



CONSEIL EXECUTIF

Soixante-neuvième session

Point 22 de l'ordre du jour provisoire



PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Rapport de situation et d'évaluation présenté par le Directeur général

Le présent rapport est soumis au Conseil exécutif pour examen, afin de compléter les informations communiquées à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1978 (document A31/21). Lorsqu'il l'a examiné, en octobre 1981, le Groupe consultatif mondial du PEV a déclaré qu'à moins d'une accélération de la mise en oeuvre du programme, l'objectif consistant à assurer la vaccination de tous les enfants du monde d'ici à 1990 ne serait pas atteint.

Il a approuvé un plan d'action en cinq points (voir section 3) que le Conseil exécutif voudra peut-être examiner et transmettre, avec toutes modifications qu'il jugera nécessaires, à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé pour adoption. Le Conseil trouvera ci-après dans la section 4 un projet de résolution qu'il pourra examiner avant de transmettre le présent rapport à l'Assemblée.

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. HISTORIQUE	1
2. RAPPEL DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN OEUVRE DU PEV	2
3. PROGRAMME D'ACTION EN CINQ POINTS POUR LES ANNEES 1980	8
4. PROJET DE RESOLUTION	9

1. HISTORIQUE

Le Programme élargi de vaccination (PEV) a été institué à la suite de l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1974, de la résolution WHA27.57. Les objectifs généraux du Programme, et singulièrement le but du PEV consistant à assurer la vaccination de tous les enfants du monde d'ici à 1990, ont été énoncés dans la résolution WHA30.53, adoptée en mai 1977. L'importance du PEV en tant qu'élément essentiel de la santé maternelle et infantile et des soins de santé primaires a été soulignée dans la résolution WHA31.53, adoptée en mai 1978, et dans la Déclaration d'Alma-Ata de septembre 1978. Le PEV est l'un des maîtres moyens de la stratégie de l'OMS visant à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000, et la couverture vaccinale des enfants figure parmi les indicateurs auxquels l'OMS se propose d'avoir recours pour contrôler les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de cette stratégie à l'échelle mondiale.

2. RAPPEL DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN OEUVRE DU PEV

2.1 Les résultats du PEV sont récapitulés ci-après en fonction de trois indices : la proportion d'enfants vaccinés (tableau 1), l'incidence notifiée pour les maladies cibles du PEV (figure 1) et la qualité des vaccins utilisés (figure 2). En outre, le tableau 2 contient des renseignements sur le nombre de pays qui participent aux diverses activités du Programme. Ces données demeurent incomplètes, d'une part parce que les systèmes régionaux d'information de l'OMS nécessaires pour les obtenir au niveau des pays sont encore en cours d'élaboration, et d'autre part parce que les données ne sont pas encore disponibles à l'échelon national.

TABLEAU 1. POURCENTAGE D'ENFANTS VACCINES AU COURS DE LEUR PREMIERE ANNEE ET POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES VACCINEES CONTRE LE TETANOS, PAR REGION DE L'OMS, AU COURS DE LA PERIODE DE 12 MOIS LA PLUS RECENTE POUR LAQUELLE ON DISPOSE D'INFORMATIONS (1978-1980)

Région	Pourcentage de la population couvert par les notifications *	Pourcentage d'enfants vaccinés à l'âge de 12 mois				Pourcentage de femmes enceintes vaccinées
		BCG	DTC0q III	Polio III	Rougeole	Tétanos II
Afrique	**					
Amériques	60 %	54 %	37 %	34 %	37 %	10 %
Asie du Sud-Est	19 %	17 %	15 %	2 %	0,1 %	13 %
Europe	**					
Méditerranée orientale	99 %	25 %	22 %	24 %	31 %	1 %
Pacifique occidental	**					

* Quand les pourcentages varient selon les vaccins, c'est le pourcentage le plus élevé qui est indiqué.

** Dans ces Régions, le système d'information nécessaire pour attester ces données est encore en cours d'élaboration.

2.2 Bien des événements ont eu lieu depuis 1977, époque à laquelle l'Assemblée de la Santé a approuvé les grandes orientations du PEV. L'OMS collaborait alors avec seulement quelques pays pour prouver qu'il était possible d'appliquer dans les pays en développement des programmes de vaccination à antigènes multiples. Aucun programme de formation à la gestion n'avait encore été mis au point dans le cadre du PEV. Il n'existait aucun accord quant aux types de renseignements nécessaires aux niveaux national, régional et mondial pour surveiller l'état d'avancement du programme, et la couverture vaccinale, de même que la qualité des vaccins, ne faisaient l'objet d'aucun compte rendu systématique, tout au moins dans les pays en développement. La plupart des bureaux régionaux recevaient des rapports nationaux systématiques sur l'incidence des maladies visées par le PEV, mais ces rapports étaient souvent transmis avec du retard et décrivaient d'une manière peu réaliste l'incidence exacte de chaque maladie considérée.

2.3 Entre 1977 et 1982, le PEV, qui était au départ une initiative parrainée par l'OMS, est devenu un programme opérationnel des Etats Membres. Dès la fin de 1981, la plupart des pays du monde participaient activement au PEV et plus de 3000 membres du personnel national et international avaient participé à des stages intensifs de deux semaines portant sur la gestion du PEV. Les méthodes applicables aux enquêtes visant à estimer la couverture vaccinale et l'incidence de la poliomyélite, de la rougeole et du tétanos du nouveau-né avaient été perfectionnées

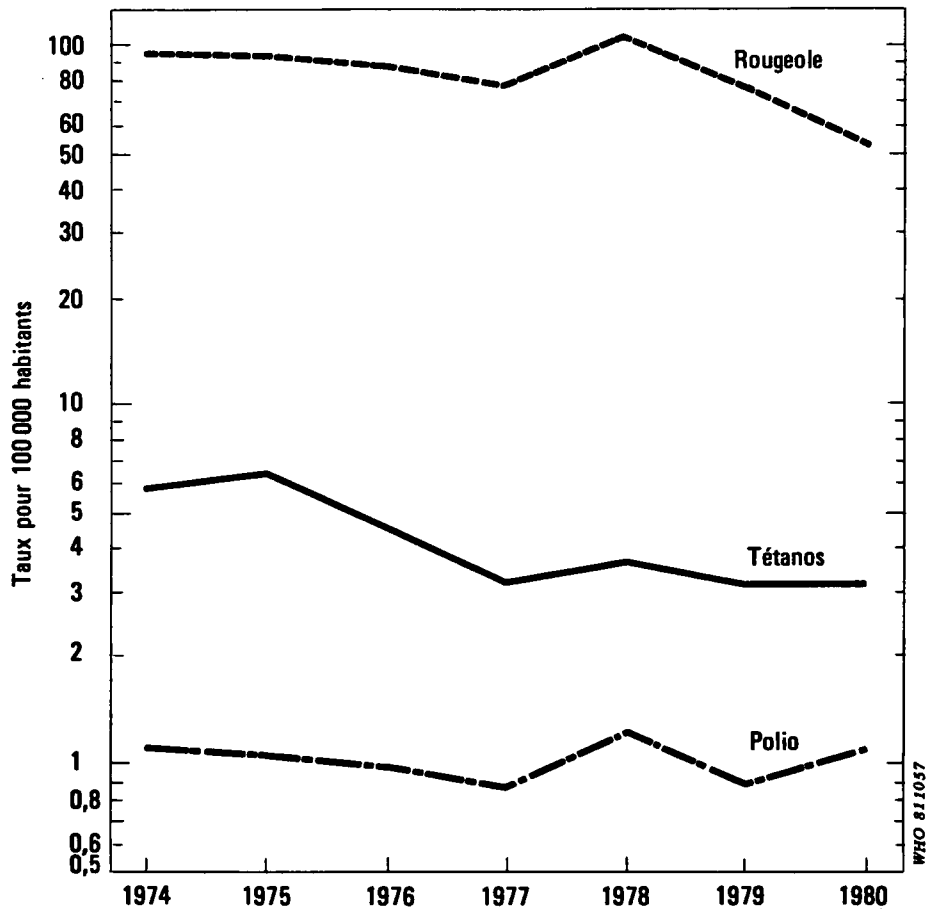
et étaient désormais largement utilisées. En 1981, le développement des systèmes d'information régionaux du PEV a permis d'effectuer les premières estimations de la couverture vaccinale par Région (tableau 1), et d'obtenir des données sur la qualité des vaccins employés (figure 2). Les études et recherches sur les techniques de stockage et de transport des vaccins ont permis d'améliorer notablement le matériel et les méthodes de la chaîne du froid au niveau national.

2.4 Mais ces progrès ne sauraient suffire; à moins d'une accélération considérable du PEV, celui-ci risque de ne pas atteindre tous les enfants du monde d'ici à 1990. Les conséquences d'un tel échec seraient tragiques : les enquêtes menées sous le parrainage du PEV dans les pays en développement ont confirmé les estimations antérieures du lourd tribut prélevé par des maladies telles que la rougeole, la poliomyélite et le tétanos du nouveau-né.

2.5 En l'absence de programmes de vaccination, la poliomyélite frappera d'incapacité quatre enfants d'âge scolaire sur 1000, ce chiffre ne tenant compte ni des enfants atteints de cette maladie qui sont morts, ni de ceux qui ont guéri. La rougeole, qui tue environ deux malades sur 10 000 aux Etats-Unis, en tue deux sur 100 dans le monde en développement et au moins dix sur 100 chez les populations souffrant de malnutrition. Cette maladie frappera presque tous les enfants non vaccinés. Dans bien des régions, le tétanos du nouveau-né représente 20 à 50 % de la mortalité infantile totale. Ensemble, les six maladies du PEV tuent quelque 5 millions d'enfants chaque année, tandis que 5 millions d'enfants de plus sont estropiés, frappés de cécité ou atteints de déficience mentale.

2.6 Le succès du programme exigera qu'un certain nombre de défis soient relevés dans un avenir immédiat. Ils peuvent être décrits sous cinq rubriques : l'approche fondée sur les soins de santé primaires, les ressources humaines et la formation, les ressources financières, l'évaluation et l'adaptation des programmes, la recherche et le développement.

FIG. 1
TAUX D'INCIDENCE MONDIAUX SIGNALÉS PAR TRANCHE
DE 100 000 HABITANTS POUR LA ROUGEOLE,
LE TÉTANOS ET LA POLIOMYÉLITE, 1974-1980¹



¹ Ces maladies sont celles qui, d'après les prévisions, seront diagnostiquées et notifiées avec le plus d'exactitude et sur lesquelles les programmes de vaccination auront le plus d'effet à court terme. Néanmoins, leur diagnostic et leur notification posent encore des problèmes majeurs dans de nombreux pays et il est prématuré de conclure qu'un éventuel déclin comme celui qui a été signalé en 1979 et 1980 pour la rougeole soit réel ou qu'il reflète le début d'une tendance à long terme.

FIG. 2
QUALITÉ DES VACCINS "PEV" UTILISÉS (POURCENTAGE
DE PAYS/TERRITOIRES PAR RÉGION DE L'OMS)

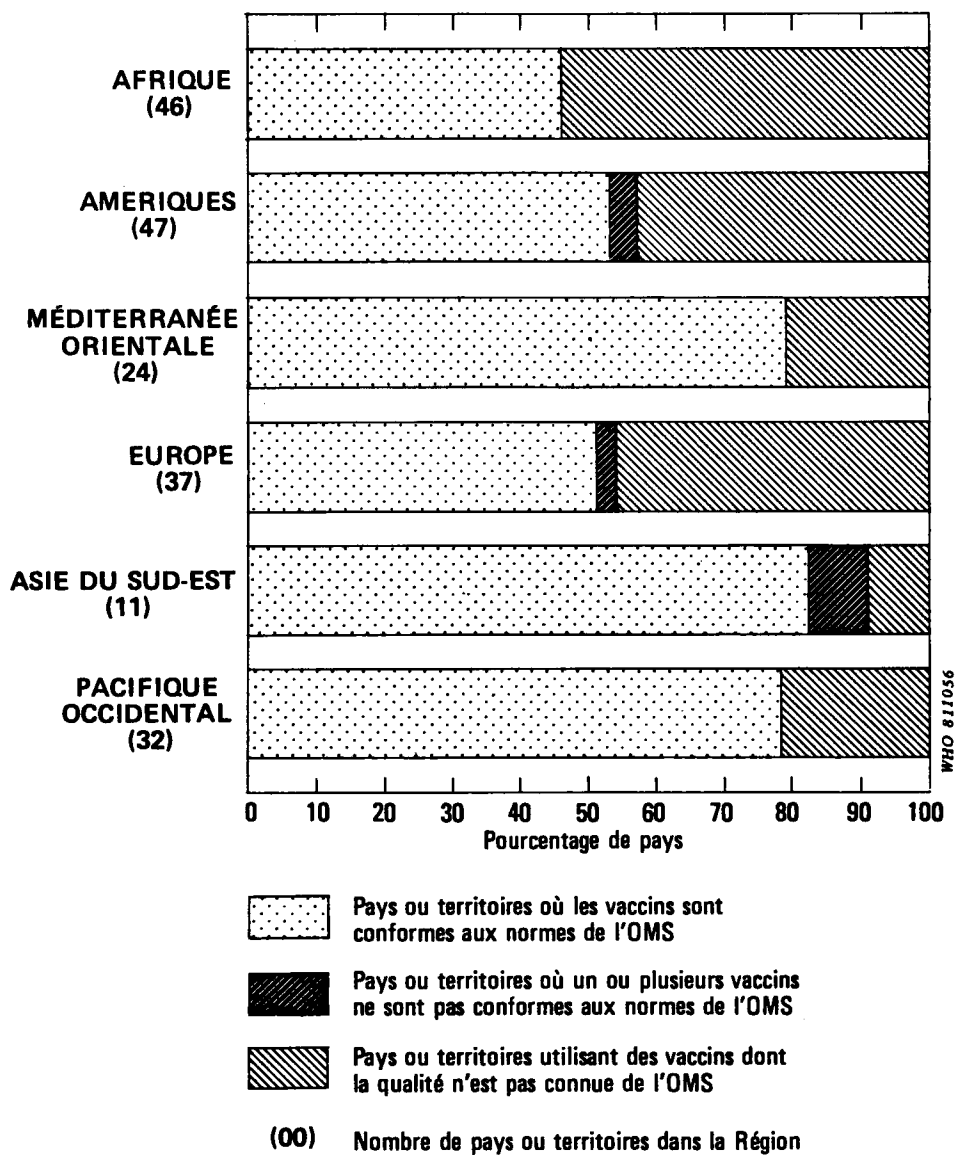


TABLEAU 2. NOMBRE DE PAYS OU TERRITOIRES PARTICIPANT NOTOIREMENT A CERTAINES ACTIVITES DE VACCINATION, PAR REGION DE L'OMS, EN OCTOBRE 1981

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe *	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Nombre de pays ou territoires dans la Région	46	47	11	37	24	32
1. Vaccins livrés :						
- BCG	30 (65 %)	27 (57 %)	10 (91 %)		24 (100 %)	29 (91 %)
- DTCoq	30 (65 %)	47 (100 %)	10 (91 %)		24 (100 %)	32 (100 %)
- Antirougeoleux	29 (63 %)	25 (53 %)	6 (55 %)		24 (100 %)	17 (53 %)
- Antipoliomyélitique	29 (63 %)	47 (100 %)	9 (82 %)		24 (100 %)	32 (100 %)
- Antitétanique pour les femmes en âge de procréer	26 (57 %)	20 (43 %)	9 (82 %)		15 (62 %)	11 (34 %)
2. Ayant notifié à l'OMS pour 1980 :						
- le nombre total de vaccinations	21 (46 %)	47 (100 %)	10 (91 %)		22 (92 %)	27 (84 %)
- la vaccination par âge ou dose		29 (62 %)	10 (91 %)		22 (92 %)	18 (56 %)
3. Ayant notifié à l'OMS l'incidence en 1980 :						
- de la diphtérie	24 (52 %)	38 (81 %)	9 (82 %)	2 (5 %)	19 (79 %)	28 (88 %)
- de la rougeole	27 (59 %)	44 (94 %)	9 (82 %)	2 (5 %)	18 (75 %)	29 (91 %)
- de la coqueluche	25 (54 %)	36 (77 %)	9 (82 %)	2 (5 %)	19 (79 %)	26 (81 %)
- de la poliomyélite	41 (89 %)	37 (80 %)	9 (82 %)	12 (32 %)	21 (85 %)	24 (75 %)
- du tétanos	24 (52 %)	43 (91 %)	9 (82 %)	2 (5 %)	19 (79 %)	26 (81 %)
- de la tuberculose	25 (54 %)	24 (51 %)	9 (82 %)	1 (3 %)	19 (79 %)	29 (91 %)
- de toutes les maladies ci-dessus	19 (41 %)	17 (36 %)	9 (82 %)		19 (79 %)	19 (59 %)
4. Evaluation de la couverture vaccinale, 1979-1981	17 (37 %)	1 (2 %)	7 (64 %)	3 (8 %)	12 (50 %)	9 (28 %)
5. Personnel participant :						
- au stage PEV de planification et de gestion	41 (89 %)	30 (64 %)	9 (82 %)	8 (22 %)	17 (71 %)	15 (47 %)
- au stage PEV de gestion de niveau moyen	20 (43 %)	30 (64 %)	10 (91 %)	2 (5 %)	2 (8 %)	9 (28 %)
- au cours PEV sur la chaîne du froid	6 (13 %)	21 (45 %)	10 (91 %)	1 (3 %)	8 (32 %)	6 (19 %)
6. Organisation d'un stage national PEV de gestion de niveau moyen	14 (30 %)	39 (83 %)	5 (46 %)	2 (5 %)	4 (17 %)	7 (22 %)
7. Ayant inclus les matériels de formation du PEV dans les programmes d'enseignement nationaux	4 (9 %)	7 (15 %)	8 (73 %)	1 (3 %)	2 (8 %)	8 (25 %)
8. Examens du programme, 1979-1981	8 (17 %)	5 (11 %)	2 (18 %)	1 (3 %)	5 (20 %)	2 (6 %)
* Les systèmes d'information nécessaires pour attester les rubriques 1 à 3 ci-dessus sont en cours d'élaboration. Peu d'activités PEV (rubriques 4 à 8 ci-dessus) sont indiquées pour la Région européenne du fait que la plupart des pays de cette Région disposent de services de vaccination bien développés et n'ont pas eu besoin de mettre en route de nouvelles activités dans le cadre du PEV.						

2.7 L'approche fondée sur les soins de santé primaires. La promotion du PEV par l'approche fondée sur les soins de santé primaires continue de poser des problèmes. D'une part, il s'agit de trouver des moyens plus efficaces de faire en sorte que la collectivité participe activement à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des programmes de vaccination. D'autre part, il s'agit de fournir les services de vaccination en même temps que d'autres prestations sanitaires intéressant les femmes enceintes et les jeunes enfants, qui sont les groupes les plus touchés par le PEV, et d'assurer une intégration efficace de leur appui gestionnaire. La couverture vaccinale a tendance à être meilleure quand la vaccination est pratiquée de concert avec ces autres prestations; dispensés ensemble, ces services s'étayaient réciproquement pour aider à briser le cercle vicieux de la malnutrition et de l'infection auquel est imputable une si grande part de la mortalité infantile dans le monde en développement.

2.8 Ressources humaines et formation. L'investissement de ressources humaines en quantités suffisantes est le plus grand défi auquel doit faire face le PEV. Les insuffisances actuelles sont reflétées par les échecs fréquents que connaissent les systèmes nationaux de chaîne du froid et de logistique et par les faibles taux de couverture vaccinale enregistrés dans nombre des zones géographiques qui sont actuellement incluses dans les programmes nationaux. Ces faibles taux traduisent le fait que des effectifs adéquats n'ont pas été identifiés pour de nombreux programmes et que, bien souvent, ceux qui l'ont été n'ont ni les responsabilités, ni les pouvoirs qui leur seraient nécessaires pour mener à bien les tâches qui sont essentielles au succès du programme. L'encadrement laisse à désirer, si bien que le personnel n'a pas à répondre des résultats obtenus. Bien que la formation de 3000 agents de rang supérieur marque déjà un début, rares sont les programmes nationaux qui ont élaboré des stratégies pour enseigner les compétences techniques et administratives fondamentales que nécessite le PEV aux centaines de milliers d'agents de santé des niveaux moyen et périphérique qui seront principalement chargés de l'exécution du programme. Plus rares encore sont les pays qui ont mis au point des moyens d'encourager les agents de santé à rendre visite à ceux dont ils ont la responsabilité, à les former, à les motiver et à contrôler leur efficacité. Pourtant, c'est indispensable si l'on ne veut pas que soit dilapidé le potentiel investi au départ dans la formation.

2.9 Ressources financières. On estime qu'en 1981 quelque 72 millions de dollars des Etats-Unis ont été investis dans le PEV dans les pays en développement, dont quelque 12 millions de dollars des Etats-Unis investis par l'intermédiaire d'institutions multilatérales telles que l'OMS, le FISE et le PNUD et un montant équivalent investi par des organismes d'aide bilatérale. Les 48 millions de dollars des Etats-Unis restants provenaient du budget national de chaque pays en développement.

2.10 Or, les buts assignés au PEV impliquent que la valeur de ces ressources soit doublée d'ici à 1983, puis de nouveau doublée avant la fin de la décennie, lorsqu'il faudra chaque année environ 300 millions de dollars des Etats-Unis (aux prix de 1980); 200 millions de dollars des Etats-Unis au moins devront provenir des pays en développement et le reste de la communauté internationale. Ces buts ne pourront être atteints sans une accélération notable des investissements en cours. Pour garantir que l'on dispose de suffisamment de vaccins pour immuniser d'ici à 1990 les 100 millions d'enfants qui naîtront chaque année dans le monde en développement, ces investissements devront comprendre les moyens nécessaires pour accroître la production de vaccins et les services de contrôle de leur qualité.

2.11 Evaluation et adaptation des programmes. La plupart des programmes de vaccination dans le monde en développement, et certains programmes de ce genre dans des pays développés, manquent de données récentes et fiables concernant l'activité et l'impact des services de vaccination aux niveaux national et local. Or, en l'absence de ces données, ils ne peuvent adapter leur stratégie pour la distribution des prestations, ni modifier leurs pratiques en matière de formation et d'encadrement de manière à répondre aux besoins locaux, ce qui empêche toute amélioration dans le temps. Tous les programmes ont besoin à la fois d'un système de collecte et d'analyse des données et d'un examen périodique complet. Les données recueillies systématiquement doivent comporter au moins des informations sur la couverture vaccinale et l'incidence des maladies et indiquer si les vaccins utilisés sont conformes aux normes de l'OMS. Un examen global permet de compléter les informations recueillies de façon systématique et peut constituer un mécanisme utile pour appeler l'attention des décideurs nationaux sur les besoins du programme afin que soient prises des mesures correctives. On pourra renforcer

l'impact d'un tel examen en y faisant participer plusieurs disciplines telles que l'épidémiologie, la santé maternelle et infantile, et les sciences économiques et sociales, ainsi que les usagers des services et des personnels de l'extérieur aussi bien que des personnels nationaux.

2.12 Recherche et développement. Dans le cadre du PEV, la recherche et le développement ont pour objectifs d'améliorer l'efficacité des services de vaccination tout en réduisant les coûts et d'assurer que l'approvisionnement et la qualité des vaccins soient satisfaisants. Les activités de recherche et de développement, en particulier celles qui concernent les aspects pratiques des prestations, doivent être vivement encouragées comme faisant partie des opérations menées au titre du programme national.

3. PROGRAMME D'ACTION EN CINQ POINTS POUR LES ANNEES 1980

3.1 Le Groupe consultatif mondial du PEV s'est réuni tous les ans depuis 1978 pour faire le point. A sa dernière réunion, en octobre 1981, il a examiné le présent rapport de situation sous la forme d'un projet.

3.2 Le Groupe consultatif mondial est parvenu à la conclusion que de grands progrès avaient été accomplis. Toutefois, il a rappelé que, du fait qu'il n'existe pas partout des services de vaccination dans le monde en développement, chaque minute qui passe voit mourir dix enfants, tandis que dix autres sont frappés d'incapacité. Il a souligné qu'à la cadence actuelle le programme ne permettra pas d'atteindre l'objectif du PEV qui est de vacciner tous les enfants d'ici à 1990 : or, cela représenterait non seulement un échec pour le PEV, mais de plus une menace pour l'OMS qui aspire à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il faut une réaffirmation de l'engagement national et une intensification des activités du programme; aussi le Groupe consultatif mondial a-t-il approuvé le programme d'action en cinq points ci-après pour guider les efforts à entreprendre aux niveaux national et international d'ici la fin de la présente décennie :

PROGRAMME D'ACTION EN CINQ POINTS

1) Promouvoir le PEV dans le contexte des soins de santé primaires :

- élaborer des mécanismes pour permettre à la collectivité de participer activement à la planification, à l'exécution et à l'évaluation du programme, en fournissant les ressources techniques et logistiques nécessaires pour soutenir ces fonctions;
- assurer les services de vaccination conjointement avec d'autres prestations sanitaires, en particulier celles qui visent les mères et les enfants, afin qu'il y ait un soutien réciproque.

2) Investir dans le PEV des ressources humaines en quantités suffisantes : L'absence de telles ressources est le plus grave des obstacles auxquels se heurte le programme. Il faut nommer des gestionnaires compétents de niveau supérieur et de niveau moyen en leur donnant l'autorité et les pouvoirs nécessaires pour mener à bien leurs tâches. Ils ont besoin d'une formation, non seulement pour exécuter le PEV avec efficacité, mais aussi pour contribuer à une meilleure compréhension de l'approche fondée sur les soins de santé primaires et à son renforcement. Il faut découvrir les raisons du peu de motivation et d'efficacité des personnels d'encadrement sur le terrain et de gestion afin que des mesures appropriées puissent être prises pour les encourager à rendre visite à ceux dont ils ont la responsabilité, à les former, à les motiver et à contrôler leur travail.

3) Investir dans le PEV des ressources financières en quantités suffisantes : Pour que le programme puisse se développer de manière à atteindre ses objectifs, les investissements actuellement consacrés au PEV, qui sont aujourd'hui estimés à US \$72 millions par an, devront doubler d'ici à 1983 et encore doubler de nouveau avant 1990, époque à laquelle un montant total de quelque US \$300 millions (aux prix de 1980) sera nécessaire chaque année. Plus des deux tiers de ces montants devront provenir des pays en développement eux-mêmes, le tiers restant étant fourni par la communauté internationale.

4) Veiller à ce que les stratégies du programme soient continuellement évaluées et adaptées de manière à assurer une couverture vaccinale étendue et une réduction maximale du nombre de décès et de malades imputable aux maladies visées : Une telle adaptation implique la mise au point de systèmes adéquats d'information et d'évaluation. D'ici à la fin de 1985 au plus tard, chaque pays doit être capable :

- d'estimer avec exactitude la couverture vaccinale des enfants jusqu'à l'âge de 12 mois au moyen des vaccins inclus dans le programme national;
- d'obtenir des rapports à jour et représentatifs sur l'incidence des maladies visées par le PEV qui figurent dans le programme national;
- d'obtenir des informations sur la qualité des vaccins afin de vérifier que les vaccins utilisés pour le PEV soient bien conformes aux normes de l'OMS et conservent leur activité au moment de l'emploi.

En outre, les pays doivent promouvoir l'examen périodique du programme par des équipes pluridisciplinaires composées de personnel national et extérieur afin d'assurer que soient recensés les problèmes opérationnels et que les recommandations formulées reflètent une large expérience.

5) Poursuivre les efforts de recherche dans le cadre des activités du programme : Les objectifs doivent être d'améliorer l'efficacité des services de vaccination tout en en réduisant le coût et d'assurer que l'approvisionnement et la qualité des vaccins soient satisfaisants. Parmi les principaux sujets de préoccupation figurent la recherche des moyens qui permettront d'assurer les prestations avec le plein appui de la collectivité, l'amélioration des méthodes et des matériels concernant la stérilisation et la chaîne du froid, l'acquisition d'une meilleure connaissance de l'épidémiologie des maladies visées, le développement de systèmes d'information appropriés pour la gestion, et de nouvelles améliorations en ce qui concerne la production et le contrôle de la qualité de vaccins qui soient sûrs, efficaces et stables.

3.3 Ce programme d'action est soumis à l'examen du Conseil exécutif dans l'espoir qu'après y avoir apporté les modifications jugées nécessaires, il l'approuvera et le transmettra à l'Assemblée mondiale de la Santé pour que celle-ci en discute et y donne suite. Un projet de résolution figure dans la section 4 en vue de son examen par le Conseil.

3.4 Le Groupe consultatif mondial estime que si les pays acceptent les réalisations du PEV comme indicateur principal du succès de leur stratégie visant à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000, et s'ils ont recours au programme d'action pour surmonter les obstacles auxquels ils sont présentement confrontés, il doit être possible d'atteindre d'ici à 1990 le but qui consiste à assurer la vaccination de tous les enfants du monde.

4. PROJET DE RESOLUTION

4.1 Le Conseil voudra peut-être envisager l'adoption du projet de résolution ci-après :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur le programme élargi de vaccination (PEV),

1. NOTE qu'en dépit des résultats considérables déjà obtenus, il faudra redoubler d'efforts pour assurer la vaccination de tous les enfants du monde d'ici à 1990;
2. FAIT SIENNES les recommandations du Groupe consultatif mondial du PEV visant à obtenir des résultats plus rapides grâce à la mise en oeuvre du programme d'action en cinq points recommandé dans le rapport du Directeur général;
3. RECOMMANDE à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte du rapport du Directeur général sur le programme élargi de vaccination et du débat auquel il a donné lieu au Conseil exécutif,

Prenant acte en outre du programme d'action en cinq points figurant dans le rapport du Directeur général, qui demande la promotion du programme élargi de vaccination dans le contexte des soins de santé primaires, l'investissement dans le programme élargi de ressources humaines et financières en quantités suffisantes, l'évaluation et l'adaptation continues des programmes de vaccination, et la poursuite de travaux de recherche appropriés;

1. RECONNAIT que le but du programme élargi de vaccination qui consiste à assurer la vaccination de tous les enfants du monde d'ici à 1990 est un élément essentiel de la stratégie de l'OMS visant à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000;
2. PREVIENT que, pour atteindre ce but, les progrès devront être plus rapides;
3. DEMANDE instamment aux Etats Membres de mettre en oeuvre le programme en cinq points joint en annexe à la présente résolution;
4. ADRESSE ses remerciements chaleureux aux institutions et aux personnels nationaux, au FISE, au PNUD, à la Banque mondiale et aux autres organisations internationales dont la collaboration a tant contribué au succès du programme jusqu'à présent;
5. PRIE instamment les Etats Membres et les organisations internationales en mesure de le faire de s'engager à fournir un soutien à long terme aux pays qui ne peuvent assumer la totalité des dépenses qu'implique la vaccination complète de leur population infantile;
6. DEMANDE instamment aux Etats Membres de collaborer entre eux, surtout par le biais de la coopération technique entre pays en développement, à tous les aspects du programme afin d'accélérer la réalisation des objectifs du PEV;
7. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'intensifier la collaboration avec les Etats Membres en vue d'accroître l'efficacité des programmes nationaux de vaccination;
 - 2) de promouvoir la diffusion des découvertes importantes en matière de recherche et des informations concernant le déroulement du programme;
 - 3) de continuer à tenir l'Assemblée de la Santé au courant de l'état d'avancement du programme selon les besoins.

= = =