



COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA QUATORZIÈME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Lundi 22 mai 1967, à 15 heures

PRESIDENT : Dr A. H. THOMAS (Sierra Leone)

Table des matières

	<u>Page</u>
1. Examen et approbation du projet de programme et de budget pour 1968 (suite)	
Examen détaillé du programme d'exécution (suite)	
Collaboration avec d'autres organisations (suite de la discussion)	2
Fonds bénévole pour la promotion de la santé	14
Centre international de Recherche sur le Cancer	20
Projets additionnels	20
Projets de résolution	21
2. Cinquième rapport de la Commission	24
3. Contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques (suite de la discussion)	24
4. Aspects sanitaires de la dynamique des populations	29

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent parvenir au Rédacteur en chef, Actes officiels, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia, 1211 Genève, Suisse, avant le 7 juillet 1967.

1. EXAMEN ET APPROBATION DU PROJET DE PROGRAMME ET DE BUDGET POUR 1968 : Point 2.2 de l'ordre du jour (résolution EB39.R16; Actes officiels Nos 154 et 158; documents A20/P&B/9, A20/P&B/21 et A20/14) (suite)

Examen détaillé du programme d'exécution : Point 2.2.3 de l'ordre du jour (suite)

Collaboration avec d'autres organisations (suite de la discussion)

Le PRESIDENT invite la Commission à poursuivre l'examen du point 2.2 de l'ordre du jour.

Le Dr NABULSI (Jordanie) relève dans le rapport du Directeur du Service de Santé de l'UNRWA que cette organisation s'occupe de 1 222 590 réfugiés, dont la moitié environ se trouve en Jordanie, et qui bénéficient d'une bonne assistance médicale, souvent assurée en collaboration étroite avec le Ministère de la Santé du pays. Il exprime sa gratitude à l'UNRWA et en particulier au Directeur du Service de Santé qui, par ses contacts personnels avec le ministère, a obtenu les meilleurs résultats possibles pour le plus grand bien des réfugiés. L'Office et le ministère ont agi de concert dans nombre de domaines, notamment en matière d'assainissement et de médecine préventive. Lors des campagnes de vaccination, les réfugiés ont été traités sur un pied d'égalité avec les citoyens jordaniens et le vaccin qui leur a été administré provenait des laboratoires du pays. Le Dr Nabulsi exprime l'espoir de voir les services médicaux se maintenir à ce niveau élevé et l'OMS veiller avec soin à ce que l'aspect humanitaire du problème demeure le critère suivi pour décider de l'aide à accorder.

Le Dr ADEMOLA (Nigeria) demande des renseignements supplémentaires sur les activités entreprises en collaboration avec la Commission économique pour l'Afrique, qui se classent sous trois rubriques : liaison, hygiène du milieu et Institut pour la planification et le développement économiques. Sa délégation aimerait savoir de quelle manière on pourrait actuellement tirer le meilleur parti possible des facilités qu'offre cet Institut. Nombreux sont les pays qui ignorent en grande partie ce que font les organisations de ce genre et les rapports qu'elles peuvent avoir avec leur programme d'action sanitaire; ils seraient certainement heureux d'être mieux informés.

Le Dr SHARIF (Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient) souhaite à l'Assemblée, en son nom personnel et de la part du Commissaire général de l'Office, le meilleur succès dans l'accomplissement de sa tâche, et remercie le Directeur général d'avoir invité l'UNRWA à s'y faire représenter. Les rapports entre l'OMS et l'Office, qui remontent à la création de ce dernier en 1950, ont continué à se développer dans le climat le plus cordial et la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé les a prorogés jusqu'au 30 juin 1969 par sa résolution WHA19.25.

L'UNRWA accepte avec plaisir et gratitude l'assistance qu'elle continue à recevoir pour la planification, l'organisation et la conduite des activités sanitaires qui doivent répondre aux besoins fondamentaux des réfugiés de Palestine, lesquels sont au nombre de 1,2 million répartis entre la Jordanie, la Bande de Gaza, le Liban et la Syrie. Dans l'accomplissement de cette mission, l'Office demeure fidèle au principe

selon lequel il doit assurer des services d'une qualité et d'une ampleur approximativement équivalentes à celles des prestations comparables fournies gratuitement par les gouvernements hôtes à leurs propres citoyens vivant dans des conditions économiques similaires.

Au cours de l'année précédente, les services curatifs mis par l'Office à la disposition des réfugiés qui y ont droit sont restés au même niveau qu'auparavant; des soins ambulatoires sont dispensés dans 122 postes, les services de laboratoire, les consultations de spécialistes et les soins en hôpitaux étant organisés à l'aide de subventions conformément aux demandes qui émanent du gouvernement intéressé, d'institutions de bienfaisance ou de particuliers. Le nombre de personnes ayant droit aux services médicaux s'est accru d'environ 2,53 % en 1966 par rapport à l'année précédente, mais la quantité de soins curatifs assurée a accusé une diminution de 6,12 %, due essentiellement au recul général des ophtalmies transmissibles.

On a continué à s'occuper de la réadaptation médicale des enfants infirmes et des handicapés dans le cadre d'une allocation budgétaire spéciale de \$10 000. On envisage également d'entreprendre la réadaptation des malades mentaux chroniques jugés aptes à réintégrer la vie familiale et sociale moyennant un contrôle périodiquement effectué par un spécialiste.

Le catalogue des fournitures médicales de l'UNRWA est maintenu à jour : l'évolution est constamment suivie et des modifications y sont périodiquement apportées. Les fournitures médicales, qui proviennent du FISE pour une large part, seront désormais directement achetées aux firmes pharmaceutiques. L'UNRWA tient à exprimer sa reconnaissance au FISE pour l'aide qu'il lui a prêtée à cet égard.

Il est encourageant de constater une fois de plus que la situation épidémiologique continue à s'améliorer. Aucun cas de maladie quarantenaire n'a été enregistré dans les quatre régions où l'UNRWA exerce ses activités, encore qu'une poussée épidémique de choléra El Tor apparue en Irak ait suscité des inquiétudes. Grâce aux dispositions rigoureuses prises à temps par les gouvernements hôtes, et aux mesures préventives organisées par l'Office, notamment à la vaccination générale contre le choléra, aucun cas ne s'est déclaré ni dans les pays hôtes ni chez les réfugiés.

On a observé un recul sensible de l'incidence des ophtalmies transmissibles. La tendance à la diminution a continué à se manifester pour les autres maladies transmissibles, exception faite de l'hépatite infectieuse, en léger progrès, et des affections exanthémateuses de l'enfance, en particulier la rougeole, la varicelle et les oreillons, où l'on a pu suivre les fluctuations cycliques habituelles. Avec l'assistance de l'OMS, l'Office a entrepris une étude des vaccins atténués associés susceptibles d'être utilisés contre la rougeole et la variole, en vue d'une vaste campagne de vaccination. La diarrhée des adultes et les infections gastro-entériques de l'enfance demeurent un grave problème.

L'enquête sur la tuberculose menée depuis 1965 par le Gouvernement de la République Arabe Unie avec l'aide de l'Office s'est poursuivie dans la Bande de Gaza. Certains cas évolutifs ont été dépistés et mis en traitement, les dispositions voulues étant prises à l'égard des contacts. On a toujours réussi, jusqu'ici, à empêcher un progrès de la tuberculose. La vaccination systématique par le BCG a été introduite pour tous les enfants au cours de leur première année, ainsi que pour ceux qui commencent leur scolarité.

Le programme de prophylaxie de l'Office comprend la vaccination classique des nourrissons et des enfants contre la variole, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite et les fièvres typhoïdes. On a également entrepris des campagnes de vaccination, coordonnées avec celles des gouvernements hôtes, contre la typhoïde, la variole et le choléra.

Il existe 80 centres de protection maternelle et infantile où les femmes enceintes et les mères allaitantes sont encouragées à se présenter pour recevoir des soins pré- et post-natals. Les maternités de l'Office accueillent quelques parturientes, si tout est normal, mais la plupart des accouchements ont lieu à domicile; en cas de dystocie, la mère est transportée à l'hôpital. Les enfants de moins de 2 ans et un nombre déterminé d'enfants de 3 ans sont suivis aux centres de consultations pour nourrissons.

On s'est davantage préoccupé cette année des enfants d'âge préscolaire. Une étude spéciale est en cours au sujet de l'état de santé des enfants de 2 à 6 ans et de la morbidité dans ce groupe d'âge en vue de définir les besoins médico-sanitaires. Une étude détaillée sur la croissance et le développement des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire a été entreprise à Gaza; une étude sur les agents étiologiques des affections diarrhéiques des nourrissons se poursuit au Liban. On continue également à recueillir des données sur la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance, la septicémie puerpérale et la mortalité maternelle et infantile.

L'exécution du programme de réadaptation par les centres de réhydratation et de nutrition a donné de bons résultats dans le traitement des troubles nutritionnels

et la correction des déséquilibres hydriques et électrolytiques chez les nourrissons et les jeunes enfants souffrant de gastro-entérite aiguë et de malnutrition, notamment dans les groupes d'âge de 0 à 3 ans. On traite parallèlement les infections, les diarrhées et la sous-alimentation. Des régimes alimentaires spéciaux sont prévus jusqu'à guérison complète.

Le programme d'éducation sanitaire a continué à jouer son rôle : promouvoir la santé par la diffusion des connaissances sur les questions d'hygiène importantes pour l'individu et la collectivité. Dans les camps de l'Office, on continue à observer chaque semaine le jour de la promotion de la santé et à avoir chaque mois un thème d'éducation sanitaire. Il existe également un service d'hygiène scolaire et l'on étend progressivement le cours sur l'éducation sanitaire inscrit au programme de formation des enseignants à toutes les écoles normales dépendant de l'Office.

Les services infirmiers de l'Office exercent toujours leurs activités aux centres de protection maternelle et infantile, aux centres de réhydratation et de nutrition et dans les hôpitaux, et assurent comme par le passé les visites à domicile. Les infirmières prennent part à toutes les activités de santé ainsi qu'aux diverses études en cours.

Quarante pour cent des réfugiés sont des enfants de 0 à 16 ans. Les enfants d'âge préscolaire - moins de 6 ans, le groupe le plus vulnérable - représentent dix-sept pour cent de l'ensemble de la population des réfugiés.

Les rations de base distribuées aux réfugiés ne fournissent à chacun que 1500 calories par jour en été et 1600 pendant les cinq mois d'hiver, sous forme de farine, de riz, de légumineuses, de sucre, d'huile de cuisine et de graisses. Ces rations ne comprennent pas de protéines animales et d'aliments frais. L'Office met en

oeuvre depuis sa fondation un programme de distribution de lait et d'aliments d'appoint afin de protéger les groupes vulnérables contre les carences nutritionnelles. Un déjeuner chaud, nutritivement équilibré, est également servi aux enfants de moins de six ans et à d'autres personnes désignées par les médecins. Des rations supplémentaires d'aliments secs sont offertes aux femmes enceintes et aux mères allaitantes ainsi qu'aux tuberculeux soignés à domicile. Les personnes qui se présentent aux centres d'alimentation d'appoint et les enfants des écoles primaires relevant de l'UNRWA reçoivent des capsules de vitamines A et D.

A la suite de la réduction des livraisons de lait écrémé et de l'incertitude qui règne quant aux livraisons futures, il a fallu, à la fin de 1966, mettre un terme aux distributions de lait dans les écoles et aux autres distributions ordinaires de lait aux enfants de 6 à 16 ans. On espère pouvoir remplacer partiellement le lait écrémé par une autre source de protéines, le CSM (céréale, farine de soya et lait écrémé).

Pour les réfugiés qui vivent dans des camps - quarante pour cent de l'ensemble - l'UNRWA assure les services d'assainissement essentiels et en particulier l'approvisionnement en eau saine, l'élimination des eaux et matières usées, l'assèchement et la lutte contre les rongeurs et les insectes vecteurs, y compris les activités antipaludiques de la bande de Gaza. On encourage les réfugiés à installer des latrines privées pour chaque foyer, avec le concours de l'Office : 39,2 pour cent des familles vivant dans les camps possèdent déjà leurs propres latrines. Certaines difficultés rencontrées dans ce domaine dans plusieurs camps situés à l'intérieur ou à proximité des limites municipales des villes ont été surmontées grâce à la collaboration des autorités locales.

Le programme d'enseignement de l'UNRWA prévoit l'octroi de bourses pour des études universitaires ainsi que des cours destinés à former parmi les réfugiés des médecins, des dentistes, des infirmières, des vétérinaires, des inspecteurs de la santé publique, des techniciens de laboratoire, des pharmaciens, des techniciens de radiographie, etc. Le Service de Santé assure également la formation en cours d'emploi de médecins, d'infirmières et d'autres agents paramédicaux de l'Office. Un bulletin du Service de Santé paraît tous les trimestres.

En 1966, un manuel d'opérations, publié par le Service de Santé, avec une annexe donnant des instructions techniques et des directives, a été distribué au personnel des postes et bureaux sanitaires de l'Office.

La politique visant à transformer certains postes soumis au recrutement international dans les échelons supérieurs des services de santé en postes "de zone" a été intégralement appliquée et a permis de réaliser des économies substantielles. A l'exception de quatre postes pourvus par voie internationale, dont trois par l'OMS à titre gratuit, tous les cadres appartiennent maintenant au personnel de zone.

La situation financière difficile de l'UNRWA s'est encore aggravée au début de 1966, époque à laquelle on prévoyait un déficit budgétaire d'environ \$4,2 millions. Heureusement, grâce à la générosité de ceux qui ont répondu à l'appel spécial lancé par le Commissaire général aux Membres des Nations Unies, à certains Etats non Membres et à diverses organisations non gouvernementales, l'écart entre

recettes et dépenses a pu être ramené à environ \$1,2 million à la fin de l'année. Il n'en reste pas moins que l'existence du déficit a forcé l'Office à procéder à de nouvelles compressions, opérées pour l'essentiel dans les dépenses afférentes au personnel et aux services administratifs et communs, afin d'éviter de devoir restreindre les principales activités. En 1967, l'UNRWA doit de nouveau faire face à un déficit, qui peut aller cette fois jusqu'à \$4,5 millions. Le Dr Sharif espère toutefois que les efforts spéciaux actuellement déployés aboutiront une fois de plus.

Le Service de Santé espère sincèrement que, tant que l'Assemblée générale des Nations Unies continuera à confier à l'UNRWA le soin de s'occuper des réfugiés, des fonds suffisants seront mis à sa disposition pour lui permettre de s'acquitter de ses obligations dans l'esprit du principe fondamental de l'Organisation mondiale de la Santé, selon lequel "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale".

Le Dr Sharif remercie les divers gouvernements, organismes de bienfaisance, sociétés philanthropiques et particuliers qui ont prêté leur soutien au programme médico-sanitaire de l'Office, et plus spécialement les pays hôtes : Jordanie, Liban, République Arabe Unie et Syrie.

Le Dr AKTA (Syrie) félicite le Directeur de l'UNRWA des efforts qu'il déploie sans relâche pour développer l'assistance sanitaire accordée à 1 250 000 réfugiés

de Palestine, dont la moitié environ sont des enfants et ne demandent qu'une chose : regagner leur foyer d'origine.

Au cours du débat qui s'est déroulé à ce sujet à la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, le représentant de la Syrie avait exprimé l'espoir que le moment viendrait où l'opinion mondiale prendrait conscience du sort malheureux de ces réfugiés et leur permettrait de regagner leur pays avant qu'il ne soit trop tard afin de participer au progrès de l'humanité. Loin de pouvoir manifester de l'optimisme quant aux chances de réalisation de cet espoir, les réfugiés et les pays hôtes, la Syrie en particulier, sont actuellement menacés par un agresseur. Aucun pays n'a le droit d'empêcher les réfugiés de combattre et d'utiliser tous les moyens en leur pouvoir pour retourner chez eux, et la Syrie n'a rien d'un Etat tampon appelé à protéger les agresseurs contre la montée de leur colère. Le Dr Akta est persuadé que les éventuels agresseurs seraient condamnés par l'opinion mondiale, comme l'ont été ceux qui ont commis les crimes atroces perpétrés au cours de l'histoire récente contre ces mêmes agresseurs.

Le Dr SHARIF (UNRWA), répondant à une question posée par le délégué de l'Irak, indique qu'il y a au Siège de l'UNRWA un ingénieur sanitaire qui fait partie du personnel de zone.

Le Dr BERNARD, Sous-Directeur général, Secrétaire de la Commission, déclare que le Directeur général a grand plaisir à confirmer ce que le représentant de l'UNRWA a dit au sujet des excellentes et très étroites relations de travail qui unissent les deux organisations. Malgré les difficultés, comme le Dr Sharif l'a souligné, la

situation sanitaire des populations de réfugiés a été maintenue dans les meilleures conditions possibles, en particulier pour ce qui est des maladies transmissibles. De temps à autre, des spécialistes du Siège de l'OMS se rendent sur place pour examiner la situation et donner des avis sur l'orientation à donner au programme. Le délégué de la Jordanie a exprimé le souhait que le Directeur général continue à coopérer étroitement avec l'UNRWA; il ne fait aucun doute que le Directeur général dirigera ses efforts dans ce sens.

En réponse à la demande de précisions du délégué du Nigéria au sujet de la collaboration avec la Commission économique pour l'Afrique, le Dr Bernard ne peut donner que quelques indications très générales qui pourront être complétées par la suite, le cas échéant. Les relations entre l'OMS et la CEA sont aussi très étroites; elles ont commencé il y a quelques années et se développent sans cesse. Les activités de la CEA se résument en un mot, "développement", et c'est là une orientation à laquelle l'OMS ne saurait rester indifférente, particulièrement s'agissant du continent africain.

La collaboration des deux organisations s'est traduite de bien des manières. Par exemple, la CEA a demandé une documentation sur la bilharziose et sur ses répercussions dans le domaine économique. L'OMS lui a fourni les résultats de ses études sur les conséquences sanitaires des programmes de développement. Cette collaboration se traduit également par une représentation mutuelle à des réunions techniques. En outre, l'OMS est représentée aux réunions de la CEA, dont la dernière s'est tenue

en 1967 à Lagos. Lorsque l'OMS a organisé en 1965 à Addis-Abéba un séminaire sur la planification sanitaire, la CEA y a participé très activement. De même, l'OMS sera représentée à un séminaire que la CEA organise sur le problème des ressources humaines en Afrique. Les activités de la CEA dans le domaine du développement portent sur le recensement des ressources en hommes et les possibilités de leur éducation et de leur formation professionnelle : on comprend tout l'intérêt qu'une étude d'ensemble sur ces sujets peut avoir pour l'OMS, de son côté préoccupée de la formation du personnel médical et des autres catégories de personnel participant au développement sanitaire. L'OMS s'intéresse aussi à certains projets de mise en valeur des ressources naturelles, notamment pour la prévention des risques sanitaires possibles des projets d'exploitation des ressources en eau dans des programmes agricoles ou d'autres grands projets de développement. La CEA a une conception très large du développement qui en comprend tous les aspects sociaux, en particulier le développement communautaire dont l'élément sanitaire est du ressort de l'OMS. Elle s'intéresse aussi aux problèmes de l'hygiène du milieu, de l'habitat et de l'aménagement des villes; comme le Dr Ademola l'a relevé, l'OMS a affecté à la CEA un ingénieur sanitaire chargé de suivre cet aspect de ses activités et de donner des conseils techniques.

L'Institut de Développement et de Planification économiques, à Dakar, est un institut bilingue auquel l'OMS a affecté, comme on peut le voir dans les Actes officiels No 154, un conseiller en santé publique chargé de coopérer avec le corps enseignant et le Directeur et d'inclure l'élément sanitaire dans

l'enseignement donné aux futurs planificateurs africains. Ce poste a été occupé jusqu'ici par des consultants à court terme, mais l'affectation d'un professeur permanent est envisagée.

Il n'est sans doute pas besoin de justifier l'inscription d'un crédit pour un médecin chargé de la liaison avec la Commission économique pour l'Afrique. Il a été jugé extrêmement important qu'il y ait sur place un administrateur de la santé publique expérimenté pour assurer cette liaison au jour le jour et rechercher les points de contact entre le Siège de la CEA, d'une part, et le Siège et les bureaux régionaux de l'OMS, d'autre part.

Fonds bénévole pour la promotion de la santé

Le Dr WATT, représentant du Conseil exécutif, expose que le Conseil a examiné longuement la section relative aux divers comptes spéciaux du fonds bénévole pour la promotion de la santé. Dans sa résolution EB39.R16, le Conseil a proposé un projet de résolution qu'il recommande à l'Assemblée d'adopter. Aux pages 71 à 73 des Actes officiels No 158, il est traité des divers comptes spéciaux séparément. Au cours de la discussion au Conseil, des orateurs ont souligné à plusieurs reprises le caractère complémentaire des comptes spéciaux qui permettent à des pays capables d'offrir diverses formes d'assistance de contribuer ainsi à la promotion de la santé dans le monde.

Un certain nombre de pays ont participé au fonds, mais on observe depuis quelques années une diminution de l'intérêt pour ce qui est du versement des contributions, tandis que les programmes financés restent très appréciés.

Il semble que les pays pourraient participer de maintes façons au fonds bénévole s'ils comprenaient mieux que ses programmes sont complémentaires de ceux qui sont inscrits au budget ordinaire. Le Conseil a recommandé à l'Assemblée de la Santé d'adopter une résolution invitant le Directeur général à prendre toutes autres dispositions qui seraient de nature à contribuer à la réalisation effective des programmes prévus et exprimant l'espoir que des contributions plus importantes seront versées au fonds bénévole pour la promotion de la santé.

Plusieurs délégués ont parlé de la question d'une coordination efficace de l'assistance bilatérale. Le fonds bénévole pour la promotion de la santé pourrait offrir le moyen d'élaborer des programmes et des plans de nature à faciliter l'investissement des fonds dans des conditions qui en multiplieraient les bons effets. Le document A20/P&B/WP/2 qui traite de certains aspects du programme d'approvisionnement public en eau montre bien comment une planification d'ensemble permettrait des investissements bien supérieurs à ceux que l'OMS seule pourrait envisager.

Le Dr SMITH (Etats-Unis d'Amérique) remercie le Directeur général de la documentation fournie et félicite l'OMS de l'oeuvre accomplie.

Il appelle ensuite l'attention sur un passage du document A20/P&B/WP/2 (page 4) qui est ainsi rédigé :

Dans le cas des projets soutenus par le PNUD, chaque dollar prélevé sur le compte spécial pour l'approvisionnement public en eau a permis d'obtenir \$410 pour des études de pré-investissement, desquelles on escompte \$44 500 d'investissements. Dans le cas des activités de pré-investissement financées directement et totalement par le compte spécial, chaque dollar utilisé de cette manière doit donner lieu à un investissement de \$540.

A la page 12, à propos des études de pré-investissement, il est dit :

Il est prévu que ces études conduiront à des investissements de \$1 140 000 000 pour la construction de réseaux de distribution d'eau et de réseaux d'égouts.

Ce cas constitue un excellent exemple de programme à très haut rendement dans un domaine d'activité prioritaire.

Le Dr Smith demande si le personnel dont l'Organisation dispose au Siège et dans les Régions est suffisant, vu les immenses besoins des pays et la pénurie d'ingénieurs sanitaires dans beaucoup d'entre eux. Il demande également si des plans ont été envisagés pour coordonner le programme d'approvisionnement public en eau et la lutte contre le choléra.

Le Dr GONZÁLEZ (Venezuela) attire l'attention sur le paragraphe 361 des Actes officiels No 158 (page 71), où il est dit que le coût estimatif total des programmes prévus pour 1967 au titre du fonds bénévole dépassait de \$3 305 181 les ressources disponibles lors de l'établissement des prévisions. D'autres contributions sont-elles venues depuis lors combler partiellement ce déficit ?

Le Dr KAREFA-SMART, Sous-Directeur général, répond aux questions du délégué des Etats-Unis d'Amérique et du délégué du Venezuela. Le premier a demandé si l'OMS disposait de suffisamment de personnel pour les activités relatives au programme d'approvisionnement public en eau. Le Siège compte trois ingénieurs sanitaires; il n'y a pas, dans les bureaux régionaux, de personnel spécialement affecté aux programmes d'approvisionnement en eau, sauf dans les Régions des Amériques et de la Méditerranée

orientale. Le personnel du Siège est chargé de l'exécution de tous les projets d'assainissement et donc aussi des projets d'approvisionnement public en eau. Dans sa résolution WHA19.50, l'Assemblée a pris note de la situation et elle a prié le Directeur général de prévoir, dans les futurs programmes et budgets ordinaires, un personnel et des ressources qui permettent à l'Organisation de réaliser les programmes prévus, et de faire rapport à la Vingt et Unième Assemblée mondiale de la Santé sur le montant des dépenses supplémentaires qui seraient à prévoir.

La meilleure illustration de l'intérêt que l'OMS porte au rapport entre la lutte contre le choléra et l'approvisionnement public en eau est le projet de Calcutta (OMS/Fonds spécial des Nations Unies). La verdunisation a été adoptée et les résultats obtenus sont très encourageants. L'OMS a toujours reconnu le lien entre l'approvisionnement public en eau et la lutte contre le choléra, et ce sont les limitations financières qui restreignent son action dans ce domaine. Avec des fonds plus importants, on pourrait entreprendre des programmes plus efficaces.

En réponse à la question du délégué du Venezuela, le Dr Karefa-Smart indique que quelques contributions au fonds bénévole ont été reçues depuis la publication du chiffre cité; un rapport sur la situation du fonds à une date plus récente sera présenté à la quarantième session du Conseil exécutif.

M. BRADY (Irlande) estime extrêmement souhaitable de renforcer la coopération entre les institutions qui fournissent une assistance multilatérale et les pays qui fournissent une assistance sur le plan bilatéral. Il s'établit souvent à cet égard

une coopération officieuse à l'échelon gouvernemental dans les pays où le représentant de l'OMS est informé des différentes formes d'assistance offertes. Il faudrait élargir cette coopération, car il subsiste le risque que les activités organisées isolément dans divers secteurs du développement n'aboutissent à des résultats inégaux et peut-être à un gaspillage d'efforts.

La question est délicate. La liberté d'action des pays qui fournissent une aide doit être respectée, mais il n'est guère douteux qu'une coopération plus poussée entre les institutions qui fournissent une assistance multilatérale et tous les pays intéressés permettrait de mieux utiliser l'assistance offerte et les ressources en hommes. Aux termes de sa Constitution, l'OMS doit agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international. Il semble évident que l'Organisation pourrait jouer un rôle plus utile à cet égard si les pays donateurs s'adressaient à elle à cet effet.

M. Brady propose que la question soit renvoyée au Conseil exécutif pour un examen plus poussé.

Le Dr EVANG (Norvège) s'associe aux observations présentées par le représentant du Conseil exécutif et le délégué de l'Irlande. Si l'on regarde quelques années en arrière, on constate qu'au début l'OMS avait sous-estimé le développement que prendrait l'assistance bilatérale dans le domaine sanitaire. On se trouve maintenant en présence d'un certain déséquilibre; de plus, on ne peut prétendre que l'alinéa a) de l'article 2 de la Constitution soit vraiment appliqué. Comme le délégué

de l'Irlande l'a dit, la question est délicate. Toutefois, le Dr Watt a préparé la voie à un nouvel examen, afin de permettre aux pays de reconsidérer la question et de décider s'ils veulent consacrer l'argent dont ils peuvent disposer à des arrangements bilatéraux ou au fonds bénévole.

Le Dr AUJOULAT (France) rappelle que les pays qui bénéficient d'une assistance la reçoivent sous des formes très multiples : il y a d'une part toute une série d'arrangements bilatéraux, il y a d'autre part l'assistance internationale. Personne ne peut douter de la nécessité d'une coordination entre ces différentes formes d'assistance.

Le Dr Aujoulat tient à souligner que, dans le domaine de la santé comme dans les autres domaines, les gouvernements des pays intéressés sont souverains et que, par conséquent, c'est à eux qu'il appartient de réaliser une coordination et de faire en sorte que les différentes formes d'assistance, au lieu d'entrer en concurrence, puissent s'exercer d'une manière harmonieuse et dans le cadre d'un plan dont l'élaboration et l'exécution relèvent de ces gouvernements.

Le Dr WILLIAMS (Etats-Unis d'Amérique) déclare que la question de l'assistance bilatérale fournie à divers pays du monde mérite certainement que l'on s'y arrête. L'OMS joue depuis des années un rôle important dans les programmes bilatéraux et, pour certains d'entre eux, avec un succès évident. Il cite à titre d'exemple le projet de lutte associée contre la variole et la rougeole mis en œuvre dans 19 pays d'Afrique occidentale : l'OMS y a coopéré étroitement et a entrepris de protéger l'investissement des pays africains.

La loi des Etats-Unis qui régit l'aide bilatérale stipule que, chaque fois qu'il est possible, il doit être demandé aux organisations internationales d'y jouer un rôle; les directeurs des programmes d'aide ont effectivement reçu instruction de solliciter la coopération des institutions spécialisées. Les Etats-Unis d'Amérique seraient heureux que l'OMS joue un rôle plus actif dans l'assistance bilatérale qu'ils dispensent.

Centre international de Recherche sur le Cancer

Le PRESIDENT invite les membres de la Commission à examiner les pages 542 à 546 des Actes officiels No 154.

Le Dr BERNARD, Sous-Directeur général, signale que le document A20/P&B/20 tient compte des décisions et des travaux les plus récents du Centre international de Recherche sur le Cancer et complète l'annexe 4 des Actes officiels No 154. Au titre du point 2.10 de l'ordre du jour, la Commission aura l'occasion de discuter des activités du Centre.

Projets additionnels

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner les pages 551 à 595 des Actes officiels No 154.

Le Dr HAQUE (Pakistan) fait observer que le nombre des pages vertes augmente tous les ans.

Projets de résolution

Le **PRESIDENT** annonce que l'examen des Actes officiels No 154 par la Commission est maintenant terminé. Elle est saisie de deux projets de résolution. L'un est le projet de résolution portant ouverture de crédits, dont le texte a été transmis à la Commission du Programme et du Budget par la Commission des Questions administratives, financières et juridiques dans son deuxième rapport (document A20/P&B/21). L'autre est le projet de résolution sur le fonds bénévole pour la promotion de la santé, dont le Conseil exécutif a recommandé l'adoption dans sa résolution EB39.R16.

En outre, la Commission est appelée à examiner un projet de résolution présenté par la délégation de l'URSS et relatif au projet de programme et de budget pour la Région du Pacifique occidental (A20/P&B/Conf. Doc. No 21). Il faudrait que la Commission examine les deux premiers projets de résolution afin qu'elle puisse adopter son cinquième rapport dès que possible. La discussion sur le point 2.2.3 de l'ordre du jour restera ouverte.

Le Président signale à l'attention de la Commission le document A20/P&B/21 où sont indiqués les chiffres à insérer dans les parties I, III et IV de la résolution portant ouverture de crédits. Les chiffres à insérer dans la partie II - Programme d'exécution (page 2 du document) sont maintenant disponibles.

Le **SECRETARE** donne lecture des chiffres suivants :

	US \$
4. Mise en oeuvre du programme	45 808 453
5. Bureaux régionaux	5 076 904
6. Comités d'experts	262 000
	<hr/>
Total de la partie II	51 147 357
	<hr/>

A la demande du Président, le Dr MAYUGA (Philippines), Rapporteur, donne lecture de l'ensemble du projet de résolution portant ouverture de crédits.

Décision : Le projet de résolution portant ouverture de crédits recommandé par la Commission des Questions administratives, financières et juridiques et dans lequel les chiffres de la partie II sont inscrits par la Commission du Programme et du Budget est approuvé.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner la résolution EB39.R16 du Conseil exécutif (Actes officiels No 157, page 12).

Décision : Le projet de résolution proposé dans la résolution EB39.R16 est approuvé.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution figurant dans le document A20/P&B/Conf. Doc. No 21.

Le Dr HOLMBERG (Argentine) demande que la discussion du projet de résolution proposé par l'URSS soit renvoyée au lendemain car le texte vient tout juste d'être distribué et porte sur une question importante.

Le PRESIDENT demande si la délégation de l'Argentine propose l'ajournement du débat. Si tel est le cas, l'article 60 du Règlement intérieur doit être appliqué.

Le SECRETAIRE donne lecture de l'article 60 du Règlement intérieur.

Le Dr WILLIAMS (Etats-Unis d'Amérique) déclare que sa délégation appuie la motion du délégué de l'Argentine tendant à ajourner la discussion du projet de résolution proposé par la délégation de l'URSS. Les raisons politiques profondes qui motivent ce projet de résolution sont évidentes et le Dr Williams déplore que l'on souleve à nouveau un problème politique à l'Assemblée de la Santé.

Il est inévitable qu'une situation comme celle qui existe au Viet-Nam crée des problèmes particuliers de santé publique. L'OMS est certainement en mesure d'aider le peuple vietnamien à résoudre ses problèmes épidémiologiques et autres problèmes sanitaires. Après tout, le Viet-Nam est Membre de l'Organisation et il est légitime que le Directeur général étudie les données sanitaires qui le concernent et fasse rapport à ce sujet; il a déjà les pouvoirs nécessaires à cet effet et il n'est nul besoin d'adopter une résolution spéciale sur cette question.

La délégation des Etats-Unis d'Amérique appuie la motion d'ajournement du débat conformément à l'article 60 et compte tenu également de l'article 51. Persuadé que sa délégation pourrait approuver la résolution de l'URSS dans son esprit, le Dr Williams aimerait avoir l'occasion d'en discuter officieusement avec les délégations de l'Union soviétique et du Viet-Nam, dans l'espoir de trouver une rédaction sur laquelle les trois délégations pourraient s'entendre et qu'elles pourraient présenter en commun.

Le PRESIDENT rappelle au délégué des Etats-Unis que l'article 60 n'autorise pas de discussion sur le fond de la question examinée. Deux orateurs, les délégués de la France et de la Norvège, ont demandé la parole. En vertu de l'article 60, l'un d'entre eux seulement peut prendre la parole contre la motion d'ajournement.

Le Dr AUJOULAT (France) renonce à la parole.

Le Dr EVANG (Norvège) dit qu'il avait l'intention de s'opposer à l'ajournement du débat sur le projet de résolution proposé par la délégation de l'URSS. Toutefois, étant donné que le délégué des Etats-Unis d'Amérique a terminé son intervention sur une note positive, il s'en abstiendra.

Le PRESIDENT met aux voix la motion d'ajournement de la discussion du projet de résolution proposé par la délégation de l'URSS.

Décision : La motion est adoptée par 53 voix contre une, avec 12 abstentions.

2. CINQUIEME RAPPORT DE LA COMMISSION (Document A20/P&B/22)

Le PRESIDENT invite la Commission à adopter son cinquième rapport contenant les résolutions qui viennent d'être approuvées; le texte en figure dans le document A20/P&B/22.

Décision : Le projet de cinquième rapport de la Commission est adopté.

3. CONTROLE DE LA QUALITE DES PREPARATIONS PHARMACEUTIQUES : Point 2.6 de l'ordre du jour (résolutions WHA19.37 et EB39.R8; documents A20/P&B/18, A20/P&B/Conf. Doc. Nos 17, 18 et 19) (suite de la discussion)

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le rapport du Groupe de travail (document A20/P&B/18). Il prie le Président du Groupe de travail, le Dr Siderius, de présenter le rapport.

Le Dr SIDERIUS (Pays-Bas) expose que le Groupe de travail a été chargé d'établir un texte réunissant le projet de résolution et les amendements proposés dans les documents A20/P&B/Conf. Doc. Nos 7 et 10 à 15.

Le Groupe de travail s'est réuni le 18 mai 1967. Il n'a pas pu parvenir à un accord complet, aussi deux versions du paragraphe iv) du dispositif du projet de résolution sont-elles données dans le document A20/P&B/18. Cependant, les délégations qui étaient membres du Groupe de travail se sont mises d'accord par la suite sur un texte qu'elles proposent pour ledit paragraphe iv) et qui figure dans le document A20/P&B/Conf. Doc. No 17.

En ce qui concerne l'amendement proposé par la délégation de l'Argentine à l'énoncé des principes auxquels devra se conformer la publicité pour les produits pharmaceutiques (document A20/P&B/Conf. Doc. No 14), le Groupe de travail a jugé préférable qu'il ne soit pas question de la publicité dans le projet de résolution sur le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques. Un projet de résolution distinct dont le délégué de l'Argentine est cosignataire figure dans le document A20/P&B/Conf. Doc. No 19.

L'amendement proposé par l'Argentine concerne également la possibilité de rechercher des critères applicables aux essais cliniques des nouvelles préparations pharmaceutiques. Après avoir entendu l'explication que lui a donnée le Directeur de la Division de la Pharmacologie et de la Toxicologie, le Groupe de travail s'est déclaré satisfait du programme de cette division sur la question et a décidé de ne pas faire entrer cet élément dans le projet de résolution.

Le Dr Siderius donne lecture de la version définitive du projet de résolution proposé par le Groupe de travail :

La Vingtième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques;

Ayant pris note de la résolution EB39.R8 adoptée par le Conseil exécutif à sa trente-neuvième session sur le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques;

Notant que la question a fait l'objet de discussions répétées au cours de sessions antérieures du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé, mais que les résultats souhaitables n'ont pas encore été obtenus;

Rappelant la résolution WHA18.36 qui invitait les gouvernements à prendre les mesures nécessaires pour soumettre les préparations pharmaceutiques, importées ou fabriquées sur place, à un contrôle approprié de la qualité;

Rappelant également la résolution WHA19.47 qui priait le Directeur général de formuler des principes généralement acceptables visant le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques et de continuer d'aider les Etats Membres dans leurs efforts pour améliorer le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques et pour créer des laboratoires de contrôle de la qualité à des fins nationales ou régionales;

Notant avec inquiétude qu'il n'a pas encore été généralement donné suite aux demandes adressées aux Etats Membres pour que les médicaments ne soient pas exportés sans avoir fait l'objet du même contrôle de qualité que les produits mis en vente dans le pays d'origine, et que, dans bien des cas, les préparations pharmaceutiques continuent à circuler sans être soumises à ce contrôle; et

Considérant les mesures esquissées dans le rapport du Directeur général sur l'amélioration de la qualité des médicaments sur le plan international,

FRIE le Directeur général :

- i) de formuler le plus tôt possible des principes relatifs aux procédés de contrôle de la qualité tels que devraient en comprendre de bonnes pratiques de fabrication industrielle des médicaments;
- ii) de continuer les travaux sur les spécifications de contrôle par analyse qui seraient acceptables sur le plan international, en vue de leur publication à mesure qu'elles seront établies;
- iii) de continuer d'aider les Etats Membres à créer des laboratoires nationaux ou régionaux de contrôle de la qualité des médicaments ou à obtenir accès à de tels laboratoires, le cas échéant avec l'appui d'une assistance multilatérale ou bilatérale;
- iv) de préparer un rapport, d'une part, sur les principes qu'il y aurait lieu de faire figurer dans les règlements établis en vertu de l'article 21 de la Constitution de l'OMS et complétés en tant que de besoin par des recommandations aux termes de l'article 23 de la Constitution pour les produits pharmaceutiques faisant l'objet d'un commerce international et, d'autre part, sur les dispositions que l'Organisation devrait prendre pour exécuter le programme de travail correspondant, et de soumettre ce rapport à la Vingt et Unième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif en y joignant les observations de celui-ci;
- v) de demander à nouveau aux pays exportateurs de produits pharmaceutiques de faire en sorte que ceux-ci soient soumis à des mesures de contrôle garantissant leur conformité à des normes de qualité au moins égales à celles qui sont imposées dans le commerce intérieur; et

vi) de présenter un rapport sur les conséquences financières pour l'OMS de toute mesure proposée en application de la présente résolution.

Décision : Le projet de résolution présenté par le Groupe de travail dans le document A20/P&B/18, avec l'amendement au paragraphe iv) du dispositif figurant dans le document A20/P&B/Conf. Doc. No 17, est approuvé.

Le **PRESIDENT** invite la Commission à discuter le projet de résolution révisé proposé par les délégations de l'Argentine, des Etats-Unis d'Amérique et du Royaume-Uni sur la publicité pour les produits pharmaceutiques (document A20/P&E/Conf. Doc. No 19).

Le Dr **EVANG** (Norvège) demande pourquoi dans le dispositif du projet de résolution, il est demandé au Directeur général de faire rapport sur la question "dès que possible", plutôt qu'à des sessions déterminées du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr **HOLMEERG** (Argentine) répond que l'on a pensé que le problème se trouvait compliqué par la diversité des formes de publicité utilisées et que le rassemblement des données nécessaires à l'élaboration du rapport prendrait du temps. C'est pour cette raison que l'on n'a pas voulu fixer la date à laquelle le Directeur général devrait présenter son rapport.

Le Dr **EVANG** (Norvège) propose que le rapport soit présenté à la quarante et unième session du Conseil exécutif et à la Vingt et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

Le **PRESIDENT** demande aux auteurs du projet de résolution s'ils acceptent cet amendement.

Le Dr BLOOD (Etats-Unis d'Amérique) déclare qu'il accepte l'amendement, mais qu'il aurait préféré voir laisser au Directeur général le soin de choisir la date à laquelle il présenterait son rapport.

Le Dr HOLMBERG (Argentine) accepte l'amendement proposé par le délégué de la Norvège.

Le PRESIDENT déclare qu'en l'absence d'objection à l'amendement proposé, il le considérera comme approuvé.

Il en est ainsi décidé.

Décision : Le projet de résolution présenté par les délégations de l'Argentine, des Etats-Unis d'Amérique et du Royaume-Uni, tel qu'il a été modifié au cours de la discussion, est approuvé.

4. ASPECTS SANITAIRES DE LA DYNAMIQUE DES POPULATIONS : Point 2.9 de l'ordre du jour (résolution WHA19.43; document A20/P&B/11)

Le PRESIDENT invite le Dr Karefa-Smart à présenter le rapport du Directeur général sur les aspects sanitaires de la dynamique des populations (document A20/P&B/11).

Le Dr KAREFA-SMART, Sous-Directeur général, rappelle à la Commission les résolutions des Dix-Huitième et Dix-Neuvième Assemblées mondiales de la Santé - résolutions WHA18.49 et WHA19.43 - qui ont tracé un cadre pour le programme d'activité de l'OMS sur les aspects sanitaires de la dynamique des populations.

Le rapport soumis à la Commission (document A20/P&B/11) se divise en deux parties. La première partie - Considérations générales - expose brièvement les divers facteurs influant sur les changements qui se produisent dans la population et la meilleure manière dont les services de santé peuvent résoudre les problèmes engendrés par ces changements.

La deuxième partie, relative aux activités de l'OMS dans le domaine de la reproduction humaine, est un rapport détaillé sur les activités en cours et en particulier sur les points suivants : constitution d'un centre de documentation sur les questions biologiques, médicales et de santé publique relatives à la reproduction humaine; recherches de laboratoire et études épidémiologiques sur la reproduction humaine (y compris l'aide à la formation de personnel); services consultatifs; représentation de l'OMS à diverses réunions.

Dans la section intitulée "Services consultatifs", il est indiqué que l'OMS continue de donner, sur demande, des renseignements sur les questions biologiques, médicales et de santé publique relatives à la fécondité, à la stérilité et à la régulation de la fécondité. Des services consultatifs relatifs à tous les aspects de la reproduction humaine, en particulier à la fécondité, à la stérilité, à la régulation de la fécondité, et à d'autres aspects, continueront d'être mis à la disposition des Etats Membres sur leur demande. L'un d'entre eux a d'ailleurs sollicité des avis concernant l'évaluation d'une méthode de planification familiale et un autre a eu recours à l'OMS pour l'aider à déterminer la place à accorder aux services de planification familiale dans les services de protection maternelle et infantile. Ces deux demandes sont examinées avec la plus grande attention.

Enfin, le rapport donne un aperçu des activités futures de l'Organisation dans ce domaine : convocation de groupes scientifiques chargés d'étudier les problèmes biomédicaux et de santé publique liés à la reproduction humaine, et notamment évaluation périodique des diverses méthodes et techniques de régulation de la fécondité; rassemblement et diffusion de renseignements; soutien financier de travaux de recherche en laboratoire et aide pour la formation professionnelle. Le Dr Karefa-Smart fait savoir que des dispositions seront prises en vue de donner à certains membres du personnel du Siège et des bureaux régionaux une connaissance étendue des problèmes démographiques actuels. L'OMS accordera également une attention particulière aux études épidémiologiques à long terme sur les indices de la fonction de reproduction humaine et en particulier sur la manière dont ces indices dépendent de différentes conditions de milieu.

Le Dr CHANDRASEKHAR (Inde) félicite le Directeur général du bref mais excellent aperçu qu'il a donné des activités menées par l'OMS en application des résolutions WHA18.49 et WHA19.43. Ce document montre que l'on accorde attention aux divers aspects d'un problème très urgent et que l'on engage des efforts et des crédits dans la recherche de solutions pratiques adaptées aux besoins des pays en voie de développement.

En Inde, le problème démographique est très sérieux. Le chiffre actuel de la population dépasse 500 millions; il y a chaque année 20 millions de naissances contre 8 millions de décès, si bien que l'accroissement démographique est de 12 millions d'individus par an. Alors qu'il a fallu des milliers d'années pour arriver à ce chiffre de 500 millions, il n'en faudra que 28 ou 30, au rythme actuel, pour le doubler, c'est-à-dire qu'il y aura presque 1 milliard d'habitants en Inde en l'an 2000.

Il ne s'agit pas tellement d'une élévation du taux de natalité que d'une chute spectaculaire et irréversible du taux de mortalité, intéressant les deux sexes et tous les groupes d'âge. Le taux de mortalité générale est descendu de 27 pou. mille en 1961 à 16 pour mille en 1966, grâce au programme d'éradication du paludisme, aux progrès accomplis dans la voie de l'éradication de la variole, à la lutte contre la tuberculose, à la mise en place d'installations sanitaires et à l'amélioration de l'approvisionnement public en eau.

Malheureusement, il n'y a pas eu d'amélioration comparable du niveau de vie, malgré tous les efforts déployés depuis vingt ans. Toutes les méthodes traditionnelles ont été essayées au cours de quatre plans quinquennaux de développement économique en vue d'élever le niveau de vie et de réaliser un minimum de progrès dans les domaines de l'éducation, de la santé publique et de la culture. Les résultats n'ont cependant pas été suffisants pour assurer à chaque individu, homme, femme ou enfant, les conditions minimales d'une existence décente en ce qui concerne la nourriture, l'habillement, le logement, la santé publique, les distractions et les loisirs. On avait espéré réaliser rapidement l'industrialisation du pays, mais les résultats ont été décevants. Bien que le revenu national ait presque quadruplé, le revenu par habitant, du fait de l'énorme accroissement démographique, a augmenté à peine. On a essayé de modifier le système social en abolissant la structure actuelle de la répartition des revenus agricoles, en supprimant le système de l'absentéisme des propriétaires et en distribuant les terres à ceux qui les cultivent, mais l'application de ces réformes s'est révélée très lente.

L'Inde s'est donc trouvée contrainte de prendre des mesures extraordinaires pour dispenser même les services fondamentaux indispensables à sa population toujours

plus nombreuse. Les membres de la Commission n'ignorent pas que la famine règne dans l'Etat de Bihar et dans certaines parties du Kerala. Il est intolérable qu'au 20ème siècle un Etat qui se veut "social" et qui essaie de donner à la société une structure socialiste ne puisse assurer 1900 calories par jour à chacun de ses habitants.

On en est donc venu à la conclusion qu'il fallait agir sur le taux de natalité et le ramener du chiffre actuel de 40 pour mille au chiffre de 20 pour mille par an. Le fait que 82 % de la population sont répartis entre 560 000 villages crée des problèmes de tous ordres : transports, communications, enseignement, approvisionnement en eau, médecins, et rend également difficile d'assurer un approvisionnement suffisant en contraceptifs modernes et de dispenser les services cliniques nécessaires. Le Gouvernement a décidé d'adopter une attitude souple dans sa façon d'envisager le problème et de prendre en considération toutes les méthodes approuvées par la science et acceptables du point de vue culturel par la population, c'est-à-dire non seulement la méthode fondée sur le cycle menstruel (qui n'a pas donné de bons résultats), mais aussi les préservatifs masculins, les diaphragmes, les gelées, les comprimés effervescents, les contraceptifs oraux, la stérilisation, la vasectomie, la salpingectomie, les dispositifs intra-utérins ou toute autre méthode connue. Il faut naturellement tenir compte du niveau culturel ou d'éducation et des croyances religieuses de la population, du revenu de la famille, de la région où elle vit, etc. C'est pourquoi on a donné la préférence à deux méthodes : 1) l'utilisation de dispositifs intra-utérins lorsque la famille n'a qu'un ou deux enfants, et 2) la stérilisation, principalement par vasectomie, lorsqu'il y a déjà trois ou quatre enfants.

Il y a en Inde près de 100 millions de couples dont 90 millions se trouvent encore dans la période de fertilité. Si l'on tient compte de la distribution de la fréquence de la fécondité, les couples qui ont un ou deux enfants comme ceux qui en ont six ou sept constituent une petite minorité, tandis que ceux qui en ont trois ou quatre forment la majorité. Si l'on décide que trois représente le nombre optimal d'enfants et si l'on constate que 45 millions de couples l'ont dépassé, la stérilisation apparaît alors comme la solution logique et le problème qui se pose est celui de trouver les moyens d'effectuer les interventions chirurgicales nécessaires. On préférera la stérilisation, notamment dans les zones rurales où la motivation est faible et où le niveau de vie qu'exigent d'autres formes de contraception n'est pas atteint. On se heurte naturellement au problème des médecins, des services de chirurgie et des moyens de transport. Actuellement, on offre 50 roupies aux maris pour venir se faire stériliser dans les hôpitaux de la santé publique après avoir signé, avec le consentement de leur femme, une attestation selon laquelle ils ne veulent plus d'enfants; en outre, on donne six jours de traitement aux fonctionnaires et l'on encourage les employeurs du secteur privé à consentir des avantages équivalents. On a calculé qu'en dehors des interventions pratiquées à titre privé, 2 millions de stérilisations avaient été effectuées dans les dix dernières années; d'après les projections démographiques, on estime qu'il faudrait 2 millions de stérilisations volontaires par an.

Si l'on considère les difficultés rencontrées avec les dispositifs intra-utérins - expulsion involontaire, hémorragies et troubles psychologiques - on constate qu'ils n'assurent une protection efficace qu'à 75 % des 250 000 femmes qui en sont

pourvues. Il a donc été décidé d'entreprendre l'utilisation des contraceptifs oraux. On espère que l'Agency for International Development des Etats-Unis aidera à fournir ces contraceptifs à près de 50 000 femmes dans les régions du nord de l'Inde pendant deux ou trois ans. Si la méthode donne de bons résultats, une fabrique d'Etat pourra produire des contraceptifs oraux et il en résultera probablement une diminution plus radicale du taux de natalité. Mais l'application d'une méthode de ce genre nécessite des services de santé de base qui n'existent pas encore. Elle exige un effectif important de médecins (de préférence des femmes), d'infirmières, de sages-femmes ou d'accoucheuses traditionnelles qualifiées, ainsi que des instituts de niveau universitaire, des instituts techniques supérieurs et un réseau renforcé d'éducateurs sanitaires ruraux.

Le Gouvernement projette de promulguer une loi reculant l'âge auquel les filles ont le droit de se marier. On est déjà passé de 14 ans en 1929 à 16 ans en 1955. Le Dr Chandrasekhar espère qu'on pourra encore reculer la limite à 18 ou même 20 ans. Un projet de loi est actuellement communiqué pour avis aux gouvernements des Etats. Si l'on obtient l'accord de 15 des 17 Etats, l'âge limite du mariage pourra être porté à 20 ans, bien qu'une légère opposition se manifeste déjà parmi les femmes. A 20 ans, les filles sont parvenues à la maturité physique, affective et intellectuelle, et sont capables d'envisager le mariage comme un acte réfléchi et de devenir des mères conscientes de leurs responsabilités.

Le Gouvernement envisage même de rendre légal l'avortement comme en URSS et en Yougoslavie où l'on juge que la femme a le droit de décider si elle doit ou non

avoir un enfant. L'avortement thérapeutique est déjà autorisé par le code pénal indien. La mesure envisagée permettrait à un médecin d'interrompre une grossesse pendant les trois premiers mois pour des raisons économiques, sociales ou démographiques. Le délégué de l'Inde estime que l'ensemble du programme de planification familiale doit être considéré comme faisant partie intégrante et essentielle des services de santé et être compris dans le programme de protection maternelle et infantile. D'autre part, les pays en voie de développement ne peuvent résoudre le problème démographique que dans le contexte de l'émancipation la plus complète de la femme, à laquelle on doit donner non seulement le droit de vote et l'accès à la propriété, mais aussi la liberté de décider si et quand elle deviendra mère.

De nombreuses recherches doivent encore être effectuées sur de nombreux aspects de la dynamique des populations, notamment en ce qui concerne la santé, l'enseignement de la médecine, la reproduction, etc., et pour cela l'assistance de l'OMS est nécessaire. En outre, il faut envisager le problème de façon rationnelle en se libérant de ce que l'on peut considérer comme des inhibitions moyenâgeuses et en acceptant l'acte sexuel comme un acte réfléchi et sacré. L'Inde a adopté à cet égard une attitude saine et consciente et elle espère qu'avec l'aide d'autres pays et de l'OMS elle parviendra à réduire son taux de natalité, non pas comme une fin en soi mais comme un moyen d'édifier un pays meilleur, plus riche et plus heureux.

En terminant, le Dr Chandrasekhar répète qu'avec un meilleur approvisionnement en eau, une meilleure hygiène du milieu et la quasi-éradication des maladies transmissibles, le taux de mortalité générale (en particulier le taux de mortalité

infantile) ne peut que s'abaisser, en augmentant non seulement l'espérance de vie mais aussi l'accroissement démographique, ce qui n'est pas souhaitable : d'où la nécessité du contrôle des naissances. L'Inde a la chance que ses religions, l'hindouisme et l'islamisme, ne soient pas opposées à l'idée de planification familiale. On espère qu'en ne négligeant aucune possibilité clinique et non clinique, on parviendra à ramener le taux de natalité du chiffre actuel de 40 pour mille à 25 ou même 20 pour mille au cours des prochaines années. Le Dr Chandrasekhar insiste sur le fait qu'on n'exerce sur la population ni contrainte ni coercition à cet effet. Il ne faut pas oublier que l'Inde est une grande et vraie démocratie, une société libre et ouverte. Le contrôle démographique doit être réalisé par la persuasion et l'éducation des masses; c'est pourquoi l'Inde a besoin de toute l'assistance, en hommes, en argent et en matériel, que l'OMS pourra lui accorder.

La séance est levée à 17 h.35.