

N° 56

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1969-1970

Annexe au procès-verbal de la 1^{re} séance du 25 novembre 1969.

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la Commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation (1), sur le projet de loi de finances pour 1970, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Marcel PELLENC,

Sénateur,
Rapporteur général.

TOME IV

EXAMEN DES CREDITS ET DES DISPOSITIONS SPECIALES

(Deuxième partie de la loi de finances.)

ANNEXE N° 4

Affaires sociales.

SANTE PUBLIQUE

Rapporteur spécial: M. Paul RIBEYRE.

(1) Cette commission est composée de : MM. Alex Roubert, président ; Yvon Coudé du Foresto, Georges Portmann, André Dulin, vice-présidents ; Jacques Descours Desacres, Max Monichon, Geoffroy de Montalembert, secrétaires ; Marcel Pellenc, rapporteur général ; André Armengaud, Jean Berthoin, Edouard Bonnefous, Jean-Eric Bousch, André Colin, Antoine Courrière, André Diligent, Paul Driant, Yves Durand, Marcel Fortier, Lucien Gautier, Henri Henneguelle, Gustave Héon, Roger Houdet, Michel Kistler, Fernand Lefort, Modeste Legouez, Jean-Marie Louvel, Marcel Martin, René Monory, Paul Pauly, Mlle Irma Rapuzzi, MM. Joseph Raybaud, Paul Ribeyre, Robert Schmitt, Charles Suran, Louis Talamoni, Henri Tournan.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (4^e législ.) : 822 et annexes, 835 (tomes I à III et annexe 5), 836 (tome IV) et in-8° 150.

Sénat : 55 (1969-1970).

Lois de finances. — Affaires sociales - Santé publique - Enseignement.

Mesdames, Messieurs,

Les dotations ouvertes au titre des Affaires sociales font l'objet d'un seul fascicule budgétaire bien qu'elles intéressent deux départements ministériels depuis la constitution du Cabinet actuel. La réunion de la Santé publique et du Travail sous l'autorité d'un seul responsable n'aura duré que le temps de trois budgets. Mais les cadres anciens n'ont pas été exactement reconstitués puisque le Travail annexe la Population tandis que la Santé se voit adjoindre la Sécurité sociale ; par ailleurs, chacun des titulaires de ministère est épaulé par un Secrétaire d'Etat (1).

Dans ces conditions, la question s'est posée, en commission, de savoir s'il convenait de procéder à une nouvelle répartition des tâches entre vos deux rapporteurs. La connaissance qu'ils ont des domaines qui leur sont familiers depuis de longues années d'une part, le fait que la nouvelle réorganisation n'est pas plus immuable que ne l'ont été les précédentes d'autre part, ont amené votre commission à maintenir le *statu quo*.

Nos collègues trouveront donc dans le présent rapport l'analyse des dotations affectées aux services suivants :

- laboratoire de la Santé publique ;
 - services de la Santé publique ;
 - services de la famille, de la vieillesse et de l'action sociale ;
 - services de l'action sanitaire et sociale ;
 - services de la pharmacie,
- analyse précédée d'une présentation générale du budget des « Affaires sociales ».

(1) Nos collègues trouveront en annexe l'organigramme des deux ministères.

Celui-ci se résume ainsi :

	1969	1970	VARIATION en pourcentage.
	(En francs.)		
A. — Dépenses ordinaires :			
Titre III. — Moyens des services...	611.179.523	706.837.632	+ 15,6
Titre IV. — Interventions publiques.	5.492.421.032	5.909.326.992	+ 7,6
B. — Dépenses en capital :			
Crédits de paiement.....	646.150.000	759.150.000	+ 17,5
C. — Total A + B.....	6.749.750.555	7.375.314.624	+ 9,3
D. — Dépenses en capital :			
Autorisations de programme.....	910.318.000	654.550.000	— 28,1
(Fonds d'action conjoncturelle).....	»	(162.100.000)	

Le total des crédits ouverts pour 1970 progresse près de trois fois plus vite que l'ensemble des charges de l'Etat et les crédits de paiement des dépenses en capital sont supérieurs à ceux de l'exercice précédent alors que dans le budget général c'est un recul que l'on enregistre.

On pourrait croire, à lire les taux de progression figurant au tableau, que l'ensemble des missions ressortissant aux Affaires sociales ont été épargnées par la politique d'austérité. Cela est vrai pour tout ce qui concerne les missions sociales, cela ne l'est plus pour tout ce qui concerne les missions sanitaires et la première preuve en est administrée par le recul des autorisations de programme trois fois plus fort que le recul enregistré pour la totalité des équipements civils : les investissements hospitaliers et les dispensaires d'hygiène sociale — les plus grosses parties prenantes de ce budget particulier — ont été véritablement sacrifiés.

I. — LES SERVICES

Les moyens des services, de leur côté, n'ont pratiquement bénéficié d'aucune amélioration notable.

Certes, les *mesures acquises* du titre III se chiffrent pour les services précédemment énumérés à 32.984.589 F, mais elles sont en quelque sorte automatiques puisqu'elles concernent, pour l'essentiel, l'extension des améliorations obtenues par les fonctionnaires au cours de 1969 et l'incidence des créations d'emplois intervenues tout au long de l'exercice précédent.

Par contre, pour les *mesures nouvelles*, les dotations s'élèvent, en net, à 786.182 F. Les quelques suppléments de crédits nécessaires pour créer 70 emplois de techniciens et de personnel administratif à l'Institut national de la Santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.) et 3 emplois d'agents de service à l'Ecole nationale de la Santé publique, pour faire face à l'augmentation des médecins et des infirmières vacataires de la Santé scolaire, pour honorer l'augmentation des loyers et des tarifs postaux, ont été *quasiment gagés par de sévères mesures d'économie* :

— prises sur les dotations de fonctionnement des établissements publics rattachés à la Santé : laboratoire national de la Santé publique, Institut national d'études démographiques, I. N. S. E. R. M., centre de formation des monitrices de Nantes ;

— pratiquées sur les chapitres « remboursement de frais » ;

— opérées par l'étalement des recrutements pour combler les postes vacants, notamment dans les directions départementales de l'action sanitaire et sociale, ce au détriment des usagers et au premier rang de ceux-ci des services municipaux.

Au total, 6.858.094 F ! De deux choses l'une : ou bien ces établissements ou chapitres « vivaient au-dessus de leurs moyens », ou bien leur action va se trouver gênée en 1970. Il ne nous est pas possible de conclure.

Ainsi se résume la part du budget consacrée à la vie quotidienne des services. Il y a peu d'administrations, sans doute, qui aient été aussi affectées par la politique d'austérité.

II. — LES ACTIONS

Nous examinerons successivement les moyens d'action mis à la disposition de la recherche, de l'enseignement, de l'action sanitaire et de l'aide sociale.

A. — La recherche.

1° LA RECHERCHE DÉMOGRAPHIQUE

La subvention accordée à l'*Institut national d'études démographiques* est amputée de 208.022 F soit de 3 % (dotation 1969 : 6,63 millions) par mesure d'économie. Compte tenu des hausses de rémunérations et de prix, on peut conclure que les moyens dont dispose l'I. N. E. D. seront sensiblement inférieurs à ce qu'ils étaient l'année précédente et la science démographique française en sera affectée d'autant : elle fait pourtant figure honorable sur le plan international, à telle enseigne qu'elle s'exporte bien, sous forme de travaux à la demande ou de cours.

Nos collègues trouveront en annexe une note sur les activités de l'organisme.

2° LA RECHERCHE MÉDICALE

a) Le *laboratoire national de la Santé publique* obtient, en mesures nouvelles, un complément de dotation de 8.500 F destiné à la revalorisation des vacances, mais supporte une économie de 31.869 F. Sa dotation pour 1970 se trouve fixée à 4.013.658 F.

L'activité du laboratoire national est principalement axée sur deux objectifs principaux, la prophylaxie des maladies transmissibles et le contrôle des médicaments. Mais il est également doté d'une section thermalisme chargée de l'analyse des prélèvements qui lui sont adressés et de l'étude systématique des ressources hydrominérales du pays.

La prophylaxie des maladies transmissibles : les sections de virologie de Paris et de Lyon et l'Institut de la vaccine sont chargés soit du contrôle et du titrage des vaccins, de certains sérums et des milieux de culture appropriés, soit des recherches portant sur la prévention et le traitement des maladies à virus, soit d'enquêtes épidémiologiques et sérologiques. La section de bactériologie de Montpellier effectue les contrôles et recherches qui s'avèrent nécessaires principalement sur les vaccins destinés à des affections bactériennes, les anatoxines, les ferments, les antibiotiques et les antiseptiques. Elle effectue également de nombreux contrôles de stérilité.

Le contrôle des médicaments, autres que les sérums et vaccins, a absorbé la plus grande partie des moyens du laboratoire national. Cette activité s'exerce à Paris et à Montpellier, soit à l'occasion de l'examen systématique des spécialités pharmaceutiques mises récemment sur le marché, soit au titre de la surveillance de la qualité des produits déjà commercialisés. En outre, il a été procédé à des recherches approfondies sur divers lots de médicaments considérés comme pouvant être à l'origine d'incidents thérapeutiques ou d'accidents.

Au total, le nombre des produits analysés en 1969 dépassera sans doute le millier, ce qui correspond à plus de 25.000 éléments caractérisés ou dosés. Ces résultats doivent être encore considérés comme *quantitativement insuffisants devant le nombre de médicaments à surveiller*.

Compte tenu de la quasi-stagnation de ses dotations en 1970, s'il veut maintenir son activité en matière de prophylaxie des maladies transmissibles et s'efforcer d'accélérer le rythme des analyses se rapportant au contrôle des médicaments, le laboratoire devra améliorer l'organisation de son travail et ses liaisons avec le Service central de la pharmacie et des médicaments.

b) *L'Institut national de la santé et de la recherche médicale* (I. N. S. E. R. M.) recevra une dotation de 106.368.526 F qui tient compte, en mesures nouvelles :

— d'un supplément de 6,4 millions destiné à la création de 70 emplois (48 techniciens et 28 administratifs), au renouvellement du matériel et au fonctionnement ;

— d'une économie de 1,5 million.

On notera que s'il est louable de multiplier les emplois de technicien pour décharger les chercheurs de tâches matérielles, il serait également opportun de multiplier les emplois de chercheur : il n'en a rien été en 1969, il n'en sera rien en 1970 ; la recherche médicale aura été, deux années de suite, victime des mesures d'austérité.

Non seulement sur le plan des hommes mais aussi sur le plan des équipements, puisqu'au chapitre 66-30 les autorisations de programme sont ramenées de 33 à 30 millions de francs qui ne permettront le lancement que de trois unités nouvelles contre six en 1969 :

— deux à Toulouse : hémodynamisme et métabolisme cérébral ; métabolisme et pathologie rénale ;

— une à Montpellier : biochimie des stéroïdes ;

Et l'engagement des travaux préalables à trois unités à Paris-Saint-Louis et l'extension des deux unités de Villejuif et de la Salpêtrière.

La recherche médicale constitue un sujet trop important pour que nous n'y consacrons pas un long développement : aussi nos collègues trouveront-ils en annexe un bilan des études entreprises ou projetées par l'I. N. S. E. R. M.

c) Il convient également de signaler la non-reconduction d'une subvention de 1.300.000 F accordée, en 1969, à titre exceptionnel à l'*Institut Pasteur* pour la gestion d'un stock de sérums et de vaccins. Celui-ci recevra néanmoins une subvention d'équipement de 3,5 millions de francs en autorisations de programme et une subvention de fonctionnement de 8.750.000 F (montant inchangé), tandis que la subvention versée à l'*Institut du radium* sera abondée de 100.000 F pour être portée à 500.000 F.

B. — L'enseignement.

1° LES ÉTABLISSEMENTS GÉRÉS PAR LE MINISTÈRE

a) *Les Instituts nationaux de jeunes sourds et de jeunes aveugles* bénéficient de huit emplois nouveaux (+ 464.846 F).

Ces instituts ont accueilli 1.176 élèves au cours de la dernière année scolaire pour un effectif théorique de 1.220 places. A l'*Institut des jeunes aveugles de Paris*, le déficit est imputable à la reconstruction de locaux qui immobilisent plusieurs bâtiments. Aux

instituts de jeunes sourds de Paris, Chambéry et Bordeaux, le déficit résulte du manque de professeurs qui ne pourra être pallié que d'ici trois à quatre ans quand le nouveau régime de formation des maîtres, qui entre en vigueur cette année, portera ses fruits. Par ailleurs, à Paris et à Metz, les établissements sont vétustes et devront être entièrement reconstruits au besoin dans d'autres sites : une étude est en cours. Parallèlement, on procède par étapes à la reconversion des enseignements, la musique et la reliure cédant le pas, faute de débouchés, à d'autres métiers (horticulture, dessin industriel, imprimerie pour les sourds).

b) *L'Ecole nationale de la Santé publique* reçoit 130.000 F de plus qui lui permettront de recruter 3 agents de service.

L'école de Rennes a accueilli au cours de l'année scolaire écoulée :

— 239 élèves pour les enseignements de formation dont la scolarité dure au moins un an (161 l'année précédente) ; 92 étaient des étrangers (51 l'année précédente), ce qui donne la mesure de son rayonnement, malgré sa création récente ;

— 3.065 stagiaires pour des sessions d'information de une à trois semaines (1.874 l'année précédente),

et dispensé à 1.220 élèves des cours par correspondance (820 l'année précédente).

Les membres du corps enseignant, comprenant 21 professeurs et 22 assistants, poursuivent par ailleurs des travaux de recherches scientifiques : hygiène du milieu (eaux potables, eaux usées ménagères et industrielles, pollution atmosphérique, salubrité des aliments), épidémiologie (salmonelloses, maladies à entéro-virus), hypertension artérielle, sociologie et méthodologie administrative (recherche sur les dépenses de santé, sur l'évolution des dépenses de l'assurance-maternité en Bretagne, sur le mécanisme de formation des dépenses hospitalières)...

Nous souhaiterions que l'école entreprenne l'élaboration d'une doctrine du « management » en matière de gestion hospitalière afin de réduire les prix de journée : une telle investigation semble être de sa compétence.

2° LES ÉTABLISSEMENTS SUBVENTIONNÉS

Les établissements chargés de la formation des personnels sociaux, travailleuses familiales et assistantes sociales et des personnels médicaux, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes,

obtiendront les mêmes subventions qu'en 1969 et les chapitres de bourses ne sont pas modifiés, fût-ce d'un centime. Ce sont donc les élèves et leurs familles qui prendront à leur charge les hausses intervenues dans les coûts de leur formation.

Aussi, dans le présent rapport, ne pouvons-nous que passer en revue les problèmes que posent quelques corps.

a) *Les assistantes sociales.*

Les mesures prises en faveur des étudiants en service social et des assistantes sociales en 1969 : par arrêté du 30 octobre 1968, les élèves des écoles de service social ont été assujettis aux dispositions du titre I^{er} du Code de la Sécurité sociale portant extension aux étudiants du régime des assurances sociales.

Les dispositions du décret du 9 décembre 1966 sont entrées en application : un certain nombre d'autorisations d'exercer les fonctions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social ont été délivrées et d'autres le seront à la suite d'examens qui auront lieu à la fin de l'année 1969.

Les améliorations de carrière : des efforts sont poursuivis pour améliorer la carrière des assistantes sociales et, notamment, atténuer les disparités des statuts applicables aux trois catégories d'assistantes sociales relevant de l'État, des départements et des communes.

Les besoins : les besoins en assistantes sociales tels qu'ils ont été déterminés lors de l'élaboration du V^e Plan d'équipement social sont de 25.000 assistantes en 1970, soit environ une assistante sociale pour 2.000 habitants ; au dernier recensement de 1965, les assistantes sociales étaient au nombre de 18.371 ; elles sont, en 1969, environ 19.000 (un recensement est en cours).

L'insuffisance des effectifs, constatée ces dernières années, continue à s'atténuer progressivement en raison notamment de l'accroissement important du nombre des bacheliers entrant dans les écoles de service social et du nombre élevé de candidatures à l'examen d'admission.

Les élèves dans les écoles étaient au nombre de 2.930 au 1^{er} janvier 1966 et de 4.698 au 1^{er} janvier 1969. Le nombre prévisible au 1^{er} janvier 1970 est de 5.000.

Quant aux diplômés d'Etat, ils sont passés de 732 en 1966 à 1.015 en 1968. Ils seront d'environ 1.250 en 1969.

b) *Les infirmières.*

Depuis plusieurs années, il a été tenu compte de certaines remarques formulées dans le Rapport général de l'équipement sanitaire et social du Commissariat général au Plan où il était écrit notamment : « Les hôpitaux, même ceux qui possèdent une école, ne parviennent pas à attirer et surtout à retenir les jeunes diplômés. L'hôpital public tend à devenir un lieu de transit vers les spécialisations, vers les entreprises privées, vers la pratique libérale des dispensaires, un tremplin vers autre chose de moins important et plus rémunérateur... Soumises à ces conditions, les infirmières fuient l'hôpital... ».

Aussi, sur le plan hospitalier, l'année 1969 a permis l'accomplissement d'un certain nombre de réformes.

La durée du travail : ramené de 45 à 42 heures au 1^{er} juin 1968, l'horaire hebdomadaire a été fixé à 40 heures après le 1^{er} janvier 1969.

Les carrières : le décret du 24 mars 1969 a prévu que les infirmières obligées, notamment pour des raisons familiales, d'abandonner leur carrière, pouvaient être à nouveau recrutées en conservant leur ancienneté de service sans être, comme par le passé, recrutées au premier échelon. Ce même texte a réduit à cinq années après l'obtention du diplôme l'engagement de servir dans les établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics que doivent souscrire les agents des services hospitaliers qui désirent bénéficier de la promotion professionnelle.

L'arrêté du 24 mars 1969 a modifié les échelles de rémunérations. L'indice brut de début passe, en effet, de 210 à 260 et l'échelon exceptionnel 405, qui reste inchangé, peut être atteint uniformément en dix-neuf ans. L'indice brut de début pour l'infirmière spécialisée passe de 230 à 275. De même l'échelle applicable

aux surveillants des services médicaux passe de 315-430 à 340-455. Enfin, l'ensemble des surveillants et surveillantes chefs, quelle que soit l'importance de l'établissement, se voit appliquer l'échelle 380-500. Le reclassement du personnel dans ces échelles prend effet au 1^{er} juin 1968 et au 1^{er} février 1968 pour les surveillantes chefs.

Le recrutement : le V^e Plan fixait les besoins en infirmières pour 1970 à 150.000 : au 1^{er} janvier 1969, l'effectif était évalué à 130.000 environ contre 85.000 en 1961.

Le nombre de diplômes d'Etat délivrés est passé de 5.174 en 1959 à 10.655 en 1968. Il a donc plus que doublé en neuf ans. Pour l'année 1969, il est vraisemblable que le total des diplômes d'Etat délivrés atteindra, ou même dépassera légèrement le chiffre de 11.000. Rappelons, à ce sujet, que les prévisions du Plan étaient pour l'année 1968, 10.400 et pour l'année 1969, 12.040.

De plus, il a été possible de créer dans les écoles d'infirmières pour l'année 1969, 2.000 places complémentaires, ce qui a permis d'avoir au cours de l'année qui vient de s'écouler : 14.312 élèves infirmières en cours de scolarité de première année et 11.481 infirmières en cours de scolarité de deuxième année.

Le chiffre des élèves en cours de scolarité en première année approche donc les objectifs du Plan qui envisageait à partir de 1970 la possibilité de former 15 à 16.000 élèves par année. Un tel chiffre correspond aux besoins du pays en infirmières, mais également à ses possibilités pédagogiques, car il ne faut pas oublier qu'il convient de respecter un certain rapport entre le nombre d'infirmières en formation et l'étendue des terrains de stages : les travaux du V^e Plan ont admis, comme norme, que le maximum tolérable était de 1 élève pour 9 lits, soit 12 élèves pour 100 lits.

La réforme des études médicales.

La mise en place de la réforme instituée par l'ordonnance du 30 décembre 1958, parce qu'elle bouleversait des habitudes, qu'elle butait sur le goulot d'étranglement des équipements et qu'elle concernait deux départements ministériels, la Santé et l'Education nationale, se fait trop lentement. Elle a, par ailleurs, dû être infléchie dix ans après pour tenir compte de la loi d'orientation sur l'enseignement supérieur du 12 novembre 1968.

Les centres hospitaliers et universitaires résultent de l'association d'une Faculté ou Ecole nationale de médecine et du Centre hospitalier régional de la même ville.

Vingt-cinq villes comportent actuellement une faculté ou école de médecine : Paris, Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Strasbourg, Toulouse, Tours, Brest et Nice.

La même peut d'ailleurs posséder plusieurs C. H. U. puisqu'un certain nombre de facultés de médecine ont éclaté en plusieurs unités d'enseignement et de recherche. C'est ainsi qu'à Paris un décret du 27 novembre 1968 a créé dix facultés de médecine.

Les personnels hospitalo-universitaires.

Ils comprennent :

1° *Des professeurs ou maîtres de conférences agrégés* qui sont en même temps chefs de service hospitalier ou non chefs de service (médecins, chirurgiens, spécialistes ou biologistes) au nombre de 1.315 au 1^{er} octobre 1968, dont 307 sont issus des concours transitoires ouverts en 1965.

Une réforme du décret du 24 septembre 1960 concernant le déroulement des carrières et les recrutements qui était en voie d'aboutir en mai 1968 a été remise en question par le vote de la loi d'orientation. Comme il était indispensable de pourvoir, dès 1969, aux postes vacants — aucun recrutement n'ayant eu lieu depuis 1966 — un décret du 11 avril dernier a repris les grandes lignes du projet de 1968 : il substitue au système des concours sur épreuves un recrutement après inscription sur une liste d'aptitude établie par discipline, compte tenu des titres et des travaux de recherche des postulants.

Pour l'année universitaire 1969-1970, 550 postes vacants ou nouvellement créés seront pourvus.

2° *De chefs de travaux-assistants des hôpitaux* (corps de titulaires existant, seulement, en biologie et anesthésiologie). L'effectif en 1969 est de : 312.

3° *De chefs de clinique ou assistants de faculté-assistants des hôpitaux* (personnels temporaires exerçant à plein temps). L'effectif global en 1969 est de 2.153 (1.705 chefs de clinique et 448 assistants de faculté).

L'équipement des C. H. U. :

La capacité des C. H. U. au 31 décembre 1968 s'établissait à 74.580 lits dont la répartition ne correspond pas toujours au nombre des étudiants, certaines facultés accusant un déficit dramatique (Montpellier, Toulouse, Bordeaux).

C. H. U.	NOMBRE de lits « actifs ».	C. H. U.	NOMBRE de lits « actifs ».
Paris	25.100	Marseille	4.113
Amiens	802	Montpellier	2.069
Angers	1.268	Nancy	2.181
Besançon	1.064	Nantes	2.061
Bordeaux	2.999	Nice	1.893
Brest	982	Poitiers	811
Caen	1.106	Reims	1.132
Clermont	1.805	Rennes	1.348
Dijon	1.480	Rouen	2.015
Grenoble	1.852	Strasbourg	3.366
Lille	3.012	Toulouse	2.136
Limoges	1.064	Tours	1.178
Lyon	7.743	Total	74.580

La réforme instituée par l'ordonnance du 30 décembre 1958 était notamment destinée à améliorer les conditions suivant lesquelles est dispensé non seulement l'enseignement théorique, mais aussi et surtout l'enseignement clinique et pratique à tous les étudiants en médecine.

En 1968, les étudiants ont protesté contre le fait que seuls bénéficiaient d'une formation clinique et pratique indiscutable, ceux d'entre eux qui devenaient externes des hôpitaux ; ils ont, en conséquence, réclamé l'attribution de fonctions hospitalières équivalentes à l'externat pour la totalité des étudiants à partir d'un certain niveau de leurs études.

Après examen de ces revendications, en liaison avec les représentants des étudiants concernés, les mesures suivantes sont intervenues au début de l'année universitaire 1968-1969 ; d'une part suppression de l'externat traditionnel, d'autre part attribution à tous les étudiants à partir de la troisième année de médecine après le C. P. E. M. (quatrième année après le baccalauréat) de « fonctions hospitalières ». Cette dernière mesure, qui a fait l'objet du décret en Conseil d'Etat du 18 février 1969, est entrée en application effective depuis le début de l'année 1969.

La réforme n'a pu être mise en œuvre qu'en utilisant pour la formation des étudiants non plus seulement, comme par le passé, les seuls services hospitaliers des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires, mais aussi les services des hôpitaux publics généraux, dits de deuxième catégorie, d'hôpitaux privés à but non lucratif, d'hôpitaux psychiatriques ou de sanatoriums.

Compte tenu de la double nécessité de préserver la tranquillité des malades et d'assurer aux étudiants une formation diversifiée, il est indispensable *de ne pas dépasser certaines normes entre le nombre des malades et le nombre d'étudiants.*

Au problème des possibilités optimales de formation, s'ajoute celui de l'évaluation des *besoins de la nation en futurs médecins*, afin d'éviter le cas échéant qu'un nombre d'étudiants inconsidérément élevé n'entreprennent des études médicales engageant des frais d'enseignement non indispensables et faisant courir le risque aux intéressés d'un manque de débouchés. Une étude de ces problèmes est actuellement en cours.

C'est en raison de ce double impératif — manque de lits de C.H.U. et limitation des débouchés — que les examens de premier cycle ont été rendus plus difficiles. Par une voie biaisée, la sélection vient d'entrer dans les études médicales pour des motifs que l'on peut discuter.

C. — L'action sanitaire.

1° LES ACTIONS DU SERVICE DE LA SANTÉ SCOLAIRE

Le Service de la santé scolaire a été transféré, en 1964, de l'Education nationale à la Santé publique malgré l'opposition du Sénat et il se révèle que les craintes de la Haute Assemblée étaient justifiées : il est certain que ce service n'a pas bénéficié des dotations qu'il aurait obtenues de la rue de Grenelle si, au cours de ces dernières années, il était resté dans sa mouvance.

Il est tout d'abord *déficitaire en personnel d'encadrement* ainsi qu'il ressort du tableau qui en donne la situation en avril dernier :

EMPLOI	EFFECTIF budgétaire.	EFFECTIF REEL		
		Titulaires.	Contractuels ou auxiliaires.	Total.
Médecins conseillers techniques des recteurs.....	22	20	»	20
<i>Au niveau du département :</i>				
Médecins de liaison.....	97	87	»	87
Assistants sociaux chefs...	92	71	»	71
<i>Au niveau des secteurs :</i>				
Médecins	1.058	381	424	805
Assistants sociaux.....	1.070	935	40	975
Infirmières	739	539	60	599
Adjointes (corps d'extinc- tion)	419	474	3	477
Total	3.497	2.507	527	3.034

Aussi a-t-il été nécessaire de recourir à du personnel vacataire à plein temps ou à mi-temps.

VACATAIRES	A PLEIN TEMPS	A MI-TEMPS	TOTAL
Médecins (1).....	42	366	408
Assistants sociaux.....	50	16	66
Infirmières (ou adjointes).....	187	99	286

(1) En outre, 580 médecins travaillent à l'acte. Ils ont pratiqué environ 241.000 examens.

C'est d'ailleurs pour cette raison que dans le présent budget on ouvre un supplément de 850.000 F pour tenir compte de l'accroissement des effectifs d'une année sur l'autre, d'autant que les équipes médico-sociales de santé scolaire ne limitent pas leur activité au dépistage, mais sont encore tenues de participer, ainsi que le prévoient les textes, à différents conseils dans les établissements scolaires (conseils d'administration, conseils de classe, conseils d'orientation, etc.) et à diverses commissions, telles les commissions médico-pédagogiques.

En ce qui concerne les examens cliniques et biométriques nous connaissons les résultats statistiques des examens pratiqués au cours de l'année scolaire 1967-1968. En pourcentage, ils sont du même ordre de grandeur que ceux de l'année précédente. Ils sont résumés dans le tableau qui suit :

CATEGORIES d'enseignement.	EFFECTIF inscrit.	EXAMENS CLINIQUES				EXAMENS biomé- triques seuls.	TOTAL des élèves examinés.	PROPORTION du nombre de sujets examinés par rapport à l'effectif. (En pourcentage.)
		Bilans de santé.	Examens systéma- tiques.	Examens à la demande.	Total.			
Ecoles maternelles ...	1.619.703	290.909	144.035	19.219	454.163	131.967	586.130	36,1
Enseignement du pre- mier degré	5.660.127	911.518	1.365.699	427.137	2.704.354	815.023	3.519.377	62,1
Enseignement du second degré	2.951.475	345.904	1.552.589	216.287	2.114.780	283.702	2.398.482	80,1
Ecoles normales	30.874	»	26.905	1.036	27.941	223	28.164	90,8
Total	10.262.179	1.548.331	3.089.228	663.679	5.301.238	1.230.915	6.532.153	63,8

Pour les *examens radiologiques*, les résultats sont les suivants :

CATEGORIES D'ENSEIGNEMENT	EFFECTIF inscrit.	NOMBRE de sujets examinés.	PROPORTION du nombre de sujets examinés par rapport à l'effectif inscrit. (En pourcentage.)
Ecoles maternelles et enseigne- ment du premier degré.....	7.279.830	438.253	6,0
Enseignement du second degré..	2.951.475	1.190.179	40,3
Ecoles normales.....	30.874	28.280	91,6
Ensemble	10.262.179	1.656.712	16,1
Personnel enseignant, administra- tif et de service.....	783.572	646.737	82,5

Dans certains secteurs d'enseignement — notamment les maternelles qui ne sont en principe pas concernées mais qui vont l'être sous peu — et dans certaines catégories d'examens, on constate que les mailles du filet sont encore lâches.

2° LES SUBVENTIONS D'ACTION SANITAIRE

Elles sont regroupées dans le tableau suivant :

CHAPITRES	OBJET	DOTATIONS	MESURES	MESURES	DOTATIONS
		1969.	acquises.	nouvelles.	1970.
(En francs.)					
47-11	Mesures générales de protection de la santé publique.....	116.520.110	+ 2.580.000	+ 1.500.000	120.600.110
47-12	Prophylaxie et lutte contre les fléaux sociaux.....	280.050.020	+ 56.800.000	+ 8.350.000	345.200.020
47-13	Participation de l'Etat à des dépenses de prophylaxie n'ayant pas le caractère obligatoire....	1.074.980	»	+ 300.000	1.374.980
47-14	Protection maternelle et infantile.	3.850.000	»	+ 1.215.000	5.065.000
47-15	Subventions à des organismes ou œuvres d'intérêt national de caractère sanitaire.....	2.912.398	»	— 115.000	2.797.398
47-16	Subvention à la ville de Paris....	46.720	»	— 46.720	»

Pour 85 %, les augmentations de crédits correspondent à des mesures acquises : il s'agit d'apurer la part de l'Etat dans les dépenses exposées par les collectivités locales au cours de l'exercice précédent, part fixée par les textes.

Les quelques dotations ouvertes au titre des mesures nouvelles concernent le lancement d'une action nouvelle et le renforcement d'actions traditionnelles.

a) *Une action nouvelle : l'aide aux handicapés physiques.*

On sait qu'à la suite des travaux effectués par une commission présidée par M. Bloch-Lainé, un programme d'urgence a été inscrit au budget de 1970 en faveur des handicapés pour une somme de 99 millions de francs. Cette somme est répartie entre le budget des Charges communes et plusieurs chapitres du fascicule « Affaires sociales » ; au titre de l'action sanitaire, nous trouvons un crédit de 3.350.000 F inscrit au chapitre 47-12 et affecté au *dépistage précoce des affections invalidantes.*

Antérieurement à la mise en place du programme, la situation des intéressés était la suivante :

— enfants : seuls les enfants mentalement inadaptés et les enfants infirmes moteurs cérébraux pouvaient être pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge des enfants atteints d'infirmités de la motricité pour les soins et la rééducation est actuellement à l'étude.

— adultes : les infirmes adultes étaient admis au bénéfice de l'aide sociale et médicale qui leur garantit un minimum de ressources — au 1^{er} janvier 1970 : 2.900 F — ainsi que, dans certains cas, une majoration spéciale pour aide constante d'une tierce personne.

b) *Le renforcement d'actions traditionnelles.*

Vaccinations obligatoires : le développement des vaccinations antipoliomyélitiques gratuites nécessite l'ouverture d'un supplément de crédit de 1.500.000 F.

La campagne de masse de vaccination par le vaccin buccal porte ses fruits puisqu'on assiste à une diminution régulière de la morbidité de la poliomyélite. Durant les dernières années, les déclarations enregistrées ont été :

1963	738 cas
1964	520 cas
1965	286 cas
1966	202 cas
1967	110 cas
1968	82 cas

et sur les 82 cas de 1968, 45 se sont produits par suite du développement d'un foyer épidémique en milieu nomade, qui s'est propagé dans les populations qui se sont trouvées en contact direct avec lui.

Le tableau ci-après rend compte de la progression des vaccinations effectuées par les centres publics :

VACCINATIONS	ANNEE 1964.	ANNEE 1965.	ANNEE 1966.	ANNEE 1967.	ANNEE 1968.	ANNEE 1969 prévisions.
Antivariolique	1.123.773	1.350.000	1.296.874	1.170.326	1.179.351	1.200.000
Antidiphthérique, antitétanique :						
1° Primo	463.734	530.000	849.771	1.007.101	1.004.493	980.000
2° Rappels	438.881	495.000	770.410	827.933	920.171	1.004.000
Antipoliomyélitique :						
1° Primo	1.153.000	1.263.000	1.820.698	2.178.870	1.893.066	2.500.000
2° Rappels	2.062.000	1.624.000	1.414.019	1.810.973	1.913.777	1.893.000
Antiamarile	>	>	>	>	28.000	1.500

Prophylaxie : la dotation de 1969 (280.050.000 F) est complétée par un crédit de 5 millions de francs au titre des vacations destinées aux médecins des services médico-sociaux.

Contrôle de la pollution atmosphérique : cette rubrique, ouverte en 1969 avec une dotation de 235.000 F, reçoit un complément de 300.000 F. Ce crédit permettra de subventionner le dispositif de surveillance de la région de Lacq, de favoriser le développement de la lutte contre la pollution dans les régions non encore pourvues de réseaux de détection et de doter les agents de contrôle des moyens indispensables pour une application rigoureuse de la réglementation en vigueur. Nos collègues trouveront en annexe une note sur le problème.

Protection maternelle et infantile : l'aide aux crèches et pouponnières est augmentée de 1.400.000 F (soit + 37,8 % ; dotation 1969 : 3.700.000 F).

Les crédits ouverts à ce titre ont permis d'attribuer des subventions de fonctionnement à 402 crèches et 22 hôtels maternels sur la base de 1,02 F par journée de présence d'enfant, 11 pouponnières à raison de 0,90 F par journée de présence d'enfant et 5 gouttes de lait à raison de 0,02 F par biberon distribué.

Le montant des crédits inscrits à ce chapitre n'ayant augmenté que dans des proportions assez faibles ces dernières années, l'aide financière apportée par l'Etat aux organismes en cause est restée limitée au regard des besoins à satisfaire. Aussi, l'effort consenti en 1970 n'en est-il que plus méritoire.

Achat d'ambulances : le décret du 2 décembre 1965 a institué, pour certains établissements hospitaliers, l'obligation de disposer d'ambulances et d'équipes mobiles pour les urgences médico-chirurgicales. Le crédit ouvert au chapitre 47-15 permet de subventionner les acquisitions d'ambulances effectuées par les établissements hospitaliers : il passera de 500.000 F en 1969 à 1 million en 1970.

Reins artificiels : une subvention de 500.000 F a été inscrite pour la première fois en 1969 pour l'acquisition de dix reins artificiels destinés au traitement, à domicile et sous surveillance médicale, des néphrites chroniques. Le crédit est doublé en 1970.

Ces dépenses supplémentaires ont été en partie gagées par des réductions de dotations :

— sur les bourses allouées aux élèves médecins inspecteurs de la Santé pour tenir compte de leurs effectifs : — 58.974 F ;

— sur les crédits afférents aux réductions tarifaires sur les réseaux de la S. N. C. F. dont bénéficient les tuberculeux, économie permise par la régression de la maladie : — 100.000 F ;

— sur la subvention allouée à l'Institut Pasteur ainsi que nous l'avons signalé plus haut : — 1.300.000 F.

Enfin, la subvention à la ville de Paris pour les œuvres intéressant l'enfance est supprimée : — 46.720 F.

D. — L'action sociale.

1° L'AIDE MÉDICALE ET SOCIALE

La dotation du chapitre 46-22 qui était de 2.886.844.750 F en 1969, est augmentée de 410.000.000 F, ce qui représente une progression de 14,2 %.

De ce fait, ce chapitre contiendra à lui seul 44,5 % de l'ensemble des crédits du budget des Affaires sociales.

L'aide aux personnes âgées.

Le décret du 20 janvier 1969 a relevé de 100 F le taux annuel de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité à compter du 1^{er} janvier 1969 : en conséquence, depuis cette date, le montant minimum global des avantages de vieillesse s'élève à 2.600 F par an. Parallèlement, les plafonds de ressources fixés pour l'attribution des allocations minimales ont été relevés. Ils s'élèvent, depuis le 1^{er} janvier 1969, à 4.100 F pour une personne seule et à 6.150 F pour un ménage, alors qu'ils étaient respectivement fixés à 3.700 F et 5.550 F au 31 décembre 1967.

De plus, un décret du 26 septembre 1969 a augmenté de 100 F les avantages de vieillesse servis au taux minimum à compter du 1^{er} octobre 1969, et un autre décret de la même date majeure de 200 F, à compter du 1^{er} janvier 1970, le montant de l'allocation du Fonds national de solidarité. *Ainsi, au 1^{er} janvier 1970 le minimum de revenu dû aux personnes âgées défavorisées est porté à 2.900 F. Ce minimum sera élevé à 3.000 F au 1^{er} octobre 1970 par une nouvelle majoration de l'allocation de base.*

D'autre part, bien que les pensions et rentes de vieillesse ne doivent, en principe, être revalorisées qu'une fois par an, avec effet du 1^{er} avril, ces avantages ont été, à titre exceptionnel, augmentés de 4 % à compter du 1^{er} janvier 1969, en application de l'arrêté du 27 janvier 1969. Une nouvelle majoration de 4,35 % est intervenue au 1^{er} avril 1969, en application de l'arrêté du 9 avril 1969, soit une augmentation globale de 8,52 % par rapport à 1968.

Concurremment au relèvement du plafond fixé pour l'octroi de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité, est intervenu un relèvement des plafonds permettant l'attribution des allocations d'aide sociale aux personnes âgées, notamment ceux de l'allocation de loyer, de l'aide ménagère et de l'admission dans les foyers restaurants.

L'aide aux infirmes.

Les infirmes bénéficient, outre du minimum garanti de ressources, de plafonds plus élevés qui ont évolué de la manière suivante :

	1 ^{er} JANVIER 1969.	1 ^{er} OCTOBRE 1969	1 ^{er} JANVIER 1970
Plus de 80 % d'invalidité. . . .	4.100	4.200	4.400
Moins de 80 % d'invalidité. . . .	3.000	3.100	3.300

D'autre part, le montant de la *majoration spéciale* pour aide constante d'une tierce personne et de l'*allocation de compensation* aux grands infirmes travailleurs a été relevé au 1^{er} avril 1969. Il sera augmenté de 3 % au 1^{er} novembre 1969, à la suite d'une revalorisation exceptionnelle des pensions d'invalidité, des rentes et pensions de vieillesse, des assurances sociales et des indemnités dues au titre des législations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Il sera à nouveau augmenté au 1^{er} avril 1970.

Ainsi qu'il le fait chaque année, votre rapporteur a demandé à l'administration quel était l'état d'avancement des travaux de la commission chargée de réorganiser la répartition des charges d'aide médicale et sociale entre l'Etat et les collectivités locales, de moderniser une « clé » vieille maintenant de quatorze ans qui, du fait des migrations de population et des variations de la fortune, en plus ou en moins, dans les différentes régions, est fort éloignée de la réalité d'aujourd'hui.

Voici la réponse, aussi peu encourageante que les précédentes : « Il a dû être à nouveau sursis à la reprise des travaux de la commission, les facultés contributives réelles des collectivités ne pouvant être exactement appréciées tant que ne sera pas connue l'incidence de la réforme des finances locales ».

2° L'ENFANCE INADAPTÉE

Les crédits inscrits au chapitre 47-22 croissent de 4.535.154 F. et la dotation pour 1970 s'établit à 31.115.154 F. La progression sur 1969 est donc de 17,1 %. En même temps que l'aide aux handicapés physiques, l'aide aux handicapés mentaux aura été privilégiée dans le présent budget et il convient de reconnaître qu'un effort important avait été accompli dès 1969 : les dotations avaient alors été doublées.

Il est vrai qu'il reste beaucoup à faire puisqu'on estime à un million le nombre des jeunes inadaptés. Tous ne ressortissent pas à la Santé publique en ce qui concerne leur placement ; les moins atteints fréquentent les classes spécialisées de l'enseignement élémentaire et l'Education nationale, de son côté, tente de combler le déficit en maîtres et en locaux.

Il existe, pour accueillir les plus atteints, 2.329 établissements comportant 119.775 places permettant des séjours de durée variable. En complément, 382 places nouvelles ont pu être affectées à l'enfance inadaptée par reconversion de certains établissements de lutte antituberculeuse quand la situation géographique le permettait. Par ailleurs, sur le programme d'urgence en faveur des handicapés (adultes et enfants) qui vient d'être arrêté, un crédit de 55 millions de francs sera affecté à la construction d'instituts médico-pédagogiques et d'instituts médico-professionnels suivant des conditions de financement particulières et des techniques de construction industrialisée.

Ce chapitre ne retrace pas toutes les dotations consacrées à l'enfance inadaptée et les parents peuvent bénéficier de prestations particulières :

— *l'allocation d'éducation spécialisée* prévue par la loi du 31 juillet 1963, qui est une prestation familiale allouée pour compenser les frais de soins et d'éducation spécialisée lorsque ces frais ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et que le placement n'est pas gratuit ;

— *l'allocation spéciale* pour les mineurs de moins de quinze ans, au titre de l'aide sociale, lorsque les ressources des parents sont inférieures à deux fois le S. M. I. G. augmenté d'un demi S. M. I. G. par enfant à charge.

Le droit commun en la matière est donc la prise en charge des frais de soins et d'éducation spécialisée par l'assurance-maladie et par l'aide sociale. L'aide que reçoit la famille d'un enfant présentant une infirmité d'au moins 80 % peut atteindre les montants suivants :

	TAUX ANNUELS	PLAFOND de ressources.
	(En francs.)	
Allocation d'éducation spécialisée.....	2.262	Sans condition de ressources.
Allocation spéciale.....	996 à 1.992	19.620
Total	3.258 à 4.254	

3° LA PARTICIPATION DE L'ÉTAT A L'ÉQUILIBRE DE DEUX RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les dotations du chapitre 47-25 passeront de 1.122,5 millions de francs en 1969 à 1.195,9 millions en 1970, ce qui représente une majoration de 73,4 millions ou encore de 6,5 %.

Dépense de « constatation », elle s'analyse de la manière suivante :

	CAISSE AUTONOME de Sécurité sociale dans les mines.	CAISSE AUTONOME mutuelle de retraites des agents des chemins de fer secondaires et tramways.
	(En millions de francs.)	
a) <i>Mesures acquises :</i>		
Diminution des effectifs et extension en année pleine des incidences sur les retraites des augmentations de salaires obtenues en 1969.....	— 23	+ 0,9
b) <i>Mesures nouvelles :</i>		
Incidences sur les retraites des aug- mentations de salaires prévues pour 1970	+ 89,2	+ 6,3
Total des augmentations.....	+ 66,2	+ 7,2
Dotation 1969.....	954,8	167,7

III. — LES EQUIPEMENTS

Le tableau ci-après rend compte de l'évolution des dotations d'une année sur l'autre :

	AUTORISATIONS de programme.			CREDITS DE PAIEMENT		
	1969 (En millions de francs.)	1970 de francs.)	Variation. (En pourcentage.)	1969 (En millions de francs.)	1970 de francs.)	Variation. (En pourcentage.)
TITRE V. — Investissements exécutés par l'Etat.						
56-10. — Bâtiments nationaux...	6,70	13 »	+ 94	24 »	24 »	»
56-50. — Installations de contrôle sanitaire	»	»	»	0,05	»	»
56-90. — Frais d'étude et de contrôle	5,50	5 »	— 9,1	6,45	5 »	— 22,9
Total pour le titre V....	12,20	18 »	+ 47,5	30,50	29 »	— 4,92
TITRE VI. — Subventions d'investissements.						
66-10. — Etablissements hospita- liers et de bienfaisance, écoles d'infirmières	490,95	286,38	— 41,7	296,16	350 »	+ 18,2
Dont :						
Hôpitaux non C. H. U....	243,56	91,80	— 62,3	»	»	»
Hospices et maisons de retraite	46,05	19,80	— 57	»	»	»
C. H. U.....	188,50	166,70	— 11,6	»	»	»
Ecoles d'infirmières.....	6,08	5 »	— 17,8	»	»	»
66-12. — Organismes d'hygiène sociale	126,57	96 »	— 24,2	86,74	100 »	+ 15,3
Dont :						
Cancer	17,93	11,50	— 35,9	»	»	»
Maladies mentales.....	91,49	74 »	— 19,1	»	»	»
Transfusion sanguine.....	6,37	2 »	— 68,6	»	»	»
P. M. I.....	5,88	4 »	— 32	»	»	»
66-20. — Etablissements d'aide sociale	101,60	137,77	+ 35,6	98 »	165,65	+ 69
66-30. — Recherche scientifique et médicale	33 »	30 »	— 9,1	20 »	32 »	+ 60
Total pour le titre VI....	752,12	550,15	— 26,9	500,90	647,65	+ 29,3
Totaux pour les dépenses en capital	764,32	568,15	— 25,7	531,40	676,65	+ 27,3

A. — Les grandes lignes du budget d'équipement.

1° *Les crédits de paiement* augmentent de 27,3 % pour atteindre 676,6 millions de francs contre 531,4 millions en 1969 et 449 millions en 1968.

Cette progression résulte de l'importance des programmes engagés au cours des années précédentes et présente, en quelque sorte, un caractère automatique : il est difficilement concevable que l'on stoppe les chantiers mis en route.

2° En revanche, *les autorisations de programme*, avec un montant de 568,1 millions de francs, accusent un recul de plus du quart sur 1969, exactement de 25,7 %. Aucune administration, sans doute, n'aura autant souffert des mesures d'austérité en ce qui concerne ses équipements. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que la Santé fait les frais d'une politique de redressement : l'exemple du budget de 1959 en fournit la preuve. C'est de plus la deuxième amputation que subit l'équipement sanitaire et social en quelques mois puisqu'un montant de 248,3 millions d'autorisations de programme a été bloquée au cours de l'été (1).

Sans doute, nous dira-t-on, qu'en 1969 une autorisation de programme de 103,32 millions avait été ouverte en anticipation sur 1970 ; que l'on dispose d'une masse de crédits optionnels de 152,5 millions de francs qui, ajoutés aux crédits figurant au « bleu », reconstitueraient à 6 % près les dotations de 1969. Mais leur utilisation est subordonnée à une amélioration des conditions économiques et non aux besoins de l'Administration : du moment que ces derniers ont été négligés, nous négligerons les crédits optionnels pour établir nos comparaisons.

Tous les équipements sanitaires ont été sacrifiés :

— les hôpitaux non C. H. U.....	— 62,3 %
— les hospices et maisons de retraite.....	— 57 %
— les hôpitaux psychiatriques.....	— 19,1 %
— les centres anticancéreux.....	— 35,9 %
— les centres de transfusion sanguine.....	— 68,6 %
— les écoles d'infirmières.....	— 17,8 %
— les équipements de la protection maternelle et infantile	— 32 %

(1) Voir Annexe VII.

On comprend dès lors que, contrairement à l'usage, la liste des opérations ne figure pas cette année dans le fascicule budgétaire. Elle eût été trop brève, car combien d'opérations hospitalières peut-on lancer avec une dotation de 92 millions ?

Seuls les équipements sociaux ont été privilégiés et parmi eux :

— les établissements de l'enfance inadaptée (avec notamment un programme de 556 millions pour les constructions industrialisées au titre du plan d'urgence en faveur des handicapés). + 62,8 %

— les établissements pour infirmes adultes (ateliers protégés, centre de rééducation fonctionnelle, foyers, maisons d'accueil). + 500 %

— les écoles de formation de travailleurs sociaux et d'éducateurs spécialisés (9 millions alors qu'il n'y avait aucune autorisation en 1969).

*
* *

Devant de tels chiffres, on est amené à confronter les besoins et les moyens.

L'unité choisie s'agissant des besoins est le lit-population. Les indices suivants ont été retenus (1) :

	Pour 1.000 habitants.	
— médecine	3	lits.
— maternité	0,54	—
— hôpitaux psychiatriques.	3	—
— chirurgie	2,80	—
— maisons de retraite.	4,5 à 5	—
— divers (convalescents chroniques, réadaptation fonctionnelle).	0,90	—

Appliquons ces indices à une population de 50 millions d'habitants.

a) *Médecine* : 150.000 lits seraient nécessaires.

Or, le recensement des lits existants au 31 décembre 1968 fait apparaître 133.803 lits dont 115.729 dans les établissements publics et 18.074 dans les établissements privés.

(1) L'occupation moyenne des lits préconisée en secteur public, a théoriquement été fixée à 76 ou 75 % en médecine et chirurgie et 60 % en maternité afin de laisser une marge de sécurité assez large pour faire face à toute éventualité. Dans la réalité, les taux d'occupation sont d'ailleurs supérieurs dans la plupart des établissements sauf en ce qui concerne la maternité.

Les prévisions de création de lits nouveaux si elles sont réalisées, accroîtraient ce chiffre de 3.418 lits en 1969 et 4.550 en 1970, ce qui permettrait d'avoir en service à la fin de 1970 : 141.771 lits tant publics que privés. Il semble donc que les besoins seraient presque couverts au moins quantitativement

Malheureusement, sur le plan qualitatif, la situation est moins satisfaisante. Malgré la construction de quelques hôpitaux neufs, il reste encore trop de services vétustes qui devront être rénovés, de grandes salles de malades qui devront être divisées en boxes, ce qui améliorera le confort des patients, mais réduira le nombre de lits.

b) *Maternité :*

Une évaluation des besoins peut s'établir par l'application de l'indice cité plus haut (0,54) qui aboutit à 27.000 lits.

On peut faire aussi un autre raisonnement. En partant du nombre des naissances annuelles (834.000 en 1968), en fixant à 10 jours le séjour moyen des parturientes, un lit de maternité peut en accueillir 36 théoriquement dans une année ce qui permet de déterminer que 23.166 lits seraient suffisants pour l'ensemble de la France.

Ce calcul laisserait croire que le pays est suréquipé en ce domaine puisque au 31 décembre 1968 on dénombrait 33.082 lits de maternité, 15.924 privés et 17.158 publics. Cependant, il convient d'ajouter quelques observations :

— les naissances ne se répartissent pas uniformément sur les douze mois de l'année. Il est constaté que les plus nombreuses ont lieu en décembre et janvier, ce qui implique la nécessité de prévoir une capacité suffisante pour permettre d'accueillir les femmes qui se présenteront pendant cette période. En appliquant le correctif d'un coefficient d'occupation de 60 %, il faudrait 38.610 lits (chiffre qui serait trop élevé, les maternités privées n'étant pas tenues de réserver une marge de sécurité aussi importante et ayant un taux d'occupation beaucoup plus fort);

— les naissances ne sont pas non plus réparties également sur l'ensemble du pays. Il existe des départements à forte natalité où les besoins en lits ne sont pas couverts. Par contre, dans certaines régions rurales qui pourraient paraître sous-équipées, en raison des habitudes locales traditionnelles, les femmes

accouchent encore chez elles et le nombre de lits serait suffisant actuellement. Cependant, l'évolution des mœurs et l'extension des assurances sociales aux exploitants agricoles peuvent créer des besoins de lits nouveaux.

En fait, ici aussi existent encore des établissements anciens qu'il convient de moderniser, ce qui ne se traduira pas forcément par l'augmentation du nombre des lits. Pour les maternités, les prévisions de lits publics nouveaux sont très limitées : 263 en 1969 et 221 en 1970.

c) *Chirurgie* : l'application de l'indice lit - population permet de chiffrer les besoins à 140.000 lits. Le recensement des lits existants fait apparaître un total actuel de 107.799 lits (53.037 publics et 54.762 privés) auxquels devraient s'ajouter 3.675 lits en 1969 et 3.983 en 1970.

Ces chiffres peuvent paraître assez faibles eu égard aux besoins.

Cependant, ici encore, il est à penser que dans l'avenir l'évolution se fera vers une modernisation et une amélioration de la qualité des lits qui, conjuguée avec une meilleure utilisation, devrait permettre de raccourcir les délais de séjour des opérés des services actifs pour les diriger dès que possible vers des services de convalescents d'un coût de construction et d'aménagement moindre et exigeant moins de personnel pour le fonctionnement.

d) *Hôpitaux psychiatriques* : 150.000 lits seraient nécessaires pour la population actuelle de la France.

Le nombre de lits recensés au 31 décembre 1968 est seulement de 121.484 (dont 88.750 dans le secteur public), mais de nombreux hôpitaux psychiatriques ont un coefficient d'occupation de l'ordre de 120 à 150 % ; 3.559 lits seront vraisemblablement créés en 1969 et les prévisions pour 1970 portent sur 5.669 lits.

Les besoins dans ce domaine sont donc loin d'être couverts. On peut espérer cependant qu'avec les thérapeutiques nouvelles et le développement de la sectorisation, beaucoup de malades pourront sortir des hôpitaux psychiatriques, sinon guéris, du

moins stabilisés. Mais il est alors nécessaire, pour éviter les rechutes, qu'ils fassent l'objet d'une surveillance continue par l'équipe qui les a suivis au cours du traitement, d'où la nécessité de créer des foyers de post-cure et des dispensaires psychiatriques et anti-alcooliques.

Si les hôpitaux psychiatriques existants ont besoin d'être améliorés et modernisés, les efforts s'orienteront principalement dans les prochaines années vers la formule des hôpitaux de jour, des foyers de post-cure, des ateliers protégés ou des centres d'aide par le travail. Le problème de l'entourage étant essentiel dans le traitement des malades mentaux, il importe que ceux-ci puissent être soignés sans perdre le contact avec leur milieu familial ou de travail. Ce sera donc plus souvent en places que seront exprimés les besoins et non en lits.

e) *Maisons de retraite :*

L'application de l'indice lit-population donne 250.000 lits mais certains estiment qu'il était raisonnable de prévoir 50 lits pour 1.000 personnes âgées de plus de 65 ans. Les services statistiques de l'I. N. S. E. E. ayant évalué leur nombre à 6.098.000, il faudrait en principe 304.900 lits alors que nous n'en avons recensé que 193.735 au 31 décembre 1968.

Ici, le problème est à la fois quantitatif (chacun sait par expérience que dans les centres urbains il est très difficile d'obtenir un lit ou une chambre pour un vieillard dans une maison de retraite) et qualitatif car beaucoup de services d'hospices sont de qualité très médiocre. De plus, les lits sont très inégalement répartis d'une région à l'autre.

Malgré les efforts de ces dernières années :

- 3.299 lits nouveaux ouverts en 1968 ;
- 3.378 lits qui doivent ouvrir en 1969, et
- 5.940 prévus pour 1970.

il reste encore beaucoup à faire pour accueillir et soigner décemment les personnes âgées.

En conclusion, on peut constater que, mis à part la médecine où l'on approchera de la satisfaction des besoins à la fin de l'année 1970, les besoins *quantitatifs* sont loin d'être satisfaits et que le déficit est angoissant en matière d'hôpitaux psychiatriques et de

maisons de retraite. De plus, des efforts considérables doivent encore être accomplis pour satisfaire les besoins *qualitatifs* tant sont vétustes d'innombrables établissements.

Il faudra enfin « rentabiliser » les équipements, tirer le parti le plus efficace de notre investissement sanitaire et social en améliorant les conditions de fonctionnement grâce à un personnel suffisant en nombre et en compétence, aux organisations extra-hospitalières indispensables et aux liaisons avec le corps médical.

*
* *

Ce sont peut-être toutes les méthodes de financement qui sont à revoir. On se souvient que M. Jeanneney avait décidé de créer, par décret, une Caisse nationale d'équipement hospitalier, et avait préparé un projet de loi pour modifier certaines dispositions relatives au financement. Les aménagements envisagés n'auraient pas seulement concerné le Fonds d'action sanitaire et sociale mais aussi les Fonds propres des établissements, dans la mesure où ces derniers disposent d'un patrimoine qu'ils pourraient liquider, et dans la mesure surtout où ils pourraient contracter des emprunts car, s'agissant d'équipements lourds dont la durée d'amortissement peut légitimement porter sur cinquante à soixante ans, il n'est pas de bonne doctrine de les subventionner entièrement par les prélèvements fiscaux de l'année.

Ces projets ont été victimes des événements de mai et il faudra sans doute attendre les conclusions des commissions participant à la préparation du VI^e Plan pour les reprendre, peut-être sur d'autres bases.

Et l'on peut se demander s'il ne conviendrait pas d'adapter au financement de certains équipements médicaux et sociaux, les méthodes que l'on vient d'adopter pour les télécommunications.

B. — Le budget de 1968 et le V^e Plan.

Déduction faite des opérations relevant de l'éducation surveillée, le V^e Plan a prévu, à la charge de l'Etat, un volume d'autorisations de programme de 2.950 millions de francs pour un total de travaux de 12.650 millions de francs.

Au cours des cinq années de ce Plan, les dotations budgétaires ont été les suivantes, exclusion faite des crédits bloqués en juillet 1969 et des crédits optionnels pour 1970 :

- 1966 : 536 millions de francs, soit 18,1 % du total ;
- 1967 : 569,6 millions de francs, soit 19,3 % du total ;
- 1968 : 608,5 millions de francs, soit 20,6 % du total ;
- 1969 : 486,5 millions de francs, soit 16,5 % du total (1) ;
- 1970 : 472,5 millions de francs, soit 16 % du total (2).

Au total, 90,5 % des dotations prévues par le Plan auront été ouvertes au 31 décembre 1970.

Au cas où le Ministère aurait utilisé les 400 millions qui figurent au Fonds d'action conjoncturelle au titre des exercices 1969 et 1970 et qui correspondent presque à une année d'équipement, le pourcentage d'exécution s'élèverait à 103,9 %.

Compte tenu des accidents de parcours qu'a connus le V^e Plan, ce pourcentage d'exécution pourrait paraître presque satisfaisant : la Santé publique aurait été une des administrations les moins mal loties.

Toutefois, les prix ont progressé plus vite que le 1,5 % par an comptabilisé dans le Plan, ce qui a réduit d'autant le pouvoir d'achat des sommes qui correspondent à la « cotisation » de l'Etat : en francs constants, nous arriverions aux environs de 82 %, les dotations du F.A.C. exclues.

Par ailleurs, l'Etat a ouvert des crédits, les a délégués aux préfets de région. Ont-ils été réellement engagés ? Une réponse des services à votre commission des Affaires sociales ne laisse pas de nous inquiéter : fin 1969, les crédits ouverts au budget des

(1) Ont été exclues les autorisations bloquées au F. A. C.

(2) Sont exclues les autorisations figurant au F. A. C.

Affaires sociales représenteraient 74 % de la part de l'Etat ; mais ils ne correspondraient qu'à 5.410 millions de dépenses subventionnables, soit 41,7 % des 12.650 millions prévus par le Plan ; l'écart, soit plus de 32 points est véritablement considérable. Une autre réponse, adressée cette fois à votre Commission des Finances indique que dans l'hypothèse d'un déblocage des fonds figurant au Fonds d'action conjoncturelle, 7.816 millions seraient utilisés fin 1970 sur les 12.650 millions du Plan ; dans ces conditions, le pourcentage d'exécution s'élèverait à 77,92 % (cf. annexe VIII). Faut-il voir là une défaillance des autres participants, collectivités locales et Sécurité sociale ? Ou l'inscription et le financement prématurés d'opérations dont les projets ne sont pas encore prêts ? Nous connaissons au moins une opération de la sorte d'un montant voisin d'ailleurs de 30 millions de francs.

D'autres statistiques sont encore plus troublantes qui donnent l'évolution du Plan en objectifs physiques, c'est-à-dire en lits à créer ou à rénover. Prenons quelques exemples :

	PREVISIONS du Plan.	REALISATIONS 1966 - 1967 - 1968.	RESTE à réaliser.
C. H. U.	30.091	7.162	22.929
Hôpitaux non C. H. U.	36.600	9.742	27.128
Hôpitaux psychiatriques	45.700	8.527	37.173
Hospices	85.000	18.608	66.392

La lecture de la dernière colonne prouve à l'évidence qu'il faudra bien plus de deux années pour que le Plan soit réalisé à 100 %, le V^e débordant très largement sur le VI^e, voire sur les suivants. A la cadence constatée au cours des trois années 1966-1968, il faudrait 9 ans pour les C.H.U., 11 ans pour les hospices et 13 ans pour les hôpitaux psychiatriques !

Nous aimerions que le Ministre apportât à la tribune quelques éclaircissements sur ce sujet.

CONCLUSION

En conclusion de l'analyse de ce budget, il apparaît que si dans certains de ses chapitres touchant notamment à l'enfance inadaptée, aux handicapés physiques, on enregistre des progrès appréciables, on constate, par contre, une régression profonde dans presque tous les autres domaines.

Si le volume des crédits de paiement permet d'espérer que les travaux en cours pourront s'achever, où nous mènera la diminution massive des autorisations de programme ? Que pourra-t-on réaliser avec les dotations qui nous sont proposées ? Aussi est-il hautement souhaitable qu'en cours d'année, l'amélioration de la situation financière du pays permette le débloctage massif des « crédits optionnels ».

Avec les retards enregistrés dans la réalisation des programmes du V^e Plan, quelle sera la situation de l'équipement sanitaire à la fin de l'année 1970 ? Alors, de quelle audace devront faire preuve les commissions préparatoires du VI^e Plan pour permettre à la France d'être enfin dotée, dans le domaine essentiel à la réforme de la Santé, de l'ensemble des équipements indispensables en rattrapant les retards et en accélérant les programmes.

Il faudra pourtant y parvenir par tous les moyens car la situation que nous constatons ne pourrait se prolonger en présence de l'immensité des besoins que nous connaissons.

C'est pourquoi, avant de terminer ce bref exposé, nous voudrions rappeler que dans ce domaine éminent de la défense de la santé de l'homme, aux solutions nationales classiques, pourront s'adjoindre des solutions européennes.

Sur d'autres plans touchant à des formes diverses de l'économie, on a créé des fonds de financement largement dotés. Pourquoi, dans ce domaine où la santé publique dont Disraeli disait déjà qu'il était « le fondement sur lequel reposent le bonheur et la puissance des Etats » n'en ferait-on pas au moins autant ?

Dans la semaine où nous venons d'enregistrer avec satisfaction les heureux résultats de la conférence de La Haye qui relancera l'Europe, la proposition de création d'une communauté européenne de la santé, faite en 1952 par le Gouvernement français, pourrait être utilement reprise en l'adaptant aux structures nouvelles de l'Europe de demain.

Ainsi, en terminant l'examen de ce budget, marqué par l'austérité, loin de nous laisser aller au découragement résigné, nous voudrions demander au Gouvernement d'envisager, avec une résolution novatrice, tous les problèmes sanitaires et sociaux en nous souvenant toujours que le souci de la santé publique est le premier devoir de l'homme d'Etat.

*

* *

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission des Finances soumet à l'appréciation du Sénat les crédits « Santé publique » du budget des Affaires sociales pour l'exercice 1970.

ANNEXES



ANNEXE I

L'ORGANIGRAMME DES AFFAIRES SOCIALES

MINISTÈRE DU TRAVAIL
DE L'EMPLOI ET DE LA POPULATION

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SECRETARIAT D'ÉTAT

SECRETARIAT D'ÉTAT A L'ACTION SOCIALE
ET A LA RÉADAPTATION

SERVICES COMMUNS

- Inspection générale des affaires sociales ;
- Direction de l'administration générale du personnel et du budget ;
- Service des études et prévisions ;
- Division des relations internationales.

Direction générale du travail et de l'emploi ;
Direction de la population et des migrations.

Direction générale de la Santé publique ;
Direction générale de la famille, de la vieillesse et de l'action sociale ;
Direction de l'assurance maladie et des Caisses de Sécurité sociale ;
Direction de l'équipement social ;
Service des établissements ;
Service central de la pharmacie et des médicaments.

Organismes rattachés.

Association nationale pour la F.P.A. ;
Agence nationale pour l'emploi ;
Office national d'immigration ;
Fonds d'action sociale pour les travailleurs migrants ;
Haut Comité consultatif de la population et de la famille (1) ;
Institut national d'études démographiques (1).

Organismes rattachés.

Ecole nationale de la Santé publique ;
Laboratoire national de la Santé publique ;
Institut national de la santé et de la recherche médicale ;
Etablissements nationaux de bienfaisance ;
Hôpitaux psychiatriques autonomes ;
Caisses nationales (assurance maladie, assurance vieillesse, allocations familiales) ;
Agence centrale des organismes de Sécurité sociale ;
Caisse autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines ;
Caisse autonome mutuelle de retraites des agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways ;
Centre de Sécurité sociale pour travailleurs migrants ;
Centre d'études supérieures de la Sécurité sociale.

(1) Les organismes prêtent leur concours pour ce qui le concerne au Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

ANNEXE II

L'ACTIVITE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES

Les recherches que poursuit l'I. N. E. D. s'étendent en général sur plusieurs années et on ne peut pas isoler une période pour décrire l'activité de l'Institut. On ne peut que présenter les divers projets et indiquer les progrès réalisés ou escomptés au cours de la période.

A. — Département de psychosociologie.

Deux grands projets occupent ce département :

- a) Une étude du quotient intellectuel des enfants d'âge scolaire ;
- b) Une étude de l'orientation scolaire aux divers niveaux d'enseignement.

La première étude se propose de découvrir les causes de la bonne ou de la mauvaise adaptation au système scolaire actuel et de mesurer en particulier la part que prennent les facteurs démographiques dans cette adaptation. On se propose d'étudier plus en détail les enfants situés aux deux extrémités ; ceux qui ont du mal à suivre l'enseignement et les biens doués.

L'étude a été menée en collaboration avec les services de l'Education nationale. Les phases principales sont les suivantes : établissement des tests adaptés aux divers niveaux, établissement d'un échantillon de 100.000 enfants fréquentant les classes de l'école primaire et les classes de 6^e et 5^e du secondaire, passation des tests et envoi aux familles des enfants d'un questionnaire sur leurs caractéristiques sociales, dépouillement des réponses du test, établissement de l'échelle de mesures du quotient intellectuel, *analyse des résultats, dépouillement du questionnaire sur les caractéristiques sociales, analyses des résultats sur les caractéristiques sociales.* Constitution du groupe des inadaptés et du groupe des biens doués, enquête spéciale sur ces deux groupes.

L'étude a commencé en 1962. En 1968, on a commencé l'analyse des résultats du dépouillement des tests et le dépouillement du questionnaire sur les caractéristiques sociales (phases soulignées dans l'énumération précédente).

En 1969, un volume a été envoyé à l'impression. Il a été rédigé en collaboration avec l'Institut national d'orientation professionnelle. Il donne une description de l'échantillon et des méthodes de sondage utilisées ainsi que l'étalonnage du test. Un second volume est en cours de préparation qui analysera les caractéristiques démographiques et sociales des enfants et de leurs familles.

La seconde étude consiste à suivre au cours de leur vie scolaire un groupe d'environ 22.000 enfants. Ils ont été choisis en 1962 au moment où ils allaient entrer dans l'enseignement secondaire. Depuis, on les a étudiés deux fois : à l'entrée en quatrième et à l'entrée en seconde. L'analyse des résultats à l'entrée en seconde a été faite en 1968.

Les mêmes enfants ont été étudiés en 1969. Les meilleurs étaient alors en classe terminale. A la demande du Ministère de l'Education nationale, l'enquête a été étendue dans la Région parisienne, aux enfants ayant quitté l'école de 1962 à 1968 dont la plupart sont maintenant au travail.

A côté de ces deux études qui s'étendent sur de nombreuses années, le département de psycho-sociologie mène des enquêtes moins longues mais qui, néanmoins, se déroulent généralement sur deux ans.

Une enquête sur la dimension de la famille et la natalité, exécutée en 1968, a été analysée en 1969. Elle se proposait de découvrir les motivations des ménages limitant leur descendance à un, deux ou trois enfants. Deux articles ont été publiés sur les résultats.

Cette enquête peut être considérée comme une enquête pilote pour une autre enquête plus importante se proposant d'étudier en profondeur la fécondité en France. Cette grande enquête est prévue pour 1970. Elle sera organisée en collaboration avec l'I. N. S. E. E. et l'I. N. S. E. R. M.

Toujours sur la fécondité, il faut signaler l'enquête exécutée en automne 1968 sur la population de la Martinique en liaison avec l'I. N. S. E. E. et la Préfecture de la Martinique. Un volume, en cours d'impression, donne les résultats.

On avait signalé l'an dernier un projet d'enquête sur les migrations internes en France. Ce projet a peu progressé. Toutefois, dans l'enquête en profondeur sur la fécondité, un aspect particulier des migrations internes sera étudié : l'effet de ces migrations sur la fécondité et plus généralement sur la constitution d'une famille.

Une enquête sur les modifications éventuelles des attitudes à l'égard de la nuptialité est en cours.

Enfin, à la demande du Ministère de la Justice et avec sa collaboration, une enquête est en cours d'organisation sur la vie des divorcés.

B. — Département de démographie et d'économie sociale.

Ce département a entrepris l'étude des conditions de vie et des besoins des personnes âgées. Quand cette étude a démarré en 1964, une étude semblable venait d'être faite sur l'agglomération parisienne. On décida de mener la nouvelle étude en trois phases :

- a) Les citadins âgés (Région parisienne exceptée) ;
- b) Les anciens agriculteurs âgés ;
- c) Les ruraux âgés.

On pouvait en effet penser *a priori* que les conditions de vie et les besoins de ces trois populations n'étaient pas les mêmes et la façon de mener l'enquête différait aussi d'une population à l'autre.

En 1968, on a terminé la rédaction du rapport sur la première phase : les citadins âgés. Le volume donnant les résultats a été publié en 1969.

Le dépouillement de la seconde enquête (celle sur les anciens agriculteurs âgés) est terminée. Le rapport est en cours de rédaction.

Le dépouillement de la troisième enquête est en cours.

On avait indiqué l'an dernier qu'une enquête était prévue en 1969 auprès des personnes âgées vivant en institutions (hospices, maisons de retraite, services de malades chroniques dans les hôpitaux, etc.). Il est apparu qu'avant de procéder à une telle enquête, il était nécessaire d'examiner tout ce qui a été déjà fait sur le sujet. C'est à cette tâche d'examen que l'année 1969 a été consacrée. L'opportunité d'une nouvelle enquête sera discutée en 1970.

C. — Département d'études de la population active.

Les recherches de ce département visent essentiellement à améliorer les méthodes de prévision de l'emploi. Un numéro spécial de la revue *Population* est en cours d'impression sur les principaux résultats obtenus en 1969. Ces recherches s'ordonnent autour des thèmes suivants :

- liens entre la formation reçue et les métiers exercés ;
- désirs concernant les professions ;
- facteurs commandant l'emploi et la répartition par profession.

Une même étude touche souvent à tous les thèmes. On peut toutefois indiquer, pour chaque étude, celui qui domine.

Autour du premier thème, sont faites les études suivantes :

Analyses de « postes de travail » sélectionnés dans des entreprises :

Il s'agit d'établir de nouvelles classifications de façon qu'à chaque groupe d'emplois corresponde un type donné de formation.

Commencée en 1964, elle a donné lieu à une enquête pilote dont les résultats ont été publiés. Les résultats de l'enquête proprement dite, auprès d'un échantillon de 100 entreprises sont en cours d'analyse.

Carrières à la sortie des facultés :

Enquête sur la carrière des licenciés en lettres, en droit, en sciences économiques, des diplômés des instituts d'études politiques et des grandes écoles de commerce.

On a interrogé par écrit ceux qui ont obtenu en France, leur diplôme en 1966 ; près de 85 % ont répondu. Cette enquête doit donner une information sur les débouchés qu'envisagent les diplômés. Les résultats seront publiés dans le numéro spécial. La même enquête sera reprise en 1970 auprès des mêmes diplômés pour voir comment la situation a évolué en deux ans.

Autour du second thème, on a les études suivantes :

Migrations professionnelles des agriculteurs :

Commencée en 1967, cette enquête a porté sur un échantillon d'environ 3.000 femmes d'exploitants agricoles. Les résultats sont en cours d'analyse.

Travail des femmes mariées avec enfants :

Enquête sur un échantillon de femmes mariées à un salarié et ne travaillant pas. Les résultats ont été publiés dans « *Population* ».

Travail à temps partiel dans le secteur des services :

Enquête par interviews, auprès de 250 entreprises de prestation de services de la région parisienne sur la position des employeurs sur le travail à temps partiel. Résultats publiés dans la « *Revue française des affaires sociales* ».

Autour du troisième thème, on a les études suivantes :

Etudes des facteurs commandant la répartition des emplois par profession :

Dans deux branches d'activité, le papier-carton et la construction électrique, les séries statistiques disponibles ont été analysées. Pour le papier-carton, des monographies montrant le mécanisme qui préside à la création ou à la transformation des emplois dans les entreprises. Un article est publié dans le numéro spécial. Un autre suivra en 1970.

Dans le secteur des services, un modèle de prévision prenant en compte les divers facteurs du niveau de l'emploi dans le commerce a été construit et testé. Un article paraît dans le numéro spécial. Un second rapport sera publié en 1970 sur l'utilisation du modèle dans l'industrie.

Enquête sur l'évolution des besoins en ingénieurs, agents techniques et techniciens :

Menée par correspondance auprès d'un échantillon d'entreprises, elle porte sur l'évolution depuis 1962 et des prévisions ont été demandées pour les prochaines années. Les résultats seront publiés dans le numéro spécial.

Touchant à ces trois thèmes, une étude du marché de l'emploi à Annecy a commencé en 1969. Il s'agit d'étudier pendant une année les mouvements de main-d'œuvre dans une ville d'importance moyenne.

Quatre enquêtes sont prévues :

- une enquête sur les désirs d'emploi de la population ;
- une enquête sur les mouvements de l'emploi dans les entreprises ;

Ces deux enquêtes sont terminées. On commence à analyser les résultats :

— une enquête auprès des jeunes gens ayant dépassé l'âge légal de la scolarité obligatoire ;

— une enquête auprès des demandeurs d'emploi de 1968-1969 pour savoir comment ils se sont replacés sur le marché du travail.

Ces deux enquêtes auront lieu en 1970.

En marge de ces trois thèmes principaux, l'analyse des données de fait a conduit à diverses publications :

— les structures d'emploi par secteur et qualification aux recensements de 1954 et 1962 ;

Sur ces données de recensement, on a établi des perspectives pour 1970. L'ensemble a été publié dans un cahier de 500 pages :

— l'analyse des statistiques de demandes et d'offres d'emploi (un article a été publié) ;

— perspective de la recherche sur les méthodes de prévision de l'emploi (dans le numéro spécial) ;

— comparaison des prévisions du V^e Plan par profession avec les résultats du recensement de 1968 (dans le numéro spécial) ;

— l'évolution de l'emploi féminin de 1962 à 1968 (dans le numéro spécial) ;

— étude de l'évolution de l'emploi dans les services avec des prévisions pour 1975.

Enfin, une enquête sur les méthodes utilisées par les entreprises pour les prévisions d'emploi aura lieu en 1970.

Il convient de signaler qu'une partie des études et recherches du département sont financées par la D. G. R. S. T.

D. — Département de recherches sur les populations inadaptées.

Le rapport sur l'enquête menée auprès des établissements spécialisés accueillant des débilés profonds et moyens est en cours d'impression.

Une enquête sur les enfants du Service d'aide sociale à l'enfance de Paris (pupilles, enfants en garde et recueillis temporaires) a commencé en 1969. L'examen d'un échantillon des dossiers existant au siège du service est terminé. Il se prolongera en 1970 par une enquête sur les dossiers détenus par les agences où se trouvent les enfants.

E. — Département de génétique de population et de démographie qualitative.

Ce département a rassemblé de 1959 à 1964, avec l'aide financière de la Délégation générale à la recherche scientifique et technique, des données démographiques en Bretagne. L'analyse de ces données se poursuit. Elles portent sur les trois points suivants :

a) Données sur la dissémination d'une mutation détériorante : la luxation congénitale de la hanche. L'étude est en cours d'achèvement.

b) Données sur l'évolution de la consanguinité dans la commune de Goulien (Finistère). Les mariages consanguins de cette commune, de l'ordre de 3 % vers 1850, passent au cours du XIX^e siècle par un maximum de 40 % puis reviennent au-dessous du niveau de départ aujourd'hui. On recherche pour une étude exhaustive de l'évolution démographique de cette commune depuis 1858 les causes de ce phénomène d'endogamie. C'est une étude qui demande plusieurs années de travail.

c) Données sur la consanguinité et la mortalité dans 272 paroisses du Finistère de 1859 à 1962. On étudie dans ces paroisses, mais avec moins de détails, le phénomène de poussées d'endogamie observé à Goulien.

Indépendamment de ces trois études de fond, le département a entrepris :

— une étude du mécanisme démographique de transmission de la surdi-mutité chez les Jicaques du Honduras (population de 560 personnes issues de 6 couples et qui comprend à l'heure actuelle 15 % de sourds-muets ;

— une étude sur l'influence des structures démographiques sur l'épidémiologie. Cette étude est faite en liaison avec l'I.N.S.E.R.M. ;

— enfin, des études théoriques visant à reprendre la définition des concepts utilisés en génétique de population et à construire une « logique » de cette science sont en cours depuis plusieurs années. En 1969, cet effort s'est traduit par la rédaction d'un manuel en cours d'impression. Le travail sera poursuivi en 1970.

Dans le cadre des enquêtes sur la limitation des naissances auprès des mères juste après la naissance de leurs enfants, une enquête dans une maternité de Lille est en cours d'analyse. C'est la quatrième enquête du genre. Les précédentes ont eu lieu dans des maternités situées à Paris, Lyon et Grenoble.

Enfin, la mise au point du manuscrit sur la régulation des naissances à travers la littérature du XIX^e siècle en France s'est poursuivie. On espère l'envoyer à l'impression en 1970. Ce travail fait suite à une étude analogue déjà publiée sur le XVIII^e siècle.

F. — Département des méthodes d'observation et d'analyse.

Ce département s'occupe de questions très diverses, il a entrepris il y aura bientôt 15 ans une œuvre de longue haleine : reconstituer l'évolution démographique de la France depuis le début du XVIII^e siècle en utilisant les registres paroissiaux.

Cette reconstitution est très avancée. Elle doit cependant se poursuivre encore pendant quelques années avant qu'on puisse avoir une vue d'ensemble.

En marge de ces travaux, les migrations dans un village de Seine-et-Marne sont étudiées à l'aide des listes nominatives établies à l'occasion de chaque recensement de 1836 à 1861.

En liaison avec ces recherches, une étude des causes de décès dans le passé a commencé en 1968. Elle s'est poursuivie en 1969 et aboutira en 1970 à la publication d'un article. Il s'agit de découvrir derrière le langage de l'époque les maladies telles que nous les connaissons maintenant.

Une étude de la mortalité préhistorique a commencé en 1969. Elle a fait l'objet d'un article. Un second article paraîtra en 1970.

Des recherches sur les effets démographiques de la peste sont en cours depuis plusieurs années. Un ouvrage est en préparation. Les deux tiers sont achevés.

La mise au point des *méthodes d'analyse démographique* est un autre domaine de recherche de ce département :

— une étude méthodologique sur les perspectives de famille par nombre d'enfants de moins de 16 ans fera l'objet d'un article dans les prochains mois ;

— l'influence sur la nuptialité des déséquilibres d'effectifs entre hommes et femmes est en cours d'étude. Un article programme a été publié ;

— des modèles de fécondité par simulation sont en cours d'élaboration pour voir comment la contraception modifie une fécondité naturelle ;

— un modèle sur l'évolution d'une population soumise à des catastrophes de périodicité et d'ampleur aléatoires a fait de grands progrès ;

— étude sur les mesures des migrations internes à partir des données du recensement. Comme on l'a signalé l'an dernier, cette étude doit s'étendre sur plusieurs années. Comme sous-produit de ce travail, signalons une étude de la construction de logements par grandes périodes suivant la taille des agglomérations et le type d'habitat. On aura aussi une étude du coût du sol, théorique et pratique.

Les *méthodes d'observation* forment la troisième préoccupation du département.

On a déjà dit l'an dernier que le département prêtait son aide technique à une étude sur la population juive en France entreprise par l'Université de Jérusalem. Le problème de méthode à résoudre consiste à trouver le moyen d'étudier une catégorie de population dont on ne connaît pas *a priori* la définition exacte.

Une étude sur la main d'œuvre dans les établissements industriels textiles de Roubaix-Tourcoing visant à déterminer une matrice d'échanges entre secteurs s'est achevée en 1969. Les résultats seront incorporés dans une thèse de doctorat que prépare un chercheur du département.

G. — Département de conjoncture démographique.

C'est l'observation de la situation démographique de la France qui est la préoccupation essentielle de ce département. Plusieurs articles ont été publiés qui s'efforcent d'analyser la baisse de la fécondité observée depuis 1965.

Un rapport a été rédigé à l'intention des membres de l'Assemblée Nationale en application de l'article 8 de la loi n° 67-1176 sur la régulation des naissances.

H. — Démographie du Tiers Monde.

Les recherches entreprises par ce département portent essentiellement sur les liens entre l'évolution démographique des pays à forte fécondité et leur développement économique.

Ces recherches se sont trouvées ralenties par manque de chercheurs et les restrictions apportées au recrutement de nouveaux chercheurs font que ce département n'aura pas une grande activité en 1970.

Signalons qu'il a apporté en 1969 et qu'il continuera à apporter en 1970 une aide aux services de statistique de l'Algérie dans l'analyse des résultats du recensement de 1966. De plus, l'Algérie a lancé en 1969 une enquête démographique. L'I. N. E. D. a également prêté son aide technique.

Le département du Tiers Monde s'occupe également de l'accueil et de la surveillance technique des stagiaires étrangers que reçoit l'I. N. E. D. (une vingtaine chaque année).

I. — Département d'études quantitatives.

La majeure partie de l'activité de ce département s'exerce au service de chercheurs d'autres départements. Il est en effet chargé du fonctionnement du calculateur électronique. Voici un aperçu des travaux exécutés en 1969 :

- a) Conseil de programmation : initiation au calcul électronique et aux différents langages de programmation ; mise au point de programmes ;
- b) Traitement complet de problèmes : analyse, programmation et exploitation ;
- c) Mise à disposition de programmes d'intérêt général : amorce d'une programmation ;
- d) Mise au point d'un programme général de calcul matriciel ;
- e) Confection de deux programmes, pour le calcul de coefficients de corrélation partielle et de régression ;
- f) Elaboration d'un compilateur, pour des dépouillements d'enquêtes.

J. — Département d'information démographique.

Le bulletin mensuel *Population et Sociétés* a continué à paraître. On rappelle qu'il est distribué à environ 70.000 personnes occupant en France des postes de responsabilité. Ce bulletin est maintenant bien connu et les articles sont reproduits dans toute la presse, principalement par les journaux de province.

L'idée d'une note mensuelle qui serait adressée à environ 500 journalistes n'a pas encore été mise à exécution.

Une réunion d'une journée de « recyclage » des journalistes a été organisée en 1969. On se propose de continuer en 1970.

Des émissions à la radio ont eu lieu en 1969. Elles continueront en 1970. Des discussions sont en cours avec l'O.R.T.F. pour organiser des émissions télévisées.

Comme par le passé, l'I. N. E. D. a publié en 1969 six numéros de *Population* plus un numéro spécial sur les problèmes de population active.

De plus, l'I. N. E. D. a publié en 1969 ou publiera en 1970 les cahiers suivants :

- les professions en France : évolution et perspectives (1969) ;
- les citadins âgés (1969) ;
- enquête sur le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire (1969, sous presse) ;
- la population de Tourouvre-au-Perche (1969, sous presse) ;
- les tables types de mortalité (1969, sous presse) ;
- Kersseboom (1970, hors collection) ;
- démographie et enseignement (1970, nouvelle collection) ;
- Süssmilch (1970, hors collection) ;
- Fécondité et Famille en Martinique (1970) ;
- L'Exode rural (1970).

K. — Enseignement de la démographie.

L'I.N.E.D. continue à assurer un enseignement de la démographie principalement à Paris (Sorbonne, Nanterre, Ecole pratique des Hautes Etudes, Collège de France, Institut d'Etudes politiques). Un nouvel enseignement a débuté à Vincennes. En 1970, l'enseignement au Collège de France disparaîtra, la chaire changeant de titulaire.

L'I.N.E.D. apporte aussi son aide aux Instituts universitaires de démographie existant dans huit universités de province.

Une aide est apportée à certaines universités étrangères : Tunis, Alger, Mexico, Montréal, Turin, Rome, Genève, Philadelphie. Le projet d'une aide au Maroc verra un début de réalisation en 1970. Il est aussi prévu une aide à l'Organisation des Nations Unies au cas où cette organisation créerait un centre de recherche et d'enseignement démographique pour l'Afrique francophone.

ANNEXE III

L'ACTIVITE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE EN 1969

La mission de l'I.N.S.E.R.M. et son organisation générale sont définies par le décret n° 64-727 du 18 juillet 1964 qui est le texte institutionnel de l'Etablissement.

Rappelons que l'Institut a pour mission :

— de tenir le Gouvernement informé de l'état sanitaire du pays et d'en orienter le contrôle ;

— d'entreprendre toutes études sur les problèmes intéressant la santé de l'homme et la situation sanitaire du pays ;

— dans le cadre de la politique générale définie par le Gouvernement en matière de recherche médicale, de centraliser et mettre à jour toutes informations sur les activités de recherche médicale exercées tant en France qu'à l'étranger, d'effectuer, de susciter, d'encourager des travaux de recherche médicale ou de participer à de tels travaux ;

— d'apporter son concours au fonctionnement des enseignements préparatoires à la recherche médicale ;

— d'assurer la publication de tous travaux et études se rapportant à ses activités.

Il convient donc de souligner que toutes les activités de l'I.N.S.E.R.M. sont des activités de recherche. En effet, la recherche médicale ne se limite pas à la recherche de laboratoire ou à la recherche clinique sur le malade. Les recherches intéressent non plus l'individu mais la collectivité en général ou telle collectivité particulière, telles que le recueil et l'exploration des statistiques sanitaires, les enquêtes médico-sociales et bien entendu les recherches épidémiologiques et l'évaluation des services de santé publique, la recherche opérationnelle font partie de la recherche médicale (recherche en Santé publique).

A la suite des événements de 1968, la composition et le fonctionnement du Conseil scientifique et des Commissions scientifiques spécialisées ont été modifiés en raison de la présence de membres élus selon les dispositions des arrêtés du 2 octobre 1968.

Par ailleurs le Conseil scientifique de l'I.N.S.E.R.M. a été saisi de la question des réformes de structures de l'I.N.S.E.R.M.

L'étude de cette affaire fait l'objet de plusieurs délibérations et rapports et n'est pas encore terminée.

L'année 1969 peut donc être considérée comme ayant été une année de réflexion.

L'organisation provisoire mise en place à l'automne de 1968 doit en principe prendre fin à l'automne de 1969. C'est donc avant la fin de la présente année qu'un projet complet de réformes doit être présenté au Gouvernement par les autorités qualifiées de l'I.N.S.E.R.M.

I. — Construction de laboratoires de recherches.

1° *Achèvement de laboratoires dont la construction a été lancée au cours des années précédentes.*

Huit nouvelles Unités de recherches dont la construction avait été financée sur des programmes antérieurs ont été ou seront achevées en 1969. Il s'agit des Unités suivantes :

Paris et région parisienne :

- Unité de recherches sur l'athérosclérose. Professeur agrégé Beaumont, hôpital Henri-Mondor à Créteil ;
- Unité de recherches sur les anémies. Professeur Bernard Dreyfus, hôpital Henri-Mondor à Créteil ;
- Unité de recherches sur la biologie cellulaire et la culture des tissus, hôpital Henri-Mondor à Créteil ;
- Unité de recherches sur le métabolisme phosphocalcique. Docteur Hioco, hôpital Lariboisière ;
- Unité de recherches de toxicologie expérimentale. Professeur agrégé Fournier, hôpital Fernand-Widal ;
- Unité de recherches sur le métabolisme des stéroïdes. Professeur agrégé Baulieu, hôpital-hospice de Bicêtre ;
- Unité de recherches d'hépatologie infantile. Professeur agrégé Alagille, hôpital-hospice de Bicêtre ;
- Unité de recherches sur la glande thyroïde. M. Nunez, hôpital-hospice de Bicêtre.

Nancy :

- Unité de recherches de radiobiologie tumorale. Professeur Burg, C. H. U. de Nancy-Brabois ;
- Unité de recherches de physiopathologie respiratoire. Professeur Sadoul, C.H.U. de Nancy-Brabois.

Le fait que huit Unités en vue d'achèvement soient implantées dans la Région parisienne contre deux seulement en province résulte de la brièveté des délais de construction des trois Unités sises à l'hôpital-hospice de Bicêtre.

2° *Mise en chantier de nouvelles Unités de recherches.*

La loi de finances 1969 a retenu les projets de construction suivants :

Paris et Région parisienne :

- Unité de recherches sur la réanimation respiratoire. M. Pocard, hôpital Claude-Bernard.

Lille :

- Unités de recherches d'immunologie parasitaire. Professeur Biguet ;
- Unité de recherches de neuro-endocrinologie. Professeur Barry.

Toulouse :

- Unité de recherches de pathologie moléculaire et de biochimie. Professeur Douste-Blazy, C.H.U. Purpan ;
- Unité de recherches d'immuno-hématologie et de cytogénétique. Professeur Ducos, C.H.U. Purpan.

Lyon :

— Unité de recherches de physiopathologie du système nerveux. Docteur Gerin, hôpital neurologique.

La loi de finances a en outre retenu l'équipement d'une Unité de recherches sur la biospectroscopie. Professeur Pullmann, Institut de biologie physico-chimique, Paris.

Les crédits afférents à trois de ces opérations sont engagés ou en cours d'engagement. Les autres opérations sont en cours d'étude technique.

3° *Crédits de fonctionnement et de matériel des Unités et groupes de recherches.*

Sous réserve des blocages de crédits décidés le 12 août 1969 par le Premier Ministre, les crédits affectés pour l'année 1969 aux Unités et groupes de recherches s'élèvent à :

- 14.906.000 F pour le fonctionnement ;
- 6.398.000 F en dotation de matériel.

Les crédits dits de « premier équipement » pour les Unités ouvertes dans l'année ou devant s'ouvrir sont de :

- 11.500.000 F.

4° *Création de groupes de recherches.*

Ainsi qu'il a été indiqué dans le rapport 1968, 2 groupes de recherches ont été créés en 1968 avec effet du 1^{er} janvier 1968, à savoir :

- Recherches en informatique bio-médicale ; Centre de transfusion sanguine (Docteur Fernet à Toulouse).
- Recherches sur l'immuno-génétique de la transplantation humaine (professeur agrégé Dausset, à Paris).

Le nombre des Unités et Groupes est actuellement de 93.

II. — **Recrutement des chercheurs et techniciens.**

Au cours du premier semestre de 1969, il a été procédé au recrutement de 83 chercheurs répartis dans les grades suivants :

Maîtres : 2. — Chargés : 17. — Attachés : 31. — Stagiaires : 33.

L'effectif des chercheurs de l'I. N. S. E. R. M. a été ainsi porté à 755.

En ce qui concerne le personnel technique et administratif, les créations de postes ont porté l'effectif à 1.144 agents dont 970 sont affectés aux Unités et Groupes de recherches.

III. — **Activité scientifique des laboratoires.**

(Unités et Groupes de recherche de l'I. N. S. E. R. M., laboratoires auxquels l'I. N. S. E. R. M. apporte un soutien financier.)

Les travaux de recherche menés dans les 93 laboratoires de l'I. N. S. E. R. M. et dans les laboratoires universitaires, hospitaliers, etc., auxquels l'I. N. S. E. R. M. apporte son soutien soit par l'attribution de crédits, soit par l'attribution de personnel chercheur, ont été poursuivis dans la ligne qui s'est affirmée au cours des années précédentes.

Le résumé succinct qui en est donné ne saurait constituer une récapitulation. Il fournit, toutefois, une indication sur les principaux objectifs que l'I. N. S. E. R. M. s'est fixé : soutenir et accroître les efforts faits en faveur d'équipes compétitives

sur le plan international, développer les recherches dans les disciplines objet d'un certain désintéret, stimuler les efforts isolés dans certains secteurs de pointe (informatique, par exemple).

Comme chaque année, les travaux effectués font l'objet d'une publication sous forme de monographie. Cette monographie est actuellement en cours d'impression.

En *biologie cellulaire*, les travaux sont centrés sur la vie biochimique et « l'économie » de la cellule.

Pour aborder l'étude de la physiologie cellulaire, il a été nécessaire de mettre au point de nouvelles techniques et de nouveaux appareils de microchirurgie et de culture. Ces techniques ont été appliquées à l'étude des mécanismes responsables des modifications des fonctions cellulaires sous l'effet de rayonnements ou d'agents pharmacologiques variés appliqués au niveau des divers constituants de la cellule. L'artifice utilisé par les cancérologues pour l'étude de la leucémie humaine chez l'animal a été repris et des véritables cellules « chimères » créées.

En *pathologie cellulaire*, les recherches les plus nombreuses concernent les problèmes relatifs au cancer. L'hypothèse de l'origine virale de la leucémie humaine a été renforcée par la mise en évidence de corpuscules d'apparence virale dans des cellules leucémiques par une équipe de l'I. N. S. E. R. M. D'autre part, une étude de la croissance tumorale sur le plan expérimental et en pathologie humaine vise à élucider les mécanismes provoquant l'allongement du cycle cellulaire ou la diminution du coefficient de prolifération.

A côté des travaux sur l'étiologie et les mécanismes de la cancérogénèse, les recherches en cancérologie concernent le traitement de la maladie cancéreuse.

Très souvent, ces recherches font l'objet d'une coopération entre laboratoires et services, à l'échelon national ou international. La synthèse et l'étude systématique, expérimentale puis d'essais cliniques, des drogues antimitotiques ont été poursuivies. Une large place a été faite à l'immunothérapie qui se développe selon les trois directions :

- immunothérapie active par stimulation des défenses immunitaires du malade (par le vaccin B.C.G. par exemple) ;
- immunothérapie passive par administration d'anticorps humoraux ;
- immunothérapie adoptive par administration des cellules responsables des défenses immunitaires (lymphocytes, granulocytes).

D'autre part, et pour la première fois, l'activité immuno-dépressive du sérum antilymphocytaire a été utilisée, à l'exclusion de toute autre drogue immunosuppressive, pour induire une greffe de moelle osseuse chez un sujet leucémique.

Le succès de cette tentative, les réussites enregistrées chaque jour dans le domaine des transplantations d'organes sont liés aux recherches remarquables poursuivies par les *immunologistes* et les *génétiens* : isolement des antigènes de greffe, recherche des mécanismes de reconnaissance de ces antigènes, modes de mise en mémoire et de transmission de l'immunité de greffe, application à la transplantation de méthodes d'induction de la tolérance spécifique.

Le Groupe de travail sur les *transplantations d'organes* créé à la demande du Conseil scientifique de l'I. N. S. E. R. M. en 1968 a poursuivi ses travaux et mis au point un vaste plan d'action qui vise à regrouper et coordonner les efforts de tous les chercheurs concernés par ce problème : immunologistes, généticiens, hématologistes, radiobiologistes, physiologistes, pharmacologues et chirurgiens, depuis les données biologiques fondamentales jusqu'aux applications thérapeutiques.

En *biologie moléculaire*, l'étude des relations entre structure et activité des protéines biologiquement actives, l'analyse séquentielle d'enchaînements polypeptidiques et la biosynthèse des protéines et dérivés constituent l'essentiel des recherches.

Dans la ligne des travaux sur les maladies du globule rouge, la mise au point de nouvelles techniques permettant d'aborder sous un angle nouveau les problèmes posés par les hémoglobines anormales et les hémoglobines instables et de mieux comprendre les relations entre structure anormale et fonction anormale laisse entrevoir la possibilité d'une thérapeutique rationnelle de ces troubles.

Les recherches sur les anomalies héréditaires du métabolisme ont également progressé.

Ces travaux viennent en contrepoint de recherches plus théoriques poursuivies par d'autres équipes sur le mécanisme d'évolution à l'échelle des macromolécules informatives et les facteurs intervenant dans la régulation de l'activité des gènes de structure chez les organismes supérieurs.

En *pathologie infectieuse et parasitaire* les travaux font suite, dans leur ensemble, aux études entreprises au cours des années précédentes sur les relations virus-cancer, l'interféron, les problèmes d'immunologie parasitaire.

On a cherché à mettre en évidence le rôle protecteur de l'interféron chez l'animal vis-à-vis de certains virus et on a étudié les antagonistes de l'interféron. Enfin, la production d'interféron en grandes quantités a été réalisée en vue d'applications thérapeutiques.

L'étude des systèmes, abordée sous l'angle biochimique, s'est également poursuivie et devra être développée. Ainsi, en *pathologie digestive*, l'étude de la physiopathologie pancréatique a porté sur les protéines du suc pancréatique afin d'établir des corrélations entre les lésions anatomiques, les données étiologiques, l'alimentation et l'évolution de la maladie.

Une démarche parallèle a présidé aux études sur la *physiopathologie gastrique, intestinale et hépato-biliaire* : ainsi les travaux sur la gastrine, la pepsine, les modifications enzymatiques du foie au cours de la rétention biliaire et l'étude biochimique des cirrhoses et des ictères ont été approfondis.

Dans le domaine du *métabolisme osseux*, la synthèse chimique chez le porc de l'hormone thyroïdienne, la thyrocaecitonine, qui intervient dans la régulation du métabolisme du calcium, a été réalisée au cours de l'année 1968 et a renouvelé l'intérêt que plusieurs équipes françaises portent à cette hormone.

L'étiopathogénie et le traitement des rhumatismes inflammatoires et chroniques et de la goutte sont restés au centre des préoccupations des *rhumatologues* ; ils ont également été abordés sous l'angle de la biologie moléculaire (étude des globulines myéломateuses, de la streptolysine O, etc.).

Les problèmes du *métabolisme hydrominéral* ont été envisagés au décours de maladies rénales et métaboliques et chez le sujet normal aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Les résultats des travaux dans le domaine des affections rénales témoignent du dynamisme soutenu des équipes de chercheurs français dans ce secteur de la pathologie. Les méthodes d'investigation les plus élaborées, les moyens thérapeutiques utilisant les plus récents progrès technologiques contribuent à faire de la *recherche néphrologique* un secteur de pointe où sont enregistrés des résultats spectaculaires sur le plan thérapeutique, dans l'hémodialyse périodique des néphrites chroniques et la transplantation rénale.

En *physiologie et en pathologie cardio-vasculaire*, l'étude de la valeur fonctionnelle du muscle cardiaque chez le sujet sain, chez le sujet atteint de cardiopathie et chez l'insuffisant pulmonaire chronique a été poursuivie du point de vue métabolique, structural et hémodynamique.

La mise au point de techniques d'investigation plus fines et plus poussées, le perfectionnement des techniques d'exploration déjà largement répandues dans les services cliniques (cathétérisme intracardiaque, cinéangio-cardiographie, etc.) ont été réalisés.

Mais c'est sur le plan thérapeutique que des résultats particulièrement brillants ont été acquis : le succès des premières transplantations cardiaques françaises est dû non seulement aux acquisitions de la recherche immunologique et à la prouesse technique des chirurgiens mais aussi à une remarquable connaissance du fonctionnement cardiaque et aux progrès constants dans le domaine de la réanimation.

Enfin, on peut citer les travaux sur les prothèses valvulaires en vue de leur amélioration et sur le microgénérateur atomique utilisant le plutonium pour stimulateur implantable. Ce stimulateur pourrait être appliqué, en dehors des cardiopathies, au traitement des hypertensions artérielles et de certaines insuffisances respiratoires.

Un effort soutenu a été fait en faveur des recherches sur l'hypertension artérielle et l'athérosclérose. L'étude des modifications du métabolisme chimique et enzymologique de la paroi artérielle, l'étude du rôle du tissu conjonctif et de l'hyperlipidémie par auto-anticorps, facteur découvert par une équipe de l'I. N. S. E. R. M., seront particulièrement développées au cours des mois prochains.

En *physiopathologie respiratoire* on tente de définir les bases structurelles des troubles fonctionnels, en particulier dans les bronchites chroniques, l'emphysème, et dans toutes les infiltrations pulmonaires diffuses. Des progrès ont été faits dans la connaissance de la régulation des gaz et de l'équilibre acido-basique.

Enfin, les recherches sur la mécanique ventilatoire et l'hémodynamique chez les insuffisants respiratoires ont été poursuivies parallèlement chez le sujet sain.

En *endocrinologie*, l'importance démographique et économique du diabète justifie les efforts qui ont été faits et doivent se poursuivre, notamment en ce qui concerne le diabète chez l'enfant. Les travaux se sont développés selon trois axes : technique (de dosage), métabolique et épidémiologique.

Par ailleurs, des travaux importants portant sur les hormones stéroïdes, les hormones protéiques et les hormones thyroïdiennes ont été poursuivis. Ces recherches se situent dans le cadre des études sur les mécanismes hormonaux impliqués dans les différents phénomènes physiologiques (croissance, puberté, grossesse, nutrition, etc.) ou au cours de maladies métaboliques ou endocriniennes.

L'hypothèse du mécanisme de cancérisation de la prostate rapporté au mode d'action de la testostérone a ainsi pu être avancée. Si cette hypothèse est vérifiée et se précise, son exploitation sur le plan pharmacologique devrait permettre un développement thérapeutique rapide.

Les recherches sur la *reproduction, la biologie et la pathologie périnatale* ont été approfondies. Les conséquences sur le plan pratique des connaissances ainsi acquises ont été développées et discutées au cours d'un Colloque « Traumatisme obstétrical, anoxie du fœtus et du nouveau-né ».

En *neurophysiologie*, les travaux de recherches ont été concentrés sur l'exploration électrique et biochimique des activités comportementales et psychomotrices normales et pathologiques : l'étude des mécanismes mis en jeu au cours du sommeil, de l'état de veille, au cours des comas et dans l'état épileptique a été poursuivie. Des perspectives nouvelles ont été ouvertes par l'introduction de nouvelles techniques d'investigation et l'utilisation couplée de méthodes biochimiques, histochimiques, d'enregistrement polygraphique et par l'application de méthodes mathématiques à l'analyse des résultats.

En pathologie, une action particulière a été lancée pour le développement des recherches sur la sclérose en plaques. La participation de chercheurs de différentes disciplines — neurologues, hématologues, immunologistes, virologues, vétérinaires — a été sollicitée. Le programme de travail a été établi et vise à cerner à différents niveaux le problème de l'étiopathogénie de cette maladie qui fait l'objet de nombreuses études dans les pays anglo-saxons.

La recherche *pharmacologique* est développée sur le double plan expérimental et clinique.

En pharmacologie expérimentale, la conception, l'isolement et la synthèse de substances biologiquement actives, l'établissement des relations entre la structure moléculaire et l'activité et l'étude des effets de ces substances sur les organismes en fonction de divers facteurs ont été poursuivis; des composés à activité anticancéreuse (antimitotique), des drogues psychotropes et anxiolytiques, des substances anti-épileptiques et antirhumatismales ont été mis au point.

On peu également rappeler les études faites dans le but de faciliter les greffes d'organes et d'induire la tolérance de l'organisme receveur au greffon, sur les substances immuno-dépressives d'origine chimique ou le sérum antilymphocytaire (S. A. L.) qui est préparé actuellement à Paris par l'Institut d'immunogénétique et de cancérologie (professeur Mathé) en collaboration avec les Etablissements Choay, par l'équipe du professeur Hamburger en relation avec l'Institut Pasteur, par l'Institut d'allergie et d'immunologie du professeur Halpern et, à Lyon, par le professeur Traeger en collaboration avec l'Institut Pasteur et l'Institut Mérieux.

La greffe d'organe est l'objet principal des recherches dans ce domaine, mais une immense part de la pathologie, des néphrites aux maladies de systèmes, à la sclérose en plaques, devrait pouvoir bénéficier des progrès réalisés en matière de drogues immuno-suppressives.

La *chirurgie expérimentale* a été largement dominée par le problème des transplantations d'organes. Une recherche constante sur l'animal, la mise au point minutieuse de montages chirurgicaux, véritables modèles expérimentaux, la recherche de procédés de conservation d'organes, celle des critères de vitalité de cet organe au cours même du processus de conservation, l'étude de la suppléance des fonctions, constituent l'essentiel du rôle du chirurgien. C'est à cette tâche énorme que plusieurs équipes se sont consacrées; travaillant en collaboration avec les immunologistes, les radiobiologistes, les physiologistes, les vétérinaires, elles ont établi les bases des transplantations hépatiques, pulmonaires, intestinales, vasculaires, du larynx, etc., sur le plan expérimental et perfectionné les greffes de rein et de cœur sur le plan clinique.

Une mention particulière doit être faite concernant :

— les greffes de tissus osseux et l'étude du rôle d'une substance inductrice dans l'ostéogénèse réparatrice;

— les greffes de cornée que des recherches physiques, structurales et biochimiques permettent d'envisager sous un angle nouveau.

IV. — Les recherches en santé publique.

Les activités de l'I. N. S. E. R. M. dans le domaine de la Santé publique peuvent être classées sous trois rubriques : environnement, pollution atmosphérique, épidémiologie et action sanitaire.

Les unités et groupes de recherches (11) et les sections spécialisées de l'I. N. S. E. R. M. (au nombre de 11) regroupés dans la division de la recherche médico-sociale y ont participé ainsi que certains organismes extérieurs à l'I. N. S. E. R. M. mais qui ont reçu son concours technique et financier.

En 1969, outre les travaux permanents des institutions de recherche, 73 enquêtes sont effectuées, dont 36 par les sections de l'I. N. S. E. R. M. et 37 par des organismes extérieurs.

1° L'environnement.

Le Centre de recherches sur la *pollution atmosphérique* du Vésinet a poursuivi ses travaux de recherche expérimentale sur la résistance au confinement et sur la densité bactérienne de l'air.

Le Centre participe, en collaboration avec la section cancer de l'I. N. S. E. R. M., à une étude de l'incidence du cancer en rapport avec la pollution atmosphérique compte tenu de la consommation d'alcool et de tabac.

L'Unité de recherches sur la *pollution atmosphérique*, récemment créée à Toulouse, a poursuivi l'analyse des composés soufrés, fluorés et azotés et étudié l'action biologique d'atmosphères polluées par les composés soufrés sur différents constituants du sang de divers animaux.

A Bordeaux, une enquête a été effectuée sur les insuffisances bronchorespiratoires en relation avec la pollution atmosphérique.

Les recherches sur le *milieu marin* ont porté sur les origines et la dynamique des pollutions bactériennes de la mer et sur les actions antibactériennes liées à la biomasse phytoplanctonique. Un atlas des pollutions du littoral français a été publié en 1969.

En *toxicologie expérimentale*, des études sur l'expérimentation d'antidotes ainsi que diverses recherches cytologiques et cytochimiques adaptées à la toxicologie ont été réalisées.

Dans le cadre des activités des centres antipoisons (Paris, Lyon) des études statistiques et analytiques des intoxications hospitalières ou ayant motivé des appels sont effectuées. On peut citer également une enquête sur l'environnement et la conduite suicidaire.

2° La nutrition.

La nutrition n'est pas définie par une technique mais par un but auquel de nombreuses techniques doivent concourir : définir l'alimentation la plus adéquate et généraliser son application. Ainsi s'explique le caractère « concerté » et multidisciplinaire de la nutrition : la biochimie, la physiologie, l'étude du métabolisme cellulaire sont aussi bien de son domaine que les enquêtes alimentaires, l'étude des régimes pathogènes ou de la diététique thérapeutique ou des maladies de la nutrition, ou de la psychologie du comportement, ou de la toxicologie et de la microbiologie des aliments, ou de la production des denrées, ou des facteurs économiques de cette production.

C'est ainsi qu'ont été étudiés, chez l'homme, les régimes à appliquer dans les obésités, les fistules digestives, dans les suites chirurgicales, en gastroentérologie, dans les dénutritions et les effets digestifs de divers aliments et, sur l'animal, l'effet des régimes expérimentaux : régimes athérogènes, les régimes générateurs d'obésité, les rôles respectifs des divers lipides et glucides et de l'apport vitaminique, les effets endocriniens et les effets sur les processus enzymatiques cellulaires des régimes expérimentaux.

Les effets métaboliques et physiologiques de l'alcool et de divers toxiques (notamment effet d'induction enzymatique détoxicante) sont restés une des préoccupations majeures des chercheurs en nutrition.

La section nutrition de l'I. N. S. E. R. M. a mis en route en 1969 un programme d'enquête entièrement nouveau :

— des enquêtes de consommation par pesée : alimentation réelle du malade hospitalisé en hôpital psychiatrique, concertation avec l'I. N. S. E. E. pour l'exploitation nutritionnelle de son enquête sur la consommation alimentaire des Français ;

— des enquêtes par interrogatoire : part des divers repas dans l'alimentation des 24 heures, attitude du consommateur à l'égard des aliments préparés industriellement ;

— des enquêtes épidémiologiques : lien éventuel entre les anomalies du métabolisme glucidique et l'alimentation antérieure, augmentation du risque de cirrhose en fonction de la ration d'alcool.

Enfin, d'autres enquêtes subventionnées par l'I. N. S. E. R. M. ont été lancées. Elles portent sur l'efficacité de la prescription diététique, l'alimentation des malades dans les petits hôpitaux et des essais thérapeutiques de prévention du diabète et de certaines de ses complications.

3° *Epidémiologie et action sanitaire.*

Les recherches en pédiatrie ont été orientées dans trois directions : la relation mère-enfant, l'enfant, la mère. L'étiologie des malformations congénitales et de la prématurité, les relations existant entre le poids à la naissance et quelques caractères de la mère (âge, parité, travail à l'extérieur...), la prévention des accidents, des incompatibilités foeto-maternelles de type Rh ont constitué les thèmes principaux d'études.

Certains travaux ont concerné l'enfant malade et son devenir (prématurés, affections héréditaires, traitement des infirmes moteurs cérébraux), d'autres le dépistage de maladies ou déficits chez l'enfant apparemment normal (troubles de la vision à l'école maternelle, troubles de l'audition).

Des études de caractère médico-social ont permis d'aborder le problème du recrutement des services de réanimation infantile et de placement temporaire hors du foyer de jeunes enfants.

Les travaux concernant la mère sont moins nombreux, ils intéressent le risque individuel d'accouchement. Une orientation nouvelle est donnée avec les études sur la contraception.

Les activités de la section de psychiatrie ont porté sur la standardisation du diagnostic en psychiatrie, la classification des troubles mentaux (nomenclature publiée en 1969, par l'I.N.S.E.R.M.), la morbidité hospitalière psychiatrique et le risque de chronicisation.

Les maladies mentales ont été étudiées en rapport avec la dynamique des relations sociales en milieu urbain, afin que soit élaborée une réponse thérapeutique au niveau de l'organisation sociale elle-même.

De nombreux travaux intéressent l'enfant (évolution à long terme des troubles instinctifs et affectifs du premier âge, rapports de l'apprentissage de la lecture avec l'évolution de la personnalité de l'enfant).

Les travaux sur la psycho-pédagogie médico-sociale, la débilité mentale, l'utilisation des moyens audio-visuels modernes dans l'observation, l'éducation et la rééducation des jeunes inadaptés ont été poursuivis.

Les facteurs médicaux psychologiques et pédagogiques de l'inadaptation scolaire dans un collège de jeunes lycéens dans la Région parisienne, les relations des enfants arriérés profonds hospitalisés et de leur famille ont été également étudiés.

Il faut citer l'étude poursuivie par ailleurs sur l'épidémiologie des troubles mentaux chez les enseignants.

Les sections spécialisées se sont attachées tant en ce qui concerne la *tuberculose* que les autres *maladies transmissibles* d'une part à promouvoir le recueil et l'exploitation des données concernant la notification des maladies et les vaccinations, d'autre part à développer les recherches épidémiologiques.

Dans le domaine de la *tuberculose*, des études relatives à la notification obligatoire et au dépistage tuberculinique chez les enfants de cinq à six ans, non encore vaccinés avant l'entrée à l'école et chez les enfants des classes préparatoires sont en cours.

L'application du traitement antituberculeux dans la population d'un secteur géographique déterminé a été également choisie comme thème d'études.

La *section des maladies transmissibles* a mis en route, sous l'égide de l'O. M. S., une expérience tendant à obtenir au niveau d'un département une meilleure participation des médecins hospitaliers et des praticiens dans la déclaration des maladies, en s'efforçant d'obtenir l'authentification du diagnostic par le laboratoire. Des améliorations sensibles ont été apportées à la constitution des fichiers de vaccinations.

L'endémie thyphique et l'épidémiologie des virus entériques en Bretagne, la surveillance des salmonelloses, celle de l'endémie poliomyélitique ont constitué les thèmes principaux des études. Dans le cadre des recherches sur les infirmités d'origine virale, des travaux sur les oreillons et l'immunité post-vaccinale dans différentes collectivités et sur divers autres aspects de la maladie ourlienne, sur la sérologie de la rubéole et sa prophylaxie, sur les infections chroniques de cellules embryonnaires humaines *in vitro* ont été réalisés.

En 1969, une enquête sur les parasitoses intestinales a été entreprise à la Réunion.

Une monographie de l'I. N. S. E. R. M. a été consacrée à l'enquête écologique réalisée sous la direction de J. R. Rioux sur l'épidémiologie des Leishmanioses dans le Sud de la France.

Dans le domaine du *cancer*, la section spécialisées de I. N. S. E. R. M. exploite le fichier de l'enquête permanente, menée auprès des 21 centres anticancéreux, complétée par une enquête sur les consultations avancées.

Les thèmes de recherche ont été la morbidité des hémopathies malignes, le dépistage du cancer du col utérin, les essais thérapeutiques sur les cancers bronchiques.

D'autres travaux portent sur les nouvelles méthodes thérapeutiques sur la survie des leucémies aiguës, les lésions pré-néoplasiques du col utérin et la physiopathologie de la glande mammaire.

Dans le domaine des *affections cardio-vasculaires*, la section « Cardiologie » coordonne les activités du groupe de recherches sur l'artériosclérose et participe à une importante enquête épidémiologique sur les maladies cardio-vasculaires par artériosclérose. Cette enquête permet de mesurer l'incidence des cardiopathies au sein d'un groupe professionnel stable et de mettre en évidence certains facteurs de risques ouvrant ainsi des perspectives pour la prévention.

Divers travaux ont été également entrepris sur l'analyse épidémiologique de l'électro-cardiogramme, sur la validité de comparabilité des causes de décès par cardiopathies ischémiques, sur l'avenir socio-professionnel des malades atteints d'infarctus du myocarde.

En 1969, une section spécialisée a été créée pour s'occuper des *problèmes médico-sociaux de la présénescence et de la vieillesse*.

Une enquête a été entreprise sur l'évolution de la santé des personnes âgées en maison de retraite et logement-foyer.

Divers travaux concernant les affections rhumatismales sont envisagés.

Enfin, dans le cadre de l'*organisation des soins médicaux et information sur la santé*, les sections spécialisées de l'I. N. S. E. R. M. poursuivent des études sur les besoins médicaux de populations types et l'utilisation des services de santé, ainsi que des études particulières sur les secours d'urgence et la réadaptation.

Les effets des drogues psychotropes sur la conduite automobile, l'étiopathogénie des accidents de la route, le devenir des malades hospitalisés ont été étudiés.

A Rennes, on s'est attaché à l'étude de la mesure de l'efficacité des services sanitaires et sociaux d'un canton pour le dépistage et le traitement des enfants handicapés et de la délimitation du rôle de l'assistante sociale dans ce domaine ainsi que de l'exode rural et du sous-développement technique des collectivités dans la région rennoise.

Dans le domaine de l'information sur la santé, la section spécialisée poursuit une enquête permanente sur les causes médicales de décès.

Depuis 1968, l'O. M. S. a passé un accord avec l'I. N. S. E. R. M. pour la désignation de cette section comme Centre de langue française pour la classification internationale des maladies. Ces travaux doivent contribuer à long terme à la préparation de la Grande Revision (1975) de la Classification.

Par ailleurs, diverses études ont été entreprises sur les thèmes suivants :

— utilisation des données de l'assurance maladie et de la Sécurité sociale en tant que sources de statistiques sanitaires ;

— mortalité et morbidité due aux accidents domestiques et avec la Société de démographie médicale sur les prévisions des besoins et les ressources en médecins en France.

Une section des *méthodes épidémiologiques, statistiques et informatiques* appliquées aux problèmes de Santé publique s'intéresse notamment au traitement par l'informatique des données du contrôle des eaux, aux renseignements statistiques des dispensaires anti-tuberculeux, etc.

V. — Développement des structures créées dans le domaine de l'informatique.

1° La Commission informatique.

La Commission informatique de l'I. N. S. E. R. M. a été créée en 1967 et officialisée en 1968 par décision du directeur général de l'I. N. S. E. R. M.

L'objet principal de cette commission est l'étude et la promotion de l'insertion de l'Informatique dans la vie médicale et hospitalière.

La composition de la commission, qui regroupe des personnalités de divers horizons, traduit le fait que l'introduction de l'Informatique dans la vie médicale et hospitalière concerne tout aussi bien les chercheurs que le corps médical, l'administration ou le corps enseignant.

En mars 1968, la commission a été officiellement chargée de la préparation du VI^e Plan dans tous les domaines de l'informatique médicale : l'Informatique dans l'hôpital, la Recherche, l'Enseignement, la Santé publique, etc.

Des études analytiques et prospectives de différents domaines de l'Informatique médicale ont été entreprises par les trois groupes de travail de la commission.

Le *groupe 1* a lancé une enquête en Informatique médicale effectuée auprès des différentes équipes françaises. Cette enquête a permis de mettre au point un document de synthèse « Enquête Informatique médicale » et un document analytique, en collaboration avec le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale (alors Ministère des Affaires sociales) « Ateliers interhospitaliers pour le traitement de l'information et laboratoires d'Informatique médicale ».

Le *groupe 2* est chargé de définir des objectifs « Informatique médicale » à accomplir au cours du VI^e Plan.

Des sous-groupes spécialisés ont examiné les problèmes suivants et préparé les dossiers correspondants :

a) *Informatique et hôpital :*

- concept du système Informatique intégré : « Organisation et fonctions d'un département d'Informatique dans un C. H. U. » ;
- dossier médical et logistique hospitalière ;
- proposition d'expériences polyvalentes nouvelles d'Informatique hospitalo-universitaire.

b) *Informatique et recherche biologique et médicale :*

- problèmes généraux du calcul scientifique ;
- problèmes des calculateurs spécialisés nécessaires pour les travaux de recherche tels que : expérience en temps réel, monitoring, problèmes de reconnaissance des formes, etc. ;
- documentation scientifique automatique.

c) *Informatique et enseignement médical :*

- enseignement programmé des données théoriques ;
- apprentissage de reconnaissance d'image ;
- simulation de problèmes diagnostiques ou thérapeutiques ;
- vérification des connaissances.

d) *Informatique et santé publique :*

- les actions de dépistage ;
- gestions automatisées (telle que celle des centres de transfusion sanguine) ;
- Banques d'information en temps réel.

Enfin, le groupe 3 a pour mission d'étudier les aspects économiques des différents objectifs Informatique médicale.

L'ensemble des travaux de la commission a fait l'objet d'une publication I. N. S. E. R. M. Les travaux doivent se poursuivre et être complétés par les commissions spécialisées du « Plan » en vue de la publication du dossier d'ensemble « VI° Plan ».

2° *Le service de documentation.*

Créé en 1966 pour répondre aux besoins spécifiques de la recherche bio-médicale, le Service de documentation accomplit ses travaux dans deux domaines complémentaires : études et recherches sur les besoins, sur les techniques documentaires, mise en place de nouveaux services.

L'année 1969 est le terme d'un *Plan de réorganisation et de développement* (1967-1969), conçu en fonction d'une certaine décentralisation et d'un principe d'économie. Il était, en effet, apparu nécessaire d'utiliser au mieux les moyens existants — tant en France qu'à l'étranger — et de ne mettre en place aucun service qui n'ait fait l'objet d'une expérimentation poussée.

Après des enquêtes approfondies (1966-1967) et l'élaboration d'un *Plan d'ensemble*, l'année 1968 a été consacrée principalement à l'expérimentation des services proposés dans un secteur limité (9 laboratoires).

En 1969, après analyse des résultats de ces expériences, on est entré dans la phase de généralisation. Cette extension devrait être aussi rapide que possible, tant en raison de l'utilité de ces services — maintenant prouvée — que pour rentabiliser les investissements initiaux.

Le Service de documentation a trois objectifs principaux :

- diffuser rapidement les documents ;
- assurer des recherches bibliographiques exhaustives ;
- constituer une banque de données scientifiques accessible en temps réel.

a) *Expérience de diffusion documentaire* (microfiches) :

Ce projet comportait deux aspects :

— redistribution des périodiques reçus dans les laboratoires avec création d'un *stock central* ;

— utilisation d'un support moderne (la microfiche) permettant de répondre aux demandes dans des délais très brefs et de faible coût.

Pour étudier l'adaptation des utilisateurs à une technique nouvelle et évaluer avec précision tous les facteurs entrant en jeu dans l'établissement du service projeté, une expérience a eu lieu pendant huit mois avec l'aide de 9 laboratoires (biochimie). Le rapport de fin d'expérience (juin 1969) a montré que ce service répondait à un besoin véritable et on procède à une mise en place progressive auprès des 60 laboratoires qui en ont fait la demande pour 1969.

b) *Recherche bibliographique et projet Medlars* :

L'existence de réalisations d'envergure dans le domaine biomédical — tels *Excerpta Medica* et surtout *Medlars* — rend inutile la création de tout nouveau système de documentation automatique de type classique, c'est-à-dire basé sur la simple juxtaposition de descripteurs et permettant d'obtenir seulement des listes de références bibliographiques.

Aussi tous les efforts de l'I. N. S. E. R. M. dans ce domaine ont porté essentiellement sur une utilisation optimale, voire une amélioration, des systèmes existants et sur la réalisation d'accords internationaux.

La section « Recherche bibliographique » du Service de documentation effectue soit des recherches rétrospectives à la demande, soit des recherches périodiques sur « profil » individuel ou collectif. La plupart des systèmes documentaires ont été utilisés, mais on a surtout recouru au *Medlars* (*Medical Literature Analysis and Retrieval System*) qui permet seul de faire des recherches exhaustives depuis 1964, année où il est devenu opérationnel.

Des accords ont été conclus en mai 1969 entre la *National Library of Medicine* et l'I. N. S. E. R. M. pour la création d'un *Centre Medlars* français. L'I. N. S. E. R. M. analyse la littérature biomédicale française et reçoit en échange la totalité du fichier à des fins d'exploitation. Il est ainsi en mesure de répondre aux demandes de recherche bibliographique de tout chercheur français ou étranger.

Un rapport « *Projet d'implantation en France d'un centre d'exploitation Medlars, Paris, nov. 1968* » définit les modalités de mise en place et le calendrier qui a pu être respecté, ce projet étant jugé prioritaire.

Cette politique de coopération a mis l'I. N. S. E. R. M. en mesure de répondre aux besoins de ses chercheurs (plusieurs centaines de demandes par mois) de façon économique, tout en concentrant ses efforts de recherche vers une voie nouvelle (banque de données) où des réalisations originales et compétitives sont encore possibles.

c) *Banque d'Information scientifique* :

Afin de compléter les services rendus par *Medlars*, l'I. N. S. E. R. M. a décidé la création d'une banque de données scientifiques focalisée sur certaines disciplines majeures. L'utilisation de grilles-questionnaires, l'analyse coopérative par les chercheurs eux-mêmes et le mode de programmation constituent les caractéristiques les

plus originales de ce système. Il est possible d'atteindre un niveau de finesse très grand, et de répondre à des questions portant sur le *contenu* du document, et même de réaliser sur ce contenu des opérations complexes : synthèses, recherche de différences, etc.

Les activités dans ce domaine ont porté en 1969 sur l'achèvement d'une expérience pilote en enzymologie et sur la préparation d'un plan de développement à moyen terme.

En outre, des communications ont été présentées à des Congrès d'Informatique médicale (Toulouse, novembre 1968 ; Grenoble, mars 1969).

— *Analyse coopérative en enzymologie et traitement documentaire en temps réel :*

Une expérience pilote en enzymologie est en cours d'achèvement. Les analyses, effectuées selon un code mis au point en 1968, par une cinquantaine de chercheurs et enseignants représentant tous les aspects de l'enzymologie, ont été enregistrées sur machine.

Un ensemble de programmes (Sinbad) permettant l'interrogation en temps réel ont été écrits.

Les premières interrogations en temps réel auront lieu fin 1969. On prépare en outre l'extension à d'autres disciplines : toxicologie, pharmacologie, immunologie, radiobiologie, etc.

— *Définition d'un plan de développement à moyen terme :*

Le système mis au point et expérimenté ayant une portée générale, un certain nombre de groupes de travail interdisciplinaires composés de diverses personnalités scientifiques, ont été créés pour préparer une généralisation de ces méthodes dans le cadre du VI^e Plan. Les travaux de ces groupes portent sur les thèmes suivants : démographie des publications scientifiques, mode de transcription des formules chimiques en ordinateur, softwares généraux pour banque de données et infrastructure.

VI. — Colloques scientifiques.

Trois colloques étaient inscrits au programme de 1968. Annoncés dans le précédent rapport d'activité, ces colloques se sont tenus à Paris dans le courant du dernier trimestre.

Le Colloque sur le « *Traumatisme obstétrical et l'anoxie du fœtus et du nouveau-né* » a réuni des obstétriciens, pédiatres, réanimateurs, médecins de la Sécurité sociale, de la protection maternelle et infantile, de la direction d'action sanitaire et sociale, en vue d'étudier les conditions du traumatisme obstétrical et de la souffrance fœtale en France. Ce colloque a permis de faire le point sur la situation actuelle et sur les modifications à y apporter. Ainsi, les recommandations qui ont été faites concernent la surveillance des femmes pendant leur grossesse, en particulier celle des femmes présentant des grossesses à « risque élevé », la surveillance de la souffrance fœtale par les méthodes modernes de monitoring, le transport dans de bonnes conditions des enfants asphyxiques ou prématurés vers des centres de soins intensifs parfaitement équipés et disposant d'un personnel suffisant et compétent. Les aspects médico-sociaux, les problèmes juridiques, les recherches qu'il convient d'entreprendre ou de développer ont également été longuement discutés.

Le Colloque sur « *Les risques médicamenteux liés à la constitution héréditaire* » avait pour objet l'étude d'un important problème thérapeutique encore imparfaitement élucidé puisque les anomalies héréditaires responsables sont rares et souvent méconnues jusqu'au jour où elles sont révélées par une réaction inattendue à l'égard d'un médicament d'habitude très bien supporté.

En vue de prévenir ces accidents, il conviendrait de porter à la connaissance des laboratoires et des médecins des mises à jour périodiques. Il serait souhaitable aussi qu'une estimation de la fréquence de ces anomalies héréditaires, variables suivant les populations, soit établie par l'O. M. S. Enfin l'on peut espérer, grâce aux progrès de la pharmacodynamie, que les rares produits incriminés feront place peu à peu à des équivalents inoffensifs.

La méthodologie des essais thérapeutiques n'a été introduite en France que récemment mais elle se développe maintenant avec rapidité. Les diverses communications présentées au Colloque sur « *La méthodologie des essais thérapeutiques cliniques* » ont montré que des essais importants, groupant de nombreuses personnalités médicales dans des domaines aussi variés que la cancérologie, l'hématologie, la pédiatrie, la rhumatologie, parfois en association avec des pays étrangers, ont été réalisés ou sont en cours.

Au cours de ce symposium, toutes les étapes des essais thérapeutiques ont été envisagées depuis les recherches de laboratoire jusqu'à la mise sur le marché. Les problèmes juridiques, déontologiques et éthiques aussi bien que les aspects administratifs de l'expertise, du visa et de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ont été évoqués.

Ce Colloque aura donc eu le mérite d'associer des spécialistes d'origines différentes : pharmacologues, experts cliniciens, statisticiens, juristes, membres de l'Administration, d'établir un contact qui n'avait pas encore eu lieu avec une telle importance, et d'ouvrir ainsi un dialogue.

En 1969, deux Colloques ont eu lieu.

Celui de « *L'interféron* » s'est tenu à Lyon au mois de janvier. Organisé sous l'égide de l'I. N. S. E. R. M. et de la Fondation Mérieux, il a permis à d'éminents savants, microbiologistes, virologues, cancérologues, etc. de faire le point de leurs connaissances sur cette substance produite par l'organisme qui joue un rôle primordial dans l'infection virale et sur ses antagonistes.

Le Colloque sur « *La fonction du regard* » visait à combler une lacune. En effet, s'il existe un grand nombre de travaux sur la vision et la perception, si de nombreuses études ont été consacrées à certains composants du processus visuel, la fonction du regard n'avait pas encore fait l'objet d'une étude exhaustive.

Pendant trois jours, des ophtalmologistes, des psychiatres, des neurologues, des psychologues, des physiologistes français et étrangers ont tenté de préciser les aspects sensoriels, perceptifs, somatiques et affectifs des processus visuels et de déterminer l'importance respective des fonctions « voir » et « regarder ».

Cette meilleure compréhension de l'acte de voir aura des conséquences importantes sur le plan de la thérapeutique classique et psychosomatique et sur le plan de l'éducation.

Enfin, un Colloque sur « *Les problèmes posés par la consommation des antibiotiques en milieu hospitalier* » est prévu pour l'automne prochain.

Ces différents colloques doivent faire chacun l'objet d'une monographie de l'I. N. S. E. R. M.

VII. — Echanges scientifiques avec l'étranger.

Comme en 1968, des postes de chercheurs ont été réservés à des étrangers désirant venir passer un an dans un laboratoire de recherches français pour y acquérir des connaissances techniques qu'ils appliqueront à leur retour dans leur pays ou, dans certains cas, pour approfondir des recherches menées en collaboration avec le laboratoire français d'accueil — 22 chercheurs représentant 14 nationalités ont été ou doivent être reçus.

En 1969, dans le cadre des *échanges avec la Grande-Bretagne*, 1 chercheur français et 3 chercheurs anglais ont bénéficié d'une bourse d'un an au titre des échanges avec le Medical Research Council, tandis que 6 chercheurs britanniques effectuaient des séjours d'un mois et plus, soit au total douze mois dans le cadre de l'accord avec la Ciba Foundation. Parallèlement, 3 chercheurs français bénéficiaient de ces échanges pour un total de sept mois.

Les termes de l'accord avec la Ciba Foundation, qui résultait en fait d'une suite de correspondance remontant à 1951, ont été repris et précisés et ont fait l'objet d'un protocole accepté par les deux parties et qui est actuellement à la signature du directeur de la Ciba Foundation, Sir G.E.W. Wolstenholme et du Directeur général de l'I.N.S.E.R.M.

D'autre part, le Bureau scientifique du C.N.R.S. de Londres a, dès 1968, sollicité l'I.N.S.E.R.M. de prendre en main le secrétariat de la section française de l'Association Louis-Rapkine qui était assuré jusque-là par le British Council. Cette association est une amicale franco-britannique des anciens boursiers en sciences médicales et biologiques qui a été créée en 1956 dans le but de faciliter les contacts des boursiers et de rendre leur séjour plus fructueux.

L'I.N.S.E.R.M. a donné son accord et les modalités pratiques de réalisation sont à l'étude.

Les échanges effectués par l'I.N.S.E.R.M. avec le *Ministère de l'Education nationale et de la Culture de Belgique* ont porté sur 5 chercheurs belges contre 5 chercheurs français.

L'I.N.S.E.R.M. accorde aux chercheurs appartenant à des cadres des stages de perfectionnement de courte durée dans des laboratoires français ou étrangers. En 1968, sur 36 demandes déposées, 23 avaient reçu un avis favorable. 17 de ces demandes retenues concernaient des laboratoires étrangers notamment américains (Etats-Unis) et Suédois, qui sont un pôle attractif puissant.

Pour 1969, le nombre de demandes est resté le même, mais le taux de satisfaction a été plus grand, par suite de l'augmentation des crédits réservés pour ce type de dépense et, dans plusieurs cas, d'une prise en charge partielle des frais de mission des chercheurs. Cette fois encore un tiers des stages accordés (soit 10) concernent les Etats-Unis, et 4, la Suède.

Les échanges scientifiques avec ces deux pays se sont développés par ailleurs.

Ainsi, les National Institutes of Health, ont, comme les années précédentes accordé des bourses d'un an aux Etats-Unis à de jeunes chercheurs ayant déjà une bonne expérience de la recherche bio-médicale à partir d'une liste de 6 candidats présentés par un comité de proposition siégeant près de l'I.N.S.E.R.M. 3 bourses ont été attribuées. Compte tenu des restrictions budgétaires s'appliquant à toute subvention ou bourse pour la recherche bio-médicale à l'étranger du budget américain, ce chiffre de 3 reste très honorable.

D'autre part, un projet d'échange bilatéral avec les Etats-Unis sur le type du protocole liant le Medical Research Council et l'I.N.S.E.R.M., a été envisagé et doit faire l'objet d'une étude plus approfondie au cours des prochains mois.

L'I.N.S.E.R.M. a été associé étroitement aux travaux de commissions mixtes d'échanges scientifiques dans le domaine de la biologie et de la médecine :

- l'Association franco-suédoise de recherche (A.F.S.R.) ;
- la Commission franco-québécoise pour les affaires médicales ;
- la Commission mixte franco-soviétique de coopération scientifique, technique et économique.

Un symposium sur « Les soins intensifs » a eu lieu à Uppsala en Suède du 17 au 21 mars 1969.

L'I.N.S.E.R.M. a participé d'une manière effective à son organisation et plusieurs chercheurs de ses cadres ont présenté des exposés qui ont été très appréciés par les Suédois.

Plusieurs stages de chercheurs dans les hôpitaux et les laboratoires canadiens ont pu être faits dans le cadre des *échanges franco-québécois*. Cependant l'accord bi-partite envisagé entre l'I.N.S.E.R.M. et le Ministère de la Santé du Québec, s'il recueille l'assentiment des deux partenaires, n'a pas encore été signé.

Une mention particulière doit être faite d'un travail coopératif entre une équipe québécoise à l'hôpital Notre-Dame et plusieurs équipes françaises sur la « Rétinopathie diabétique », pour lequel le Ministère de la Santé du Québec a mobilisé d'importantes ressources en équipement, matériel et personnel. C'est à une équipe française de l'hôpital Sainte-Anne et à des chercheurs de l'I.N.S.E.R.M. que revient le mérite d'avoir été à l'origine de ce projet.

Les échanges avec l'U.R.S.S. se sont trouvés quelque peu ralentis à la suite des événements d'août 1968. Ils ont repris cependant et une dizaine de chercheurs ont sollicité des missions en U.R.S.S. Plusieurs demandes présentées en 1968 ont d'ailleurs reçu un avis favorable, bien que tardif, de la part des Soviétiques.

Les projets de coopération dans certains domaines privilégiés, immunologie, génétique, transplantation d'organes, informatique, ont été repris et devraient se concrétiser lorsque les membres de la sous-commission française auront été désignés.

Enfin les échanges avec les *pays de l'Est* commencent à se multiplier. Les Tchèques, les Roumains, les Bulgares, les Yougoslaves sont de plus en plus nombreux à solliciter des bourses d'un an dans notre pays. Plusieurs postes de chercheurs leur sont réservés sur le contingent « étrangers » de l'I.N.S.E.R.M. (cf. p. 26). De leur côté, les chercheurs français, s'ils n'envisagent pas encore des stages de longue durée, effectuent, souvent à l'occasion de Congrès ou réunions internationales, des visites de laboratoires et nouent des relations de travail avec les équipes les plus dynamiques de ces pays. L'I.N.S.E.R.M. contribue, en faisant connaître les possibilités d'accueil et en présentant des candidats, au développement de ces échanges, limités il y a quelques années encore aux problèmes d'hygiène et de santé, et qui s'orientent maintenant de plus en plus vers des problèmes de recherche médicale.

ANNEXE IV

LES CAPACITES D'ACCUEIL DU SECTEUR HOSPITALIER

Nombre de lits au 31 décembre 1968.

1° Secteur privé.

<i>A. — Cliniques d'action générale :</i>	
Médecine	18.074
Chirurgie	54.762
Maternité	15.924
Repos et convalescence.....	17.415
Réadaptation fonctionnelle.....	6.273
Régime	677
	113.125
<i>B. — Etablissements psychiatriques :</i>	
Etablissements privés faisant fonction de publics.....	22.995
Maisons de santé privées.....	9.709
	32.704
<i>C. — Etablissements de lutte antituberculeuse :</i>	
Sanatoriums privés assimilés ou non aux publics.....	20.847
Préventoriums privés assimilés ou non aux publics.....	6.331
Aériums privés assimilés ou non aux publics.....	9.183
Hôtels de cure.....	1.156
	37.517
	183.346

2° Secteur public.

<i>A. — Hôpitaux généraux :</i>	
Médecine	115.729
Chirurgie	53.037
Maternité	17.158
Spécialités	12.152
Divers	21.118
	219.194
<i>B. — Hôpitaux psychiatriques :</i>	
Quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux.....	11.598
Etablissements départementaux ou interdépartementaux et établissements autonomes.....	77.182
	88.780

C. — Centres anticancéreux.....	3.040
D. — Etablissements de lutte antituberculeuse :	
Sanatoriums	13.434
Préventoriums	1.909
Aériums	3.182
	<hr/>
	18.525
E. — Hospices et maisons de retraite.....	193.735
	<hr/>
Total des lits publics au 31 décembre 1968.....	523.274

ANNEXE V

QUELQUES EXEMPLES DE PRIX DE JOURNÉE

1° Les prix de journée moyens des établissements hospitaliers publics font l'objet du tableau suivant :

Prix de journée moyens 1969 (1^{er} janvier) des établissements hospitaliers publics par catégories et services.

CATÉGORIES	CHIRURGIE	MÉDECINE	MATERNITÉ	SERVICES spécialisés.	CHRONIQUES	HOSPICE
Centres hospitaliers régionaux.	173,60	126,80	166,80	340,25	69,05	39,60
Hôpitaux de plus de 1.000 lits.	100,15	83,40	103,40		47,85	27,10
Hôpitaux de 501 à 1.000 lits..	97,95	78,70	99,60		45,20	26,50
Hôpitaux de 201 à 500 lits...	93,95	68,88	97,50		37,45	25,45
Hôpitaux de moins de 200 lits.	74,90	51,85	86,65		33,37	22,25
Hôpitaux ruraux.....		43,25	67,53		28,95	19,30
Hôpitaux psychiatriques.....					48,20	

Dans ce tableau ont été incluses, sous la rubrique des centres hospitaliers régionaux, les administrations de l'assistance publique de Paris et de Marseille. Pour les autres catégories d'établissements, le tableau a été constitué en prenant en compte les prix de journée d'un certain nombre d'établissements retenus comme échantillons.

2° Des exemples de prix de journée peuvent être donnés pour chacune des catégories d'établissements envisagées dans le tableau ci-dessus :

ÉTABLISSEMENTS	CHIRURGIE	MÉDECINE	MATERNITÉ	SERVICES hautement spécialisés.	PSYCHIATRIE	CHRONIQUES	HOSPICE — Valides.	HOSPICE — Grabataires.
<i>a) Centres hospitaliers régionaux.</i>								
A. P. de Paris.....	206,15	147,25	206,15	384,65		74,50	49,10	49,10
Nantes	146,25	114,45	146,25	257,85	51,90		25,85	37,40
Clermont-Ferrand	99,00	93,45	99,00	156,90	58,30		25,00	39,80
<i>b) Hôpitaux de plus de 1.000 lits.</i>								
Toulon (Var).....	144,10	103,80	144,10	343,80	103,80	44,50	25,50	62,70
Niort (Deux-Sèvres).....	97,45	77,20	97,45		45,55		22,10	35,05
Valenciennes (Nord).....	74,05	63,80	86,80				19,40	29,90
<i>c) Hôpitaux de 501 à 1.000 lits.</i>								
Gonesse (Val-d'Oise).....	201,00	180,70	201,00				30,55	45,15
Saint-Dié (Vosges).....	82,75	70,95	90,35			43,25	17,00	23,20
Pontorson (Manche).....		48,50	76,95		53,60		14,30	
<i>d) Hôpitaux de 201 à 500 lits.</i>								
Montmorency (Val-d'Oise).....	144,10	129,90	158,40			85,00	30,80	51,50
Castelnaudary (Aude).....	73,50	55,70	73,50			31,15	21,75	
Josselin (Morbihan).....		42,56	60,45				16,75	25,04
<i>e) Hôpitaux de moins de 200 lits.</i>								
Saint-Tropez (Var).....	111,35	53,00	111,35				22,40	
Barbezieux (Charente).....	59,80	45,20	66,10				16,25	
Brioude (Haute-Loire).....	44,25	31,70	68,95				14,30	14,30
<i>f) Hôpitaux ruraux.</i>								
Ernée (Mayenne).....		64,35	85,75				16,48	22,64
Pouancé (Maine-et-Loire).....		39,00	72,00				13,60	22,80
Barcelonnette (Basses-Alpes).....		31,75	34,90				12,30	12,30
<i>g) Hôpitaux psychiatriques.</i>								
H. P. de Vaucluse à Epinay-sur-Orge (Essonne).....					77,10			
H. P. de La Roche-sur-Yon (Vendée)					55,80			
H. P. de Saint-Alban (Lozère).....					50,88			

ANNEXE VI

LE CONTROLE DE LA POLLUTION ATMOSPHERIQUE SON FINANCEMENT

En raison du développement de l'urbanisation, de l'industrialisation et de l'intensification de la circulation automobile, la lutte contre la pollution atmosphérique devient de nos jours une impérieuse nécessité tant sur le plan sanitaire que social.

Ce phénomène présente non seulement des dangers pour la santé publique mis en évidence au cours d'accidents graves mais également pour la faune et la flore.

Il convient de ne pas sous-estimer les effets à long terme de la pollution atmosphérique sur l'homme qui pourraient éventuellement être à l'origine d'affections à lente évolution.

En outre, son action peut également se manifester par la dégradation des matériaux, des monuments et des sites et d'une manière générale influencer l'économie des pays concernés par ces problèmes.

L'importance croissante de la pollution atmosphérique cette dernière décennie et la prise de conscience, tant des Pouvoirs publics que de la population d'engager une action dans ce domaine, a rendu nécessaire l'organisation d'une prévention.

Divers textes réglementaires issus de la loi-cadre du 2 août 1961 relative à la lutte contre les pollutions atmosphériques et les odeurs et portant modification de la loi du 19 décembre 1917 sur les établissements classés dangereux, insalubres ou incommodes, visent à limiter les émissions provenant des foyers domestiques, des établissements industriels et des véhicules automobiles.

*

* *

Le contrôle de la pollution atmosphérique présente deux aspects :

En premier lieu, il a pour objet de déterminer dans un secteur considéré la nature et l'importance de la pollution.

A cet effet, sont implantés des appareils de mesure qui permettent d'établir la teneur en fumée, en oxydes de soufre et en monoxyde de carbone du secteur en cause.

Les résultats de ces mesures doivent aboutir à l'élaboration d'une cartographie de la pollution de l'air semblable à l'inventaire effectué actuellement en matière de pollution des eaux et contribuer ainsi à suivre l'évolution des niveaux de pollution sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, la détermination des indices de pollution a servi et servira de bases techniques pour la mise en application de nouvelles réglementations dans une région ou un secteur affectés par ces problèmes ; elle permettra également de vérifier l'influence des moyens réglementaires mis en œuvre par réduire cette nuisance.

Sur un plan général, la connaissance des niveaux de pollution sur l'ensemble du territoire apportera une contribution précieuse aux études concernant :

- la conception et l'implantation des nouvelles zones d'urbanisme ;
- l'implantation des zones industrielles ;
- la définition d'une politique nationale énergétique en fonction de la pollution atmosphérique ;
- le développement des enquêtes épidémiologiques de morbidité et de mortalité.

Des mesures contre la pollution atmosphérique ont déjà été entreprises dans certaines villes (Paris, Lyon, Marseille, Nantes) ou autour de certains complexes industriels (Lacq) ; il convient de poursuivre cette action par :

- le développement des réseaux de mesure déjà en place ;
- l'implantation de nouveaux réseaux de mesure dans les agglomérations qui n'en sont pas encore pourvues.

Le second aspect de ce contrôle est relatif au contrôle exercé par les agents visés à l'article 3 de la loi du 2 août 1961 et dont le rôle consiste à veiller à la bonne observation par les pollueurs, des mesures qui leur ont été imposées.

Ces agents sont :

- pour le contrôle des immeubles les agents prévus à l'article L. 48 du Code de la Santé publique et à l'article 101 du Code de l'urbanisme : les officiers et agents de police judiciaire ainsi que les inspecteurs de salubrité ;
- pour le contrôle des établissements industriels commerciaux et artisanaux, les agents prévus aux articles 21 et 22 de la loi du 19 décembre 1917 modifiée relative aux établissements dangereux, insalubres ou incommodes ;
- pour le contrôle des véhicules automobiles, les agents prévus aux articles L. 24 et L. 27 du Code de la route.

Il importe de réaliser une application effective des textes réglementaires en vigueur. Cet objectif nécessite un renforcement des moyens mis à la disposition des agents de contrôle (appareils notamment).

MODIFICATIONS APPORTEES AUX AUTO

RUBRIQUES	AUTORISATIONS DE		
	Reports.	Loi de finances (1).	Modifications (+).
56-10. — Etablissements nationaux	18.688.491,33	6.700.000	»
56-50. — Contrôle sanitaire aux frontières....	182.833,08	»	»
56-90. — Frais d'études et de contrôle.....	2.024.688,69	5.500.000	»
57-10. — 1 — Protection population civile, matériel sanitaire	994.550,51	»	2.400.000
57-10. — 2 — Protection population civile, transfusion sanguine	39.505,71	»	»
Total chapitre	1.084.056,22	»	2.400.000
Totaux Titre V.....	21.930.069,32	12.200.000	2.400.000
66-10-1 A. — Hôpitaux non C. H. U. — Hospices et maisons de retraite publiques....	42.675.374,37	289.605.000	»
66-10-1 B. — Hôpitaux C. H. U.....	22.290.579,74	188.504.000	4.291.292
66-10-2. — Réadaptation fonctionnelle	11.663,41	3.822.000	308.708
66-10-3. — Formation personnel sanitaire....	263.064,51	6.076.000	1.350.000
66-10-4. — Etudes avant-projet	912.376 »	2.940.000	»
Total chapitre 66-10.....	66.153.058,03	490.947.000	»
66-12-1. — Lutte contre le cancer	18.241.669 »	17.930.000	»
66-12-2. — Lutte contre la tuberculose.....	767.359,68	490.000	450.000
66-12-3. — Lutte contre les maladies mentales.	24.472.146,92	91.491.000	6.346.503
66-12-4. — Transfusion sanguine	1.038.416,11	6.370.000	»
66-12-5. — P. M. I. et C. M. S.....	1.546.489,15	5.880.000	850.000
66-12-6. — Divers	571.444,63	490.000	240.000
66-12-7. — Thermalisme	58.840 »	2.940.000	»
66-12-8. — Etudes avant-projet	178.067 »	980.000	99.000
Total chapitre 66-12.....	46.874.432,49	126.571.000	»
66-20-1. — Enfance inadaptée	15.772.900,70	59.000.000	1.000.000
66-20-2. — Aide sociale à l'enfance.....	4.573.843,29	15.000.000	»
66-20-3 A. — Aide aux personnes âgées.....	2.315.162,86	15.600.000	»
66-20-3 B. — Aide aux infirmes adultes.....	7.910.381,98	1.000.000	180.000
66-20-3 C. — Centres d'hébergement	380.615,84	3.000.000	»
66-20-4 A. — Centres sociaux	357.399,05	6.000.000	55.000
66-20-4 B. — Personnels sociaux	1.916.371,42	»	»
66-20-4 C. — Maisons familiales de vacances..	65.487,01	2.000.000	»
66-20-5. — Etudes avant-projet	231.657 »	»	»
Total chapitre 66-20.....	33.523.819,15	101.600.000	1.000.000
66-30. — Recherche scientifique et médicale.	21.496.897,63	33.000.000	»
Total Titre VI.....	168.048.207,30	752.118.000	1.000.000
Totaux généraux	189.978.276,62	764.318.000	3.400.000

(1) Compte tenu des annulations prévues par l'article 32.

VII

RISATIONS DE PROGRAMME EN 1969

PROGRAMME A ENGAGER			AUTORISATIONS de programme versées au F. A. C.	TOTAL UTILISABLE
Modifications (—).	Ouvertes dans l'année.	Total.		
»	6.700.000	25.388.491,33	2.058.582 »	23.329.909,33
»	»	182.833,08	108.968 »	73.865,08
»	5.500.000	7.524.688,69	897.164 »	6.627.524,69
»	2.400.000	3.394.550,51	169.169 »	3.225.381,51
»	»	39.505,71	»	39.505,71
»	2.400.000	3.434.056,22	169.169 »	3.264.887,22
»	14.600.000	36.530.069,32	3.233.883 »	33.296.186,32
5.950.000	283.655.000	326.330.374,37	59.754.375,59	266.575.998,78
»	192.795.292	215.085.871,74	59.844.649 »	155.241.222,74
»	4.130.708	4.142.371,41	533.197,41	3.607.174 »
»	7.426.000	7.689.064,51	1.417.711 »	6.271.353,51
»	2.940.000	3.852.376 »	1.726.219 »	2.126.157 »
»	490.947.000	557.100.058,03	123.278.152 »	433.821.906,03
7.985.503	9.944.497	28.186.166 »	5.023.477,83	23.162.688,17
»	940.000	1.707.359,68	218.903,68	1.488.456 »
»	97.837.503	122.309.649,92	57.327.481,60	64.982.168,32
»	6.370.000	7.048.416,11	426.632,11	6.981.784 »
»	6.730.000	8.276.489,15	2.802.113,15	5.474.376 »
»	730.000	1.301.444,63	860.669,63	440.775 »
»	2.940.000	2.998.840 »	689.780 »	2.309.060 »
»	1.079.000	1.257.067 »	480.922 »	776.145 »
»	126.571.000	173.445.432,49	67.829.980 »	185.615.452,49
235.000	59.765.000	75.537.900,70	34.077.462,81	41.460.437,89
»	15.000.000	19.573.843,29	10.012.022,11	9.561.821,18
»	15.600.000	17.915.162,86	3.357.525 »	14.557.637,86
»	1.180.000	9.090.381,98	2.695.119,98	6.395.262 »
»	3.000.000	3.380.615,84	98.266,84	3.282.349 »
»	6.055.000	6.412.399,05	2.067.585,05	4.344.014 »
»	»	1.916.371,42	642.928,20	1.273.443,22
»	2.000.000	2.065.487,01	937.921,01	1.127.566 »
»	»	231.657 »	231.657 »	»
»	102.600.000	136.123.819,15	54.120.488 »	82.003.331,15
»	33.000.000	54.496.897,63	21.937.497 »	32.559.400,63
»	753.118.000	921.166.207,30	267.166.117 »	654.000.090,30
»	767.718.000	957.696.276,62	270.400.000 »	687.296.276,64

ANNEXE VIII

EXECUTION DU V^e PLAN D'EQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL

Résultats partiels (dépenses subventionnées seulement) et provisoires (prévisions pour 1969 et 1970).

RUBRIQUES	PREVISIONS		EXECUTION PREVISIBLE (dépenses subventionnées seules).				
	Enveloppe totale.	Dépenses à subventionner.	1966-1968.	1969 (1).	1970 (1).	1966-1970 (1).	Pourcentage.
C. H. U.	3.054.775	2.291.081	980.925	522.386	482.790	1.986.101	86,56
Hôpitaux non C. H. U. ...	2.387.125	1.790.344	829.501	650.976	407.193	1.887.670	105,44
Maladies mentales.....	1.894.974	1.705.477	507.704	262.450	226.750	996.904	58,45
Cancer	156.500	117.375	54.593	68.438	33.333	156.364	133,21
P. M. I. et C. M. S.	249.365	187.024	60.123	21.780	11.429	93.332	49,90
Tuberculose	82.700	62.025	15.230	4.268	7.500	26.998	43,52
Réadaptation fonction...	66.750	50.063	34.939	10.406	3.080	48.425	96,72
Thermalisme	79.100	59.325	8.327	7.499	8.571	24.397	41,12
Transfusion sanguine...	73.550	55.163	13.287	18.746	17.143	49.176	89,14
Divers sanitaires.....	33.161	24.871	20.285	3.099	2.857	26.241	105,46
Personnels sanitaires....	224.100	168.075	96.712	19.222	28.571	144.505	85,97
Total I.....	8.302.100	6.510.823	2.621.626	1.589.270	1.229.217	5.440.113	83,55
Personnes âgées (sanitaire)	1.197.173	897.880	299.897	161.973	113.715	575.585	64,10
Personnes âgées (social).	451.137	383.466	121.193	47.730	34.722	203.645	53,10
Total II.....	1.648.310	1.281.346	421.090	209.703	148.437	779.230	60,81
Enfance inadaptée.....	1.300.000	1.105.000	376.491	191.424	223.583	791.498	71,6
Foyer de jeunes travailleurs	210.000	178.500	60.928	23.310	25.000	109.238	61,19
Aide sociale à l'enfance.	240.000	204.000	77.422	28.538	20.833	126.793	62,15
Infirmes adultes.....	190.000	161.500	44.793	21.257	22.056	88.106	54,55
Centres d'accueil et d'hébergement	75.000	63.750	18.877	8.668	9.722	37.267	58,45
Centres sociaux.....	110.000	93.500	37.864	15.456	12.500	65.820	70,39
Maisons familiales de vacances	49.690	42.236	14.319	6.259	6.800	27.378	64,82
Personnels sociaux.....	65.000	55.250	35.298	5.179	24.333	64.810	117,30
Total III.....	2.239.690	1.903.736	665.992	300.091	344.827	1.310.910	68,85
Total I + II + III.....	12.190.100	9.695.905	3.708.708	2.099.064	1.722.481	7.530.253	77,64
Etablissements nationaux (IV)	159.900	159.900	67.797	33.096	24.000	124.893	78,10
Total I + II + III + IV	12.350.000	9.855.805	3.776.505	2.132.160	1.746.481	7.655.146	77,67
D. O. M. - T. O. M. (V)...	300.000	175.000	30.365	64.159	66.950	161.474	92,27
Total général...	12.650.000	10.030.805	3.806.870	2.196.319	1.813.431	7.816.620	77,92

(1) Ces enveloppes comprennent les dotations du F. A. C.

Les chiffres indiqués le sont à titre purement indicatif, dans la mesure où ne sont connues ni la date, ni la répartition finale des débloqués.