

UNION DES COMORES
Unité – Solidarité – Développement

Ministère de la Santé, de la Solidarité,
de la Protection Sociale et de la
Promotion du Genre

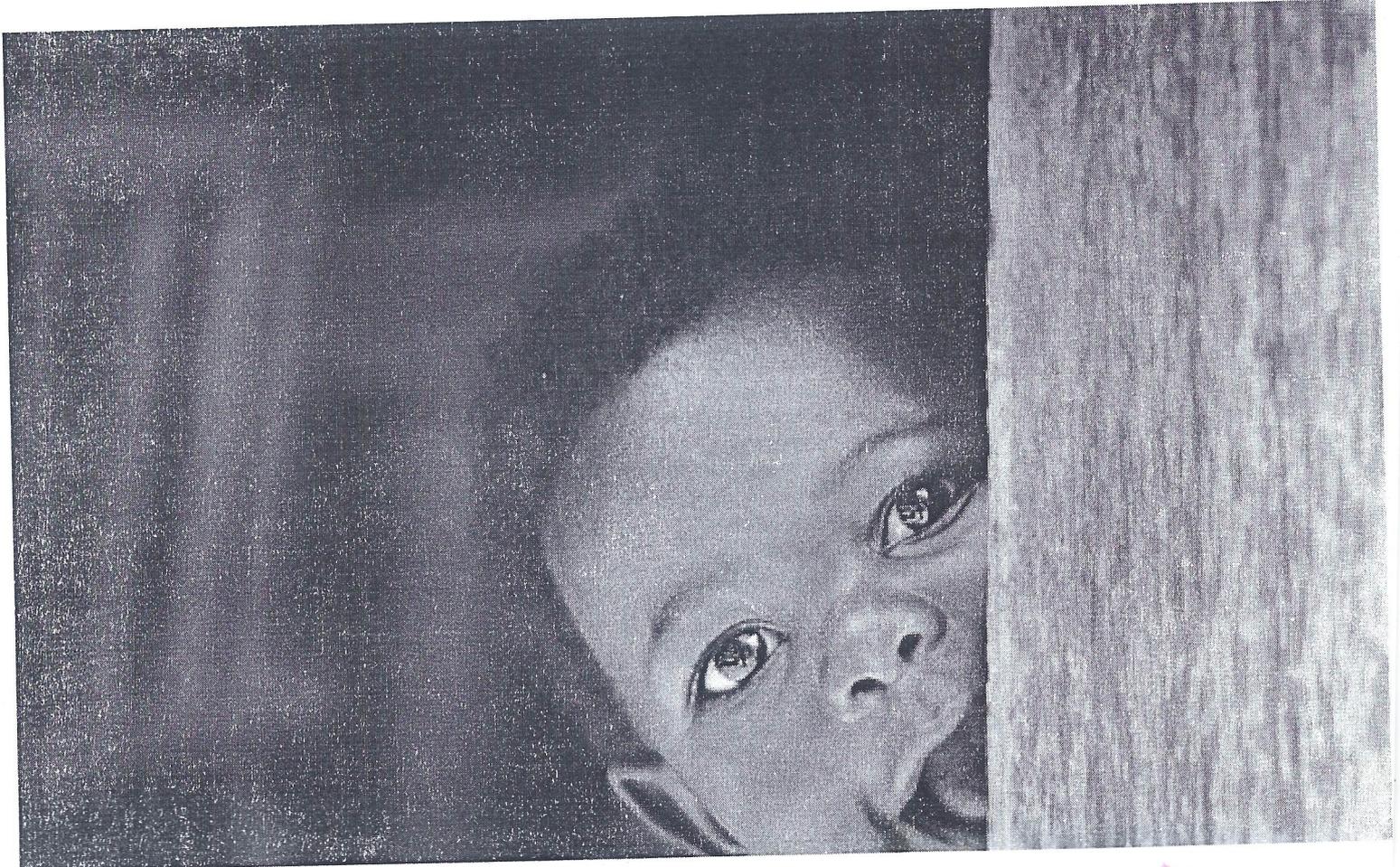


جمهورية القمر المتحدة
وحدة - تضامن - تنمية

وزارة الصحة والتضامن و التماسك الاجتماعي
ومشاركة المرأة

UNION DES COMORES

ARGUMENTAIRE POUR LA THEORIE DU CHANGEMENT, EN VUE D'UNE DEMANDE DE SOUTIEN DE GAVI



1. Analyse de situation : principales conclusions

1.1. Situation actuelle de votre système de vaccination

Alors que les Comores se remettaient du cyclone Kenneth en 2019, la pandémie de la COVID-19 en 2020 a entraîné de nouveaux effets économiques négatifs, notamment sur le tourisme. Le pays a appliqué une stratégie de non-confinement pour lutter contre la pandémie et n'a pas instauré de restrictions totales de la libre circulation, néanmoins les effets de la COVID-19 ont restreint les activités économiques. Le PIB réel a diminué, passant à -0.9% en 2020, par rapport à une croissance de 2% en 2019, en raison de la réduction des recettes du tourisme et de la baisse des exportations de cultures commerciales¹. De plus, les restrictions sur les voyages internationaux en 2020 ont fortement affecté le secteur des services qui représente plus de 50% du PIB².

La Covid n'a pas épargné le système de santé. En effet, cette crise a eu un impact notable sur les performances du système de santé en général et de la vaccination en particulier. Dans un contexte marqué par la crainte de la contamination, la mobilisation des agents de santé et des communautés pour la riposte et l'apparition de rumeurs persistantes liées notamment aux vaccins contre la Covid 19, les services de santé des Comores ont enregistré une baisse moyenne de 50% de leur fréquentation et les couvertures vaccinales ont baissé de façon notable dans plusieurs districts. Plusieurs milliers d'enfants n'ont pas pu recevoir leurs différentes doses de vaccins et un nombre important n'a reçu aucune dose du vaccin Pentavalent. Cette situation pourrait entraîner une résurgence de maladies évitables par la vaccination, exacerber les inégalités existantes et mettre à risque les communautés les plus marginalisées et les plus pauvres. Les Comores ont bénéficié très tôt, au début de la crise d'une flexibilité, accordée par GAVI, pour reprogrammer les fonds du soutien pour le RSS afin d'en réaffecter une partie à la préparation et à la riposte contre la Covid-19 y compris sur la composante de maintien et de continuité des services de vaccination durant la crise.

Par ailleurs, l'Union des Comores s'urbanise rapidement, avec environ 30% de la population nationale résidant dans des zones urbaines³. S'il est vrai que le taux d'urbanisation est faible, (les deux tiers de la population vivent en milieu rural), la croissance urbaine progresse cependant au rythme de 6,5 % par an. La population est jeune, 56 % des habitants ont moins de 20 ans, avec un taux de croissance démographique de 2,80 %, un des plus élevés d'Afrique. Toutes les projections montrent que l'urbanisation va s'accélérer, avec à l'horizon 2050 un taux d'urbanisation de 41 %⁴.

Ngazidja et Mwali sont les régions les plus urbanisées des Comores, ce qui indique un déplacement progressif des zones rurales vers les zones urbaines du pays. Malgré l'urbanisation croissante, il existe des inégalités à l'échelle du pays en matière de couverture vaccinale complète entre les personnes les plus riches (76 %) et les plus pauvres (40 %) dans la population rurale et urbaine de l'union des Comores. Selon les estimations de la Banque mondiale, plus 70%⁵ de la population urbaine vit dans les bidonvilles et les zones mal desservies

¹ African Economic Outlook 2021 | African Development Bank - Building today, a better Africa tomorrow

² <https://www.afdb.org/en/documents/african-economic-outlook-2021>

³ Données Banque mondiale

⁴ World Urbanisation Prospects : the 2018 Révision

⁵ Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2012



principalement situées dans la capitale, qui abritent le plus grand nombre d'enfants non vaccinés, avec des inégalités entre les pauvres et les riches des villes.

Située dans l'île principale (Ngazidja), Moroni compte plus de 54 mille habitants, ce qui en fait la plus grande ville de l'Union des Comores. Des personnes originaires de différentes régions du pays, migrent vers Moroni en quête d'opportunités économiques, éducatives et politiques.

Environ quatre Comoriens sur dix vivent en-dessous du seuil de pauvreté national et près d'un quart de la population se trouve dans une situation d'extrême pauvreté. En 2014, 42,4% de la population (soit environ 316 000 personnes) vivaient en-dessous du seuil de pauvreté. Environ 23,5% de la population vit dans l'extrême pauvreté et est donc dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins nutritionnels minimaux de 2 200 kilocalories (kcal) par personne et par jour. Toutefois, en utilisant le seuil international de pauvreté de 1,9 \$ US par habitant et par jour (au taux de change en parité du pouvoir d'achat, PPA, de 2011), seuls deux Comoriens sur dix seraient considérés comme pauvres, un taux qui place les Comores devant les autres pays à faible revenu et les autres pays d'Afrique subsaharienne avec 30 points de pourcentage d'avance⁶. Cependant, l'Union des Comores enregistre un taux de pauvreté nettement plus élevé que certaines des nations insulaires les plus riches de la région, telles que l'île Maurice ou les Seychelles.

La pauvreté est inégalement répartie sur le territoire, celle-ci étant plus répandue dans les zones rurales et en dehors de l'île de Ngazidja. Environ 70% des personnes pauvres vivent dans des zones rurales au sein desquelles l'incidence de la pauvreté est estimée à 49,9%, contrairement à 31% dans les zones urbaines. La pauvreté est également moins répandue à Ngazidja (Grande Comores), en particulier dans la capitale Moroni où le taux de pauvreté est estimé à 36,5%, comparé à des niveaux de pauvreté dépassant les 45% à Ndzouani et à Mwali⁷.

1.2. Analyse des causes premières pour atteindre les communautés zéro-dose, sous-vaccinées et manquées

Des performances vaccinales satisfaisantes selon les données Wuenic mais en dessous des objectifs selon les données administratives

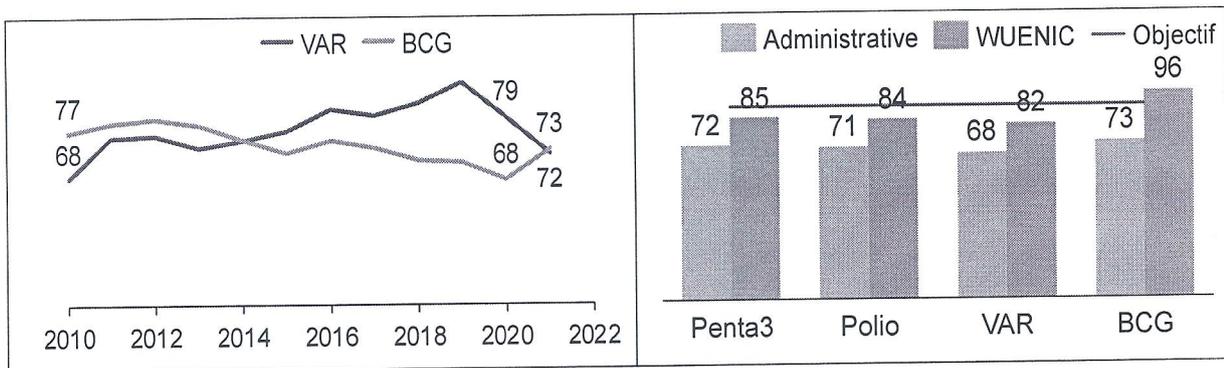
Selon les données nationales, les taux de couverture vaccinale restent en deçà des objectifs du pays et en baisse comparé aux dernières années entraînant une résurgence des Maladies Évitablement par la Vaccination (MEV).

Évolution du taux de couverture vaccinale en
2021 (Données administratives)

Taux de couverture vaccinale en 2021

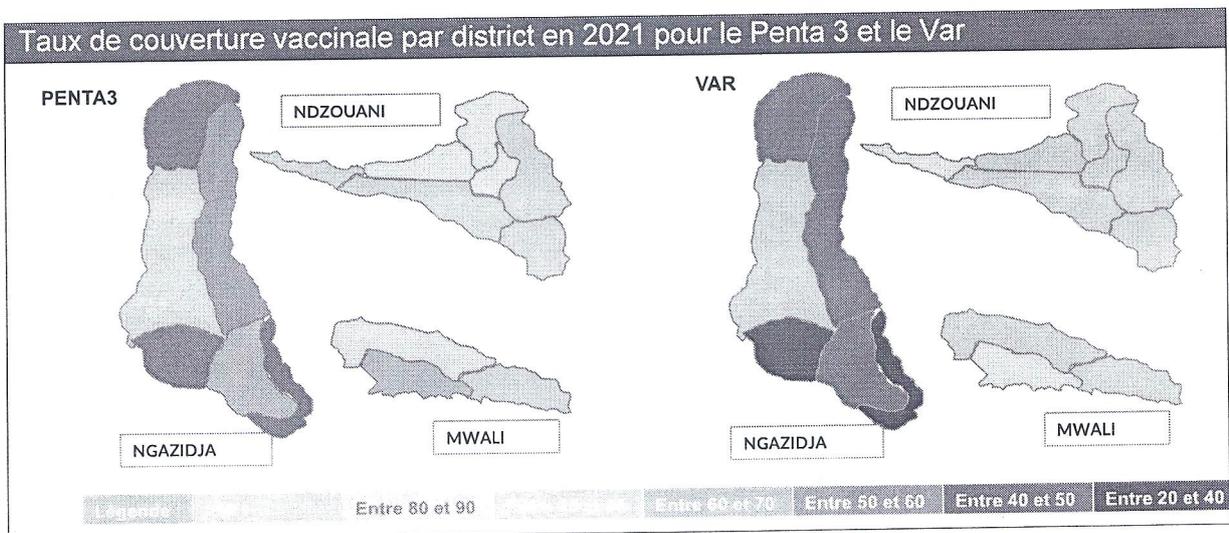
⁶ United Nations Development Programme (2021). Human Development Report 2020.

⁷ United Nations Development Programme (2021). Human Development Report 2020.



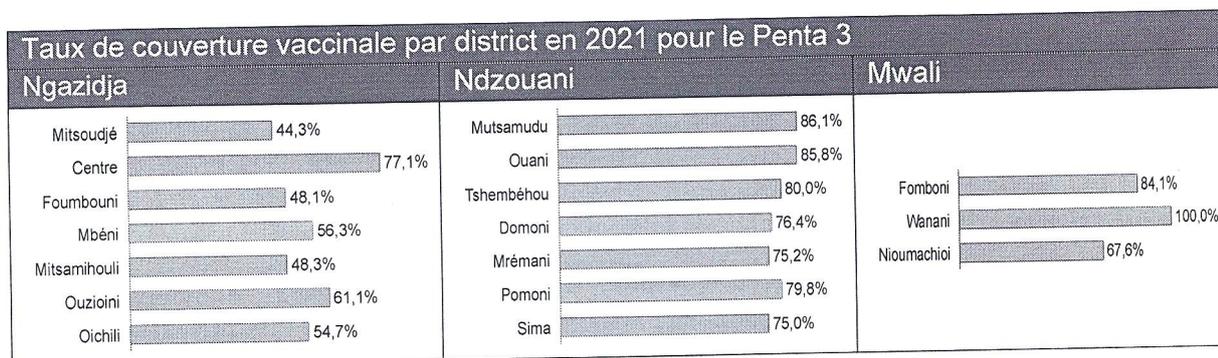
A titre d'exemple, les données administratives estiment que le taux de couverture du VAR est passé de 85% en 2008 à 73% en 2018, avec pour conséquence une résurgence des cas de rougeole avec une épidémie déclarée dans l'île de Ngazidja en 2019. Cette épidémie de rougeole avait été confirmée chez plus de 65 enfants sur les 221 cas notifiés. Quant à la rubéole, les études ont révélé que c'est une affection fréquente dans le pays : sur 749 cas suspects, 110 cas avaient été testés positifs de 2008 à 2019 avec des pics épidémiques allant croissants : 29 cas en 2008, 36 cas en 2014 et 45 cas en 2019⁸. En revanche selon les données Wuenic, il y a une évolution des indicateurs vers les cibles qui ont été fixées dans le Plan Pluriannuel Complet du PEV 2017-2021 à savoir atteindre d'ici 2021 une couverture vaccinale d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans chaque région et dans chaque district pour tous les antigènes. Bien que ces résultats évoluent dans le sens des objectifs fixés dans le PPAC 2017-2021, la couverture vaccinale nationale administrative fait ressortir que certaines régions restent encore en dessous des objectifs fixés.

L'accès à un vaccin est inégal selon l'île et le district sanitaire. Selon les données administratives, la couverture vaccinale reflète de fortes disparités géographiques, avec des taux plus faibles dans l'île de Ngazidja.



⁸ Rapport OMS 2020

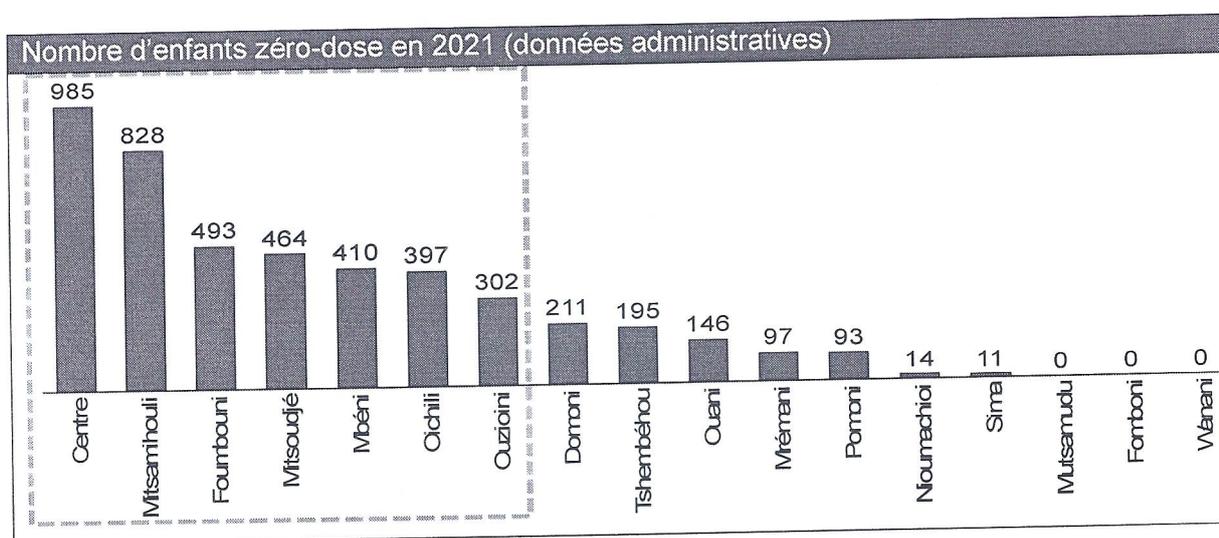
Seul 30% des districts sanitaires (05) ont pu atteindre les 80% de couverture en Penta 3.



12 districts sur les 17 (70%) n'ont pas atteint les 80% de couverture. Les plus faibles couvertures se trouvent au niveau de l'île de Ngazidja. La situation de l'île de Ngazidja est toujours inquiétante malgré les années et les efforts. Aucun des districts de Ngazidja n'a atteint les 80% de couverture. Ces constats nous emmènent à conclure qu'il existe une disparité régionale au niveau des couvertures vaccinales qui pose donc la problématique de l'équité dans la couverture vaccinale de la population ciblée par les vaccins du PEV.

Les enfants zéro dose sont majoritairement présents dans l'île de Ngazidja et dans les zones urbaines et péri-urbaines

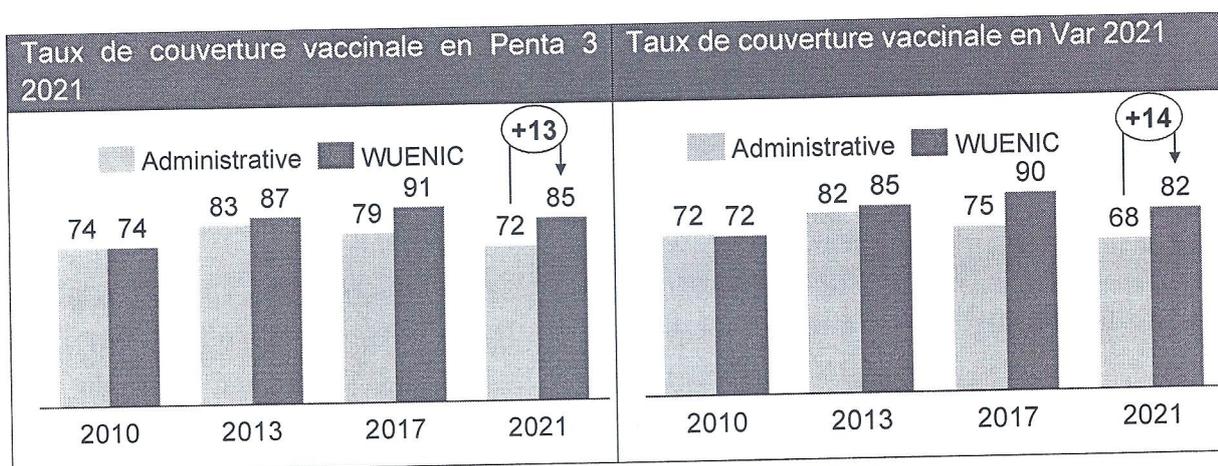
Selon les données agrégées du pays, Ngazidja est la région qui compte le plus grand nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de Penta. Un certain nombre d'enfants cibles du PEV n'ont pas été atteints. La non-protection de cette frange de la population constitue un facteur de risque qui contribue à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité liée aux maladies évitables par la vaccination. La région de Ngazidja enregistre le plus d'enfants qui ne sont pas vaccinés au Penta 3 à la fin de l'année 2021.



Les Comores totalisent 4646 enfants zéro-dose (20% de la cible) répartis inégalement dans les différentes îles. Les districts les plus touchés par les enfants zéro-dose se trouvent principalement à Ngazidja qui totalise plus de 80% de ces enfants avec 3879 enfants zéro dose. L'île de Ndzouani et de l'île de Mwali totalisent respectivement 753 et 14 enfants zéro dose.

Un manque de fiabilité dans les données administratives

Les données provenant de différentes sources sont souvent discordantes et suscitent des inquiétudes quant à leur fiabilité. La qualité des données s'est dégradée au fil des années aux Comores avec une différence d'environ 13 points en moyenne entre les données Wuenic et administratives. Le manque de fiabilité des données en général et leur disponibilité restent un problème récurrent affectant la gestion du programme.



Les Comores restent une particularité avec des données administratives inférieures aux données Wuenic. L'écart peut s'expliquer par une surestimation des cibles, des estimations basées sur un RGPH de 2003, une migration de la population, mais aussi un système de rapportage non optimal et un manque de ressources humaines de qualité. Au cours des entretiens, il est ressorti que la collecte des données de routine est un sujet reconnu comme l'une des faiblesses du système de vaccination. En effet, les données collectées, si elles sont exploitables, présentent beaucoup d'insuffisances car, il est observé un écart entre les données administratives et celles provenant du personnel de terrain. Selon le rapport de la revue du PEV 2022, 56% des districts et 80% des postes de santé estiment que les données populationnelles utilisées ne reflètent pas la réalité. Une fois de plus, l'éparpillement de ces agents entre plusieurs programmes de santé pourrait expliquer la situation lorsque, ceux-ci ne sont pas régulièrement impliqués dans des activités de vaccination.

Des sources de données différentes qui donnent des priorités différentes

En l'absence d'une enquête de couverture vaccinale récente, d'autres sources de données telles que le Wuenic ou les données IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) sont à considérer pour une estimation plus fiable des enfants zéro dose. Il apparaît que les différentes sources

produisent des données sur les performances vaccinales différentes en utilisant des cibles distinctes.

Années	Source couverture	Source population	Cibles	Penta 1	Penta 3	Zéro dose
2021	Wuenic	UN WPP	23 279	95%	85%	1164
2021	Administrative	Admin	23 197	80%	72%	4639
2020	IHME	World Pop	25 347	89%	81%	2788
2012	DHS	DHS			84%	

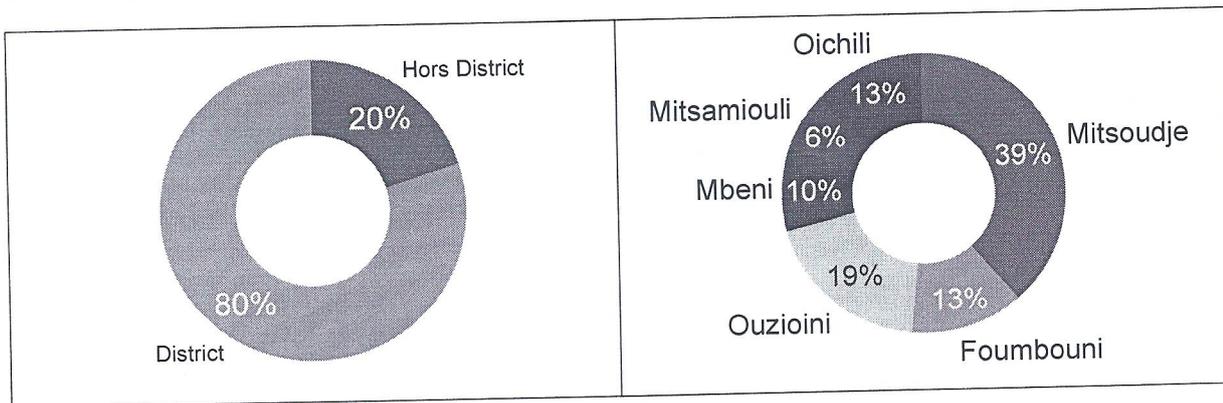
Outre les données administratives, la fiabilité des données DHS est à questionner, en effet elles datent de 10 ans. Les données Wuenic et les données IHME semblent être les plus fiables pour estimer les données de couverture. Par ailleurs, la modélisation menée par l'IHME se fonde sur les données administratives communiquées par les pays pour les vaccins DTC et contre la rougeole, auxquels viennent s'ajouter des rapports sur les dossiers médicaux électroniques et les données sur les déplacements de populations obtenues grâce au suivi anonymisé des téléphones portables. Pour une estimation des données régionales et des districts il est donc préférable d'utiliser les données IHME qui ont comme base les données administratives. Par conséquent, pour la suite, les données IHME seront utilisées pour estimer le nombre d'enfants zéro dose et d'enfants sous immunisés en union des Comores.

En considérant une population à vacciner de **25347 enfants en 2020** à laquelle il est appliqué un **taux de croissance de 1%** pour estimer une cohorte de **25600 enfants en 2021**. En ajustant les couvertures vaccinales impactées par la COVID avec respectivement 87% et 79% pour les couvertures vaccinales en Penta 1 et Penta 3, **le nombre d'enfants zéro dose est estimé à 3328 et le nombre d'enfants sous immunisés 2048.**

Les performances du district du Centre à Ngazidja sont biaisées : 20% des enfants vaccinés sont hors zone.

La répartition des enfants zéro dose dans la région de Ngazidja est biaisée due à un nombre important d'enfants hors zone qui sont vaccinés dans le district du Centre.

% des enfants vaccinés dans le district du Centre selon la provenance en 2021	Répartition des enfants hors district du Centre vers leurs lieux d'origine en 2021
---	--



Dans le cadre de l'analyse des enfants zéro dose, une enquête physique a été réalisée dans le district du Centre par le Consultant sur des données de routine du PEV entre août et septembre 2021. Il a été constaté que 20% des enfants vaccinés dans le district du Centre (environ 1092) viennent d'autres districts, entraînant une surestimation des performances du district et une sous-estimation du nombre d'enfants zéro dose. Près de 40% de ces enfants hors zone (422) viennent du district Mitsoudje impactant l'identification des priorités et les stratégies de mise en œuvre. Trois principales raisons sont citées par les parents :

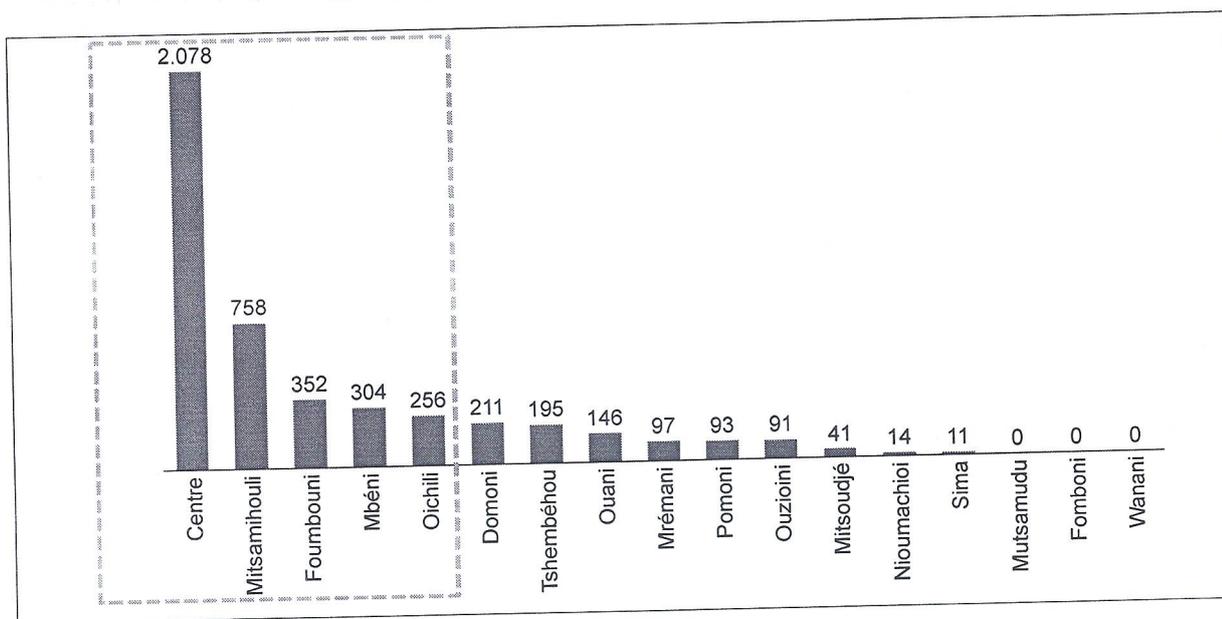
- La facilité d'accès par des transports en commun plus directs ;
- La confiance au personnel qui est jugé compétent et accueillant ;
- Une attente plus agréable avec des chaises disponibles et à l'ombre.

Cette tendance est aussi suspectée dans l'île de Ndzouani. En effet, les dialogues au niveau régional ont révélé une préférence à se faire vacciner dans la capitale.

La répartition des enfants hors zone dans le district du Centre fait ressortir des priorités différentes.

Plus de 60% des enfants zéro-dose du pays (2032) se trouvent dans les districts du Centre et Mitsamihouli, donc des zones urbaines et péri-urbaines. 45% des enfants zéro-dose se trouvent dans le district du centre.

Estimation du nombre d'enfants zéro-dose en 2021 par district



Cependant, les régions de Mwali et de Ndzouani concentrent des taux plus élevés d'enfants perdus de vue.

% des enfants n'ayant pas reçu le Penta 1	Taux d'abandon entre le Penta 1 et le Penta 2	Taux d'abandon entre le Penta 2 et le Penta 3
Ngazidia 33%	Ngazidia 4%	Ngazidia 0,43%
Ndzouani 7%	Ndzouani 14%	Ndzouani 0,22%
Mwali 0%	Mwali 9%	Mwali 10,11%

Les principales causes qui peuvent expliquer les abandons à la vaccination :

- **Une faible accessibilité mais une bonne utilisation des services à Ngazidja** avec une proportion d'enfants zéro-dose assez élevée et des taux d'abandons assez bas généralement dus à une mauvaise accessibilité (géographique, financière, sociale, etc.) mais ceux qui arrivent à venir sont peut-être satisfaits du service et reviennent
- **Une accessibilité acceptable avec des insuffisances dans l'utilisation du service à Ndzouani** avec une forte déperdition entre le Penta 1 et le Penta 2. Cependant les enfants vaccinés à la seconde dose reviennent pour compléter leur calendrier vaccinal.
- **Une bonne accessibilité mais faible utilisation à Mwali** avec une proportion d'enfants zéro-dose quasi nulle, cependant des taux d'abandon au penta 2 et au Penta 3 assez élevés généralement dû à une faible qualité de service.

Chacune des îles a des spécificités et des défis différents, nécessitant des stratégies différentes :

Priorités : ● Forte ◐ Faible

		Nombre d'enfants zéro dose	Nombre d'enfants sous immunisés	PRIORITÉ
Ngazidja	Mitsoudjé	29	0	◐
	Centre	1488	194	●
	Foumbouni	252	152	◐
	Mbéni	218	136	●
	Mitsamihouli	543	95	◐
	Ouzioini	65	139	●
	Oichili	183	79	◐
Ndzouani	Mutsamudu	-47	194	◐
	Ouani	105	42	◐
	Tshembéhou	140	52	◐
	Domoni	151	182	●
	Mrémani	69	282	◐
	Pomoni	67	171	◐
	Sima	8	129	◐
	Sima	8	118	◐
Mwali	Fomboni	-21	17	◐
	Wanani	-7	56	◐
	Nioumachioi	10	56	◐

Légende	<50	Entre 50 et 200	Entre 200 et 300	Entre 300 et 400	>400
---------	-----	-----------------	------------------	------------------	------

Les districts prioritaires sont localisés dans les régions de Ngazidja et de Ndzouani :

PRIORITÉ	Ngazidja	Ndzouani	Mwali
1 Forte	• Centre • Foumbouni • Mitsamihouli	• Mrémani	• N/A
2 Assez forte	• Oichili • Mbéni	• Mutsamudu • Domoni	• N/A
3 Moyennement Forte	• Ouzioini	• Ouani • Tshembéhou • Pomoni • Sima	• Fomboni
4 Faible	• Mitsoudjé	• N/A	• Wanani • Nioumachioi

Équité : répartition des richesses (niveau socio-économique)

L'équité selon la répartition des richesses mesure la différence de couverture avec trois doses de vaccin Pentavalent entre la population la plus pauvre et les 20% les plus riches au niveau du pays. Cette analyse a mis en évidence que la couverture vaccinale est plus élevée dans les populations les plus riches tandis que les populations les plus défavorisées sont moins couvertes par la vaccination. Cependant, on constate que les tendances de la couverture vaccinale étudiées montrent que l'écart de couverture diminue au fil des années entre ces deux classes socio-économiques. Ceci suggère que plus d'enfants issus des populations défavorisées bénéficient de la vaccination.

Équité : éducation des mères

L'équité selon l'éducation de la mère mesure la différence moyenne de couverture vaccinale entre les enfants dont la mère (ou la femme qui s'en occupe) n'a pas été scolarisée et ceux dont la mère a au moins terminé ses études secondaires. Selon les données de DHS/MICS, on note que la différence de couverture en DTC3 entre les enfants des mères ayant un niveau d'instruction secondaire et les non scolarisés a diminué. En 1996, cette différence était de 20 points contre 13 points en 2012.

Faible génération de la demande

La faible génération de la demande s'explique par des défaillances de la mobilisation et l'engagement communautaire et l'éloignement des Centre de Santé de Base (CSB). Les performances des indicateurs sur la demande de soins sont relativement basses. Selon l'EDS de 2012 :

- 38% des ménages déclarent rechercher un traitement ou des conseils auprès d'une structure ou d'un prestataire de santé si leur enfant présente des symptômes d'infections respiratoires.
- 30% des accouchements sont non assistés et se font en dehors des centres de santé, entraînant un retard du démarrage du programme vaccinal.
- 51% des femmes enceintes n'ont pas complété les 4 visites prénatale recommandées par l'OMS.
- 38% des enfants atteints de diarrhée reçoivent des sachets de solutions de réhydratation orale

Plusieurs causes expliquent la faible demande de services de vaccination :

- **Éloignement des CSB** : 37% de la population doivent parcourir 5 km ou plus pour avoir accès à un centre de santé
- **Insuffisance de l'accessibilité aux soins de santé primaires** : à Ngazidja, dans la capitale, 55% de la population vit au-delà de 5 km d'un centre de santé contre 26% à Ndzuwani et 31% à Mwali⁹
- **Faible niveau d'éducation** : le défaut d'information et de sensibilisation sur le calendrier vaccinal et des bienfaits de la vaccination impacte négativement la demande
- **Faible niveau des interventions pour le changement social et de comportement** : un manque de données sociales et comportementales limite la conception d'approches et de messages adressant les questions de besoin d'information et de comportement néfastes
- **Potentielles occasions manquées de vaccination** auprès des enfants qui lors d'une visite dans les structures de santé n'a pas fait sujet d'un questionnement sur statut de vaccination
- **Insuffisance des compétences en PEV** : les faibles capacités en PEV (seuls 63% des agents dans les postes de santé sont formés) réduisent la capacité des agents communautaires et agents de santé de jouer leur rôle de mobilisateur social

Par ailleurs, au niveau CSB, la prestation de services souffrent d'une insuffisance de personnel compétent, d'infrastructures et de stratégies adaptées.

⁹ Rapport de l'enquête sanitaire Sara en Union des Comores, 2020

Les Comores disposent d'une bonne densité du personnel (Médecins, Sage-femmes, Infirmiers) avec un score de 20,2 pour 10 000 habitants avoisinant les recommandations de l'OMS (23 pour 10 mille). Cependant, la fréquentation dans les structures de santé publiques restes faibles. Selon le rapport de l'enquête sanitaire Sara en Union des Comores en 2020, les causes du manque de fréquentation dans les structures sanitaires sont :

- **Faible taux d'assiduité du personnel de santé pouvant entrainer une lassitude de la population** : le taux d'absence dans le secteur de la santé en Union des Comores est élevé, à hauteur de 54,53%. Il est à plus de 50% dans les CSB et 72% au niveau des infirmiers et sage-femmes
- **Manque de justesse dans les diagnostics pouvant entrainer un manque de confiance** : les compétences des prestataires ne sont pas satisfaisantes avec 38,38% des cas correctement diagnostiqués
- **Faibles taux de consultation journalière, une conséquence des insuffisances de la prestation** : Moins de 1,88 patient est consulté par jour dans les CSB au niveau national contre 2,70 dans les structures privées. Ngazidja détient les plus faibles performances avec 1,49 patients par prestataire par jour.

Une stratégie de santé communautaire pas encore totalement au point et des interventions communautaires non optimisées

L'Union des Comores dispose d'un plan stratégique pour la santé communautaire et s'efforce à mettre en œuvre son programme d'interventions à base communautaire. Plus de 900 Agents de Santé Communautaires (ASC) appuient le système de santé dans la mise en œuvre des activités au sein de la communauté. Un Comité Villageois composé des leaders communautaires est mis en place mais peine à jouer pleinement son rôle de lien entre la communauté et le système de santé. De plus, les entretiens focalisés et les focus groupe avec les acteurs de la communauté ont mis en exergue des insuffisances, notamment :

- Le nombre d'ASC peu adéquat avec 1 ASC pour plus de 1000 habitants et un faible niveau d'instruction. Selon le rapport de la revue du PEV 2022, 70% des structures de vaccination enquêtées déclarent qu'elles ne sont pas assistées par les ASC dans l'organisation des séances de vaccination ;
- Une absence de définition claire de la zone d'intervention de l'ASC ;
- Un manque d'appropriation du programme de santé communautaire par la communauté dû aux critères de sélection de l'ASC. Dans les bonnes pratiques, l'ASC est choisi par la communauté où il réside à l'issue d'un vote par la communauté et qui sanctionné par un procès-verbal validé par le Responsable de la Formation Sanitaire.
- L'approche régionale et verticale adoptée par les bailleurs aboutissant à un déséquilibre de financement entre les régions et aussi dans d'offre de paquets des interventions à base communautaire d'un district à l'autre.

Les programmes de santé communautaire à travers le monde sont des outils efficaces pour amener les communautés à prendre en main leur propre santé en matière des soins de santé primaires (paquets d'activités promotionnelles, préventives, curatives et de réadaptation) tout en améliorant la qualité des prestations pour un développement durable axé sur le bien-être des populations. L'Union des Comores gagnerait à renforcer son programme de santé communautaire

et de professionnaliser (et non fonctionnaliser) les ASC et afin d'optimiser les interventions à base communautaire en proposant un paquet unique, mais aussi une politique de motivation unique pour l'ASC en collaboration avec les partenaires techniques et financiers (PTF).

Malgré des efforts la prestation de service de la vaccination de routine et la logistique doivent être améliorées

Seules 40% des structures de santé offrent des services de vaccination de l'enfant. Les résultats de l'enquête Sara font ressortir que 40% des établissements de santé offrent des services de vaccination de l'enfant. Ces faibles performances sont dues à : (i) une capacité insuffisante de la chaîne de froid dans plusieurs centres de santé, (ii) une répartition inégale du personnel de santé dans les structures, et (iii) une faible participation des structures privées à la vaccination : moins de 3% des centres de santé privés offrent des services de vaccination aggravant ainsi les difficultés d'accès à l'offre. Par ailleurs, le milieu urbain où se trouve un nombre important d'enfants zéro dose souffre de la non-disponibilité des services de vaccination en milieu urbain. En effet, seules 3 structures sur 10 offrent la vaccination en milieux urbains déjà affectés par une insuffisance d'accessibilité aux soins primaires.

De plus, Les vaccinations BCG et rougeole sont programmées uniquement des jours spécifiques dans la majorité des centres de santé. Cette pratique a pour effet de reporter la vaccination des enfants en cas de retard ou lors d'une visite dans le centre de santé pour d'autres raisons. Aussi, les vaccinateurs ont également tendance à ne pas ouvrir les flacons de BCG et de rougeole si le nombre d'enfants présents lors de la séance de vaccination est insuffisant. Si trop peu d'enfants sont présents, ils demandent aux parents de revenir un autre jour. Cette pratique démotive les parents à revenir dans les structures sanitaires.

Outre des défis d'accessibilité et d'utilisation des services qui persistent, les stratégies mises en œuvre ne sont pas adaptées

Pour les prestations de service à la vaccination, les établissements de santé ont recours à deux stratégies de vaccination à savoir la stratégie fixe et la stratégie avancée. En ce qui concerne la stratégie fixe, les séances de vaccination se font au quotidien dans seulement 22% des établissements de santé alors que 15% des établissements de santé mènent les séances de vaccination de façon hebdomadaire selon l'enquête Sara. Quant aux stratégies avancées, la vaccination est offerte mensuellement dans 16% des établissements de santé, trimestriellement dans seulement 2% des établissements de santé. Ces différentes stratégies manquent d'efficacité et produisent des résultats différents selon la région (île) :

- **Une mise en œuvre efficace des stratégies fixes à Ngazidja** : 95% des enfants vaccinés proviennent des stratégies fixes. Par ailleurs, la faible mise en œuvre des stratégies avancées (37%) peut expliquer la proportion importante d'enfants zéro-dose ;
- **Une mise en œuvre efficace des stratégies fixes à Ndzouani** : Plus de 63% des enfants vaccinés au Penta 3 le sont grâce aux stratégies fixes. L'analyse des données suspecte une défaillance dans l'utilisation de service et des difficultés d'accès pouvant expliquer les enfants zéro-dose et le taux d'abandon élevé au Penta 2 ;
- **Une insuffisance dans l'utilisation de service à Mwali** : Mwali peine à trouver les enfants sous immunisés (10,1% d'abandon au Penta 3) même avec des taux de

réalisation de stratégies avancées assez satisfaisants. Le manque d'efficacité des stratégies avancées peut en être la cause. Des stratégies différenciées doivent être élaborées et mises en œuvre pour espérer rattraper les enfants zéro dose et les enfants sous immunisés.

Des ruptures d'antigènes fréquentes et une chaîne de froid défaillante

Selon l'antigène, entre 50% et 76% des structures de santé ont connu des ruptures dans les trois mois qui précèdent l'enquête Sara. La disponibilité des vaccins dans les bonnes conditions et leur meilleure accessibilité est le levier du système de vaccination de qualité. Cependant, l'enquête Sara réalisée en 2020 fait état d'insuffisances inquiétantes tant au niveau de la disponibilité que de la conservation des vaccins. En effet, **76% des postes de santé ont connu des ruptures de Penta dans les trois mois qui ont précédé l'enquête** avec comme conséquences l'augmentation des enfants sous-immunisés. La non-disponibilité du BCG dans la moitié des postes de santé entraîne un retard dans l'entame du calendrier vaccinal et une augmentation des enfants zéro dose. Les insuffisances dans la mise en œuvre de la stratégie push-push pour atteindre les centres de santé, le manque de capacités en gestion de stocks sont en partie les causes des déficits de performances de l'approvisionnement en vaccin.

Les difficultés d'accès des femmes aux soins de santé constituent un frein à la vaccination des enfants

En effet, **78% des femmes (près de huit femmes sur dix)** ont déclaré qu'au moins un des problèmes suivants pouvait constituer un obstacle important pour recevoir un traitement ou un avis médical : (i) Avoir la permission d'aller se faire soigner, (ii) Avoir l'argent pour le traitement (iii) Distance au service de santé, et (iv) Ne pas vouloir y aller seule. L'Union des Comores, historiquement a hérité de la culture arabo musulmane qui est patriarcale. De ce fait, une femme sur deux déclare avoir besoin d'une permission pour aller se faire soigner, 45% des femmes vivant dans un milieu rural déclarent avoir besoin d'un accompagnant pour aller dans un centre de santé. Par ailleurs, 70% des femmes à Ngazidja déclarent que la disponibilité de moyens financiers pour se soigner est un problème contre 68% à Ndzuwani et 33% à Mwali qui totalise les performances vaccinales les plus importantes du pays.

En conclusion, les facteurs socio-économiques sont les principales raisons de non-vaccination aux Comores :

	<p>Iniquité liée aux facteurs économiques dans les îles de Ndzuwani et Ngazidja. Les conditions économiques semblent constituer une barrière à l'accès et aux bénéfices de la population pour les prestations de vaccination. La population de l'île de Ndzuwani semble être celle la plus désavantagée d'un point de vue économique.</p>
	<p>Les parents illettrés sont moins sensibilisés aux bienfaits de la vaccination. Le niveau d'instruction de la mère semble influencer la performance du PEV. Plus le niveau d'instruction est élémentaire plus l'écart de performance est important. Il existe un écart dans la couverture au Penta 3 d'environ 13 points au sein du groupe des ménages dont la mère n'a bénéficié d'aucune instruction formelle</p>

	<p>L'accès aux soins constitue un frein important pour les communautés qui vivent à plus de 5 km d'une formation sanitaire, surtout au niveau urbain et péri-urbain. Les difficultés d'accès concernent aussi bien le milieu urbain que le milieu rural. Plus de la moitié des habitants à Ngazidja vivent au-delà de 5 km d'une formation sanitaire. Et seulement 40% de ces formations sanitaires offrent les services de vaccination</p>
	<p>Les femmes ont plus de difficultés à se rendre dans un centre de santé. 78% des femmes aux Comores ont besoin d'une permission pour aller se faire soigner, ou manquent d'argent ou rencontrent des obstacles pour s'y rendre ou ont besoin de se faire accompagner.</p>
	<p>Mobilité des parents et inadéquation des horaires de vaccination. Près de 10% des enfants marginalisés vivent dans des communautés où les parents ont une forte mobilité professionnelle et où les horaires d'ouverture des services de vaccination sont incompatibles avec leur emploi du temps.</p>
	<p>Manque de confiance et peur des effets secondaire de la vaccination. Les communautés manquent de connaissances ou de motivation en rapport avec la vaccination ou encore elles craignent les effets secondaires des vaccins (MAPI) ou redoutent les décès d'enfants</p>

2. Vision nationale et demande de soutien de Gavi

2.1. Description de la vision globale du pays

Les analyses effectuées montrent un nombre d'enfants zéro dose de 3328 et 2048 enfants sous immunisés. Les enfants zéro dose sont essentiellement localisés dans l'île de Ngazidja et principalement les districts du Centre (la capitale) et Mitsamihouli qui abritent plus de 60% des enfants. 45% des enfants zéro dose du pays se trouveraient dans la Capitale. Il apparait fortement que les enfants zéro dose résident dans les milieux urbains. Ainsi, durant la période de subvention, **le pays a pour ambition à travers des stratégies urbaines ciblées de réduire à moins de 1700 (réduction de 50%) le nombre d'enfants zéro dose.** La théorie du changement ci-dessous décrit la vision globale du pays pour réduire les enfants zéro dose.

Vision	Réduire d'au moins 50% les enfants zéro-dose et sous immunisés		
Objectifs	Renforcer la gouvernance et la redevabilité	Pallier les carences de la prestation de services	Accroître l'implication des communautés pour générer de la demande
Axes	Améliorer la gouvernance, politique et planification stratégique Renforcer la génération de la demande en impliquant la communauté	Améliorer la disponibilité des vaccins et leur état de conservation à tous les niveaux Améliorer la disponibilité et l'utilisation des données, le suivi et l'apprentissage	Améliorer la qualité des prestations de service Renforcer les ressources humaines
Piliers	Leadership, gouvernance et management	Prestataires de services et vaccinateurs (y compris le service public)	Société civile, organisations locales et religieuses
Catalyseurs	Adhésion de toutes les parties prenantes y compris les acteurs aux niveaux décentralisé et communautaire	Allocation optimisée des ressources: RH, Approvisionnement en intrants	Augmentation de l'accès par la stimulation de la demande et la stratégie pour les zones défavorisées
Contexte	Une volonté et un engagement politiques à renforcer pour atteindre les enfants zéro dose et sous immunisés	Une capacité sous optimale des ressources humaines pour mettre en œuvre des interventions spécifiques pour atteindre les zéro dose	Des effectifs d'enfants zéro dose variés en fonction des paramètres socio économiques et du genre et localisés dans la capitale

2.2. Ciblage du soutien de Gavi sur des zones géographiques et des sous-populations spécifiques

Le pays a utilisé les données IHME pour estimer les enfants zéro dose et les enfants sous immunisés au niveau national. Une estimation proportionnelle a été appliquée au niveau des districts en faisant une triangulation entre les données EDS et les données administratives les plus récentes. Par la suite, une priorisation a été faite en se basant aussi bien sur le nombre d'enfants zéro dose que sur le nombre d'enfants sous immunisés. Cinq districts ont été identifiés comme prioritaires dont trois à Ngazidja et deux dans l'île de Ndzouani.

Par ailleurs, les données sur les sous populations doivent être affinées. Des activités stratégiques ont été identifiées pour permettre au pays de disposer de données quantitatives et qualitatives sur ces populations. Ainsi, la cartographie des enfants zéro dose qui sera réalisée en étroite collaboration avec les OSC et les ASC permettra d'identifier les enfants zéro dose, de les géolocaliser et de les caractériser suivant le genre et les spécificités socio-anthropologiques. De plus, des mini-enquêtes seront réalisées tous les semestres pour documenter toute évolution sur les caractéristiques des enfants zéro dose et les enfants sous immunisés.

Enfin, les districts prioritaires ont été identifiés sans tenir compte des interventions d'autres partenaires dans leurs régions respectives. Cependant, lors du dialogue national, des synergies ont été identifiées avec la Banque mondiale. Par conséquent, certaines activités relatives au renforcement de la chaîne de froid ont été retirées de la théorie du changement. Par ailleurs, la théorie du changement qui inclut la vision du pays en termes de réduction des enfants zéro dose se compose d'un paquet d'activités qui va au-delà du FAE. Ces activités seront reversées dans

la Stratégie Nationale de Vaccination où d'autres partenaires pourront se positionner y compris l'utilisation des fonds RSS Gavi.

2.3. Adaptation de la demande de soutien de Gavi

L'analyse des couvertures et de l'équité vaccinales a révélé des spécificités propres à chaque île. Toutes les interventions menées jusque-là n'ont pas pris en compte les réalités insulaires. Pour rappel, l'île de Ngazidja totalise la majorité des enfants zéro dose mais a un taux d'abandon plutôt faible, Ndzouani a des enfants zéro dose et des enfants sous immunisés moyennement importants et l'île de Mwali comprend principalement des enfants sous immunisés. De surcroît, ces enfants zéro dose se trouvent pour la plupart dans des zones urbaines, y compris la capitale, Moroni. La stratégie zéro dose propose d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies urbaines différenciées en collaboration avec l'Unicef. Cette stratégie concernera l'île de Ngazidja et l'île de Ndzouani.

D'autre part, des stratégies mobiles seront mises en œuvre pour atteindre les communautés manquées, dans les trois îles. Des séances de vaccination seront organisées par une équipe du district en partenariat avec les OSC qui se rendront dans des localités hors d'atteinte de la formation sanitaire, les zones difficiles d'accès ou les zones qui sont éloignées d'une structure sanitaire qui offre la vaccination. Ces stratégies permettront par ailleurs de limiter le nombre de vaccinés hors zone qui impactent la priorisation des activités de vaccination. Les stratégies seront déterminées village par village et les ASC et les comités villageois seront fortement impliqués.

En outre, l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de la vaccination au cours de la seconde année de vie permettront de rattraper les enfants zéro dose manqués à la première année, mais aussi de rattraper les enfants sous immunisés. Cette stratégie sera utilisée comme un outil phare pour réduire considérablement le nombre d'enfants zéro dose. Elle pourra être intégrée à d'autres programmes de santé pour renforcer et stimuler le recours à d'autres services de santé, tels le suivi et la promotion de la croissance, le conseil nutritionnel, la supplémentation en vitamine A et en micronutriments, le déparasitage, l'éducation sanitaire.

L'implication des pères et mères leaders, les associations de femmes, les OSC, les ASC, les Maires et les Comités villageois se fera dans une approche de dialogue et de concertation permanente durant toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre des activités. Les ASC et les OSC seront impliqués dans l'identification et la cartographie des enfants zéro dose et les enfants sous immunisés. L'ensemble des acteurs communautaires et régionaux seront mis à contribution pour trouver des solutions innovantes et à haut impact pour augmenter la génération de la demande. Les stratégies innovantes seront capitalisées et dupliquées au fur et à mesure. Aussi, les associations de femmes participeront activement à la conceptualisation des stratégies de sensibilisation destinées à la communauté en prenant en compte l'aspect genre. Les acteurs communautaires seront invités trimestriellement dans leurs districts respectifs pour discuter des performances vaccinales de leur localité et participer à la prise de décision.

De plus, des partenariats seront noués avec les OSC cartographiées et évaluées pour exécuter certaines activités telles que les séances de vaccination, les séances de sensibilisation de la

communauté et l'identification et le suivi des enfants zéro dose et des enfants sous immunisés. Les OSC seront utilisées en collaboration avec les ASC pour documenter les refus de vaccination qui seront remontées au district où des solutions adaptées seront mises en œuvre en collaboration avec la communauté.

Enfin, un appui de Dalberg à travers le programme LMC (Leadership, Management and Coordination) sera fourni pour appuyer la CNPEV dans la gestion du programme à travers, la mise en place d'outil de gestion et de communication, le coaching des membres clés de la CNPEV pour qu'ils arrivent à gérer le programme avec un appui minimum et l'appui des districts prioritaires à Ngazidja.

2.4. Suivi, mesure et évaluation

Le suivi aussi bien de la stratégie et des enfant zéro dose occupe une place importante dans les activités stratégiques proposées. Un registre communautaire sera élaboré et mis en place pour recenser les enfants de 0 à 5 ans mais aussi les femmes enceintes. Ils seront tenus par les ASC dans les districts identifiés comme prioritaires dans un premier temps avant d'être déployés dans tous les autres districts. Un suivi mensuel du statut vaccinal des enfants sera effectué à travers des réunions bimensuelles de monitoring des données entre l'équipe PEV district, les ASC, les services de santé, le Médecin-chef district, un agent de la préfecture et les présidents de Comité Villageois pour une triangulation des données de vaccination et des registres de naissance afin d'identifier les enfants zéro-dose et/ou manqués. A l'issue de chaque réunion une liste des absents à la vaccination du mois en cours et les enfants à vacciner le mois à venir est établie et partagée systématiquement aux ASC, aux OSC et aux comités villageois. Il sera de plus organisé dans toutes les régions des sessions de triangulation, de validation et d'analyses des données mensuelles. Durant ces réunions les aspects de la logistique et de la chaîne de froid seront aussi discutés et les enfants vaccinés hors zone seront redistribués.

Dans cette stratégie, les communes à travers les Maires seront activement impliquées dans la santé de leurs enfants. Ainsi, il sera organisé trimestriellement des réunions de monitoring des activités de vaccination dans les mairies des districts prioritaires avec la participation des ASC, des comités villageois, des maires et des acteurs éducatifs. Ces réunions permettront aux acteurs communautaires de prendre connaissance des performances vaccinales dans leurs communes et de prendre des actions correctrices à leur niveau pour augmenter les couvertures et réduire les risques d'épidémie dans leurs localités.

Par ailleurs, un cadre de redevabilité sera mis en place pour mesurer les actions implémentées. Les indicateurs liés à la vaccination des enfants zéro dose et les enfants sous immunisés seront intégrés dans le tableau de bord programmatique qui est entrain d'être développé. Une capture des indicateurs sera envoyée mensuellement à tous les acteurs au niveau central pour que des décisions puissent être prises à temps. Des supervisions lors des stratégies avancées seront réalisées avec l'approche « call center » qui impliquera le Médecin-chef du district, les ASC et le Président du Comité Villageois. En effet, les équipes de vaccination dans les districts prioritaires sont tenues d'envoyer leurs programmes de sortie à l'équipe de la CNPEV. Une vérification journalière sera effectuée par la CNPEV qui contactera l'ASC et ou le Président du Comité

Villageois pour savoir si les séances de vaccination se sont déroulées comme prévu et que les enfants sont tous vaccinés. Dans le cas échéant, la CNPEV contactera le Médecin-chef du district qui instruira les équipes à retourner à leur frais dans le village pour une vaccination effective des enfants.

Enfin, l'évaluation des performances de la stratégie zéro dose se fera annuellement. Une rencontre circulaire par île entre les responsables PEV, les Médecins-chefs et les représentants de la communauté sera organisée pour évaluer les performances des CSD et partager les bonnes pratiques de mise en œuvre de la stratégie nationale zéro dose qui inclut la stratégie urbaine et périurbaine. Une cérémonie de reconnaissance sera organisée à cet effet pour récompenser (incitations non financières) les districts les plus performants.

2.5. Assurer une volonté politique

Le développement de stratégies et d'actions spécifiques du PEV constitue l'une des grandes orientations stratégiques du pays en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles. La Politique Nationale de Santé (PNS), adoptée en décembre 2014 pour la période 2015-2024, s'inspire des initiatives mondiales tout en s'adaptant au nouveau contexte politique et aux réalités socio-économiques des Comores. Elle donne les grandes orientations du système de la santé et bénéficie de l'adhésion des acteurs du secteur de la santé des Comores. À travers son objectif 1 « Assurer un accès universel à des services et des soins de santé et de nutrition complet », l'Union des Comores s'engage à élargir et renforcer l'accessibilité aux services de santé et de nutrition de qualité et plus spécifiquement :

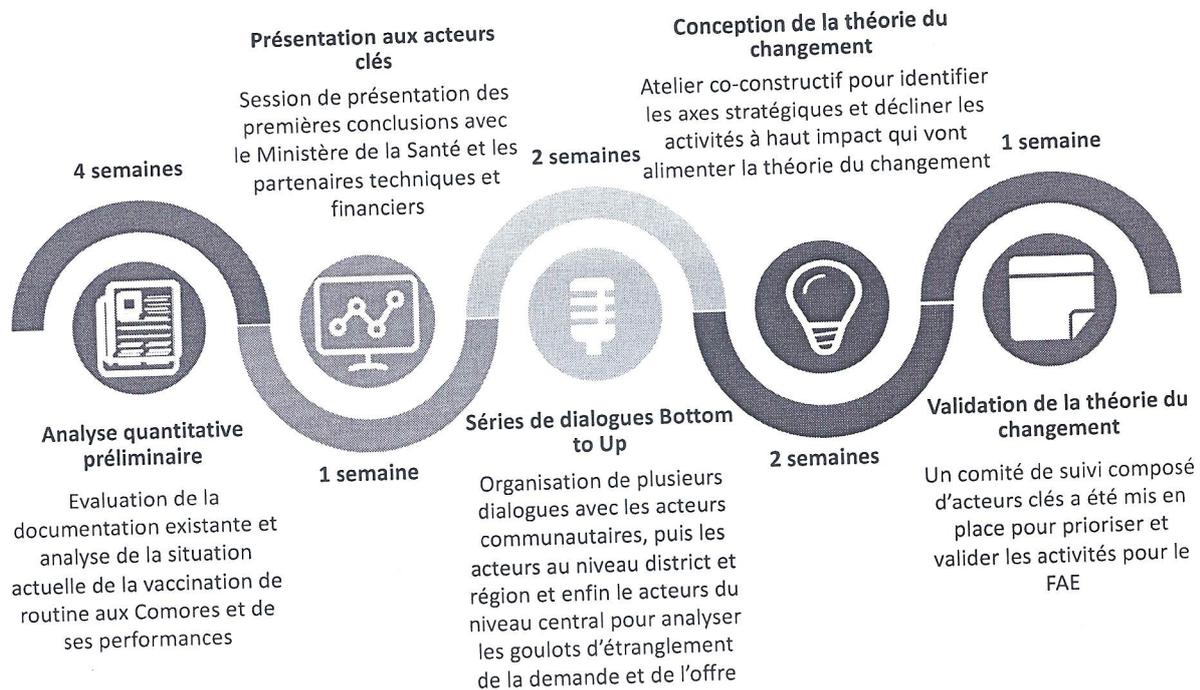
- Améliorer l'offre des soins à travers la construction/réhabilitation des formations sanitaires, leurs équipements et leurs approvisionnements en médicaments essentiels génériques ;
- Mettre en place des systèmes de prise en charge des plus démunis ;
- Renforcer l'accessibilité et la disponibilité des services de soins obstétricaux et néonataux, de planification familiale et des soins infantiles de qualité ;
- Développer des services de santé communautaire, axé en particulier sur la santé de la mère et de l'enfant.

Ces différents engagements, s'ils sont mis en œuvre permettront de réduire considérablement les enfants zéro dose et les enfants sous immunisés. Des mécanismes sont mis en place pour faciliter la recherche et les vaccinations des enfants zéro dose à travers (i) une stratégie de santé communautaire qui va être évaluée et renouvelée, (ii) la création des comités villageois pour amener les communautés à mieux prendre en charge leur santé, et (iii) les nouveaux partenariats avec les OSC et les associations féminines pour impulser la mobilisation sociale et la génération de la demande.

De plus, la stratégie de réduction des enfants zéro dose sera intégrée entièrement dans la Stratégie Nationale de Vaccination (SNV) qui est en cours d'élaboration, laquelle stratégie sera arrimée au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui est également en cours de finalisation. Par ailleurs la SNV, prévoit la mise en place d'un comité qui sera chargé de conduire un plaidoyer de haut niveau afin de renforcer l'engagement de l'ensemble des parties prenantes en faveur de la vaccination.

4. Comment avez-vous hiérarchisé les interventions figurant dans la Théorie du Changement à soutenir par Gavi?

La théorie du changement a été réalisée en cinq étapes, comme le montre la figure ci-dessous.



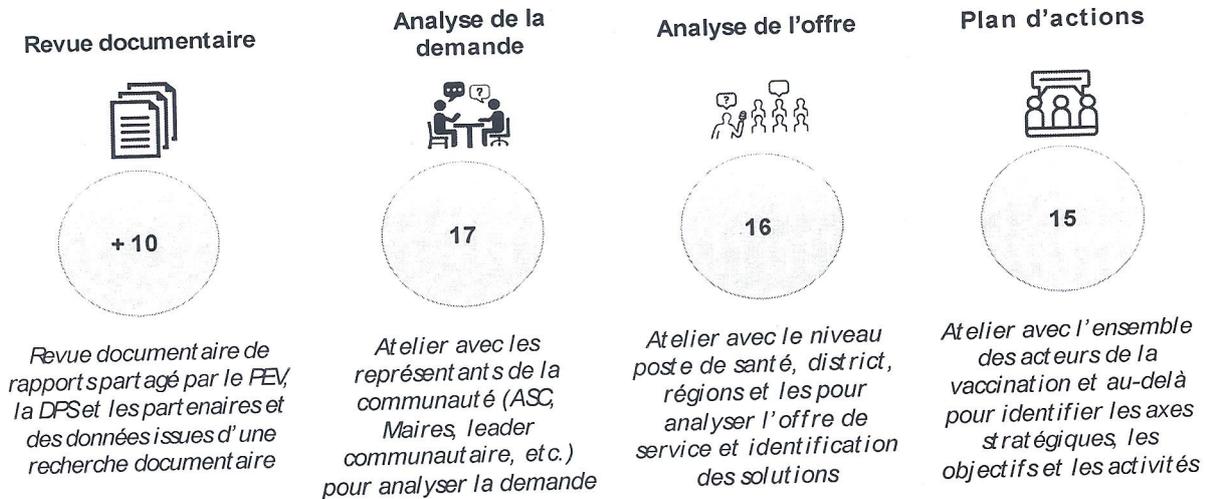
Évaluation des données quantitatives de la vaccination de routine aux Comores

Durant quatre semaines, avec le soutien de Gavi, le Consultant a évalué le système de la vaccination de routine aux Comores ; cela comprenait des analyses de la situation, de l'écosystème et des goulots d'étranglement. L'évaluation était basée sur des données quantitatives et qualitatives recueillies auprès des parties prenantes au niveau national et des partenaires. En outre, une étude documentaire des données d'enquête existantes et des rapports de différentes entités a été réalisée. Cette recherche a permis de comprendre la gestion actuelle du programme de vaccination et la prestation de services, et d'identifier les lacunes, les défis, les obstacles et les opportunités. La triangulation des différentes sources de données disponibles (administratives, Wuenic, EDS, IHME, etc.) auprès du PEV et d'autres partenaires a permis d'évaluer l'équité vaccinale mais aussi d'estimer le nombre d'enfants zéro dose et d'enfants sous immunisés. Les résultats de l'évaluation ont permis de développer les interventions décrites dans ce document pour améliorer les services de vaccination aux Comores. La méthodologie de l'évaluation et les résultats de l'analyse des goulots d'étranglement sont inclus dans les annexes.

Présentation des résultats des analyses préliminaires

Une présentation des analyses préliminaires a été réalisée en présence des acteurs du PEV et des Partenaires Techniques et Financiers. Cette présentation avait pour but de valider toutes les conclusions liées aux performances du PEV, mais aussi la génération de la demande et l'offre de services en vue de la préparation des différents ateliers sur site. Des propositions d'amélioration du document ont été formulées et des analyses plus poussées ont été effectuées.

Organisation de séries de dialogue avec une approche Bottom to Up
L'analyse des goulots d'étranglement a été réalisée suivant un processus inclusif et participatif dans un cadre propice à la co-construction en quatre étapes :



L'analyse de la génération de la demande et de l'offre de service a été faite en trois principales étapes avec l'approche Bottom up. Un atelier d'une journée a été organisé avec les acteurs communautaires pour analyser les contraintes à la vaccination. Les participants se sont engagés dans des discussions par petits groupes en utilisant des post-it afin d'identifier tous les obstacles à la vaccination, mais insuffler la réflexion et la participation de tout le monde. Un second atelier réunissant les acteurs au niveau poste de santé, district sanitaire et régions a permis d'analyser les difficultés évoquées par la communauté et l'offre de service. Les participants ont eu à développer des interventions générales pour surmonter les défis et les obstacles qui ont été identifiés. Au cours du dernier atelier de deux jours qui a réuni tous les acteurs, trois objectifs principaux ont été identifiés : renforcer la gouvernance et la responsabilité, combler les lacunes en matière de prestation de services et de logistique, et accroître la demande, les connaissances et la confiance dans les vaccins et les services de santé. L'analyse de la génération de la demande et de l'offre de service a été réalisée suivant l'approche Bottom to Up comme décrite dans la figure suivante :

Objectifs des ateliers	Personnes ressources impliquées	Activités
A Analyse de la demande	<ul style="list-style-type: none"> • Agents de santé Communautaire • Organisations de la Société Civile • Maires de Communes à Ngazidja • Associations féminines • Leaders communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des besoins de la communauté • Analyse des interventions des Agents de santé communautaire • Analyse de la participation communautaire • Recommandations pour améliorer la demande
B Analyse de l'offre et de la demande	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la Société Civile • Agents de santé au niveau centre de santé de base • Agents de santé au niveau district • Agents de santé au niveau Région • Points focaux PEV au niveau région 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur la base des résultats des analyses de la demande: <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les goulots d'étranglement relatifs à la demande • Analyser l'offre de services au niveau décentralisé • Formuler des recommandations pour améliorer l'offre
D Analyse de l'offre et élaboration du plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la Société Civile • Agents de santé au niveau CSD, District et Régions • Logisticiens régionaux • Direction de la Promotion de la Santé • Direction de Lutte contre les maladies • Représentants des Régions • Partenaires de l'Alliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur la base de l'analyse de l'offre et de la demande au niveau communautaire, district et région: <ul style="list-style-type: none"> • Analyser les goulots d'étranglement relatifs à la demande et à l'offre • Identifier les piliers et axes stratégiques pour l'atteinte des enfants zéro dose • Développer un plan d'actions permettant d'atteindre les enfants zéro dose et les enfants sous immunisés

Conception de la théorie du changement

Les dialogues pays ont permis d'identifier les axes stratégiques et de décliner plusieurs activités. Un comité de suivi composé des acteurs clés du système de santé a été mis en place pour identifier les activités à retenir pour le FAE selon plusieurs critères :

- Facilité de mise en œuvre
- Haut impact
- Coût raisonnable
- Éligibilité au FAE

Les autres activités sont automatiquement reversées dans la Stratégie Nationale de Vaccination.

Validation de la théorie du changement

Une séance de validation a été organisée par le Comité de Suivi où des arbitrages et des reformulations ont été suggérés. Par ailleurs, la stratégie zéro dose suggère une optimisation des interventions communautaires aux Comores. En effet, la Banque mondiale, Gavi, le Fonds mondial, l'Unicef, l'OMS et la Croix Rouge française interviennent au sein des communautés à travers les ASC. Il est recommandé de mettre un place un fond commun pour uniformiser les motivations des ASC, mais aussi pour rendre effectif le paquet de services de l'ASC décrit dans la stratégie de la santé communautaire. Par ailleurs, des investissements importants sur la chaîne de froid sont prévus par le pays à travers l'appui de la Banque mondiale.

Annexes : Théorie du changement au-delà du FAE

Les analyses des couvertures et de l'équité vaccinales complétées par celles sur la génération de la demande et les prestations de services ont permis d'identifier 5 axes stratégiques majeures pour atteindre les enfants zéro dose et les enfants sous immunisés :

Axes stratégiques	
1 Améliorer la qualité des prestations de service	2 Renforcer les ressources humaines
3 Améliorer la gouvernance, politique et planification stratégique	4 Renforcer la génération de la demande en impliquant la communauté
5 Améliorer la gouvernance, politique et planification stratégique	6 Améliorer la disponibilité et l'utilisation des données, le suivi et l'apprentissage

Pour chaque axe stratégique des objectifs spécifiques ont été identifiés. Ces objectifs permettront d'identifier et d'atteindre les enfants zéro dose et les enfants sous immunisés.

Axes stratégiques	Objectifs
Améliorer la qualité des prestations de service	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la prestation de services pour améliorer l'efficacité, la régularité et/ou la fiabilité des activités de vaccination planifiées, en mettant l'accent sur les enfants zéro dose et sous-vaccinés et les communautés manquées • Établir et/ou poursuivre des partenariats avec des organisations de la société civile pour fournir des services de vaccination • Améliorer la qualité des services et l'expérience des utilisateurs des services de vaccination, y compris en mettant en évidence l'approche sexospécifique • Établir et/ou poursuivre des partenariats avec les acteurs du secteur privé pour atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés et les communautés manquées

Axes stratégiques	Objectifs
Renforcer la génération de la demande en impliquant la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le partenariat avec les acteurs locaux et communautaires pour améliorer la demande de la vaccination • Concevoir et mettre en œuvre des interventions pour le changement social et comportemental • Renforcer la capacité à concevoir, mettre en œuvre, suivre et/ou évaluer les activités de génération de la demande à tous les niveaux
Renforcer les ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la répartition et le maintien des agents de santé pour améliorer l'accès équitable aux services de vaccination • Améliorer la capacité technique et en gestion des agents de santé en matière de planification, mise en œuvre et suivi des services de vaccination
Améliorer la gouvernance, politique et planification stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la capacité des organes de gouvernance/techniques en planification, coordination et suivi des progrès à tous les niveaux, en particulier pour atteindre les enfants zéro dose • Renforcer les systèmes de suivi et de gestion des performances du programme à tous les niveaux • Faire évoluer les politiques pour une meilleure offre de service
Améliorer la disponibilité et l'utilisation des données, le suivi et l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la capacité, les outils, la production de données factuelles et/ou les systèmes de suivi et d'apprentissage liés à l'utilisation des données, en particulier au niveau infranational • Renforcer les systèmes d'information pertinents pour l'identification et l'atteinte des enfants zéro dose et sous-vaccinés

Par la suite, un portefeuille d'activités a été identifié lors des différents ateliers et dialogues à tous les niveaux du système de santé. Ces activités englobent toutes les actions qui permettront d'identifier, d'atteindre et de maîtriser les enfants zéro dose et les enfants sous immunisés. Elles sont classées par axes et objectifs stratégiques.

Prestations de services

Objectifs

Activités

Intégrer la prestation de services pour améliorer l'efficacité, la régularité et/ ou la fiabilité des activités de vaccination planifiées, en mettant l'accent sur les enfants zéro dose et sous-vaccinés et les communautés manquées

- Elaborer et mettre en œuvre les stratégies urbaines et périurbaines différenciées pour atteindre les enfants zéro-dose et sous immunisés et accentuer leur mise en œuvre dans les districts identifiés comme prioritaires
- Optimiser les interventions des agents de santé communautaires en proposant un paquet et une motivation commune
- Intégrer les activités de vaccination dans les autres campagnes destinées à la mère et à l'enfant
- Intégrer les activités de supervision avec les autres programmes
- Superviser les équipes de vaccination lors des stratégies avancées avec l'approche call center

Etablir et/ ou poursuivre des partenariats avec des organisations de la société civile pour fournir des services de vaccination

- Contractualiser avec les OSC pour identifier, dénombrer et géolocaliser les enfants zéro dose et sous immunisés dans les 5 districts prioritaires (Centre, Mitsamihouli, Foubouni, Mutsamudu, Domoni) en collaboration avec les postes de santé, les ASC et les mères leader (avec utilisation des outils électroniques de collecte de données)
- Contractualiser avec les ONG pour assurer la continuité du service de vaccination au niveau des sites sans personnel

Améliorer la qualité des services et l'expérience des utilisateurs des services de vaccination, y compris en mettant en évidence l'approche sexospécifique

- Identifier, en collaboration avec la communauté et les OSC, les points stratégiques pour implémenter les stratégies mobiles pour faciliter l'accès à la vaccination aux enfants hors zone
- Mettre en œuvre des stratégies mobiles dans les points spécifiques pour capter les enfants hors zone, les enfants zéro-dose et les enfants sous immunisés
- Contractualiser avec les OSC pour sensibiliser sur l'acceptation de la vaccination à domicile lors des stratégies avancées pour capter les enfants zéro-dose et les enfants sous immunisés
- Réaménager les postes de santé qui totalisent un nombre d'enfants zéro-dose assez important pour améliorer l'accueil des femmes (horaire, confort)
- Intégrer d'autres services de la mère et de l'enfant lors des séances de vaccination (pesée, nutrition, dotation de moustiquaires, etc)
- Optimiser la plateforme de vaccination de l'enfant durant la 2^{ème} année de vie pour capter les enfants perdus de vue et les zéro dose

Etablir et/ ou poursuivre des partenariats avec les acteurs du secteur privé pour atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés et les communautés oubliées

- Étendre les prestations de services de vaccination dans les structures du secteur privé, en particulier dans les zones urbaines prioritaires
- Organiser une rencontre pour signer un mémorandum d'entente entre le secteur public et le secteur privé

Renforcer les ressources humaines pour la santé

Objectifs

Activités

Améliorer la répartition et le maintien des agents de santé pour améliorer l'accès équitable aux services de vaccination

- Mettre en place des incitations non financières (par ex. cérémonies de reconnaissance, formelles) pour accroître la motivation et le comportement des ressources humaines pour la santé
- Identifier les manques de personnel de santé dans les localités où résident des enfants zéro dose et sous- vaccinés
- Motiver les ASC les plus performants avec des certificats et une reconnaissance au sein de leur communauté
- Appuyer le déploiement de personnel de santé qualifiés vers les communautés manquées et mal desservies pour la vaccination et la mobilisation communautaire
- Impliquer les communauté dans la recherche de solutions transitoires pour l'affectation de personnels
- Assurer les indemnités de performance du personnel PEV bénévoles au niveau des districts

Améliorer la capacité technique et en gestion des agents de santé en matière de planification, mise en œuvre et suivi des services de vaccination

- Former les responsables de District au leadership, à la prestation de service et à la prise de décision basée sur les données
- Former l'équipe du PEV central et des Points Focaux PEV à la planification stratégique pour consolider les micro-plans des districts et avoir la capacité de coupler la vaccination à des activités d'autres programmes
- Mettre en place un curricula de formation pour les agents de santé et privilégier les formations en ligne

Améliorer la gestion des intrants vaccinaux et la chaîne d'approvisionnement

Objectifs

Activités

Améliorer la conception du système de la chaîne d'approvisionnement des vaccins pour en améliorer l'efficacité et la disponibilité, en particulier dans le dernier kilomètre

- Organiser une réunion d'échange et de plaidoyer entre la CNPEV, les régions et les districts pour le respect du système push-push mis en place
- Mettre en place un système d'allocation des voitures pour assurer l'approvisionnement des districts et postes de santé
- Faire appel à la location de moyens roulants lorsque les véhicules ne sont pas disponibles

Améliorer la gestion des stocks de vaccins et de dispositifs pour éviter les ruptures de stock au niveau des centres de santé

- Procéder au comptage physique des stocks de vaccins et des dispositifs pour éviter les pertes de manière trimestrielle au niveau régional
- Développer et vulgariser des opératoires sur la maintenance préventive dans les structures de vaccination
- Doter les logisticiens régionaux en matériel informatique

Augmenter la capacité et la qualité de stockage et de distribution des vaccins pour améliorer la disponibilité des vaccins, en particulier dans le dernier kilomètre

- Procéder à une extension de la chaîne de froid dans les structures sanitaires se trouvant dans les zones non desservies ou mal desservies ayant un nombre plus significatif d'enfants zéro dose et sous- vaccinés, des communautés manquées et des enfants zéro dose n'offrant pas la vaccination

Améliorer la planification, la coordination et le suivi de la gestion de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux

- Redynamiser le comité logistique au niveau régional pour soutenir le suivi actif des intrants et de leurs pertes et renforcer l'utilisation des données par les agents de santé pour la planification des approvisionnements
- Former les points focaux et les logisticiens PEV sur la maintenance préventive (Formation In Situ) pour sécuriser des réserves de personnel qualifié pour la maintenance préventive
- Former 4 personnes (1 national, 3 régionaux) sur la maintenance curative (formation à l'international) pour sécuriser des réserves de personnel qualifié pour la maintenance curative dans chaque région
- Organiser des supervisions formatives trimestrielles sur la maintenance préventive du niveau national vers les districts

Renforcer la gestion des déchets pour réduire le risque d'infection et/ ou l'impact environnemental

- Former / renforcer des capacités du personnel national et des districts sur les pratiques de gestion des déchets

Renforcer la génération de la demande en impliquant la communauté

Objectifs

Activités

Soutenir le développement des systèmes d'information et de données sociales et comportementales, y compris l'écoute sociale

- Conduire une étude qualitative auprès de la communauté pour comprendre les processus sociaux et comportementaux qui motivent l'acceptation, l'hésitation et le refus de la vaccination en collaboration avec la Direction de la Promotion de la Santé
- Mettre en place et utiliser des systèmes efficaces d'écoute sociale et de surveillance des rumeurs en ligne/hors ligne en collaboration avec la Direction de la Promotion de la Santé
- Etablir les interventions d'écoute sociale en ligne et hors ligne pour comprendre les croyances, les perceptions et les intentions relatives à la vaccination en collaboration avec la Direction de la Promotion de la Santé

Renforcer le partenariat avec les acteurs locaux et communautaires pour améliorer la demande de la vaccination

- Doter les représentants des ASC dans chaque district et les ASC dans les districts identifiés comme prioritaires en motos pour faciliter la recherche des enfants et la mobilisation des parents
- Engager des influenceurs de confiance, notamment des leaders traditionnels et confessionnels, des mères leaders, des agents de santé communautaires et des maires, pour lutter contre la réticence à la vaccination et la faible confiance dans les zones où elles ont été identifiées comme étant un obstacle à la prise des vaccins
- Contractualiser avec les médias communautaires pour le renforcement de la mobilisation sociale (nouveau genre : émissions et journées participatives dans les postes de santé, jeux concours, témoignages)

Concevoir et mettre en œuvre des interventions pour le changement social et comportemental

- Faire une cartographie dynamique des refus à la vaccination et mettre en œuvre en œuvre des stratégies de communication adaptées et incluant les mères leader, le comité villageois, les leaders religieux et les ASC
- Impliquer la communauté dans la recherche des solutions durables et concevoir les interventions pour le changement social et comportemental
- Contractualiser avec les OSC l'organisation de sessions de sensibilisation des encadreurs pédagogiques (inspecteurs, conseillers pédagogiques, et enseignants coraniques) sur l'importance de la vaccination dans les zones mal desservies et comportant un nombre important de zéro-dose

Renforcer la capacité à concevoir, mettre en œuvre, suivre et/ ou évaluer les activités de génération de la demande à tous les niveaux

- Cartographier les OSC, les organisations communautaires féminines, les organisations confessionnelles et les acteurs locaux clés, en particulier dans les zones avec un nombre élevé d'enfants zéro dose, pour la génération de la demande
- Renforcer les capacités des ASC, OSC et agents en communication interpersonnelle pour l'atteinte des enfants zéro-dose
- Doter les ASC en supports de communication en langue nationale (boîte à image, etc)
- Former les acteurs communautaires (et OSC si nécessaire) en facilitation et animation d'ateliers
- Former les responsables de District au leadership, à la prestation de service et à la prise de décision basée sur les données
- Doter les comités villageois de moyens et d'outils pour éduquer les parents sur le respect du calendrier vaccinal pour une immunisation complète et les conservations des cartes de vaccin
- Organiser trimestriellement des réunions de monitoring des activités de vaccination dans les mairies des districts prioritaires (5) avec la participation des ASC, des comités villageois, des maires, des acteurs éducatifs

Améliorer la gouvernance, politique et planification stratégique

Objectifs

Activités

Renforcer la capacité des organes de gouvernance/ techniques en planification, coordination et suivi des progrès à tous les niveaux, en particulier pour atteindre les enfants zéro dose

- Organiser des réunions mensuelles de monitoring des données entre l'équipe PEV district et les ASC, services de santé, Médecin-chef district, un agent de la préfecture et les présidents des Comité Villageois pour une triangulation des données de vaccination et des registres de naissance afin d'identifier les enfants zéro-dose et/ou manqués
- Organiser des sessions de triangulation, de validation et d'analyses des données mensuelles au niveau régional et de redistribution des enfants hors zone
- Organiser sous le lead du PEV des réunions trimestrielles regroupant les DRS et les médecins chef district et les Responsables PEV dans les CSD à présenter leurs performances et les difficultés en impliquant les partenaires de l'Alliance
- Inviter les DRS à présenter les performances de leurs programmes de vaccination, y compris leurs nombres d'enfants zéro-dose et sous immunisés dans les sessions de CCIA pour une meilleure appropriation

Renforcer les systèmes de suivi et de gestion des performances du programme à tous les niveaux

- Introduire dans le tableau de bord programmatique les indicateurs sur l'atteinte des enfants zéro dose et sous immunisés
- Mettre en place un système de suivi du nombre de séances de vaccination organisées et le nombre d'enfants atteints, y compris la réduction du nombre d'enfants zéro dose et analyser leurs efficacités
- Doter au PEV des outils de gestion de projets et les former pour un meilleur suivi du programme

Faire évoluer les politiques pour une meilleure offre de service

- Organiser deux forums nationaux entre ministère de la santé, de l'éducation nationale, la jeunesse et des sports pour discuter sur l'obligation de la présentation du carnet de vaccination pour accéder aux crèches, maternelles et écoles élémentaires
- Elaborer des directives pour l'ouverture des flacons de vaccins BCG et RR à chaque contact
- Mettre en œuvre le paquet de service des ASC en collaboration avec la Direction de la Promotion de la Santé, les autres programmes et les partenaires techniques et financiers
- Optimiser les incitations financières des agents de santé communautaire en mettant en place un fond commun en collaboration avec les partenaires techniques et financiers sous le leadership de la Direction de la Promotion de la Santé

Améliorer la disponibilité et l'utilisation des données, le suivi et l'apprentissage

Objectifs

Activités

Améliorer la capacité, les outils, la production de données factuelles et/ ou les systèmes de suivi et d'apprentissage liés à l'utilisation des données, en particulier au niveau infranational

- Mettre en place l'approche registre de vaccination communautaire pour recenser les enfants de 0 à 5 ans et faire le suivi du statut vaccinal
- Mettre en place un registre de vaccination électronique au niveau opérationnel et qui sera interfacée au tableau de bord au niveau central
- Mettre en place un système de rappel vaccinal par sms/appel en impliquant les ASC, les mères leader et le comité villageois
- Assurer le feedback aux régions, aux districts sur la base de procès verbaux des réunions et des mesures prises
- Planifier et piloter l'utilisation de la modélisation géostatistique au niveau infranational

Renforcer les systèmes d'information pertinents pour l'identification et l'atteinte des enfants zéro dose et sous-vaccinés

- Etablir la liste des absents à la vaccination du mois en cours et les enfants à vacciner le mois à venir à l'issue de chaque réunion mensuelle et les partager systématiquement aux agents de santé communautaire, OSC et comités villageois
- Assurer un forfait de déplacements des ASC pour l'enregistrement des naissances/décès au niveau communautaire, le reportage des migrations des parents vers les autres îles ainsi que le suivi et la recherche des ZD et perdus de vue
- Doter les ASC et les agents de santé en crédit de communication pour la remontée des données communautaires vers des CSD et le rappel vaccinal
- Mettre en œuvre des mini-enquêtes trimestrielles ciblées sur les 5 districts qui regroupent le plus grand nombre d'enfants zéro dose/sous vaccinés

Les contraintes liées aux exigences et au budget limité du FAE ont amené le Comité de suivi à prioriser les activités pour en retenir celles qui présentent plus de valeur ajoutée. Les autres activités seront reversées dans la Stratégie Nationale de vaccination. Le fonds RSS ou d'autres fonds venant des différents partenaires pourront être utilisés. Les activités retenues sont listées et détaillées dans le template de la théorie du changement.

SIGNATURE DU MINISTRE DE LA SANTÉ

Nom :	Loub Yakou Attoumame
Signature :	
Date :	de 13/08/2021

