



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

# **Pérennité et influence du Comité National d'Experts Indépendants pour la Vaccination et les vaccins de Côte d'Ivoire : faut-il s'en inquiéter ?**

présenté par

**Bi Gala Maxime Irié**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

le 09 avril 2013

Devant le jury composé de :

Directeur  
*Pr Ammar  
Abdo Ahmed*  
Directeur  
Régional  
Afrique AMP

Dr. Christian Mésenge    Président  
Directeur du Département Santé Université Senghor  
Dr. Philippe Dubrous    Membre  
Spécialiste de Biologie médicale Université Bordeaux 2  
Pr. Anne-Marie Moulin    Membre  
Directeur de recherche au CNRS

## Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail. Je pense particulièrement au :

- Directeur exécutif de l'Agence de Médecine Préventive et à toute l'équipe du bureau régional d'Abidjan,
- Docteur Papa Coumba Faye pour l'encadrement du stage,
- Professeur Ammar Abdo Ahmed pour la direction de ce travail,
- Professeur Dagnan N'Cho Simplicite et Docteur Douba Alfred pour la facilitation du recueil des données,
- Professeur Roger Salamon et docteur Corinne Le Goaster pour les informations mises à disposition sur le Comité Technique Vaccination de France,
- Docteur Fabrice Achille Tetchi pour sa contribution à la méthodologie,
- Docteur HASSAN Ben Bachire, docteur Gbètoho Fortuné GANKPE et mademoiselle Alphonsine N'Guetta pour la relecture,
- Docteur Christian Mésange pour l'encadrement général du travail.

Mes remerciements vont également à l'endroit de toutes les personnes qui m'ont soutenu pendant ces deux années de master et en particulier à :

- tous les amis de la 13ème promotion de l'Université Senghor d'Alexandrie,
- la communauté ivoirienne des étudiants de l'Université Senghor d'Alexandrie,
- Docteur SEKI Richemont,
- Madame Alice Mounir, assistante du Directeur de département,
- tout le personnel de l'Université Senghor d'Alexandrie.

## **Dédicace**

Je dédie ce travail à :

- ma chère et tendre épouse,
- mes deux charmantes filles,
- tous mes frères et sœurs,
- mes parents, monsieur IRIE et madame.

Merci pour votre soutien durant ces deux années de formation.

## Résumé

**Introduction.** Les Groupes Techniques Consultatifs pour la Vaccination (GTCV) contribuent à l'amélioration de la politique de vaccination au niveau des pays. Ils restent cependant confrontés à des difficultés qui limitent leur rendement. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la capacité structurelle et fonctionnelle du GTCV de Côte d'Ivoire à assurer sa pérennité et son influence sur la politique de vaccination.

**Méthode.** L'étude qualitative à visée évaluative a consisté à analyser la structure, le fonctionnement et les résultats du GTCV de Côte d'Ivoire comparativement aux recommandations de l'OMS et au cas français. Les données ont été recueillies de mai à août 2012 à partir d'entretiens individuels avec des informateurs clés, d'observations directes et d'une revue documentaire.

**Résultats.** L'étude a relevé des insuffisances dans la structure et dans le fonctionnement du GTCV. Il y avait une quasi-dépendance financière, matérielle et logistique, des partenaires techniques et financiers. Son incapacité à achever son plan annuel de travail et à répondre avec célérité aux saisines était récurrente. Il n'était pas consulté sur les questions d'intérêt majeur en vaccination. Néanmoins la création de ce GTCV est restée conforme aux recommandations de l'OMS en dehors de quelques adaptations. Il respectait les six critères de bon fonctionnement d'un GTCV.

**Conclusion.** Le GTCV de Côte d'Ivoire n'avait pas encore les capacités nécessaires pour assurer sa pérennité et son influence sur la politique de vaccination. Un soutien accru lui permettrait de renforcer ses acquis et de mettre en place les conditions de sa pérennité. Les résultats de cette étude pourraient aider à la mise en place et au renforcement d'autres GTCV dans la région.

## Mot-clés

Vaccination, Groupe consultatif, Base factuelle, Prise de décision, Evaluation, Côte d'Ivoire.

## Abstract

**Introduction.** National Immunization Technical Advisory Groups (NITAGs) help improve immunization policy at the country level. However, they are still facing challenges that affect their performance. This study aimed to evaluate the structural and functional capacity of Côte d'Ivoire's NITAG to ensure its sustainability and its influence on vaccination policy.

**Method.** The purpose of the evaluative qualitative study was to analyze Côte d'Ivoire's NITAG structure, functioning and performance compared to WHO recommendations and the French model. Data were collected from May to August, 2012 from individual interviews with key informants, direct observation and document review.

**Results.** The study noted shortcomings in the structure and functioning of the NITAG. There was a quasi-dependency from technical and financial partners, in regard of financial, material and logistic support. Its inability to complete its annual work plan and to respond promptly to referrals was recurrent. It was not consulted on matters of major interest in vaccination. Nevertheless, the establishment of this NITAG remained in line with WHO recommendations apart from a few adaptations. It met the six criteria for proper functioning of NITAG.

**Conclusion.** Côte d'Ivoire's NITAG has not the capacity to ensure its sustainability and its influence on immunization policy. Increased support would strengthen its achievements and to put in place the conditions for its sustainability. The results of this study may help the establishment and strengthening of other NITAGs in the region.

## Key-words

Immunization, Advisory committee, Evidence based, Decision making, Evaluation, Côte d'Ivoire.

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

- AMP : Agence de Médecine Préventive
- BCG : Bacille de Calmette et Guérin
- CNEIV-CI : Comité National d'Expert Indépendant pour la Vaccination et les vaccins de Côte d'Ivoire
- CTV : Comité Technique Vaccination
- DGS : Direction Générale de la Santé
- DTC : Diphtérie Tétanos Coqueluche
- GAVI : Global Alliance for Vaccine and Immunization
- GIVS : Global Immunization Vision and Strategy
- GTCV : Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination
- HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
- Hép B : Hépatite B
- Hib : Heamophilus influenza de type b
- HPV : Human Papilloma Virus
- IFFIm : Facilité internationale de financement pour la vaccination
- INHP : Institut National d'Hygiène Publique
- MAPI : Manifestation Adverse Post-Immunsation
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- SIVAC : Supporting Independent immunization and Vaccine Advisory Committees
- UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance
- VAA : Vaccin anti amaril
- VAR : Vaccin anti rougeoleux
- VPO : Vaccin polio oral

## Sommaire

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Mot-clés.....	iii
Abstract.....	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Sommaire.....	1
Introduction.....	3
Pourquoi un GTCV pérenne et influant pour la Côte d'Ivoire ?.....	4
1. L'importance des GTCV pour la vaccination.....	4
2. Le GTCV au secours de la vaccination en Côte d'Ivoire.....	5
3. La pérennité, une préoccupation pour le GTCV de Côte d'Ivoire.....	5
Approche théorique et conceptuelle.....	7
1. Vaccination.....	7
2. Vaccins.....	7
3. Concept de GTCV.....	9
4. Difficultés rencontrées par les GTCV.....	10
5. Aperçu du PEV en Côte d'Ivoire.....	11
Méthode d'étude.....	13
1. Cadre de l'étude.....	13
2. Schéma d'étude.....	13
3. Période d'étude.....	14
4. Collecte des données.....	14
5. Variables étudiées.....	15
6. Traitement et analyse des données.....	15
Résultats.....	17
1. Statut légal.....	17
2. Domaine de compétence.....	17
3. Composition.....	17
4. Domaines d'expertise.....	19

5.	Taille du CNEIV-CI.....	20
6.	Désignation et renouvellement des membres ayant voix délibérative.....	20
7.	Choix et composition du secrétariat .....	21
8.	Appui financier et support au secrétariat.....	21
9.	Fonctionnement du secrétariat.....	22
10.	Groupes de travail du CNEIV-CI .....	24
11.	Fonctionnement du CNEIV-CI dans son ensemble.....	25
12.	Indicateurs de bonne pratique.....	27
13.	Résultats obtenus par le CNEIV-CI.....	27
	Discussion.....	29
1	Limites de l'étude .....	29
2	Désignation du secrétariat et recrutement des membres principaux du CNEIV-CI : des adaptations problématiques .....	30
3	Le financement du CNEIV-CI : un frein à la pérennité ? .....	31
4	Le secrétariat du CNEIV-CI : un fonctionnement contrarié par l'insuffisance des ressources.....	32
5	Le CNEIV-CI : quels résultats pour quelle influence ? .....	32
	Conclusion .....	35
	Références.....	36
	Liste des illustrations.....	38
	Liste des tableaux .....	39
	Annexes.....	40



## Introduction

Trente six ans après le lancement du programme élargi de vaccination (PEV), 24 millions d'enfants de moins d'un an n'avaient toujours pas accès à la vaccination (OMS, UNICEF, et Banque Mondiale 2010). De nombreux programmes nationaux peinent à atteindre les objectifs de couverture vaccinale et à introduire de nouveaux vaccins. Aussi, différents auteurs s'accordent-ils, sur le fait que l'amélioration de ces programmes passe par l'existence de Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV), influant et pérenne (Duclos 2010, Senouci et al. 2011).

Le GTCV est défini comme un comité d'experts nationaux de domaines variés, qui assure les fonctions de ressource technique et d'organe délibératif pour permettre aux autorités nationales de prendre des décisions relatives aux politiques nationales de vaccination qui soient fondées sur des données factuelles (Senouci et al. 2011).

La multiplicité des priorités sanitaires et le coût élevé des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies ont rendu de plus en plus complexe la prise de décision en matière de vaccination. Les GTCV y ont montré leur intérêt notamment dans les pays développés et surtout dans la lutte contre les groupes d'intérêt (Hall 2010, Smith 2010, Ismail et al. 2010). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a alors recommandé leur généralisation à l'ensemble des pays. En Côte d'Ivoire, le GTCV a été mis en place en décembre 2009 avec l'appui de l'initiative "Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees" (SIVAC)<sup>1</sup>. Sa mise en place s'est faite dans un contexte de crise sociopolitique et de baisse de la couverture vaccinale de plusieurs antigènes liée en partie à une désorganisation du système de santé et à la raréfaction des ressources financières. Dénommé Comité National d'Experts Indépendant pour la Vaccination et les vaccins de Côte d'Ivoire (CNEIV-CI), il constitue l'unique GTCV en Afrique francophone subsaharienne (Blau et al. 2012).

Malgré l'intérêt croissant pour ces groupes techniques, ils restent le maillon faible de la recherche dans le domaine de la vaccination. Les publications sur les GTCV sont assez rares (Bryson, Duclos, Jolly, et Cakmak 2010) et peu diversifiées. La question de leur évaluation est très peu abordée et les données en la matière sont rares (Bryson, Duclos, Jolly, et Bryson 2010). L'unique publication parue à ce jour sur le CNEIV-CI en 2012, traite du processus de sa création et des leçons apprises de ce processus (Blau et al. 2012). Plusieurs pays se sont inscrits dans la dynamique de la création de leur GTCV et ceux existant présentent un besoin de renforcement. L'expérience du CNEIV-CI serait d'un apport considérable pour ces pays. Or depuis sa création ce dernier n'a pas encore été évalué. Cette étude s'est donnée pour objectif d'évaluer la capacité structurelle et fonctionnelle du CNEIV-CI, à assurer sa pérennité et son influence sur la politique de vaccination.

Il s'agira dans ce travail de décrire le contexte problématique des GTCV, d'exposer le cadre théorique et conceptuel, et de présenter la méthode de travail et les résultats issus de cette évaluation.

---

<sup>1</sup> L'initiative SIVAC est un programme de soutien à la création et au renforcement des GTCV. Il est mis en œuvre par l'Agence de Médecine Préventive en collaboration avec l'International Vaccine Institute de Séoul.

## **Pourquoi un GTCV pérenne et influant pour la Côte d'Ivoire ?**

### **1. L'importance des GTCV pour la vaccination**

La vaccination demeure à ce jour l'une des interventions de santé publique ayant prouvé son efficacité avec un meilleur rapport efficacité-coût (Ray et al. 2006). Elle a notamment permis l'éradication de la variole dans le monde en 1980. Grâce à elle, la poliomyélite a été éliminée dans plusieurs régions du monde (OMS 2012).

Devant le constat de la faible couverture vaccinale des enfants dans le monde, l'OMS a mis en place en 1974, le programme élargi de vaccination (PEV). Il avait pour objectif de rendre la vaccination disponible pour tous les enfants du monde (Santoni 2001). En 2005, avec la stratégie GIVS intitulée la vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015, l'OMS et l'UNICEF ont accordé une place de choix au renforcement de la vaccination. Ils ont appelé à un élargissement de la couverture à tous les groupes d'âge et à tous les vaccins.

Le succès grandissant de la vaccination a ouvert la porte à de nombreuses préoccupations et l'environnement de prise de décision est devenu de plus en plus complexe. De quelques six vaccins au lancement du PEV en 1974, le nombre de vaccin inscrits au calendrier vaccinal du PEV n'a cessé d'augmenter. En revanche, la volonté des gouvernements d'introduire de nouveaux vaccins dans les programmes nationaux se heurte à des problèmes de financement. Les mécanismes de financement se sont diversifiés avec la création de l'Alliance GAVI (Global Alliance for Vaccine and Immunization) et la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm). Mais le coût de plus en plus élevé des nouveaux vaccins et la raréfaction des ressources financières publiques sont devenus de véritables problèmes pour les pays à ressources limitées. Il se pose alors, le difficile problème de choix à faire entre les priorités sanitaires qui sont souvent incompatibles et en concurrence avec d'autres secteurs d'activités.

Face à cette situation, l'OMS a appelé à la mise en place de mécanismes indépendants permettant aux gouvernants de prendre des décisions avisées, fondées sur une analyse rationnelle des données disponibles en matière de vaccination. On parle alors de prise de décisions basée sur les données factuelles. C'est ce à quoi répond la mise en place à l'échelle des pays, de Groupes Techniques Consultatifs pour la Vaccination (GTCV) (Duclos 2010). Pour Alfred da Silva<sup>2</sup>,

*« Les GTCV sont devenus un outil de conseil particulièrement important pour les autorités nationales au vue de la complexité croissante et des progrès importants effectués dans le domaine de la vaccination, du coût élevé des nouveaux vaccins, et de l'introduction de nouvelles technologies de vaccins [...] ils permettront aux gouvernements de formuler des programmes et*

---

<sup>2</sup> Directeur Exécutif de l'Agence de Médecine Préventive (AMP)

*politiques de vaccination adaptées au contexte local, augmentant ainsi la couverture vaccinale et améliorant la santé de la population. » (SIVAC Initiative 2012)*

## **2. Le GTCV au secours de la vaccination en Côte d'Ivoire**

En Côte d'Ivoire, la mise en place du GTCV s'est fait dans un contexte particulier de baisse de couverture vaccinale. Les crises sociopolitiques qui se sont succédées depuis 1999 avec la guerre en septembre 2002, ont eu un impact négatif sur le système de santé en général et les services de vaccination en particulier. De 2001 à 2005, les couvertures vaccinales ont chuté en dessous de 50 % pour tous les antigènes<sup>3</sup>. Le vaccin polio oral a atteint son taux de couverture le plus bas (47 %) en 2003. La reprise constatée entre 2006 et 2008 est restée en dessous de 80 % en dehors du BCG. Ces baisses de taux de couverture vaccinale qui sont le résultat de plusieurs dysfonctionnements dans le PEV, ont entraîné l'explosion des cas de rougeole, de poliomyélite et de fièvre jaune.

La recherche de solution à ces problèmes dans un contexte international d'appui à la création et au renforcement des GTCV nationaux, a conduit en décembre 2009 à la création du GTCV de Côte d'Ivoire, dénommé CNEIV-CI (Blau et al. 2012). La mise en place de ce comité est apparue comme un moyen pour orienter et aider le gouvernement dans la prise de décision afin d'améliorer les couvertures vaccinales. Trente mois après sa création il n'avait pas encore fait l'objet d'évaluation. S'il est prématuré d'évaluer son impact sur la couverture vaccinale en Côte d'Ivoire, il semble opportun d'avoir une idée nette de son fonctionnement et de son influence sur le processus de prise de décision.

## **3. La pérennité, une préoccupation pour le GTCV de Côte d'Ivoire**

La question de disposer d'un GTCV fonctionnel, pérenne et indépendant est au cœur des préoccupations de l'OMS et ses partenaires. Cela a justifié le développement de plusieurs activités et outils de soutien à ces groupes (Duclos 2010). La pérennité des GTCV est menacée par les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans leur fonctionnement. Duclos et collaborateurs ont défini six critères de bon fonctionnement pour les GTCV. il s'agit de l'existence formelle de terme de référence, de l'existence d'un statut administratif légal, de la présence d'au moins cinq domaines d'expertise requis dans le groupe, de la tenue d'au moins une réunion par an depuis sa création, de la distribution de l'agenda de travail aux membres du comité avant la tenue des réunions et de la déclaration de conflits d'intérêts. Dans une étude Bryson et collaborateurs ont rapporté que sur les 89 pays ayant notifié l'existence de GTCV, seulement 25 % respectaient les six critères de bon fonctionnement (Bryson, Duclos, Jolly, et Cakmak 2010). Ces pays étaient tous des pays développés, notamment de la région européenne de l'OMS. Une grande partie des GTCV reste confrontée à des problèmes de fonctionnement dans les pays en voie de développement. La rareté des publications sur les GTCV ne

---

<sup>3</sup> Source : Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique de Côte d'Ivoire, Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE). 2008. Annuaire des statistiques sanitaires 2001-2006

permet pas d'avoir une idée précise d'éventuelle dissolution de GTCV liée à ces problèmes. Dans une revue systématique, Bryson et collaborateurs ont mentionné l'existence d'un GTCV au Mali alors qu'aujourd'hui ce dernier n'existe pas (Bryson, Duclos, Jolly, et Bryson 2010, Blau et al. 2012). De façon spécifique, en Côte d'Ivoire, le contexte sociopolitique et économique d'une part et l'expérience de comités similaires d'autre part, constituent une source d'inquiétude pour le CNEIV-CI. A cela, s'ajoute le fait que l'appui technique et financier dont le CNEIV-CI bénéficiait de la part de l'Agence de Médecine Préventive (AMP) depuis sa création tire à sa fin.

En somme malgré leur importance, certains GTCV restent fragiles face à des problèmes qui menacent leur existence et leur influence dans la prise de décision. Devant ce constat, l'on est amené à se demander, si le récent CNEIV-CI peut échapper à ce phénomène. Existe-t-il en son sein des facteurs capables de menacer son existence ou de limiter son influence sur la politique de vaccination?

La question de recherche est donc la suivante : le CNEIV-CI présente-t-il des garanties suffisantes pour assurer sa pérennité et son influence dans la prise de décision en matière de vaccination ?

En d'autres termes, il s'agit de répondre aux questions suivantes.

- Est-ce que la structure et les procédures du CNEIV-CI sont en adéquation avec les recommandations existantes ?
- Est-ce qu'il bénéficie d'une considération suffisante de la part du Ministère de la Santé qu'il est sensé conseiller en matière de politique de vaccination ?
- Quel est son influence sur la politique de vaccination ?

La réponse à ces questions revêt un double intérêt. Premièrement, elle permettra de détecter d'éventuelles menaces à la survie du CNEIV-CI et à sa capacité d'influencer le processus de prise de décision. Secondairement, elle pourra servir de leçons apprises pour la création ou le renforcement de GTCV dans des pays ayant les conditions socioéconomique et politique similaires.

Pour ce faire, l'hypothèse suivante a été formulée : malgré ses acquis, le CNEIV-CI présente des insuffisances susceptibles d'être un frein à sa pérennité et à son influence sur la politique de vaccination.

Pour vérifier cette hypothèse l'étude s'est fixée pour objectif d'évaluer la structure, le fonctionnement et les résultats du CNEIV-CI.

## **Approche théorique et conceptuelle**

### **1. Vaccination**

Le terme "vaccination" a été proposé en 1881 par Louis Pasteur en honneur de Jenner et de la vaccine. Ce dernier fut en effet, cent ans auparavant, celui qui documentât l'effet protecteur de l'inoculation de pus prélevé chez une personne atteinte de la vaccine (cowpox) à une autre dans le but de la protéger contre la variole (Moulin 1996). On a alors utilisé le terme de vaccination jennérienne en référence à l'expérience de Jenner et de vaccination pastorienne qui a donné naissance à la vaccination telle qu'on la conçoit aujourd'hui, dans ses grandes lignes.

L'intérêt de la vaccination en santé publique, c'est la couverture d'un maximum de personnes dans la population cible afin d'obtenir une immunité collective suffisante pour interrompre la circulation et la transmission de la maladie. Il s'agit de mener une intervention sur un individu apparemment sain dans l'objectif de le protéger d'une hypothétique maladie mais aussi de protéger l'ensemble de la population. On estime souvent à au moins 80 % la couverture vaccinale nécessaire pour éviter la survenue d'épidémie. Ainsi l'atteinte et le maintien d'une couverture vaccinale élevée vis-à-vis d'une maladie donnée, restent une préoccupation majeure pour tout responsable de santé publique.

Depuis la réunion conjointe de l'OMS et de l'UNICEF en 1974, qui a fait le constat d'une très faible couverture vaccinale des enfants, inférieur à 5 % dans le monde, plusieurs événements ont marqué la politique mondiale de vaccination. Le PEV a été lancé la même année par l'OMS dans l'optique de rendre la vaccination disponible pour tous les enfants du monde. En 1994, est né le programme mondial pour les vaccins et l'immunisation avec trois sections : la section recherche et développement des vaccins, la section approvisionnement des vaccins et unité de qualité et la section PEV. Cela a été suivi en 2005 par le "Global Immunization Vision and Strategy" (GIVS) : «La vaccination dans le monde: vision et stratégie» pour la période 2006-2015. Ceci dans le but de protéger un plus grand nombre de personnes contre davantage de maladies et en veillant à ce que la vaccination figure en bonne place dans tous les programmes de santé. Cette stratégie s'articule autour de quatre grands axes qui sont : i) protéger davantage de personnes dans un monde qui change ; ii) adopter de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies; iii) intégrer la vaccination, les interventions sanitaires apparentées et la surveillance au sein des systèmes de santé; et iv) vacciner dans un monde interdépendant. Le GIVS a également tracé le cadre de la généralisation des GTCV, à l'ensemble des pays par son principe directeur qui veut que, les politiques et stratégies soient fondées sur des données probantes et sur les meilleures pratiques (OMS et UNICEF 2005).

### **2. Vaccins**

Une première définition de ce terme est donnée par Pasteur en ces termes : « *des virus affaiblis ayant le caractère propre au vaccin jennérien de ne jamais tuer, de donner une maladie bénigne qui préserve*

de la maladie mortelle » (Moulin 1996, p.139 ). Cette définition montre qu'à cette période déjà, l'on se souciait de l'innocuité des vaccins. En effet, veiller à l'innocuité, à l'efficacité et à la bonne qualité des vaccins est un élément clé du développement et de l'usage des vaccins. Mais c'est le dictionnaire Larousse qui donne la définition actuelle du vaccin : une substance d'origine microbienne (microbes vivants atténués ou tués, substances solubles) qui, administrée à un individu ou à un animal, lui confère l'immunité à l'égard de l'infection déterminée par les microbes mêmes dont elle provient et parfois à l'égard d'autres infections (Larousse 2012).

On appelle aujourd'hui vaccin « traditionnel », les six premiers vaccins inscrits dans le PEV en opposition aux autres qui sont dits « nouveaux » ou sous-utilisés. Ces vaccins « traditionnels » sont : les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose. Les vaccins contre l'hépatite B, l'haemophilus influenzae de type B et la fièvre jaune sont considérés comme sous-utilisés. Tous les autres sont classés parmi les « nouveaux » vaccins (OMS, UNICEF, et Banque Mondiale 2010) (figure 1). Certains d'entre eux ont déjà été proposés par l'OMS pour être introduits dans les programmes nationaux de vaccination. Ce sont les vaccins contre les pneumocoques, les diarrhées à rotavirus, la rubéole, les oreillons et l'encéphalite japonaise.

Vaccins actuels	Vaccins nouveaux ou améliorés prévus d'ici 2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BCG <sup>a</sup></li> <li>• Choléra (inactivé et vivant) <sup>b</sup></li> <li>• DTC et vaccins associés contenant le DTC <sup>a</sup></li> <li>• Encéphalite à tiques <sup>a</sup></li> <li>• Fièvre de la vallée du Rift <sup>b</sup></li> <li>• Fièvre jaune <sup>a</sup></li> <li>• Grippe <sup>a</sup></li> <li>• Haemophilus influenzae type b <sup>a</sup></li> <li>• Hépatite A <sup>a</sup></li> <li>• Hépatite B <sup>a</sup></li> <li>• Méningocoque (polyosidique et conjugué) <sup>a</sup></li> <li>• Oreillons <sup>a</sup></li> <li>• Pneumocoque (polyosidique et conjugué) <sup>a</sup></li> <li>• Poliomyélite (VPO et VPI) <sup>a</sup></li> <li>• Pseudomonas <sup>b</sup></li> <li>• Rage <sup>b</sup></li> <li>• Rougeole <sup>a</sup></li> <li>• Rubéole <sup>a</sup></li> <li>• Tétanos <sup>a</sup></li> <li>• Typhoïde <sup>b</sup></li> <li>• Varicelle <sup>a</sup></li> </ul> <p><b>Technologies sous-utilisées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etiquettes de contrôle de l'activité sur tous les vaccins</li> <li>• Dispositifs d'injection préremplis</li> </ul> <p><sup>a</sup> Utilisés dans le cadre de la vaccination systématique.  <sup>b</sup> Utilisés dans certaines régions ou circonstances.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengue <sup>d</sup></li> <li>• DTCa (avec deux antigènes C) <sup>d</sup></li> <li>• Encéphalite japonaise (amélioré) <sup>d</sup></li> <li>• Escherichia coli entérotoxigène (ECET) <sup>c</sup></li> <li>• Fièvre à virus West Nile <sup>c</sup></li> <li>• Grippe pandémique</li> <li>• Méningocoque A (conjugué multi-sérotype) <sup>d</sup></li> <li>• Nouvelles associations de vaccins existants <sup>c</sup></li> <li>• Paludisme <sup>c</sup></li> <li>• Pneumocoque (vaccin conjugué amélioré ou à base de protéines) <sup>d</sup></li> <li>• Poliomyélite (vaccin inactivé contenant les souches Sabin) <sup>d</sup></li> <li>• Poliomyélite (VPO monovalent type 1) <sup>c</sup></li> <li>• Rotavirus <sup>d</sup></li> <li>• Rougeole (aérosol) <sup>d</sup></li> <li>• Shigella <sup>c</sup></li> <li>• Streptocoque groupe A <sup>c</sup></li> <li>• Syndrome respiratoire aigu sévère <sup>c</sup></li> <li>• Typhoïde (conjugué) <sup>c</sup></li> <li>• Virus du papillome humain <sup>d</sup></li> <li>• Virus respiratoire syncytial <sup>c</sup></li> </ul> <p><b>Nouvelles technologies attendues d'ici 2015</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aérosols</li> <li>• Injecteurs sous pression</li> <li>• Sprays nasaux</li> <li>• Timbres</li> <li>• Vaccins thermostables</li> </ul> <p><sup>c</sup> Homologation attendue en 2010-2015  <sup>d</sup> Dernier stade de développement.</p>

Figure 1 : Récapitulatif des vaccins et des technologies d'aujourd'hui et de demain (OMS et UNICEF 2005 p. 42)

L'OMS estime qu'aujourd'hui, l'augmentation de la couverture vaccinale par de nouveaux vaccins tels que les vaccins antipneumococcique et antirotavirus devrait faire passer le coût moyen de la vaccination d'un enfant de 18 dollars US<sup>4</sup> en 2010, à plus de 30 dollars US par naissance vivante les années à venir. Ce qui est pratiquement hors de portée des pays à faible et revenu intermédiaire, sachant qu'en 2000 leur contribution n'était que de 6 dollars US par naissance vivante (OMS, UNICEF, et Banque Mondiale 2010).

Les nouveaux vaccins posent de gros problèmes aux programmes nationaux de vaccination lorsqu'il s'agit d'établir l'ordre de priorité des investissements. Pour l'OMS, l'enjeu consiste à régler méthodiquement les problèmes en fournissant les meilleurs services disponibles et à un coût avantageux (OMS 2005).

### **3. Concept de GTCV**

Le GTCV est défini comme un comité d'experts nationaux de domaines variés, qui assure les fonctions de ressource technique et d'organe délibératif pour permettre aux autorités nationales de prendre des décisions relatives aux politiques nationales de vaccination qui soient fondées sur des données factuelles (Senouci et al. 2011).

Pour Duclos, une des clés de l'amélioration des programmes de vaccination systématique et de l'introduction durable de nouveaux vaccins et technologies de vaccination, consiste à s'assurer que les procédures de prise de décision sont à la fois adaptées aux spécificités locales mais aussi fondées sur des données factuelles (Duclos 2010).

Tous ces auteurs s'accordent sur le fait que l'amélioration des programmes de vaccination systématique, passe par la mise en place de GTCV nationaux. Les GTCV sont pour les pays ce qu'est le groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination pour l'OMS en abrégé « SAGE » pour "Strategic Advisory Group of Experts" en anglais.

Les Etats Unis d'Amérique, le Canada et le Royaume Uni ont été les premiers pays à avoir créé leur GTCV dans les années soixante (Burns et al. 2009, Bryson, Duclos, Jolly, et Cakmak 2010). En 2008, alors que la région pacifique ouest et la région européenne de l'OMS rapportaient respectivement 73 et 72 % de GTCV fonctionnels, la région africaine n'en comptait que 32 % (Bryson, Duclos, Jolly, et Cakmak 2010). Cela a conduit l'OMS et l'UNICEF à élaborer des recommandations spécifiques sur la généralisation de la mise en place de GTCV(Duclos 2010). A ce propos les termes de référence généraux suivants ont été proposés :

- conduire des analyses de politiques et déterminer les meilleures politiques nationales de vaccination ;

---

<sup>4</sup> Dollars des Etats Unis d'Amérique

- orienter le gouvernement et le programme national de vaccination sur l'élaboration de stratégies pour lutter contre les maladies évitables par la vaccination ;
- 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.

Comme l'indique son nom, un GTCV ne doit avoir qu'un rôle technique consultatif dans l'élaboration des politiques de vaccination et ne doit pas être un organe décisionnel, d'exécution, de réglementation, ou de coordination. Les recommandations élaborées par les GTCV portent sur toutes les questions relatives à la vaccination et aux vaccins. Il s'agit entre autres des questions sur :

- les politiques et stratégies de vaccination comprises et non comprises dans le PEV ;
- l'introduction de nouveaux vaccins et technologies de la vaccination ;
- la qualité et la sécurité des vaccins ;
- les calendriers vaccinaux ;
- l'approvisionnement et le financement des programmes de vaccination ;
- les priorités et stratégies de recherche ;
- les maladies nouvelles et émergentes évitables par la vaccination et réponse aux besoins de santé publique.

De par leur composition et leur mandat, les GTCV doivent aider les programmes nationaux à résister aux pressions des groupes d'intérêt et renforcer la crédibilité des politiques de vaccination proposées au niveau national.

#### **4. Difficultés rencontrées par les GTCV**

Des difficultés récurrentes ont été relevées par plusieurs auteurs (Gessner et al. 2010, Awaïdy 2010, Floret and Deutsch 2010, Spicher 2010) dans le fonctionnement des GTCV. Ces difficultés se rapportent à la fois au secrétariat et au groupe technique lui-même.

Au niveau du secrétariat, il s'agissait du manque ou de l'insuffisance de ressources qui constitue une limite au déroulement des activités. Cela porte aussi bien sur les ressources humaines, matérielles que financières. De façon générale, au niveau du GTCV, il s'agit d'un manque de moyens pour conduire les études, d'une insuffisance pouvant aller jusqu'à un manque d'expertise pour les études d'évaluation économique. Ces types de difficultés n'ont pas été mentionnés dans les études sur de très anciens GTCV tels que ceux des Etats Unis, du Canada et du royaume Uni (Ismail et al. 2010, Hall 2010, Smith 2010).



En France, Floret et Deutsch affirment qu'il est quasiment impossible de trouver des membres experts sans lien quelconque avec l'industrie. Mais ils estiment que l'application rigoureuse des procédures opératoires standards d'élaboration des recommandations permet de réduire le risque d'influence de l'industrie et la possible perte de crédibilité du GTCV (Floret et Deutsch 2010).

## 5. Aperçu du PEV en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, la politique de vaccination s'inscrit dans le Plan National de Développement Sanitaire adopté par le gouvernement en conseil des ministres. Sa mise en œuvre est assurée par le Ministère en charge de la Santé. Elle comporte trois principaux axes :

- le PEV de routine qui concerne les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes ;
- la vaccination de certaines cibles de la population générale par des prestations avec recouvrement de coût ;
- la vaccination en campagnes de masse mises en œuvre dans le cadre des initiatives pour le contrôle, l'éradication ou l'élimination des maladies évitables par la vaccination.

La gestion du programme est principalement assurée par la Direction de Coordination du PEV qui est placée sous la tutelle de la Direction de la Santé Communautaire, elle-même rattachée à la Direction Générale de la santé<sup>5</sup>.

A côté de la Direction de Coordination du PEV, plusieurs structures interviennent dans la gestion du programme :

- l'INHP assure l'approvisionnement, le stockage, la distribution des vaccins et la surveillance ;
- la Pharmacie de la Santé Publique assure les appels d'offres et l'achat des vaccins et consommables ;
- la Direction de la Pharmacie et du Médicament assure l'autorité de régulation des médicaments et vaccins ;
- la Direction de la Santé Communautaire et la Direction de l'Information, de la Planification et l'Evaluation assurent le suivi, l'évaluation et la gestion de l'information ;
- la Direction de l'Infrastructure, de l'Équipement et la Maintenance et l'INHP assure la logistique ;
- les Directions Départementales de la Santé, sous la supervision des Directions Régionales, assure la coordination, la mise en œuvre et le suivi des activités de vaccination.

Le calendrier vaccinal du PEV prévoit cinq contacts chez l'enfant avant son premier anniversaire : à la naissance, à six semaines, dix semaines, quatorze semaines et à neuf mois. Chez la femme en âge de procréer, cinq contacts sont prévus pour le vaccin anti-tétanique. Les deux premiers sont espacés d'un mois, le troisième six mois après le deuxième et les deux derniers à intervalle d'au moins un an. De 1983 à la création du GTCV de Côte d'Ivoire en décembre 2009, la Côte d'Ivoire a introduit en plus des

---

<sup>5</sup> Décret portant organisation du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

vaccins traditionnels du PEV, trois autres vaccins : le vaccin contre la fièvre jaune en 1983, le vaccin contre l'hépatite B en 2003 et le vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type b en 2009. Le calendrier de vaccination actuel se présente comme indiqué dans le tableau III.

**Tableau I:** calendrier du PEV en vigueur en Côte d'Ivoire en 2012

<b>Vaccins du nourrisson</b>	
Naissance	BCG, VPO 0
6 semaines	DTC-HépB-Hib1 + VPO1
10 semaines	DTC-HépB-Hib2 + VPO2
14 semaines	DTC-HépB-Hib3 + VPO3
9 mois	VAR + VAA
16 mois	Rappel DTC-HépB-Hib
<b>Vaccin antitétanique chez la femme en âge de procréer</b>	
	1 <sup>ère</sup> dose : au premier contact 2 <sup>ème</sup> dose : un mois après la première 3 <sup>ème</sup> dose : 6 mois après la deuxième 4 <sup>ème</sup> dose : un an après la troisième 5 <sup>ème</sup> dose : un an après la quatrième

En 2011, les taux de couvertures vaccinales se présentaient comme suit (WHO/ROA 2012) :

- DTC-HépB-Hib3 : 62 %
- Enfant protégé contre le tétanos néonatal : 82 %
- BCG : 74 %
- Rougeole : 49 %
- Poliomyélite : 58 %

Le taux d'abandon entre la 1<sup>ère</sup> et la 3<sup>e</sup> dose de DTC-HépB-Hib était de 17 % alors que l'objectif visé était d'avoir moins de 10 % d'abandons.

En somme le GTCV de Côte d'Ivoire intervient dans un contexte sanitaire de faiblesse de la couverture vaccinale où la politique de vaccination du pays est mise en œuvre par le Ministère en charge de la Santé à travers principalement la Direction de Coordination du PEV.

## Méthode d'étude

### 1. Cadre de l'étude



**Figure 2** : localisation géographique de la Côte d'Ivoire (OMS, 2012)

La Côte d'Ivoire (figure 2) est un pays à revenu intermédiaire avec un revenu national brut par habitant de 1 810 dollars internationaux PPA<sup>6</sup>. Elle se trouve actuellement dans une période de post conflit après une dizaine d'année de trouble sociopolitique et militaire. Le profil sanitaire est dominé par les maladies transmissibles avec une émergence des maladies chroniques non transmissibles. La mortalité des enfants de moins de cinq ans est caractérisée par une mortalité néonatale de 41‰ naissances vivantes et une mortalité infanto-juvénile de 125‰<sup>7</sup> naissances vivantes. Les principales causes de la mortalité infanto-juvénile sont les causes néonatales (35%), le paludisme (21%), la pneumonie (20%), la diarrhée (15%), le Sida (6%), la rougeole (3%). Les causes de mortalité néonatale sont dominées par la prématurité (29%), les infections sévères (23%), l'asphyxie (19%) et le tétanos néonatal (12%)<sup>8</sup>. La dépense totale de santé s'élevait à 5,3% du PIB en 2010.

L'étude s'est déroulée à Abidjan au sud de la Côte d'Ivoire, où siège le CNEIV-CI et précisément dans les locaux du GTCV à l'INHP et ceux du bureau régional de l'AMP.

### 2. Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative à visée évaluative normative et analytique. Elle a porté sur la structure, le fonctionnement et les résultats immédiats et intermédiaires obtenus par le GTCV. Ont été choisi comme référentiel le guide de l'OMS pour l'établissement et le renforcement des GTCV (Duclos

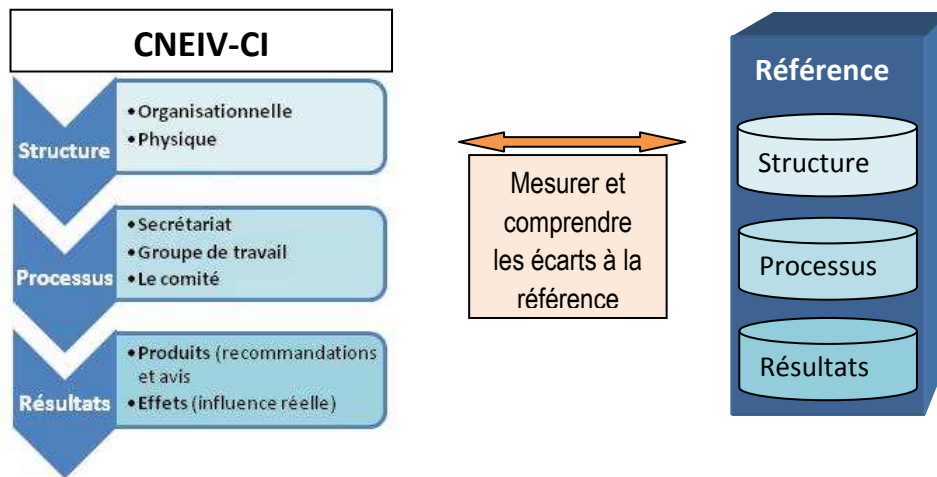
---

<sup>6</sup> Parité de Pouvoir d'Achat

<sup>7</sup> EIS 2005

<sup>8</sup> Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015

2010) et le cas français qui est considéré comme une réussite dans le monde francophone (Floret et Deutsch 2010) (figure 3).



**Figure 3 :** schéma conceptuel de l'étude

Le guide de l'OMS a été initialement élaboré par des experts de l'OMS avant d'être revu et amélioré par un groupe d'experts indépendants. Il a ensuite été consolidé à partir de l'expérience de certains GTCV existants, reconnu pour leur crédibilité tant au niveau national qu'international. Ce sont entre autres les GTCV du Canada, des Etats Unis et du Royaume Uni qui sont les trois plus anciens GTCV du monde. La version du guide décrite dans l'article de Duclos a été ajustée pour prendre en compte les expériences des récents efforts d'établissement et de renforcement des GTCV, rapportées pendant les réunions régionales des responsables des programmes de vaccination et des GTCV régionaux (Duclos 2010).

### **3. Période d'étude**

L'étude s'est déroulée de Mai à Août 2012 soit 4 mois. Elle a pris en compte les données de janvier 2010 à Août 2012 ; ce qui correspond à 30 mois de fonctionnement pour le CNEIV-CI.

### **4. Collecte des données**

Les données ont été collectées à travers une revue documentaire, des observations directes, le tout complété par des interviews individuelles.

Concernant la revue documentaire, il a été établi à partir de la revue de la littérature, une liste de documents nécessaires. Ces documents ont été recherchés auprès du secrétariat du CNEIV-CI, du bureau de l'AMP à Abidjan et du centre de documentation de l'initiative SIVAC logé sur le site web de

l'initiative. L'étude s'est intéressée aux textes réglementaires du CNEIV-CI, aux comptes rendus des réunions du CNEIV-CI et des réunions des différents groupes de travail mis en place et à tous les documents susceptibles d'apporter des informations sur le CNEIV-CI (structure, fonctionnement et résultats obtenus). Les informations recherchées dans la revue documentaire ont été recueillies sur une grille de lecture en fonction des items préalablement définis (annexe 1).

L'observation directe a porté sur la préparation technique des réunions du CNEIV-CI, l'organisation et le déroulement de ces réunions, et sur le cadre de travail du secrétariat du CNEIV-CI. Pour tenir compte du caractère confidentiel des réunions du CNEIV-CI, elles n'ont pas été enregistrées sur support audio visuel. Toutes les observations ont été consignées sur support papier.

Les entretiens ont été réalisés en complément de la revue documentaire et de l'observation directe. A partir d'un guide d'entretien, il a été réalisé des entretiens formels en face à face, qui ont été complété par des entretiens informels de personnes intervenant dans les processus du GTCV ivoirien. Etaient particulièrement visés par ces entretiens, les membres du secrétariat, les membres statutaires du CNEIV-CI, les responsables du programme de vaccination et l'AMP. Les entretiens ont été consignés soit sur support papier soit sur support audio. L'identité des personnes interviewées a été préservée.

## **5. Variables étudiées**

Les variables étudiées ont été regroupées en trois catégories, en rapport avec la structure du CNEIV-CI, le fonctionnement et les résultats.

En ce qui concerne la structure du CNEIV-CI, l'étude s'est intéressée au statut légal, au domaine de compétence, à la composition, au domaine d'expertise des membres experts, aux caractéristiques des membres associés, à la taille, au choix du secrétariat, à la désignation et au renouvellement des membres, à la saisine et au financement.

Concernant le fonctionnement, l'étude s'est intéressée au processus d'élaboration des recommandations par le CNEIV-CI. Ont été prises en compte les activités du secrétariat, des groupes de travail et les réunions en plénière du CNEIV-CI.

Quant aux résultats, l'étude s'est intéressée aux recommandations émises par le CNEIV-CI en termes de nombre, de proportion prise en compte dans la prise de décision. Le nombre de saisines par le Ministre en charge de la santé et la proportion de décisions majeures prises en matière de vaccination en consultant le CNEIV-CI.

## **6. Traitement et analyse des données**

Les informations recueillies à travers les trois méthodes de collecte ont été regroupées par item. Il a été procédé à une triangulation entre les données des interviews et celles des observations et de la revue

documentaire. Une analyse descriptive de chaque variable a été faite avant de la comparer à la valeur de référence de l’OMS et au cas français, chaque fois que les comparaisons étaient possibles.

Une variable était déclarée conforme lorsque toutes ses caractéristiques répondaient aux recommandations de l’OMS et non conforme dans le cas contraire.

Concernant la comparaison avec le cas français, c’est la mention "idem" qui a été retenue quand la description de la variable était identique à celle du cas français et "différente" quand elle ne l’était pas.

Les moyennes de présence aux réunions du CNEIV-CI et des groupes de travail ont été calculées à partir des listes de présences contenues dans les rapports.

## **Résultats**

Les textes réglementaires du CNEIV-CI et du CTV français ; les documents de travail du CNEIV-CI, les comptes rendus de réunion du CNEIV-CI, les rapports des groupes de travail et les correspondances du CNEIV-CI des 30 mois de fonctionnement ont été consultés. La préparation, l'organisation et le déroulement de deux sessions du CNEIV-CI, le fonctionnement d'un groupe de travail et le cadre de travail du secrétariat du CNEIV-CI ont été observés. En outre, six informateurs clé ont été interviewés. Les constats suivants ont été relevés.

### **1. Statut légal**

Le CNEIV-CI a été créé par arrêté du Ministre en charge de la santé sous le numéro 226 /MSHP/CAB du 16 décembre 2009. Cela était conforme aux recommandations de l'OMS et idem au cas français.

### **2. Domaine de compétence**

Le CNEIV-CI est habilité à se prononcer sur toutes les questions en rapport avec les vaccins et la vaccination. Il est chargé précisément d'émettre des avis et recommandations scientifiques et techniques pouvant guider le Ministre en charge de la santé dans la définition, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et stratégies de vaccination.

Le domaine de compétence défini pour le CNEIV-CI était conforme aux recommandations de l'OMS et identique à celui du CTV de France.

### **3. Composition**

Les termes de référence du CNEIV-CI prévoient trois types de membres répartis en deux groupes : les membres de plein droit ou membres principaux et les membres associés.

Les membres principaux sont appelés «membre de droit». Ce sont des experts nationaux indépendants, choisis sur la base de leur expertise dans leur domaine de compétence. Ils ont seuls, le droit de participer à la prise de décision finale au cours des réunions du CNEIV-CI.

Cela était conforme aux recommandations de l'OMS et identique à la pratique du CTV français dans lequel les membres principaux sont appelés « membres qualifiés » ou « membres de droit avec voix délibératives ».

Les membres associés se distinguent en membres ex-officio et en membres de liaison conformément aux recommandations de l'OMS. Cette distinction n'était pas faite en France. Au CTV français, les membres associés sont appelés «membres de droit sans voix délibérative».

Au CNEIV-CI, les membres ex-officio sont issus du ministère en charge de la santé et représentent les directions ou instituts ayant un rapport avec la vaccination et les vaccins. Les membres de liaison sont constitués d'une part, de services d'Etat et d'autre part, d'institutions partenaires. Le Tableau II présente les points communs et les divergences dans la composition des membres associés du CNEIV-CI et du CTV français.

**Tableau II : tableau comparatif des membres associés du CNEIV-CI et du CTV français**

<b>CNEIV-CI</b>	<b>CTV français</b>	<b>Observation</b>
<b>Membre ex-officio</b>		
Directeur Général de la Santé	Directeur Général de la Santé	Idem
Directeur de l'Institut National d'Hygiène Publique	Directeur Général de l'Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé	Idem
-	Directeur Général de l'Institut de Veille Sanitaire	Idem
Directeur de la Pharmacie et du médicament	-	Différent
Directeur de l'Infrastructure, de l'Équipement et de la Maintenance	-	Différent
Directeur de l'Institut National de la formation des Agents de Santé	-	Différent
Directeur de l'Institut National de Santé Publique	-	Différent
Directeur de la Pharmacie de la Santé Publique	-	Différent
Directeur du Programme Elargi de Vaccination	-	Différent
Directeur du Programme National de Santé Scolaire et Universitaire	-	Différent
<b>Membre de liaison</b>		
<b>Au titre des services de l'Etat</b>		
Représentant du Ministère de l'Intérieur	-	Différent
Représentant du Ministère de l'Economie et des Finances	-	Différent
Directeur médecine du travail	-	Différent
Directeur Service de Santé des Armées	Directeur Central du Service de Santé des Armées	Idem
<b>Au titre des institutions partenaires</b>		
OMS	-	Différent
UNICEF	-	Différent
AMP	-	Différent
-	Directeur Général du Travail	Différent
-	Directeur de la Sécurité Sociale	Différent
-	Directeur Général de l'Enseignement Scolaire	Différent
-	Directeur Général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé	Différent
-	Directeur de la Haute Autorité de Santé	Différent



Ces deux comités n'avaient en commun que la Direction Générale de la Santé, les services chargés de la promotion de la prévention de la santé et de la veille sanitaire puis le service de santé des armées. Le CTV français ne comportait aucune institution internationale partenaire telle que l'OMS, l'UNICEF et l'AMP, comme en Côte d'Ivoire.

#### 4. Domaines d'expertise

En dehors de l'immunologie, les domaines d'expertise minimum à couvrir étaient tous présent en Côte d'Ivoire. En plus de cela, le CNEIV-CI a intégré d'autres domaines de compétence (Tableau III).

**Tableau III:** tableau comparatif des domaines d'expertise des membres principaux du CNEIV-CI par rapport aux recommandations de l'OMS

Recommandation OMS	CNEIV-CI	Observation
<b>Domaine minimum à couvrir</b>		
Santé publique	Santé publique et politique de santé (1)	Conforme
Microbiologie	Microbiologie (1)	Conforme
Médecine clinique	Pédiatrie (2)	Conforme
	Gynécologie et obstétrique (1)	
Maladie infectieuse	Maladie infectieuse (2)	Conforme
Vaccinologie	Vaccinologie (1)	Conforme
Immunologie	-	Non conforme
Epidémiologie	Epidémiologie et biostatistique (2)	Conforme
<b>Domaine recommandé en plus</b>		
Economie de la santé	Economie de la santé (1)	Conforme
Recherche clinique	-	Non conforme
<b>Domaine choisie selon les besoins spécifique du pays</b>		
	Médecine du travail (1)	Pas de recommandation spécifique par rapport à ces domaines
	Paramédicaux (2)	
	Socio anthropologie (1)	
	Pharmacologie / logistique (2)	

De façon comparative (Tableau IV), le CNEIV-CI et le CTV français étaient quasiment identiques au regard du domaine d'expertise de base à couvrir : le premier intégrait la vaccinologie à la différence du second qui prenait en compte l'immunologie. Les deux, en fonction de leur contexte spécifique, font appel à des expertises spécifiques.

**Tableau IV** : domaine d'expertise des membres du CNEIV-CI comparé au CTV français

CTV français	CNEIV-CI	Commentaire
Santé publique (1)	Santé publique et politique de santé (1)	Idem
Microbiologie (2)	Microbiologie (1)	Idem
Pédiatrie (2)	Pédiatrie (2)	Idem
Gynécologie et obstétrique (1)	Gynécologie et obstétrique (1)	Idem
Maladies infectieuses (2)	Maladies infectieuses (2)	Idem
-	Vaccinologie (1)	Différent
Immunologie (1)	-	Différent
Epidémiologie (1)	Epidémiologie et biostatistique (2)	Idem
Economie de la santé (1)	Economie de la santé (1)	Idem
Médecine du travail (1)	Médecine du travail (1)	Idem
Médecine interne (1)	-	Différent
Médecine générale (2)	-	Différent
-	Paramédicaux (2)	Différent
Sociologie (1)	Socio anthropologie (1)	Idem
-	Pharmacologie / logistique (2)	Différent
Compétence en gériatrie (1)	-	Idem

## 5. Taille du CNEIV-CI

Le CNEIV-CI comportait au total 35 membres dont 17 membres principaux, neuf membres ex-officio, sept membres de liaison et deux personnes au titre du secrétariat. Parmi les sept membres de liaison, on distinguait quatre au titre des services de l'Etat et trois au titre des institutions partenaires.

Le nombre des membres principaux n'était pas conforme aux recommandations de l'OMS, qui prévoient entre 10 et 15 membres. Il est par contre identique à celui du CTV français.

## 6. Désignation et renouvellement des membres ayant voix délibérative

A la création du CNEIV-CI, une liste d'experts a été dressée par le groupe de travail chargé de la mise en place du comité en fonction des postes à pourvoir puis proposée au Ministre de la santé qui a procédé à la nomination des membres par un arrêté ministériel.

Si la nomination des membres a été conforme aux recommandations de l’OMS, le processus de sélection ne l’a pas été. Dans un souci de transparence et de crédibilité, l’OMS recommande que la sélection soit faite par appel à candidature selon une procédure bien définie et connue. C’est le cas pour le CTV de France.

Conformément aux recommandations, le Président du comité a été choisi pour le grand respect qui lui est dû au sein et en dehors du comité, de même que pour son aura dans son domaine d’expertise. Ce mode de choix était différent de celui pratiqué en France où le Président était élu par les membres ayant voix délibérative. Quel que soit le mode, le président est choisi parmi les membres ayant voix délibérative.

La durée de mandat pour ces membres était de quatre ans renouvelables, sans limitation du nombre de mandats. Si la durée du mandat était conforme aux recommandations de l’OMS, la non-limitation du nombre de mandats ne l’était pas. Le CTV français respectait à la fois ces deux critères.

Le remplacement en cours de mandat des membres de droit défallants, est prévu dans les termes de référence du CNEIV-CI conformément aux recommandations de l’OMS. Dans la pratique, des vacances allant de six mois à un an ont été observées.

## **7. Choix et composition du secrétariat**

Le CNEIV-CI comporte un secrétariat général qui était assuré par l’INHP. Il était composé du Secrétaire Général et de son Adjoint. L’INHP est chargé principalement de l’approvisionnement, du stockage et de la distribution des vaccins. Il assure aussi la surveillance épidémiologique et la gestion du système d’alerte précoce pour les maladies à potentiel épidémique. Il offre secondairement des services de vaccination PEV et hors PEV et des activités de vaccination supplémentaires.

Le choix porté sur l’INHP n’était pas conforme aux recommandations de l’OMS qui souhaite que le secrétariat soit assuré par le programme national de vaccination.

En France, ce secrétariat n’était pas non plus assuré par le programme national de vaccination. Il était plutôt assuré par le Secrétariat Général du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui n’est autre que, la Direction Générale de la Santé (DGS).

## **8. Appui financier et support au secrétariat**

De façon statutaire, le budget général de fonctionnement de l’INHP a été identifié principalement pour fournir les ressources nécessaires au fonctionnement normal du CNEIV-CI. Secondairement les partenaires au développement pouvaient apporter leur appui.

Cela était conforme aux recommandations de l’OMS qui souhaite qu’un cadre formel de financement et de soutien au secrétariat soit clairement défini dès la création du groupe technique. En France le budget du CTV provenait de la DGS qui assurait le secrétariat.

Durant les deux premières années de fonctionnement du CNEIV-CI, l’AMP a supporté la quasi-totalité des charges de fonctionnement. L’INHP a commencé à assurer le remboursement des frais de transport des membres du comité à partir de 2012. Le Tableau V présente les lignes de dépenses prises en considération au niveau du CNEIV-CI et du CTV.

**Tableau V** : tableau comparatif des lignes de dépenses au niveau du CNEIV-CI et du CTV

<b>CNEIV-CI</b>	<b>CTV</b>
<b>Indemnisation réunions CNEIV-CI</b>	<b>Indemnisation des Experts</b>
frais de transport	frais de transport
frais de restauration	présidence de séance
	perte de revenus
	participation aux travaux
<b>Fonctionnement Secrétariat</b>	<b>Fonctionnement Secrétariat</b>
consommable et fournitures de bureau	frais de déplacement
frais de communication secrétariat	frais d'inscription au colloque
frais de distribution des courriers	consommable et fourniture de bureau
renforcement des capacités	
<b>Production scientifique</b>	<b>Production scientifique</b>
Coût des études (consultants, études de terrain)	achat de prestations
frais de réunion groupe de travail (pause café/repas)	

Le statut de membre du CNEIV-CI ne donnait pas lieu à une quelconque rémunération. Il n’y avait pas de compensation des pertes de revenus liée aux activités du CNEIV-CI. Le montant estimatif du budget 2012 sur la base du plan de travail 2012 s’élevait à environ 23 000 euros.

## **9. Fonctionnement du secrétariat**

### **a. Environnement de travail**

Le secrétariat ne disposait pas d’un environnement de travail nécessaire à l’accomplissement de ses missions (**Tableau VI**).

**Tableau VI:** tableau récapitulatif des conditions de travail du secrétariat du CNEIV-CI

Commodité de travail	Existence	Commentaires
Locaux propre au secrétariat	Oui	un bureau avec matériel informatique complet et un meuble de rangement
Ligne de téléphone	Non	appels réalisés à partir de la sous direction de la vaccinologie de l'INHP ou de l'AMP
Frais de communication pour le secrétariat	Non	appels réalisés à partir de moyens personnels non remboursés
Véhicule de liaison	Non	véhicule de l'AMP utilisé dans la mesure du possible ainsi que véhicule du sous directeur de la vaccinologie de l'INHP
Frais de déplacement pour le Secrétariat	Non	frais personnels engagés non remboursés
Connexion internet	Oui	moyen principal utilisé pour la communication et la diffusion des documents aux membres du CNEIV-CI
Matériel de reprographie	Non	photocopies réalisées à partir du bureau de l'AMP

Les conditions de travail dépendaient en grande partie des appuis extérieurs au secrétariat.

#### **b. Préparation des réunions du CNEIV-CI**

L'ordre du jour des sessions de travail du CNEIV-CI était établi par le secrétariat en tenant compte du compte rendu de la réunion précédente et du calendrier annuel du travail. Depuis la création du CNEIV-CI, les ordres du jour ont toujours été élaborés en étroite collaboration avec l'AMP.

Le secrétariat préparait également les convocations qu'il soumettait à la signature du président du CNEIV-CI et collectait toute la documentation en rapport avec la réunion.

Tous ces documents (agenda, documents de travail et convocations) étaient transmis à chacun des membres du comité.

Le délai de transmission de ces documents aux membres du CNEIV-CI variait de 12 à deux jours avant la tenue des réunions. Cela n'était pas conforme aux recommandations de l'OMS ni au règlement intérieur du comité qui prévoyait au moins 15 jours.

Pour expliquer ce fait, trois principales causes ont été rapportées : le problème de distribution lié au transport et à l'absence de coursiers ; le retard à la finalisation des documents de travail ; et le problème de reprographie.

#### **c. Gestion et sécurisation des archives**

Comme indiqué dans le **Tableau VII**, il existait des défaillances au niveau de l'archivage et de la sécurisation des archives du CNEIV-CI.

**Tableau VII:** tableau présentant les modalités de gestion et de sécurisation des archives du CNEIV-CI

		Commentaire
Scan systématique des documents administratifs et financiers	Non	Pour pouvoir scanner les documents il faut se rendre au bureau de l'AMP
Disponibilité de tous les documents relatifs au CNEIV-CI au niveau du secrétariat	Non	Pour retrouver certains documents on a recours à l'AMP alors qu'il devrait exister en copie au secrétariat
Utilisation rationnelle des meubles de rangement	Non	Les documents ne sont pas classés et sont empilés les uns sur les autres
Disponibilité des documents dans un même endroit	Non	Les documents sont conservés à la fois sur les ordinateurs personnels et sur l'ordinateur du secrétariat du CNEIV-CI

## 10. Groupes de travail du CNEIV-CI

### a. Constitution de groupe de travail

Depuis sa création, deux groupes de travail ont été mis en place au sein du CNEIV-CI par le président avec des mandats précis. Si la mise en place du premier groupe de travail s'est faite au travers d'une note de service du Président du CNEIV-CI, cela n'a pas été le cas pour le second. Ces groupes de travail étaient aussitôt dissous au terme de leur mandat. Cela était identique à la pratique du CTV français qui possédait cependant des groupes de travail permanents. Comme en France, il n'y avait pas de règlement particulier qui régie le fonctionnement des groupes de travail. Tous les membres suivent le règlement intérieur général du comité.

### b. Composition des groupes de travail

Les groupes de travail étaient composés principalement de membres de droit appuyés par des membres associés. Le secrétariat était assuré par le secrétaire adjoint du CNEIV-CI. Le président du groupe de travail était désigné par le président du CNEIV-CI. Dans la pratique du CTV français, le Président du CTV choisit le président du groupe de travail qui, en concertation avec le secrétariat exécutif, choisit les autres membres du groupe.

Les deux groupes de travail du CNEIV-CI étaient respectivement constitués de 10 et de 8 membres. Sans préciser de nombre, l'OMS recommande un nombre restreint de personnes dans les groupes de travail.

### c. Méthode de travail des groupes de travail

Une fois constitué, le groupe de travail élaborait avec le secrétariat du comité un chronogramme de travail. Concernant les deux groupes de travail du CNEIV-CI, ils ont commencé à travailler bien avant

leur mise en place officielle. Dans le cas du groupe de travail sur « les déterminants et obstacles à l'atteinte d'une bonne couverture vaccinale », trois réunions ont été programmées à partir de la création officielle du groupe de travail et cinq réunions formelles ont été tenues. Mais le nombre réel de réunion était plus élevé. En dehors des drafts de projet de recommandation, seul un compte rendu de réunion de groupe de travail a été retrouvé.

Le groupe de travail sur les déterminants et obstacles à l'atteinte d'une bonne couverture vaccinale a fonctionné pendant 18 mois. Les travaux du groupe de travail sur la gestion des Manifestations Adverses Post- Immunisation (MAPI) étaient toujours en cours 13 mois après sa mise en place.

La moyenne estimative de la participation effective des membres désignés au groupe de travail était d'environ 40 %. Le Secrétaire Adjoint du CNEIV-CI participait à tous les travaux de groupe.

#### **d. Sources d'informations**

Le groupe de travail sur les déterminants et obstacles à l'atteinte d'une bonne couverture vaccinale a eu recours à des interviews avec des personnes ressources au niveau national et international. Il a consulté 25 documents dont huit ont été référencés dans le projet de recommandation qui a été adopté. Parmi les documents référencés trois étaient des études locales et les cinq autres, des études réalisées en dehors du pays.

## **11. Fonctionnement du CNEIV-CI dans son ensemble**

### **a. Saisine du CNEIV-CI**

Le processus et les modalités de saisine du CNEIV-CI n'ont pas été déterminés dans les textes organiques et règlementaires. Cette question n'était pas clairement explicitée dans les recommandations de l'OMS. Au CTV français le processus et les modalités de saisine étaient connus.

### **b. Plan annuel de travail**

Le plan annuel de travail du CNEIV-CI était élaboré chaque année au cours de la première session ordinaire à partir des thématiques proposées par les parties prenantes. Au cours des délibérations, les participants pouvaient également faire des propositions de thèmes. Depuis la création du CNEIV-CI, les thématiques inscrites au plan de travail ont été proposées uniquement par le comité lui-même. Le Ministère n'a fait aucune sollicitation du comité.

Cela n'était pas conforme aux recommandations de l'OMS qui estime qu'en dehors du comité, le Ministère de la Santé devrait être un des principaux demandeurs des avis du GTCV.

Dans la pratique du CTV français, les sollicitations provenaient aussi bien du comité (auto-saisines) que des autres acteurs (Ministère de la santé, autres ministères, industries, sociétés savantes).

Le

Tableau VIII présente un récapitulatif des thèmes inscrits au plan annuel de travail du CNEIV-CI des années 2010 à 2012.

**Tableau VIII:** tableau récapitulatif des thèmes inscrits au plan annuel de travail du CNEIV-CI de 2010 à 2012

Année	Thèmes retenus	Date 1ère réunion ordinaire	Observations
2010	1.Mode de fonctionnement du Comité	12 mars	les deux 1 <sup>ers</sup> avaient été programmés pour la 2ème session ordinaire
	2.Déterminants et obstacles à la demande de vaccination par les populations		
	3.Processus d'intégration des nouveaux vaccins (Pneumo, rotavirus, HPV)		
	4.Vaccination des cibles hors PEV		
2011	1.Mode de fonctionnement du Comité	30 juin	programmation tardive de la 1ère session ordinaire en raison de troubles sociopolitiques
	2.Déterminants et obstacles à la demande de vaccination par les populations		
2012	1.Gestion des fonds GAVI	23 février	Les deux derniers thèmes de l'année 2010 qui n'ont pas pu être traités jusqu'alors ont été reconduits
	2.Gestion des MAPI		
	3.Préparation introduction des vaccins anti-pneumococcique et rotavirus dans le PEV		
	4.Vaccination des cibles hors PEV		

Il y avait un report itératif de plusieurs thématiques de la première à la troisième année.

### c. Réunions du CNEIV-CI

Les textes règlementaires du CNEIV-CI prévoyaient une réunion ordinaire chaque trimestre au cours de l'année soit quatre réunions par an. Il existait également des possibilités de réunion extraordinaire. Cela était conforme aux recommandations de l'OMS.

Durant les deux premières années, le CNEIV-CI n'a effectué que deux réunions par an. En 2012, le nombre de réunion était à trois au mois de septembre soit deux réunions ordinaires et une réunion extraordinaire. L'OMS recommande au moins une réunion par an. En France depuis 2008, le nombre de sessions plénières est supérieure ou égal à neuf pour un nombre prévu de huit sessions ordinaires par an.

Comme en France, les réunions du CNEIV-CI ne sont pas ouvertes au public.

La moyenne de présence des membres du CNEIV-CI aux réunions sur l'ensemble des deux premières années de fonctionnement était de 74 % pour les membres principaux, 61 % pour les membres ex-



officio et 32 % pour les membres de liaison. Parmi les membres ex-officio, seul la DGS a le moins participé aux réunions du CNEIV-CI.

Les comptes rendus de réunions du CNEIV-CI étaient disponibles dans les deux semaines suivant les réunions.

Il existait une procédure de déclaration et de gestion des conflits d'intérêt avant la participation aux réunions du CNEIV-CI. Cela était conforme aux recommandations de l'OMS et identique à la pratique du CTV français.

## 12. Indicateurs de bonne pratique

**Tableau IX:** Etat du CNEIV-CI au regard des 6 critères de bonne pratique

<b>Indicateurs</b>	<b>conformité</b>
l'existence formelle de termes de référence	oui
l'existence d'un statut administratif légal	oui
la présence d'au moins cinq domaines d'expertise requis dans le groupe	oui
la tenue d'au moins une réunion par an depuis sa création	oui
la distribution de l'agenda de travail au membre du comité avant la tenue des réunions	oui
la déclaration de conflits d'intérêt.	oui

Les six critères de bon fonctionnement d'un GTCV étaient respectés.

## 13. Résultats obtenus par le CNEIV-CI

### a. Saisine du CNEIV-CI par le Ministère de la santé

Le CNEIV-CI n'avait fait l'objet d'aucune sollicitation officielle de la part du Ministère de la santé en 30 mois de fonctionnement. Or des occasions majeures de saisine telle que la possibilité d'introduction de nouveaux vaccins existaient. Il s'agissait des vaccins anti-pneumococque et anti-rotavirus qui étaient une préoccupation pour le Ministère de la santé.

### b. Recommandations élaborées par le CNEIV-CI

En 30 mois d'existence, le CNEIV-CI a émis deux recommandations sur cinq attendues. Le Tableau X présente la répartition de recommandations attendues par rapport aux recommandations émises. En France pour la seule année 2011, le CTV a émis 18 avis ou recommandations.

**Tableau XI** : tableau présentant le point des recommandations émises par rapport aux recommandations attendues

Recommandation attendue sur l'ensemble de la période de fonctionnement	Recommandation élaborée et transmis au Ministre en charge de la santé
Déterminants et obstacles à la demande de vaccination par les populations	<b>oui</b>
Processus d'intégration des nouveaux vaccins (Pneumo, rotavirus, HPV)	Non
Vaccination des cibles hors PEV	Non
Gestion des MAPI l'intégration des MAPI dans la politique de gratuité ciblée mise en place par le Ministère de la Santé	<b>oui</b>
Proposition de mesures nécessaires pour l'amélioration du système de gestion des MAPI	Non

Sur les deux recommandations émises, une a été prise en considération par le Ministère en charge de la Santé. Il s'agissait de l'intégration de la prise en charge des MAPI dans la politique de gratuité ciblée<sup>9</sup> mise en place par le Ministère.

<sup>9</sup> Politique mise en place en Côte d'Ivoire par le Ministère en charge de la santé pour assurer la gratuité de la césarienne et la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans.

## **Discussion**

Cette étude qualitative s'est interrogée sur la capacité structurelle et fonctionnelle du CNEIV-CI à assurer sa pérennité et son influence dans le processus de prise de décision en matière de vaccination.

De façon globale, l'établissement du CNEIV-CI est resté conforme aux recommandations de l'OMS, en dehors des adaptations portant sur la taille, le choix du secrétariat, le choix des membres principaux et la limitation du nombre de leur mandat. Il respectait les six critères de bon fonctionnement des GTCV nationaux. Cependant le financement des activités du CNEIV-CI dépendait des appuis extérieurs en dehors du remboursement des frais de transport liés aux sessions de travail du comité. De même, le secrétariat dépendait des appuis extérieurs en matière de moyen logistique et matériel de travail. Il n'arrivait pas à transmettre l'ensemble des documents de travail, aux membres du comité avant la tenue des sessions du comité. Ce dernier n'arrivait pas à achever son plan annuel de travail et procédait à un report itératif de certaines thématiques. Le délai d'élaboration des recommandations était très long avec un maximum de 18 mois. En 30 mois de fonctionnement, le CNEIV-CI n'a pas été saisi par le Ministère de la Santé. Toutes les saisines étaient des auto-saisines. Sur cinq recommandations attendues, le CNEIV-CI n'en a émis que deux dont une a été prise en considération par le Ministère en charge de la santé. Le CTV français et le CNEIV-CI avaient chacun effectué des adaptations par rapport aux recommandations de l'OMS mais obtenu des résultats différents.

### **1 Limites de l'étude**

La contrainte majeure à cette étude était l'insuffisance de critères consensuels pour l'évaluation des GTCV nationaux. Il existe des indicateurs de processus mais les indicateurs spécifiques de résultats qui pourraient permettre d'évaluer objectivement la performance des GTCV au regard des spécificités et des contextes dans lesquels ils évoluent sont rares (Duclos 2010). L'étude a de ce fait eu recours au guide de l'OMS pour l'établissement et le renforcement des GTCV existant ainsi qu'au cas du GTCV français. N'ayant pas réalisé d'observation directe sur les pratiques du CTV français, l'étude n'a pu tirer de conclusion par rapport à certaines observations sur le CNEIV-CI. Les contraintes de temps et de conflits d'agenda n'ont pas permis d'interviewer un grand nombre de personnes. Cependant l'étude s'est focalisée sur les acteurs clés du processus. Enfin le conflit postélectoral qu'a vécu le pays de décembre 2010 à avril 2011 pourrait constituer un biais dans l'appréciation des performances du CNEIV-CI. En dépit de ces limites l'étude a eu le mérite de relever des insuffisances qui pourraient constituer des obstacles à la pérennité et à l'influence du CNEIV-CI.

## **2 Désignation du secrétariat et recrutement des membres principaux du CNEIV-CI : des adaptations problématiques**

Les pays désireux de mettre en place un GTCV devraient prendre en compte leurs besoins spécifiques et ressources nécessaires en se servant des modèles ayant prouvé leur efficacité pour lui assurer la crédibilité, la transparence, la stabilité et l'indépendance nécessaire (Bryson, Duclos, Jolly, et Bryson 2010). C'est pour répondre à cette nécessité que l'OMS a élaboré un guide pour l'établissement et le renforcement des GTCV. Cette étude confirme les observations de Blau selon laquelle la création du CNEIV-CI a suivi les recommandations de l'OMS avec quelques adaptations (Blau et al. 2012). Si l'augmentation du nombre d'experts à 17 et la non-limitation du renouvellement de leur mandat ne semblent pas être un problème pour le CNEIV-CI, le choix du secrétariat et le processus de recrutement des membres principaux peuvent avoir une influence sur son fonctionnement et sa crédibilité.

### **Sélection des membres principaux**

La sélection des membres principaux du CNEIV-CI n'a pas fait l'objet d'appel à candidature. Il s'agissait des tout premiers membres du CNEIV-CI et il y avait nécessité de disposer d'une équipe engagée et déjà sensibilisée à la question du GTCV. En France comme au Royaume Uni, l'appel à candidature est systématique pour la sélection des membres principaux (Floret et Deutsch 2010, Hall 2010). Cependant l'étude n'a pas retrouvé d'information sur leur toute première expérience comme c'est le cas en Côte d'Ivoire. L'enjeu aujourd'hui est de faire en sorte que, pour toute vacance de poste concernant les membres principaux au niveau du CNEIV-CI, l'on puisse faire appel à candidature. L'un des atouts du GTCV de Côte d'Ivoire est la diversité et la disponibilité des expertises locales (Blau et al. 2012). L'appel à candidature pour la sélection des membres principaux permet de renforcer l'indépendance et la crédibilité du GTCV (Duclos 2010). En le faisant, il favorise l'influence du GTCV sur le processus de prise de décision.

### **Désignation du secrétariat du CNEIV-CI**

Concernant le secrétariat du GTCV, l'OMS recommande qu'il soit assuré par le programme national de vaccination. En Côte d'Ivoire, la gestion du programme de vaccination est principalement assurée par la Direction de Coordination du PEV qui bénéficie de l'appui de l'INHP<sup>10</sup> en matière d'approvisionnement, de stockage et de distribution des vaccins mais aussi de la vaccination des cibles hors PEV. Or c'est l'INHP qui a été choisi pour abriter le secrétariat du CNEIV-CI. Ce choix repose certainement sur l'engagement personnel et le leadership du sous directeur de la vaccinologie de l'INHP dans le processus de création du GTCV de Côte d'Ivoire (Blau et al. 2012). Ce seul engagement ne pourrait suffire pour garantir le plein soutien de l'INHP au CNEIV-CI. En effet, il existe en Côte d'Ivoire, une instabilité des personnes au niveau des établissements publics. Un éventuel départ de cette personnalité pourrait diminuer l'intérêt accordé au secrétariat du CNEIV-CI par l'INHP. L'étude relève

---

<sup>10</sup> Institut National d'Hygiène Publique

qu'en dépit de son rattachement à l'INHP, la contribution de ce dernier au budget de fonctionnement du CNEIV-CI était faible. Cela pose le problème de l'intérêt que cette structure accorde à ce comité, en dehors de la sous-direction de la vaccinologie.

En France le secrétariat est assuré par la Direction Générale de la Santé dans le cadre du secrétariat Général du HCSP<sup>11</sup> (Floret et Deutsch 2010). Le CTV français fait partie intégrante du HCSP qui est l'instance d'expertise indépendante placée auprès du ministre chargé de la santé. Une telle structure n'existe pas en Côte d'Ivoire.

Dans les pays comme le Royaume Uni, le Canada et les Etats Unis qui sont cités comme les meilleurs exemples en matière de GTCV, le secrétariat est toujours en rapport direct avec le programme national de vaccination (Hall 2010, Burns et al. 2009, Ismail et al. 2010). C'est également le cas pour la Chine, le Sri Lanka et la Thaïlande (Muangchana, Thamapornpilas, and Karnkawinpong 2010, Zheng et al. 2010, Wijesinghe, Palihawadana, et Peiris 2010). Schoub (2010) considère que le meilleur moyen pour le comité d'être bien informé des réalités du programme de vaccination est d'avoir son secrétariat en lien étroit avec le programme national de vaccination. Il est important pour le programme national de vaccination de se sentir concerné par le GTCV et de pouvoir s'en servir comme outil pour l'amélioration de la lutte contre les maladies à prévention vaccinale.

### **3 Le financement du CNEIV-CI : un frein à la pérennité ?**

La clarification des sources de financement et l'appui au fonctionnement du secrétariat sont importants dès la création du GTCV pour son fonctionnement adéquat (Duclos 2010). Cela constitue également un facteur important pour la pérennisation du GTCV. Dans le cadre du CNEIV-CI, cet aspect a été confié à l'INHP qui assure le secrétariat général. Les textes du CNEIV-CI prévoient également la possibilité d'un appui extérieur. Aussi l'AMP apporte-t-il un appui direct au secrétariat dans le cadre d'une convention pluriannuelle qui devrait prendre fin en 2013. Cet appui constituait au moment de l'enquête le plus grand soutien au comité. Cet état de fait ne milite pas en faveur de sa pérennisation. En France, le CTV est financé sur le budget de la direction générale de la santé qui assure son secrétariat. Il en est ainsi dans d'autres pays comme l'Afrique du Sud et le Honduras (Schoub, Ngcobo, et Madhi 2010, Molina-Aguilera et al. 2010). Les membres des GTCV ne sont pas payés pour leur statut de membre. Toutefois ils reçoivent comme en Côte d'Ivoire des compensations pour les frais de transport. En plus de ces compensations d'autres pays comme l'Afrique du Sud, la Suisse, le Royaume Uni payent des indemnités de présence (Schoub, Ngcobo, et Madhi 2010, Spicher 2010, Hall 2010). En France il est prévu en plus, une indemnisation des membres principaux pour les pertes de revenus liées aux activités du GTCV (HCSP 2012).

L'INHP, en inscrivant le remboursement des frais de transport dans son budget 2012, a fait un pas dans l'autonomisation du CNEIV-CI. Cependant beaucoup d'efforts restent à faire concernant l'environnement de travail du CNEIV-CI. Le secrétariat n'avait pas d'autonomie en matière de

---

<sup>11</sup> Haut Conseil de Santé Publique

fournitures de bureau, de reprographie, de communication et de transmission des courriers physiques. Le financement des études du CNEIV-CI, jusqu'alors pris en charge par l'AMP, reste une difficulté majeure et un défi pour le CNEIV-CI. Cette difficulté est rencontrée dans bien d'autres comités tels que le CTV français et le GTCV de Suisse (Spicher 2010, Floret et Deutsch 2010). Le GTCV tire une partie de sa crédibilité de la qualité des études menées et de la pertinence des recommandations issues de celles-ci. Il est important pour le CNEIV-CI de disposer de moyens financiers et logistiques nécessaires pour son bon fonctionnement et sa pérennité. Cette dernière implique qu'en dehors des financements extérieurs, le CNEIV-CI puisse démontrer sa capacité d'autofinancement à travers un appui significatif de l'INHP au secrétariat.

#### **4 Le secrétariat du CNEIV-CI : un fonctionnement contrarié par l'insuffisance des ressources**

Le travail préparatoire du secrétariat est important pour l'organisation des réunions du GTCV. Au-delà de ce travail, le secrétariat assure l'organisation administrative du comité. Ce fonctionnement est limité par l'insuffisance des ressources mises à disposition. En effet, il a été constaté des retards dans la transmission des documents de travail aux membres du CNEIV-CI pour la préparation des réunions du comité. Si ces retards sont en partie liés à un retard à la finalisation de certains de ces documents, ils restent fortement influencés par des problèmes logistiques. Le secrétariat se limite au secrétaire général et à son adjoint. Il n'y a pas de personnel de soutien et il ne bénéficie pas de celui de l'INHP. En France, le CTV bénéficie en plus du secrétariat technique, d'un secrétariat administratif et du personnel de soutien de la DGS (HCSP 2012). Au Canada, en dehors du secrétaire exécutif, le secrétariat comporte deux « project managers » et un infirmier épidémiologiste (Ismail et al. 2010). Il est indispensable pour les membres du comité de disposer de l'ensemble des documents de travail dans un délai raisonnable avant les réunions. En son état actuel, il sera difficile au secrétariat de faire face à la charge croissante de travail sans un personnel de soutien propre ou sans bénéficier de l'appui du personnel de soutien de l'INHP.

#### **5 Le CNEIV-CI : quels résultats pour quelle influence ?**

##### **Des résultats insuffisants**

La mission principale d'un GTCV est de conseiller le gouvernement sur les vaccins et la politique de vaccination (Senouci et al. 2011) à travers les recommandations et avis émis. La performance intrinsèque du GTCV pourrait être mesurée en partie sur le nombre de recommandations émises par rapport aux sollicitations. En 30 mois de fonctionnement, le CNEIV-CI a émis deux recommandations sur cinq attendues par rapport aux thématiques inscrites aux plans annuels de travail. Cela peut être acceptable pour un GTCV récent, en l'absence d'élément de comparaison externe approprié. En

France, pour la seule année 2011, le CTV a émis 18 avis (HCSP 2012). Ce résultat traduit les difficultés internes de fonctionnement du CNEIV-CI qui n'arrive à animer qu'un groupe de travail par an. Le premier groupe de travail sur les déterminants et obstacles à la demande de vaccination par les populations a travaillé 18 mois durant. Le second groupe de travail sur les MAPI était toujours en cours 13 mois après sa mise en place. Il a cependant émis une première recommandation sur l'intégration de la prise en charge des MAPI dans la politique de gratuité ciblé en cours dans le pays. L'atteinte des objectifs annuels du CNEIV-CI dépend de la capacité des groupes de travail à achever les études entamées dans un délai raisonnable. Depuis sa création, le comité n'a jamais pu exécuter dans son entièreté son plan annuel de travail. Certaines thématiques prévues pour être traitées à la première année sont encore inscrites dans le plan annuel de travail de la troisième année. Si le pays en général et le comité en particulier ne manquent pas d'expertise (Blau et al. 2012), le problème demeure au niveau des moyens mis à disposition mais aussi de l'engagement personnel des membres du groupe de travail. La moyenne de présence de ses membres aux séances de travail était de 40 %. Floret, Gessner et Spicher ont également signalé les difficultés liées au financement des études au niveau de certains GTCV (Gessner et al. 2010, Floret and Deutsch 2010, Spicher 2010). Cette situation ne favorise pas son influence sur la politique de vaccination. Le GTCV joue sa crédibilité sur sa capacité à répondre aux sollicitations dans un délai raisonnable pour assurer effectivement son rôle de conseiller technique au près du Ministre de la Santé.

### **Un GTCV non consulté**

Il est important que le GTCV soit consulté sur les décisions majeures en matière de vaccination et que ses recommandations soient prises en considération par le Ministre de la Santé. En 30 mois de fonctionnement toutes les saisines du CNEIV-CI n'ont été que des auto-saisines. Certes le processus et les modalités de saisines n'ont pas été clairement déterminés dans les termes de référence du comité mais les situations de saisine ne manquent pas. Dans le plan pluriannuel complet du PEV couvrant la période 2011-2015, le pays entrevoit l'introduction de nouveaux vaccins, notamment contre les infections à pneumocoque et les diarrhées à rotavirus. Le CNEIV-CI s'est autosaisi de la question. Cependant il aurait été idéal pour une question aussi importante que l'introduction d'un nouveau vaccin dans le PEV, que le comité soit saisi directement par le Ministère de la santé au plus haut niveau. De plus le Ministère a réalisé en juin 2012 l'évaluation post-introduction du vaccin anti-Hémophilus b dans la vaccination de routine dans l'optique de préparer la soumission à GAVI, pour l'introduction des nouveaux vaccins suscités. Cela porte à croire que le Ministère de la santé prépare l'introduction de ces vaccins sans tenir compte du CNEIV-CI. En France, les saisines sont dominées par celles venant de la direction générale de la santé qui agit pour le Ministère de la Santé (HCSP 2012). L'idée de la création du CNEIV-CI est partie de la demande du Ministre de la Santé, d'évaluer l'impact des journées de vaccination supplémentaire sur la vaccination de routine (Blau et al. 2012). Pourquoi n'est-il pas consulté aujourd'hui sur les questions majeures en matière de vaccination ? La réponse se trouve certainement dans les changements survenus à la tête du ministère mais aussi dans les performances du CNEIV-CI lui-même.

## **Des signes encourageants**

Malgré ce constat, le Ministère de la santé est resté partiellement attentif aux recommandations formulées par le CNEIV-CI. Sur les deux recommandations formulées depuis son existence, celle portant sur l'intégration de la prise en charge des MAPI dans la politique de gratuité ciblée, a été prise en considération. La proportion de recommandations prise en considération par le Ministère en charge de la santé est un critère majeur d'efficacité du GTCV. Il revient au CNEIV-CI d'asseoir son influence sur le processus de prise de décision par la qualité de ses recommandations et amener le Ministère de la Santé à être demandeur.

En tenant compte des indicateurs élaborés par l'OMS pour l'évaluation des GTCV (Duclos 2010), l'étude montre que le CNEIV-CI respecte les six critères définis comme critère de bon fonctionnement d'un GTCV. Bryson et collaborateurs ont rapporté que seulement 23 pays sur 89 respectaient à la fois tous ces six critères (Bryson, Duclos, Jolly, et Cakmak 2010). Ils affirment cependant que satisfaire à l'ensemble de ces critères n'était pas nécessairement signe d'un fonctionnement efficace du GTCV. C'est ce que semble confirmer la présente étude. Pour eux, ces critères ont le mérite d'être le minimum requis pour un fonctionnement idéal du GTCV. Il est nécessaire que le CNEIV-CI s'appuie sur cet acquis pour améliorer son fonctionnement et sa crédibilité vis-à-vis des différents acteurs de la vaccination.



## Conclusion

Cette étude évaluative du CNEIV-CI s'inscrivait dans le cadre de l'usage de l'information factuelle pour l'amélioration de la couverture vaccinale. Elle s'est interrogée sur la capacité structurelle et fonctionnelle de ce dernier à assurer sa pérennité et son influence dans le processus de prise de décision en matière de vaccins et de vaccination.

Les résultats obtenus ont permis de relever des acquis et des insuffisances dans la structure et dans le fonctionnement du CNEIV-CI. Sa quasi-dépendance financière, matérielle et logistique des appuis extérieurs ne milite pas en faveur de sa pérennisation. Son incapacité à boucler son plan annuel de travail et à répondre avec célérité aux auto-saisines reste préoccupante. Par ailleurs, le manque de sollicitation par le Ministère de la Santé est perçu comme un manque d'intérêt.

Ils permettent d'affirmer qu'il y a des raisons de s'inquiéter de la pérennité du GTCV de Côte d'Ivoire et de son influence sur la politique de vaccination.

La reconduction de l'appui de l'AMP qui arrive à son terme pourrait aider à consolider ce récent GTCV en lui permettant d'accroître ses acquis, et d'asseoir les bases de sa pérennisation. Mais au delà de l'AMP, il se pose le problème du rôle des organisations sous régionales dans la création et le renforcement des GTCV nationaux.

Les résultats de cette étude sont importants parce qu'ils mettent en évidence des difficultés d'ordre pratique auxquelles peut être confronté un GTCV, même conforme aux recommandations de l'OMS au moment de sa mise en place. Cela implique une évaluation périodique des GTCV existant afin de procéder à des réajustements nécessaires à leur bon fonctionnement. Ils pourront servir de leçons apprises pour l'établissement et le renforcement des GTCV dans d'autres pays.

## Références

- Awaidy, Salah Al. 2010. "The National Committee for Vaccines Regulation and Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases in the Sultanate of Oman : Evidence-based approach and consensus decision-making." *Vaccine* no. 28S:A39-A41.
- Blau, Julia, Papa Coumba Faye, Kamel Senouci, Simplicie Ncho Dagnan, Alfred Douba, Jeanine Tagliante Saracino, and Bradford D. Gessner. 2012. "Establishment of a National Immunization Technical Advisory Group in Côte d'Ivoire: Process and lessons learned." *Vaccine* no. 30:2588– 2593.
- Bryson, Maggie, Philippe Duclos, Ann Jolly, and Jessica Bryson. 2010. "A systematic review of national immunization policy making processes." *Vaccine* no. 28S:A6-A12.
- Bryson, Maggie, Philippe Duclos, Ann Jolly, and Niyazi Cakmak. 2010. "A global look at national Immunization Technical Advisory Groups." *Vaccine* no. 28S:A13-A17.
- Burns, Julianne E, Rachel C Mitrovich, Barbara Jauregui, Cuauhtemoc Ruiz-Matus, and Jon K Andrus. 2009. "Descriptive analysis of immunization policy decision making in the Americas." *Rev Panam Salud Publica* no. 26 (5):398-404.
- Duclos, Philippe. 2010. "National Immunization Technical Advisory Groups (NITAGs) : Guidance for their establishment and strengthening." *Vaccine* no. 28S:A18-A25.
- Floret, Daniel, and Paule Deutsch. 2010. "The French Technical Vaccination Committee (CTV)." *Vaccine* no. 28S:A42-A47.
- Gessner, Bradford D, Philippe Duclos, Denise DeRoeck, and E Anthony S Nelson. 2010. "Informing decision makers : Experience and process of 15 National Immunization Technical Advisory Groups." *Vaccine* no. 28S:A1-A5.
- Hall, Andrew J. 2010. "The United Kingdom Joint Committee on Vaccination and Immunisation." *Vaccine* no. 28S:A54-57.
- HCSP. 2012. "Haut Conseil de la Santé Publique : rapport d'activité 2011." In. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique de la France. <http://www.hcsp.fr/docspdf/docext/dra2011.pdf> (accessed octobre 2012).
- Ismail, Shainoor J, Joanne M Langley, Tara M Harris, Bryna F Warshawsky, Shalini Desai, and Mahnaz FarhangMehr. 2010. "Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI) : Evidence-based decision-making on vaccines and immunization." *Vaccine* no. 28S:A58-A63.
- Larousse. 2012. "Definition: vaccination." In *Dictionnaire Français* ed Editions Larousse. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vaccination> (accessed 20 novembre 2012).
- Molina-Aguilera, Ida Berenice, Lourdes Otilia Mendoza-Rodriguez, Maria Aparicia Palma-Rios, and Renato Valenzuela-Castillo. 2010. "An overview of the National Consultative Council of Immunization in Honduras." *Vaccine* no. 28S:A64-A67.
- Moulin, Anne Marie. 1996. *L'aventure de la vaccination*. Paris: Fayard.498 p.
- Muangchana, Charung, Piyanit Thamapornpilas, and Opart Karnkawinpong. 2010. "Immunization policy development in Thailand : The role of the Advisory Committee on Immunization Practice." *Vaccine* no. 28S:A104-A109.
- OMS. 2005. "Introduction d'un vaccin dans un programme national de vaccination : décision et mise en oeuvre." In. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF07/857.pdf> (accessed novembre 2012).

- OMS. 2012. *initiative mondiale pour l'eradication de la poliomyelite* Organisation Mondiale de la Santé 2012 [cited 30 novembre 2012]. Available from <http://www.polioeradication.org>.
- OMS, et UNICEF. 2005. "GIVS La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015." In. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. <http://www.who.int/immunization/givs/fr/index.html> (accessed septembre 2012).
- OMS, UNICEF, et Banque Mondiale. 2010. "Vaccins et vaccination : la situation dans le monde." In. Genève Organisation Mondiale de la Santé. [http://www.who.int/publications/list/immunization\\_sowvi/fr/index.html](http://www.who.int/publications/list/immunization_sowvi/fr/index.html) (accessed juin 2012).
- Ray, G Thomas, Cynthia G Whitney, Bruce H Fireman, Vincent Ciuryla, and Steven B Black. 2006. "Cost-Effectiveness of Pneumococcal Conjugate Vaccine : Evidence From the First 5 Years of Use in the United States Incorporating Herd Effects." *Pediatr Infect Dis J* no. 25:494–501.
- Saliou, P, Julia Blau, and Kamel Senouci. 2012. "Du Programme élargi de vaccination (PEV) aux Programmes nationaux de vaccination (PNV) : intérêt des groupes techniques consultatifs pour la vaccination (GTCV)." *Bull. Soc. Pathol. Exot.* no. 105:311-314.
- Santoni, F. 2001. "Le Programme Elargie de Vaccination: 25 ans demain." *Med. Trop.* no. 61:177-186.
- Schoub, Barry D, Ntombenhle J Ngcobo, and Shabir Madhi. 2010. "The National Advisory Group on Immunization (NAGI) of the Republic of South Africa." *Vaccine* no. 28S:A31-A34.
- Senouci, Kamel, Julia Blau, Batmunkh Nyambat, Papa Coumba Faye, Lara Gautier, Alfred Da-Silva, Micchael O. Favorov, John D. Clemens, Philippe Stoeckel, and Brad D. Gessner. 2010. "The Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees (SIVAC) Initiative: A country-driven, multi-partner program to support evidence-based decision making." *Vaccine* no. 28S:A26-A30.
- Senouci, Kamel, Papa Coumba Faye, Julia Blau, Alfred Da-Silva, and Bradford Gessner. 2011. "Mise en place de groupes techniques nationaux consultatifs pour la vaccination : une appropriation du choix et de la décision des priorités par les états." *Med. Trop.* no. 71:363-366.
- SIVAC-Initiative. *Groupe technique consultatif pour la vaccination* 2012 [cited novembre 2012]. Available from <http://www.sivacinitiative.org/fr/content/gtcv>.
- Smith, Jean Clare. 2010. "The structure, role, and procedures of the U.S. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)." *Vaccine* no. 28S:A68-A75.
- Spicher, Virginie Masserey. 2010. "The Federal Vaccination Commission in Switzerland : An officially appointed independent commission ensuring evidence-based recommendations and transparent procedures." *Vaccine* no. 28S:A48-A53.
- WHO/ROA. 2012. *Atlas of African Health Statistic 2012-Heath situation analysis of the African Region*. Brazzaville: Word Health Organization, Regional Office for Africa.
- Wijesinghe, Pushpa Ranjan, Paba Palihawadana, and Thelge Sudath Rohana Peiris. 2010. "Participatory decision-making through the Advisory Committee on Communicable Diseases: The Sri Lankan experience." *Vaccine* no. 28S:A96-A103.
- Zheng, Jingshan, Yuqing Zhou, Huaqing Wang, and Xiaofeng Liang. 2010. "The role of the China Experts Advisory Committee on Immunization Program." *Vaccine* no. 28S:A84-A87.

## Liste des illustrations

Figure 1 : Récapitulatif des vaccins et des technologies d'aujourd'hui et de demain .....	8
Figure 2 : localisation géographique de la Côte d'Ivoire (OMS, 2012) .....	13
Figure 3 : schéma conceptuel de l'étude.....	14

## Liste des tableaux

Tableau I: calendrier du PEV en vigueur en Côte d'Ivoire en 2012.....	12
Tableau II : tableau comparatif des membres associés du CNEIV-CI et du CTV français.....	18
Tableau III: tableau comparatif des domaines d'expertise des membres principaux du CNEIV-CI par rapport aux recommandations de l'OMS .....	19
Tableau IV : domaine d'expertise des membres du CNEIV-CI comparé au CTV français.....	20
Tableau V : tableau comparatif des lignes de dépenses au niveau du CNEIV-CI et du CTV.....	22
Tableau VI: tableau récapitulatif des conditions de travail du secrétariat du CNEIV-CI .....	23
Tableau VII: tableau présentant les modalités de gestion et de sécurisation des archives du CNEIV-CI .....	24
Tableau VIII: tableau récapitulatif des thèmes inscrits au plan annuel de travail du CNEIV-CI de 2010 à 2012 .....	26
Tableau IX: Etat du CNEIV-CI au regard des 6 critères de bonne pratique .....	27
Tableau X: tableau présentant le point des recommandations émises par rapport aux recommandations attendues .....	28

## Annexes

### Annexe 1 : Grille de lecture/revue documentaire

Informations recherchées		Eléments d'informations retrouvées
1. Statut légal	Nature de l'acte portant création du CNEIV-CI	
2. Domaine de compétence		
3. Composition	Membre principaux	
	Membre ex-officio	
	Membre de liaison	
4. Domaine d'expertise		
5. Taille du CNEIV-CI	Nombre par catégorie de membre	
6. Mode de désignation des membres		
7. Mode de renouvellement		
8. Choix de la structure abritant le secrétariat		
9. Modalité de financement du CNEIV-CI		
10. Information relative au secrétariat	Modalité de soutien au secrétariat	
	Environnement de travail du secrétariat	
	Ressources humaine au niveau du secrétariat	
11. Informations relatives aux groupes de travail	TDR	
	Composition	
	Méthode et modalité de travail	
	Rapport avec le secrétariat	
12. Information relative au fonctionnement du CNEIV-CI	Saisine	
	Plan annuel de travail	
	Réunions du CNEIV-CI	
	Rapport avec le MS	
13. Informations relatives aux recommandations élaborées		
14. Difficultés rencontrés	Secrétariat	
	Groupes de travail	
	CNEIV-CI	