



**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

COMITE REGIONAL

WPR/RC44/7

**Quarante-quatrième session
Manille
13-17 septembre 1993**

27 juillet 1993

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

**ERADICATION DE LA POLIOMYELITE DANS LA REGION :
RAPPORT D'ACTIVITE**

Ce troisième rapport d'activité annuel sur l'éradication de la poliomyélite a été préparé en réponse à la résolution du Comité régional WPR/RC41.R5.

La déclaration provisoire de 2087 cas confirmés de poliomyélite dans la Région en 1992 représente l'incidence annuelle la plus faible jamais enregistrée, même si les pays ont amélioré leurs systèmes de surveillance en termes de qualité et de rapidité des notifications. Au regard des progrès accomplis à ce jour, l'éradication de la poliomyélite d'ici à 1995 est réalisable à condition que les vaccins soient fournis en quantités suffisantes et que les pays intensifient leurs activités supplémentaires de vaccination.

Un soutien gouvernemental accru a déjà facilité la mise en oeuvre d'activités supplémentaires de vaccination plus importantes dans plusieurs pays, tout particulièrement aux Philippines. Les Etats Membres sont instamment priés d'apporter leur total soutien à l'achat de vaccins antipoliomyélitiques oraux et de multiplier les activités supplémentaires de vaccination, qui doivent être planifiées avec soin et fondées sur un suivi précis de tous les cas de paralysie flasque aiguë, une surveillance continue de la qualité des vaccins et le respect rigoureux de la chaîne du froid.

1. INTRODUCTION

Le Comité régional du Pacifique occidental, lors de sa trente-neuvième session en septembre 1988, a adopté la résolution WPR/RC39.R15 sur l'éradication régionale de la poliomyélite d'ici à 1995. Cette résolution a été suivie par les résolutions WPR/RC41.R5, priant de faire rapport chaque année sur les progrès accomplis en matière d'éradication, et WPR/RC42.R3, proposant des moyens d'accélérer davantage le programme.

Suite à la résolution du Comité régional adoptée en 1992 (WPR/RC43.R3), l'éradication de la poliomyélite a été portée à l'attention du Conseil exécutif, puis de l'Assemblée mondiale de la Santé. La dernière résolution sur l'éradication de la poliomyélite adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé figure en annexe (WHA46.33).

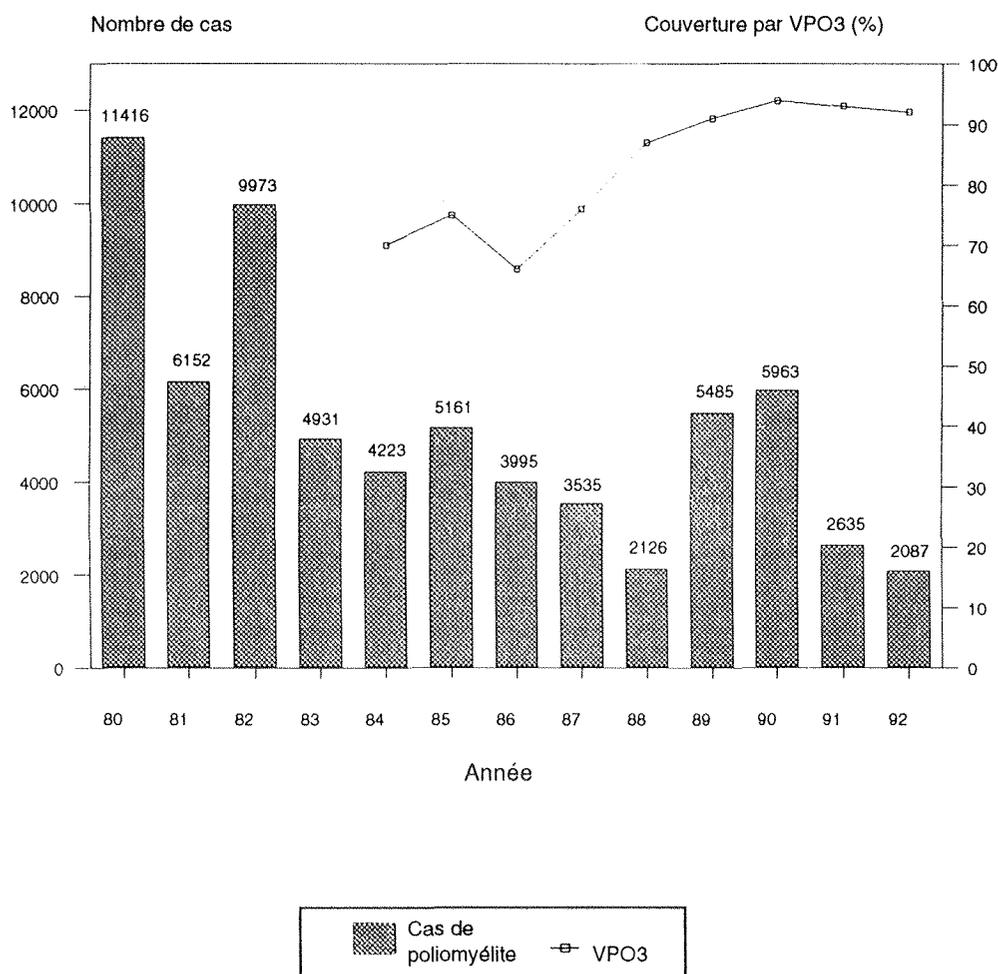
Le présent rapport donne des informations détaillées sur la situation actuelle de l'éradication de la poliomyélite dans les pays de la Région, la faisabilité de l'éradication au plan technique et les activités prévues pour atteindre ce but d'ici à 1995.

2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ACTUELLE

Surveillance de la maladie

Les efforts accrus déployés dans le cadre du Programme élargi de vaccination se sont traduits par une diminution du nombre de pays déclarant des cas de poliomyélite endémiques, de douze en 1980 à cinq en 1992 (à savoir le Cambodge, la Chine, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam). Entre 1980 et 1992, bien que le système de surveillance soit devenu plus efficace et sensible en matière de détection des nouveaux cas, le nombre total de cas notifiés a continué à décliner de façon générale, passant de 11 416 cas déclarés en 1980 à 2087 cas en 1992 (voir Figure 1 ci-après).

**Figure 1. Cas déclarés de poliomyélite et couverture par VPO₃
dans la Région du Pacifique occidental
1980-1992**



Bien que ces données soient encore provisoires, le nombre total de 2087 cas déclarés en 1992 reste le nombre le plus bas jamais notifié à l'OMS. Cette réduction a été en grande partie due à l'amélioration des activités d'éradication de la poliomyélite en Chine.

La Malaisie, qui notifiait un degré d'incidence zéro depuis 1986, a déclaré trois cas importés, démontrant ainsi la nécessité de mettre au point et de maintenir des systèmes de surveillance, de même qu'un plan d'action relatif aux flambées épidémiques de poliomyélite, et ce, même dans les pays considérés indemnes de cette maladie.

En Chine et au Viet Nam, la poliomyélite est très répandue au plan épidémiologique (voir Tableau 1 ci-après).

Tableau 1. Cas confirmés de poliomyélite et provinces ou régions notifiant des cas confirmés de poliomyélite (en %) dans des pays d'endémie de poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental, 1991-1992

Pays	Cas		Nombre total de provinces/régions	Provinces/régions notifiant des cas confirmés de poliomyélite	
	1991	1992		1991	1992
Cambodge	84	146	21	57	71
Chine	1926	1372	30	100	100
République démocratique populaire lao	2	5	17	6	24
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0	0	20	0	0
Philippines	11	7	14	29	36
Viet Nam	612	554	53*	89	74
TOTAL REGION PACIFIQUE OCCIDENTAL	2635	2087**			

Données provisoires pour 1992 au mois de mai 1993.

* Le Viet Nam comptait 44 provinces en 1991.

** Comprend les cas importés déclarés par des pays non endémiques.

Les cas de poliomyélite, dans leur grande majorité, n'ont pas été vaccinés, ou ne l'ont été que partiellement, ce qui indique, par conséquent, une bonne efficacité du vaccin chez les personnes entièrement vaccinées.

3. ACTIVITES DU PROGRAMME

Parmi les stratégies clés d'éradication de la poliomyélite, on note le maintien d'une couverture vaccinale systématique élevée, la mise en place d'activités supplémentaires de

vaccination et l'amélioration de la surveillance de la maladie. Les activités exécutées dans les pays ont reflété ces stratégies, en particulier l'augmentation des activités supplémentaires de vaccination, présentées en détail ci-après.

3.1 Vaccination

La couverture régionale des enfants de moins d'un an par les six antigènes du Programme élargi de vaccination a été supérieure à 90 % en 1990 et a conservé ce niveau en 1991 et 1992. La couverture régionale par les trois doses du VPO était de 92 % en 1992. Trois pays, à savoir le Cambodge, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République démocratique populaire lao, présentent encore une couverture inférieure à 80 % (voir Tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2. Couverture vaccinale du Programme élargi de vaccination dans les pays d'endémie de poliomyélite de la Région du Pacifique occidental 1991-1992
(Exprimée en pourcentage)

Pays	BCG		DTC3		VPO3		Rougeole		TT2+	
	1991	1992	1991	1992	1991	1992	1991	1992	1991	1992
Cambodge	55	50	38	32	39	32	38	33	...	6
Chine	96	94	95	94	96	95	96	94
Papouasie-Nouvelle-Guinée	84	68	64	61	64	61	63	58	77	47
Philippines	95	94	89	92	89	92	85	90	52	70
RDP Lao	34	34	22	23	22	27	47	46	13	17
Viet Nam	91	90	88	87	88	87	88	89	16	36
Couverture régionale	93	93	92	92	93	92	91	92	7	9

Données provisoires pour 1992 au mois de mai 1993.

... Données non disponibles.

Les premières journées nationales de vaccination dans la Région ont eu lieu aux Philippines en avril et mai 1993, avec une couverture nationale supérieure à 90 %. La Chine, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam ont organisé des journées de vaccination infra-nationales au cours de l'hiver 1992-1993. En Chine, vingt-neuf provinces continentales sur trente ont organisé des journées de vaccination, tout au moins dans certaines zones, avec quelques

différences entre les provinces quant au nombre de tournées et aux âges cibles, dues à la pénurie de vaccins antipoliomyélitiques. Pour la même raison, des journées de vaccination ont eu lieu au Viet Nam, à l'intention des enfants âgés de moins de trois ans dans seulement 8 provinces sur 53. En République démocratique populaire lao, les journées de vaccination infra-nationales ont permis la vaccination d'enfants de moins de cinq ans dans 38 % des districts. Aucune activité supplémentaire de vaccination n'a encore été mise en oeuvre au Cambodge ou en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

3.2 Echelon national

3.2.1 Pays d'endémie de poliomyélite

En Chine, le nombre total de cas de poliomyélite a continué de décliner pour atteindre 1372 cas en 1992. Les progrès sont particulièrement remarquables dans la province du Shandong où les responsables de la santé, avec la collaboration de l'Agence japonaise pour la Coopération internationale (JICA), sont parvenus à réduire le nombre de cas déclarés de 484 cas en 1989 à 19 cas à la fin de l'année 1992.

Le Viet Nam, qui présente le taux d'incidence le plus élevé de cas de poliomyélite dans la Région, continue de faire preuve d'un niveau d'engagement très important pour éradiquer cette maladie. La qualité de la surveillance s'est énormément améliorée et la majorité des cas suspects de poliomyélite font maintenant l'objet d'une investigation complète. Les activités supplémentaires de vaccination ont été limitées en raison d'approvisionnements insuffisants en vaccins.

Les Philippines ont été le premier pays de la Région à organiser des journées nationales de vaccination, le 21 avril puis le 19 mai 1993. La campagne a remporté un succès considérable, avec plus de 9 millions d'enfants de moins de cinq ans (soit plus de 90 %) vaccinés avec deux doses de VPO dans l'ensemble du pays. Le BCG, le DTC et le vaccin antirougeoleux ont également été administrés dans des centres de santé établis, de même que l'anatoxine tétanique chez les femmes en âge de procréer. Des progrès considérables ont également été accomplis quant à la surveillance ; le nombre de sites sentinelles de déclaration a augmenté, passant de 13 en janvier 1992 à 150 en 1993.

En République démocratique populaire lao, des journées de vaccination infra-nationales ont été organisées dans toutes les provinces fin 1992, avec la participation de 48 districts sélectionnés (38 % de tous les districts). La surveillance sentinelle a été améliorée, ainsi que le dépistage des cas.

La Papouasie-Nouvelle-Guinée est parvenue à développer un système de surveillance plus précis. Pour la seconde année consécutive, 18 cas de paralysie flasque aiguë au total ont été déclarés et ont fait l'objet d'une investigation en 1992, confirmant qu'aucun cas n'était imputable à la poliomyélite.

Au Cambodge, des progrès ont été dernièrement accomplis en matière de surveillance des maladies. Des rapports mensuels, incluant la poliomyélite, ont été reçus des principaux sites sentinelles en 1992.

3.2.2 Cas importés de poliomyélite

La Malaisie, indemne de cas de poliomyélite dus à un virus indigène depuis 1986, a déclaré trois cas en 1992. Ces cas ont fait l'objet d'une enquête approfondie révélant qu'ils étaient dus à un virus importé.

3.3 Echelon régional

3.3.1 Groupe consultatif technique

Au cours de la troisième réunion du Groupe consultatif technique qui s'est tenue à Beijing en octobre 1992, et compte tenu de la pénurie de vaccins, une stratégie modifiée de vaccination supplémentaire a été approuvée. Cette mesure d'urgence provisoire comprend un abaissement de l'âge cible des enfants, qui passe de moins de cinq ans à moins de quatre ans, et une limitation des activités de vaccination en réponse aux flambées épidémiques. La quatrième réunion qui s'est tenue à Ho Chi Minh Ville en juin 1993 a été axée sur la planification et la mise en oeuvre de journées nationales de vaccination.

3.3.2 Comité régional de coordination inter-organisations du Programme élargi de vaccination (ICC)

Ce Comité est composé de membres appartenant à des institutions qui participent au Programme élargi de vaccination et d'éradication de la poliomyélite, parmi lesquelles l'AIDAB, la JICA, l'OMS, Rotary International, l'UNICEF et l'USAID. Les discussions des seconde et troisième réunions du Comité à Beijing et à Ho Chi Minh Ville ont principalement porté sur la pénurie de vaccins, en particulier en Chine et au Viet Nam. Des réponses positives ont été données aux appels de fonds supplémentaires pour les vaccins.

3.3.3 Système régional de surveillance de la poliomyélite et réseau de laboratoires

Tous les pays d'endémie de poliomyélite font aujourd'hui rapport à l'OMS, dans des délais nettement meilleurs, des cas de paralysie flasque aiguë chez les enfants de moins de 15 ans. Le système informatisé régional de surveillance de la paralysie flasque aiguë a été mis à jour, permettant ainsi de recevoir les données des enquêtes sur les cas sous forme de disquette et d'imprimer automatiquement les rapports des indicateurs de surveillance à partir de ces données.

Des directives destinées à des plans d'action sur la surveillance intégrée de la poliomyélite, du tétanos néonatal et de la rougeole ont été présentées lors d'une réunion des administrateurs de programme des pays insulaires du Pacifique, qui s'est tenue en août 1992.

Des progrès considérables ont également été accomplis dans la mise en place d'un réseau régional de laboratoires. Le Fairfield Hospital à Victoria (Australie) et l'Institut national de la Santé à Tokyo (Japon) continuent de servir de laboratoires de référence régionaux. En 1991, seuls la Chine et le Viet Nam disposaient d'un système national de laboratoires, mais en 1992, tous les pays déclarant des cas de poliomyélite, y compris le Cambodge, avaient recueilli des échantillons de selles et les avaient envoyés aux laboratoires correspondants pour investigation virologique. Des réunions spéciales concernant le réseau de laboratoires ont été organisées au cours des troisième et quatrième réunions du Groupe consultatif technique à Beijing et à Ho Chi Minh Ville afin d'améliorer la coordination des activités.

3.3.4 Analyse coûts-avantages

Une analyse coûts-avantages de l'éradication de la poliomyélite dans la Région a été préparée en 1993 et a montré quels seraient les avantages financiers de l'éradication. Lorsque le but de l'éradication aura été atteint, les coûts associés au traitement disparaîtront et il n'y aura plus de pertes de revenus ou d'emploi pour cause de maladie et, en fin de compte, aucun besoin supplémentaire de vaccination. Les économies réalisées seront, par conséquent, très importantes et augmenteront chaque année. On estime que les coûts de l'éradication de la poliomyélite de la Région seront compensés d'ici l'an 2001. D'ici l'an 2010, les économies totales réalisées grâce à l'éradication de la poliomyélite seront supérieures à US \$1 milliard, et augmenteront ensuite d'environ US \$123 millions chaque année.

3.4 Approvisionnement en vaccins et chaîne du froid

L'OMS continue activement de rechercher des fonds pour les approvisionnements en vaccins et de soutenir l'autosuffisance de la production de vaccins. La production de vaccins a

augmenté en Chine et au Viet Nam afin de répondre aux besoins de l'éradication de la poliomyélite, mais la qualité de ces vaccins demeure un problème important.

Bien que la Région dispose dans l'ensemble de bons équipements de la chaîne du froid, ceux-ci font encore défaut ou sont inappropriés dans de nombreux pays. L'OMS s'efforce d'améliorer les équipements existants, en particulier grâce à des instructions pour la modification des réfrigérateurs de type domestique. La production locale d'équipements de la chaîne du froid continuera d'être encouragée par l'OMS, face aux besoins croissants des activités d'éradication de la poliomyélite.

3.5 Formation

On a continué d'organiser des ateliers nationaux et infra-nationaux de formation à la surveillance de la poliomyélite dans tous les pays d'endémie. Ces ateliers ont permis de présenter les données de surveillance, ainsi que de nouvelles formules d'enquêtes sur les cas, des listes des cas et des indicateurs de surveillance continue. Une formation approfondie a également été dispensée avant l'organisation des journées de vaccination.

3.6 Revues

Les activités d'éradication de la poliomyélite ont été passées en revue au niveau provincial au Viet Nam, en octobre 1992 et en mars 1993, et en Chine, en mai 1993. Une revue complète du Programme élargi de vaccination au Cambodge a été effectuée en novembre 1992. Ces revues permettent d'indiquer les points forts et les problèmes de la mise en oeuvre des plans nationaux d'éradication de la poliomyélite et d'améliorer ainsi les activités.

3.7 Ressources nécessaires

La plus grande partie des ressources destinées au Programme élargi de vaccination et à l'éradication de la poliomyélite continue de provenir des pays eux-mêmes. Certains développements positifs ont été notés en 1993 concernant la mobilisation des fonds, en particulier pour l'achat de vaccins antipoliomyélitiques. Des fonds supplémentaires ont été reçus d'Australie, des Etats-Unis d'Amérique, du Japon et de Rotary International.

D'autres fonds seront nécessaires pour organiser des journées nationales de vaccination, y compris US \$40,4 millions pour l'achat de 566,1 millions de doses de VPO jusqu'à 1995. La stratégie modifiée de vaccination supplémentaire du Groupe consultatif technique demeurera une mesure d'urgence provisoire si les exigences initiales ne peuvent pas être satisfaites. Cependant,

la mise en oeuvre de cette stratégie modifiée entraînera encore une pénurie de 256,1 millions de doses de VPO pour un coût de US \$13 millions jusqu'en 1995.

3.8 Difficultés

La pénurie de vaccins reste un obstacle majeur à la réalisation de l'objectif de l'éradication. L'apport d'un soutien extérieur et la modification de la stratégie en matière de besoins en vaccins ont atténué le problème, sans pour autant le résoudre.

La surveillance de la paralysie flasque aiguë est encore insuffisante et n'a toujours pas été totalement appliquée dans tous les pays d'endémie poliomyélitique. Il faut encore améliorer la qualité (rapports complets) et la rapidité de la déclaration des données de surveillance de la poliomyélite, les enquêtes sur les cas et le recueil des échantillons.

Si les Philippines ont montré l'exemple par le très haut niveau d'engagement gouvernemental et une allocation de ressources provenant de tous les secteurs et à tous les échelons, le soutien apporté dans certains autres pays est encore insuffisant. Le manque d'accès à certaines régions de pays d'endémie de poliomyélite en raison de leur isolement géographique, de conflits civils, ou pour d'autres causes, a gêné les progrès de l'éradication de la poliomyélite.

4. PERSPECTIVES

Considérant les progrès mentionnés plus haut, le Groupe consultatif technique, lors de sa quatrième réunion, a réaffirmé que l'éradication de la poliomyélite était réalisable si une quantité suffisante de vaccins était fournie et des journées nationales de vaccination étaient organisées dans les pays d'endémie de poliomyélite. Afin d'atteindre la cible fixée pour 1995, les activités suivantes seront soulignées :

L'OMS collaborera avec tous les pays et zones à une mise en oeuvre plus systématique et sur une plus large échelle des stratégies clés d'éradication aux niveaux régional et national, destinées à améliorer la vaccination et la surveillance.

L'OMS continuera de coordonner les approvisionnements en vaccins antipoliomyélitiques afin de permettre à tous les pays d'endémie de poliomyélite d'organiser des journées nationales de vaccination. L'engagement politique, de même que les ressources nécessaires pour la conduite de

journées de vaccination efficaces, devront être mobilisés à partir des pays eux-mêmes. Une meilleure planification, mise en oeuvre et évaluation de ces journées de vaccination seront nécessaires afin de pouvoir joindre et vacciner tous les enfants qui doivent l'être.

La surveillance de la paralysie flasque aiguë sera renforcée afin de garantir la déclaration de tous les cas de poliomyélite, fondée sur l'évaluation des indicateurs de surveillance continue approuvés par le Groupe consultatif technique. Ce groupe continuera de se réunir annuellement.

La formation sera poursuivie à tous les niveaux afin d'améliorer les connaissances et les compétences des personnels en matière de surveillance et d'activités supplémentaires de vaccination.

Une évaluation systématique des activités d'éradication de la poliomyélite sera instaurée afin de documenter les réalisations et d'apporter des informations en vue de l'amélioration des activités.



世界衛生大會 決議

مؤتمرات الجمعية الصحية العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
 RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
 РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
 RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

QUARANTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

WHA46.33

Point 19 de l'ordre du jour

14 mai 1993

ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS

La Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant le rapport du Directeur général sur le programme élargi de vaccination, qui met l'accent sur la nécessité d'accélérer les progrès et particulièrement l'exécution de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000;

Notant avec satisfaction les progrès réalisés dans la voie de l'éradication de la poliomyélite par toutes les Régions de l'OMS;

Félicitant les pays de la Région des Amériques qui n'ont enregistré aucun cas de poliomyélite dû au poliovirus sauvage depuis plus d'un an;

Notant la résolution WPR/RC39.R15 du Comité régional du Pacifique occidental sur l'éradication régionale de la poliomyélite d'ici 1995;

Constatant la profonde préoccupation exprimée par le groupe consultatif mondial du programme au sujet de "l'absence de volonté politique de la part de certains pays industrialisés, pays en développement et donateurs qui n'accordent pas le rang de priorité voulu à l'éradication de la poliomyélite";

Mettant en garde contre l'impossibilité de réaliser l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite sans une accélération constante des programmes nationaux de vaccination;

Soulignant que l'éradication de la poliomyélite aura pour effets de renforcer les activités du programme dirigées contre d'autres maladies, d'économiser les ressources financières actuellement consacrées à l'achat de vaccins, aux traitements médicaux et à la réadaptation, d'améliorer la surveillance, de renforcer les services de laboratoire, de rendre plus efficaces les systèmes de prestations et d'accroître la participation communautaire;

Rappelant les résolutions WHA41.28, WHA42.32, WHA44.33 et WHA45.17 de l'Assemblée de la Santé ainsi que la Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant qui mentionnent, parmi les objectifs pour les années 90, l'éradication mondiale de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal et la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à la rougeole;

1. REAFFIRME que l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000 peut être atteint;
2. CONFIRME l'engagement de l'OMS en faveur de l'éradication de la poliomyélite qui constitue l'une des plus hautes priorités de l'action sanitaire mondiale;

Annexe

3. APPROUVE le plan d'action révisé, y compris la création et l'extension de zones indemnes de poliomyélite et la confirmation de l'absence de toute transmission du poliovirus sauvage dans ces zones;
4. APPRECIÉ l'engagement, le soutien et les actions coordonnées de l'UNICEF et d'autres organisations du système des Nations Unies, d'autres institutions intergouvernementales, ainsi que des organisations gouvernementales et non gouvernementales, notamment Rotary International;
5. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) de réaffirmer leur engagement en faveur de l'éradication de la poliomyélite sur le plan national et de mobiliser le personnel et les ressources nécessaires pour la mener à bien;
 - 2) d'appliquer les politiques et stratégies essentielles du plan d'action mondial;
 - 3) de mettre en place une surveillance efficace des cas de paralysie flasque aiguë et de la circulation persistante du poliovirus sauvage dans les populations et dans l'environnement;
 - 4) de renforcer les services de réadaptation destinés aux enfants handicapés par la poliomyélite et les autres maladies paralytiques;
6. INVITE les organisations du système des Nations Unies, les autres institutions intergouvernementales et les organisations gouvernementales et non gouvernementales à soutenir les pays qui se sont engagés à éradiquer la poliomyélite, en coopérant à la planification et à l'exécution des activités essentielles, en veillant à fournir des quantités suffisantes de vaccin antipoliomyélique pour la vaccination supplémentaire, en appuyant le développement du réseau de laboratoires spécialisés dans les poliovirus et en accordant une assistance technique pour la surveillance et la vaccination;
7. PRIE le Directeur général :
 - 1) de mettre en oeuvre les mesures requises pour atteindre l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000, notamment les plans, l'appui budgétaire et les activités organisationnelles nécessaires pour coordonner l'action sanitaire;
 - 2) de soutenir les efforts des pays désireux d'obtenir des quantités suffisantes de vaccins répondant aux normes de qualité de l'OMS, tant pour la vaccination systématique que pour la vaccination supplémentaire, y compris en fabriquant ces vaccins localement ou en conditionnant sur place des vaccins en vrac, selon le cas;
 - 3) de coopérer avec les pays pour déterminer leurs autres besoins concernant l'application des mesures essentielles pour l'éradication de la poliomyélite, y compris celles qui ont trait à la logistique et à la chaîne du froid, aux services de laboratoire et à la surveillance;
 - 4) de collaborer avec les autres organisations du système des Nations Unies, les autres institutions intergouvernementales et les organisations gouvernementales et non gouvernementales pour mobiliser les fonds nécessaires à l'approvisionnement en vaccins et pour satisfaire les autres exigences de l'éradication de la poliomyélite;
 - 5) de contrôler tous les mois les progrès accomplis au moyen de rapports sur les cas dépistés de paralysie flasque aiguë, sur les cas confirmés de poliomyélite et sur les indicateurs de l'efficacité de la surveillance;

- 6) de poursuivre les travaux de recherche fondamentale et appliquée en rapport avec l'éradication de la poliomyélite;
- 7) de tenir le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé informés des progrès réalisés dans la voie de l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000.

Treizième séance plénière, 14 mai 1993

A46/VR/13

= = =