



Table des matières disponible sur ScienceDirect

Vaccine

Page d'accueil de la revue : www.elsevier.com/locate/vaccine

Analyse

Aider les pays à créer et à renforcer leur GTCV : enseignements tirés de cinq années d'existence de SIVAC

Alex Adjagba^{a,*}, Kamel Senouci^a, Robin Biellik^b, Nyambat Batmunkh^c,
Pape Coumba Faye^a, Antoine Durupt^a, Bradford D. Gessner^a, Alfred da Silva^a

^a Agence de Médecine Préventive, 164 Rue de Vaugirard, 75015 Paris, France

^b Consultant indépendant, Tranchepied, 10 1278 La Rippe, Suisse

^c International Vaccine Institute, SNU Research Park, San 4-8 Nakseongdae-dong, Gwanak-gu, 151-919 Séoul, République de Corée

Informations relatives à l'article

Historique de l'article :

Reçu le 11 juillet 2014.

Reçu dans sa version révisée

le 13 décembre 2014.

Accepté le 15 décembre 2014.

Disponible en ligne le 26 décembre 2014.

Mots clés :

Vaccination

Comité consultatif

Groupe Technique Consultatif national pour la Vaccination (GTCV)

Politique fondée sur des données factuelles

Processus décisionnel

Politique de santé

Renforcement des capacités

Nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés

Introduction de vaccins

Vaccination systématique

Résumé

Afin de donner aux gouvernements les moyens de formuler des politiques rationnelles indépendamment de toute pression et de promouvoir les processus décisionnels fondés sur des données factuelles en vue d'adapter localement les recommandations mondiales sur la vaccination, l'OMS a recommandé à de nombreuses reprises aux pays d'établir des Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la Vaccination (GTCV). L'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a entériné ces recommandations en 2012, lorsque ses pays membres ont adopté le Plan d'action mondial pour les vaccins (*Global Vaccine Action Plan*, GVAP) dans le cadre de la Décennie de la vaccination. Les GTCV sont des comités multidisciplinaires composés d'experts nationaux, qui s'appuient sur des données factuelles pour conseiller en toute indépendance les autorités de santé sur leurs politiques vaccinales applicables à tous les groupes de population. En 2012, d'après le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF, parmi les 57 pays pouvant prétendre à un soutien financier de l'Alliance GAVI pour leurs programmes de vaccination, seuls 9 ont déclaré posséder un GTCV opérationnel. Depuis 2008, l'Initiative SIVAC (*Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees*), un programme de l'Agence de Médecine Préventive (AMP), collabore étroitement avec l'OMS et d'autres partenaires en vue d'accélérer et de systématiser la création de GTCV dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En plus d'apporter un soutien direct aux pays pour l'établissement de leurs groupes consultatifs, SIVAC aide les GTCV existants à renforcer leur capacité à employer des processus décisionnels fondés sur des données factuelles et conformes aux normes internationales. Nous nous appuyons sur les enseignements tirés de ces cinq années de travail pour recommander d'orienter les efforts sur la création de nouveaux GTCV et sur le renforcement des capacités des groupes consultatifs existants, en suivant trois axes stratégiques : i) renforcer l'intégration institutionnelle des GTCV pour les pérenniser et assoir leur crédibilité, ii) renforcer les capacités techniques des secrétariats des GTCV et évaluer les résultats de ces derniers, et iii) développer le travail en réseau et les collaborations régionales. À cette fin, il conviendra d'élaborer et de diffuser des outils, des directives et des informations au travers de dispositifs adaptés.

© 2014 Les auteurs. Publié par Elsevier Ltd. Cet article est en accès libre sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

Dans le sillage du Programme élargi de vaccination (PEV) lancé par l'OMS il y a 40 ans, une majorité de pays à revenu faible et intermédiaire ont mis en place des calendriers de vaccination à six antigènes, à savoir : le vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche à germes entiers (DTc), le vaccin antirougeoleux, le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) et le bacille de Calmette et Guérin (BCG). Par la suite, certains pays ont introduit jusqu'à dix antigènes supplémentaires, y compris le vaccin contre l'hépatite B, le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* de type B (Hib) conjugué, les vaccins antipneumococcique et méningococcique conjugués ou encore les vaccins contre la fièvre jaune, le rotavirus, la grippe et le papillomavirus humain (PVH) [1]. En outre, plusieurs vaccins sont en phase de développement (en vue d'une mise sur le marché probable au cours de la prochaine décennie) et visent, entre autres, à prévenir le paludisme, la dengue, les streptocoques du groupe B, la tuberculose, le virus de l'immunodéficience humaine et le virus respiratoire syncytial.

Abréviations : AMP, Agence de Médecine Préventive ; AMS, Assemblée mondiale de la Santé ; CEDEAO, Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest ; GAVI, Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*) ; GTCV, Groupe Technique Consultatif national pour la Vaccination ; IVI, Institut international pour la Vaccination (*International Vaccine Institute*) ; OOAS, Organisation Ouest-Africaine de la Santé ; OMS, Organisation mondiale de la Santé ; PAHO, Organisation panaméricaine de la Santé (*Pan-American Health Organization*) ; SIVAC, Soutien aux comités consultatifs pour les vaccins et la vaccination (*Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees*).

* Auteur correspondant. Tél. : +33 01 53 86 89 20 ; fax : +33 01 53 86 89 39.
Courriels : aadjagba@aamp.org (A. Adjagba), rbiellik@gmail.com (R. Biellik).

La vaccination est un domaine toujours plus complexe pour de multiples raisons, dont l'accroissement des activités de vaccination après l'enfance, le nombre croissant de fabricants de vaccins, la multitude des présentations vaccinales et les tarifs qui varient en fonction de l'offre, de la demande et (surtout) de la capacité à payer.

De surcroît, les autorités nationales de santé de nombreux pays en développement ne possèdent pas encore la méthodologie nécessaire pour évaluer des données scientifiques de plus en plus nombreuses et complexes. Et, pour finir, les pays disposant de ressources financières limitées doivent faire face à des choix cornéliens à l'heure de définir leurs priorités au sujet des interventions de santé publique recommandées.

Les GTCV sont des comités multidisciplinaires composés d'experts nationaux, qui s'appuient sur des données factuelles pour conseiller en toute indépendance les autorités de santé sur leurs politiques vaccinales applicables à tous les groupes de population. Leur rôle est de collecter, d'examiner, d'évaluer et d'organiser les données scientifiques relatives à des questions spécifiques en lien avec les vaccins, afin de formuler des recommandations à l'intention des autorités nationales de santé.

L'OMS a recommandé à maintes reprises aux pays de se doter d'un GTCV et ce, pour deux raisons : en premier lieu, pour donner aux gouvernements les moyens de concevoir des politiques logiques à l'abri des pressions de groupes extérieurs et, deuxièmement, pour promouvoir l'utilisation de processus décisionnels fondés sur des données factuelles afin d'adapter à leur propre contexte les recommandations mondiales sur la vaccination. L'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a confirmé le bien-fondé ces recommandations en 2012, lorsque ses pays membres ont adopté le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) dans le cadre de la Décennie de la vaccination [2], une stratégie mondiale conçue pour éviter des millions de décès d'ici 2020 en offrant aux membres de toutes les communautés un accès plus équitable aux vaccins existants. Le GVAP prévoit un objectif spécifique aux GTCV, à savoir : « Tous les pays doivent posséder un GTCV fonctionnel d'ici 2020 ».

L'OMS a initialement défini six indicateurs fondamentaux pour caractériser un GTCV opérationnel : l'existence de termes de référence officiels établis par écrit, un statut législatif ou administratif, la représentation d'au moins cinq grands domaines d'expertise parmi les principaux membres du comité, la tenue d'au moins une réunion par an, l'existence d'un secrétariat chargé de distribuer l'ordre du jour et les documents préparatoires en amont des réunions et, enfin, une politique de déclaration des conflits d'intérêts applicable à tous les membres du GTCV [3]. En 2013, l'OMS, SIVAC et d'autres partenaires ont conjointement élaboré un ensemble d'indicateurs plus complet destiné à évaluer le fonctionnement, les résultats et les produits des GTCV [4]. Les progrès réalisés à cet égard et par rapport à d'autres objectifs feront l'objet d'un suivi au cours des dix prochaines années et d'un rapport annuel présenté à l'AMS pour

analyse [2].

Par leur indépendance et le sérieux de leurs avis scientifiques, les GTCV des pays développés jouent un rôle décisif auprès des gouvernements depuis de nombreuses années. À titre d'exemple, citons le Comité conjoint sur la vaccination et l'immunisation (*Joint Committee on Vaccination and Immunization*, JCVI) au Royaume-Uni, le Comité consultatif sur les pratiques de vaccination (*Advisory Committee on Immunization Practices*, ACIP) aux États-Unis, le Comité Technique des Vaccinations (CTV) en France, le Comité permanent sur la vaccination (STIKO) en Allemagne, le Groupe technique consultatif australien sur les vaccinations (*Australian Technical Advisory Group on Immunizations*, ATAGI) et le Comité consultatif coréen sur les pratiques de vaccination (KACIP) en Corée du Sud. D'autres GTCV de pays à revenu intermédiaire, tels que le Comité Technique de Vaccination (CTV) en Tunisie et le Groupe technique consultatif indonésien sur la vaccination (*Indonesian Technical Advisory Group on Immunization*, ITAGI), sont également parvenus à des niveaux satisfaisants en termes de fonctionnement et de résultats [5].

D'après le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF, 99 pays du monde entier (soit 52 %) ont déclaré en 2012 posséder un GTCV disposant d'un statut officiel (législatif ou administratif), la Région OMS de la Méditerranée Orientale se distinguant avec un taux de 86 %. Parmi les 63 pays (33 %) ayant déclaré posséder un GTCV fonctionnel, seuls 38 étaient des pays en développement. Sur les 57 pays pouvant prétendre à un soutien financier de l'Alliance GAVI pour leurs programmes de vaccination, seuls 9 ont signalé la présence d'un GTCV fonctionnel [6].

L'Agence de Médecine Préventive (AMP) et l'Institut international pour la Vaccination (IVI) ont fondé l'Initiative SIVAC en 2008, en étroite collaboration avec l'OMS et avec le soutien financier de la Fondation Bill et Melinda Gates. SIVAC s'emploie à accélérer et à systématiser la création de GTCV dans les pays à revenu faible et intermédiaire [7]. En plus d'apporter un soutien direct aux pays pour l'établissement de leurs groupes consultatifs, l'Initiative aide également les GTCV existants à renforcer leur capacité à employer des processus décisionnels fondés sur des données factuelles, conformément aux normes internationales.

En tant que membre du « Centre collaborateur de l'OMS pour une prise de décision en immunisation reposant sur des bases factuelles » au sein de l'AMP, SIVAC est, avec les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC), l'un des principaux soutiens du Siège et des bureaux régionaux de l'OMS en matière de création et de renforcement des GTCV. Ce groupe d'organisations est largement coordonné par le siège de l'OMS et inclut, notamment, les points focaux pour les GTCV au sein des bureaux régionaux de l'OMS, les CDC et le Centre de documentation de l'OMS sur la vaccination.

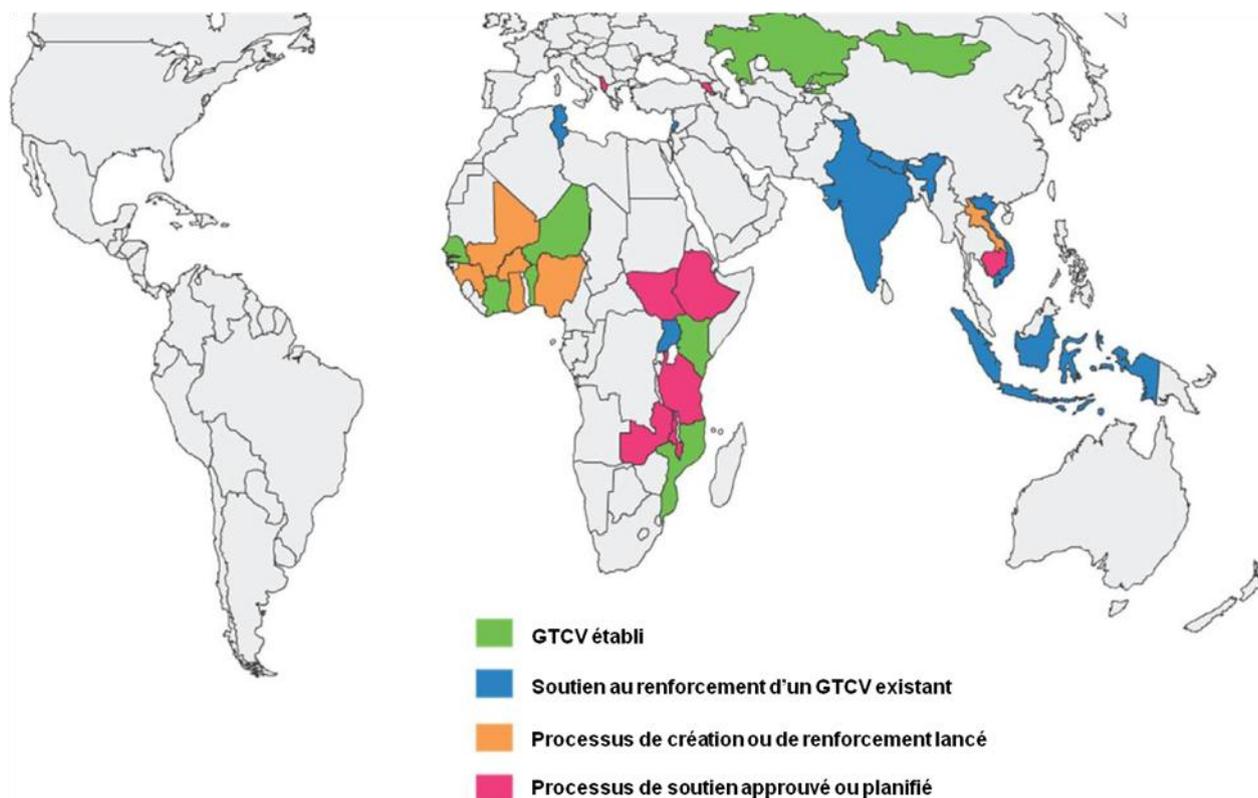
Tableau 1

Pays ayant fait ou faisant actuellement l'objet d'un soutien de SIVAC, ou dans lesquels ce soutien a débuté ou est planifié

GTCV établi	Soutien au renforcement d'un GTCV existant	Processus de création ou de renforcement lancé	Processus de soutien approuvé ou planifié
Bénin	Inde	Burkina Faso	Albanie
Côte d'Ivoire	Indonésie	Ghana	Arménie
Kazakhstan	Liban ^a	Guinée	Cambodge
Kenya	Népal	Laos (RDP)	Éthiopie
Kirghizistan	Tunisie	Mali	Malawi
Mongolie	Ouganda	Nigéria	Soudan du Sud
Mozambique ^b	Vietnam	Gambie	Tanzanie
Niger			Zambie
Sénégal			

a Reprise du processus suite à une suspension.

b Période de soutien terminée.



Carte 1. Pays ayant fait ou faisant actuellement l'objet d'un soutien de SIVAC, ou dans lesquels ce soutien a débuté ou est planifié

Le présent article vise à analyser et à évaluer la contribution de SIVAC aux objectifs de l'OMS et de la communauté internationale en matière de GTCV. Nous examinerons les enseignements tirés des cinq premières années d'existence du projet, puis nous dresserons un bilan du développement des GTCV en nous appuyant sur l'expérience et le point de vue de SIVAC. Enfin, nous présenterons des orientations stratégiques pour le développement des GTCV au cours des cinq prochaines années.

2. Contexte

Depuis sa création et en collaboration avec l'OMS et ses partenaires, l'Initiative SIVAC a assisté neuf pays dans la mise en place de leur GTCV et aide actuellement huit autres pays à réaliser cet objectif. L'Initiative a également apporté son soutien à sept pays en vue de renforcer leur GTCV existant. Par ailleurs, une convention de soutien a été établie avec 14 autres pays pour les deux prochaines années (voir le tableau 1 et la carte 1). Les critères de sélection des pays ont été analysés dans d'autres articles [7, 8], de même que les méthodologies et processus relatifs à la création des GTCV.

En plus d'apporter une assistance directe et personnalisée aux GTCV, l'un des objectifs de SIVAC est de fournir un appui technique global à l'ensemble des pays, y compris ceux qui ne reçoivent pas une aide directe de l'Initiative. Cela inclut l'élaboration de nombreuses directives sur la création et le fonctionnement des GTCV, en collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires (tels que les CDC et les GTCV existants). Ces orientations, qui peuvent être adaptées au système de santé de tous les pays, proposent un cadre en vue de donner une existence juridique aux GTCV et d'élaborer leurs termes de référence ainsi que leurs procédures opératoires normalisées. À

titre d'exemple, le secrétariat du GTCV indien s'est appuyé sur ces directives pour améliorer sa gestion des conflits d'intérêts, limiter l'influence extérieure des groupes de pression et mieux définir les rôles et responsabilités des membres du comité, entre autres. Ces directives fournissent des indications sur le mode de fonctionnement, le nombre de membres, le nombre de mandats pouvant être effectués et pour quelle durée, ainsi que l'organisation des groupes de travail, les interactions avec les autres comités techniques, tels que les autorités de réglementation nationales [9], et la combinaison idéale des domaines d'expertise représentés.

3. Enseignements

Parmi les enseignements tirés de ces cinq années, nous ferons dans un premier temps le point sur les difficultés rencontrées au cours de la création et du renforcement des GTCV depuis 2008, puis nous exposerons les avantages que les pays ont perçu et rapporté, en les illustrant d'exemples concrets. Nous examinerons *tous* les enseignements tirés de notre expérience afin de dresser le tableau le plus exhaustif possible.

3.1. Difficultés

3.1.1 Les autorités nationales doivent mieux comprendre le rôle des GTCV

En dépit des multiples recommandations de l'OMS (à l'échelle mondiale et régionale) en faveur de l'établissement des GTCV, ceux-ci demeurent largement méconnus des hauts responsables de la santé vaccinale dans les pays. Pour accéder à un financement de l'Alliance GAVI, les pays admissibles à un tel soutien sont officiellement tenus de disposer d'un Comité de Coordination Inter Agences (CCIA). Les CCIA, qui sont présidés par le ministère de la Santé et réunissent la majorité des

partenaires techniques dans le pays (p. ex. : l'OMS et l'UNICEF), se consacrent essentiellement à la mise en œuvre des décisions ministérielles concernant le PEV, ainsi qu'à leurs aspects opérationnels. De leur côté, les GTCV jouent un rôle consultatif et ne sont pas habilités à gérer et superviser la mise en œuvre et les activités du PEV, qui ne constitue d'ailleurs qu'un de leurs domaines d'intérêt. Par conséquent, la fonction des GTCV n'empiète pas sur celle des CCIA, pas plus qu'elle n'interfère avec elle. Autrement dit, ces deux comités devraient travailler de manière complémentaire.

La méconnaissance des GTCV se traduit souvent par des malentendus de la part des autorités nationales, l'indépendance des GTCV étant au cœur des préoccupations. Il est ainsi arrivé que le ministère de la Santé voie une menace dans l'autonomie de ces comités. Les ministres et hauts responsables du ministère de la Santé d'un pays d'Europe de l'Est, par exemple, craignaient que le GTCV ne formule des recommandations qui sapent leur autorité et portent atteinte à leurs prérogatives. Toutefois, ces appréhensions ont tendu à disparaître une fois les autorités nationales mieux informées du rôle consultatif du GTCV et lorsqu'il leur a été rappelé qu'il appartient au ministre de la Santé de nommer les membres du comité, de définir les responsabilités du secrétariat, de contribuer à établir l'ordre du jour des réunions et que les décisions finales lui reviennent en dernier ressort. Les exemples de GTCV d'autres pays ont également permis d'atténuer les craintes des autorités nationales.

Le secrétariat supervise l'ordre du jour du GTCV au cours d'un grand exercice auquel participent le ministère de la Santé mais également d'autres parties prenantes nationales en matière de vaccination, ainsi que les membres du GTCV. Cette démarche garantit que l'ordre du jour intègre tous les points de vue [10]. L'indépendance des recommandations est assurée i) par l'obligation faite aux membres votants de déclarer tout conflit d'intérêts et ii) par l'évaluation systématique des données factuelles pour l'élaboration des recommandations.

3.1.2 Les organismes techniques doivent mieux comprendre le rôle des GTCV pour faciliter leur création

Il est quelque peu surprenant de constater que, dans certains pays et régions, ce soient les partenaires techniques internationaux, plutôt que les autorités nationales, qui expriment des réticences vis-à-vis de la création des GTCV. Certains se sont inquiétés de ce que l'obligation de consulter les GTCV au préalable n'occasionne des retards dans l'introduction de nouveaux vaccins. Il a également été question de l'existence d'experts nationaux, et de leur capacité à formuler des recommandations alors que les pays se sont largement appuyés sur l'OMS et l'UNICEF au cours des quatre dernières décennies. Ces inquiétudes découlent d'un manque de compréhension du rôle des GTCV au sein du processus décisionnel. S'il est vrai que la consultation du GTCV peut ralentir la prise de décision, on peut raisonnablement s'attendre à ce que ces comités aient une influence très bénéfique à long terme.

De nombreux partenaires internationaux et institutions techniques appuient désormais la création des GTCV et reconnaissent l'importance de leur rôle à l'échelle nationale. Tous les Comités régionaux de l'OMS ont recommandé à leurs membres de se doter d'un GTCV. Par ailleurs, l'un des critères de l'Alliance GAVI pour les demandes de soutien relatives à l'introduction d'un nouveau vaccin consiste à indiquer si le GTCV du pays (le cas échéant) a formulé une recommandation au sujet du vaccin en question.

3.1.3 Les divergences de priorités et la méfiance entravent la création des GTCV

Les priorités contradictoires ou la défiance, qu'elles soient réelles ou perçues, peuvent entraver la création d'un GTCV. Dans

un pays d'Afrique de l'Est, le processus d'établissement du GTCV (entamé avec la soumission d'une lettre d'intention par les hauts responsables du ministère de la Santé) a fait long feu avant que le système politique du pays ne soit restructuré en 2010, entraînant la scission du ministère de la Santé en un ministère de la Santé publique et un ministère des Services médicaux. La création du GTCV s'en est trouvée compliquée du fait du chevauchement des portefeuilles et de la concurrence qui s'est établie entre les directions des deux ministères. En outre, le comité consultatif était considéré moins prioritaire que d'autres difficultés auxquelles le pays était confronté.

Le gouvernement d'un pays de la région de la Méditerranée orientale avait précédemment établi un groupe consultatif au travers d'un processus de sélection que d'autres parties prenantes jugeaient arbitraire. En effet, malgré l'importance considérable des praticiens privés pour la vaccination, ce groupe consultatif ne comportait aucun représentant du secteur médical privé. Les tentatives de restructuration du comité se sont heurtées à la défiance entre les experts du secteur privé et le ministère de la Santé, qui tenait à deux facteurs : une absence de coopération remontant à plusieurs décennies, et le sentiment du ministère de la Santé que les représentants du secteur privé avaient de sérieux conflits d'intérêts avec les fabricants de vaccins.

3.1.4 Le déficit de ressources humaines au sein des secrétariats et le manque de formation nuisent au bon fonctionnement des GTCV

Le secrétariat exécutif du GTCV coordonne les activités du comité en conformité avec ses termes de référence et ses procédures opératoires normalisées. Les secrétariats sont chargés de coordonner les documents techniques préparatoires que le comité doit examiner avant de formuler ses recommandations. Toutefois, le manque de ressources humaines convenablement formées dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire empêche la création de secrétariats suffisamment robustes (à l'instar du secteur de la santé en général).

Les pays ont adopté des démarches différentes pour constituer les secrétariats de leurs GTCV, avec plus ou moins de réussite. Ainsi, dans un pays d'Afrique à revenu intermédiaire, le ministère de la Santé a nommé le responsable national du PEV au poste de secrétaire du GTCV, ajoutant cette fonction à ses obligations quotidiennes et sans lui adjoindre de ressources (financières ou humaines) supplémentaires. *A contrario*, le secrétariat exécutif du GTCV d'un pays européen est intégré au sein du Centre national d'immunoprophylaxie. En sus de ses activités relatives à la santé publique, à la formation et à la recherche, ce centre assume également la responsabilité de tous les travaux menés dans le pays en matière de vaccination et relève directement du ministère de la Santé. Tous les employés du centre prêtent main-forte au GTCV. Un pays d'Asie du Sud-Est a suivi une tout autre approche, dans la mesure où le bureau national de l'OMS a initialement joué le rôle de secrétariat pour le GTCV existant pendant plusieurs mois, avant que cette responsabilité ne soit confiée à la Division de la santé infantile du ministère de la Santé.

Il est primordial que les secrétariats soient entièrement équipés et disponibles (sous la supervision du président du GTCV) pour être en mesure d'évaluer convenablement les enjeux de la vaccination, d'atteindre un consensus, d'organiser l'ordre du jour en tenant compte des priorités, de former des groupes de travail et d'élaborer des stratégies de communication (ciblant le gouvernement et les populations selon les besoins). Il est important que le secrétariat dispose d'un bureau visible et physique, ainsi que d'une adresse électronique et d'autres équipements logistiques (tels que des imprimantes et des scanners, au strict minimum).

Au vu des réussites des GTCV dans les pays développés, un secrétariat exécutif devrait idéalement être hébergé par un institut de recherche national et dirigé par un professionnel de la vaccination expérimenté et entièrement dévoué à cette tâche (de préférence, un docteur en santé publique). Celui-ci devrait être assisté d'au moins un employé à plein temps titulaire d'un master en santé publique (ou dans un domaine connexe). L'institut devrait avoir un moyen de communication direct avec le directeur du PEV et être en position de solliciter des universitaires le cas échéant.

Il est acquis que les secrétariats des GTCV finissent toujours par atteindre leurs limites en matière d'expertise ou de dotation en personnel, et que cela peut nuire à la bonne préparation des réunions, par exemple, pour la compilation des supports techniques de référence et la distribution des documents en amont des réunions. Plusieurs GTCV sont parvenus à surmonter ces obstacles en se reposant largement sur des groupes de travail techniques, qui réunissent généralement un ou deux membres du GTCV, le secrétariat exécutif du comité et des experts nationaux (extérieurs au GTCV), et dont la mission est de rassembler les données scientifiques avant les réunions plénières du GTCV. L'intérêt de ces groupes a été démontré dans de nombreux pays : en Tunisie, par exemple, un groupe de travail consacré au vaccin antipneumococcique conjugué a été créé en vue de rassembler les données factuelles existant à l'échelle internationale et, par-dessus tout, pour enquêter sur l'existence de données locales non publiées. Suite à la présentation des conclusions du groupe, les membres du GTCV ont demandé à poursuivre la recherche de données en se concentrant sur les éventuelles implications économiques de la réduction des hospitalisations grâce à la vaccination. Pour reproduire ce modèle, il est nécessaire de pouvoir accéder aux experts locaux et de disposer de solides compétences organisationnelles.

Tout en aidant les pays à créer ou à améliorer leurs GTCV, il est apparu indispensable de renforcer leurs capacités à mettre en place des comités. Au cours des formations dispensées dans certains secrétariats d'Asie et d'Afrique sur les rôles et responsabilités des GTCV, SIVAC a ressenti la nécessité de renforcer les domaines suivants : la compilation des documents préparatoires, la coordination des groupes de travail, le recours à des méthodologies reconnues pour l'évaluation de la qualité des données factuelles et l'élaboration de recommandations structurées. SIVAC et ses partenaires internationaux s'inspirent à présent de ces premières expériences pour dispenser une formation similaire aux secrétariats dans plusieurs pays d'Europe et d'Afrique dans lesquels les GTCV envisagent l'introduction du VPI.

3.1.5 Le manque d'experts nationaux entrave la création et le fonctionnement des GTCV

L'OMS recommande qu'au moins cinq domaines d'expertise soient représentés parmi les membres principaux des GTCV [3]. Pour sa part, SIVAC considère la présence d'experts locaux comme l'un des facteurs les plus importants dans son analyse de la situation d'un pays. Les institutions d'enseignement établies (les universités reconnues), les hôpitaux (majoritairement universitaires) ou les centres de recherche (p. ex. : les Instituts Pasteur) existent depuis plusieurs années dans tous les pays où un GTCV a été créé ou renforcé. En plus de constituer une source d'expertise, ces établissements renforcent la crédibilité des recommandations formulées par un GTCV.

Il convient de procéder à un exercice de cartographie dès la création d'un GTCV afin de recenser les chercheurs et les experts nationaux en fonction de leurs spécialités, domaines de recherche, etc. Le secrétariat doit alors mettre en place une stratégie d'information sur le rôle et la mission du comité, et accompagner celle-ci d'une brève présentation sur le type de soutien qu'il pourrait nécessiter. Il convient également de mettre

en place un dispositif pour garantir l'efficacité de la coopération et des collaborations. Les experts nationaux sont en général entièrement disposés à apporter leur aide, à condition que les demandes soient clairement formulées et dans des délais raisonnables.

Forts de leur grande expertise en matière de gestion et de fonctionnement des GTCV, les organismes internationaux et nationaux jouent un rôle central, à l'instar des partenaires techniques. Ils contribuent à s'assurer que les recommandations des GTCV tiennent compte des réalités du pays sur le terrain, telles que les priorités du gouvernement ou les exigences des bailleurs de fonds. De plus, leur participation aux réunions des GTCV permet d'éviter le clivage perçu entre le monde universitaire et les « maîtres d'œuvre ». Cette combinaison de compétences et de rôles au sein d'un GTCV a reçu un accueil très positif dans les pays et devra être encouragée.

3.1.6 L'absence d'une gestion appropriée des conflits d'intérêts menace l'indépendance des recommandations

L'une des difficultés rencontrées dans la plupart des pays soutenus par SIVAC a été de faire accepter l'idée que les recommandations des GTCV doivent être indépendantes de toute influence extérieure, c'est-à-dire des fabricants de vaccins mais également du ministère de la Santé et de l'OMS. Cet objectif peut notamment être atteint par une gestion transparente des conflits d'intérêts potentiels.

Un conflit d'intérêt naît de l'incompatibilité entre le devoir public d'un fonctionnaire et ses intérêts privés, qui pourraient influencer indûment l'exercice de ses fonctions et de ses responsabilités [6]. Ainsi, il est demandé aux membres des GTCV qui ont un conflit d'intérêts avec des fabricants de vaccins de quitter la salle durant les discussions au sujet desquelles ils ont un conflit d'intérêts déclaré ou de s'abstenir de voter. En outre, les membres peuvent être influencés par des groupes externes, même en l'absence de conflit d'intérêts. Dans ce cas de figure, les GTCV ont pris l'initiative de consulter leurs pairs dans les pays développés. Cependant, il n'existe pas de méthode unique pour gérer ce genre de situations.

En qualité de membres de liaison et de droit, les représentants de l'OMS et du ministère de la Santé ne votent normalement pas.

Malgré les préoccupations initiales, l'utilisation systématique des formulaires de déclaration de conflits d'intérêts dans les pays soutenus par SIVAC a été acceptée et a permis de renforcer la confiance entre les parties prenantes.

3.1.7 Le manque d'intégration institutionnelle solide menace la viabilité financière et la résistance aux troubles politiques

Bien que les besoins financiers liés au fonctionnement continu des GTCV soient limités (appui logistique aux réunions, honoraires des consultants occasionnels et déplacements nationaux des membres), les premières années qui suivent leur création nécessitent des ressources importantes, essentiellement pour le renforcement des capacités techniques. Les réserves des ministères de la Santé sont limitées et il n'existe pas toujours de plan pour garantir la continuité du fonctionnement des comités au terme du financement initial. Dans deux pays, la reconnaissance par le ministère de la Santé (et d'autres parties prenantes) des GTCV en tant que comités consultatifs officiels s'est révélée indispensable pour l'obtention d'un financement national. Deux autres GTCV en Asie et en Europe de l'Est n'ont pu obtenir un financement du gouvernement que lorsque le soutien financier de SIVAC a pris fin ; les activités de ces comités ont ensuite été intégrées dans le plan de travail annuel du ministère de la Santé.

Cependant, la reconnaissance par le ministère de la Santé ne garantit pas un financement. Par exemple, deux pays d'Afrique et d'Asie n'ont pas encore obtenu de financement continu pour

leurs activités. Par conséquent, les deux années de soutien financier et technique initialement prévues par SIVAC ont été étendues en vue d'une viabilité à long terme, essentiellement en aidant le ministère de la Santé à inscrire une ligne supplémentaire dans le budget ordinaire.

Un pays d'Afrique a également connu une situation regrettable. En effet, les indemnités journalières versées aux membres du GTCV étaient trop élevées (malgré la forte opposition de SIVAC à ce type de pratiques) et le comité n'est pas parvenu à obtenir un financement du gouvernement lorsque le soutien apporté par SIVAC a pris fin. En outre, même si les ressources nécessaires au fonctionnement du GTCV ont été intégrées dans la demande de renforcement des systèmes de santé soumise à l'Alliance GAVI en 2012, la proposition a été rejetée. Par conséquent, le comité consultatif n'a pu mettre en œuvre aucune de ses activités en 2013.

Les GTCV qui ont été pleinement intégrés dans le système de vaccination sont en mesure de continuer de fonctionner malgré la survenue de facteurs externes, tels que des troubles politiques. Des révolutions ou des guerres ont éclaté dans plusieurs pays pendant la phase de mise en œuvre des GTCV (Kirghizistan en 2010, Tunisie en 2011 et Côte d'Ivoire en 2012). Par conséquent, les comités prévus n'ont pas pu être établis et ceux déjà existants ont dû interrompre leurs activités.

Néanmoins, dans les pays où les GTCV ont été convenablement intégrés dans le système de santé publique national, ces comités ont su résister aux bouleversements. En Côte d'Ivoire, par exemple, le nouveau GTCV a cessé de fonctionner pendant la crise politique qui a suivi les élections présidentielles mais a été en mesure de reprendre très rapidement ses activités grâce à une forte motivation de ses membres principaux. Même si son fonctionnement n'est pas encore optimal à tous les niveaux, ce comité est actif et a déjà émis des recommandations. Un autre exemple tout aussi positif est celui de la Tunisie pendant les événements de 2011. En effet, durant cette période, le GTCV a continué de se réunir régulièrement malgré la rotation rapide des hauts responsables de la santé. Les lois officialisant la création des GTCV en Tunisie et en Côte d'Ivoire ont facilité leur viabilité en ces périodes de crise majeures.

3.2 Possibilités et réussites

3.2.1 Les nouveaux GTCV ont eu une incidence sur les récentes décisions en matière de vaccins

Un exemple frappant de l'influence d'un GTCV sur une décision en matière de vaccins a été constaté en 2012, lorsque le ministère de la Santé d'un pays d'Afrique s'apprêtait à déposer une demande de financement auprès de l'Alliance GAVI pour un vaccin antirotavirus (au travers des Comités de Coordination Inter Agences - CCIA). Suite à la décision du ministère, le GTCV a examiné la proposition et a estimé que les données épidémiologiques locales utilisées pour justifier le choix du vaccin étaient incomplètes. Le comité consultatif a donc demandé l'analyse d'autres données collectées sur plusieurs années par des instituts de recherche nationaux. Le ministère de la Santé a tenu compte des conseils du GTCV, a reporté la soumission de la demande et lui a demandé d'examiner les données supplémentaires. Sur la base de l'ensemble des données probantes étudiées dans le cadre de la demande initiale (données épidémiologiques, économiques, logistiques, etc.) et des données additionnelles, le pays a décidé d'introduire un autre vaccin antirotavirus.

Les GTCV intègrent dans le processus décisionnel en matière de vaccination des parties prenantes extérieures aux CCI qui, pour être nouvelles, n'en sont pas moins importantes. Il s'agit, par exemple, d'universitaires et de professionnels de la santé, de sociétés scientifiques et d'ONG, ainsi que de représentants de la

société civile. Par conséquent, il n'est pas surprenant que les GTCV soient perçus comme une source de perturbations. Cependant, les légers retards engendrés par l'implication de ces comités sont contrebalancés par les bénéfices retirés de décisions plus solides, fondées sur des données factuelles et adaptées aux particularités locales. En outre, étant donné que toutes les parties prenantes nationales en matière de vaccination sont (dans l'idéal) représentées au sein des GTCV, leurs recommandations ont plus de chances d'être adoptées et mises en œuvre par le ministère de la Santé, notamment si le comité dispose d'une stratégie de communication efficace. Enfin, la participation des GTCV au processus décisionnel garantit une large diffusion des recommandations.

Il est indéniable que l'intervention de comités indépendants dans les pays à revenu élevé risque de retarder quelque peu l'introduction des vaccins. Cependant, nous espérons que grâce à la conjugaison des efforts de l'ensemble des partenaires, les GTCV dans les pays à revenu faible et intermédiaire pourront atteindre des niveaux de confiance et de crédibilité similaires. En outre, le champ d'activités d'un GTCV n'étant pas limité aux nouveaux vaccins, les secrétariats doivent garder à l'esprit que leurs ordres du jour doivent couvrir de nombreux aspects et inclure, par exemple, la vaccination systématique, les réticences liées à la vaccination et les alertes afférentes à la surveillance. Ainsi, les groupes consultatifs doivent se concentrer sur les systèmes de vaccination dans leur intégralité lorsqu'ils formulent des recommandations.

3.2.2 Les échanges d'expériences avec d'autres GTCV constituent de bonnes occasions d'apprentissage

Des séances d'orientation et de formation sont organisées peu après l'établissement d'un nouveau GTCV afin d'aider les membres du secrétariat à comprendre leur rôle ainsi que le fonctionnement du comité. SIVAC propose également aux secrétariats d'assister aux réunions de comités efficaces établis de longue date. Par exemple, le président et le secrétaire du GTCV du Népal ont visité le GTCV d'Australie (ATAGI), et deux représentants des comités de Côte d'Ivoire et du Liban se sont rendus auprès du GTCV français (CTV). Dans les deux cas, les membres des GTCV en visite ont apprécié de pouvoir directement partager leurs expériences et d'observer le déroulement des réunions.

L'impact de ce type d'échanges a été particulièrement notable en Tunisie et en Mongolie. En effet, après une visite du comité de la province de Québec, le GTCV tunisien a profondément remanié ses procédures et ses activités techniques (c'est-à-dire la préparation des documents de référence, le recours à des groupes de travail et l'établissement des ordres du jour des réunions). De la même façon, suite à la participation de deux responsables mongols au Forum technique sur la vaccination en Nouvelle-Zélande (organe consultatif du ministère de la Santé dans ce pays), le gouvernement mongol a adopté un décret modifiant la composition du GTCV (en vue d'ajouter des membres de droit et de liaison), a commencé à recourir à des groupes de travail pour préparer les documents en amont des réunions du GTCV et a engagé une discussion sur sa viabilité financière. Enfin, après la visite en 2012 du Groupe consultatif européen d'experts sur la vaccination (ETAGE) par des délégués d'un pays d'Europe de l'Est, la composition du GTCV concerné a été modifiée et son président (un responsable du ministère de la Santé) a cessé ses fonctions pour être remplacé par un président indépendant issu du milieu universitaire.

3.2.3 Réussite des partenariats avec les organisations locales et régionales

Les collaborations stratégiques ont contribué à promouvoir la création des GTCV, notamment dans les régions d'Asie et d'Afrique de l'Ouest. Les ministres de la CEDEAO ont émis deux

recommandations aux États membres en 2012 et 2013 en faveur de la création de GTCV [11], à la suite de quoi le Bénin, le Sénégal et le Niger se sont dotés d'un tel comité et des démarches préliminaires ont été entamées dans plus de dix pays d'Afrique de l'Ouest, comprenant le Nigéria, le Libéria, la Gambie, le Mali, la Guinée, le Togo et le Burkina Faso [12]. Le soutien régional de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a joué un rôle essentiel pour engager ces pays dans le processus de création d'un GTCV [12].

3.2.4 Fonctionnement des GTCV facilité par la disponibilité mondiale des ressources techniques

En 2009, une vaste consultation entre les parties prenantes dans les pays et les partenaires techniques au niveau national et international a abouti à la conclusion que des informations pertinentes devaient être mises à la disposition de tous les pays souhaitant établir ou renforcer un GTCV. Il a donc été recommandé de mettre en ligne une importante base de données multilingue destinée aux membres et aux secrétariats des groupes consultatifs. Cet outil, lancé en 2009, comprend [5]:

- un observatoire des GTCV fournissant des orientations techniques sur la création et le fonctionnement des comités, des informations sur plus de 50 GTCV dans le monde, ainsi que des exemples de recommandations ;
- une bibliothèque numérique ;
- un Centre d'expertise proposant des cours et des formations sur la vaccinologie.

Les membres des GTCV de Tunisie et du Mozambique ont examiné l'outil en ligne avec des partenaires dans le cadre d'une évaluation indépendante réalisée en décembre 2012. Les ressources ont été jugées particulièrement utiles, notamment l'observatoire et la bibliothèque en ligne. Néanmoins, d'après les outils de suivi, certains modules du Centre d'expertise (notamment la composante d'apprentissage en ligne) pourraient être améliorés en ajoutant de la documentation sur les GTCV et les vaccins. Le module d'apprentissage en ligne va donc être modifié et un nouvel outil sera lancé en 2014.

3.2.5 Une démarche par étapes, à l'initiative du pays, est indispensable pour établir et/ou renforcer les GTCV

Même si l'objectif consiste à mettre en œuvre des directives inspirées des meilleures pratiques pour tous les pays soutenus par SIVAC, la démarche visant à établir ou à renforcer un GTCV est propre à chaque contexte. En effet, les situations et les spécificités locales ne permettent pas d'appliquer les mêmes processus partout et à chacune des étapes, telles que :

- l'obtention du soutien initial du ministère ;
- l'analyse du contexte national en matière de vaccination et l'adaptation des directives au contexte spécifique ;
- l'appui à l'élaboration d'une note conceptuelle sur les GTCV et la rédaction d'un décret ministériel ;
- la formation des membres des comités sur leur rôle et leurs responsabilités ;
- l'organisation d'une formation technique destinée au secrétariat.

Dans certains pays, l'existence d'autres comités spécialisés dans la vaccination, d'un secteur privé puissant ou de deux ministères de la Santé a empêché l'utilisation des mêmes mécanismes. Afin que la démarche se fasse à l'initiative du pays, il est essentiel d'obtenir le soutien du ministère de la Santé. En effet, chaque fois que le ministère a été convaincu de la valeur ajoutée apportée par un GTCV, le comité a été établi avec succès. Ainsi, l'utilisation d'une démarche par étapes, à l'initiative du pays, permet de surmonter la plupart des obstacles.

3.2.6 Impact positif des activités de SIVAC rapporté par les pays développés

Plusieurs pays développés ont indiqué avoir modifié certaines caractéristiques de leurs comités consultatifs sur la base de l'expérience de SIVAC en matière de création de GTCV. Israël en est un exemple concret.

En effet, le Comité consultatif israélien sur les maladies infectieuses et les vaccinations (établi il y a quarante ans) est composé de 15 membres principaux, de 9 membres de droit et de 6 observateurs, tous désignés par le Directeur des services de santé publique du ministère de la Santé. Ce comité a été réformé suite à l'examen du supplément d'avril 2010 de la revue *Vaccine* [3] qui décrit la structure et les fonctions d'un GTCV. La réforme de 2012 a été approuvée par le ministère de la Santé et a eu une incidence sur le comité dans les domaines suivants :

- Mandat : auparavant illimité, il se limite désormais à cinq ans (possibilité de reconduction).
- Catégories de membres : le comité comprend dorénavant trois groupes (membres principaux, membres de droit et observateurs).
- Droits de vote : les articles de la revue *Vaccine* ont donné lieu à des débats sur les droits de vote des membres de droit, qui ont finalement conservés ceux-ci.
- Termes de référence : un document plus détaillé a été mis en place.
- Politique relative aux conflits d'intérêts : adoption d'une politique et élaboration de nouveaux formulaires y afférents.
- Types d'expertise : désignation d'un économiste et d'un conseiller juridique en tant qu'observateurs.

Cette réforme a permis d'améliorer le fonctionnement du comité. En outre, une auto-évaluation de son efficacité (fondée sur les indicateurs de l'OMS) est prévue en 2014 [4].

4. Implications et recommandations concernant la création et le renforcement de futurs GTCV

4.1. Renforcer l'intégration institutionnelle pour promouvoir la viabilité et la crédibilité

Les GTCV qui sont pleinement intégrés dans le système national de santé voient leur viabilité et leur crédibilité garanties, et ceci au travers de deux facteurs décisifs : le positionnement judicieux du comité dans le processus décisionnel ainsi qu'un document (ministériel, législatif) officialisant juridiquement son établissement. L'intégration institutionnelle peut également être facilitée en dissipant les idées reçues et les malentendus sur le rôle et les responsabilités des GTCV. Cela nécessite un dialogue ouvert entre tous les partenaires dans les pays afin d'éviter la communication de messages contradictoires aux autorités de santé.

L'intégration institutionnelle peut également nécessiter une coordination avec d'autres comités consultatifs spécifiques à une maladie. Le rôle des GTCV consiste à fournir des conseils techniques sur tous les aspects liés à la vaccination (y compris sur les nouveaux vaccins et la vaccination systématique) et à recommander des solutions pour améliorer le fonctionnement général du système de vaccination. En conséquence, leurs interactions avec des comités spécialisés dans un vaccin et les programmes de vaccination systématique existants nécessitent d'être clarifiées. Nombre de pays pouvant prétendre à un financement de l'Alliance GAVI et de pays à revenu intermédiaire qui disposent de comités efficaces spécialisés dans une maladie (telle que la polio, la rougeole ou l'hépatite) apportent un soutien croissant à la création ou au renforcement des GTCV.

À l'avenir, il conviendra de mettre en œuvre des activités visant, entre autres, à intégrer les comités consultatifs spécifiques à une maladie au sein des GTCV, à renforcer le positionnement institutionnel et à accroître la conformité aux pratiques reconnues par l'OMS concernant les méthodes techniques de collecte et d'évaluation des données probantes utilisées pour formuler des recommandations.

Ainsi, l'intégration institutionnelle permet aux GTCV de résister aux troubles politiques, leur apporte une sécurité financière et accroît leur crédibilité. Il convient de rappeler que dans tous les pays soutenus par SIVAC qui ont connu des bouleversements politiques, les GTCV ont pu reprendre leurs activités grâce au statut juridique du comité et à sa solide intégration au sein d'une institution préexistante. De plus, il est plus facile pour les GTCV bénéficiant d'une intégration institutionnelle (et qui, par conséquent, jouissent d'une large acceptation) d'obtenir un financement et de garantir leur pérennité lorsque le soutien externe arrive à son terme. L'obtention d'un financement adéquat étant capitale, les GTCV doivent élaborer des projets ciblant les sources de financement les plus durables (même si le soutien du gouvernement reste une source idéale).

4.2 Renforcer les capacités techniques des secrétariats des GTCV et évaluer les résultats

Une étude réalisée en 2012 à partir des formulaires conjoints de déclaration (OMS/UNICEF) a révélé que les GTCV devaient s'efforcer de se conformer aux normes internationales. En effet, sur les 63 pays ayant déclaré disposer d'un GTCV, seuls 33 % satisfaisaient aux six indicateurs de processus caractéristiques d'un groupe consultatif efficace [6], alors que l'objectif du Plan d'action mondial pour les vaccins vise à ce que tous les pays soient dotés d'un GTCV entièrement opérationnel d'ici 2020. Ces résultats révèlent la nécessité de renforcer les nouveaux GTCV ainsi que ceux déjà existants. Les efforts à venir doivent cibler un renforcement des capacités techniques des secrétariats exécutifs afin qu'ils disposent des ressources suffisantes pour exercer leurs fonctions. Il s'agit là d'un élément essentiel au fonctionnement optimal de tous les groupes consultatifs et notamment de ceux récemment créés. La nécessité de fournir un appui organisationnel aux secrétariats, ainsi qu'aux membres des GTCV, et de renforcer leurs capacités (y compris par des termes de référence et des procédures opératoires normalisées clairs) est largement admise. En outre, les partenaires techniques peuvent jouer un rôle fondamental en s'assurant que les secrétariats des GTCV récents collectent les données factuelles adéquates et se conforment aux procédures normalisées. L'appui technique implique l'élaboration de documents normatifs par l'OMS et les partenaires concernés (tels que les directives relatives à la formulation de recommandations fondées sur des données probantes, y compris les méthodes d'évaluation critique de ces données, et les directives relatives à l'élaboration de notes de recommandation). Il nécessite également des formations présentielle sur des sujets importants, tels que la cartographie des parties prenantes dans le domaine de la vaccination, le fonctionnement des groupes de travail, l'utilisation de méthodes approuvées pour évaluer les données scientifiques et de méthodes de rédaction des notes d'orientation politique.

L'évaluation des produits et des résultats des GTCV établis et de ceux récemment constitués constitue également une étape importante. Cette évaluation peut être réalisée par le ministère de la Santé ou par un consultant externe à l'aide des 17 indicateurs de produit et de résultat définis par l'OMS [4]. SIVAC et ses partenaires ont utilisé ces critères pour élaborer un protocole d'évaluation complet, y compris des orientations pour l'examen de documents des GTCV ainsi qu'un plan d'analyse. Ce protocole, qui a récemment été testé en Mongolie, en Côte

d'Ivoire, au Népal et en Indonésie, est actuellement en cours de révision et de finalisation. Il sera mis à disposition du public sur le Centre de ressources des GTCV. Pour les groupes consultatifs existants, l'évaluation devra être réalisée avant l'élaboration du plan de travail afin d'identifier les faiblesses relatives aux indicateurs de fonctionnement et de résultats, et de permettre la préparation d'un plan conforme aux besoins identifiés. Les conclusions de ces évaluations seront présentées dans une future publication conjointe sur la production, l'impact et les résultats des GTCV.

4.3 Renforcer le travail en réseau et la collaboration régionale

Les secrétariats exécutifs doivent établir des liens avec d'autres GTCV afin de garantir un développement pérenne. Par exemple, comme décrit ci-dessus, les interactions avec des GTCV solides peuvent avoir un impact rapide sur le fonctionnement et les résultats d'un GTCV en cours de création.

En outre, des réseaux peuvent être constitués dans une même région de l'OMS ou sur la base d'autres spécificités communes, telles que la langue. Par exemple, dans la région de la Méditerranée orientale, le GTCV de Tunisie pourrait contribuer à établir un réseau régional avec le Soudan, le Maroc, l'Iran et l'Égypte, en collaboration avec le bureau régional de l'OMS. En Afrique sub-saharienne, un réseau pourrait regrouper les GTCV francophones, un autre leurs homologues anglophones et, enfin, un troisième réseau pourrait réunir les GTCV lusophones, comprenant l'Angola, le Mozambique, le Cap-Vert et la Guinée-Bissau. D'autres réseaux régionaux potentiels pourraient inclure le Viêt Nam, la République démocratique populaire lao, le Cambodge et les Philippines, dans la région du Pacifique occidental, ainsi que des pays de l'Europe de l'Est.

5. Conclusions

Au cours de ces dernières années, plusieurs initiatives en matière de vaccination, dont l'Initiative SIVAC, ont contribué à accroître l'utilisation de processus décisionnels fondés sur des données factuelles au niveau national. Les pays à revenu faible et intermédiaire se sont largement appuyés sur des autorités extérieures pour recevoir des conseils en matière de politique, alors que les recommandations vaccinales doivent être adaptées aux contextes locaux. Malgré l'intérêt porté par de nombreux pays à la prise de décision fondée sur des données probantes, une assistance technique reste nécessaire pour promouvoir un organe pérenne et indépendant en mesure de conseiller les gouvernements sur la mise en œuvre locale des recommandations vaccinales mondiales. Les organismes internationaux et nationaux doivent également jouer un rôle plus actif au sein des GTCV en tant que membres de liaison. Cet ensemble de compétences et de rôles s'est avéré très efficace et a permis aux GTCV d'éviter de formuler des recommandations « irréalistes » ou « trop théoriques ».

À la lumière des enseignements tirés au cours des cinq dernières années, tous les partenaires spécialisés dans la vaccination devront s'exprimer pour contribuer à sensibiliser l'opinion sur l'importance des politiques fondées sur des données factuelles formulées par l'intermédiaire des GTCV. Suite à l'adoption du Plan d'action mondial pour les vaccins, tous les pays s'engagent à créer des GTCV, ce qui signifie que de nombreux États devront établir un groupe consultatif ou renforcer celui existant. Le processus de création d'un GTCV devrait donc normalement être simplifié dans ces pays, notamment grâce aux méthodes et aux ressources dorénavant accessibles par tous ceux qui en ont besoin.

Les efforts doivent se concentrer sur l'expansion de nouveaux GTCV et sur le renforcement de ceux existants dans chaque pays, ainsi que sur la mise en place d'une approche

régionale (le cas échéant). En outre, ils doivent cibler l'élaboration et la diffusion d'outils et de directives, ainsi que l'échange d'informations par divers moyens. Il s'agira également d'investir beaucoup de temps, d'efforts et d'argent dans le renforcement des secrétariats des GTCV, notamment parce que certains de ces comités peuvent manquer de l'expérience et de la stabilité institutionnelle nécessaires pour poursuivre leurs activités en l'absence d'un soutien technique supplémentaire.

Même s'il existe déjà des solutions à certains de ces problèmes, les pays doivent encore s'investir activement dans l'établissement et le renforcement des GTCV. Même si l'OMS reste la principale organisation technique, son rôle prépondérant ne doit pas entraver l'indépendance des GTCV, sous réserve que les conditions suivantes soient remplies : des termes de référence, un positionnement et un financement clairement définis ; un secrétariat solide et bien équipé ; des procédures rigoureuses et des membres disposant de compétences techniques solides.

En tant qu'acteur du Centre Collaborateur de l'OMS pour une prise de décision en immunisation reposant sur des bases factuelles, SIVAC continuera de travailler en collaboration avec l'OMS pour soutenir le développement et le renforcement des GTCV. L'Alliance GAVI, pour sa part, pourrait exiger et soutenir la mise en œuvre d'un plan pour le développement des GTCV dans le cadre du financement en faveur du renforcement des systèmes de santé. Les pays doivent également examiner des mécanismes innovants pour pérenniser les financements accordés aux comités consultatifs.

Ensemble, nous devons donc redoubler d'efforts, sans quoi l'objectif du Plan d'action mondial pour les vaccins visant à ce que « tous les pays possèdent un GTCV fonctionnel d'ici 2020 » ne sera pas atteint.

Déclaration de conflits d'intérêts

L'Initiative SIVAC est une entité juridique distincte au sein de l'AMP. Elle ne reçoit aucun soutien des fabricants de vaccins et est entièrement financée par une subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements au Dr Juliane Chaccour et au Dr Antoinette Ba-Nguz pour la relecture de cet article et leurs précieux commentaires. Nous souhaitons également remercier nos collègues au sein de l'OMS, notamment le Dr Philippe Duclos du siège de l'OMS, ainsi que tout le personnel des bureaux régionaux impliqué dans le renforcement des GTCV, pour nous avoir fait part de leur expérience sur le terrain.

Références

- [1] Chan M. (2014), « Beyond expectations: 40 years of EPI », *Lancet*, vol. 383, n°9930 (mai), pp. 1697-8.
- [2] Plan d'action mondial pour les vaccins, OMS (2014). Disponible sur le lien suivant : www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/ [consulté le 10.06.14].
- [3] Duclos P. (2010), « National Immunization Technical Advisory Groups (NITAGs): guidance for their establishment and strengthening », *Vaccine*, vol. 28 (suppl. 1), pp. A18-25.
- [4] Blau J, Sadr-Azodi N, Clementz M, Abeysinghe N, Cakmak N, Duclos P et al. (2013), « Des indicateurs pour évaluer les Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la Vaccination (GTCV) », *Vaccine*, vol. 31 (23), pp. 2653-7.
- [5] Centre de ressources des GTCV, Initiative SIVAC (2014). Disponible sur le lien suivant : <http://www.nitag-resource.org/> [consulté le 10.06.14].
- [6] Duclos P, Dumolard L, Abeysinghe N, Adjagba A, Janusz CB, Mihigo R et al. (2013), « Progress in the establishment and strengthening of National Immunization Technical Advisory Groups: analysis from the 2013 WHO/UNICEF joint reporting form, data for 2012 », *Vaccine*, pii: S0264-410X(13)01196-1, <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.08.084>.
- [7] Senouci K, Blau J, Nyambat B, Coumba Faye P, Gautier L, Da Silva A et al (2010), « The Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees (SIVAC) Initiative: a country-driven, multi-partner program to support evidence-based decision-making », *Vaccine*, vol. 28 (suppl. 1), pp. A26-30.
- [8] Blau J, Faye PC, Senouci K, Dagnan SN, Douba A, Saracino JT et al (2012), « Establishment of a National Immunization Technical Advisory Group in Côte d'Ivoire: process and lessons learned », *Vaccine* ; vol. 30 (15), pp. 2588-93.
- [9] Chocarro L, Duclos P, Senouci K, Southern J. (2011), « Consultation on interactions between National Regulatory Authorities and National Immunization Technical Advisory Groups », *Expert Rev Vaccines*, vol. 10 (9), pp. 1265-70.
- [10] Centre de ressources des GTCV, Initiative SIVAC (2014). Disponible sur le lien suivant : www.nitag-resource.org/fr/digital-library/search.php [consulté le 10.10.14].
- [11] Programme de travail de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé - Réunion du Groupe d'experts sur la santé, 1-2 avril 2013, Praia, Cap-Vert (2013). Disponible sur le lien suivant : www.wahooas.org/IMG/pdf/Programme_of_Work_-_Experts.pdf [consulté le 10.06.14].
- [12] Gautier L, Papa Coumba F, Senouci K, Mongbo YA, Austin-Benjamin JL, Wachsmuth I et al (2015), « Accelerating the development of National Immunisation Technical Advisory Committees in West African countries: role of a regional integration organisation, the West African Health », *Int J Behav Healthcare Res* [à paraître].