction	5
<i>Programme</i>	6
<i>Données sur la Roumanie</i>	8
I. — Organisation sanitaire	13
1. — <i>Les principes</i>	14
2. — <i>Structures</i>	17
a) Le Ministère de la Santé.....	17
b) Les institutions d'hygiène et d'épidémiologie.....	17
c) Les établissements de soins.....	18
— l'hôpital unifié.....	18
— l'hôpital	20
— la polyclinique.....	20
— le dispensaire.....	21
— les établissements spécialisés.....	21
d) L'organisation en zone rurale.....	21
3. — <i>Cadres médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux</i>	23
a) Les médecins et les pharmaciens.....	24
b) Le personnel sanitaire auxiliaire.....	27
4. — <i>Les moyens matériels</i>	29
a) Investissements et constructions.....	29
b) Equipements des institutions sanitaires.....	32
c) Les médicaments.....	33
II. — L'activité sanitaire	35
1. — <i>Activité prophylactique</i>	35
a) Lutte contre les épidémies.....	35
b) Lutte contre les pollutions.....	37
c) Contrôle des denrées alimentaires.....	38
d) Protection maternelle et infantile.....	39
e) Médecine scolaire et universitaire.....	44

	Pages.
	—
f) Médecine du travail.....	46
g) Lutte contre les fléaux sociaux.....	48
— tuberculose	48
— maladies cardio-vasculaires.....	50
— cancer	51
— maladies neuro-psychiques	52
— affections stomatologiques.....	53
h) Education sanitaire.....	54
2. — <i>Les soins médicaux</i>	56
a) Soins à domicile.....	56
b) Assistance médicale ambulatoire.....	57
c) Soins médicaux hospitaliers.....	58
d) Soins d'urgence.....	59
e) Cures	60
f) Médecine libérale.....	61
3. — <i>Etat sanitaire de la Roumanie</i>	61
III. — Prévoyance sociale	65
1. — <i>Soins médicaux</i>	65
2. — <i>Allocations pour incapacité temporaire</i>	66
3. — <i>Pensions</i>	67
a) <i>Pensions de vieillesse</i>	68
b) <i>Pensions d'invalidité</i>	69
c) <i>Pensions d'ayants droit</i>	70
4. — <i>Allocations pour enfants</i>	71
5. — <i>Protection et réintégration des invalides</i>	71
6. — <i>Protection des personnes âgées</i>	75
Conclusions	77

Mesdames, Messieurs,

Le rapport que nous avons l'honneur de vous présenter rend compte de la mission d'information effectuée par une délégation de votre Commission des Affaires sociales en Roumanie au mois de juillet 1970.

Cette mission avait pour objet d'étudier sur place les problèmes d'organisation sanitaire.

Présidée par M. Marcel Souquet, la délégation comprenait MM. André Aubry, Louis Guillou, Marcel Mathy et Eugène Romaine ; elle était accompagnée par M. Marcel Aubry, administrateur au secrétariat de la Commission des Affaires sociales.

*
* *

Arrivée à Bucarest le lundi 6 juillet 1970, la délégation a pu, grâce au programme résumé ci-dessous prendre contact avec les autorités roumaines nationales ou locales et visiter de nombreuses installations sanitaires.

Tout au long de ses déplacements, elle a été accompagnée par :

- M. Rebreau, député de la Grande Assemblée Nationale (G.A.N.), secrétaire de la commission juridique ;
- M. le docteur Ursuleanu, expert de la Commission de la Santé, du Travail et des Assurances sociales de la G.A.N. ;
- et par Mme Cojan, professeur, interprète de l'Office national du tourisme roumain.

Programme.

Lundi 6 juillet (17 heures).

Arrivée de la délégation à l'aéroport de Bucarest. Accueil par les autorités roumaines et M. Pierre Pelen, Ambassadeur de France.

Mardi 7 juillet. — Bucarest :

Dans la matinée, rencontre avec M. Vasalichi, Président, et avec les membres de la Commission pour la Santé, le Travail et les Assurances sociales de la Grande Assemblée Nationale roumaine.

Déjeuner officiel à l'Ambassade de France.

Conférence au Ministère du Travail.

Mercredi 8 juillet. — Bucarest :

Visite à l'Institut d'expertise et de récupération de la capacité de travail.

Déjeuner officiel offert à la délégation par la Commission pour la Santé, le Travail et les Assurances sociales.

Conférence à l'Union générale des syndicats.

Jeudi 9 juillet. — Bucarest—Brasov :

Visite de la coopérative des invalides de Ploiesti.

Visite de la polyclinique et de l'hôpital des usines de tracteurs de Brasov.

Vendredi 10 juillet. — Brasov—Bacau—Pietra-Neamt :

Visite de l'usine de tracteurs de Brasov.

Visite des sections de pédiatrie et de maternité de l'hôpital de Bacau.

Samedi 11 juillet :

Visite du village de vieillards d'Agafton.

Dimanche 12 juillet. — Suceava :

Journée libre. — Visite des monastères de Moldavie.

Lundi 13 juillet. — Suceava—Galatzi :

Visite du centre médical de la circonscription de la commune de « Independante ».

Mardi 14 juillet. — Galatzi—Tulcea—Constantza :

Visite en bateau du delta inondé du Danube.

Mercredi 15 juillet. — Constantza :

Visite de la colonie de vacances de Navodari.

Visite de l'hôpital général de Constantza.

Visite de l'institut hydrothérapique d'Eforié.

Visite des complexes touristiques de « Vénus », « Jupiter » et « Neptune » à Mangalia.

Jeudi 16 juillet. — Constantza :

Visite de la coopérative agricole de Campana près de Constantza.

Visite de l'entreprise piscicole de Jurilovca.

Vendredi 17 juillet. — Constantza—Cluj (par avion) :

Conférence à l'Institut médico-pharmaceutique de Cluj.

Samedi 18 juillet. — Cluj—Sibiu :

Dimanche 19 juillet. — Sibiu—Bucarest :

Lundi 20 juillet. — Bucarest :

Visite de la coopérative des invalides de Bucarest.

Visite de la crèche d'une fabrique de confection à Bucarest.

Conférence à la Grande Assemblée Nationale roumaine.

Déjeuner offert par M. Murgulescu, vice-président de la G. A. N. et président du groupe d'amitié parlementaire Roumanie - France.

18 heures : départ de Bucarest.

Avant d'aborder le fond du rapport, la délégation de votre commission tient à exprimer sa gratitude à tous ceux qui soit du côté roumain, soit du côté français, ont contribué à la préparation de cette mission, en ont facilité le déroulement et assuré le bon accomplissement.

Notre témoignage de reconnaissance s'adresse tout particulièrement à nos accompagnateurs déjà cités et à :

- M. Flitan, Ambassadeur de Roumanie en France et aux services de l'Ambassade ;
- M. Murgulescu, vice-président de la Grande Assemblée Nationale, et à tous les membres des services de cette Assemblée ;
- M. Pierre Pelen, Ambassadeur de France en Roumanie, ainsi qu'à tous ses collaborateurs.

*
* *

Quelques données sur la République socialiste de Roumanie

Superficie : 237.500 kilomètres carrés.

Frontières : 3.153 kilomètres dont 1.329 kilomètres avec l'U. R. S. S., 442 kilomètres avec la Hongrie, 546 kilomètres avec la Yougoslavie, 591 kilomètres avec la Bulgarie et 245 kilomètres de côtes sur la Mer Noire.

Population : 19.880.000 habitants (à la fin de l'année 1968). Densité moyenne : 81,2 habitants au kilomètre carré (au 1^{er} juillet 1967). A cette même date, 38,7 % de la population vivait dans les villes et 61,3 % dans les campagnes. La population est formée de : Roumains (87,8 %), Hongrois (8,4 %), Allemands (2 %) et autres nationalités (1,8 %).

En 1968, le taux de natalité était de 26,8 ‰ ; celui de la mortalité de 9,6 ‰, et celui de l'accroissement naturel de 17,2 ‰.

Division administrative : les unités administratives territoriales fixées en février 1968 sont : le département ou « judet », la ville et la commune. Il existe 39 départements (« judete »), 236 villes (dont 47 municipales) et 2.706 communes.

Grandes villes : en 1968, la Roumanie comptait 13 villes de plus de 100.000 habitants : Bucarest (1.432.000), Cluj (139.375), Timisoara (184.797), Brasov (175.264), Jassy (173.569), Craïova (166.249), Constantza (165.245), Galatzi (160.097), Ploiesti (156.392), Braïla (147.495), Arad (132.757), Oradea (132.266) et Sibiu (117.020).

La langue roumaine est la langue maternelle de plus de 88 % des habitants. Elle appartient à la famille des langues romanes ; elle conserve la structure grammaticale du latin et la plus grande partie du fond lexical est également d'origine latine.

Religion : en Roumanie, l'Eglise est séparée de l'Etat. Le libre exercice des cultes est garanti par la Constitution. La religion prédominante est la religion orthodoxe.

Régime d'Etat : La Constitution du 21 août 1965 stipule que la Roumanie est République socialiste, Etat des travailleurs des villes et des campagnes, souverain, indépendant et unitaire. Les citoyens du pays, sans distinction de nationalité, de sexe et de religion, jouissent de droits égaux dans tous les domaines de la vie économique, politique, juridique, sociale et culturelle. Tout le pouvoir d'Etat est aux mains du peuple.

La force politique dirigeante est le Parti communiste roumain. Tout le système d'organes de l'Etat a pour fondement la *Grande Assemblée Nationale* (organe suprême du pouvoir d'Etat) et les *Conseils populaires* (organes locaux du pouvoir d'Etat). Ils sont composés de députés élus au vote universel, égal, direct et secret pour une législature de quatre ans. Tous les citoyens ont le droit de vote à partir de l'âge de 18 ans et le droit d'être élus à partir de 23 ans. La *Grande Assemblée Nationale* (G. A. N.) se compose de 465 députés et est le seul organe législatif. La G. A. N. dirige et contrôle tous les autres organes de l'Etat. Dans l'intervalle des sessions de la G. A. N., l'organe suprême du pouvoir d'Etat à activité permanente est le *Conseil d'Etat*, élu par la G. A. N. parmi ses membres, pour la durée de la législature et subordonné à la G. A. N. Le Conseil d'Etat se compose comme suit : 1 président, 4 vice-présidents et 22 membres (dont l'un est le secrétaire). Depuis 1967, le Président du Conseil d'Etat est Nicolas Ceaucescu. Le Conseil d'Etat, par son président, représente l'Etat dans les relations internationales. L'administration d'Etat a pour organe suprême le Conseil des Minis-

tres. Il exerce le pouvoir exécutif général dans tout le pays. Il est élu par la G. A. N. pour la durée de la législature et subordonné à elle. Depuis 1961, le Président du Conseil des Ministres est Ion Gheorghe Maurer.

Les Conseils populaires sont élus au niveau des unités administratives territoriales. Ils élisent, pour toute la durée du mandat, un comité exécutif qui assure la direction administrative locale dans l'intervalle des sessions des Conseils populaires. La justice est rendue par le Tribunal Suprême, les tribunaux départementaux, les tribunaux de première instance et les tribunaux militaires. Le Tribunal Suprême est élu par la G. A. N. et contrôle l'activité de toutes les instances judiciaires. Le Parquet est dirigé par un Procureur général élu par la G. A. N.

Le Parti communiste roumain, fondé en 1921, est l'unique parti politique de Roumanie.

L'organe suprême du Parti est le Congrès, qui élit le Comité central. Celui-ci élit le Comité exécutif, le Présidium permanent, la Secrétaire général et le Secrétariat.

Conditions naturelles de la Roumanie.

Le relief de la Roumanie présente une grande diversité, des terrains les plus bas situés dans la vallée et le Delta du Danube aux pâturages des Carpates, à plus de 2.500 mètres d'altitude. Les formes de relief sont harmonieusement distribuées ; ainsi, les montagnes (de plus de 800 mètres d'altitude) couvrent 30 %, les zones de collines (altitudes de 200 à 800 mètres) 37 % et les plaines (altitudes de 0 à 200 mètres) 33 % du territoire du pays. Les gradins du relief ont une disposition concentrique en forme de double amphithéâtre. Au centre du pays se déploie le plateau de Transylvanie entouré des Carpates, puis viennent vers l'extérieur les collines subcarpatiques, les plateaux et les plaines. Le relief détermine une disposition étagée sur la verticale de toutes les conditions physio-géographiques, caractéristique accusée surtout dans le domaine du climat, des sols et de la végétation.

Ressources naturelles.

La Roumanie est un pays riche en différentes ressources naturelles. Le pétrole est extrait notamment dans la zone subcarpatique. La Roumanie est le second pays d'Europe pour le volume du pétrole extrait. Le méthane (quatrième place dans le monde) est extrait du Plateau de Transylvanie, et la houille dans le Bassin de Petrosani (Carpates méridionales) et l'Olténie ; le sel est extrait dans les Subcarpates. La Roumanie possède également de riches gisements de minerais complexes, auroargentifères, ferreux, de bauxite, de manganèse, des sources minérales et thermales, etc.

Le sol de la Roumanie constitue pour 62,5 % des terrains agricoles.

Le patrimoine forestier représente une richesse importante du pays, à laquelle s'ajoute le jonc du delta du Danube.

I. — ORGANISATION SANITAIRE

Au cours du quart de siècle qui vient de s'écouler depuis la libération de la Roumanie, de gigantesques transformations ont été accomplies dans tous les domaines de la vie sociale.

Tout cela a permis d'enregistrer au cours du quart de siècle écoulé, une amélioration des conditions de vie matérielle et spirituelle de la population, une augmentation sensible, d'année en année, des dépenses faites pour le secteur social et culturel. Certains chiffres sont éloquentes à cet égard. Si l'on s'en tient aux seules dépenses pour la santé publique et l'assistance sociale, on constate qu'elles sont passées de 2.070 millions de lei (1) en 1955 à 7.159 millions en 1968, pour les assurances sociales, de 1.814 millions en 1955 à 9.508 millions en 1968, l'aide accordée par l'Etat pour les enfants étant passée de 74 millions en 1955 à 3.246 millions en 1968.

*
* *

Dès la première moitié du XIX^e siècle, des mesures complexes d'organisation ont jeté les bases du système moderne de protection de la santé publique sur le territoire de la Roumanie. C'est ainsi qu'un cordon permanent de quarantaine a été installé tout le long du Danube ; des hôpitaux, entretenus par l'Etat ou par de grandes fondations privées, ont été construits dans les villes principales ; le système des médecins urbains s'est généralisé ; la vaccination antivariolique est devenue obligatoire ; une lutte systématique anti-vénérienne a été entreprise, etc.

C'est en 1857 qu'a été inauguré l'enseignement médical roumain, par l'ouverture, à Bucarest, de l'Ecole nationale de médecine et de pharmacie, dont les diplômes étaient reconnus en France et en Italie. En 1869 se sont ouverts les cours de la Faculté de Médecine de Bucarest et, pendant la décennie suivante, ceux des Facultés de Cluj et de Jassy.

(1) 1 leu = 0,33 F.

Des établissements hospitaliers commençaient à être modernisés et les premiers hôpitaux pour enfants étaient ouverts. Des services de consultations gratuites, ayant un caractère polyclinique, étaient organisés auprès des hôpitaux.

L'institution des médecins d'arrondissement, créée en 1862 et qui fut complétée peu de temps après par la fondation des hôpitaux ruraux, préfigurait le système actuel d'assistance médico-sanitaire ambulatoire à la population des campagnes de Roumanie. Ainsi, étaient jetées les bases d'une tradition originale de la médecine sociale roumaine, devançant de la sorte de plusieurs dizaines d'années les préoccupations de bien des pays européens dans ce domaine.

Nous citerons encore, en tant qu'éléments positifs de la législation passée, l'organisation de districts sanitaires, d'hôpitaux départementaux et d'organismes techniques consultatifs (Conseil sanitaire supérieur, Conseils départementaux et communaux pour l'hygiène et la salubrité publique), ainsi que de larges actions antiépidémiques.

C'est au cours de cette même étape que furent créés des laboratoires départementaux d'hygiène, ce qui témoigne d'une conception avancée dans le domaine de la prophylaxie.

En contraste avec le niveau que l'enseignement et la science médicale roumaine avaient atteint dans le passé, et malgré les efforts de certains illustres médecins aux vues avancées, l'état sanitaire du pays était loin d'être satisfaisant. La législation sanitaire qui, à bien des égards avait un caractère fort avancé, ne pouvait — à cause des conditions économiques précaires — trouver une application et une efficacité concomitantes. Le nombre des établissements d'Etat pour l'assistance médicale, ainsi que celui des cadres médico-sanitaires était très réduit. L'assistance médicale aux travailleurs s'effectuait par la voie des assurances sociales avec une contribution financière importante de la part des salariés. L'assistance médicale gratuite n'était accordée qu'aux personnes totalement indigentes.

1. — Les principes.

Après la guerre de 1939-1945 une nouvelle organisation de protection de la santé et de l'enseignement médical et de la législation sanitaire de ce pays a été élaborée.

Les moyens financiers nécessaires pour entreprendre et mener à bien les actions ayant un caractère sanitaire sont entièrement assurés par l'Etat. Les sommes allouées par le budget d'Etat à ce secteur n'ont cessé de s'accroître d'année en année, rendant possible l'augmentation du nombre des établissements sanitaires, l'amélioration de leur équipement technique, ainsi que l'élargissement des catégories de personnes qui bénéficient d'une assistance médicale et de médicaments gratuits. En 1969, les dépenses prévues au budget de l'Etat pour la santé publique, par habitant et par an, sont 9,5 fois plus élevés qu'en 1950. Les actions ayant un caractère médico-social s'appuient sur une solide législation sociale et sanitaire. La Constitution, le Code du travail et le Code de la famille contiennent de nombreuses dispositions ayant pour but la protection de la santé publique, telles que : l'octroi de l'assistance médicale par des institutions d'Etat, le droit des citoyens à une assurance matérielle en cas de vieillesse, maladie ou incapacité de travail, l'obligation pour les entreprises d'assurer la protection du travail et de prendre des mesures spéciales de protection pour la santé des femmes et des jeunes pendant le travail, etc. La législation du pays prévoit, en outre, des mesures d'hygiène et antiépidémiques, ainsi que des mesures visant à prévenir et à combattre les maladies chroniques dégénératives.

En Roumanie, toute la population bénéficie de la gratuité pour toutes les actions prophylactiques et pour le traitement de certaines maladies telles que : la tuberculose, les maladies vénériennes, les troubles psychiques, le cancer, etc. De nombreuses catégories de la population, et en premier lieu les mères et les enfants, bénéficient de la gratuité pour toute la gamme de soins médicaux nécessaires, y compris les médicaments et l'hospitalisation.

Le Ministère de la Santé — en tant qu'organisme central de coordination, de conception, de direction, d'orientation et de contrôle — et les organismes spécialisés de l'administration locale d'Etat ont pour tâche de réaliser la politique sanitaire de l'Etat roumain. Le caractère planifié de l'activité médico-sanitaire assure le développement harmonieux des différents secteurs de la protection de la santé publique.

L'application de la législation concernant l'hygiène et les mesures antiépidémiques, la protection de la mère et de l'enfant, les allocations maladie accordées pendant toute la période d'incapacité de travail des salariés, le système de pensions et retraites,

l'existence d'institutions spéciales pour l'éducation et les soins à accorder aux enfants en bas âge ne représentent que quelques unes des mesures prises par l'Etat roumain et qui jouent un rôle important dans la protection et la conservation de l'état de santé.

Pour la direction, le contrôle et l'orientation de l'activité d'hygiène et d'épidémiologie, l'Etat a organisé l'Inspection sanitaire centrale et des Inspections sanitaires départementales. Il convient de souligner aussi que c'est dans le même esprit d'orientation prophylactique que se déroule l'activité de toutes les institutions d'assistance médicale leurs actions visant à prévenir les maladies, à conserver et à fortifier la santé individuelle. A cet effet, les institutions d'assistance médicale ambulatoire organisent, dans les entreprises, les institutions, les collectivités d'enfants, etc., ainsi que dans la grande masse de la population, des actions de grande envergure pour dépister les maladies dans leur phase initiale. Les cas dépistés sont soumis à une surveillance active et bénéficient de mesures complexes médicales et sociales, destinées à prévenir l'aggravation de la maladie et à rétablir la santé. Par d'importantes mesures de récupération, on applique une thérapeutique complexe médicale et sociale, qui a pour but de rendre au malade sa capacité de travail et de la réintégrer dans la vie sociale.

La population appuie activement les actions de masse destinées à mettre en pratique les mesures prises en vue de prévenir et de combattre les maladies, et pour protéger et promouvoir l'état de santé individuel et collectif. Les citoyens prennent part aux actions sanitaires dans le cadre des commissions permanentes de santé publique — organismes civiques relevant des Conseils populaires — des syndicats, de la Croix-Rouge, ou des organisations féminines, etc.

Afin d'entraîner la population dans ces actions sanitaires et de la rendre consciente de son rôle, on déploie une vaste activité d'éducation sanitaire, à laquelle participent tous les cadres médico-sanitaires.

La recherche scientifique mise au service de la protection de la santé publique étudie, sous leurs divers aspects, les principaux problèmes posés par celle-ci.

2. — Les structures.

Les institutions d'hygiène et d'épidémiologie, ainsi que celles chargées de l'assistance curativo-prophylactique sont comprises et hiérarchisées dans le système administratif et territorial du pays.

a) *Le Ministère de la Santé et ses services extérieurs.*

Pour appliquer la politique sanitaire de l'Etat, le Ministère de la Santé s'appuie sur les Directions sanitaires départementales et sur la Direction sanitaire du municipe de Bucarest. Ces unités spécialisées sont subordonnées aussi bien aux Conseils populaires départementaux — organismes de l'administration locale d'Etat — qu'au Ministère de la Santé. Elles assurent sous une direction unique, l'organisation et l'exécution de toute l'activité déployée en vue de la protection de la santé publique sur le territoire considéré.

La Direction sanitaire départementale réalise ses objectifs par l'intermédiaire des institutions médico-sanitaires départementales, urbaines et communales. La Direction sanitaire est aidée dans toutes les actions qu'elle entreprend par la Commission sanitaire, composée de médecins spécialisés ayant une vaste expérience et par la Commission permanente de la Santé publique, formée de députés au Conseil populaire départemental.

Les institutions médico-sanitaires qui se trouvent dans le chef-lieu du département — l'hôpital unifié, l'inspection sanitaire d'Etat, l'office pharmaceutique, le service d'éducation sanitaire, le service médico-légal et le service de statistique médicale — remplissent également un rôle méthodologique à l'égard des institutions qui leur sont subordonnées.

b) *Les institutions d'hygiène et épidémiologie.*

Elles comprennent les inspections sanitaires d'Etat, les sections de paludisme et d'helminthiase, les services sanitaires des ports, des aéroports et des frontières.

En tant qu'institution spécialisée, l'Inspection sanitaire d'Etat — qui a un organisme central siégeant au Ministère de la Santé et des institutions départementales — a pour mission de diriger

cette action. L'Inspection sanitaire d'Etat contrôle, dirige et prend les mesures nécessaires à l'application des normes et des instructions d'hygiène et antiépidémiques, et s'occupe des investigations sur les facteurs de milieu.

L'Inspection sanitaire d'Etat départementale a une section antiépidémique et des sections d'hygiène, de l'alimentation, du travail, de l'enfant et de l'adolescent.

Les médecins, les ingénieurs et les biologistes qui travaillent dans le cadre de l'Inspection sanitaire d'Etat ont à leur disposition des laboratoires de bactériologie, de parasitologie et virologie, de chimie sanitaire et alimentaire, de toxicologie, de physiologie du travail, de radiation, etc.

Afin d'assurer une base scientifique aux mesures d'hygiène et antiépidémiques, le Ministère de la Santé a recours aux services des Instituts d'hygiène, de l'Institut d'épidémiologie, microbiologie et parasitologie et de l'Institut d'inframicrobiologie.

En raison des aspects sociaux, économiques et géographiques qui différencient la ville de la campagne, l'organisation de l'assistance médicale à la population présente certaines particularités selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre de ces deux milieux.

Dans le milieu urbain qui regroupe 39 % de la population, sont installées la plupart des institutions médico-sanitaires spécialisées. En grande partie, elles réussissent à satisfaire aussi aux besoins du milieu rural. L'action curative est systématiquement intégrée à l'action préventive, toutes les institutions d'assistance médicale ayant une activité complexe, curative et préventive.

c) *Les établissements de soins.*

L'hôpital unifié, structure administrative fondamentale pour l'assistance médicale dans le milieu urbain, déploie non seulement une activité curative mais aussi une activité ayant un caractère largement préventif.

Les hôpitaux unifiés, en tant qu'unités territoriales, comprennent une série d'établissements hiérarchisés, à savoir l'hôpital proprement dit (ayant des services pour les différentes spécialités),

puis la polyclinique (ayant divers services par spécialités) et enfin des unités de médecine générale dénommées dispensaires installées dans une circonscription — urbaine et rurale — soit une entreprise, soit une école ou jardin d'enfants, etc.).

Les hôpitaux unifiés accordent — par l'intermédiaire de leurs unités — l'assistance médicale hospitalière, ambulatoire et à domicile, sur une partie du territoire de la ville ou dans toute la ville. Toutes les institutions médicales qui, dans leur ensemble, forment l'hôpital unifié et concourent à son activité ont une seule et même direction technique-administrative et un budget commun.

Pour que l'assistance médicale puisse réellement être accessible à la population et pour lui donner un caractère largement prophylactique, le territoire desservi par l'hôpital unifié est divisé en circonscriptions médicales ayant en moyenne 5.000 habitants.

Organisme pivot de l'organisation sanitaire, l'hôpital unifié est chargé de résoudre des tâches complexes dans le domaine curatif aussi bien que préventif, s'occupant des soins à donner aux malades (à l'hôpital, dans les polycliniques et les dispensaires, ainsi qu'à domicile) ; de la médecine préventive ; du dépistage en masse et de la surveillance active des maladies chroniques ; de la lutte contre les maladies infectieuses ; de l'éducation sanitaire de la population ; de l'assistance sociale, ainsi que de l'enseignement et de la recherche scientifique.

Par l'unification de l'hôpital proprement dit avec la polyclinique et les dispensaires, on a créé les conditions nécessaires à l'application d'une conception homogène d'assistance médicale, de méthodes uniformes de diagnostic et de traitement, réalisant en même temps une continuité dans la surveillance du malade et de l'état de santé de la population en général. En outre, on assure une assistance médicale hautement qualifiée dans les unités ambulatoires, grâce à l'appui fourni par l'hôpital unifié, qui met à leur disposition les moyens supérieurs d'investigation et de traitement dont il dispose.

Les médecins en chef de ces hôpitaux répondent de la qualité de l'assistance médicale accordée sur tout le territoire pour leur spécialité respective, ils sont appelés en consultation dans les unités ambulatoires, prennent part aux actions d'orientation et de contrôle et surveillent la qualité du diagnostic et les traitements appliqués.

En vue de perfectionner leurs connaissances professionnelles, les médecins travaillant dans les polycliniques viennent périodiquement (pour une durée allant de 3 à 6 mois) et à tour de rôle travailler à l'hôpital ; pendant ce temps, ils sont remplacés à la polyclinique par les médecins de l'hôpital. En même temps, l'unification permet, en employant la même méthode, d'améliorer sans cesse la qualification du personnel auxiliaire.

L'hôpital proprement dit (c'est-à-dire l'unité dotée de lits) possède pour le moins les services des spécialités de base de la médecine : maladies internes, obstétrique, gynécologie et pédiatrie, ainsi que des laboratoires.

Dans les centres universitaires, les hôpitaux servent aussi de base pour l'enseignement universitaire et post-universitaire, devenant de la sorte des hôpitaux cliniques.

La polyclinique. — L'assistance ambulatoire spécialisée est assurée par la polyclinique. Sur le territoire desservi par l'hôpital unifié fonctionnent une ou plusieurs polycliniques.

Dans ces polycliniques, outre les cabinets de consultations par spécialités (maladies internes, chirurgie, obstétrique et gynécologie, pédiatrie) et les laboratoires et services d'investigations et de traitements qui s'y rattachent, il existe également d'autres services, tels que : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, psychiatrie, expertise médicale de la capacité de travail, ainsi que des sections pour l'assistance sociale. Bien souvent, certains services, tels que ceux de tuberculose et de maladies dermato-vénériennes, sont installés dans des locaux propres et sont désignés sous le nom de dispensaires spécialisés. Les polycliniques, en dehors du fait qu'elles accordent l'assistance médicale, participent aussi aux actions de prévention et remplissent un rôle méthodologique, d'orientation à l'égard des dispensaires.

Dans les municipales et dans les villes plus importantes, il existe des polycliniques spéciales pour enfants, avec services et laboratoires spécialisés. Dans les centres universitaires, les polycliniques plus importantes sont également utilisées pour l'enseignement médical universitaire ou postuniversitaire.

Les polycliniques sont en mesure de résoudre la plupart des cas qui se présentent, et jouent un rôle important dans le triage des malades en vue de leur hospitalisation. Elles contribuent de la sorte à diminuer le nombre des cas d'hospitalisation et la durée de celle-ci.

Les dispensaires. — L'institution médicale fondamentale de la circonscription est le dispensaire qui relève, du point de vue fonctionnel et méthodologique, de la polyclinique. Le dispensaire dispose d'un médecin généraliste, d'un pédiatre et de personnel sanitaire auxiliaire (assistante sociale pour les problèmes de la mère et de l'enfant, infirmière visiteuse, infirmière soignante, infirmière pédiatre, sage-femme et assistant d'hygiène). Le médecin de la circonscription déploie son activité aussi bien au dispensaire qu'à domicile, et dans les collectivités d'adultes et d'enfants qui n'ont pas de médecin attiré.

Dans les zones urbaines où la densité de la population est grande, deux, trois ou même quatre circonscriptions sanitaires ont leur siège dans le même local ; la circonscription sanitaire du territoire situé dans le voisinage immédiat de la polyclinique a son siège dans l'enceinte même de celle-ci. On parvient de la sorte à offrir une série d'avantages d'ordre fonctionnel : la continuité du service de l'unité est assurée de jour et de nuit, le malade peut s'adresser, s'il le désire, à n'importe lequel des médecins du dispensaire. En même temps, cela permet d'améliorer la qualité de l'assistance médicale à la population, en complétant l'équipe par un gynécologue et par un ou plusieurs stomatologues, ainsi qu'en dotant l'unité d'un laboratoire pour les analyses médicales courantes et d'installations de radiologie. Dans ces conditions, l'organisation de l'enregistrement, de l'exploitation et de la communication des données statistiques est également améliorée.

Les établissements spécialisés. — Selon les conditions locales, d'autres institutions, appartenant ou non à l'hôpital unifié, sont appelées à prendre part à toutes les actions d'assistance médicale : tel est le cas des hôpitaux et des polycliniques attachés aux entreprises, aux chantiers ou aux institutions ; des hôpitaux et des services d'urgence ; des stations de prélèvement et de conservation du sang ; des services d'ambulance et d'aviation sanitaires ; des sanatoriums et des préventoriums de tuberculose et des hôpitaux, polycliniques et dispensaires pour l'assistance balnéo-climatique.

d) *L'organisation en zone rurale.*

Le pourcentage élevé de population rurale dans l'ensemble de la population du pays (60 %) impose des tâches considérables au réseau médico-sanitaire qui dessert les habitants des villages.

Le développement et la modernisation de l'économie rurale roumaine, l'existence d'entreprises agricoles d'Etat, d'entreprises pour la mécanisation de l'agriculture, de coopératives agricoles de production, ainsi que celle de certaines unités industrielles de traitement ou de conditionnement des produits agricoles, posent de nombreux problèmes d'assistance sanitaire liés à la spécificité de ce secteur. Les particularités même des travaux agricoles demandent une adaptation du programme de travail des unités sanitaires aux exigences qu'imposent les périodes où l'activité productive atteint son plus haut degré, la fluctuation de la population en ces périodes de pointe, ainsi que la dispersion des paysans et des ouvriers agricoles sur de grandes étendues.

Afin de faire face aux tâches complexes qui leur incombent, les institutions sanitaires et médicales du milieu rural sont organisées selon le principe de la territorialité et du lieu de travail, et sont subordonnées aux Directions sanitaires départementales.

Les circonscriptions sanitaires communales, tout comme les circonscriptions sanitaires urbaines ont pour institution principale le dispensaire, dépendant, du point de vue fonctionnel et méthodologique, de l'hôpital territorial. Le dispensaire de la circonscription sanitaire communale accorde une assistance médicale de médecine générale, ainsi que les premiers secours médicaux et chirurgicaux. Il résout en même temps les problèmes d'hygiène et anti-épidémiques sur le territoire qui lui est confié.

La circonscription sanitaire a pour fonction de desservir la population d'une commune donnée. Selon le chiffre de la population et sa répartition en villages, elle peut avoir un ou deux médecins généralistes pour la population adulte, un ou deux médecins pédiatres et un stomatologue. Si la circonscription est suffisamment peuplée, elle peut disposer en outre d'un gynécologue et d'un radiologue.

Les circonscriptions sont pourvues, en outre, des cadres sanitaires auxiliaires nécessaires : assistantes sociales pour le problème de la mère et de l'enfant, infirmières visiteuses, sages-femmes, agents sanitaires pour les désinfections.

Le dispensaire médical d'une circonscription communale possède, outre les cabinets de consultation, une biberonnerie à l'aide de laquelle il contribue à prévenir et à combattre certains facteurs favorisant la morbidité et la mortalité infantiles (dystrophie, rachitisme, dyspepsies, etc.)

Afin de mieux surveiller le territoire du point de vue hygiénique et sanitaire et pour assurer le prompt accès aux premiers secours médico-chirurgicaux, outre le dispensaire central, fonctionnent, dans les villages, des dispensaires dirigés par des médecins, ou à défaut des postes sanitaires pourvus de personnel sanitaire auxiliaire (infirmière soignante, officier de santé ou sage-femme). Ces postes sanitaires reçoivent périodiquement la visite du médecin de la circonscription. Pendant ces visites, le médecin consulte les malades soit au siège même de l'unité, soit à domicile.

Auprès des dispensaires, surtout dans les zones plus isolées, sont aménagées des infirmeries pour adultes et pour enfants, dans lesquelles les médecins de circonscription hospitalisent les malades souffrant de maladies non infectieuses. Il existe en même temps des « maisons d'accouchements » qui assurent une assistance médicale qualifiée ainsi que les soins à donner aux accouchées et aux nouveaux-nés pendant sept ou huit jours. Là où les conditions le permettent, on organise des maisons d'accouchements plus grandes pouvant desservir deux ou trois circonscriptions.

Dans le milieu rural, auprès de certaines entreprises agricoles ou industrielles, fonctionnent aussi des dispensaires médicaux. Afin d'assurer une permanence médicale au siège de l'unité et une assistance médico-sanitaire meilleure, là où les conditions le permettent, les dispensaires des circonscriptions rurales et ceux des entreprises sont installés dans un même local.

Dans les localités rurales plus importantes, là où la densité de la population est grande et qui ont une certaine importance économique, commerciale et culturelle, représentant par conséquent un centre d'attraction pour la population, on a créé des dispensaires plus grands qui desservent plusieurs circonscriptions. Dans certaines d'entre elles on organise même des services ambulatoires ruraux où travaillent des médecins spécialisés.

3. — Cadres médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux.

L'amélioration de l'assistance médicale à la population et, en général, de la protection de la santé, enregistrée depuis vingt-cinq ans, a été rendue possible par les mesures adoptées pour assurer une bonne formation du personnel médical et sanitaire auxiliaire.

L'enseignement médical supérieur de Roumanie continue les traditions, vieilles de plus d'un siècle, de l'école roumaine de médecine et de pharmacie, qui s'est affirmée et a joui d'un grand prestige également sur le plan international.

Malgré les efforts faits dans le passé par les quatre Facultés de médecine et les deux Facultés de pharmacie, en 1948 le nombre des médecins et des pharmaciens était insuffisant aussi bien sous le rapport numérique que par spécialités. Depuis 1948, l'Etat a adopté des mesures en vue de pourvoir tous les départements du pays de cadres médicaux et sanitaires, de sorte qu'en 1968 le nombre total de médecins était de 31.000 (contre 8.234 en 1938), soit un médecin pour 636 habitants, taux qui situe la Roumanie parmi les pays les plus avancés du monde.

a) *Médecins et pharmaciens.*

Pour la formation des médecins et des pharmaciens, la Roumanie compte cinq Instituts d'Etat de médecine et de pharmacie, à Bucarest, Cluj, Jassy, Timisoara et Tirgu Mures, qui comprennent dix-neuf Facultés, à savoir : cinq de médecine générale, cinq de pédiatrie et cinq de stomatologie, trois de pharmacie et une pour l'enseignement post-universitaire des médecins et pharmaciens. L'enseignement est assuré par plus de 2.400 professeurs, maîtres de conférence, chefs de travaux, etc., qui préparent annuellement environ 1.500 médecins de médecine générale, pédiatres, stomatologues et pharmaciens.

Les étudiants sont admis dans les Instituts de médecine et de pharmacie à la suite d'un concours, auquel peuvent se présenter ceux qui ont obtenu le diplôme de baccalauréat. La durée des études est de six ans pour les Facultés de médecine générale, de pédiatrie et de stomatologie et de cinq ans pour la Faculté de pharmacie.

Les plans d'enseignement et les programmes sont différenciés dès la première année. Pour compléter la préparation pratique qui se poursuit pendant les cours, les étudiants effectuent également un stage pratique d'été, d'une durée de six semaines, à la fin des deuxième, troisième et quatrième années. Afin de donner à cette préparation pratique médicale un riche contenu social et prophylactique, les stages ont lieu non seulement dans les cliniques universitaires et dans les hôpitaux, mais aussi dans les poly-

cliniques, les dispensaires de circonscription urbaine ou rurale, les inspections sanitaires d'Etat, les dispensaires antituberculeux, les services qui s'occupent de la lutte contre diverses maladies chroniques, ainsi que dans les services d'assistance sociale. Toujours dans le but de lier étroitement la théorie à la pratique, on a généralisé un stage d'externat d'une durée de deux ans. Pendant ce stage, les étudiants passent quatre heures chaque jour dans divers services spécialisés, où on leur assigne des tâches concrètes d'assistance médicale.

Pour obtenir le diplôme de docteur-médecin ou de pharmacien, l'étudiant qui vient de finir ses études passe l'examen d'Etat, qui consiste à soutenir une thèse préparée au cours des deux dernières années.

Les meilleurs parmi les diplômés des Facultés de médecine ont la possibilité de se présenter à des concours pour occuper des postes d'internes, pour une durée de deux ans. Ainsi les éléments les plus méritants sont sélectionnés en vue d'une préparation encore plus poussée pour la pratique de la médecine. L'internat comprend actuellement plus de 20 % du nombre de ceux qui ont fini leurs études, et ce taux est appelé à augmenter jusqu'à environ 40 %.

La plupart des diplômés sont cependant répartis d'après la moyenne obtenue, leur domicile et leurs aspirations personnelles, comme médecins généralistes dans le milieu rural ou dans les centres urbains de moindre importance. Avant de se présenter à son poste, chacun d'eux complète sa formation pratique pendant une année dans l'hôpital unifié duquel dépend la circonscription où il exercera son activité.

A la fin de l'internat, ou après trois ans d'activité, les jeunes médecins ont le droit de se présenter à un concours de médecins résidants (médecins en second), en vue de se spécialiser dans un domaine de la médecine ou afin d'occuper un poste de médecine générale dans le milieu urbain, de chercheur dans un institut de sciences, ou auprès d'une chaire de l'enseignement médical supérieur.

Afin de stimuler la formation professionnelle des médecins généralistes et pour assurer une continuité à leur activité on a créé les fonctions de médecin principal et de médecin en chef qui peuvent s'obtenir après examen, au bout de cinq ans et de dix ans,

respectivement, d'ancienneté dans le service sanitaire (il va de soi que la montée en grade est accompagnée d'une augmentation correspondante du salaire).

Le stage de médecin résidant a une durée de trois ans et s'effectue dans des cliniques universitaires ou dans des centres méthodologistes. Au cours de leur stage, les médecins résidants sont dirigés par un spécialiste ou un médecin en chef ayant une longue expérience dans la spécialité. A la fin du stage, les médecins résidants obtiennent le titre de médecin spécialiste, à la suite d'un examen organisé par le Ministère de la Santé pour l'une des dix-sept spécialités de base : maladies internes, chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, hygiène, anesthésie et réanimation, dermato-vénérologie, endocrinologie, épidémiologie, laboratoire clinique, médecine légale et anatomie pathologique, neurologie, ophtalmologie, O. R. L., radiologie, psychiatrie, stomatologie. Après avoir pratiqué pendant au moins dix ans, dont huit ans la spécialité choisie, ils peuvent obtenir, toujours après examen, le grade de médecin en chef.

Les médecins spécialistes en stomatologie sont formés soit au cours du stage de médecin résidant (trois ans et examen), soit après avoir fait cinq ans de stage, à partir du moment où ils ont fini leurs études à la Faculté de stomatologie, et passé un examen.

Les pharmaciens qui ont dix ans de service, comptés à partir du moment où ils ont soutenu l'examen d'Etat, peuvent obtenir, après examen, le grade de pharmacien principal.

L'enseignement médical post-universitaire a pour cadre soit la Faculté de spécialisation et de perfectionnement de Bucarest, soit les sections existant dans les Facultés de médecine du pays ; il est suivi annuellement par environ 1.800 médecins et pharmaciens.

Cet enseignement comporte des cours d'une durée d'un an, pour une spécialisation plus poussée dans des domaines précis. Par exemple, les spécialistes en maladies internes peuvent se préparer pour la cardiologie, la rhumatologie ou la gastro-entérologie, sans pour cela abandonner leur spécialité de base.

Il existe aussi des cours de perfectionnement d'une durée plus réduite (de 1 à 4 mois), sur les problèmes actuels de la protection de la santé publique dans les différentes spécialités, ou sur ceux soulevés par l'introduction de nouvelles méthodes et techniques de diagnostic ou de traitement de certaines maladies.

Les pharmaciens peuvent, eux aussi, suivre des cours de spécialisation et de perfectionnement post-universitaire. Après au moins

cing ans de service, ils peuvent se spécialiser dans le contrôle des médicaments, en suivant des cours d'une durée de 8-10 mois ; pour le perfectionnement, il y a, à leur intention, des cours organisés par cycles de 2 - 3 mois.

Quant au perfectionnement des médecins de circonscription, il est réalisé par des cours, des stages et autres méthodes d'instruction, dans le cadre des hôpitaux unifiés départementaux, ainsi que par des cycles de leçons sur les principaux aspects pratiques de l'assistance médicale, qu'on transmet par la télévision.

Pour toute la durée des cours de spécialisation et de perfectionnement, les médecins et les pharmaciens sont transportés et logés gratuitement, et le salaire leur est intégralement payé.

Le Ministère de la Santé envoie chaque année à l'étranger un nombre important de médecins et de pharmaciens pour se perfectionner et se spécialiser et pour des échanges d'expérience, en vertu des accords et des conventions que la Roumanie a conclu avec d'autres pays.

b) *Personnel sanitaire auxiliaire.*

Une attention particulière est accordée à la formation du personnel sanitaire auxiliaire. Il y a actuellement en Roumanie 90.000 personnes appartenant à cette catégorie contre 11.360 en 1938. Les élèves des écoles techniques sanitaires d'assistants médicaux (1) sont recrutés, à la suite d'un concours, parmi les jeunes âgés de 16 à 25 ans qui ont passé leur baccalauréat. La scolarisation dure de 2 à 3 ans, et les domaines pour lesquels ils sont formés (soins à donner aux malades, protection de la santé et assistance sociale, laboratoire médical, pharmacie, technique dentaire, hygiène et épidémiologie) sont étroitement liés aux besoins des unités médico-sanitaires du territoire desservi par l'école respective.

Actuellement, les écoles techniques sanitaires sont fréquentées par 1.300 élèves. Le Ministère de la Santé organise périodiquement, en collaboration avec le Ministère de l'Enseignement, des cours de récapitulation des connaissances et de perfectionnement professionnel pour le personnel enseignant dans ces écoles, ainsi que pour les assistantes médicales.

(1) Titre équivalent à celui d'infirmière diplômée, qui est utilisé dans notre pays.

Le personnel sanitaire auxiliaire — infirmières soignantes, infirmières de pédiatrie et sages-femmes — est formé dans des écoles professionnelles. Le recrutement des élèves pour ces écoles se fait également à la suite d'un concours, auquel peuvent se présenter les jeunes filles ayant terminé les huit classes élémentaires (l'équivalent de quatre classes de lycée), âgées de 17 à 20 ans. La durée des cours est de deux ans. Sorties de ces écoles, les infirmières et les sages-femmes sont réparties dans la localité d'où elles proviennent, ce qui favorise la stabilité du personnel, surtout dans le milieu rural.

Le perfectionnement de ce personnel est réalisé sur le plan local, par des cours et des stages pratiques de courte durée, organisés par les unités sanitaires.

*
* *

Les médecins qui travaillent dans le milieu rural ou dans des zones où les conditions de vie et de travail sont plus dures, reçoivent, en dehors du salaire, une indemnité spéciale. Ils bénéficient également d'un crédit remboursable à longue échéance, pour se faire construire une habitation personnelle. Une indemnité spéciale est également accordée aux spécialistes des polycliniques et des formations ambulatoires, à ceux du réseau d'hygiène et de santé publique et des stations d'ambulances, ainsi qu'au personnel auxiliaire qui travaille dans les sections de pédiatrie, d'obstétrique-gynécologie et de psychiatrie.

Pour l'activité déployée dans le milieu contagieux (maladies infectieuses et tuberculose) ou présentant des risques d'irradiation (radiologie), on ajoute au salaire un supplément mensuel. Les médecins qui assurent la permanence dans les unités médicales en dehors de leur horaire de travail reçoivent une rétribution particulière.

Il existe également un fonds spécial de primes annuelles pour ceux qui ont obtenu dans leur travail des résultats remarquables.

Pour les médecins qui ont une longue activité dans le domaine médical et qui se sont distingués par leur compétence sur le plan professionnel, le titre de médecin émérite a été créé. A ceux qui déploient une activité scientifique remarquable, on décerne le titre de docteur ès sciences médicales.

Dans le secteur de la protection de la santé publique, on a institué l'Ordre et la Médaille « de Mérite sanitaire » ; à partir de 1969, on fête, le 7 avril, « La Journée de la Santé ».

4. — Les moyens matériels.

La multiplication des besoins de la population en matière d'assistance médicale que favorise aussi le cadre large de la gratuité, ainsi que les exigences grandissantes quant à sa promptitude et à sa qualité soulèvent des problèmes particulièrement importants pour l'orientation des investissements sanitaires.

L'élaboration des programmes et des plans de développement et de dotation technique des unités sanitaires de Roumanie s'appuie sur la connaissance des besoins sanitaires de la population, besoins déterminés par le niveau, la structure et les tendances de la morbidité, ainsi que par les particularités des phénomènes démographiques, caractérisée actuellement par l'augmentation du taux de la population âgée, et une hausse du taux de la natalité, conséquence des mesures législatives prises en 1966. L'orientation prophylactique dans la protection de la santé publique, ainsi que la nécessité de satisfaire à la forme la plus sollicitée de l'assistance médicale, a imposé le développement des unités médicales ambulatoires. C'est la raison pour laquelle une bonne partie des investissements faits par l'Etat est destinée à la construction de polycliniques.

a) *Investissements et constructions sanitaires.*

L'Etat fournit, dans le cadre du programme d'investissements, les fonds nécessaires à l'aménagement et à l'équipement des établissements sanitaires. Le quota alloué aux actions sanitaires est fonction, d'une part, des besoins de la protection de la santé publique et, d'autre part, des possibilités matérielles existantes. Au cours des deux dernières décennies, les fonds alloués pour le développement ou l'équipement des unités dans le secteur sanitaire ont été sans cesse augmentés. La moyenne annuelle des investissements s'est élevée, passant de 220 millions de lei environ (73 millions de francs) pour la période 1951-1955, à 535 millions de lei environ (175 millions de francs) pour la période 1966-1970.

Les exigences considérables de la population, ainsi que celles que dictent la nécessité d'appliquer promptement les conquêtes de la science dans la pratique médicale, et les caractéristiques de la morbidité, font que les investissements sont dirigés, dans une proportion importante, vers le secteur de l'assistance spécialisée. En conséquence, au cours de ces dernières années, on a construit d'importants établissements sanitaires équipés de moyens d'investigation et de traitement modernes. Rien qu'au cours de la période 1960-1968, on a créé 60 nouvelles polycliniques, ce qui porte leur nombre à 414, contre 37 en 1938. En 1969 et 1970 devaient être créées 27 nouvelles polycliniques.

Le réseau d'établissements médicaux pourvus de lits connaît également un développement soutenu : en 1969, il comptait près de 159.000 lits pour l'assistance médicale (8 lits pour 1.000 habitants), soit 4,7 fois plus qu'en 1938.

En 1970, ce réseau devait s'enrichir de 7.800 nouveaux lits, la plupart dans les grands hôpitaux situés dans les centres départementaux, municipaux et urbains.

Afin de réaliser dans ces nouvelles constructions hospitalières un équilibre harmonieux entre les critères médicaux et économiques (fonctionnement correct, soins satisfaisants aux malades, confort), les architectes sont aidés, pour l'élaboration de leurs projets, par des médecins appartenant à différentes spécialités.

Les types d'hôpitaux les plus courants sont : pour les centres urbains de moyenne importance, 300 - 500 - 600 lits ; pour les grands centres, 900 - 1.000 lits (couplé avec les polycliniques). Les hôpitaux universitaires possèdent environ 1.000 lits et le complexe clinique qui sera construit à Bucarest est prévu pour une capacité de 1.500 lits. Parmi les hôpitaux construits au cours des dernières années, rappelons ceux de Constantza (900 lits) (1), de Hunedoara (700 lits), de Suceava (600 lits), du municpe Gheorge Gheorghiu-Dej (430 lits), de Slobozia (420 lits), de Medgidia (300 lits), l'hôpital pour enfants (250 lits) et la maternité (350 lits) de Bacau (1) ainsi que l'institut oncologique de Cluj (200 lits). Mentionnons, en outre, la construction de l'hôpital des urgences et du service des ambulances de Bucarest, ainsi que celle de quelques centres pour le prélèvement et la conservation du sang dans différents municipes et villes du pays. Sont encore en voie de construction les hôpitaux

(1) Ces établissements ont été visités par notre délégation.

de Galatzi (1.100 lits), de Craiova (1.000 lits), de Baia Mare (900 lits), de Caransebes (300 lits), ceux de pédiatrie d'Oradea et de Jassy (400 lits chacun).

Pour l'avenir, en dehors de la construction d'hôpitaux généraux pour maladies aiguës, on projette également la construction d'établissements où les soins à donner aux malades n'imposent pas l'emploi en permanence de l'équipement technique ni une surveillance médicale intensive (malades ayant dépassé la phase aiguë de la maladie, malades souffrant d'affections chroniques dégénératives ou incurables, etc...).

Dans les hôpitaux nouvellement construits, pour un lit, il y a une surface utile d'environ 6,5 mètres carrés, une unité de soins compte 25 lits, une unité d'hospitalisation 50, 75 ou 100 lits.

La construction des nouveaux hôpitaux est couplée à celle des polycliniques, les services communs (laboratoires et services technico-administratifs) étant polyvalents.

Les dimensions des polycliniques varient en fonction du chiffre de la population à desservir, leur capacité journalière étant de 600, 1.800 ou 2.800 consultations. Celles appartenant à ce dernier type desservent 120.000 - 140.000 habitants et leur existence ne peut être justifiée que dans les grands centres urbains où il y a des zones d'une grande densité de population, et surtout lorsqu'elles remplissent aussi des fonctions enseignantes comme les polycliniques universitaires de Bucarest et de Jassy.

Pour l'assistance ambulatoire de médecine générale, dans les nouveaux quartiers des centres urbains, on construit des dispensaires qui desservent de deux à quatre circonscriptions sanitaires (10.000 à 20.000 habitants). En général, le développement de ces institutions est en corrélation avec les constructions édilitaires urbaines et s'inscrit dans les plans d'aménagement des localités. Rien qu'à Bucarest, on a bâti, au cours des huit dernières années, 22 de ces unités, auxquelles il convient d'ajouter celles construites à Cluj, Oradea, Bacau, etc.

Par rapport aux 1.239 dispensaires médicaux que le pays comptait en 1938, en 1969, il y en a environ 4.700 en fonction, dont environ 3.000 en milieu rural.

b) *Équipement des établissements sanitaires.*

Afin de faciliter l'établissement d'un diagnostic aussi précis que possible et de fixer une thérapeutique appropriée, on accorde une attention toute particulière à l'équipement des institutions sanitaires en appareils et instruments médicaux modernes, ce qui impose à l'Etat des charges financières de plus en plus lourdes.

C'est au Ministère de la Santé que revient la tâche de coordonner la production et l'importation d'appareils et instruments médicaux.

Afin d'établir les besoins en matériel des établissements sanitaires, on tient compte de leurs attributions (hôpital rural, urbain ou départemental), de leurs caractéristiques (hôpitaux généraux ou spécialisés), des fonctions méthodologistes qu'ils remplissent et de leur éventuelle destination comme centre d'enseignement ou de recherches (hôpitaux, cliniques universitaires, instituts de recherches avec sections cliniques).

En vue de doter de façon rationnelle et différenciée les établissements médicaux, le Ministère de la Santé a élaboré une nomenclature minimale de l'équipement nécessaire à chaque type d'institution. Ces éléments étant connus, on planifie la production roumaine d'appareils médicaux nécessaires pour les besoins intérieurs et pour l'exportation, et on assure en même temps les fonds en devises pour l'importation.

La production d'appareils et instruments médicaux est réalisée, dans le cadre d'un programme unique, par des entreprises relevant du Ministère des Constructions mécaniques, du Ministère de l'Industrie légère, du Ministère de l'Industrie chimique et du Ministère de la Santé.

La Roumanie construit des installations de stérilisation de l'équipement pour les salles d'opérations, des fauteuils et appareils dentaires, des appareils d'électrocardiologie et de radiophotographie médicale, etc.

L'outillage et les appareils médicaux dont sont dotés les hôpitaux « Fundeni » et « Panduri », la clinique de neurologie

de l'hôpital Gheorghe Marinescu, la maternité « Polizu », l'hôpital pour enfants « Emilia Irza », l'hôpital des Urgences de Bucarest, l'hôpital clinique de Timisoara, l'hôpital n° 1 de Jassy et l'hôpital n° 2 de Cluj sont comparables à ceux des grands centres similaires d'Europe.

c) *Les médicaments.*

En Roumanie, comme dans d'autres pays, les problèmes que soulève l'utilisation des médicaments dans le cadre de l'assistance médicale sont dus surtout à l'augmentation de leur consommation, à la nécessité d'assurer rapidement la diffusion des nouveaux produits dans la pratique médicale et de combattre les abus dans la prescription et l'administration des médicaments.

En 1967, l'Etat roumain a dépensé pour les médicaments accordés gratuitement plus d'un milliard de lei (330 millions de francs) contre 448 millions en 1960 (150 millions de francs).

Le Ministère de la Santé établit pour chaque année un bilan de médicaments nécessaires et élabore le plan d'importation et d'approvisionnement sur le marché intérieur.

La Roumanie compte onze usines de fabrication de médicaments, subordonnées au Ministère de la Chimie. En 1969, a été créée la Centrale industrielle du médicament qui a pour tâche de coordonner et d'améliorer la production de médicaments.

La production de la fabrique d'antibiotiques de Jassy par exemple, couvre les besoins intérieurs et permet des exportations. Plus de 300 préparations pharmaceutiques et 1.300 réactifs et produits chimiques y sont fabriqués. La nomenclature des médicaments pour l'année 1968 comprend presque 900 spécialités pharmaceutiques.

La recherche scientifique dans le domaine des médicaments est réalisée à l'Institut de recherches chimico-pharmaceutiques de Bucarest et à l'Institut pour le contrôle du médicament, ainsi que dans les laboratoires des chaires de pharmacologie des Facultés de pharmacie. Une commission relevant du Ministère de la Santé et composée de médecins spécialisés dans divers domaines de la médecine est seule en droit d'autoriser la fabrication de nouveaux médicaments. Afin d'éviter d'introduire dans la pratique médicale des médicaments sans efficacité ou dangereux, chaque produit est au préalable expérimenté et mis à l'essai, et la qualité des

médicaments employés est périodiquement soumise au contrôle de laboratoire par les soins de l'Institut pour le contrôle du médicament et par les laboratoires départementaux.

En vue de combattre l'abus de médicaments, on déploie une large activité d'éducation sanitaire de la population au moyen d'imprimés, de la radio et de la télévision, tandis que dans les formations sanitaires et les sociétés scientifiques médicales on cherche avec insistance des moyens efficaces pour combattre, par exemple, l'abus d'antibiotiques.

Les médicaments peuvent être obtenus dans les 500 et quelques pharmacies des établissements sanitaires et dans les près de 1.200 pharmacies publiques, ainsi qu'aux postes pharmaceutiques existant dans les entreprises et dans le milieu rural. La répartition est opérée par l'Office central pharmaceutique et les Offices pharmaceutiques interdépartementaux.

Le 15 mars 1968, le nombre des pharmaciens s'élevait à plus de 4.800, soit un pharmacien pour environ 4.000 habitants.

II. — L'ACTIVITE SANITAIRE

1. — L'activité prophylactique.

Toutes les institutions médico-sanitaires roumaines déploient leur activité sous le signe de la prophylaxie active. Aux actions qu'elles entreprennent participent également les organisations civiques ainsi que de larges masses de la population, par suite d'une intense activité d'éducation sanitaire.

a) *Lutte contre les épidémies.*

La continuelle amélioration, au cours de ces dernières décennies, des conditions de vie de la population, l'élévation du niveau de culture générale et du niveau sanitaire, l'application des progrès réalisés dans le domaine de l'immunologie et de la chimiothérapie ont contribué à un spectaculaire recul des affections épidémiques.

C'est l'Inspection sanitaire d'Etat qui dirige l'action antiépidémique, par l'intermédiaire de sa section spécialisée et de ses laboratoires. L'assistance antiépidémique (y compris les soins aux malades, à l'hôpital et à domicile) est gratuite. Les maladies transmissibles doivent être déclarées et les malades isolés, conformément à la législation antiépidémique du pays et aux règlements internationaux. En même temps, les porteurs de germes sont surveillés et traités en vue de neutraliser la source d'infection.

Afin de limiter les voies de transmission, outre les mesures générales d'hygiène, la législation roumaine prévoit des désinfections à effectuer dans les foyers par des équipes spéciales, ainsi que des désinfections périodiques à caractère prophylactique. Afin d'augmenter la résistance spécifique de la population, on pratique l'immunisation obligatoire et gratuite des enfants, par des vaccinations antivarioliques, antidiphthériques, antitétaniques, antituberculeuses et antipoliomyélitiques. Pour prévenir et combattre l'hépatite endémique, on entreprend de larges actions prophylactiques et on pratique la prophylaxie par la gammaglobuline. Les produits biologiques (sérums, vaccins et antigènes) nécessaires à la lutte

antiépidémique sont préparés par l'Institut de microbiologie, parasitologie et épidémiologie « Dr I. Cantacuzino ». Depuis quelque temps, cet Institut produit aussi le vaccin antipoliomyélitique vivant atténué, des vaccins mixtes, ainsi que d'autres vaccins atténués ou purifiés.

L'activité antiépidémique se déroule dans le cadre d'un programme de surveillance du territoire, ce qui permet d'attaquer avec efficacité les anneaux épidémiologiques dans leur phase potentielle. Il faut souligner que, conformément à ce plan, on entreprend des actions systématiques de contrôle sur l'état d'immunité de la population, en pratiquant des tests sur des échantillons représentatifs. En même temps, un contrôle systématique est exercé sur la circulation de certains germes, tels que les bacilles diphtérique et dysentérique, les salmonelles, les streptocoques hémolytiques, etc.

En ce qui concerne la prévention et la lutte contre les zoonoses, l'action antiépidémique est menée en étroite liaison avec celle entreprise par les organismes vétérinaires.

Grâce à l'intense activité antiépidémique menée au cours de ces dernières décennies, d'importants résultats ont été obtenus en ce qui concerne la réduction de la fréquence de certaines maladies infectieuses. Ainsi la morbidité due aux maladies transmissibles — pour 100.000 habitants — a été réduite d'une manière spectaculaire : diphtérie, de 15,6 cas à 0,16 cas ; typhoïde, de 34,3 cas à 2,3 cas ; poliomyélite, de 7,2 cas à 0,14 cas, etc.

Bien que des succès évidents aient été obtenus, l'intensité des actions antiépidémiques ne diminue pas. Même dans le cas de certaines maladies infectieuses en voie d'éradication, la présence des agents pathogènes oblige à poursuivre les immunisations préventives, ainsi qu'à étudier les éventuelles transformations des agents en cause.

Bien que les maladies exotiques, telles que la variole, le choléra, la peste aient depuis longtemps disparu de Roumanie, le danger de leur propagation persiste, à cause de l'entrée de personnes en provenance de territoires à foyers endémiques et dont les déplacements sont favorisés par les moyens modernes de transport. C'est pourquoi la Roumanie a adhéré aux conventions sanitaires internationales relatives à la prophylaxie des maladies contagieuses.

b) *La lutte contre les pollutions.*

Bien qu'au cours des dernières décennies, en Roumanie, ainsi que dans d'autres pays, d'importants progrès aient été réalisés dans l'action d'assainissement du milieu extérieur, la législation sanitaire en cours prévoit encore de nombreuses mesures se rapportant au contrôle hygiénique de l'habitat, à l'approvisionnement en eau potable et à la protection de l'air, de l'eau et du sol contre les impuretés, mesures rendues plus nécessaires par l'intense processus d'urbanisation et d'industrialisation du pays.

Dans la période 1960-1968, plus de 426.000 appartements ont été construits aux frais de l'Etat, et jusqu'en 1970 on en bâtitra plus de 120.000, dotés d'installations sanitaires modernes.

Dans la période 1966-1970, la quantité d'eau potable distribuée à la population a augmenté de 40 % ; le réseau de distribution de cette eau s'accroît de 2.400 kilomètres et celui de canalisation de 1.500 kilomètres. Dans le même temps, des stations modernes d'épuration des eaux résiduelles seront construites dans les villes et les entreprises, pour la protection des bassins naturels.

Malgré les avantages que présente cette urbanisation soutenue des localités du pays pour le développement de la vie sociale et économique et pour l'amélioration du confort, l'intense agglomération de la population et des moyens de production représente aussi des facteurs nocifs en puissance pour le milieu de vie et l'état de santé. C'est pourquoi la législation sanitaire roumaine édicte des normes très sévères se rapportant au degré de pollution de l'air atmosphérique par les poussières et les gaz industriels, et fixe les zones admises pour l'implantation des établissements industriels de différentes catégories.

La diminution et l'élimination des bruits citadins, facteur de fatigue et d'amointrissement de la capacité de travail, entrent dans les préoccupations de plusieurs institutions scientifiques de recherche qui s'emploient à en établir les sources, leur importance et les moyens de les éliminer.

La prévention des accidents de la circulation routière — bien que celle-ci soit peu dense — préoccupe également les organismes sanitaires.

L'utilisation sur une échelle de plus en plus vaste des radiations ionisantes dans l'industrie, dans la recherche scientifique et en

médecine a accru les risques de pollution de l'air atmosphérique, du sol, de l'eau et des produits alimentaires, ainsi que les risques de maladie pour le personnel qui travaille avec des sources radio-actives. C'est pourquoi l'on pratique un contrôle systématique des lieux de travail où le personnel est exposé au danger des radiations; ainsi que de la radio-activité des eaux souterraines, du sol, de l'air et des produits alimentaires. La loi prévoit certaines conditions pour la conservation et l'utilisation des produits radio-actifs, ainsi que pour l'élimination des résidus. L'installation de tout laboratoire de radio-isotopes ne se fait qu'avec l'autorisation de l'Institut de physique atomique et des organismes sanitaires.

L'action menée en vue de l'assainissement du milieu extérieur est contrôlée par les sections respectives appartenant aux inspections sanitaires d'Etat départementales.

Par le contrôle sanitaire préventif, l'Inspection sanitaire d'Etat s'emploie, dès la phase du projet de l'aménagement des agglomérations et des objectifs, à faire respecter les normes d'hygiène. De même, il vérifie la manière dont les constructeurs ont respecté les normes sanitaires. Par la suite, ces installations restent soumises à un contrôle sanitaire périodique.

c) Contrôle des denrées alimentaires.

Le contrôle sanitaire des aliments est considéré en Roumanie comme un service préventif de santé publique d'une grande importance. L'un des objectifs principaux de l'hygiène de l'alimentation est la protection de la santé publique contre les maladies pouvant être causées par les aliments de mauvaise qualité, altérés, dégradés par des additifs nocifs, ou, accidentellement, par des insectes, des fongicides, des matériaux plastiques et autres substances. Le contrôle des produits alimentaires assure la qualité hygiénique et nutritive satisfaisante de ces derniers. Afin de répondre au développement incessant de la production industrielle d'aliments et de la production d'articles agro-alimentaires, à l'application de la chimie dans l'agriculture, à l'organisation moderne de la vente des aliments et du secteur d'alimentation publique, des lois et des normes sanitaires très complètes ont été élaborées.

Par ces prescriptions légales, on a réduit le nombre des colorants alimentaires synthétiques, on a réglementé l'emploi de substances chimiques et des antioxydants pour les conserves, on a

établi les conditions chimiques que doivent réunir les matières plastiques utilisées dans le secteur alimentaire ; on a précisé les méthodes d'identification et de dosage des colorants et des substances toxiques dans l'alimentation.

Ces contrôles font partie des attributions des sections d'hygiène alimentaire relevant des Inspections sanitaires départementales. Ils débutent par l'autorisation des projets de construction des installations industrielles et se poursuivent par l'autorisation des nouveaux procédés et par les investigations effectuées sur le potentiel épidémiologique et toxicologique des produits proposés.

Afin d'assurer l'hygiène de l'alimentation, le Ministère de la Santé et les Inspections sanitaires départementales collaborent avec le Conseil supérieur de l'Agriculture, avec les Ministères du Commerce intérieur, du Commerce extérieur et de l'Industrie alimentaire et l'Institut de Recherches de ce dernier, ainsi qu'avec l'Institut d'Hygiène.

Les chercheurs scientifiques et les cadres spécialisés travaillant dans les domaines respectifs étudient le niveau de la morbidité due aux maladies carencielles et aux maladies de la nutrition, les conséquences de la suralimentation (l'obésité), la corrélation existant entre le régime alimentaire et les maladies cardiovasculaires ainsi que d'autres aspects de la pathologie. En même temps on poursuit des investigations sur le niveau de l'état de nutrition de la population et sur le nécessaire alimentaire en protéines, amino-acides et éléments minéraux. En partant de ces recherches, on a pu établir des normes rationnelles d'alimentation, en fonction de l'effort physique, des facteurs du milieu et de l'état physiologique. En même temps, en vue de l'application de ces normes, des tableaux ont été élaborés pour la composition des aliments.

Une intense activité d'éducation sanitaire est menée aussi dans le but de promouvoir une alimentation rationnelle.

d) La protection maternelle et infantile.

La protection de la mère et de l'enfant occupe une place importante dans la politique sociale et sanitaire de l'Etat roumain. L'activité dans ce domaine s'appuie sur de nombreuses mesures socio-économiques, culturelles, sanitaires, destinées à assurer la formation d'une génération saine et son développement physique et intellectuel harmonieux.

La Constitution du pays prévoit pour la femme des droits égaux à ceux de l'homme dans tous les domaines de l'activité humaine : économique, politique, juridique, social et culturel. Les hommes et les femmes ont des droits égaux en ce qui concerne le travail, le salaire, le repos, les assurances sociales et l'enseignement, ainsi que dans l'exercice des fonctions politiques et administratives de l'Etat.

L'Etat vient en aide aux mères ayant de nombreux enfants et aux mères seules, accorde des congés payés aux salariées enceintes, organise des maternités, des crèches, des garderies d'enfants, etc. Il protège le mariage et la famille et défend les intérêts de la mère, de l'enfant et des jeunes.

Le Code de la famille régleme les relations économiques et sociales entre les époux, ainsi qu'entre parents et enfants, garantissant l'intervention protectrice de l'Etat au bénéfice de l'enfant dans les cas d'adoption, de tutelle, lorsqu'il s'agit d'établir la filiation ou en cas de divorce.

Dans le cadre des Conseils populaires, fonctionne l'autorité tutélaire, qui peut intervenir pour prêter assistance à l'enfant toutes les fois que son développement physique, moral ou intellectuel est en danger.

Le Code du travail régleme également les obligations et les droits des femmes salariées. Les femmes enceintes, celles qui allaitent ou qui sont souffrantes ne sont pas employées à des travaux pénibles ; leur affectation à un poste de travail moins fatigant n'entraîne aucune réduction de salaire.

Les salariées ont droit à un congé d'accouchement payé de 16 semaines (1) et à des congés médicaux pour soigner l'enfant de moins de deux ans, malade. La femme ayant des enfants âgés de moins de 7 ans a le droit de travailler à mi-temps.

Les femmes enceintes et les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, les élèves et les étudiants ont droit à des soins médicaux gratuits ainsi qu'à une hospitalisation gratuite.

Le Code du travail interdit l'embauche des enfants au-dessous de l'âge de 14 ans. Entre 14 et 16 ans, ils ne peuvent être embauchés qu'avec l'avis favorable du médecin et le consentement de leurs représentants légaux, ils ont un horaire réduit de travail (6 heures) ;

(1) En France, la durée du congé maternité est de 12 semaines.

ils ne peuvent pas être employés pour des travaux durs ou nuisibles à leur santé. Les jeunes gens au-dessus de 16 ans peuvent travailler de nuit seulement dans certains secteurs.

L'Etat accorde une allocation mensuelle spéciale pour chaque enfant, une prime de maternité à partir du troisième enfant, une aide familiale d'Etat pour les familles à partir du quatrième enfant, une aide aux épouses des militaires accomplissant leur service, etc.

La mère non mariée et l'enfant illégitime jouissent dans la société des mêmes droits que la mère mariée et l'enfant légitime.

Pour les orphelins ou pour ceux qui ne peuvent être élevés en famille, des institutions spéciales ont été organisées pour assurer leur entretien (par groupe d'âge : jusqu'à trois ans, entre trois et sept ans). En même temps, on a réglementé un système pour le placement de ces enfants dans des familles, l'Etat fournissant une contribution mensuelle pour leur entretien.

Pour les mères ayant de nombreux enfants, des ordres, des médailles et des distinctions spéciales ont été créés (la Gloire maternelle, la Mère héroïne, etc.).

La loi des pensions de retraite prévoit une réduction des années de service nécessaires pour les femmes qui ont élevé plusieurs enfants.

L'assistance médicale de gynécologie-obstétrique, destinée à diminuer la morbidité gynécologique, la morbidité et mortalité maternelle, la prématurité et la mortinatalité, est assurée gratuitement, dans le milieu urbain par les médecins gynécologues des polycliniques et des maternités et dans les communes rurales par les médecins de circonscriptions rurales avec l'aide des spécialistes des centres urbains et départementaux. Dans le cadre des circonscriptions médico-sanitaires rurales fonctionnent des maisons d'accouchement.

Le personnel médical est aidé dans son activité par des sages-femmes et des assistantes sociales pour les problèmes sociaux de la mère et de l'enfant.

Dans le milieu rural, aussi bien que dans le milieu urbain, à la demande de l'intéressée ou avec l'aide des sages-femmes et des infirmières visiteuses, chaque femme enceinte est placée — aussi tôt que possible — sous la surveillance du médecin. Celui-ci fait subir un examen médical complet et décide des mesures médico-sociales qu'il est nécessaire de prendre. Pendant les premiers sept mois de grossesse, la femme est examinée chaque mois par

le médecin, puis toutes les deux semaines pendant le huitième et le neuvième mois et, à chaque occasion, elle reçoit les recommandations nécessaires et, s'il y a lieu, un traitement. A partir du septième mois de grossesse, les femmes enceintes sont également surveillées par les assistantes sociales appartenant au réseau médico-sanitaire infantile. Grâce aux conditions favorables créées par l'Etat, la grande majorité des femmes accouchent dans des établissements hospitaliers, le taux de ces accouchements est passé de 6,5 % en 1948 à 87,4 % en 1967, et atteint 98,5 % dans le milieu urbain. Alors que dans le passé il n'y avait aucune maison d'accouchements dans les communes rurales et dans les villages, en 1969, leur nombre s'élève à plus de 1.800.

L'assistance à l'accouchement à domicile est assurée par les médecins et, dans les villages très éloignés de la maison d'accouchements, par des sages-femmes qualifiées.

A sa sortie de la maternité, l'accouchée est surveillée à domicile, pendant vingt et un jours par la sage-femme et, au besoin, par le médecin.

Pour que la mère puisse soigner son premier enfant avec compétence, on organise des cours spéciaux d'éducation sanitaire dans le cadre de ce qu'on appelle l'Ecole de la mère et on mène une incessante activité d'éducation sanitaire dans la famille, tâche qui revient à l'infirmière visiteuse.

Pour ce qui est des gynécopathies, des consultations spéciales sont pratiquées dans les entreprises. Les femmes présentant des états pathologiques sont traitées par des médecins spécialistes.

La protection de l'enfant commence dès la période préconceptionnelle, par l'examen médical obligatoire au moment du mariage ; elle continue dans la période prénatale, par le dépistage précoce (dès le troisième mois) et la surveillance médicale de la future mère, par son éducation sanitaire et les mesures prises pour assurer de bonnes conditions à l'accouchement. Après la naissance, la protection de l'enfant se manifeste de façon directe. Dans les maternités fonctionnent des sections de nouveau-nés qui ont pour rôle d'assurer une assistance médicale différenciée et de prévenir les infections.

Dans les 48 heures qui suivent sa sortie de la maternité l'enfant est visité à domicile par le médecin et l'assistante. Par la suite, il est surveillé par l'assistance sociale, en fonction du degré de

maturité, de son état de santé et son développement physique, des conditions d'hygiène de la famille et des connaissances que possède la mère en matière de soins à donner aux nouveau-nés. Le développement psychophysique de l'enfant est suivi, au cours de la première année de vie, par des visites à domicile, d'abord bimensuelles, puis mensuelles, effectuées par l'infirmière visiteuse, et par des consultations de puériculture que le médecin donne chaque mois au dispensaire. Dans le cadre de ces activités, on cherche aussi à découvrir s'il y a carence alimentaire, à dépister les états morbides dans leur phase initiale pour prendre à temps les mesures nécessaires, tout en s'occupant activement de l'éducation sanitaire de la mère. Pour les enfants bien portants, on donne des consultations au dispensaire, trimestriellement, s'ils ont entre 1 an et 3 ans, puis une ou deux fois par an jusqu'à l'âge de 14 ans.

Le médecin pédiatre du dispensaire de la circonscription rurale ou urbaine, aidé par l'infirmière soignante et par l'infirmière visiteuse, a sous sa surveillance environ 1.000 à 1.200 enfants de 0 à 14 ans. Il est aidé et conseillé dans son activité par le personnel spécialisé des polycliniques et des hôpitaux d'enfants des centres urbains ou départementaux.

Les cabinets médicaux des crèches et des jardins d'enfants jouent un rôle important dans la protection de la santé et l'assistance à l'enfant. Le nombre de places dans ces unités augmente sans cesse. Jusqu'en 1970, rien que par les nouvelles constructions qui s'élèveront, il y aura 9.000 places de plus pour les crèches et 4.000 pour les jardins d'enfants dans le milieu urbain. Le réseau de crèches et jardins d'enfants saisonniers dans le cadre des coopératives agricoles de production connaîtra également un développement important, afin d'être en mesure de recevoir, dans la période des travaux agricoles, 150.000 enfants environ. Les préventoriuns pour enfants ainsi que les maisons pour enfants accomplissent d'importantes tâches dans le domaine des soins médicaux.

Au cours de leur première année de vie, on accorde une attention spéciale aux enfants nés avant terme ou n'ayant pas le poids, à ceux au-dessous de six mois alimentés artificiellement ou de façon mixte, aux enfants dystrophiques, rachitiques, aux jumeaux, etc. Les enfants qui présentent des affections chroniques (rhumatismes, hépatite, maladies respiratoires, neuro-psychiques, endocrines, oculaires, etc.) sont inclus dans une catégorie spéciale et sont placés sous la surveillance active des unités sanitaires.

Parmi les institutions qui jouent un rôle important dans l'action de prophylaxie, nous citerons aussi les cabinets de culture physique médicale des polycliniques pour enfants, qui ont pour tâche de dépister et de corriger certaines déficiences physiques. Pendant les vacances d'été et d'hiver, on organise, dans un but prophylactique, des colonies et des camps d'enfants à la mer et à la montagne, ainsi que des excursions.

Pour la protection de la santé de l'enfant, il faut aussi mentionner des sanatoriums de tuberculose pulmonaire et ostéo-articulaire, des maisons de post-cure antirhumatismale, des centres de récupération des séquelles de la poliomyélite, des cabinets de neuro-psychiatrie infantile et d'endocrinologie, des sanatoriums pour névrose et des foyers-hôpitaux avec un programme scolaire différencié pour les déficients psychiques, des foyers-écoles pour les déficients sensoriels et moteurs.

Le personnel médical mène une activité soutenue dans le cadre des formations sanitaires ainsi que dans les familles. Au cours d'une année, les infirmières visiteuses effectuent, sur tout le territoire du pays, plus de 9 millions de visites à domicile, les médecins pédiatres, en dehors de ceux travaillant dans les circonscriptions, accordent plus de 2 millions de consultations et de traitements ; de son côté, le personnel sanitaire effectue plus de 14 millions de vaccinations et de revaccinations.

Dans les villes, on effectue une moyenne annuelle de vingt consultations et traitements par enfant.

e) *Médecine scolaire et universitaire.*

L'activité dans le domaine de la médecine scolaire, qui vient compléter l'activité des circonscriptions sanitaires, a pour but d'assurer la protection de la santé des enfants et des jeunes et d'accroître leur capacité de travail, afin qu'ils puissent bénéficier au maximum de l'instruction qu'ils reçoivent dans l'enseignement élémentaire, moyen et universitaire.

Pour connaître l'état de santé, un contrôle périodique qui consiste en un examen général clinique et anthropométrique est effectué par le médecin scolaire (ou à défaut, par le pédiatre ou le

généraliste de la circonscription). De la sorte divers troubles peuvent être dépistés à leur stade initial et recevoir le traitement approprié.

Des bilans de l'état de santé sont également dressés, à certaines étapes du développement des enfants : avant leur entrée à l'école en première élémentaire (6 ans), en quatrième élémentaire (10 ans), en huitième élémentaire (14 ans) et ensuite dans la dernière classe du lycée (la douzième) (18 ans). Ce sont des examens complexes qu'effectuent les pédiatres et les médecins des diverses spécialités : O. R. L., ophtalmologie, stomatologie, endocrinologie, maladie rhumatismale, phthisiologie, culture physique médicale, neuro-psychiatrie.

Pour les enfants présentant des déficiences sensorielles de la vue, de l'ouïe et de la parole, des déficiences physiques et intellectuelles graves, ne permettant pas leur instruction dans les écoles de culture générale, le Ministère de la Santé et de l'enseignement ont créé des unités d'enseignement spécial. Dans ces institutions, l'assistance médicale et sociale est assurée en même temps que l'enseignement général et professionnel.

En ce qui concerne l'enseignement supérieur, l'admission en première année est précédée d'un contrôle médical complet. Ensuite des contrôles médicaux périodiques sont effectués annuellement. Les étudiants qui présentent des symptômes pathologiques spéciaux sont surveillés par les médecins spécialistes des polycliniques universitaires.

S'appuyant sur les études effectuées, on a établi des normes pour les conditions hygiéniques sanitaires auxquelles doivent répondre les locaux d'enseignement. En étudiant avec soin le régime d'activité et de repos des élèves, on a pu adapter le plan d'enseignement et les programmes analytiques aux particularités psycho-physiologiques des enfants.

Les cabinets médicaux scolaires surveillent la santé des élèves, assurent l'assistance médicale, contrôlent les conditions d'hygiène et déploient une activité antiépidémique (vaccination, etc.). Un cabinet est prévu pour un nombre de 1.500 à 2.000 élèves, et le service y est assuré par un médecin scolaire et une infirmière. Ces derniers temps, on a affecté à un nombre de plus en plus grand de ces cabinets des médecins stomatologues qui surveillent et soignent les élèves ayant des affections bucco-dentaires.

Le personnel médical scolaire travaille en étroite collaboration avec le personnel enseignant et surtout avec les maîtres de classe et les professeurs de culture physique. Les programmes d'enseignement comprennent aussi des cours d'éducation sanitaire, d'hygiène individuelle et collective et, pour les dernières classes, des cours sur les problèmes d'éducation sexuelle.

f) *Médecine du travail.*

L'industrialisation a amené de profondes modifications dans la vie du peuple roumain. Une partie de plus en plus grande de la population active travaille dans l'industrie. Le développement devant se poursuivre à un rythme intense durant la période 1971-1975, la santé des travailleurs de l'industrie et l'amélioration incessante des services de la médecine du travail font l'objet d'une attention particulière.

Grâce aux recherches effectuées par les instituts d'hygiène, par l'Institut de protection du travail et par d'autres instituts scientifiques départementaux, on a pu élaborer une vaste législation dans le domaine de l'hygiène du travail, adopter un programme de rationalisation de la production selon des critères hygiéniques et physiologiques, établir les limites maxima admissibles pour les substances toxiques dans l'atmosphère de travail, et améliorer ainsi les conditions de travail dans les entreprises.

La législation prévoit un examen médical préventif obligatoire au moment de l'embauche et un contrôle portant sur l'adaptation au travail. Tous les salariés sont soumis, au moins une fois par an, à un examen médical général. Pour ceux qui travaillent à l'aide de substances toxiques ou dans d'autres conditions pouvant nuire à la santé, un contrôle médical préventif est périodiquement effectué par des brigades de médecins spécialistes, au cours duquel certains examens de laboratoire sont obligatoires, en rapport avec la spécificité du travail. Par ces examens médicaux, on cherche à dépister précocement les maladies et de préciser la capacité réactionnelle de l'organisme à l'égard de certaines conditions de travail qui pourraient être nocives.

La législation prévoit l'obligation, pour la direction de l'entreprise et pour ses services médicaux, de déclarer les maladies professionnelles et les accidents du travail.

En cas d'incapacité temporaire de travail, le poste et même le lieu de travail peuvent être changés ou l'horaire réduit sans que cela entraîne une diminution du salaire ; il va de soi que les malades ont des congés médicaux payés.

Les Inspections sanitaires d'Etat contrôlent la façon dont les entreprises appliquent les mesures législatives d'hygiène du travail et respectent les normes sanitaires se rapportant aux facteurs nocifs chimiques, physiques ou biologiques pouvant exister sur les lieux de travail. Elles ont même le droit absolu de fermer une entreprise qui s'abstiendrait d'observer les prescriptions. En même temps, ils accordent les autorisations pour l'emploi de nouvelles substances ou de nouveaux procédés technologiques, conformément aux normes d'hygiène établies par la loi.

L'activité dans le domaine de la médecine du travail se déroule dans les 683 dispensaires d'entreprises avec médecin attitré, dans les 1.363 postes sanitaires, les 106 polycliniques d'entreprise, ainsi que dans les 76 hôpitaux d'entreprise, d'institution et de chantier.

Les dispensaires d'entreprise, ayant à leur service de un à trois médecins et des cadres auxiliaires correspondants sont organisés en fonction de la branche de production. Dans les unités industrielles importantes un médecin a sous sa surveillance 1.500 salariés. Les petites entreprises, dont le nombre des salariés est faible et le genre de production ne justifie pas l'installation d'un dispensaire avec médecin attitré, disposent de postes de santé ayant un personnel auxiliaire, qui est dirigé par le médecin de la circonscription. Dans les grandes entreprises on organise des polycliniques (1) et même des hôpitaux.

Les postes de santé, les dispensaires et les polycliniques des entreprises sont des services prophylactiques et curatifs. Ils ont pour tâche d'assurer des conditions de travail hygiéniques et de protéger la santé des salariés contre les substances nocives : fumée, poussière, gaz toxiques, etc., de se préoccuper de tous les problèmes généraux ayant trait à la prévention des maladies et des invalidités, de pratiquer un examen médical à l'embauche, des examens préventifs et périodiques, et d'exercer une surveillance médicale sur certaines catégories de salariés. De plus, ils contribuent à l'orientation professionnelle, surtout des jeunes, et contrôlent l'adaptation au poste de travail. Le service de médecine du travail

(1) La délégation a pu visiter la polyclinique de l'usine de tracteurs U. T. B. de Brasov.

a, par conséquent, une orientation préventive prépondérante ; mais il a aussi pour tâche d'assurer un premier secours médical en cas de maladie ou d'accident.

Dans certains secteurs de la production, d'importants résultats ont été obtenus dans la prévention des maladies professionnelles ; la lutte contre ces maladies et la réduction de l'incidence de beaucoup d'entre elles, la morbidité avec incapacité temporaire de travail diminuant sans cesse.

Dans les conditions actuelles de développement de l'industrie roumaine, de mécanisation et d'automatisation rapide de la production, d'introduction de nouveaux procédés technologiques, d'emploi de nouvelles substances chimiques et des radiations ionisantes, de développement de l'emploi des produits chimiques en agriculture, la médecine du travail doit faire face à des tâches de plus en plus complexes, qui demandent une adaptation continue de ses méthodes de travail. Elle doit employer des moyens d'investigation de plus en plus perfectionnés et procéder à des épreuves fonctionnelles de plus en plus minutieuses, afin d'établir la capacité d'effort et d'adaptation à diverses sollicitations.

g) Lutte contre les fléaux sociaux.

— Dans la **lutte contre la tuberculose**, de remarquables succès ont été obtenus en ce qui concerne la réduction de la morbidité et de la mortalité, en même temps qu'on notait une diminution importante dans la propagation de l'infection chez les jeunes enfants, le moment de l'infection étant manifestement retardé.

La lutte antituberculeuse est menée sous le signe d'une action prophylactique et antiépidémique de large envergure, qui se propose un dépistage intégral sur le territoire, l'isolement de la source d'infection et l'application du traitement ambulatoire pour les cas non contagieux.

Afin de connaître avec précision l'étendue de l'endémie tuberculeuse, on déploie une vaste activité de dépistage actif, clinique, biologique (par la cuti-réaction à la tuberculine, systématiquement appliquée à la population au-dessous de 25 ans), bactériologique et radiophotographique.

Le dépistage en masse par la radiophotographie médicale a pris une grande ampleur, et s'applique à toute la population au-dessus de 14 ans. En même temps on organise des actions spéciales dans

les collectivités où dans les groupes de population où le risque de maladie est plus grand. Ainsi, en 1967, plus de 6.700.000 radiophotographies ont été effectuées par les centres fixes et mobiles des dispensaires antituberculeux.

Les cas de tuberculose découverts sont obligatoirement déclarés, les malades contagieux étant isolés afin d'empêcher la propagation de l'infection. Un traitement précoce et complet est appliqué aux malades, jusqu'à ce qu'ils soient récupérés et rendus à la vie sociale et productive.

Une grande attention est accordée à la lutte menée dans le foyer de tuberculose en vue de son assainissement et de l'application de mesures spéciales à l'égard du malade et de sa famille. Les foyers de tuberculose qui présentent un risque d'infection pour enfants font l'objet de soins tout à fait spéciaux.

La prophylaxie antituberculeuse est réalisée en augmentant la résistance non spécifique (colonies de vacances pour les enfants, application des mesures d'hygiène scolaire, alimentation rationnelle), en immunisant la population (vaccination intradermique B. C. G. obligatoire, et chimio-prophylaxie de certains groupes de population). La première vaccination est effectuée après la naissance, dans les maternités et à domicile, et la revaccination à 3, 7, 10, 12, 14, 17, 20 et 25 ans.

Dans le milieu rural, la vaccination B. C. G. est faite par le personnel de la circonscription médico-sanitaire rurale, et dans le milieu urbain par des équipes spéciales qui effectuent aussi bien les tests à la tuberculine que la vaccination.

Le dispensaire antituberculeux organise, coordonne et dirige sur le territoire de sa circonscription la prophylaxie antituberculeuse ainsi que l'action de réhabilitation.

Dans les dispensaires antituberculeux du milieu urbain, auprès des phtisiologues travaillent aussi des phtisiopédiatres qui s'occupent des actions de prophylaxie visant les enfants.

Le réseau antituberculeux possède également des hôpitaux pour le traitement actif, des sanatoriums pour le traitement d'entretien et des préventoriums de tuberculose. De nombreuses unités pourvues de lits ont à leur disposition des blocs chirurgicaux pour les interventions pulmonaires.

Pour la recherche scientifique et la méthodologie, il existe un Institut de phtisiologie. Le corps médico-sanitaire tout entier participe à la lutte antituberculeuse, le réseau materno-infantile et l'inspecteurat sanitaire ayant un rôle des plus importants.

Les malades souffrant de tuberculose bénéficient de soins médicaux et de médicaments gratuits, et les remboursements-maladie qu'ils reçoivent représentent 90 p. 100 du salaire. D'autre part, on complète la différence de salaire résultant du transfèrement des malades dans des sections où le travail est plus facile et de la réduction de l'horaire après la reprise du travail. Les malades souffrant de tuberculose peuvent également être mis à la retraite pour cause de maladie. Certains avantages sont accordés à leur famille en ce qui concerne l'attribution de logements.

En 1966, il y avait 209 dispensaires et services antituberculeux et 90 centres de radiophotographie, servis par 1.074 spécialistes. A la lutte contre la tuberculose, sont affectés 16,7 % du total des lits pour l'assistance médicale et le dixième du budget de la santé publique.

— Tout comme dans d'autres pays, en Roumanie, **les maladies cardio-vasculaires occupent** la première place parmi les causes de décès. Dernièrement, l'évolution de la mortalité due à ces maladies marque, en général, une tendance stationnaire, mais une certaine augmentation a été signalée chez les personnes de plus de 65 ans ; cependant, le niveau beaucoup plus élevé enregistré dans d'autres pays n'est pas atteint. La signification médicale et sociale de la maladie découle surtout du niveau élevé de la morbidité.

Bien que la morbidité due aux maladies cardio-vasculaires n'ait pas tendance à s'accroître, le fait qu'elle affecte tous les groupes d'âge impose des mesures d'organisation médicales, sociales et économiques, de prophylaxie de la maladie, de soins médico-sociaux et de récupération fonctionnelle.

Le comportement de l'individu dans la vie de tous les jours a une grande importance en cette matière, et c'est pourquoi on déploie une vaste activité d'éducation sanitaire dans les rangs de la population.

L'assistance médicale aux cardiaques commence par le dépistage précoce de la maladie, effectué par des médecins généralistes, des spécialistes en maladies internes, des pédiatres et d'autres spécialistes des unités médicales territoriales, des collectivités d'enfants et des entreprises.

Dans les actions de prophylaxie, on accorde une grande importance à l'infection streptococcique chez les enfants et les adolescents et à leur surveillance active dans les collectivités où des épidémies d'origine streptococcique sont apparues. Allant de pair avec l'action

de prévention des complications cardiaques dues au rhumatisme poly-articulaire aigu, des recherches sont entreprises pour déceler les facteurs pathogènes de l'hypertension artérielle et de l'artériosclérose.

Dans ces actions de prévention et de lutte contre les maladies, le Ministère de la Santé est appuyé par le Centre d'assistance aux cardiaques (ASCAR), qui effectue des recherches scientifiques et remplit un rôle méthodologique pour la prophylaxie et l'assistance aux malades cardio-vasculaires.

Dans les polycliniques des grands centres urbains fonctionnent des services spéciaux de cardiologie, ayant aussi un rôle méthodologique et d'orientation technique.

Dans les grands hôpitaux et dans les cliniques universitaires il y a des sections de cardiologie et des services spécialisés ont été créés pour la chirurgie cardio-vasculaire.

En Roumanie, existent des stations balnéo-climatiques pour le traitement des malades cardio-vasculaires et dont l'action est complétée par des centres de récupération et de réadaptation.

— La mortalité élevée due au cancer, le caractère chronique et dégénératif ainsi que les particularités de cette maladie réclament une action médicale et sociale bien organisée.

Dans le cadre de la lutte prophylactique, les Inspections sanitaires d'Etat veillent à identifier les branches industrielles, les entreprises, les lieux de travail et les professions qui présentent des risques cancérigènes, et indiquent les mesures correspondantes d'hygiène. Le personnel de ces entreprises est périodiquement soumis à un contrôle médical préventif et fait l'objet d'une surveillance active.

Dans les rangs de la population, l'action de dépistage précoce et actif du cancer et des états précancéreux est réalisée par des examens cliniques systématiques, des examens radiophotographiques. Des actions spéciales sont organisées dans les entreprises, dans le but de dépister chez les salariés le cancer génital par des médecins gynécologues. Depuis 1961, un examen oncologique est obligatoire pour tous les malades qui viennent aux consultations dans les polycliniques ou qui sont hospitalisés, quelle que soit l'affection pour laquelle ils se présentent. En même temps, il est obligatoire de déclarer tout malade dépisté, qu'il soit confirmé ou seulement suspect. Le traitement des malades se fait à l'hôpital et,

au besoin, il est poursuivi à la polyclinique. Les cancéreux et ceux ayant des affections précancéreuses sont soumis à une surveillance active.

L'action de prophylaxie et d'assistance médicale aux cancéreux est appuyée par les Instituts scientifiques de recherches oncologiques de Bucarest et de Cluj.

Toute l'action menée en vue de combattre le cancer, l'assistance médicale aux malades et la surveillance des états précancéreux sont gratuites.

— Le taux de plus en plus élevé des **maladies neuro-psychiques** dans la structure de la morbidité en Roumanie est dû, en grande partie, au nombre sans cesse croissant des névroses, conséquence des agressions de la vie moderne, ainsi que des psychoses, ce qui s'explique par l'augmentation de la proportion de la population âgée. Comme ces affections soulèvent divers problèmes médico-sociaux, l'action vise autant la prévention de la maladie que son traitement et la restitution des malades à la vie sociale.

L'action de prévention est basée sur l'amélioration des conditions de vie et de travail. En même temps, une législation spécifique prévoit des mesures destinées à défendre l'individu contre les traumatismes psychiques, souvent incriminés comme générateurs des névroses et de certaines psychoses réactionnelles.

L'assistance médicale pour les maladies psychiques est gratuite.

Le développement des établissements ambulatoires permet une action prophylactique, de dépistage et de surveillance médico-sociale des malades, action destinée à diminuer le nombre de recours à l'assistance hospitalière.

Le réseau de psychiatrie est fondé sur la relation fonctionnelle et sur le circuit permanent entre l'hôpital de psychiatrie (organisme dirigeant et méthodologique), la section pour malades chroniques (spécialisée dans l'ergothérapie), l'infirmerie de jour (avec un service d'ergothérapie) et le dispensaire (en tant qu'unité de base).

Une grande importance est accordée à la psychiatrie infantile et à l'hygiène mentale. Dans les polycliniques pour enfants, des services de neuro-psychiatrie infantile sont organisés, où travaillent des médecins spécialisés et des psychologues.

Afin de déceler les premiers signes de maladie qui apparaissent dès le jeune âge, on effectue des examens de spécialité dans les écoles, dans les classes de transition (quatrième, huitième, douzième) et dans certaines entreprises et collectivités.

Outre les formations susmentionnées, il existe aussi d'autres institutions spécialisées : les écoles pour les oligophrènes et les invalides neuro-psychiques, les sanatoriums de névrose pour adultes, les foyers-hôpitaux pour les malades chroniques irrécupérables, les sanatoriums pour convalescents psychiques, les centres interdépartementaux de rééducation pour les déficients moteurs et aphasiques.

Par ailleurs, les soins que réclament les troubles psychiques séniles ne préoccupent pas seulement le réseau de psychiatrie, mais aussi l'Institut de gériatrie. Pour certaines formes de la psychose sénile, il existe un système de foyers-hôpitaux.

— A cause de la fréquence des **affections stomatologiques** et de leur rôle dans l'apparition d'autres maladies (digestives, rhumatismales, etc.) une importance particulière est accordée à l'assistance stomatologique, tant sur le plan prophylactique que sur celui du traitement.

Pour la formation professionnelle de 500-600 médecins stomatologues par an, il y a actuellement cinq facultés de stomatologie ; on compte aujourd'hui moins de 6.000 habitants pour un médecin stomatologue ou un dentiste.

Les techniciens dentaires sont formés en deux années dans les écoles techniques sanitaires où peuvent accéder les titulaires du baccalauréat.

L'assistance stomatologique est accordée dans les cabinets de stomatologie des polycliniques pour adultes et enfants. Dans les municipes et dans de nombreuses villes, des centres stomatologiques et des laboratoires de technique dentaire ont été organisés, possédant un grand nombre de cabinets équipés d'appareils modernes fournis par l'industrie nationale. Les dispensaires médicaux urbains et ruraux ainsi que ceux des entreprises disposent également de cabinets stomatologiques.

L'assistance stomatologique aux élèves et aux étudiants est dispensée dans les cabinets de stomatologie des écoles de culture générale (un cabinet pour 1.500 élèves), des écoles professionnelles et des universités. Ces cabinets, de même que ceux des unités militaires, ont un caractère préventif très prononcé.

Afin de parer à l'évolution et aux complications de la carie dentaire, on mène une action soutenue de prophylaxie et de traitement des cas dans leur phase initiale. Les médecins pédiatres et le personnel médical auxiliaire, qui travaillent dans les institutions pour l'assistance médicale à l'enfant, ont un rôle important dans la prévention des affections stomatologiques. Avant l'apparition des dents, on administre obligatoirement la vitamine D₂ à tous les enfants dans la première année de vie. Jusqu'à l'âge de six ans, les médecins pédiatres accordent une attention toute particulière à l'action de prophylaxie fonctionnelle et à la thérapie de la dentition primaire. Par la suite, aidés en cela par la famille et l'école, ils déploient une activité continuelle pour l'éducation des enfants entre sept et quatorze ans, afin de prévenir non seulement la carie dentaire mais aussi les anomalies dento-maxillaires.

Dans le cadre de l'action de surveillance active des élèves, à commencer par la première classe du cours élémentaire, on assainit les lésions odontales, on assure l'entretien de cet assainissement dans les classes suivantes, en même temps que l'on soigne les anomalies dento-maxillaires et les affections paradontales.

Dans la période de l'adolescence et de la jeunesse on reprend la surveillance active et la thérapie stomatologique conservatrice, rapide et efficace. La thérapie conservatrice, allant de pair avec les mesures de prophylaxie et de surveillance active, est continue dans les entreprises, surtout là où les conditions de travail sont nocives.

Pour les nécessités de la population adulte ou âgée, on a développé la thérapie de restauration ou d'assistance prothétique. On accorde une attention particulière à la surveillance active stomatologique des personnes souffrant de maladies cardio-vasculaires, rhumatismales, digestives et des femmes enceintes.

Toute la population a droit à une assistance stomatologique gratuite. On ne paie que pour une partie du matériel utilisé pour les prothèses dentaires. Les prothèses mêmes sont gratuites pour les salariés ou les retraités dont les revenus sont plus modestes, ainsi que pour les enfants, les élèves et les étudiants.

La prophylaxie étant l'un des principes fondamentaux de la protection de la santé, on accorde une grande importance à l'éducation sanitaire de la population.

A l'activité déployée dans ce domaine, qui est organisée par le Ministère de la Santé par l'intermédiaire de la Commission centrale d'Education sanitaire, collaborent le Ministère de l'Ensei-

gnement, le Comité d'Etat pour la culture et l'art, le Ministère du Travail et d'autres institutions. La masse de la population est également entraînée dans ces actions par les syndicats, la Croix-Rouge et autres organisations civiques. Au Ministère de la Santé, il existe un Service d'éducation sanitaire qui élabore les plans et donne les directives nécessaires, assure la liaison avec les institutions et les organismes centraux ainsi qu'avec les organisations de masse ; en même temps il oriente et contrôle les actions entreprises par l'intermédiaire des organismes sanitaires locaux.

L'Institut d'hygiène, qui relève du Ministère de la Santé, a une section d'éducation sanitaire possédant une équipe de médecins, de psychologues et de pédagogues qui étudient le niveau culturel sanitaire chez diverses catégories de la population, élaborent des méthodes et des techniques variées d'éducation sanitaire et vérifient leur efficacité. C'est là encore que sont élaborés des ouvrages méthodologiques, des guides et des instructions pour le personnel médico-sanitaire. En dehors des leçons d'éducation sanitaire données aux élèves des écoles secondaires et aux étudiants en médecine, des cours sont organisés également pour la récapitulation des connaissances et la préparation du personnel qui travaille dans ce domaine. La section d'éducation sanitaire de l'Institut d'hygiène, en collaboration avec de nombreux spécialistes, assure aussi l'édition d'un matériel éducatif pour la population, élabore des thèmes pour les films d'éducation sanitaire, prépare des exposés pour la télévision et la radio, organise des expositions, etc.

Dans chaque département, la tâche de diriger et de mettre en œuvre les actions d'éducation sanitaire revient à la Direction sanitaire, organisme méthodologique et technique, qui dispose d'un personnel spécialisé et des moyens techniques nécessaires : appareils de projection, caravanes automobiles cinématographiques, magnétophones, expositions fixes et mobiles, imprimés, etc.

D'autre part, l'éducation sanitaire fait partie intégrante de l'activité courante de chaque médecin, assistante sociale, infirmière appartenant à n'importe quelle institution sanitaire, étant plus poussée dans celles ayant un caractère préventif plus prononcé.

Une attention toute particulière est accordée aux mères et aux enfants — dans le but de former très tôt, au sein de la famille même, des habitudes d'hygiène sanitaire.

Les actions ayant trait à l'hygiène du travail, à la prévention des accidents, des intoxications et des maladies professionnelles sont organisées de manière différenciée par le médecin de l'entreprise et le personnel sanitaire auxiliaire, en fonction des caractéristiques de la section, de l'atelier, etc.

Des cours d'instructions pour les salariés de l'alimentation ou des services d'utilité publique (hôtels, blanchisseries, installations pour l'alimentation centrale en eau, etc.) sont organisés de façon systématique.

L'action d'éducation sanitaire du grand public est axée sur le problème de l'alimentation rationnelle, de la valeur nutritive des aliments, des pratiques alimentaires, etc., ainsi que sur la prévention des maladies infectieuses et des maladies chroniques dégénératives et sur les moyens de les combattre.

En ce qui concerne les malades, une action éducative sanitaire est entreprise dans tous les établissements sanitaires, avec chaque patient séparément, ou avec des groupes de malades, lors de la consultation ou de l'hospitalisation, pendant le traitement, ou à la sortie de l'hôpital.

D'excellents résultats ont été obtenus dans la mobilisation de la population pour les actions prophylactiques en masse, telles que : vaccinations, examens radiophotographiques, etc.

2. — Les soins médicaux.

Le développement des établissements sanitaires, la très large gratuité pour les soins médicaux et pour les médicaments ont déterminé une augmentation continue du nombre des personnes qui font appel aux différentes formes de services médicaux tant dans les villes que dans les campagnes. Grâce à l'amélioration de la répartition territoriale et à l'augmentation du nombre des médecins affectés aussi bien aux zones rurales qu'aux zones urbaines, on a pu réaliser en Roumanie un large accès à l'assistance médicale pour tous les citoyens. Rien qu'en 1967, les établissements sanitaires ont assuré 252.086.000 prestations médicales.

a) Soins à domicile.

Les soins médicaux à domicile sont accordés par le médecin généraliste et par le médecin pédiatre du dispensaire, de la circonscription sanitaire territoriale, urbaine ou rurale, sur demande,

pour certains cas d'urgence ou pour les malades intransportables. Le médecin effectue également à domicile des visites de sa propre initiative, pour la surveillance des nouveau-nés, des femmes enceintes et des accouchées, des personnes âgées, des malades souffrant d'affections neuropsychiques et de maladies chroniques dégénératives. Les soins médicaux à domicile offrent les meilleures conditions pour réaliser, en pratique, la tâche contenue dans la notion de « médecin de famille ». Ainsi, une médecine sociale peut être pratiquée, en suivant l'état de santé des membres d'une famille dans le contexte général de leurs conditions de vie, compte tenu aussi de l'ascendance héréditaire. Suivant les conditions locales, le médecin de la circonscription consacre chaque jour deux ou trois heures de son temps aux soins à donner aux malades à domicile et à l'action de prophylaxie au sein de la famille.

Dans certains centres ou zones urbaines où il y a une grande densité de la population, les enfants fiévreux ne sont soignés qu'à domicile, pour des motifs d'ordre prophylactique, ce qui fait que le médecin pédiatre doit réserver quatre ou cinq heures par jour à cette activité. Pour certaines heures du jour, et pendant la nuit, il y a, dans les polycliniques des grands centres urbains, des services médicaux spécialement réservés aux consultations médicales rapides et à domicile, organisés séparément pour les adultes et pour les enfants. Dans l'activité qu'il déploie au sein de la famille, le médecin est aidé par l'infirmière soignante et l'infirmière visiteuse.

Les malades peuvent être également soignés dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, les conditions créées étant semblables à celles de l'hôpital, y compris la gratuité des médicaments. Dans de pareils cas, les malades sont surveillés par le médecin de la circonscription, aidé par l'infirmière soignante et, au besoin, par les spécialistes de la polyclinique.

b) *Assistance médicale ambulatoire.*

Les malades qui ne nécessitent ni une hospitalisation ni des soins spéciaux à domicile, ainsi que les personnes bien portantes convoquées en vue d'un contrôle préventif, ou celles qui viennent solliciter des conseils médicaux, sont traités dans les établissements médicaux ambulatoires. L'assistance médicale ambulatoire est réalisée dans les dispensaires de médecine générale et dans les polycliniques où, en général, il y a des services séparés pour les adultes et pour les enfants.

Les médecins appartenant aux institutions de la première catégorie ont une activité aussi bien curative courante (consultations et traitements au dispensaire et à domicile) que prophylactique (antiépidémique, dépistage des malades dans la phase initiale de la maladie, surveillance active des enfants, des femmes enceintes et des malades chroniques, éducation sanitaire, etc.).

Les dispensaires de circonscription peuvent avoir comme patients d'une part, les malades qui se présentent de leur propre initiative et, d'autre part, les personnes souffrant d'affections chroniques et les enfants appartenant aux catégories spécialement surveillées (rachitisme, troubles digestifs, chroniques, etc.) qui sont convoqués pour une surveillance médico-sociale régulière.

Un grand nombre de citoyens domiciliés dans le rayon d'activité du dispensaire sont examinés et contrôlés périodiquement dans le cadre de l'action de prophylaxie en vue du dépistage de certaines maladies et de l'étude de l'état de santé de la population. Au dispensaire, on effectue en outre des examens médicaux à l'embauche, des examens médicaux pré-nuptiaux, prénatals, etc.

Allant de pair avec l'activité des dispensaires de circonscription territoriale, un grand nombre de consultations curatives et surtout préventives sont données dans les dispensaires des entreprises, dans les cabinets médicaux scolaires et universitaires, dans ceux des jardins d'enfants et des crèches. Les polycliniques et les dispensaires spécialisés (antituberculeux, dermato-vénériens, etc.) accordent une assistance médicale ambulatoire à ceux qui se présentent de leur propre initiative ou qui leur sont envoyés par les dispensaires de médecine générale, ainsi qu'aux personnes qui sont soumises à une surveillance active.

Les unités d'assistance médicale ambulatoire — médecine générale et spécialités — accordent annuellement environ six consultations ou traitements par habitant.

c) Soins médicaux hospitaliers.

Les malades qui ne peuvent être soignés à domicile ou de façon ambulatoire, à cause de la gravité de la maladie ou pour des motifs d'ordre social, reçoivent des soins médicaux hospitaliers dans des établissements équipés de moyens modernes d'investigation et de traitement.

L'hospitalisation des malades est faite à la demande des institutions médicales ambulatoires. Chaque année, presque 2.800.000 habitants sont soignés dans les hôpitaux.

En 1967, l'utilisation des lits d'hôpital a été en moyenne de 307,7 jours (dans les hôpitaux cliniques : 321,7 jours ; dans les hôpitaux urbains : 308 jours ; et dans les hôpitaux ruraux : 292 jours). Cette même année, la durée moyenne d'hospitalisation, pour l'ensemble du pays, a été de 11,7 jours (dans les hôpitaux cliniques : 13,8 jours ; dans les hôpitaux urbains : 11 jours ; et dans les hôpitaux ruraux : 12,3 jours).

d) Soins d'urgence.

Outre les soins médicaux courants, avec leur caractère prophylactique et curatif, dans tous les types d'institutions médicales des mesures spéciales ont été prises afin de résoudre promptement et avec compétence les cas d'assistance médico-chirurgicale d'urgence. Cette assistance est gratuite et elle constitue une obligation pour tous les médecins et tout le personnel médical de n'importe quelle institution médicale, quel que soit le territoire où se trouve le domicile du malade. Afin que ces tâches soient accomplies avec compétence, outre la préparation des futurs médecins, on organise des cours post-universitaires, des démonstrations et des cours pratiques spéciaux pour les problèmes d'urgence médico-chirurgicales à l'intention des médecins des dispensaires de circonscription territoriale, des dispensaires des entreprises et des collectivités d'enfants. A leur tour, ceux-ci instruisent le personnel auxiliaire.

Dans les polycliniques et les hôpitaux, il y a des services de permanence pour la nuit et pour les dimanches et jours fériés légaux. Des postes de premiers secours ont été également créés aussi près que possible du lieu de travail, dans les entreprises, sur les chantiers de construction, dans les exploitations forestières, ainsi que dans les écoles et dans les villages éloignés. Les postes de premiers secours sont organisés par les unités médicales territoriales, avec l'aide de la Croix-Rouge.

Compte tenu des cas qui réclament des interventions d'urgence, un réseau spécial a été créé, équipé de moyens techniques modernes d'investigation. Dans chaque département, il y a en fonction des stations d'ambulances, pourvues de personnel médical et de personnel sanitaire auxiliaire, qui ont pour tâche non seulement de

transporter les malades, mais aussi de leur administrer les soins d'urgence. Il existe également des services d'ambulances dépendant des hôpitaux urbains et à certaines circonscriptions sanitaires dans le milieu rural.

En même temps, chaque département possède des stations d'aviation sanitaire comptant de cinq à huit avions sanitaires ; dans le delta du Danube, il existe des embarcations sanitaires aménagées de manière à pouvoir résoudre sur place les urgences médico-chirurgicales.

Les stations d'ambulances et l'aviation sanitaire transportent rapidement les spécialistes qui pratiquent des interventions d'urgence même dans les zones éloignées d'un centre médical.

Les stations de prélèvement et de conservation du sang, créées dans les chefs-lieux départementaux et dans certaines grandes villes, permettent de pratiquer sur une grande échelle la transfusion pour traiter les malades ou les accidentés.

Dans les hôpitaux, et, en premier lieu, dans ceux pourvus de sections de chirurgie, d'obstétrique et de gynécologie, des services modernes de réanimation et de transfusion ont été créés.

Afin de pouvoir intervenir à temps et avec compétence dans les cas d'urgence, on a organisé dans certains hôpitaux des sections d'urgences médico-chirurgicales. Dans certains grands centres, tels que Bucarest, Cluj, il y a des hôpitaux spécialement réservés aux urgences médico-chirurgicales.

e) *Les cures.*

Les traitements balnéaires, le thermalisme connaissent eux aussi un développement tout particulier, justifié par la richesse des facteurs naturels balnéaires et climatiques, la variété d'eaux minérales et de boues sapropéyques, les lacs hélio-thermes, etc.

Ayant pris en charge, en 1948, les stations balnéo-climatiques, l'Etat roumain les a équipées et transformées en institutions thérapeutiques, mises à la disposition des larges masses de la population roumaine ou étrangère. Actuellement, elles disposent de plus de 40.000 places pour les traitements. En 1968, environ 770.000 personnes ont passé leur congé ou ont suivi des traitements dans les maisons de repos et les sanatoriums des stations balnéo-climatiques.

De nombreuses eaux minérales de Roumanie sont connues au-delà des frontières du pays pour leur composition et leur efficacité thérapeutique.

Les séjours dans les stations balnéo-climatiques sont prescrits aux malades par les médecins des dispensaires territoriaux ou par ceux des entreprises. Ils sont placés sous la surveillance des médecins spécialistes, qui établissent les indications thérapeutiques et suivent l'évolution de la maladie après la cure balnéaire.

Dans son activité de coordination et d'orientation de l'assistance balnéaire pour tout le pays, le Ministère de la Santé s'appuie sur les recherches scientifiques effectuées par l'Institut départemental de balnéologie et de physiothérapie.

f) *La médecine libérale.*

Pour les personnes qui désirent consulter un autre médecin que celui ou ceux du dispensaire de la circonscription, de la polyclinique territoriale ou de l'entreprise — où l'assistance est gratuite — on a organisé en Roumanie l'assistance et les services médicaux payants, qui sont accordés dans des polycliniques spéciales d'Etat.

Dans ces polycliniques, les consultations sont données par des professeurs universitaires, des maîtres de conférences et des chefs de clinique. En échange d'une somme raisonnable, les malades peuvent consulter selon leurs préférences, n'importe lequel des médecins travaillant dans ces polycliniques. Une part des honoraires est retenue par l'Etat, l'autre revenant au médecin qui a donné la consultation, et au personnel sanitaire auxiliaire.

Les polycliniques spéciales payantes établissent également des contrats avec les médecins disposés à effectuer des consultations payantes au domicile des malades, de jour et de nuit, en dehors de leur horaire de travail. Les consultations payantes représentent, cependant, une proportion réduite par rapport au total des consultations effectuées gratuitement dans les institutions médicales territoriales et dans celles relevant du lieu de travail.

3. — **Etat de santé de la population roumaine.**

Les actions que l'Etat roumain a entreprises dans le domaine de la protection de la santé publique ont abouti à d'importants résultats en ce qui concerne l'amélioration de l'état de santé de la population sous ses principaux aspects, rapprochant la situation de la Roumanie de celle des pays développés.

L'évolution des phénomènes démographiques est significatif à cet égard.

Au cours des trois dernières décennies, la natalité a enregistré une diminution continue, plus spécialement marquée à partir de 1957, par suite de la libéralisation totale des interruptions de grossesse sur demande. Cette évolution défavorable a rendu nécessaire une analyse approfondie du phénomène démographique, puis, à la fin de l'année 1966, l'application de mesures complexes socio-économiques et législatives en vue de redresser la natalité et d'assurer une structure démographique adéquate. Le résultat en a été spectaculaire puisque marqué par un sensible accroissement de la natalité, dont le taux s'est élevé de 14,3 % en 1966 à 27,4 % en 1967, le nombre des nouveau-nés viables passant à 527.764. En 1968, le niveau de la natalité s'est maintenu à un taux élevé (26,7 %).

La mortalité générale a marqué pendant les deux dernières décennies une tendance continue à baisser (de plus de la moitié, par rapport à 1938), atteignant en 1968 le taux de 9,6 %, ce qui situe la Roumanie parmi les pays d'Europe ayant une mortalité moyenne. Il est hors de doute qu'à cette diminution ont contribué, outre l'amélioration des conditions de vie, les mesures médico-sanitaires à caractère préventif et l'application des nouvelles techniques médicales.

Ces derniers temps, le niveau de la mortalité générale marque une tendance à la stabilisation. Ceci s'explique aussi par la modification de la structure d'âge de la population et par la prépondérance de plus en plus marquée des maladies à caractère dégénératif, les causes principales de la mortalité étant, dans l'ordre, les maladies cardio-vasculaires, les maladies de l'appareil respiratoire, les tumeurs malignes.

La mortalité infantile a également suivi une évolution positive, ayant baissé de plus de trois fois : 46,6 % en 1966, contre 179 % en 1938 et 142,7 % en 1948.

Ce taux bien qu'en forte baisse reste néanmoins en retard sur les taux moyens européens qui oscillent entre 20 et 25 %.

Comme une conséquence des phénomènes démographiques susmentionnés et, surtout, de l'évolution de la natalité, l'accroissement naturel de la population enregistré en 1967 (18,1 %) et en 1968 (17,1 %) est presque trois fois supérieur à celui de l'année 1966 se situant aux niveaux les plus élevés enregistrés depuis 1930.

L'amélioration de l'état de santé de la population de la Roumanie s'exprime également par l'évolution de la durée moyenne de vie, qui a augmenté, passant de 42 ans en 1932 à 65,35 ans pour les hommes et 70,25 ans pour les femmes en 1963, la moyenne d'âge étant en 1969 de plus de 68 ans.

Grâce à l'application de mesures à caractère préventif, on est parvenu à l'éradication de certaines maladies, telles que le paludisme, la fièvre récurrente et le trachome. Certaines maladies infectieuses, d'un grande fréquence dans le passé, telles que la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos ont été réduites à des apparitions isolées, qui ne soulèvent pas de problèmes du point de vue de la santé publique. Il est certain qu'à l'obtention de ces résultats, l'action soutenue de vaccination de la population a beaucoup contribué, puisqu'on effectue gratuitement des millions de vaccinations (11.081.900 en 1967).

On a obtenu également une augmentation significative des indices somatométriques chez les enfants et les jeunes. Ainsi, pour la période 1950-1957, on a enregistré chez les garçons un accroissement de la taille moyenne variant de 0,7 à 6,2 centimètres et chez les filles de 0,8 à 4 centimètres. En ce qui concerne le poids, on a enregistré une augmentation variant de 0,2 à 5,8 kilogrammes chez les garçons et de 0,2 à 3,8 kilogrammes chez les filles.

Des enquêtes portant sur la morbidité de la population ont été effectuées en 1959, 1961 et 1964 sur un million d'habitants (5,03 % du total de la population) par des équipes de médecins appartenant à différentes spécialités, ainsi que des enquêtes faites sur un échantillon représentatif et concernant le développement physique des enfants et des jeunes, effectuées en 1950, 1957 et 1964.

III. — LA PREVOYANCE SOCIALE

Après l'instauration de la République populaire de Roumanie, la prévoyance sociale est devenue une compétence d'Etat et a été consacrée dans la Constitution. Le droit aux assurances sociales est garanti par l'Etat à tous les citoyens, sans aucune discrimination de nationalité, race, âge, sexe, situation sociale, etc.

Les salariés, les membres des coopératives de production, des associations de professions libérales, les membres des associations des cultes, ainsi que les autres catégories diverses englobées dans le système des assurances sociales, n'ont aucune cotisation à verser pour bénéficier des prestations. Les fonds nécessaires sont alloués sur le budget d'Etat et sur les contributions payées par les entreprises et institutions d'Etat ou les entreprises coopératives. En 1963, les dépenses du budget d'Etat prévues pour les assurances sociales se sont montées à 18,9 milliards de lei, contre 3,4 milliards en 1950.

D'année en année, à mesure que se développe l'économie nationale, que s'accroissent la productivité du travail et le revenu national, l'Etat augmente les fonds qu'il alloue pour la réalisation des actions à caractère social et culturel.

La Direction et l'Administration des assurances sociales incombent au Conseil central des Syndicats, lequel élabore et présente au Conseil des Ministres des projets de loi relatifs aux conditions, au taux des prestations et à la durée des droits aux assurances sociales, ainsi que le projet de budget des assurances sociales.

Par l'intermédiaire des syndicats, les salariés participent au bon fonctionnement des assurances. Les responsables syndicaux élus par les ouvriers et les employés, veillent à ce que tous les salariés bénéficient des avantages auxquels ils ont droit.

1° Soins médicaux.

L'Etat assure l'assistance médicale gratuite à la majeure partie de la population. L'utilisation des installations et du matériel sanitaires, les actions préventives, les analyses pour le dépistage de

certaines maladies ainsi que les médicaments pour leur traitement, les examens et contrôles dans les collectivités sont entièrement gratuits pour tous.

L'assistance médicale dans les hôpitaux, polycliniques, dispensaires et unités ambulatoires, y compris les examens de laboratoire, les examens radiologiques et autres moyens de diagnostic, l'utilisation du matériel sanitaire, l'entretien et les médicaments pendant toute la durée de l'hospitalisation sont accordés gratuitement aux personnes appartenant aux catégories suivantes : salariés, pensionnés, membres de la famille de ces deux catégories ; enfants jusqu'à 17 ans, écoliers et étudiants ; femmes enceintes ou en couches, mères ou parentes accompagnant les enfants durant leur hospitalisation ; donneurs de sang permanents, sportifs en cantonnement, militaires ; coopérateurs et membres de leur famille, etc.

Ont droit également à l'assistance médicale gratuite : tous ceux qui sont atteints de maladies parasitaires, contagieuses ou représentant un danger pour leur entourage ; les malades souffrant d'affections chroniques ou de maladies professionnelles ; les personnes dont l'état exige une assistance médicale ou chirurgicale d'urgence.

Les membres des exploitations agricoles collectives et leurs familles bénéficient aussi de l'assistance médicale gratuite dans les polycliniques et dispensaires. En cas d'hospitalisation dans une infirmerie, un hôpital ou une institution médicale spécialisée, il leur est accordé une réduction de 50 à 75 % sur le coût moyen de l'entretien, des médicaments et du matériel sanitaire utilisé. Dans certains cas, une partie de ces frais peut être supportée par l'entreprise collective dont ils sont membres.

2° Allocations pour incapacité temporaire de travail.

Tous les travailleurs se trouvant en état d'incapacité temporaire de travail reçoivent une allocation en espèces destinée à remplacer leur salaire durant la période où ils ne sont pas à même de travailler, et calculée selon l'ancienneté dans le travail et la nature du contrat de travail.

En cas de perte temporaire de la capacité de travail pour cause de maladie ou d'accidents quelconques, les allocations sont accordées depuis le premier jour d'incapacité jusqu'au retour à

la santé ou jusqu'à l'attribution d'une pension. En cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail, l'allocation est accordée sans aucune condition d'ancienneté dans le travail et quelle que soit la nature du contrat de travail (permanent, temporaire, saisonnier). Des allocations sont également payées pour incapacité de travail partielle due à une maladie ou à un accident. Reçoivent des indemnités de compensation : les malades qui, sur avis médical, ont été transférés pour un certain temps à un autre lieu de travail, où ils touchent un salaire inférieur à celui qu'ils avaient auparavant ; ceux auxquels le docteur prescrit, dans la même profession, un programme de travail réduit. De même, des aides en espèces sont versées aux travailleurs retenus hors de leur travail pour une cause de mise en quarantaine.

Pour ceux qui sont envoyés en traitement dans les stations thermales, balnéaires ou climatiques, des indemnités sont prévues pour la différence de temps entre la durée légale de leur congé annuel payé et la durée de leur séjour au sanatorium ou à la maison de santé.

C'est l'Etat qui supporte entièrement les allocations pour incapacité temporaire de travail.

Les assurances sociales d'Etat et la prévoyance sociale prennent aussi à leur compte la plus grosse part des dépenses que nécessite l'envoi des travailleurs dans les maisons de repos et les stations balnéo-climatiques ; seul un faible pourcentage reste à payer par les bénéficiaires. La contribution de ceux-ci est calculée d'après le montant de leur salaire.

Des aides sont en outre accordées pour le paiement des prothèses chirurgicales et des appareils orthopédiques.

3° Pensions.

Les pensions d'ancienneté et d'invalidité et les pensions aux personnes à charge après décès de leur soutien constituent l'un des droits des assurés dans le cadre des assurances sociales d'Etat.

Les salariés et les membres des coopératives qui ne satisfont pas aux conditions d'ancienneté dans le travail pour avoir droit à la pension d'ancienneté et n'ont pas les moyens de suffire à leur entretien touchent une aide sociale.

a) *Les pensions de vieillesse.*

Le décret sur « le droit à la pension dans le cadre des assurances sociales d'Etat » en vigueur depuis 1959, a amélioré le système des pensions et substantiellement augmenté le quantum de toutes les catégories de pension.

Les conditions ont été élargies en ce qui concerne l'octroi de pensions aux vieux, aux invalides et aux personnes à charge après décès de leur soutien. On a accordé le droit à la pension à certaines catégories de personnes n'ayant pas qualité de salariés ; on a introduit le secours social aux infirmes et aux vieux ne remplissant pas les conditions voulues pour l'obtention d'une pension.

Les pensions sont exemptes de tout impôt sur le revenu.

Par suite de l'amélioration du système des pensions, le nombre des pensionnés et le montant des sommes dépensées pour le paiement des pensions se sont accrus d'année en année. C'est ainsi que fin 1960 le nombre des pensionnés s'élevait à 725.756, contre 110.000, en 1938.

Le rajustement des pensions, effectué en 1959, a eu pour résultat une augmentation d'environ 63 % pour les pensions d'ancienneté, 48 % pour les pensions d'invalidité, 62 % pour les pensions après décès aux personnes à charge, 41 % pour les pensions aux invalides, orphelins et veuves de guerre.

Les exploitations agricoles collectives gèrent leur propre système d'aide à la vieillesse.

Les ouvriers, contremaîtres, techniciens et ingénieurs travaillant dans des conditions très pénibles ou particulièrement nuisibles à la santé ont droit à la retraite dès l'âge de 50 ans, ceux qui travaillent dans des conditions pénibles ou nuisibles à la santé à 55 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes.

Bien que la longévité ait augmenté au cours des dernières années, l'âge de la retraite a été abaissé de 65 ans qu'il était par le passé, tant pour les femmes que pour les hommes, à 50, 55 et 60 ans, les femmes ayant droit à la retraite, dans toutes les catégories, 5 ans plus tôt que les hommes.

L'octroi de la pension d'ancienneté exige généralement 25 ans de service. Pour les femmes, ou en cas de travail très pénible, la pension est accordée au bout de 20 ans de service seulement. Les personnes ne remplissant pas ces conditions d'ancienneté ont

droit cependant, si elles peuvent justifier de 10 ans de travail salarié, à une pension proportionnelle dont le *quantum* correspond à leurs années de travail.

L'ancienneté dans le travail inclut non seulement l'activité salariée, mais aussi certaines périodes assimilées à cette activité : la durée du service militaire, la durée de la préparation dans les écoles professionnelles, les périodes d'incapacité temporaire de travail et d'autres encore.

Les travailleurs qui, par leur activité, ont rendu de grands services au pays dans les domaines de l'économie, de la science, des arts, de la culture, ou tout autre domaine d'activité professionnelle ou civique, se voient octroyer une pension pour mérites exceptionnels. Tel est le cas, actuellement, de plusieurs milliers de personnes appartenant au monde de la science, des arts et de la culture, professeurs d'université et maîtres de conférences, ingénieurs, docteurs en médecine, écrivains, architectes, etc.

b) *Les pensions d'invalidité.*

La pension pour invalidité causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle est un droit pour toutes les catégories de salariés. Elle est accordée également à ceux dont l'invalidité survient pendant leur service militaire, aux écoliers, étudiants et apprentis atteints au cours de leur travail pratique dans la production, à ceux touchés par l'invalidité lors de l'accomplissement d'une tâche confiée à eux par l'État ou par une organisation civique. Ont droit pareillement à la pension d'invalidité ceux qui deviennent invalides du fait d'une action entreprise de leur propre initiative pour prévenir ou conjurer un péril qui menaçait le bien public ou pour sauver une vie humaine.

Autrefois, seuls étaient considérés comme accidents du travail ceux qui survenaient durant le processus de production. A présent, les accidents qui se produisent avant que le travail soit commencé, pendant les pauses et après la cessation du travail sont considérés aussi comme accidents du travail si le salarié se trouve dans l'enceinte de son unité de travail. Les accidents survenant pendant le trajet du domicile au lieu de travail, et inversement, ou pendant un déplacement dans l'intérêt du service, dans la localité même ou dans une autre, sont également considérés comme accidents en liaison avec le travail.

S'il reste à l'invalidé une certaine capacité de travail, il est libre de s'adonner à toute activité ne risquant pas d'aggraver son état de santé ; il cumule alors sa pension intégrale avec les revenus de cette activité.

c) *Les pensions d'ayants droit.*

Le souci qu'a l'Etat roumain de protéger les membres de famille de ceux qui sont décédés se concrétise par le droit à la pension pour ceux que la mort a privé de leur soutien. C'est l'Etat qui supporte les dépenses que nécessite le paiement de ces pensions. La législation actuelle, en réglementant le droit à la pension des membres de famille des décédés, a élargi la liste des ayants droit : enfants, époux, épouse, parents et même frères et sœurs.

Les enfants reçoivent la pension de descendant jusqu'à l'âge de 17 ans accomplis (18 ans s'ils sont élèves) même s'ils disposent d'autres revenus ou si celui du parent resté en vie est salarié ou bénéficie d'autres revenus. Les orphelins de père et mère, s'ils poursuivent leurs études dans l'enseignement supérieur, reçoivent la pension de descendant jusqu'à l'âge de 25 ans.

Les veuves ont de multiples possibilités d'obtenir une pension. Outre le droit qu'elles ont de toucher une pension de veuve à l'âge de 55 ans accomplis (ou sans condition d'âge, en cas d'incapacité de travail) elles ont de plus droit à cette pension 5 ans plus tôt, soit à 50 ans, si elles ont mis au monde 5 enfants au moins ou si elles ont vécu 20 ans avec leur mari. Les veuves ayant des enfants mineurs reçoivent une pension sans qu'il soit tenu compte ni de leur âge, ni de leur état de santé, ni des revenus reçus par ailleurs, jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de 17 ans ou de 18 ans (s'il est encore à l'école).

Ont encore droit à une pension, suivant les critères généraux prévus dans le système des assurances sociales d'Etat : les invalides ou blessés de guerre, les orphelins, veuves et parents de ceux qui ont trouvé la mort ou ont disparu pendant la guerre ; les orphelins, veuves et parents de ceux qui étaient pensionnés au moment de leur décès.

4° Allocations pour enfants.

Les salariés, les pensionnés, les travailleurs exerçant une profession libérale, les coopérateurs, etc. touchent sur le budget de l'Etat des allocations familiales en espèces calculées d'après le montant de leur salaire ou de leur pension.

Aux ouvriers et contremaîtres, les allocations familiales sont versées sans qu'il soit tenu compte du montant de leur salaire tarifaire.

Les familles nombreuses ne pouvant bénéficier de l'allocation d'Etat faute d'appartenir à l'une des catégories y ayant droit, reçoivent une « aide familiale d'Etat » pour les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans. Aux mères seules, ce secours est accordé pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans.

Selon les prescriptions du Code de la famille, il existe près des conseils populaires des communes, des villes et des arrondissements urbains, une institution ayant pour tâche de soutenir les intérêts de ceux qui ne peuvent les défendre eux-mêmes, notamment des enfants mineurs. Cette institution se nomme : l'Autorité tutélaire. Elle est chargée de veiller aux intérêts des enfants mineurs et de leurs parents, aux rapports entre parents adoptifs et enfants adoptés ; de protéger les intérêts des personnes manquant — en permanence ou temporairement — de discernement, et aussi les intérêts de ceux qui, pour quelque motif, doivent recourir pour un temps limité aux bons offices d'une tierce personne (curatelle).

5° Protection et récupération des déficients et des invalides.

L'Etat accorde un soutien spécial aux citoyens qui, du fait de certaines déficiences — physiques, sensorielles ou psychiques — rencontrent des difficultés pour s'intégrer dans la vie sociale et pour subvenir aux besoins matériels de leur famille. La protection et la récupération des déficients et des infirmes présupposent une action complexe : médicale, éducative, de qualification professionnelle et de placement dans une entreprise.

Pour résoudre les cas complexes, étudier et établir les méthodes pour la solution de toutes les questions ayant trait à l'expertise et à la récupération de la capacité de travail des défi-

cients, il a été créé en 1951 un institut spécialisé dénommé Institut d'expertise et de récupération de la capacité de travail divisé en trois sections :

- a) La section d'expertise de la capacité de travail ;
- b) La section de prothèse ;
- c) La section de l'organisation du travail des invalides.

A la lumière des résultats obtenus au cours des premières années d'activité, on procéda, en 1955, à la réorganisation de l'Institut, la transformant en un centre de recherches, polyvalent, dont la tâche était d'étudier les questions scientifiques et d'organisation de la pratique de l'expertise médicale de la capacité de travail.

A cette fin, on a organisé, à Bucarest, la clinique d'expertise médicale de la capacité de travail, pourvue de 120 lits que votre délégation a eu le plaisir de visiter.

A partir de 1957, l'enseignement de spécialisation des médecins comprend également la discipline : expertise médicale et récupération de la capacité de travail. L'Institut d'expertise et de récupération de la capacité de travail assure la formation et le perfectionnement des cadres médicaux destinés à travailler dans le réseau sanitaire.

a) *Objectifs de l'Institut.*

L'activité de l'Institut d'expertise et de récupération de la capacité de travail a pour tâche :

1° De résoudre tous les cas complexes présentés aux 150 sections et services d'expertise de la capacité de travail fonctionnant sur tout le territoire du pays ;

2° D'étudier et de diffuser — à l'usage des médecins experts — les méthodes et les techniques les plus adéquates pour l'examen des malades, ainsi que les procédés les plus concluants pour l'exécution des tests des valeurs fonctionnelles des déficients ;

3° D'étudier les causes et les mesures préventives de l'invalidité, en effectuant des recherches dans les unités sanitaires curatives ou prophylactiques, ainsi que dans les unités de production, du milieu urbain ou rural, afin de mettre en évidence les causes d'invalidité et de rechercher les moyens de les éliminer ;

4° D'étudier et d'élaborer des normes d'organisation et de fonctionnement des sections et des services d'expertise médicale de la capacité de travail, en vue d'une amélioration incessante de l'action d'expertise de tout le pays ;

5° D'organiser et d'effectuer l'action de contrôle et d'appui du réseau d'expertise du pays au moyen de visites périodiques au lieu du travail des services d'expertise afin de diriger au point de vue technique les médecins experts, vérification et analyse des expertises effectuées, contrôle de l'application des normes techniques et d'organisation élaborées, et instruction des cadres par analyse du matériel technique diffusé sur tout le territoire ;

6° De former les cadres médicaux nécessaires au réseau de l'expertise.

Enfin, l'Institut publie et diffuse les recherches du domaine de l'expertise en Roumanie et dans d'autres pays.

b) *Organisation de l'Institut.*

Le service clinique avec 120 lits assure l'hospitalisation pour les examens cliniques et de laboratoire, nécessaires au diagnostic ou à la recherche scientifique des problèmes thématiques ; de même, dans les cas où sont indiquées des actions thérapeutiques médicales ou chirurgicales pour le rétablissement morpho-fonctionnel.

Les installations de physio-kinésithérapie et d'ergothérapie permettent de compléter le traitement.

La précision du diagnostic clinique et fonctionnel est assurée, aussi bien par les laboratoires cliniques de : biochimie, sérologie, bactériologie, histo-physiologie et radiologie, que par les laboratoires spécialisés de : hémodynamique (à l'aide du cathétérisme cardiaque), échanges respiratoires, électrodiagnostic, encéphalographie, réflexes conditionnés, audiométrie et ophtalmométrie, etc.

Le diagnostic clinique et fonctionnel est couramment complété par des épreuves d'effort et par des tests dans l'atelier expérimental, par lesquels on apprécie la réactivité des cas examinés dans des conditions et à l'aide des procédés semblables au travail professionnel.

Un service social complète par des enquêtes détaillées le profil du déficient; ce service social comprend des médecins, des psychologues, des ingénieurs et des assistantes sociales.

1.200 malades environ, sont hospitalisés annuellement et sont soumis à 20.000 examens de laboratoire clinique et fonctionnel.

Sur le plan local on a organisé un réseau de commissions d'expertise médicale et de récupération de la capacité de travail. Ces commissions fonctionnent dans les principales villes des districts; elles se composent essentiellement d'un médecin de première classe ou d'un médecin spécialiste en expertise médicale de la capacité de travail et de deux docteurs spécialistes des maladies cliniques. Des commissions d'expertise siègent dans les centres régionaux pour guider les commissions de district et procéder à la réexpertise des cas contestés.

Les commissions d'expertise mènent leur activité d'après les règles recommandées par l'Institut d'expertise et de récupération de la capacité de travail, collaborent avec les unités curatives et prophylactiques et avec les unités de prévoyance sociale dans le but de guérir le malade et de lui rendre sa capacité de travail, de diriger et de coordonner tout le processus de récupération.

Les prothèses jouent un rôle des plus efficaces dans la récupération de la faculté de travail des invalides. On les applique dès la période d'hospitalisation, afin que le personnel médical spécialisé puisse suivre et guider la réadaptation fonctionnelle de l'invalidé. Les prothèses sont obtenues soit à titre gratuit (enfants, élèves, étudiants et certaines autres catégories), soit moyennant paiement d'une somme en rapport avec les revenus de l'invalidé.

Divers moyens sont mis en œuvre pour la récupération de la capacité de travail. Des écoles spécialisées sont notamment consacrées à l'instruction, l'éducation, la qualification ou requalification professionnelle des personnes atteintes d'invalidité.

Les coopératives d'invalides (1), organisées par catégories d'invalidité, dans le cadre de l'Union centrale des Coopératives artisanales, offrent aux déficients et invalides de multiples possibilités de travailler. Les associations d'aveugles et de sourds, qui ont pour but d'élever le niveau culturel et professionnel de cette caté-

(1) Votre délégation a visité les coopératives d'invalides de Ploiesti et de Bucarest.

gorie d'infirmités et de faciliter leur encadrement dans le travail, apportent elles aussi une appréciable contribution à la protection et à la récupération des déficients et des invalides.

6° La protection des personnes âgées.

La sollicitude envers l'homme, la protection de la santé et de la prolongation de sa vie, objectifs majeurs de l'Etat roumain, se concrétisent notamment dans le souci tout particulier avec lequel celui-ci prend soin de la protection des vieux.

L'Etat protège en effet non seulement la population active, ainsi que la jeunesse et l'enfance, mais aussi les personnes âgées, indépendamment du fait qu'ils aient ou non déployé une activité salariée.

Pour les vieillards n'ayant plus de famille, on a créé un réseau de foyers : foyers pour vieux, foyers pour retraités et foyers-hôpitaux et même un village retraite expérimental (1).

Les pensionnaires des foyers pour vieux bénéficient gratuitement de l'entretien, de l'assistance médicale, des médicaments et prothèses, de l'habillement, etc.

Dans les foyers pour retraités, ceux-ci paient pour leur entretien au maximum 50 % du montant de leur pension.

(1) Votre délégation a visité le village retraite d'Agafton.

CONCLUSIONS

Quelles conclusions ont pu tirer les membres de la délégation sénatoriale de leur séjour en Roumanie ? Tout d'abord, il leur paraît présomptueux de parler de conclusions. Faire part de leurs impressions générales leur semble plus justifié. En effet, en quinze jours, il est impossible, malgré les nombreuses séances de travail, les visites de nombreux établissements et installations, de se faire une opinion définitive et exhaustive sur un pays qui, rappelons-le, compte 20 millions d'habitants répartis sur un territoire grand comme la moitié de la France.

Ainsi donc, voici nos impressions générales qui sont favorables. Si des ombres parsemées ont pu apparaître aux yeux des voyageurs pressés que nous fûmes, nous avons unanimement constaté que le bilan qui nous fut présenté est essentiellement positif.

A. — Notre première impression chronologiquement et hiérarchiquement que nous avons rapportée de notre périple roumain, c'est la chaleur de l'accueil qui, partout, nous fut réservé tant par les hommes que par l'ambiance.

Partout, nous avons trouvé des interlocuteurs âgés ou très jeunes qui parlaient ou comprenaient le français. Partout, notre seule qualité de français nous a ouvert toutes les portes. L'accueil du paysage ne fut pas moins agréable que celui des êtres. La Roumanie est un pays fleuri, des grandes villes aux artères larges au moindre village où les maisons rustiques égrenées le long de la route sont entourées de fleurs.

Avant de porter un jugement sur la Roumanie, il faut se dépouiller de nos préjugés d'observateurs occidentaux et apprendre ce qu'était la situation économique, sociale et sanitaire de la Roumanie d'avant guerre. Dégager des impressions personnelles d'un tel voyage d'étude amène à se dépouiller de préjugés d'options politiques ou sociales pour ne considérer et juger de manière aussi objective que possible ce que nous avons pu voir et apprendre.

Il faut rappeler que la Roumanie moderne n'a que 25 années d'existence. D'un pays d'économie essentiellement agricole sans industrie de transformation comptant de nombreux illettrés, d'un pays au niveau sanitaire précaire, 25 années d'efforts ont permis à la Roumanie de prendre rang parmi les nations industrialisées, et ce, sans pour autant négliger son essor culturel et son progrès social. Elle n'a pu y parvenir qu'au prix d'une expansion qui, au rythme de 13 % par an est la seconde dans le monde après celle du Japon.

Cette volonté d'accéder à la vocation de nation industrielle s'explique par la nécessité de conserver une indépendance économique réelle, gage d'une indépendance politique.

Les membres de votre délégation ont été frappés par les succès obtenus en matière d'aménagement du territoire et de planification industrielle. L'inexorable concentration de la population dans les villes a été contrôlée et un plan a été établi pour répartir d'une manière harmonieuse les migrations de population dans une douzaine de villes qui comptent entre 100.000 et 250.000 habitants dans le même temps où la croissance de la capitale, Bucarest, était freinée.

Cette politique de construction de logements s'accompagne — ou même est précédée — par l'implantation d'usines nouvelles qui attirent la main-d'œuvre d'origine agricole de leur zone d'attraction permettant ainsi aux mutations professionnelles de s'opérer sans transfert important de main-d'œuvre. Cette volonté de répartir sur tout le territoire l'activité économique est mise en évidence par le réseau extrêmement dense des lignes électriques à haute tension. Par contre, le réseau de voies de communication terrestres nous a paru constituer un frein au développement. Il n'existe que peu d'autoroutes et les routes nationales, bien qu'en bon état, ne sont pas conçues pour supporter un trafic important. Certes, actuellement, les voitures particulières circulent surtout en ville et laissent les grands axes routiers à la disposition des camions mais le développement de la construction automobile sous licence Renault risque, à bref délai, de poser aux autorités roumaines les difficultés que nous ne connaissons que trop dans les pays occidentaux.

Quels sont, en matière économique, les faits saillants qui ont retenu l'attention des membres de la délégation ?

1° Tout d'abord la priorité donnée à l'industrie lourde nécessaire à l'équipement de base du pays au détriment des objets de consommation courante dont la qualité n'est pas à la hauteur des prix de vente aux consommateurs.

2° La volonté de commercer avec tous les pays et de sortir de la zone d'influence économique des pays de l'Est. Cela se traduit par des échanges commerciaux avec les pays occidentaux et sur place par une recherche forcenée du dollar et des devises convertibles nécessaires à l'achat des biens d'équipement pour la recherche et la modernisation de l'économie roumaine.

3° La création d'une industrie touristique de tout premier ordre, non seulement sur le littoral de la mer Noire où nous avons pu admirer les remarquables installations des stations balnéaires de Mamaïa, d'Eforie et de Mangalia, mais encore à l'intérieur du pays où les hôtels de classe internationale accueillent les nombreux touristes qui y viennent admirer les trésors d'art de la Roumanie ancienne.

4° La transformation de l'agriculture traditionnelle. Au cours de notre périple, nous avons pu saisir l'ampleur de la transformation opérée dans l'agriculture roumaine par la création des coopératives qui permettent d'exploiter par des méthodes industrielles les champs immenses de la Dobroudja, mais aussi ses limites dans les régions accidentées où l'exploitation individuelle demeure de règle. Nous avons pu tout à la fois admirer la productivité de certaines exploitations mécanisées à l'extrême mais aussi constater que, dans d'autres régions, le travail agricole restait archaïque faute sans doute de moyens d'accueillir cette main-d'œuvre excédentaire dans des entreprises industrielles.

*
* *

Ces considérations d'ordre économique étant faites, votre délégation va aborder l'objet propre de sa mission et tenter de définir les caractéristiques de la politique sanitaire et sociale de la République socialiste de Roumanie.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est le souci de doter le pays d'une organisation très structurée, tant du point de vue des hommes que des installations.

Le personnel sanitaire tout d'abord, la fonctionnarisation des personnels médicaux et paramédicaux, a permis d'établir un programme à long terme de formation dans des instituts dont l'accès est soumis à une très sévère sélection. Songez que 90 % des étudiants qui entrent dans ces instituts obtiennent leur diplôme et sont intégrés dans l'organisation sanitaire en principe pendant trois années dans les secteurs sanitaires ruraux car, même dans ce service national de santé, les praticiens ont une nette propension à rechercher les affectations en milieu urbain.

Cette notion d'organisation se retrouve au niveau des constructions sanitaires. Le pays est quadrillé par un réseau d'établissements à vocation hiérarchisée. Du dispensaire à l'hôpital très spécialisé en passant par la polyclinique et l'hôpital régional, le citoyen roumain a, à sa disposition, les moyens de se faire soigner dans des conditions que nous estimons excellentes. Il trouve à proximité de son domicile ou de son lieu de travail le dispensaire où un personnel médical et paramédical compétent et dévoué procède aux premiers diagnostics et oriente, si nécessaire, le patient vers des établissements plus spécialisés et mieux équipés que sont la polyclinique et l'hôpital.

Nos nombreuses visites d'établissements nous ont permis de constater que, si l'équipement des hôpitaux roumains n'avait rien à envier à ceux de notre pays, les problèmes humains aussi n'étaient pas négligés. Les équipements roumains sont, en règle générale, très récents mais nous avons été frappés par le souci des concepteurs et des dirigeants d'organiser l'accueil des malades et des visiteurs. Les halls d'attente spacieux et fleuris mettent les patients en confiance.

Quels jugements, ou plutôt quelles appréciations pouvons-nous porter sur l'organisation sanitaire roumaine. Nous pensons que l'œuvre entreprise est largement positive. Il suffit de consulter les statistiques de morbidité et de mortalité pour apprécier l'effort accompli depuis 25 ans. Les maladies endémiques ont disparu. Le niveau sanitaire de la population roumaine atteint un niveau intéressant sur le plan européen avec une ombre toutefois en ce qui concerne la mortalité infantile qui demeure à un taux élevé (plus de 50 ‰). Mais cela est sans doute davantage lié à la remontée du taux de natalité qu'à un échec partiel de la politique de protection maternelle et infantile.

A propos de la politique démographique, nous voudrions rappeler ici qu'en 1966 la décision des autorités roumaines de réglementer sévèrement l'avortement a brutalement relevé le taux de natalité de 14,3 % en 1966 à 27 % en 1967, chiffre, depuis, en lente décroissance (23,3 % en 1969).

En terminant le panorama de l'organisation sanitaire, nous voulons, malgré tout, souligner que les progrès très rapides accomplis ne doivent pas faire oublier les difficultés propres à l'organisation d'un service de santé assuré par des praticiens fonctionnaires. Si le système se révèle efficace sur un plan global, il laisse subsister au plan individuel des inadaptations. Pour des raisons psychologiques évidentes, le malade a besoin de connaître son médecin et souhaite, à tort ou à raison, être connu de lui. C'est pourquoi les autorités roumaines ont autorisé un certain exercice libéral de la médecine. Tout médecin peut, en dehors de ses heures de service, recevoir de la clientèle privée mais aux frais exclusifs du malade. Malgré cette condition draconienne, dans un pays où les salaires restent réglementés, il semble que la pratique tende à se répandre surtout en milieu urbain et que les malades n'hésitent pas à faire appel à un médecin de leur connaissance plutôt qu'aux médecins desservant le secteur dont ils dépendent.

Soulignons enfin que, pour la très grande partie de la population, l'assistance médicale est totalement gratuite et que, pour le reste, la participation financière de la collectivité est très importante.

*
* * *

Nous voudrions, en conclusion, souligner l'effort fait en faveur des catégories sociales les plus défavorisées, que ce soit :

— les invalides du travail qui trouvent, dans des instituts spécialisés, les moyens de réadaptation et de reconversion propres à les insérer dans la vie active ;

— les aveugles et grands infirmes pour lesquels des ateliers protégés dont nous avons visité deux exemples assurent des emplois adaptés à leurs possibilités ;

— les jeunes mères de famille qui peuvent confier à des crèches modèles (certaines même pour toute la semaine de travail) leurs jeunes enfants ;

— les personnes âgées que l'on essaie de conserver dans le milieu habituel ou que l'on regroupe dans des villages où leur sont assurés la surveillance médicale et les moyens de continuer une certaine activité professionnelle.

*

* *

Quel pouvait être le sentiment de votre délégation en s'envolant de Bucarest après quinze jours passés à sillonner ce beau pays ? Elle ne pouvait que se rappeler le sens des paroles de nos accompagnateurs. Si la Roumanie n'est pas encore dans un printemps ensoleillé où les libertés fleurissent comme des roses éclatantes, il n'en reste pas moins que ce fier et courageux pays sort d'un hiver lourd et pesant et que le soleil commence à luire.

Une espérance est née. Les progrès d'un passé récent restent le meilleur gage d'un avenir prometteur.