



ELSEVIER

Table des matières disponible sur ScienceDirect

Vaccine

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



Aperçu mondial des Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la Vaccination

Maggie Bryson^{a,*}, Philippe Duclos^b, Ann Jolly^{a,c}, Niyazi Cakmak^d

^a *Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada*

^b *Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse*

^c *Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ontario, Canada*

^d *Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la Santé, Copenhague, Danemark*

* Auteur correspondant. Tél. : +1 613 952 8561; fax: +1 613 952 8286.
Courriel : mbrys045@uottawa.ca (M. Bryson).

INFORMATIONS RELATIVES À L'ARTICLE

Mots clés :
Vaccin
Vaccination
Groupes consultatifs

RÉSUMÉ

Cet article présente les résultats d'une enquête réalisée à l'échelle mondiale afin de collecter des informations sur les processus nationaux d'élaboration des politiques de vaccination, et plus particulièrement sur l'existence et la mission des Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la Vaccination (GTCV). Il décrit en outre les caractéristiques des GTCV, ainsi que les fonctions qui semblent indispensables pour garantir leur efficacité. En effet, ces groupes consultatifs fournissent de précieux services à plus de quatre-vingt-neuf pays ayant déclaré en être dotés, depuis plus de quarante ans pour certains d'entre eux. Le présent article fournit donc des informations de base sur le fonctionnement des GTCV et incite à poursuivre les efforts pour combler les lacunes en matière de connaissances et de recherche dans ce domaine.

© Organisation mondiale de la Santé, 2009. Tous droits réservés. L'Organisation mondiale de la Santé a accordé à l'éditeur l'autorisation de reproduire cet article.

1. Introduction

Les Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la Vaccination (GTCV) sont des comités d'experts chargés de formuler des recommandations en vue d'orienter les programmes et politiques de vaccination d'un pays [1]. Ils sont composés d'experts indépendants disposant de la capacité technique requise pour évaluer les nouvelles interventions en matière de vaccination, ainsi que celles existantes. La vocation première de ces groupes consiste à faciliter la mise en place d'un processus systématique et transparent pour l'élaboration de politiques de vaccination en formulant, à l'intention du gouvernement national, des recommandations techniques fondées sur des données factuelles [1]. Leur rôle, essentiellement technique et consultatif, vise à conférer une rigueur scientifique et une crédibilité accrues au processus complexe d'élaboration des politiques de vaccination, indépendamment de tout intérêt politique ou personnel.

De nombreux pays sont dotés d'un GTCV. Cependant, les informations publiées sur la composition et la mission de ces groupes sont limitées. Un examen systématique des processus décisionnels nationaux en matière de vaccination a permis de répertorier quatorze GTCV [2]; les informations les plus abondantes provenant d'Australie, du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis [3–6]. Les rares informations disponibles au sujet de la taille, de la composition, de la structure des réunions, des modes de fonctionnement et des processus aboutissant aux décisions définitives montrent que ces caractéristiques varient considérablement d'un GTCV à l'autre [2].

Bien que ce sujet fasse l'objet de peu de publications, l'importance des GTCV est généralement reconnue. Par conséquent, l'une des priorités de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), tant au niveau de son siège que de ses bureaux régionaux, est de soutenir les pays dans le renforcement ou la création de ces groupes consultatifs [7–10].

Une enquête mondiale a ainsi été réalisée afin de collecter des informations sur les processus d'élaboration des recommandations qui permettent d'orienter les politiques nationales de vaccination dans tous les pays. Cette enquête a notamment porté sur l'existence, les caractéristiques et les processus des GTCV. L'objectif global du projet consistait à obtenir une représentation mondiale des processus d'élaboration des politiques de vaccination, notamment en exposant en détail la constitution et la mission de ces comités.

Cet article présente les résultats recueillis auprès des pays dotés d'un GTCV ; les résultats de l'ensemble des pays interrogés étant récapitulés dans un autre document [11]. Les caractéristiques des GTCV ainsi que les composantes jugées propres à garantir leur efficacité sont également décrites.

2. Méthodes

Les informations contenues dans le présent article ont été collectées au travers de deux questionnaires. Le premier, ci-après désigné le « questionnaire mondial », englobait les États membres des régions suivantes : Afrique, Méditerranée orientale, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental (140 pays), conformément à la répartition de l'OMS [12]. Le deuxième questionnaire, ci-après désigné le « questionnaire européen », portait sur les États membres de la Région européenne de l'OMS (53 pays) [13]. Ces pays ont été interrogés séparément, s'agissant d'une initiative régionale déjà en cours. Les questionnaires étaient similaires, dans la mesure où le questionnaire européen a été adapté afin d'accroître leur compatibilité.

Les méthodes appliquées dans le cadre de l'enquête mondiale sont décrites en détail dans un autre article [11]. Cependant, afin de faciliter leur comparaison, le présent article contient un bref récapitulatif des méthodes utilisées dans les deux enquêtes.

De nombreuses questions étaient communes aux deux questionnaires et les sujets identiques soulevés portaient sur les termes de référence, la composition, la déclaration de conflits d'intérêts et les modes de fonctionnement des GTCV, ainsi que sur leur utilisation des données factuelles. Le questionnaire mondial a également permis de recueillir des informations sur la mission, le financement, les autres acteurs (tels que le président, le secrétaire exécutif, le gestionnaire du programme de vaccination et les groupes de travail), l'évaluation des données factuelles et les stratégies de communication des GTCV.

Les questionnaires contenaient des questions ouvertes et fermées. Les professions ou les domaines d'expertise des membres, les facteurs pris en compte lors de l'élaboration d'une recommandation, ainsi que les sources utilisées pour étayer les recommandations, faisaient l'objet de questions fermées dans les deux questionnaires. Néanmoins, la liste des choix possibles était plus importante dans le questionnaire mondial. Toutes les questions fermées comportaient un volet de réponse libre permettant d'apporter des réponses autres que celles proposées. Lorsque cela était pertinent, les résultats des deux questionnaires ont été regroupés aux fins de la rédaction du présent article. Même si les données du questionnaire européen ont déjà été publiées [13], ce n'était néanmoins pas le cas de certaines données spécifiques utilisées dans cet article pour calculer des statistiques mondiales.

Plusieurs termes ont été définis comme suit : les *membres de droit* sont des représentants des départements ministériels qui apportent leur expertise au comité, assistent aux réunions, expriment les opinions du ministère qu'ils représentent mais qui ne prennent pas part à la prise de décision finale ; les *membres de liaison* sont des représentants des organisations liées à la vaccination qui apportent leur expertise au comité mais qui ne

participent pas à la prise de décision finale.

Le questionnaire mondial et le questionnaire européen ont été distribués à chaque pays, au travers des bureaux régionaux de l'OMS, en vue d'être complétés par le gestionnaire du programme de vaccination ou un spécialiste des processus d'élaboration des politiques nationales de vaccination, tel que le président du GTCV. Les deux questionnaires préparés en anglais ont été traduits dans les différentes langues des régions de l'OMS (comprenant le français, le portugais, l'espagnol et le russe).

Le questionnaire mondial a été distribué en mars 2008 et le questionnaire européen en avril de la même année [13]. Ces questionnaires, ainsi que les lettres de suivi encourageant la participation des pays, ont été envoyés par courriel. La plupart ont été renvoyés complétés par le même biais, cependant certains questionnaires manuscrits ont été renvoyés par courrier ou par fax.

La distribution de fréquences de chaque variable a été calculée et la signification statistique des différences entre les groupes a été évaluée à l'aide du test du khi-deux bilatéral ou du test de Fisher exact bilatéral, suivant le nombre de réponses prévues. Les réponses ont été analysées par région géographique, telles que définies par l'OMS [12], et par stade de développement, tels que définis par les Nations-Unies [14].

Étant donné que les taux calculés pouvaient être négativement affectés si l'absence de réponse à une question était assimilée à une réponse négative, le pays n'était pas inclus dans les calculs du taux final en cas de données manquantes. Par conséquent, les dénominateurs pour chaque taux indiqué variaient suivant le nombre de réponses des pays.

Suite à des discussions informelles, les auteurs ont préparé une liste d'indicateurs de bonnes pratiques afin d'identifier les GTCV efficaces, d'après leur expérience dans ce domaine. Les caractéristiques et les méthodes de fonctionnement du GTCV dépendant du contexte national, cette donnée a été prise en compte lors de l'élaboration de la liste.

Le premier indicateur concernait la définition de termes de référence officiels par le GTCV visant à garantir l'approbation officielle des méthodes de fonctionnement du groupe, ainsi que leur cohérence et leur transparence. Un autre indicateur concernait l'existence d'un mandat législatif ou administratif reconnu par le gouvernement. En effet, cette législation, (loi, décret, directive ministérielle ou autre) reconnaît officiellement la création du groupe et décrit généralement son rôle consultatif vis-à-vis du gouvernement.

Le troisième indicateur concernait la représentation d'au moins cinq domaines d'expertise au sein du GTCV afin de garantir le caractère multidisciplinaire de celui-ci. Cette caractéristique permet d'aborder chaque sujet de manière exhaustive et de s'assurer que les points de vue des différentes disciplines sont pris en compte. En outre, elle est la garantie d'une capacité technique adéquate pour prendre des décisions responsables, fondées sur des données factuelles.

Un autre indicateur utilisé concernait la tenue de réunions au moins une fois par an. Cette pratique démontre que le GTCV est actif et qu'il se réunit fréquemment pour examiner les problèmes existants et vérifier que le calendrier vaccinal du pays est approprié. Un cinquième critère portait sur la distribution de l'ordre du jour en amont de la réunion afin de permettre une discussion éclairée entre les membres.

Enfin, le dernier indicateur de bonnes pratiques concernait l'obligation pour les membres du GTCV de déclarer leurs éventuels conflits d'intérêts afin d'accroître la probabilité qu'ils agissent de façon indépendante et en leur nom propre. Ce critère contribue à l'instauration d'un processus d'élaboration de

politiques crédible et transparent.

3. Résultats

3.1. Taux de réponse

Au total, sur les 193 pays admissibles pour répondre aux deux questionnaires, 147 (76 %) ont effectivement répondu. Le taux de réponse au questionnaire mondial s'élevait à 71 % (100 pays sur les 140 interrogés), tandis que le taux de réponse au questionnaire européen était de 89 % (47 pays sur 53) [13]. Les régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont enregistré les taux de réponse les plus élevés (91 %, respectivement 10 États membres sur 11 et 19 États membres sur 21). À l'opposé, la Région du Pacifique occidental a enregistré le taux de réponse le plus bas (41 %, 11 États membres sur 27).

Vingt-et-un pour cent ($n = 31$ sur 147) des pays ayant répondu étaient des pays développés, 12 % ($n = 17$) étaient des pays en transition, 42 % ($n = 62$) étaient des pays en développement et 25 % ($n = 37$) faisaient partie des pays les moins avancés.

3.2. Présence des GTCV

L'existence d'un GTCV national a été signalée par 61 % des pays ayant répondu aux questionnaires ($n = 89$ sur 147). Les régions du Pacifique occidental et de l'Europe comptaient la plus forte proportion de pays dotés de GTCV (73 %, $n = 8$ sur 11 ; 72 %, $n = 34$ sur 47 [13]), contrairement à la Région africaine (32 %, $n = 11$ sur 34). Aucun des pays interrogés n'a indiqué l'existence d'un GTCV qui aurait été dissout depuis.

Les pays développés présentaient le taux le plus élevé de GTCV déclarés (94 %, $n = 29$), suivis par les pays en développement (69 %, $n = 43$), les pays en transition (35 %, $n = 6$) et les pays les moins avancés (30 %, $n = 11$).

3.3. Caractéristiques des GTCV

Les plus anciens GTCV ont été établis au Royaume-Uni en 1963, puis au Canada et aux États-Unis en 1964. La médiane et le mode de l'année d'établissement déclarés étaient 2000, avec la création de douze GTCV cette année-là.

Le mandat des GTCV indiqué différait légèrement mais consistait généralement à conseiller le gouvernement sur des questions techniques liées aux programmes nationaux de vaccination, telles que les recommandations sur l'utilisation des vaccins. Certains pays ont déclaré que leurs GTCV étaient chargés de surveiller les effets indésirables et de fournir des conseils en cas de flambée épidémique.

Les fonctions communes aux différents GTCV, à l'exclusion de la Région européenne, consistaient à fournir des orientations sur les questions relatives à la qualité et à l'innocuité des vaccins (95 %, $n = 52$ sur 55), ainsi qu'à élaborer des politiques et des stratégies de vaccination (87 %, $n = 48$ sur 55). De nombreux GTCV ont également signalé un rôle d'évaluation des nouveaux vaccins (78 %, $n = 43$ sur 55) ou des nouvelles technologies de vaccination (69 %, $n = 38$ sur 55). La promotion de la sécurité des vaccins au niveau régional et national entrainait dans la mission de 62 % des GTCV ($n = 34$ sur 55), tandis que 49 % d'entre eux ($n = 27$ sur 55) étaient chargés d'informer le gouvernement des besoins de santé publique relatifs aux maladies évitables par la vaccination. D'autres fonctions ont également été signalées par 18 % des GTCV ($n = 10$ sur 55), telles que le financement des activités de vaccination, la formation dans le domaine de la vaccination, les enquêtes sur les effets indésirables, la fourniture

de conseils au gouvernement sur la surveillance vaccinale et en cas de flambée d'une maladie évitable par la vaccination, l'organisation de campagnes vaccinales, la mise en œuvre de programmes de sensibilisation à la santé et l'établissement de programmes de recherche à long terme sur la vaccination.

De nombreux GTCV ont déclaré disposer de termes de référence officiels (68 %, $n = 57$ sur 84). Ils sont légèrement plus nombreux à avoir indiqué l'existence de mandats législatifs ou administratifs, tels que des lois, décrets ou directives ministérielles, reconnaissant leur création (73 %, $n = 61$ sur 82). Un mandat administratif, tel qu'un décret ou une directive du ministère de la Santé, a été plus fréquemment rapporté qu'un mandat législatif.

3.4. Composition des GTCV

Le nombre médian de membres principaux d'un GTCV était de 12, pour une représentation de deux à dix (médiane de 7) professions ou domaines d'expertise. À l'échelle mondiale, le domaine d'expertise le plus cité était celui de la santé publique ($n = 83$ sur 88, soit 94 %), suivi de la pédiatrie ($n = 80$ sur 88, soit 91 %) et de l'épidémiologie ($n = 78$ sur 88, soit 89 %). Les pays ont aussi majoritairement indiqué qu'ils comptaient des experts des maladies infectieuses ($n = 68$ sur 88), des cliniciens (autres que pédiatres) ($n = 60$ sur 88), des immunologistes ($n = 58$ sur 88) et des médecins microbiologistes* ($n = 29$ sur 54) au sein de leurs GTCV. Les experts de la chaîne du froid/logisticiens ($n = 25$ sur 54, soit 46 %) sont aussi fréquemment indiqués dans la composition des comités consultatifs nationaux. Seuls 24 pays sur 88 (27 %) ont signalé la présence d'économistes de la santé dans leurs GTCV. Moins de 20 % de ces groupes comptaient des représentants du grand public*, des statisticiens modélisateurs* ou encore des chercheurs en sciences sociales* parmi leurs membres.

Environ la moitié des pays ($n = 42$ sur 88, soit 48 %) ont indiqué la présence d'experts de domaines autres que ceux mentionnés ci-dessus. Les plus fréquemment cités comprenaient la recherche scientifique, les soins infirmiers, la pharmaceutique, les gestionnaires de programmes de vaccination et les autorités de réglementation des médicaments.

Le mode de sélection du président du GTCV variait d'un pays à l'autre. La réponse la plus fréquente indiquait que le président avait été choisi sur la base de sa fonction au sein du gouvernement (26 %, $n = 14$ sur 54)* ou qu'il/elle avait été nommé(e) par le ministre ou le ministère de la Santé (24 %, $n = 13$ sur 54)*. Le président avait été choisi par les membres du GTCV dans 20 % des cas ($n = 11$ sur 54 GTCV)*.

La présence de membres de droit et de membres de liaison a été signalée par 45 % ($n = 39$ sur 87) et 53 % ($n = 46$ sur 86) des GTCV, respectivement. En outre, les deux questionnaires ont révélé que 39 % ($n = 33$ sur 84) des GTCV ont exigé de leurs membres qu'ils déclarent leurs éventuels conflits d'intérêts

3.5. Processus décisionnels relatifs à l'élaboration des recommandations

Les pays ont rapporté que les GTCV soupèsent de nombreux facteurs lors de l'élaboration de leurs recommandations (tableau 1). Il a ainsi été indiqué que tous les GTCV tiennent compte de l'innocuité des vaccins ainsi que (à une exception près) de la charge de morbidité nationale. Le questionnaire mondial a révélé que presque tous les pays ont pris en considération l'efficacité des vaccins (98 %, $n = 53$ sur 54)* alors que plus de 80 % d'entre eux

faisaient entrer les aspects financiers liés au vaccin (tels que les rapports coût/efficacité ou coût/bénéfices) et l'impact économique* dans leurs critères.

Tableau 1

Facteurs pris en considération par les GTCV dans l'élaboration de leurs recommandations

	Facteur considéré, n (%)
Les deux questionnaires, $N = 88$	
Innocuité du vaccin	88 (100)
Charge de morbidité dans le pays	87 (99)
Santé publique/épidémiologie	84 (95)
Aspects financiers	80 (91)
Perception de la maladie par le public	52 (59)
Recommandations des GTCV d'autres pays	48 (55)
Questionnaire mondial seulement, $N = 54$	
Efficacité du vaccin	53 (98)
Impact économique de la maladie	46 (85)
Priorité du vaccin au regard d'autres maladies évitables par la vaccination	42 (78)
Priorité du vaccin au regard de toutes les autres interventions sanitaires possibles	37 (69)
Mode d'administration du vaccin	33 (61)
Facilité de distribution du vaccin	31 (57)
Actions menées dans d'autres pays	27 (50)
Charge de morbidité dans d'autres pays	24 (44)
Questionnaire européen seulement, $N = 34$	
Gravité de la maladie évitée	34 (100)
Approvisionnement adéquat du vaccin	32 (94)
Inclusion du vaccin dans le programme de vaccination élargi	26 (76)
Questionnaires mondial et européen, $N = 88$	
Autres	20 (23)

Outre les facteurs détaillés ci-dessus, les GTCV intègrent dans leurs réflexions l'approvisionnement adéquat en vaccins, la faisabilité du programme, les recommandations de l'OMS, la pérennité, la capacité à élargir la couverture au plus grand nombre et l'alignement sur les objectifs sanitaires mondiaux.

Les pays ont indiqué que les GTCV s'appuient sur de nombreuses sources d'information pour élaborer leurs recommandations (tableau 2). En effet, plus de 80 % des groupes consultatifs ont eu recours aux sources suivantes : les prises de position de l'OMS en matière de vaccination, les recommandations ou documents techniques de l'OMS*, les données publiées ou les articles de revues scientifiques ainsi que les données de surveillance. Seuls quatre pays (5 %) n'ont pas déclaré utiliser les recommandations, les documents techniques ni les prises de position de l'OMS en matière de vaccination comme sources d'information, alors que 42 pays sur 54 (78 %)* ont indiqué que leurs GTCV ont recours à l'ensemble de ces trois sources.

Les pays ont également déclaré faire usage de données non publiées, d'évaluations des technologies sanitaires, de documents issus de conférences, de livres sur la vaccination, de recommandations de GTCV d'autres pays ainsi que de recommandations émises par des associations professionnelles nationales.

* Hors Région européenne

Tableau 2

Sources d'information utilisées par les GTCV nationaux pour étayer leurs recommandations

	Source utilisée, n (%)
Les deux questionnaires, N = 88	
Prises de position de l'OMS	78 (89)
Données publiées et articles de revues	77 (88)
Documents pharmaceutiques	61 (69)
Rapports gouvernementaux	60 (68)
Questionnaire mondial seulement, N = 54	
Recommandations ou documents techniques de l'OMS	50 (93)
Données de surveillance	45 (83)
Opinions d'experts	42 (78)
Consultations de groupes de travail	37 (69)
Documents des GTCV de la région	36 (67)
Questionnaires mondial et européen, N = 88	
Autres	15 (17)

Tableau 3

Éléments d'un GTCV efficace et nombre de pays remplissant les critères (sur 89 pays ayant déclaré l'existence d'un GTCV actif)

Critères	Nombre de pays, n (%)
GTCV disposant de termes de référence officiels	57 (64 %)
Base législative ou administrative pour le GTCV	61 (69 %)
Représentation d'au moins 5 domaines d'expertise au sein du GTCV	78 (88 %)
Au moins une réunion du GTCV en 2006 et une en 2007 (dans la mesure où il existait au cours de ces deux années)	76 (85 %)
Ordre du jour distribué aux membres en amont des réunions du GTCV	86 (97 %)
Obligation pour les membres du GTCV de déclarer leurs conflits d'intérêts	33 (37 %)
L'ensemble des six indicateurs ci-dessus sont remplis	23 (26 %)

3.6. Bonnes pratiques

Entre 33 et 86 pays satisfaisaient à chaque indicateur de processus et seuls 23 des 89 pays dotés d'un GTCV national remplissaient l'ensemble des six indicateurs de processus caractéristiques d'un GTCV efficace (tableau 3), à savoir : l'existence de termes de référence officiels et d'un mandat législatif ou administratif, la représentation d'au moins cinq domaines d'expertise au sein du groupe, la tenue d'au moins une réunion en 2006 et en 2007, la distribution de l'ordre du jour aux membres du GTCV en amont des réunions et l'obligation pour ceux-ci de déclarer leurs conflits d'intérêts. Ces pays étaient pour la plupart des pays développés de la Région européenne.

4. Analyse

Bien que des GTCV soient établis au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis depuis plus d'une quarantaine d'années, la majorité ($n = 50$) des GTCV n'ont vu le jour qu'au cours de la dernière décennie, traduisant l'intérêt croissant et la valeur perçue de leur présence. Cette valeur est également illustrée par les 89 GTCV répertoriés à travers le monde et par le fait qu'aucun des groupes nationaux connus n'a été dissous, ce qui suggère que les GTCV fournissent un service important.

Vingt-trois des 147 pays ayant participé à l'enquête remplissaient l'ensemble des six indicateurs de processus identifiés par les auteurs comme nécessaires au bon fonctionnement d'un GTCV en place, prouvant ainsi que ces indicateurs sont réalistes. Néanmoins, un GTCV satisfaisant à tous les indicateurs n'est pas nécessairement efficace et, à contrario, cela ne signifie pas que les autres GTCV sont inefficaces : chaque groupe consultatif a ses points forts et ses points faibles. Toutefois, ces GTCV remplissent ce que nous estimons être les critères minimaux requis d'un GTCV idéal.

La validité des réponses à cette enquête reste incertaine. Comparé à un examen systématique portant sur le même sujet [2], douze des quatorze pays ayant déclaré être dotés d'un GTCV sont restés cohérents dans leurs réponses à la présente enquête. L'un de ces pays a rapporté par erreur l'existence d'un GTCV dans le cadre de l'enquête, alors qu'il s'agit en fait d'une entité du gouvernement national [15] qui n'a donc pas été considérée par les auteurs comme un GTCV indépendant. La raison du second résultat contradictoire, qui signalait la présence d'un GTCV dans le cadre de l'examen systématique mais pas de l'enquête, n'est pas connue.

Pour les douze pays ayant déclaré posséder un GTCV dans le cadre de l'examen systématique et du questionnaire, les informations issues de l'examen systématique étaient très majoritairement corroborées par les réponses au questionnaire. La seule exception concernait le nombre de membres déclaré, qui pourrait s'expliquer par des changements intervenus dans la composition du groupe entre la date de publication des sources et le moment auquel l'enquête a été effectuée.

La principale limite de cette étude réside dans le fait que les données ont été recueillies par le biais de deux questionnaires différents, en raison de l'exclusion de la Région européenne de l'enquête mondiale. Les informations portant sur cette région sont plus restreintes et n'ont donc pas pu être regroupées avec le reste des données pour l'ensemble des critères. Par conséquent, il n'existe pas de données mondiales disponibles sur tous les sujets traités, ce qui empêche d'avoir un aperçu mondial de nombreuses caractéristiques des GTCV comme cela avait été prévu initialement. Une autre limite réside dans le risque que les questions ou les réponses aient fait l'objet d'une traduction erronée. Au moins une traduction inexacte en espagnol a empêché d'obtenir les réponses de douze pays à une question donnée. Enfin, les informations ont été obtenues sur une base déclarative et peuvent donc ne pas rendre compte des pratiques réelles.

Bien que l'utilité des GTCV semble reconnue et qu'ils jouissent d'une forte présence mondiale, la crédibilité de ces groupes tient à leur réelle indépendance vis-à-vis des gouvernements. Or, il semble exister un chevauchement entre les fonctionnaires de l'État et les membres principaux de certains GTCV. Il est certes important d'entretenir une relation étroite entre le GTCV national et les autorités publiques, à qui incombe généralement la responsabilité de la politique de vaccination finale et de sa mise en œuvre, mais il est primordial qu'aucun des principaux membres du groupe participant à l'élaboration des recommandations définitives ne soit un représentant du gouvernement et ce, dans un souci d'indépendance et de crédibilité du GTCV.

Il est nécessaire d'établir des définitions claires ainsi que des orientations générales sur les GTCV présentant leurs mandats ainsi que des exemples de modes de fonctionnement idéaux. Les résultats de cette enquête confirment la nécessité de définir les bonnes pratiques des comités consultatifs, en s'appuyant idéalement sur une évaluation scientifique des GTCV existants, en vue de guider la création et l'amélioration de ces groupes à l'avenir. En outre, il conviendra de réaliser une évaluation des groupes consultatifs déjà établis et de leurs résultats afin

d'apporter des preuves en faveur de leur établissement et de leurs différents modes de fonctionnement.

À titre d'exemple des bonnes pratiques relatives aux GTCV, cet article présente une liste de six critères permettant leur évaluation. Il peut être reproché à ces critères de mettre l'accent sur les indicateurs de processus et de négliger les mesures des résultats. D'autres indicateurs relatifs aux bonnes pratiques des GTCV pourraient être plus pertinents ou mieux adaptés mais les informations collectées dans le cadre de cette enquête étant liées aux processus, il est logique d'avoir débuté par des indicateurs de processus. Il serait certes idéal d'élaborer des indicateurs de résultats alignés sur les processus décisionnels en matière de vaccination ; cependant, cet exercice peut se révéler compliqué sachant qu'une politique efficace dans un pays peut s'avérer inefficace ou inappropriée ailleurs. En effet, l'adéquation et l'efficacité des politiques dépendent fortement du contexte du pays, de son profil épidémiologique et de sa situation financière.

Le présent article fournit des informations de base qui peuvent être utilisées pour orienter le débat international visant à dégager un consensus mondial sur les indicateurs relatifs aux bonnes pratiques des GTCV. Ces informations pourraient ensuite être diffusées par l'OMS et fournir des orientations aux pays établissant ces comités. En outre, elles permettraient de renforcer les GTCV existants. Plusieurs initiatives de l'OMS sont actuellement mises en œuvre à cette fin. Les bureaux régionaux de l'OMS s'impliquent également dans ce processus ; un grand nombre d'entre eux élaborant des directives sur l'établissement, le fonctionnement et les termes de référence des GTCV dans le contexte de leur région spécifique [1]. Par ailleurs, une initiative est actuellement menée dans la Région européenne pour diffuser les connaissances et les bonnes pratiques en matière de vaccination et proposer une plateforme facilitant l'échange d'informations [16]. Actuellement, vingt-neuf pays, pour la plupart des États membres de l'Union européenne, participent à cette initiative [16].

En résumé, cet article fournit un aperçu mondial des Groupes Techniques Consultatifs pour la Vaccination, un sujet qui a fait l'objet de peu de publications jusqu'à présent. Il fait état de la première campagne de collecte d'informations connue sur les GTCV à l'échelle mondiale. Cet article constitue donc un point de départ présentant des renseignements de base sur le fonctionnement de ces groupes et incite à poursuivre les efforts en vue de combler les lacunes en matière de connaissances et de recherche dans ce domaine.

Remerciements

Nous souhaitons remercier le Dr. Gary Freed pour sa collaboration et pour nous avoir communiqué les données non publiées de l'enquête sur la Région européenne. Nous tenons également à remercier le Dr. Noni MacDonald pour sa révision des projets d'article et ses commentaires pertinents. Nous sommes reconnaissants à l'égard des bureaux régionaux de l'OMS et du

personnel de soutien dans les pays pour avoir collaboré à la distribution des questionnaires. Pour finir, nous adressons nos remerciements à tous les pays qui ont participé à cette enquête.

Celle-ci a été réalisée avec le soutien financier de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent être exempts de tout conflit d'intérêts.

Références

- [1] Organisation mondiale de la Santé (2008) : « National immunization technical advisory group (ITAG): guidance for their establishment and functioning », http://www.who.int/immunization/sage/National_TAG_guidelines_23September_2008.pdf, consulté le 5 février 2010.
- [2] Bryson M., Duclos P., Jolly A., Bryson J. (2010), « Examen systématique des processus d'élaboration des politiques nationales de vaccination », *Vaccine* vol. 28, suppl. 1 : pp. A6–12.
- [3] Gouvernement australien. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées (2008), « Australian technical advisory group on immunisation (ATAGI) », <http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/content/advisory-bodies>, consulté le 5 février 2010.
- [4] Agence de la santé publique du Canada (2008), « Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) », <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php>, consulté le 5 février 2010.
- [5] Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2002), « Joint committee on vaccination and immunisation », <https://www.gov.uk/government/groups/joint-committee-on-vaccination-and-immunisation>.
- [6] Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (2008), « Vaccines & immunizations – recommendations and guidelines: advisory committee on immunization practices (ACIP) », <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip/default.htm>, consulté le 5 février 2010.
- [7] Organisation mondiale de la Santé (2009), « Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization », <http://www.who.int/immunization/sage/en/>, consulté le 5 février 2010.
- [8] Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (2008), « The European Technical Advisory Group of Experts on Immunization (ETAGE) », <http://www.euro.who.int/vaccine/200812221>, consulté le 5 février 2010.
- [9] Organisation panaméricaine de la Santé (2006), « Technical Advisory Group », http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/EPI_TAG.htm, consulté le 5 février 2010.
- [10] « Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, novembre 2008 – conclusions et recommandations », *Relevé épidémiologique hebdomadaire* (2009), vol. 84 : pp. 1–16.
- [11] Bryson M., Duclos P., Jolly A. (2008), « Global level immunization policy making processes » (non publié).
- [12] Organisation mondiale de la Santé (2008), Pays, <http://www.who.int/countries/fr/>, consulté le 5 février 2010.
- [13] Andrae M. C., Switalski K., Abraham L., Freed G. L. (2009) « National immunization advisory committees of the World Health Organization's European Region », *Vaccine*, vol. 27 : pp. 3131–6.
- [14] Nations Unies (2007), « The world economic and social survey: 2007 », <http://www.un.org/esa/policy/wess/>, consulté le 5 février 2010.
- [15] Freed G. L. (2008), « The structure and function of immunization advisory committees in Western Europe », *Hum Vaccin*, vol. 4 : pp. 292–7.
- [16] VENICE (2008), « Vaccine European New Integrated Collaboration Effort », <http://venice.test.cineca.it/index.html>, consulté le 5 février 2010.

