

Groupes Techniques Consultatifs nationaux sur la Vaccination (GTCV) : Orientations pour leur mise en place et leur renforcement

Philippe Duclos^{a,*}

^a Département Vaccination, vaccins et produits biologiques, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse

Mots clés

Vaccination
Recommandations politiques
Comité consultatif national

Résumé

La majorité des pays industrialisés et quelques pays en développement ont formellement établi des organes consultatifs techniques nationaux afin de guider les politiques de vaccination ; d'autres pays travaillent à la mise en place ou simplement envisagent la création de tels organes. Ces organes consultatifs sont souvent appelés Groupes techniques consultatifs nationaux sur la Vaccination (GTCV). Un GTCV est une ressource technique fournissant des orientations aux décideurs politiques nationaux et aux administrateurs de programmes pour leur permettre de mettre en œuvre des politiques de vaccination et des décisions programmatiques fondées sur des bases factuelles. L'objectif du présent document est : 1. d'examiner l'utilité et les fonctions d'un GTCV ; 2. de donner des orientations et d'identifier les problèmes rencontrés par les pays souhaitant mettre en place ou renforcer un GTCV ; et 3. de définir les rôles et les activités potentiels de l'OMS et des partenaires dans l'appui à la mise en place et au renforcement des GTCV.

© Organisation mondiale de la Santé 2010. L'Organisation mondiale de la Santé a accordé à l'éditeur la permission de reproduire l'article.

NB : Cet article a fait l'objet d'une première publication en anglais dans un Supplément à la revue scientifique Vaccine :

Duclos P. National Immunization Technical Advisory Group (NITAGs): guidance for their establishment and strengthening. *Vaccine* 2010;28(Suppl. 1):A35-8

1. Contexte

Alors que pendant de nombreuses années, que ce soit au niveau national ou international, les programmes de vaccination ont mis l'accent sur les nourrissons et un nombre limité de vaccins traditionnels, le monde de la vaccination a évolué vers de nouvelles attentes de la part des décideurs politiques nationaux et internationaux, des donateurs, d'autres acteurs concernés, et du grand public. Le développement et la disponibilité de nombreux vaccins nouveaux ciblant divers groupes d'âge, l'émergence de nouvelles technologies, l'accroissement de la vigilance du public pour les questions de sécurité vaccinale, le renforcement des procédures de réglementation et d'homologation des vaccins, le besoin d'élargir le calendrier vaccinal en tenant compte de tous les groupes d'âge et des populations à risque sont autant de sujets qui réclament une attention toute particulière [1].

La clé de l'amélioration des programmes de vaccination systématique et de l'introduction durable de nouveaux vaccins et de technologies de vaccination est, pour les pays, de s'assurer qu'ils ont les preuves nécessaires et disposent de procédures transparentes qui permettent une prise de décisions éclairées dans l'établissement des priorités du programme de vaccination, dans l'élaboration de nouvelles stratégies programmatiques et dans l'introduction des vaccins et des technologies. De même, ces données probantes et ces processus s'avèrent nécessaires pour justifier la poursuite, ou les ajustements nécessaires aux programmes et politiques de vaccination existants. Alors que les pays en développement ont longtemps fait face à des problèmes liés au financement des vaccins et à leur faible capacité à améliorer la couverture des programmes de vaccination de base, aujourd'hui même les pays industrialisés sont confrontés à des problèmes au niveau du financement et de la mise en œuvre de programmes élargis de vaccination.

Abréviations : CCI, Comités de coordination ; GTCV, Groupes techniques consultatifs nationaux sur la Vaccination ; OMS, Organisation mondiale de la Santé ; SIVAC, Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees ; UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance).

* *Correspondance :* Département Vaccination, vaccins et produits biologiques, Organisation mondiale de la Santé, 20 Ave Appia, CH-1211

Genève 27, Suisse. Tél. : + 41 22 791 4527; Fax : + 41 22 791 4227. Adresse courriel : duclosp@who.int

Bien qu'il y ait un financement accru à travers de nouveaux mécanismes mis en place pour soutenir l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays en développement [2-4], d'un point de vue de santé publique, la faiblesse générale des ressources financières, exige une répartition efficace et équitable des fonds pour atteindre les meilleurs résultats possibles. Par conséquent, les décisions sur l'introduction

de nouveaux vaccins dans les programmes nationaux de vaccination doivent être objectives, globales et systématiques, et se fonder sur une base volontaire, rationnelle, compréhensible des données probantes [5]. En outre, tous les gouvernements doivent prendre en compte les coûts d'opportunité dans leurs investissements.

A ce jour, la majorité des pays industrialisés et certains pays en développement ont mis en place des organes consultatifs techniques nationaux afin de guider les politiques de vaccination. D'autres pays entament seulement le processus de création ou simplement étudient la question. D'autres encore n'ont même pas encore amorcé leur réflexion sur l'établissement de tels organismes. Ces organes consultatifs sont souvent appelés Groupes consultatifs techniques nationaux sur la Vaccination (GTCV) et nous nous référerons à cette expression tout au long du document. Il est possible d'utiliser d'autres formulations pour les désigner, comme « Comité consultatif national sur la vaccination », ou « Comité national sur les pratiques de vaccination » - pour n'en citer que quelques-unes parmi les plus couramment utilisées. Ainsi, de nombreux pays ne disposent toujours pas d'un processus de prise de décision crédible capable de faciliter l'examen et l'évaluation des interventions et des stratégies de vaccination [6].

L'objectif du présent document est : 1. d'examiner l'utilité, les rôles et fonctions d'un GTCV ; 2. de donner des orientations et d'identifier les difficultés devant être prises en considération par les pays souhaitant mettre en place ou renforcer un GTCV ; et 3. de définir les rôles les activités potentiels de l'OMS et des partenaires dans l'appui à la mise en place et au renforcement des GTCV.

2. Utilité, rôles et fonctions d'un Groupe consultatif technique national sur la Vaccination

Un GTCV est à la fois une ressource technique et un organe délibératif pour permettre aux autorités nationales et aux responsables politiques de prendre des décisions basées sur des données probantes. Cette ressource est particulièrement utile au regard des ensembles de données, nombreux et complexes, de l'interdépendance mondiale et de l'intégration des systèmes de santé.

Un groupe à la fois bien équilibré et institutionnalisé peut aider un programme national à résister aux pressions de tout groupe d'intérêt travaillant dans des domaines similaires, y compris, mais pas seulement, ceux de l'industrie et des lobbies anti-vaccins. Cette fonction de protection est importante parce que, sans elle, les pressions exercées par ces groupes d'intérêts sont susceptibles d'entraîner des changements de programme qui ne sont pas tout à fait justifiés dans le contexte local et peuvent même causer des préjudices.

L'avantage majeur que représente un GTCV est de crédibiliser le processus de prise des grandes décisions politiques, ce qui renforce la légitimité du programme national de vaccination et du gouvernement dans son ensemble [7, 8]. Cette crédibilité est bien sûr liée à la rigueur, à la transparence, et aux processus fondés sur des données probantes grâce auxquels les GTCV parviennent à leurs décisions. Ces décisions bénéficiant d'une haute crédibilité peuvent avoir un impact positif sur les perceptions au sein du gouvernement, dans le pays ou même au-delà du pays. Ceci donne ainsi plus de poids aux ajustements proposés pour le programme de vaccination et permet de renforcer la capacité d'obtenir des financements auprès du gouvernement ou des bailleurs de fonds, l'appui des organisations professionnelles et l'acceptation par le public.

En outre, un GTCV permanent facilite l'adoption d'une approche plus globale et cohérente du programme national de vaccination qui ne peut pas être facilement réalisée par des groupes de travail spéciaux sur des maladies ou des vaccins ou des comités *ad hoc* composés d'experts spécialisés sur une maladie en particulier, ces structures fournissant souvent des recommandations de manière isolée, sans tenir compte de l'environnement général du programme de vaccination dans le contexte global des autres stratégies d'intervention. De préférence, les groupes de travail techniques organisés pour des maladies spécifiques doivent être soutenus par un GTCV à qui ils rendent compte de leurs activités.

Un GTCV ou même un groupe ayant une mission plus large comme un comité de lutte contre les maladies infectieuses, peut aider à consolider des programmes et adopter une approche plus globale et intégrée, en termes d'interventions et de populations ciblées (il pourrait, par exemple, envisager la santé de la population entière et pas seulement celle des nourrissons). En théorie, les groupes consultatifs peuvent avoir un mandat sanitaire plus large, s'étendant au-delà des vaccins et de la vaccination. Il est cependant recommandé de mettre l'accent sur la vaccination afin de s'assurer que le comité dispose bien de l'expertise nécessaire et qu'il accorde aux vaccins toute l'attention requise, ce qui ne pourrait pas être le cas avec un comité consultatif aux attributions plus générales, au service du Ministère de la Santé.

Les GTCV ont généralement pour mandat de recommander des politiques et stratégies nationales prenant en compte les contextes épidémiologiques et sociaux et, si possible, de donner des avis sur la mise en œuvre et le suivi de l'impact des programmes nationaux de vaccination.

Ayant à l'esprit ce qui précède, la création d'un organe consultatif technique fonctionnel au niveau d'un pays a généralement pour objectif de donner des orientations aux décideurs et aux administrateurs de programme pour prendre des décisions fondées sur des données probantes en matière de politique

vaccinale, notamment l'introduction de nouveaux vaccins et de technologies et les ajustements nécessaires des programmes et calendriers existants. Pour un tel groupe, le mandat général pouvant être proposé sera le suivant :

- Conduire des analyses de politiques et déterminer les meilleures politiques nationales de vaccination,
- Orienter le gouvernement et le programme national de vaccination sur l'élaboration de stratégies pour lutter contre les maladies évitables par la vaccination en instaurant celle-ci,
- Conseiller les autorités nationales sur le suivi du programme de vaccination de façon à mesurer et quantifier son impact,
- Conseiller le gouvernement sur la collecte de données et informations importantes concernant la morbidité et le taux de couverture vaccinale,
- Identifier les besoins de données supplémentaires pour l'élaboration des politiques,
- Orienter, au besoin, les organisations, institutions ou organismes gouvernementaux pour l'élaboration de politiques, plans et stratégies de recherche et développement de nouveaux vaccins et technologies d'administration des vaccins pour l'avenir.

Chaque pays devra adapter le mandat de son GTCV sur la base à ses besoins et à ses ressources. Par conséquent, l'exemple proposé ci-dessus est général et pas nécessairement exhaustif.

Bien que le GTCV soit essentiellement un organe consultatif et que les décisions pour les programmes soient prises en dernière instance par les responsables du gouvernement, ce processus nécessite de la part de celui-ci d'accepter de déléguer une partie du contrôle du processus décisionnel. L'un des avantages indirects d'un GTCV est qu'il aide à tenir informés les autorités nationales et les agents du programme national de vaccination des derniers développements scientifiques dans le domaine des vaccins, de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination. Il aide également à renforcer les liens entre les services et à promouvoir le partenariat entre le gouvernement, la société civile, l'industrie et les bailleurs de fonds pour promouvoir la vaccination de manière durable, crédible et scientifiquement valable.

Il y a des précautions à prendre dans la mise en place d'un GTCV. Celui-ci ne doit avoir qu'un rôle consultatif technique dans l'élaboration de recommandations sur les vaccins et ne doit pas être un organe d'exécution, de coordination ou de réglementation. Ainsi, il faut bien distinguer les GTCV et les Comités de Coordination Inter-institutions (CCI), déjà établis dans les pays pouvant bénéficier de l'aide de l'Alliance GAVI [9]. La principale mission de ces CCI est de coordonner et de soutenir le financement, la planification, la mise en œuvre et le plaidoyer. Leur travail est principalement de nature opérationnelle, et non technique ; ces groupes n'ont pas vocation à se substituer au GTCV ni aux contributions des partenaires pour rendre des avis aux organes décisionnels nationaux. Dans certaines conditions et devant l'absence de GTCV, les CCI ont été sollicités pour donner leur avis sur certaines questions relatives aux politiques de vaccination. Dans certains cas, ils sont allés jusqu'à créer leurs propres groupes consultatifs techniques, reconnaissant ainsi l'importance d'un avis de cette nature dans la prise de décision en matière de vaccination. Les GTCV doivent également se distinguer clairement des autorités nationales de réglementation, en charge des fonctions suivantes : homologations, essais cliniques, inspection, contrôle qualité et surveillance post-commercialisation. Enfin, les GTCV doivent se différencier des groupes de travail consultatifs techniques qui s'occupent de maladies spécifiques, poliomyélite, rougeole, hépatite par exemple, sont créés pour mettre l'accent, pour une durée déterminée et des résultats précis, sur une maladie, et dont

les recommandations et les travaux gagneraient à être encadrés par un GTCV, comme indiqué ci-dessus.

Pour qu'un GTCV puisse réussir, il a besoin, pour sa création et son fonctionnement, d'investissements modestes, mais indispensables, à la fois financiers et sous forme d'appui administratif. Par ailleurs, les GTCV sont potentiellement à l'origine de retards dans le processus décisionnel pour la vaccination et le programme puisque, sans eux, des décisions peuvent être prises instantanément – même s'il est peu probable qu'elles s'appuient alors sur des données scientifiques probantes et qu'elles soient argumentées, réfléchies et utiles en définitive. Il faut particulièrement prendre soin d'éviter des retards non justifiés pouvant être causés par l'inertie d'une partie du GTCV ou de son secrétariat.

Comme alternative à un GTCV national, petits pays et d'autres ayant des ressources techniques limitées peuvent préférer examiner en collaboration l'idée d'un mécanisme sous-régional ou inter-pays pour obtenir des avis indépendants d'experts plutôt que d'agir chacun de son côté. Cela requiert cependant de la part des pays, une volonté réelle d'accepter des recommandations extranationales tout comme la nécessité, pour le comité inter-pays, de comprendre et d'apprécier les situations spécifiques et les besoins de chaque pays.

Dans certains pays comme les États-Unis d'Amérique, le Canada et l'Inde, des organisations professionnelles, comme l'Académie Nationale de Pédiatrie ou d'autres groupes similaires, peuvent avoir mis sur pied un processus consultatif national émettant, à l'intention de leurs membres, des recommandations sur l'utilisation des vaccins [10, 11]. Dans de telles situations, il est important d'instaurer des liens étroits entre ces groupes et le GTCV pour éviter des recommandations contradictoires qui seraient contreproductives et porteraient atteinte à la crédibilité des deux parties. Un exemple de ce type de situation s'est déjà produit dans le passé aux États-Unis d'Amérique, où différentes recommandations avaient été émises par le Comité Consultatif américain sur les Pratiques de Vaccination (*Advisory Committee on Immunization Practices*) et le Comité sur les maladies infectieuses de l'Académie américaine de pédiatrie (*Committee on Infectious Diseases of the American Academy of Pediatrics*, qu'on appelle également le *Red Book Committee*). Au fil des ans cependant, ces deux comités ont collaboré de plus en plus étroitement et publient désormais des recommandations harmonisées [7, 12].

3. Orientations sur la composition et le mode de fonctionnement d'un GTCV

Nous allons déterminer dans la suite du texte les éléments à définir précisément pour la nomination des membres et le mode de fonctionnement du GTCV. La structure proposée ci-dessous peut être vue en partie comme un objectif à atteindre : on admet que l'établissement d'un GTCV pleinement opérationnel puisse prendre plusieurs années. En outre, les orientations présentées ci-dessous ont un caractère général et les procédures optimales pour parvenir aux meilleures décisions fondées sur des bases factuelles peuvent varier d'un pays à l'autre. La composition et le mode de fonctionnement de chaque GTCV doivent être adaptés pour prendre en compte la situation locale, les ressources, ainsi que le cadre social et juridique.

Les recommandations suivantes ont été initialement élaborées par l'OMS avec l'aide et la relecture d'un groupe extérieur d'experts et elles se basent sur l'expérience de GTCV existants (au Canada, au Royaume-Uni, aux États-Unis d'Amérique, mais aussi dans d'autres pays) dont la crédibilité et la reconnaissance au niveau national et international est avérée. Il convient de reconnaître que ces recommandations sont basées sur un nombre limité de données scientifiques solides. On observe en effet une variabilité dans les modes de fonctionnement des comités qui semblent être les plus

efficaces [6, 12-16]. En outre, on compte peu de publications sur le processus d'élaboration des recommandations en matière de politique vaccinale [17], ce qui complique l'évaluation des éléments essentiels dans les comités performants. Il y a plus de publications sur les éléments à prendre en considération que sur la structure optimale d'un comité. Les orientations initiales citées précédemment ont été adaptées au moment de rédiger le présent article, afin de prendre en compte les observations, les succès et les limites des efforts récents dans la création et le renforcement des GTCV qui ont été notés à l'occasion de réunions régionales de responsables de la vaccination et de groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination. Les présidents et les membres de GTCV ont également pris part à ces réunions.

3.1. Mise en place du comité

Le comité doit être officiellement établi par un décret ministériel ou tout autre acte administratif approprié, y compris un texte législatif si nécessaire. Cette procédure de création officielle peut aussi aider à mobiliser les financements nécessaires à l'action du comité et du secrétariat.

Afin de s'assurer que le gouvernement accorde une attention particulière aux recommandations du comité, il est important que le comité rende compte à un haut responsable du Ministère de la Santé qui ne soit pas membre du groupe. Il faut établir une relation officielle entre le comité et le Ministère de la Santé, délimitant les rôles et responsabilités de chacun. Celle-ci devra préciser les modalités de transmission des rapports, les dispositions financières et l'appui d'un secrétariat. Elle pourra également désigner un Secrétaire Exécutif qui ne sera pas obligatoirement un fonctionnaire du Ministère de la Santé. Il est recommandé au programme de vaccination d'assurer les services de secrétariat pour le GTCV, et au directeur du programme de suivre attentivement le processus. Le mandat doit être clairement édicté. Il est recommandé au Ministère de la Santé de prévoir dans ses budgets annuels et pluriannuels les ressources financières allouées à cette activité. Elles seront révisées régulièrement pour que le budget du comité reste suffisant et lui permette de répondre aux demandes qui lui sont faites.

3.2. Nomination des membres et composition des GTCV

3.2.1. Taille

Il n'y a pas de règle fixe définissant la taille d'un GTCV mais celle-ci peut et doit dépendre de paramètres locaux, comme par exemple le besoin d'une représentation géographique, la taille du pays, la disponibilité des ressources, etc. L'expérience a montré que les comités performants fonctionnent avec un noyau de 10 à 15 membres principaux qui siègent à titre personnel et représentent un large éventail de disciplines couvrant de nombreux aspects de la vaccination et des vaccins [6, 12-16]. Cela permet une certaine redondance utile des compétences garantissant un débat plus riche et équilibré. De plus, comme il est probable que tous les membres ne pourront pas assister à toutes les réunions, cette redondance des qualifications présente un intérêt certain. Dans les GTCV ayant un nombre de membres limité, les absences auront des répercussions particulièrement visibles. Les comités trop grands sont plus coûteux et plus difficiles à diriger. Au-delà du nombre limité de membres et à condition que l'expertise nécessaire soit déjà présente au sein du comité, il y a peu d'intérêt à inclure des membres supplémentaires. Les groupes composés d'un nombre de membres impair peuvent être plus efficaces pour résoudre les désaccords et prendre rapidement des décisions [18-21].

3.2.2. Composition

La composition du groupe doit inclure deux catégories de membres : les membres principaux et les autres. Les premiers doivent être des experts indépendants et crédibles exerçant à titre

personnel et ne représentant pas les intérêts d'un groupe particulier ou d'une partie intéressée. Ils doivent éviter de promouvoir les politiques, opinions et produits de l'organisation pour laquelle ils travaillent.

L'indépendance par rapport au gouvernement se définit par l'absence de liens directs ou indirects de supervision au sein du programme de vaccination ou, de préférence et plus largement, au sein du Ministère de la Santé. Les membres doivent se sentir libres et invités à exprimer leurs opinions même si elles sont en contradiction avec celles des responsables du programme de vaccination ou avec la politique du Ministère de la Santé. Seuls les membres principaux doivent participer à la consultation et décider de l'ensemble des recommandations finales.

Les autres membres se subdivisent en deux groupes : membres de droit [22] et membres de liaison [23]. Les membres de droit sont titulaires de postes clés au sein des entités gouvernementales qu'ils représentent (ex : autorité nationale de réglementation ou organe délivrant les homologations des vaccins et médicaments, Laboratoire national de contrôle des vaccins, instance administrative responsable des programmes de vaccination, de la planification, de l'éducation, des finances, etc.) et leur présence est requise du fait des postes qu'ils occupent. Les membres de liaison représentent généralement différentes sociétés ou associations professionnelles importantes, d'autres comités consultatifs nationaux et les principaux partenaires techniques (ex. : OMS ou UNICEF) [12, 13, 14, 17]. Il incombe à l'organisation elle-même de choisir son représentant, c'est-à-dire la personne la plus indiquée selon elle parmi ses membres. Elle peut également décider d'une procédure de roulement, bien qu'une certaine stabilité soit préférable à des remplacements fréquents des représentants de liaison. Le rôle de ces autres est de contribuer à la discussion et de fournir des informations générales ou des données utiles. Ils ne doivent pas être directement impliqués dans l'élaboration des recommandations finales. Une personne peut détenir une seule représentation. La participation de membres de liaison peut également faciliter la diffusion rapide des recommandations aux membres des organisations professionnelles auxquels ils appartiennent, ce qui permet notamment d'obtenir des appuis pour une mise en œuvre rapide et harmonieuse des nouvelles recommandations.

Il est important que le comité soit pluridisciplinaire, avec un large éventail de compétences et d'expertises réunies par la sélection de membres expérimentés, ayant des qualifications techniques solides. Au minimum et si c'est faisable (en fonction de la taille et de la capacité du pays), il est préférable que les pays recrutent en tant que membres principaux des spécialistes dans les domaines suivants : médecine clinique (pédiatrie, médecine de l'adolescent, de l'adulte, gériatrie), épidémiologie, maladies infectieuses, microbiologie, santé publique, immunologie, vaccinologie, programme de vaccination, systèmes et prestations de santé. Il convient également d'envisager de recruter des membres ayant des compétences spécifiques en recherche clinique (conception d'essais cliniques) et en économie de la santé. Il arrive cependant que cette expertise soit limitée dans certaines situations et les pays peuvent examiner la possibilité de réaliser des études coût-efficacité via le secrétariat et/ou solliciter les compétences de personnes extérieures au groupe principal. L'expertise collective doit évidemment être adaptée au mandat spécifique du groupe.

Pour la composition du groupe, les autres considérations à prendre en compte sont la parité hommes/femmes, la diversité géographique, la représentation de groupes spéciaux de population et le besoin éventuel d'une représentation du grand public. Dans ce cas, ce membre peut être un représentant des consommateurs qui pourrait faire connaître le point de vue de la population ou les aspects sociaux et communautaires des programmes de vaccination. Si une représentation du grand public est souhaitée, des décisions doivent être prises sur les modalités de celle-ci (à

savoir : un siège au sein des membres principaux ou plutôt un membre de droit/de liaison) et sur la meilleure manière de sélectionner un représentant.

Etant donné les implications financières substantielles que les recommandations peuvent avoir pour les secteurs public et privé, mais aussi pour les producteurs de vaccins, les membres ne doivent pas avoir de conflits d'intérêts et bénéficier d'une crédibilité satisfaisante. Il sera demandé aux membres qui ont déclaré un intérêt ne remettant toutefois pas en cause leur fonction au sein du comité, de s'abstenir de participer aux discussions et à la prise de décision sur les questions en liaison avec cet intérêt. Tout membre ayant un doute quelconque sur un conflit d'intérêt à déclarer ou ne sachant pas s'il doit prendre part aux discussions, doit demander conseil au Secrétariat et au Président. L'apparition de conflits d'intérêts sera évitée à la fois en prenant soin d'examiner la question avant et après chaque nomination et en organisant des déclarations publiques d'intérêts en concurrence (voir ci-après).

Il est important de bien faire la distinction entre les membres participant au processus décisionnel et les observateurs et experts invités. Ceux-ci peuvent prendre part aux discussions, contribuer à fournir des informations générales ou des preuves factuelles, mais ils ne doivent pas être impliqués dans la prise de décision finale, quelque soient les intérêts particuliers qu'ils représentent.

Le Président et les membres jouent un rôle crucial pour pérenniser les activités du comité et en faire un organe internationalement reconnu dans le domaine de la vaccination et respectant les plus hauts principes d'impartialité, d'intégrité et d'objectivité dans ses délibérations et faire en sorte que ses recommandations soient élaborées sur la base des preuves scientifiques disponibles. Il faut donc les choisir avec soin et réflexion.

3.2.3. Mode de nomination

Les membres, y compris le Président, doivent être désignés et nommés officiellement par un haut-fonctionnaire du gouvernement en respectant une procédure bien définie. Les appels publics à candidature et la mise en place d'une procédure de sélection indépendante doivent être envisagés pour des raisons de transparence et de crédibilité. En outre, le Président doit être reconnu comme un membre principal de haut rang, très respecté et indépendant.

Avant d'être nommés, il est important de demander aux membres de remplir une déclaration d'intérêts suffisamment détaillée pour identifier tout ce qui pourrait constituer un conflit d'intérêts à l'avenir. Par conflit d'intérêts, on entend une incompatibilité entre une charge publique et les intérêts privés d'un fonctionnaire, susceptibles d'influencer de manière inappropriée l'accomplissement des tâches et responsabilités officielles [24]. Les conflits d'intérêts peuvent être de nature personnelle (par exemple la possession d'actions dans une entreprise fabriquant des vaccins, l'emploi direct du candidat lui-même ou d'un membre de sa proche famille par un producteur de vaccins ; l'appartenance au conseil d'administration d'une entreprise fabricant des vaccins ou la perception d'honoraires ou d'indemnités de voyage versées par un producteur de vaccins ou sa société mère) ou impersonnelle (par exemple une bourse de recherche pour une institution) et peuvent être ou ne pas être liés spécifiquement au sujet de discussion et aux décisions à prendre par le comité.

Le Secrétariat et le Président doivent alors décider si les intérêts déclarés, indiquant un conflit d'intérêts réel ou potentiel, empêchent totalement l'expert de travailler au sein du comité ou s'ils doivent simplement être mentionnés, le membre étant alors exclu du processus décisionnel, voire des discussions sur certains sujets lors d'une réunion (par exemple : il sera demandé aux membres ayant un conflit d'intérêts personnel spécifique de quitter la salle de réunion au moment des discussions et de la prise de décision ; les membres ayant un intérêt personnel non spécifique

pourront participer aux débats, mais pas à la prise de décision ; les membres ayant un intérêt spécifique mais non personnel pourront répondre aux questions directes du Président mais pas participer à la prise de décision ; les membres avec un intérêt non spécifique et non personnel pourront participer aux discussions et à la prise de décision). D'autres catégories de conflits d'intérêts comportent des conflits majeurs ou mineurs, des conflits réels, apparents ou potentiels [25-28].

Les déclarations d'intérêts doivent être tenues à jour. La solution la plus simple consiste à demander aux membres de mettre à jour leur déclaration d'intérêts, au besoin avant chaque réunion. Les intérêts signalés pourront être révélés pendant la réunion, éventuellement publiés de manière succincte sur Internet et/ou mis à la disposition du public sur demande. La recherche des conflits d'intérêts doit être rigoureuse et faire la part entre le risque de partialité due à un conflit d'intérêts et la nécessité d'une expertise en matière de vaccins et de vaccination. Certaines données importantes pour les travaux du comité ne peuvent être obtenues qu'en tissant des liens avec les producteurs de vaccins. En outre, les grands experts nationaux dans le domaine des vaccins et de la vaccination ont souvent des liens avec différents groupes d'intérêts, comme l'industrie, les associations professionnelles et les gouvernements. Par conséquent, l'objectif n'est pas de nommer seulement des personnes n'ayant aucun conflit d'intérêts mais de gérer ces conflits potentiels de manière transparente et éthique.

Les médias se sont fait récemment l'écho d'un nombre croissant d'allégations de collusions entre des gouvernements et l'industrie, en particulier lors de l'introduction de nouveaux vaccins coûteux. Il est donc essentiel d'accorder toute l'attention nécessaire aux déclarations d'intérêts et à leur publication.

Les membres peuvent également être tenus de signer une déclaration de confidentialité si, à l'occasion d'une réunion ou d'une activité du groupe, ils ont accès à des informations confidentielles. Les déclarations de confidentialité concernent également les invités spéciaux.

La présentation des déclarations d'intérêts et de confidentialité doit s'adapter aux exigences spécifiques et aux pratiques des pays. Il est évident que l'appréciation de ce qui peut constituer un conflit d'intérêts dépend du contexte. Par exemple, une prestation de conseil rémunérée à 1000 dollars américains aura un poids et un impact variables en fonction du salaire moyen dans le pays.

Des exemples de ce type de documents et des modèles de déclaration d'intérêts sont disponibles sur le site :

http://www.who.int/immunization/sage/national_advisory_commitees/en/index2.html.

3.2.4. Roulement des membres principaux

Une procédure de roulement des membres principaux ayant un mandat à durée limitée est essentielle pour assurer la crédibilité du groupe et il faut édicter les règles précisant les procédures de nomination, de roulement et de fin des mandats [12]. Compte tenu de ce qui précède, les membres doivent normalement être nommés pour un mandat d'une durée fixée à un certain nombre d'années, avec possibilité de reconduction (mais il faut alors préciser et limiter le nombre des reconductions permises). Il convient de préserver la continuité du comité en s'assurant que les mandats des membres n'expirent pas tous au même moment. Des mandats de trois ou quatre ans avec ou sans possibilité de reconduction sont une pratique courante. S'il existe une possibilité de reconduction du mandat à la fin de la première période, elle doit être conditionnée par une évaluation satisfaisante du travail effectué. Aucun membre ne doit pouvoir s'attendre à une reconduction automatique et cela doit être spécifié clairement au moment de la nomination.

Les raisons possibles pouvant entraîner la séparation d'un membre doivent être bien précisées. Il peut s'agir d'absences répétées à un nombre spécifié de réunions consécutives, d'un changement

d'affiliation entraînant un conflit d'intérêts ou d'un manque de professionnalisme se traduisant, par exemple, par une violation de la confidentialité.

3.3. Modes de fonctionnement du GTCV / organisation des réunions

3.3.1. Organisation des réunions : procédure et base de la prise de décision

Il est fortement recommandé au programme de vaccination et/ou au Ministère de la Santé de prévoir des sessions d'orientation et/ou des dossiers d'information à l'intention des nouveaux membres pour leur expliquer le mandat et les règles de fonctionnement du comité. Lorsqu'un nouveau groupe est créé, il peut être utile, au moins à la première réunion, avant la tenue de celle-ci ou encore pendant une session préparatoire, de familiariser les membres avec le mode de fonctionnement du GTCV, afin qu'ils se sentent à l'aise lors des discussions et délibérations. A cet égard, la mise à disposition d'informations sur le contexte et l'explication des rôles, responsabilités et attentes mutuelles de chacun présentent un intérêt certain.

Il faut définir des règles de fonctionnement internes au comité précisant la préparation et la transmission des ordres du jour, des informations et documents préparatoires, mais également la conduite des réunions et la procédure d'enregistrement et de communication des recommandations et conclusions du comité.

Les éléments suivants doivent être discutés et inscrits de manière claire dans les règles de fonctionnement du comité :

- **Réunions ouvertes ou fermées** : il est possible d'associer les deux. Par exemple, les délibérations formelles d'un GTCV peuvent être ouvertes au public alors que les séances des groupes de travail se déroulent à huis clos (voir ci-dessous). Les réunions ouvertes favorisent la transparence et peuvent améliorer l'acceptation du public, mais ce mode de fonctionnement peut aussi ralentir le processus et dissuader certains membres du GTCV de parler aussi ouvertement qu'ils auraient pu le souhaiter.
- **Participation de l'industrie et des observateurs** : les producteurs de vaccins ne sont habituellement pas autorisés à participer aux réunions, mais ils peuvent être invités à l'occasion, dans des conditions très structurées, pour informer le comité de leurs produits. Lorsque les producteurs sont invités à assister aux réunions en tant qu'observateurs, l'organisation et les procédures doivent les empêcher d'exercer toute influence indue.
- **Procédures d'examen et de communication des informations avec le groupe** : dans le cadre de la préparation des réunions, les questions spécifiques à aborder par le comité doivent être clairement exprimées. L'ordre du jour de la réunion doit être transmis au moins une semaine auparavant, avec toute la documentation permettant aux membres de se préparer aux discussions.
- **Processus décisionnel : décision à la majorité ou à l'unanimité** : chaque mode présente des avantages et des inconvénients et il est impossible de recommander l'une des approches plus que l'autre.
- **Formation des groupes de travail et modes de fonctionnement** : les groupes de travail du comité peuvent constituer une ressource utile pour collecter, analyser et préparer des informations à présenter au GTCV en plénum pour la prise de décision. Il est préférable que ces groupes soient composés d'un nombre minimum de membres principaux, auxquels des experts spécialisés du sujet traité peuvent se joindre. Ils peuvent aussi compter des membres de droit ou de liaison, ainsi que des experts nationaux ou internationaux invités. Les représentants des producteurs de vaccins ne doivent pas participer aux groupes de travail bien que ceux-ci puissent leur demander de mettre à leur

disposition des informations spécifiques. D'autres mécanismes pour obtenir des informations et faciliter le processus décisionnel peuvent être utilisés, comme de faire appel au secrétariat, ou de recourir à des consultants. Dans ce dernier cas, le consultant ne doit pas avoir de conflits d'intérêts susceptibles de remettre en question la validité et l'indépendance des documents préparés.

- **Base du processus décisionnel** : des approches variées ont été publiées [12, 29-33].

Les éléments à prendre en compte pour la formulation des recommandations sont les suivants :

L'épidémiologie des maladies [34] (fardeau de la maladie, avec le taux de mortalité et de morbidité par classes d'âge et l'impact social ; répartition de la maladie selon l'âge ; projections du fardeau de la maladie ; groupes spécifiques à risque ; potentiel épidémique ; fréquence de la maladie dans le temps ; répartition des sérogroupes ou sérotypes pour les vaccins spécifiques ; évolution de l'épidémiologie dans le temps)

Caractéristiques cliniques (prise en charge clinique de la maladie, sévérité de la maladie, implications pour les soins primaires/secondaires/tertiaires, complications à long terme et exigences sanitaires)

Considérations économiques (projection de l'impact futur du fardeau de la maladie sur le système de santé, coûts de la maladie y compris les conséquences des épidémies sur les structures sociales et politiques, coûts et coût-efficacité [35, 36], accessibilité financière de la vaccination)

Caractéristiques du vaccin et de la vaccination (efficacité théorique, efficacité prouvée et impact du vaccin sur la population ; effets indésirables ; innocuité du vaccin ; aspects relatifs à la chaîne du froid et à la logistique ; disponibilité du vaccin ; calendrier vaccinal ; acceptabilité du vaccin et du calendrier vaccinal pour le public et les professionnels de santé)

Considérations politiques et de santé publique (exemples dans d'autres pays ; recommandations régionales et internationales s'il y en a ; risques de propagation internationale et potentiel pandémique).

Quand il n'y a pas de données nationales, on peut utiliser des informations produites par des pays aux caractéristiques comparables. Lorsqu'il ne dispose pas de suffisamment de données, le comité doit demander des informations complémentaires et des études ou travaux pour les obtenir. En l'absence de données suffisantes, on peut s'appuyer sur les possibilités proposées par les experts pour faire des recommandations. Lorsque la situation le permet, on peut avoir recours à des règles spécifiques pour juger de la qualité des données et prendre des décisions pour améliorer l'impact des recommandations [37-44]. On peut développer un cadre théorique ou une procédure explicite de prise de décision et aller jusqu'à échelonner les niveaux de preuve, mais, jusqu'à présent très peu de comités ont une approche aussi structurée [31,45].

- **Processus pour décider de l'ordre du jour et des interventions attendues du comité** : bien que la plupart des questions soumises au comité doivent venir du Ministère de la Santé, il est opportun de demander aux membres du comité de participer à l'élaboration de l'ordre du jour et, en fonction de leur expertise, de déterminer les questions importantes à aborder. L'industrie et les sociétés de professionnels peuvent également proposer des points à inscrire à l'ordre du jour.

Il est essentiel d'apporter un appui administratif suffisant (secrétariat par exemple) à la préparation des réunions. Étant donné que les membres doivent consacrer le temps nécessaire à la préparation de la réunion et à l'examen des informations fournies, le secrétariat doit veiller à la bonne préparation de tous les documents d'information. Ceci est particulièrement important car, en général, les membres de groupes consultatifs ne reçoivent pas de compensation financière pour leur travail ou, s'il y en a une, elle est minime. Les dépenses de voyage devraient être remboursées.

3.3.2. Fréquence des réunions

Bien qu'il soit nécessaire de prévoir une certaine flexibilité pour organiser des réunions supplémentaires à tout moment, afin de discuter de questions importantes ou urgentes, un calendrier de réunions régulières doit être fixé à l'avance. Il est souhaitable que le GTCV se réunisse régulièrement au moins deux fois par an, une seule réunion annuelle constituant le strict minimum. Plusieurs groupes, comme ceux du Canada, des États-Unis d'Amérique ou du Royaume-Uni, fonctionnent efficacement avec trois ou quatre réunions par an. Un nombre plus élevé de réunions peut être plus difficile à gérer, à la fois pour les membres du comité et pour le secrétariat, mais permet en revanche de traiter davantage de questions de manière satisfaisante et de réduire les délais avant la publication des recommandations nécessaires.

3.3.3. Communication/rapports

Les procès-verbaux de chaque réunion, mettant l'accent sur les principales conclusions et recommandations, doivent être disponibles et adoptés par le comité dans un délai raisonnable (au maximum deux mois après une réunion). Une procédure précise doit être mise en place pour transmettre les recommandations aux décideurs politiques.

Le comité doit décider de la nature des procès-verbaux, publique ou privée, et s'ils sont publiés, de quelle manière cela doit être fait, par exemple dans un bulletin officiel, des journaux, un site web, etc. En général, on encourage la diffusion publique des procès-verbaux, lorsqu'elle est appropriée, car elle rend le processus décisionnel plus crédible et plus transparent. Si certains peuvent craindre une exposition du gouvernement aux critiques s'il ne met pas en œuvre les recommandations du GTCV, cette éventualité peut être évitée si les raisons sont justifiées et transparentes (par exemple l'impossibilité de mobiliser des fonds suffisants ou des coûts d'opportunité plus élevés). Certains comités publient régulièrement des livres ou des abrégés énumérant toutes leurs recommandations dans le domaine de l'utilisation des vaccins. Dans d'autres circonstances, les recommandations et informations sur le comité et son action sont disponibles sur un site web (ex : <http://www.advisorybodies.doh.gov.uk/jcvi/>; <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/> ; <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip/>). Il convient aussi d'envisager l'élaboration d'un plan ou d'une stratégie de communication.

3.4. Évaluation

Il est extrêmement difficile d'établir un indicateur spécifique de résultat qui évalue objectivement le fonctionnement d'un GTCV, parce qu'une recommandation émise dans un pays peut constituer la bonne décision à prendre à une période donnée mais, en revanche, poser problème ailleurs ou à un moment différent. Néanmoins, il est préférable d'élaborer une procédure et des indicateurs de résultat intermédiaire et final mesurables afin de démontrer l'intérêt d'un GTCV dans l'amélioration générale des procédures décisionnelles en matière de vaccination.

Des indicateurs d'un GTCV « performant » ont été suggérés : ils peuvent aider les pays à estimer leur position dans ce domaine et permettre d'examiner les progrès réalisés au niveau régional ou international, en particulier lorsqu'il s'agit d'un indicateur composite. En mettant l'accent sur la nature officielle,

indépendante et technique des travaux des GTCV, les indicateurs suivants ont été proposés : base législative ou administrative (ex : décret ministériel) établissant le comité de manière durable ; existence d'un mandat officiel écrit ; membres principaux systématiquement tenus de déclarer leurs intérêts ; compétence technique (membres principaux couvrant au moins 5 domaines d'expertise : pédiatrie, santé publique, maladies infectieuses, épidémiologie, immunologie) ; réunions régulières du comité au moins une fois par an ; ordre du jour et documents préparatoires distribués aux membres au moins une semaine avant les réunions. Ces indicateurs ont l'avantage d'être simples et applicables à toutes les régions et à toutes les cultures, permettant aux administrateurs des programmes de vaccination de déterminer si leur GTCV respecte bien tous ces critères [46]. Ils ne constituent cependant qu'un minimum, particulièrement utile pour un contrôle efficace des progrès réalisés au niveau international.

Il est important que le GTCV soit consulté pour toutes les décisions politiques majeures et que l'ensemble de ses recommandations soient effectivement prises en compte par le Ministère de la Santé. Les indicateurs de résultats intermédiaires peuvent ainsi inclure le nombre ou la proportion de recommandations auxquelles une attention particulière a été portée ou qui ont été appliquées, ainsi que la proportion de décisions importantes prises par le Ministère de la Santé après avoir sollicité l'avis du GTCV.

4. Rôle et appui de l'OMS et des partenaires pour la création, le renforcement et le fonctionnement des GTCV

L'OMS a mis en tête de ses priorités le développement du processus décisionnel et des capacités nationales. Les orientations à prendre en compte par les pays pour l'établissement d'un GTCV ou l'amélioration de son fonctionnement ne sont pas toujours faciles à suivre du fait que beaucoup de pays n'ont pas encore intégré certaines notions comme l'indépendance de l'expertise, une méthode clairement définie de gestion des conflits d'intérêts ou un processus décisionnel fondé sur des bases factuelles. Dans la plupart des pays où les GTCV fonctionnent plutôt efficacement, ces éléments ont été introduits progressivement et il leur a parfois fallu plusieurs décennies pour atteindre ce niveau d'excellence. Ainsi, afin d'aider à la création ou au renforcement de GTCV indépendants, pérennes et fonctionnels, et de tirer les leçons des expériences des comités les plus performants, l'OMS s'appuie sur ses bureaux régionaux, nationaux et ses partenaires pour apporter un soutien aux pays dans les activités suivantes :

- Fournir davantage de documents d'orientation spécifiques aux régions et faciliter l'accès à des prototypes de documents, comme des formulaires standardisés de déclaration d'intérêts ;
- Tisser des liens au sein des comités et entre eux ;
- Donner des orientations techniques pour la création/le renforcement des GTCV ;
- Fournir un appui technique pour l'élaboration de politiques et de stratégies de vaccination, afin de lutter contre les maladies à prévention vaccinale ;
- Fournir des recommandations internationales et régionales sur la politique et donner accès à des documents de référence ou d'information générale pouvant servir de bases factuelles à l'élaboration de telles recommandations [47] ;
- Fournir des mises à jour régulières sur le développement de nouveaux vaccins, des orientations sur les calendriers de vaccination recommandés, les technologies pour l'administration des vaccins ; la surveillance des maladies évitables par la vaccination ; la sécurité et la qualité des données/informations, etc. Les informations sur les derniers développements dans le domaine des vaccins et de la vaccination seront régulièrement transmises par l'OMS aux

présidents des GTCV qui, à leur tour feront circuler l'information aux autres membres ;

- Donner un appui ou des orientations pour l'identification des sources potentielles de financement pour aider à l'établissement d'un GTCV ;
- Élaborer des outils de formation ;
- Faciliter les échanges entre les GTCV et la participation de leurs présidents aux réunions régionales sur la vaccination.

Parmi les principaux partenaires de l'OMS participant à l'aide directe aux pays, on compte les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis d'Amérique, l'Initiative *ProVac*, lancée en 2006 pour apporter une coopération technique et renforcer les capacités nationales pour la prise de décisions fondées sur des bases factuelles dans le contexte de l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés [32], et plus récemment l'Initiative SIVAC (*Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees*) [48]. L'objectif de cette dernière est d'aider à la création et au renforcement de GTCV fonctionnels, pérennes et indépendants au sein des pays pouvant bénéficier de l'aide de la GAVI et des pays à revenus intermédiaires, afin d'élaborer des recommandations pour l'amélioration des programmes et l'introduction de vaccins. Le programme prévoit notamment une assistance technique, des formations, le développement d'outils et le partage de l'information. Pour en savoir plus et trouver les liens permettant d'accéder à ces ressources, cliquer sur : http://www.who.int/immunization/sage/national_advisory_committees/en/index.html.

Remerciements :

À Lara Wolfson qui a contribué à l'élaboration du document d'orientation initial. À Abdoul-Reza Esteghamati, du Ministère de la Santé et à l'Éducation Médicale de Téhéran ; à Steve Landry de la Fondation Bill et Melinda Gates ; à Noni MacDonald de la Dalhousie University ; à Bjorn Melgaard et Jean Smith des *US Centers for Disease Control and Prevention* qui ont revu le document initial et donné leur appréciation. Merci tout particulièrement à Noni MacDonald et Jean Smith pour la relecture du présent article et leurs commentaires utiles. Merci à Lara Gautier, Julia Blau et Kamel Senouci de l'Agence de Médecine Préventive pour avoir relu le manuscrit, apporté leurs commentaires et aidé à passer la littérature à la lumière de leur propre expérience. Merci enfin à tous les collègues des bureaux régionaux de l'OMS qui ont été impliqués dans le renforcement des GTCV au niveau des pays et particulièrement Nahad Sadr-Azodi et Niyazi Cakmak pour avoir apporté un éclairage utile dans la production du document et pour avoir partagé leur expérience.

Conflit d'intérêts :

Philippe Duclos n'a pas d'intérêt financier lié à la publication du présent document.

Dégagement de responsabilité :

L'auteur est seul responsable des opinions exprimées dans la présente publication et elles ne représentent pas nécessairement les décisions, politiques ou opinions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Références :

- [1] Organisation mondiale de la Santé et UNICEF. La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015. Genève. Organisation mondiale de la Santé, WHO/IVB/05.05, < http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF05/GIVS_Final_EN.pdf >; 2005 [accès 05.02.2010].
- [2] Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, November 2006 : conclusions et recommandations. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2007;82:1-16.

- [3] GAVI Alliance. [Online] URL:<http://www.gavialliance.org/>
- [4] IFFim Supporting GAVI. [Online] URL: <http://www.iff-immunisation.org/>
- [5] Piso B, Wild C. Decision support in vaccination policies *Vaccine*. 2009;27: 5923-8.
- [6] Bryson M, Duclos P, Jolly A, Cakmak N. A Global Look at National Immunization Technical Advisory Groups. *Vaccine*. 2010;28(Suppl. 1):A13-7.
- [7] Kamiya H, Okabe N. Leadership in Immunization: the relevance to Japan of the U.S.A. experience of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Vaccine*. 2009;27(11):1724-8.
- [8] Berger P, Micallef J, Barrau K, Manuel C, Auquier P. Vaccination anti-hépatite B : après la décision du Secrétaire d'Etat à la Santé. *La Presse médicale*. 1999;28(31):1702-6.
- [9] Guidelines for National Interagency Coordinating Committees. Organisation mondiale de la Santé, AFRO/EPI. Brazzaville. 1998.
- [10] Indian Academy of Pediatrics Committee on Immunization (IAPCOI) Consensus recommendations on immunization, 2008. *Indian Pediatrics*. 2008;45:635-48.
- [11] Red Book Online, < <http://aapredbook.aappublications.org/resources/> >; 2009 [accès 05.02.2010].
- [12] Smith JC, Snider DE, Pickering LK. Immunization policy development in the United States: the role of the Advisory Committee on Immunization Practices. *Ann Inter Med*. 2009;250:45-9.
- [13] Salisbury DM. Development of immunization policy and its implementation in the United Kingdom. *Health Aff*. 2005;24(3):744-54.
- [14] Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): Evidence-based decision making on vaccines and immunization. *Vaccine*. 2010; ;28(Suppl.1):A58-63..
- [15] Freed GL. The structure and function of immunization advisory committees in Western Europe. *Child Health Hum Vaccin*. 2008;4(4):292-7.
- [16] Andreae MC, Switalski K, Abraham L, Freed GL. National immunization advisory committees of the World Health Organization's European Region. *Vaccine*. 2009. 27(24):3131-6.
- [17] Bryson M, Duclos P, Jolly A, Bryson J. A Systematic Review of National Immunization Policy Making Processes. *Vaccine*. 2010; 28(Suppl. 1):A6-12.
- [18] Leclerc C. Comprendre et construire le groupe. *Chronique Sociale, Les presses de l'université Laval. Quebec, Canada*. 1999.
- [19] Mucchielli R. La dynamique des groupes: connaissance du problème, applications pratiques Formation permanente en sciences humaines. Ed. ESF. Paris. 1992.
- [20] Hunt J. Core concepts of organizational behaviors; Chapter 9: The Nature of Groups PowerPoint presentation for a course delivered at the Texas Tech University. 1999.
- [21] Amado G, Guittet A. La Dynamique des communications dans les groupes. Ed. Armand Colin. Paris. 1997.
- [22] Wikipedia definition of Ex officio member, < http://en.wikipedia.org/wiki/Ex_officio_member >; 2009 [accès 05.02.2010]
- [23] Wikipedia definition of Liaison officer, < http://en.wikipedia.org/wiki/Liaison_officer >; 2009 [accès 05.02.2010]
- [24] Bertók J. Managing conflict of interest in the public service: OECD guidelines and Country Experiences. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) publications. Paris. 2003.
- [25] Lurie P, Almeida CM, Stine N, Stine AR, Wolfe SM. Financial conflict of interest disclosure and voting patterns at Food and Drug Administration Drug Advisory Committee meetings. *JAMA*. 2006;295(16):1921-8.
- [26] The UK DOH, Joint Committee on Vaccination and Immunisation, Members' Code of Practice, < http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@ab/documents/digitalasset/dh_098495.pdf >; 2009 [accès 05.02.2010].
- [27] Council of Europe. Recommendation No. R (2000) 10 of the Committee of Ministers to Member states on codes of conduct for public officials, < http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/greco/documents/Rec%282000%2910_EN.pdf >; 2008 [accès 05.02.2010].
- [28] Floret D. Immunization: Process of elaborating guidelines and their evolution in France. *Annals Pharmaceutiques Françaises*. 2009;67:219-23.
- [29] Kimman T, Boot H, Berbers G, Vermeer-de Bondt PE, Ardine de Wit G, de Melker HE. Developing a vaccination evaluation model to support evidence-based decision making on national immunization programs. *Vaccine*. 2006;24:4769-78.
- [30] Erickson LJ, De Wals P, Farand L. An analytical framework for immunization programs in Canada. *Vaccine*. 2005;23 (19):2470-6.
- [31] Evidence-based recommendations for immunization--methods of the National Advisory Committee on Immunization. An Advisory Committee Statement (ACS). *Can Commun Dis Rep*. 2009 ;35(ACS-1):1-10.
- [32] Andrus JK, Toscano CM, Lewis M, Oliveira L, Ropero AM, Dávila M, et al. A model for enhancing evidence-based capacity to make informed policy decisions on the introduction of new vaccines in the Americas: PAHO's ProVac initiative. *Public Health Rep*. 2007;122(6):811-6.
- [33] Zimmerman RK, Jackson RE. Vaccine policy decisions: tension between science, cost-effectiveness and consensus? *Am Fam Physician*. 2001;63(10):1919-23.
- [34] Morrato EH, Elias M, Gericke CA. Using population-based routine data for evidence-based health policy decisions: lessons from three examples of setting and evaluating national health policy in Australia, the UK and the USA. *J Public Health (Oxf)*. 2007;29(4):463-71.
- [35] Iglesias CP, Drummond MF, Rovira J, NEVALAT Project Group. Health-care decision-making processes in Latin America: problems and prospects for the use of economic evaluation. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21(1):1-14.
- [36] Hoffmann C, Graf von der Schulenburg JM. The influence of economic evaluation studies on decision making. A European survey. *Health Policy*. 2000;52(3):179-92.
- [37] National Health and Medical Research Council. How to use the evidence: assessment and application of scientific evidence. Canberra: NHMRC. 2000.
- [38] Velasco M, Perleth M, Drummond M, Gürtner F, Jørgensen T, Jovell A, et al. Best practice in undertaking and reporting health technology assessments. Working group 4 report. *Int J Technol Assess Health Care* 2002;18:361-422.
- [39] Higgins J, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 4.2.6. The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2006.
- [40] Centre for Reviews and Dissemination. Undertaking systematic review of research on effectiveness: CRD's guidance for those carrying out or commissioning reviews. York, UK: CRD. 2001.
- [41] Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Srouf DF for the Quorum Group. Improving the quality of reports of meta-analyses of

randomised controlled trials: the QUOROM statement. Quality of Reporting of Meta-analyses. *Lancet*. 1999;354:1896-900.

[42] Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ, Altman DG. Empirical evidence of bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *JAMA*. 1995;273:408-12.

[43] Greenhalgh T. Assessing the methodological quality of published papers. *BMJ*. 1997;315:305-8.

[44] Hailey D. Towards transparency in health technology assessment: a checklist for HTA reports. *Int J Technol Assess Health Care*. 2003;19:1-7.

[45] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924-6

[46] Petherick ES, Villanueva EV, Dumville J, Bryan EJ, Dharmage S. An evaluation of methods used in health technology assessments produced for the Medical Services Advisory Committee. *Comment in Med J Aust*. 2008;188(8):495.

[47] Duclos P, Okwo-Bele JM. Recommandations et politiques vaccinales mondiales: Le rôle de l'OMS. *Médecine/Sciences*. 2007;23:409-16.

[48] SIVAC website, < <http://www.sivacinitiative.org> >; 2009 [accès 05.02.2010]