



Revue systématique des processus d'élaboration des politiques nationales de vaccination ☆

Maggie Bryson^{a,*}, Philippe Duclos^b, Ann Jolly^{a,c}, Jessica Bryson^a

^a Université d'Ottawa, Ottawa, Canada

^b Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse

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

Informations relatives à l'article

Mots clés :

Politique de vaccination
Politique vaccinale
Revue systématique

Résumé

Cette revue systématique avait pour objectif de collecter et de synthétiser les informations disponibles sur les processus d'élaboration des politiques de vaccination dans le monde. Vingt-neuf articles publiés et cinq sites Internet, en anglais ou en français, ont permis de recueillir des renseignements variés sur ces processus dans trente-trois pays. Ces informations allaient des acteurs impliqués aux types de données factuelles utilisées pour l'élaboration des politiques vaccinales. Quatorze pays ont signalé être dotés d'un Groupe Technique Consultatif national pour la Vaccination (GTCV), à savoir un comité chargé de formuler des recommandations à l'intention des gouvernements nationaux en matière de vaccination afin de faciliter l'élaboration de leurs politiques. En conclusion, les informations disponibles à l'échelle nationale sur ces processus sont relativement limitées.

©Organisation mondiale de la Santé, 2010. Tous droits réservés. L'Organisation mondiale de la Santé a accordé à l'Editeur l'autorisation de reproduire cet article.

1. Introduction

Bien que pratiquement tous les pays disposent, sous une forme ou une autre, d'un programme national de vaccination, les processus décisionnels afférents au choix des vaccins à inclure restent peu détaillés. Il est pourtant important de comprendre comment les politiques vaccinales sont élaborées au vu des montants consacrés aux vaccins, de la hausse des prix des nouveaux vaccins, de la protection apportée par les vaccins contre certaines des maladies les plus meurtrières et de leur haute efficacité en tant qu'interventions de santé publique. Afin de faciliter les processus d'élaboration de leurs politiques vaccinales, certains pays ont établi des comités consultatifs, souvent désignés Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la Vaccination (GTCV). Dans l'idéal, il s'agit de comités indépendants d'experts qui fournissent des conseils techniques sur les vaccins et la vaccination, et qui formulent des recommandations afin de guider les décideurs et les gestionnaires de programmes^[1]. Face au manque apparent d'informations sur l'existence, les caractéristiques et le fonctionnement de ces groupes, nous avons réalisé une revue systématique de toutes les données disponibles sur les processus d'élaboration des politiques vaccinales au niveau national, y compris sur l'existence et les caractéristiques des GTCV.

Abréviations : GTCV, Groupe Technique Consultatif national pour la Vaccination ; OMS, Organisation mondiale de la Santé.

☆ L'un des auteurs est employé par l'Organisation mondiale de la Santé. Cependant, les auteurs sont seuls responsables des opinions exprimées dans cette publication et ne représentent pas nécessairement les décisions, politiques ou opinions de l'Organisation mondiale de la Santé.

* Auteur-correspondant à l'Université d'Ottawa, Canada. Tél. : +1 613 952 9561 ; fax : +1 613 952 8286. Courriel : mbryso45@uottawa.ca (M. Bryson).

2. Méthodes

2.1. Critères d'admissibilité

Les publications, rapports et sites Internet des gouvernements pouvaient être inclus dans cette revue sous réserve de contenir une description du processus d'élaboration des politiques vaccinales au niveau national. Les pays ont été définis comme des États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aux fins du présent article ^[2]. L'auteur principal (MB) ayant une bonne connaissance de l'anglais et du français, la revue pouvait porter sur des publications, rapports et sites Internet dans ces deux langues. Les autres critères d'admissibilité comprenaient :

1. une description des processus d'élaboration des politiques de vaccination, comprenant les acteurs et/ou les facteurs concernés ;
2. les processus décrits devaient être ceux en vigueur au niveau national, dans un pays donné.

2.2. Stratégie de recherche

La stratégie de recherche a été élaborée dans la base de données Medline, à l'aide de la plateforme OVID, puis adaptée à une autre base de données, Global Health. Les stratégies de recherche associaient deux démarches, l'une ciblant l'immunisation ou la vaccination et l'autre les processus décisionnels ou d'élaboration des politiques dans les bases de données Medline (1950–2^{ème} semaine d'avril 2008) et Global Health (anciennement CAB Health) (1973– 19 avril 2008) (Encadré 1). Les stratégies de recherche n'ont fait l'objet d'aucune restriction quant à la langue ou la date.

Les références secondaires des études admissibles ont été consultées afin de déterminer si elles étaient susceptibles d'être incluses dans la revue.

OVID Medline

 #1 (((immuni* or vaccin* or inoculat*) in ti,ab) or ((explode "Immunization-" / all SUBHEADINGS in MIME,MJME,PT) or (explode "Vaccines-" / all SUBHEADINGS in MIME,MJME,PT) or (explode "Immunization-Programs" / all SUBHEADINGS in MIME,MJME,PT)))
 #2 (((mak*or responsib* or autori*) near3 (policy or policies or decision*)) in ti,ab) or ((explode "Decision-Making"/all SUBHEADINGS in MIME,MJME,PT) or ("Policy- Making" / WITHOUT SUBHEADINGS in MIME,MJME,PT)))
 #1 and #2

 Global Health
 1) TI mak* N3 polic* or TI responsib* N3 polic* or AB mak* N3 polic* or AB responsib* N3 polic*
 2) TI mak* N3 decision or TI responsib* N3decision or AB mak* N3 decision or AB responsib* N3 decision
 3) TI immuni* or AB immuni* or TI vaccin* or AB vaccin* or TI inoculat* and AB inoculat*
 4) TI autori* N3 polic* or TI autori* N3 decision or AB autori* N3 decision or AB autori* N3 polic*
 5) decision making or policy making
 6) 1 or 2 or 4 or 5
 7) 6 & 3

Encadré 1. Stratégies de recherche

La recherche de « littérature grise » s'est limitée à la consultation des sites Internet des gouvernements et à des entretiens avec des experts. Il a notamment été demandé aux experts ayant récemment travaillé dans ce domaine en collaboration avec le siège de l'OMS d'indiquer des publications ou des rapports sur le sujet qui n'auraient pas été identifiés dans le cadre de la recherche documentaire.

Les sites Internet des gouvernements des 193 États membres de l'OMS ont été parcourus en vue de collecter des informations sur les processus nationaux d'élaboration des politiques vaccinales. Dans la mesure du possible, nous avons accédé à ces sites en utilisant une liste les répertoriant créée par l'Université du Michigan [3]. Lorsqu'un pays ne figurait pas sur cette liste, nous avons utilisé le moteur de recherche Google avec les mots clés suivants : « gouvernement » et « officiel », ainsi que le nom du pays[4]. Après avoir accédé au site Internet officiel du gouvernement concerné, nous avons cherché des informations sur les processus d'élaboration des politiques vaccinales en naviguant sur les pages du ministère de la Santé ou de la Santé publique, ainsi que sur d'autres pages pertinentes, telles que celles relatives à la vaccination et aux vaccins. La recherche de sites Internet était, en outre, limitée aux sites en anglais ou en français.

2.3. Sélection des publications

Tous les titres et résumés (lorsque ceux-ci étaient disponibles) des références identifiées ont été examinés indépendamment par deux examinateurs. Tous les articles jugés potentiellement pertinents ont été obtenus dans leur version intégrale. En cas de désaccord entre les examinateurs au sujet des documents répondant aux critères d'inclusion, la référence concernée était incluse et sa version intégrale obtenue. Dans un deuxième temps, les deux examinateurs ont chacun réalisé une sélection des articles complets à l'aune des critères d'inclusion.

2.4. Évaluation de la qualité

Cette revue systématique étant de nature descriptive et n'incluant pas d'essais cliniques ou de recherche qualitative, l'évaluation de la

qualité des rapports ne portait pas sur les éléments traditionnellement utilisés pour juger de la valeur des interventions ou réaliser des études qualitatives. L'affiliation institutionnelle de l'auteur et l'origine du financement de l'article ont été utilisées pour identifier les conflits d'intérêts potentiels, et la date de publication permettait d'indiquer dans quelle mesure les informations pouvaient être datées.

3. Résultats

3.1. Sélection des informations publiées

La recherche documentaire a permis de répertorier 1 530 publications susceptibles d'être intégrées dans cette revue. Ovid Medline en a répertorié 1 213 et Global Health 317. Parmi ces références, 128 articles (94 issus de la base de données Medline et 34 issus de la base de données Global Health) ont été considérés comme admissibles, sur la base de leurs titres et de leurs résumés. L'examen des articles complets a révélé que seules 26 publications contenaient une description des processus d'élaboration des politiques de vaccination au niveau national. Sur ces publications, huit ont été collectées conjointement à partir des bases de données Medline et Global Health [5–12], quatorze provenaient de Medline uniquement[13–26] et quatre de Global Health uniquement[27–30].

Outre ces 26 publications obtenues dans le cadre de la recherche documentaire, trois autres publications ont été identifiées : une à partir des références bibliographiques des articles inclus [31], une autre suite à un contact avec un expert dans ce domaine [32] et une dernière tirée du site canadien sur le GTCV établi dans ce pays. La raison pour laquelle ces publications n'ont pas été obtenues au travers de la stratégie de recherche n'est pas connue.

Les sites Internet de cinq pays ont permis de collecter des informations sur l'élaboration des politiques de vaccination : l'Australie[33], le Canada [34], la Nouvelle-Zélande[35], le Royaume-Uni [36] et les États-Unis[37]. Par conséquent, cette revue est fondée sur le contenu de 29 publications et 5 sites Internet.

Tableau 1Caractéristiques des processus d'élaboration des politiques et des Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la vaccination (GTCV) par pays disposant d'informations sur l'élaboration des politiques vaccinales^a

Pays	GTCV	Membres principaux	Mandat maximal des membres(années)	Déclaration des conflits d'intérêts	Réunions par an	Nature des réunions	Procès-verbaux des réunions publiés sur Internet	Méthode de prise de décision définitive	Autre groupe formulant des recommandations sur la vaccination ^b
Allemagne	Oui	17			2				
Australie	Oui				3	Huis clos	Oui		
Autriche	Oui	16	3		3		Non		
Belgique									Oui
Brésil	Oui								
Bulgarie									Oui
Cambodge									Oui
Canada	Oui	12	4	Oui	3	Huis clos	Oui	Vote	
Danemark									Oui
Espagne	Oui		Non					Consensus	
États-Unis	Oui	15	4	Oui	3	Publique	Oui	Vote	
France	Oui	16			6-8	Huis clos	Non		
Grèce									Oui
Irlande	Oui		Non		6	Huis clos	Non	Consensus	
Italie	Oui								
Luxembourg									Oui
Norvège									Oui
Nouvelle-Zélande	Oui								
Papouasie-Nouvelle-Guinée									Oui
Pays-Bas	Oui								
Portugal									Oui
Royaume-Uni	Oui	16	4	Oui	3	Huis clos	Oui	Vote	
Slovaquie									Oui
Slovénie									Oui
Suède									Oui
Suisse	Oui	15	4		5	Huis clos	Non	Vote	
Thaïlande									Oui

^a Les champs vides indiquent que les informations n'étaient pas disponibles. De plus, des informations limitées existaient pour l'Argentine, la Chine, la Finlande, l'Islande, le Mali et la Pologne mais celles-ci n'étaient pas liées aux données figurant dans ce tableau.

^b Nous ne savons pas si ces groupes sont des GTCV tels que définis dans le présent article.

3.2. Caractéristiques des publications incluses

Les 29 publications et les 5 sites Internet dont les informations ont été extraites contenaient des renseignements de niveaux variables sur les processus décisionnels en matière de politiques vaccinales de 33 États membres de l'OMS sur 193 : l'Argentine [19], l'Australie [10,13,23,33], l'Autriche [20,32], la Belgique [20], le Brésil [5], la Bulgarie [20], le Cambodge [8], le Canada [10,14,31,34,38], la Chine [27], le Danemark [15,20], la Finlande [20], la France [17,20,32], l'Allemagne [20,32], la Grèce [20], l'Islande [20], l'Irlande [17,32], l'Italie [20,32], le Luxembourg [20], le Mali [9], la Nouvelle-Zélande [5,30,35], la Norvège [12,20], la Papouasie-Nouvelle-Guinée [28], la Pologne [20], le Portugal [10,20], la Slovaquie [20], la Slovénie [20], l'Espagne [17,20,32], la Suède [17,20,32], la Suisse [10,17,32], la Thaïlande [7], les Pays-Bas [10,11,14,20,32], le Royaume-Uni [17,20,24,26,32,36] et les États-Unis [16,18,21,22,25,26,29,37]. Les informations les plus détaillées provenaient de publications sur les processus d'élaboration des politiques vaccinales au Royaume-Uni [24] et aux États-Unis [25], ainsi que des sites Internet de l'Australie [33], du Canada [34], du Royaume-Uni [36] et des États-Unis [37].

Deux publications étaient essentiellement axées sur les processus d'élaboration des politiques de vaccination de deux pays (le Royaume-Uni et les États-Unis) et examinaient en détail les GTCV concernés [24,25]. Quatorze publications mentionnaient les GTCV dans le cadre de l'examen d'une question spécifique, telle qu'un vaccin en particulier, mais contenaient des informations limitées à leur sujet [5,6,10,13,14,18,19,21–23,26,29–31]. Les cinq sites Internet fournissaient de nombreux renseignements sur les GTCV de l'Australie [33], du Canada [34], de la Nouvelle-Zélande [35], du Royaume-Uni [36] et des États-Unis [37].

3.3. Évaluation de la qualité

Tous les auteurs ont déclaré des affiliations institutionnelles caractéristiques des parties prenantes en matière de politiques vaccinales. Celles-ci comprenaient des membres du ministère de la Santé ou des universités locales, et souvent les deux. Seules deux publications ont été commanditées par des sociétés pharmaceutiques [6,12]. Une publication néo-zélandaise était le fruit d'une collaboration entre le gouvernement national, Chiron Vaccines et l'Université d'Auckland mais indiquait simplement l'existence d'un GTCV [6]. Une étude réalisée en Norvège a été commanditée par le laboratoire Wyeth Lederle [12] mais était axée sur l'analyse du rapport coût-efficacité du vaccin conjugué anti-pneumococcique à sept valences. Il est peu probable que l'origine du financement de ces articles ait eu une quelconque incidence sur la qualité de la publication dans le cadre de cette revue.

3.4. Processus d'élaboration des politiques nationales

Des informations ont été recueillies sur les processus décisionnels en matière de vaccination dans 33 pays (tableau 1). La Belgique [20], la Bulgarie [20], le Cambodge [8], le Danemark [15,20], la Grèce [20], le Luxembourg [20], la Norvège [20], la Papouasie-Nouvelle-Guinée [28], le Portugal [10], la Slovaquie [20], la Slovénie [20] et la Suède [17,32] ont indiqué l'existence de groupes chargés de formuler des recommandations sur la vaccination à l'intention de leur gouvernement. Cependant, les données collectées ne précisaient pas s'il s'agissait de GTCV indépendants du gouvernement national, au sens de l'OMS [1]. Le Cambodge dispose d'un groupe de travail technique national sur la vaccination qui identifie, met en œuvre et assure le suivi des programmes de vaccination dans le pays [8]. Néanmoins, les membres de ce groupe sont de hauts fonctionnaires ainsi que des représentants de donateurs internationaux. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la Société nationale de pédiatrie émet des recommandations et publie des directives qui sont utilisées comme normes de soins par le ministère de la Santé [28]. Le Danemark est doté d'un Conseil national de la santé [15,20], le Portugal d'un Comité chargé du plan national de vaccination [10] et la Suède d'un organisme consultatif gouvernemental [15,32], qui formulent des recommandations en matière de vaccination dans leurs pays respectifs. Le Conseil national de la santé au Danemark procède à une évaluation des technologies médicales [15] ainsi qu'à une modélisation mathématique [20] dans le cadre de son processus décisionnel afférent aux politiques vaccinales. Il examine en outre différents types de données probantes (tableau 2).

Tableau 2

Facteurs pris en compte par les pays lors de l'élaboration des recommandations par GTCV^a signalé

Facteurs pris en compte pour l'élaboration des recommandations	Pays dotés d'un GTCV	Autres pays
Charge de morbidité	Canada [31,34] Pays-Bas [14,32] Espagne [32] États-Unis [37]	Argentine [19] Chine [27] Danemark [20] Finlande [20] Islande [20] Mali [9] Portugal [20] Pologne [20] Suède [20,32]
Évaluation économique	Canada [10,34] Pays-Bas [10,11,32] Suisse [32] Royaume-Uni [24,36] États-Unis [37]	Argentine [19] Chine [27] Danemark [20] Finlande [20] Islande [20] Luxembourg [20] Norvège [12] Portugal [20] Suède [20]
Faisabilité de la production de vaccins au niveau local		Chine [27]
Faisabilité de la recommandation	Canada [31]	Argentine [19]
Recommandations d'autres pays	Brésil [5] Canada [34] Suisse [32] Royaume-Uni [37]	
Perception du public		Argentine [19] Danemark [20]
Innocuité du vaccin	Canada [14] Espagne [32] États-Unis [37]	Argentine [19]
Efficacité du vaccin	Canada [14] Espagne [32] États-Unis [37]	Argentine [19]

^a D'autres facteurs peuvent être pris en compte dans le cadre de ce processus. Ce tableau présente les facteurs spécifiquement signalés.

Le comité consultatif de Norvège utilise également la modélisation mathématique pour prendre des décisions en matière de politique vaccinale [20]. En ce qui concerne les États-Unis, outre le Comité consultatif sur la vaccination (qui est un GTCV indépendant), le pays dispose aussi de l'*American Academy of Pediatrics* [22,29], l'*American Academy of Family Physicians* [20,22], l'*American College of Gynecologists and Obstetricians* [25] et l'*American College of Physicians* [25], qui formulent tous des recommandations dans ce domaine. Des efforts sont par conséquent déployés pour harmoniser les recommandations des différents groupes [25].

Les informations recueillies sur la Thaïlande concernaient l'élaboration de la politique nationale de vaccination contre l'hépatite B, à laquelle de nombreux acteurs ont participé [7] : le département de lutte contre les maladies transmissibles au sein du ministère de la Santé publique, l'Association médicale thaïlandaise, l'industrie pharmaceutique et les médias. Un comité a été constitué avec des représentants du gouvernement, ainsi que divers instituts et associations. La publication en question ne nous a pas permis de déterminer si ce comité et ces groupes prenaient part à toutes les décisions en matière de politique vaccinale ou uniquement à celles portant sur ce vaccin en particulier.

Les informations obtenues sur les huit autres pays sont liées aux données probantes utilisées dans le cadre des processus décisionnels (tableau 2). La charge de morbidité et l'évaluation économique sont les types de données probantes les plus fréquemment rapportés par les pays pour l'élaboration des politiques vaccinales.

3.5. Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la Vaccination

Même si de nombreux pays sont susceptibles d'être dotés de GTCV, leur existence n'a été signalée que par 14 d'entre eux (l'Australie^[10,13,23,33], l'Autriche^[17,20,32], le Brésil^[5], le Canada^[10,31,34,38], la France^[17,20,32], l'Allemagne^[17,20,32], l'Irlande^[17,32], l'Italie^[17,32], la Nouvelle-Zélande^[6,30,35], l'Espagne^[17,20,32], la Suisse^[17,32], les Pays-Bas^[10], le Royaume-Uni^[17,20,24,26] et les États-Unis^[16,18,21,22,25,26,29,37]). Aucun pays n'a indiqué l'existence d'un GTCV qui aurait cessé de fonctionner depuis.

En règle générale, les GTCV présents dans les différents pays sont chargés de conseiller le gouvernement et de lui fournir des orientations sur l'administration de vaccins à la population. Par exemple, les termes de référence du GTCV australien consistent à fournir des recommandations techniques sur l'administration de vaccins disponibles en Australie, à évaluer les données probantes à disposition sur les vaccins existants, sur ceux récemment développés ainsi que sur les nouveaux vaccins et à fournir des conseils à leur sujet, à élaborer le Guide sur la vaccination australienne et à s'entretenir avec des partenaires sur des questions liées à la mise en œuvre du programme national de vaccination^[33].

La date de création des GTCV est généralement inconnue sachant qu'elle n'a été précisée que par 5 pays sur 14. Le Royaume-Uni s'est doté d'un GTCV en 1963^[24,36], le Canada^[34] et les États-Unis^[25] en 1964, la France en 1997^[32] et la Suisse en 2004^[32]. Bien que la date exacte ne soit pas précisée, le GTCV de la Nouvelle-Zélande existe depuis 1980 au moins^[30].

Sur les 14 pays pour lesquels nous disposons d'informations sur les GTCV, 12 ont détaillé la composition de leur comité consultatif (c'est-à-dire tous à l'exception du Brésil et de la Nouvelle-Zélande)^[13,16,17,24,25,32,34,36,37]. Le nombre de membres a été indiqué par huit d'entre eux et allait de douze à dix-sept (l'Autriche, le Canada, la France, l'Allemagne, l'Irlande, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis)^[16,17,24,25,32,34,36,37]. Cinq pays ont déclaré que leurs membres siégeaient pendant un mandat défini pouvant s'étendre de trois à quatre ans (l'Autriche, le Canada, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis)^[17,25,32,34,36,37], alors que les données communiquées par l'Italie et l'Espagne ne font état d'aucune limitation quant à la durée du mandat^[32]. La présence d'un président du GTCV est évoquée par trois pays : le Canada, la France et les États-Unis^[22,32,37]. En outre, cinq comités^[16,24,25,32-34,36,37] ont déclaré compter quatre à quinze membres de droit tandis que deux comités^[16,25,34,37] ont signalé compter entre onze et vingt-sept membres de liaison.

Tous les membres des GTCV du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis sont tenus de déclarer leurs conflits d'intérêts potentiels^[25,34,36,37]. En cas de conflit d'intérêts, le membre peut être exclu de la prise de décision finale^[34,36,37] ou, si le conflit est important, il peut être amené à démissionner^[25].

Les domaines d'expertise représentés au sein des GTCV étaient précisés dans le cas du Canada et de la France, l'Allemagne, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, l'Espagne, la Suisse, le Royaume-Uni, ainsi que les États-Unis^[13,16,24,25,32,34-37]. Ces domaines incluaient notamment la médecine clinique, l'épidémiologie, l'immunologie, l'économie de la santé, la planification sanitaire, les maladies infectieuses, la médecine interne, la microbiologie, les soins infirmiers, la pédiatrie, la santé publique et la recherche vaccinale. Certains GTCV comportaient également un membre de la communauté ou un représentant du secteur des assurances dans leurs GTCV. Les domaines d'expertise les plus cités étaient les maladies infectieuses ($n = 5$), suivies de l'immunologie, de la microbiologie, de la pédiatrie et de la santé publique, tous représentés dans quatre comités sur neuf.

Le nombre de réunions était défini pour 9 GTCV sur 14, la majorité d'entre eux ($n = 5$) se réunissant trois fois par an^[24,25,32-34,37]. D'après les sources, la fréquence des réunions la plus élevée revient au GTCV français, avec six à huit sessions par an^[32], tandis que son homologue allemand ne se réunissait que deux fois dans l'année^[32]. Les réunions de ces comités étaient confidentielles et tenues à huis clos dans six pays (l'Autriche, le Canada, la France, l'Irlande, la Suisse et le Royaume-Uni)^[24,32,34]; seul le GTCV des États-Unis se réunissait en audience publique^[25, 27]. Sur les huit pays ayant déclaré établir les procès-verbaux de ces réunions, la moitié publiait ceux-ci en ligne (l'Australie, le Canada, le Royaume-Uni et les États-Unis)^[24,25,33,34,36,37] et l'autre moitié ne les publiait pas du tout (l'Autriche, la France, l'Irlande, la Suisse)^[32].

Des informations relatives à l'utilisation des données factuelles étaient disponibles pour 8 GTCV sur 14 (tableau 2). L'Australie a indiqué faire usage de données factuelles mais sans apporter plus de détails^[10,13,33]. Les GTCV du Brésil^[5], du Canada^[34,38] et du Royaume-Uni^[36] procédaient à une revue de la littérature avant d'élaborer leurs recommandations. Il a été indiqué que les GTCV du Canada^[34,38], du Royaume-Uni^[36] et des États-Unis^[25] évaluent la qualité et la validité

des données factuelles afin de vérifier si celles-ci sont suffisamment convaincantes pour justifier une recommandation dans leur pays. Le Canada^[34,38] et les États-Unis^[25] ont déclaré évaluer la qualité des données factuelles selon la méthodologie « GRADE », alors que la méthode employée au Royaume-Uni n'a pas été précisée^[36].

Il existe des données détaillées sur la publication des recommandations des GTCV pour neuf pays. Tandis que l'Australie^[33], l'Autriche^[32], l'Allemagne^[32] et le Royaume-Uni^[24,36] publient chaque année un rapport ou des livrets sur la vaccination dans leur pays incluant les recommandations du GTCV adoptées par le gouvernement, la France et l'Irlande^[32], quant à elles, publient leurs directives dans un rapport bisannuel. L'Autriche, le Canada, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis diffusent leurs recommandations en ligne^[24,25,32,34-37].

4. Analyse

Cette revue systématique constitue la première tentative connue pour rechercher et synthétiser les informations publiées sur les processus d'élaboration des politiques de vaccination à l'échelle nationale. Bien que tous les pays dotés d'un programme de vaccination aient vraisemblablement connu cette étape d'élaboration des politiques vaccinales, les informations publiées et mises en ligne à ce sujet étaient relativement limitées, dans la mesure où elles ont été obtenues auprès de seulement 33 pays sur 193. De plus, la quantité d'informations disponibles variait considérablement d'un pays à l'autre, sachant que les processus les plus documentés étaient ceux d'Australie, du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis, pour lesquels les informations fournies étaient relativement exhaustives.

La principale limite de cette revue réside dans le fait qu'elle ne repose que sur des publications, des rapports et des sites Internet en anglais ou en français. Il existe probablement d'autres informations sur le sujet dans d'autres langues, notamment sur les sites Internet officiels des pays concernés, mais nous n'avons pas été en mesure d'en mesurer l'ampleur.

L'évaluation de la qualité des informations représente une autre limite de cette étude. Bien que les sources et les dates de publications soient répertoriées, les processus d'élaboration des politiques nationales ont pu évoluer au fil du temps et nous ignorons si les méthodes employées dans le passé restent les mêmes aujourd'hui. Par ailleurs, l'élaboration des politiques vaccinales implique de nombreux acteurs dont les différents points de vue ne sont peut-être pas exprimés dans la documentation publiée, en raison du peu de publications et d'informations à disposition.

Les limites ci-dessus étant admises, le manque d'informations détaillées collectées sous forme imprimée ou en ligne illustre la nécessité pour les pays de communiquer plus largement sur les processus d'élaboration de leurs politiques vaccinales. En effet, l'échange d'informations pourrait aider les pays à améliorer leurs propres processus en leur apportant des exemples concrets de méthodes réalisables. Par ailleurs, les gouvernements renforceraient la crédibilité et la transparence de l'élaboration de leurs politiques vaccinales en rendant publics leurs processus décisionnels.

Les informations recueillies en matière d'élaboration des politiques vaccinales provenaient essentiellement des pays industrialisés^[39]; toutefois, des données étaient également disponibles pour quatre pays considérés en développement (le Brésil, la Chine, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Thaïlande) et deux pays classés parmi les moins développés (le Cambodge et le Mali). Concernant les pays en développement et les pays les moins développés, les informations obtenues décrivaient brièvement les acteurs prenant part à ces processus et les facteurs pris en considération lors de l'élaboration des politiques vaccinales. Dans l'ensemble, les informations disponibles au sujet des processus d'élaboration de ces politiques étaient limitées, notamment dans les pays en développement.

Les 14 pays dotés de GTCV, au sujet desquels la présente revue a permis de recueillir des informations, sont tous des pays développés, à l'exception du Brésil. Toutefois, bien qu'il soit considéré comme un pays en développement par les Nations-Unies^[39], le Brésil n'en est pas moins connu pour la robustesse de son système de santé publique. Alors qu'il existe sans doute de nombreux GTCV en place, seuls 14 d'entre eux ont été identifiés dans la documentation en version imprimée et sur les sites Internet des pays. De plus, les informations publiées à leur sujet étaient limitées. En dehors de l'Australie, du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis, il existe peu de renseignements publiés ou facilement consultables sur Internet à propos des GTCV, tout au moins en français ou en anglais. Cela témoigne encore une fois du besoin pour les pays de publier des informations relatives à leurs processus d'élaboration des politiques vaccinales, notamment sur l'existence et le fonctionnement de GTCV.

Les données recueillies dans le cadre de cet examen ont mis en lumière de nombreuses différences entre les GTCV des pays. En dépit de leur objectif commun, leurs modes de fonctionnement, leur composition, leurs processus décisionnels et la transparence de ces derniers varient d'un groupe à l'autre. Les modes de fonctionnement décrits pour chaque GTCV sont cohérents avec leur objectif mais différent en fonction du contexte propre à chaque pays.

Soulignons qu'il n'a jamais été fait état d'un pays ayant créé un GTCV pour le dissoudre ensuite. Les pays qui souhaitent constituer un GTCV devraient évaluer leurs besoins et leurs ressources propres et utiliser les modèles mis au point par d'autres pays afin de garantir la crédibilité, la transparence, la responsabilité, la stabilité et l'indépendance de ces groupes.

La documentation consultée n'offrait aucun renseignement sur l'évaluation des processus ou des résultats en matière d'élaboration des politiques vaccinales. Il s'agit là d'une lacune importante et il pourrait s'avérer nécessaire de réaliser une telle évaluation afin de convaincre certains gouvernements de la crédibilité et de l'utilité de ces comités.

Cette revue constitue une présentation succincte des informations recueillies à partir de sources publiques sur les processus d'élaboration des politiques vaccinales à travers le monde. Compte tenu de l'incidence des vaccins sur la santé des populations et des sommes considérables qui sont requises ou investies dans ce domaine, il est nécessaire d'accorder une attention accrue aux processus d'élaboration des politiques vaccinales afin de documenter les bonnes pratiques pouvant bénéficier à l'ensemble des pays. En soi, la rareté des informations soulève la question de l'efficacité des politiques et renforce la nécessité d'accroître la quantité de publications pour combler ce déficit d'informations sur les processus d'élaboration des politiques vaccinales à travers le monde.

Remerciements

Nous tenons à remercier le Dr. Noni MacDonald pour ses révisions, ainsi que Connie Barrowclough pour son aide à l'élaboration de la stratégie de recherche. Cette étude a été réalisée avec le soutien financier de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Financement : cet article a été préparé grâce au soutien financier de la Fondation Bill and 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 » [consulté le 05.02.10], http://www.who.int/immunization/sage/National_TAG_guidelines_updated_21_Jul_09.pdf.
- [2] Organisation mondiale de la Santé (2008), « Pays » [consulté le 05.02.10], <http://www.who.int/countries/en/index.html>.
- [3] L'Université du Michigan (2007), « Foreign government resources on the web » [consulté le 05.02.10], <http://www.lib.umich.edu/govdocs/foreign.html>.
- [4] Google (2008), Google Canada [consulté le 05.02.10], <http://www.google.ca/>.
- [5] Cunha SC, Dourado I (2004), « MMR mass vaccination campaigns, vaccine-related adverse events, and the limits of the decision making process, in Brazil », *Health Policy*, vol. 67(3) : pp. 323–8.
- [6] O'Hallahan J, Lennon D, Oster P (2004), «The strategy to control New Zealand's epidemic of group B meningococcal disease», *Pediatr Infect Dis J*, vol. 23(12) : pp. 293–8.
- [7] Munira SL, Fritzen SA. (2007), « What influences government adoption of vaccines in developing countries? A policy process analysis », *Soc Sci Med*, vol. 65(8) : pp.1751–64.
- [8] Soeung S, Grundy J, Kamara L, McArthur A, Samnang C (2007), « Developments in immunization planning in Cambodia—rethinking the culture and organization of national program planning », *Rural Remote Health*, vol. 7 (avril – juin (2)) : pp. 630–42.
- [9] Sow SO, Diallo S, Campbell JD, Tapia MD, Keita T, Keita MM, et al. (2005), « Burden of invasive disease caused by Haemophilus influenzae type b in Bamako, Mali: impetus for routine infant immunization with conjugate vaccine », *Pediatr Infect Dis J*, vol. 24 (juin (6)) : pp. 533–7.
- [10] Welte R, Trotter CL, Edmunds WJ, Postma MJ, Beutels P (2005), « The role of economic evaluation in vaccine decision making: focus on meningococcal group C conjugate vaccine », *Pharmacoeconomics*, vol. 23(9) : pp. 855–74.

- [11] Welte R, van den Dobbelen G, Bos JM, deMelker H, van Alphen L, Spanjaard L, et al. (2004), « Economic evaluation of meningococcal serogroup C conjugate vaccination programmes in The Netherlands and its impact on decision-making », *Vaccine*, vol. 23 (décembre (4)) : pp. 470–9.
- [12] Wisloff T, Abrahamsen TG, Bergsaker MA, Lovoll O, Moller P, Pedersen MK, et al. (2006), « Cost effectiveness of adding 7-valent pneumococcal conjugate (PCV-7) vaccine to the Norwegian childhood vaccination program », *Vaccine*, vol. 24 (juillet (29–30)) : pp. 5690–9.
- [13] The National Centre for Immunisation Research (2004), « National centre for immunization research and surveillance of vaccine preventable diseases », *Commun Dis Intell*, vol. 28(1) : pp. 92–5.
- [14] Blume S, Zanders M (2006), « Vaccine independence, local competences and globalisation: lessons from the history of pertussis vaccines », *Soc Sci Med*, vol. 63 (octobre (7)) : pp. 1825–35.
- [15] Cowan SA. (2005), « Denmark decides not to introduce hepatitis B into the childhood vaccination programme », *Eur Surveill*, vol.10(11) : pp. E0511033.
- [16] Dempsey AF, Cowan AE, Stokley S, Messonnier M, Clark SJ, Davis MM (2009), «The role of economic information in decision-making by the Advisory Committee on Immunization Practices », *Vaccine*, vol. 26 : pp. 5389–92.
- [17] Freed GL (2008), « The structure and function of immunization advisory committees in Western Europe », *Hum Vaccine*, vol. 4(4) : pp. 292–7.
- [18] Freed GL, Pathman DE, Konrad TR, Freemand VA, Clark SJ (1998), « Adopting immunization recommendations: a new dissemination model », *Matern Child Health J*, vol. 2 (décembre (4)) : pp. 231–9.
- [19] Gentile A (2008), « The need for an evidence-based decision-making process with regard to control of hepatitis », *A J Viral Hepat*, vol. 15, suppl. 2 : pp. 16–21.
- [20] King LA, Levy-Bruhl D, O'Flanagan D, Bacci S, Lopalco PL, Kudjawu Y, et al. (2008), « VENICE country specific gate keepers and contact points. Introduction of human papillomavirus (HPV) vaccination into national immunisation schedules in Europe: results of the VENICE 2007 survey », *Eur Surveill*, vol.13(33), pii=18954.
- [21] Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottesch T, Goodman MJ, Solberg LI (2006), « Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis », *Am J Prev Med*, vol. 31 (juillet (1)) : pp. 52–61.
- [22] Milstien J, Cash RA, Wecker J, Wikler D (2005), « Development of priority vaccines for disease-endemic countries: risk and benefit », *Health Aff*, vol. 24 (mai-juin (3)) : pp. 718–28.
- [23] Roughead EE, Gilbert AL, Vitry AI. (2008), « The Australian funding debate on quadrivalent HPV vaccine: a case study for the national pharmaceutical policy », *Health Policy*, vol. 88 : pp. 250–7.
- [24] Salisbury DM. (2005), « Development of immunization policy and its implementation in the United Kingdom », *Health Aff*, vol. 24 (mai-juin (3)) : pp. 744–54.
- [25] Smith JC, Snider DE, Pickering LK (2009), « Immunization policy development in the United States: the role of the Advisory Committee on Immunization Practices », *Ann Intern Med*, vol.250 : pp. 45–9.
- [26] Terebuh P, Uyeki T, Fukuda K. (2003), « Impact of influenza on young children and the shaping of United States influenza vaccine policy », *Pediatr Infect Dis J*, vol. 22 (octobre (10 Suppl.)) : pp. S231–5.
- [27] DeRoock D, Clemens JD, Nyamete A, Mahoney RT (2005), « Policymakers' views regarding the introduction of new-generation vaccines against typhoid fever, shigellosis and cholera in Asia », *Vaccine*, vol. 23(21) : pp. 2762–74.
- [28] Duke T (2004), « Slow but steady progress in child health in Papua New Guinea », *J Paediatr Child Health*, vol. 40(12) : pp. 659–63.
- [29] Offit PA, Peter G (2003), « The meningococcal vaccine—public policy and individual choices », *N Engl J Med*, vol. 349(24) : pp. 2353–6.
- [30] Reid S. (2006), « Evolution of the New Zealand childhood immunisation schedule from 1980: a personal view », *N Z Med J*, vol. 119(1236) : pp ; 2035–45.
- [31] Erickson LJ, De Wals P, Farand L (2005), « An analytical framework for immunization programs in Canada », *Vaccine*, vol. 23(19) : pp. 2470–6.
- [32] Freed G (2007), « Final report: analyzing vaccine programs/policies in Western Europe », Ann Arbor, MI: Child Health Evaluation and Research Unit, Université du Michigan.
- [33] 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 05.02.10].
- [34] Agence de la santé publique du Canada (2008), « Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) », <http://www.phac-aspc.gc.ca/nac-cni/index-fra.php>, [consulté le 5.02.10].
- [35] Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande (2008), « Immunisation-New Zealand immunisation schedule », <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/immunisation-schedule#review>, [consulté le 05.02.10].
- [36] Ministère de la Santé du Royaume-Uni [2002], « Joint committee on vaccination and immunisation », <http://www.dh.gov.uk/ab/jvci/index.htm>, [consulté le 05.02.10]

[37] Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (2008), « Vaccines & immunizations— recommendations and guidelines: Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) », [consulté le 05.02.10] <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip/default.htm>.

[38] Comité consultative national de l'immunisation (2009), « Evidence-based recommendations for immunization—Methods of the National Advisory Committee on Immunization », *CCDR*, vol. 35 (janvier) : pp. 1–10 [consulté le 05.02.10] <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09vol35/acs-1/index-eng.php>.

[39] Nations-Unies (2007), « The world economic and social survey: 2007 », [consulté le 05.02.10] <http://www.un.org/esa/policy/wess/>.