

Rapport d'évaluation finale, Approche Surge dans le cadre de la Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aigüe (PCMA) :

Tahoua, Niger

Préparé par Erin McCloskey pour Concern Worldwide

Septembre 2019



Ce rapport a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Son contenu est sous la responsabilité de Concern Worldwide et ne reflète pas nécessairement le point de vue de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis d'Amérique.

Tables des matières

1. INTRODUCTION	3
1.1. L'APPROCHE CMAM SURGE	3
1.1.1 <i>Principes et objectifs de l'approche Surge</i>	3
1.1.2 <i>Composantes de l'approche Surge</i>	3
1.3 RESUME DE L'APPROCHE CMAM SURGE AU NIGER	4
1.4 NIGER : INFORMATIONS GENERALES	6
2. OBJECTIFS ET PORTEE DE L'EVALUATION	8
2.1 OBJECTIFS	8
2.2 METHODOLOGIE	9
2.3 CADRE ANALYTIQUE	11
2.4 LIMITATIONS DE L'EVALUATION	11
3. DESCRIPTION DES DONNEES SUR LES ADMISSIONS POUR MALNUTRITION DANS LES FORMATIONS SANITAIRES	12
3.1 TENDANCES DES ADMISSIONS - CRENAS	12
3.2 TENDANCES DES ADMISSIONS - CRENI	15
3.3 CONCLUSION SUR LES TENDANCES EN MATIERE D'ADMISSIONS - CRENAS ET CRENI	16
4. EFFICACITE	17
5. IMPACT	26
6. EFFICIENCE	34
8. ACCEPTATION/PERTINENCE	35
8. DURABILITE	39
9. CONCLUSION	43
10. ANNEXES	46
ANNEXE 1	46
ANNEXE 2	47
ANNEXE 3	48
ANNEXE 4	49

1. Introduction

1.1. L'approche CMAM Surge

1.1.1 Principes et objectifs de l'approche Surge

L'approche Surge pour la Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë (PCMA), reconnue par son nom en anglais "Community Management of Acute Malnutrition (CMAM) Surge" au Niger, se veut avant tout une initiative de renforcement des systèmes de santé au niveau local. CMAM Surge est destiné à favoriser une meilleure anticipation, préparation, adaptation et rebondissement face aux pics périodiques de la demande de services de prise en charge de la malnutrition aiguë. L'approche CMAM Surge vise ainsi à améliorer l'efficacité, l'efficience et l'équité des services de PCMA sans miner la capacité et la responsabilité des acteurs gouvernementaux de la santé et sans nuire aux autres services.

Concern a mis en œuvre l'approche CMAM Surge au Kenya, en Ouganda et au Niger, et a récemment commencé sa mise en œuvre au Burundi, au Tchad, en Éthiopie et au Pakistan. En Afrique de l'Ouest, plusieurs ONG ont commencé, ou sont sur le point de commencer sa mise en œuvre. Ces organisations sont en grande partie financées par ECHO ou OFDA et comprennent des ONG opérant au Mali, au Niger, au Burkina Faso, au Tchad, au Sénégal, en Mauritanie et au Cameroun.

L'approche sur le plan mondial de CMAM Surge est assez récente. En effet les premiers projets pilotes ont été réalisés dans le nord du Kenya et dans l'est de l'Ouganda à partir de 2012. Le Niger a suivi en 2014 avant que d'autres pays ne l'intègrent à leurs programmes à partir de 2016. Les évaluations de la mise en œuvre au Kenya et en Ouganda ont été très concluantes et cette évaluation pour le Niger, complétée par une évaluation similaire en Éthiopie, vise à enrichir la base de données au niveau mondial.

1.2.2 Composantes de l'approche Surge

L'approche CMAM Surge est une approche par étapes avec un déroulé pouvant être apprécié dans la figure 1.

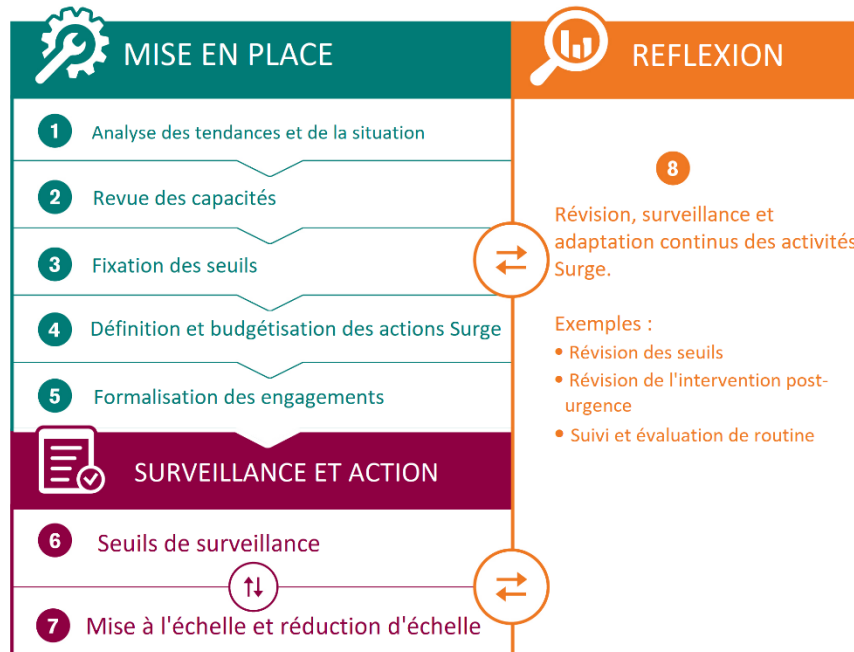


Figure 1. Étapes de l'Approche CMAM Surge

L'étape 1 comprend l'analyse des tendances de la malnutrition aiguë et d'autres morbidités infantiles clé telles que la diarrhée, le paludisme et la pneumonie. Ces tendances sont comparées à un calendrier des saisons et des événements locaux afin de discuter de ce qui motive ces prévalences clé.

A **L'étape 2**, le centre de santé se penche sur sa propre capacité à faire face à l'augmentation du nombre de cas et à l'évolution de la charge de travail. Dans ce cas, la capacité devra englober les ressources humaines (et leurs fluctuations), les compétences, l'infrastructure et l'équipement. Les seuils sont fixés à **L'étape 3**. Il s'agit des seuils fixés en fonction du nombre de nouvelles admissions de malnutrition aiguë sévère (MAS) au-delà desquels des mesures internes ou un appui externe sont nécessaires pour maintenir la qualité du service. Les seuils sont classés par catégorie : normaux, alerte, sérieux et urgence.

L'étape 4 consiste à définir et à chiffrer les coûts des actions Surge à mettre en œuvre lors du franchissement de chaque seuil.

A **L'étape 5**, les engagements nécessaires à la formalisation des actions définies à l'étape 4 sont développés. Cela comprend les engagements que la structure exige de toutes les parties prenantes, telles que les structures communautaires et les autorités locales, sanitaires et d'autres partenaires tels que les ONG.

Le suivi des admissions par rapport aux seuils est **L'étape 6** et se fait sur une base hebdomadaire ou mensuelle. **L'étape 7** est déclenchée lorsqu'un seuil est franchi et implique une mise à l'échelle mais aussi une réduction des actions de Surge, selon le cas. L'approche Surge se veut itérative et adaptative, et la réflexion et la revue périodiques des seuils et des mesures à prendre constituent **L'étape 8**.

1.3 Résumé de l'approche CMAM Surge au Niger

Depuis 2005, Concern apporte un appui à la nutrition dans la région de Tahoua, au Niger. Dans un premier temps, cet appui s'est fait sous la forme de sites mobiles, ayant été directement mis en œuvre par les équipes de Concern. A partir de 2009, une nouvelle approche a été adoptée et Concern a commencé à travailler avec le Ministère de la Santé pour intégrer la prise en charge de la malnutrition aiguë dans les prestations de services de santé de routine. Concern travaille principalement dans deux districts sanitaires de la région de Tahoua, notamment dans la commune de Tahoua (un district urbain/péri-urbain) et dans le département de Tahoua (district rural).

Concern a introduit l'approche Surge en 2014, en commençant par 11 centres de santé ainsi que le Centre de récupération nutritionnelle intensive (CRENI) de l'hôpital régional de Tahoua. Cependant, l'approche n'a pas été maintenue dans les centres de santé en raison d'un manque de supervision et de soutien adéquats. La seule exception a été le CRENI, qui a mis en œuvre l'approche Surge de façon constante depuis 2014. Le concept a été relancé et renforcé en 2016 et depuis il y a eu un élargissement progressif avec la réalisation en 2018, d'une couverture complète des deux districts sanitaires que Concern soutient dans la région (10 sites en 2016, 11 sites en 2017 et les 19 autres centres ainsi que le deuxième centre de stabilisation en 2018, voir tableau 1 avec plus de détails en annexe 1). Toutefois, dans cette évaluation, seuls 13 sites sont pris en compte dans l'analyse de 2018, car les six sites restants n'ont commencé à mettre en

œuvre l'approche Surge qu'à la fin de 2018 et ne disposent donc pas de données suffisantes.¹. Actuellement, toutes les structures de santé mettant en œuvre Surge dans la région de Tahoua au Niger sont soutenues par Concern. En plus de soutenir les établissements sanitaires, Concern soutient également les postes sanitaires (*les cases de santé*). Les postes sanitaires sont rattachés aux établissements sanitaires et offrent un ensemble de soins de base plus étoffé. Il est important de remarquer que des postes sanitaires offrent des services de gestion de la malnutrition aiguë. Toutefois aucun poste sanitaire n'applique actuellement l'approche Surge.

Tableau 1. Récapitulatif du nombre d'établissements sanitaires ayant commencé l'approche Surge, annuellement

District Sanitaire	Débuté en 2016	Débuté en 2017	Débuté en 2018	Combiné
Urbain (Commune)	3	3	3	9
Rural (Département)	7	8	16	31
Hôpitaux	1 (2014)	1		2
TOTAL	10	11	19	42

Dans le cadre de l'approche Surge, au Niger, Concern se focalise sur l'appui au renforcement des capacités des intervenants Surge, sur le soutien au processus de mise en œuvre de Surge au niveau des formations sanitaires mais aussi sur le suivi de la qualité du programme de PCMA en collaboration avec le personnel sanitaire du district. Pour la PCMA en général, Concern se concentre sur tous les aspects de l'amélioration de la qualité, le soutien étant en grande partie de nature technique. Il s'agit par exemple de formations professionnelles et de supervision conjointes. Les superviseurs de Concern sont responsables du suivi et de l'appui à la mise en œuvre ainsi que de la qualité de l'approche Surge et de la PCMA dans un groupe d'établissements sanitaires. Bien que les superviseurs soient censés appuyer la mise en œuvre des actions Surge en tant que mentors, en raison de leurs horaires de travail chargés, ils n'étaient pas nécessairement présents pour le déploiement de chacune des étapes Surge dans tous les établissements dont ils sont responsables. Outre l'appui technique, Concern fournit régulièrement un appui logistique pour la mise à disposition d'Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) aux établissements sanitaires vu que le district a une capacité logistique limitée. Bien que les districts soient désormais chargés de faire les commandes des stocks d'ATPE directement auprès de l'UNICEF, Concern aide le district à plaider en faveur d'un approvisionnement supplémentaire lorsqu'ils reçoivent des quantités insuffisantes. Pour la prochaine phase de la programmation, le rôle de Concern dans l'approche Surge s'étendra à inclure des actions de coordination, à plaider au niveau national, ainsi qu'un soutien pour la mise à niveau de la part d'autres partenaires.

Actuellement, Concern Niger offre la mise en œuvre la plus avancée d'une approche de type Surge dans la région. Il est donc primordial de documenter et de partager les enseignements avec les autres pays d'Afrique de l'Ouest, où l'approche CMAM Surge est mise en œuvre à grande

¹ Ces 6 sites sont des infrastructures sanitaires nouvellement construites (Bagga, Birawa Inkafi, Dajin Saka, Danfa, Kolkolie, and Takoussa)

échelle, en grande partie grâce au financement d'ECHO. Par ailleurs, grâce au financement de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID/OFDA), Concern a initié des évaluations de l'approche CMAM Surge au Niger et en Éthiopie. Les évaluations sont axées sur la compréhension de l'efficacité, de l'impact, de l'efficacité, de la pertinence et de la durabilité de l'approche. En complément, Concern a également commissionné une analyse coût-efficacité de l'approche Surge dans chaque pays.

1.4 Niger : informations générales

Le Niger est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest dont plus de 80% des terres sont couvertes par le désert du Sahara. Le Niger est le cinquième pays le plus pauvre du monde² et, en 2016, il était classé 187^e sur 188 pays selon l'indice de développement humain des Nations Unies³. Avec près de 4 %, le Niger a l'un des taux annuels de croissance démographique les plus élevés au monde. Le climat de la région est sahélien tandis que les principaux moyens de subsistance sont l'élevage /nomade dans le nord de la région, une ceinture agropastorale au nord de la ville de Tahoua avec une petite partie au sud-ouest de la ville, mais aussi la culture du mil et du sorgho au sud de Tahoua⁴ (voir figure 2 ci-dessous).

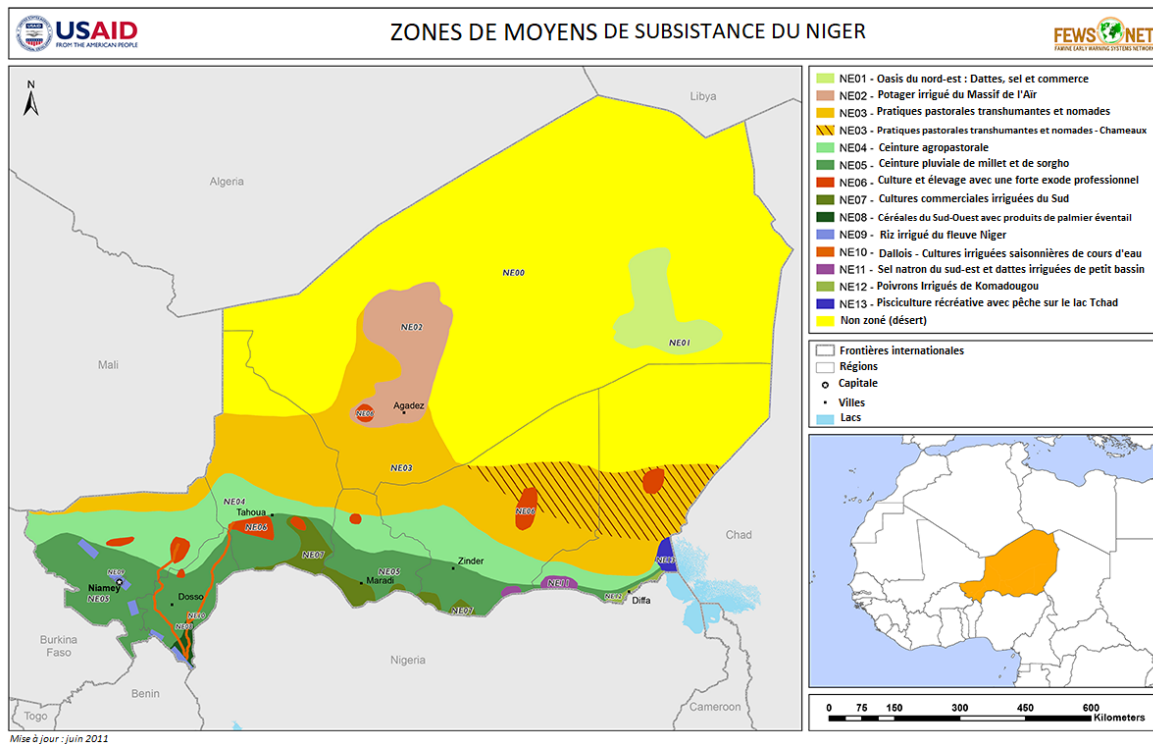


Figure 2. Zones de moyens de subsistance au Niger (FEWS NET/USAID)

² Global Finance Magazine (February 2017). The Worlds Richest and Poorest Countries.

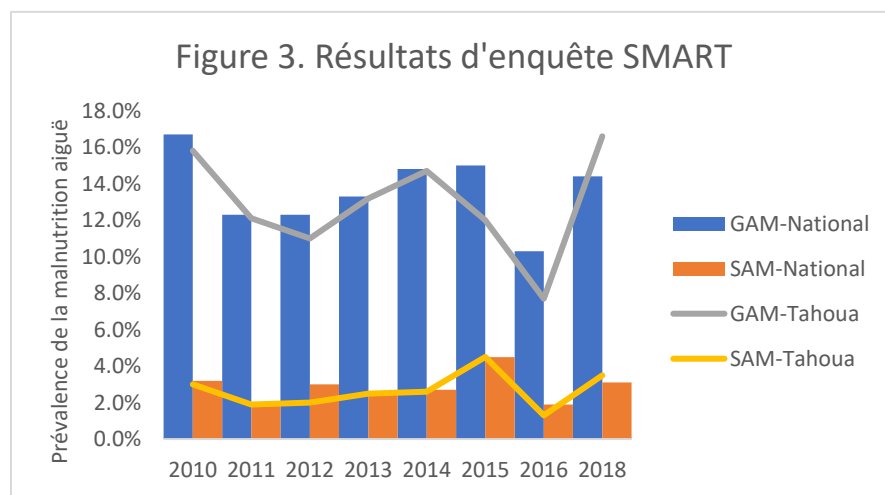
<https://www.gfmag.com/global-data/economic-data/worlds-richest-and-poorest-countries>

³ UNDP (2016). Human Development Report 2016. <http://hdr.undp.org/en/2016-report>

⁴ FEWSNET/USAID Niger Livelihood Zones. <http://fews.net/west-africa/niger/livelihood-zone-map/august-2011>

Si l'on considère les indicateurs de bien-être économique, la région de Tahoua se comporte mal par rapport au reste du Niger, qui est déjà l'un des pays les plus pauvres du monde. Dans une enquête à indicateurs multiples réalisée en 2012⁵, la région de Tahoua avait les pires indicateurs du bien-être économique de l'ensemble du pays, 50 % de la population se situant dans les deux quintiles de richesse les plus faibles. La même enquête indique que 88,7% des femmes et 72,6% des hommes de la région n'ont pas d'éducation formelle, ce qui est le taux le plus bas du pays. La région de Tahoua est en proie à la malnutrition aiguë et à une forte prévalence de la morbidité, en particulier le paludisme. Les tendances à long terme de l'enquête SMART sont illustrées à la figure 3 (à noter qu'il n'y a pas eu d'enquête SMART en 2017). Si 2016 semble avoir la prévalence la plus faible depuis 2010, 2018 a eu la prévalence la plus élevée, au moins pour la région de Tahoua. Les tendances des admissions au centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition sévères (CRENAS) ne reflètent pas les fluctuations apparentes de la MAG et de la prévalence de la MAS ; pour plus de détails, voir la section 3.

La prévalence de la malnutrition aiguë serait élevée en 2018 en raison de divers facteurs, dont les fortes pluies, qui ont entraîné une saison du paludisme particulièrement intense. Au Niger, le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, et la région de Tahoua affiche les taux les plus faibles d'utilisation des antipaludiques chez les jeunes enfants du pays.⁶



Le calendrier saisonnier, combiné pour différentes zones de moyens de subsistance pour le Niger peut être vu dans la figure 4 ci-dessous. Il montre clairement les saisons creuses théoriques, toutefois la saison du paludisme qui coïncide avec la saison des pluies semble avoir une influence significative sur la prévalence de la sous-nutrition dans la région de Tahoua.

⁵ Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, 2013. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

⁶ Ibid

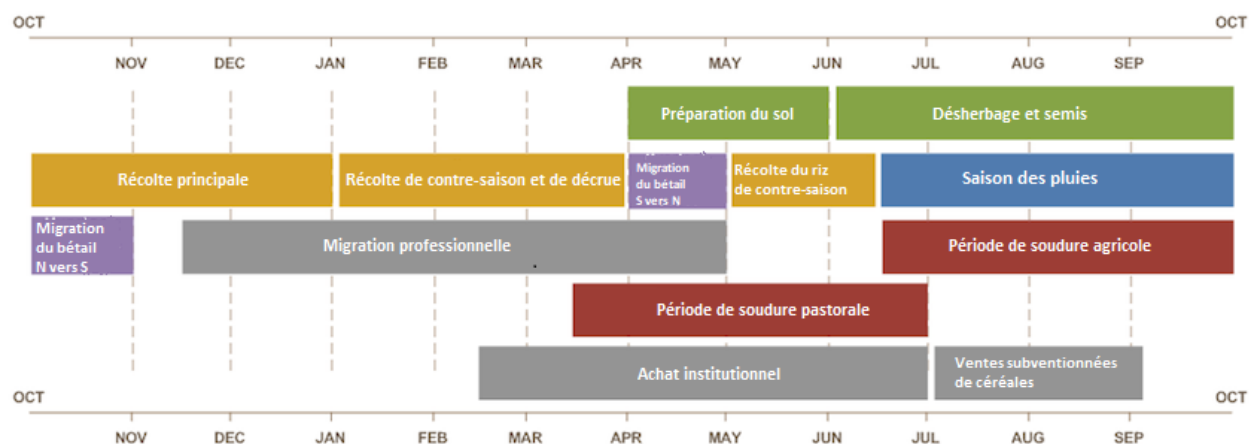


Figure 4. Calendrier saisonnier du Niger (FEWSNET)⁷

Les mouvements de la population influencés par les moyens de subsistance, observés par Concern dans leur zone de programme comprennent les mouvements vers l'extérieur pendant les saisons de semence et de récolte et les mouvements vers l'intérieur pendant la saison des pluies. Cette tendance est constatée dans les données sur les admissions pour le Centre de Stabilisation et les CRENAS du district sanitaire urbain et est examinée à la section 3.

2. Objectifs et portée de l'évaluation

2.1 Objectifs

La principale question d'évaluation est la suivante : l'approche CMAM Surge peut-elle renforcer la capacité du système de santé à gérer l'augmentation périodique du nombre de cas de malnutrition aiguë et d'autres maladies infantiles pertinentes pendant un choc ou un stress tout en maintenant la qualité du service d'une manière durable et acceptable aussi bien pour les utilisateurs que pour les prestataires de services ?

Les objectifs proposés de l'évaluation sont les suivants :

1. Evaluer la pertinence et l'acceptabilité de l'approche CMAM Surge dans le contexte nigérien et identifier les éventuelles adaptations supplémentaires nécessaires
2. Evaluer dans quelle mesure l'approche CMAM Surge a été mise en œuvre comme prévu/envisagée conformément au guide universel, afin de saisir toutes les adaptations spécifiques au Niger et d'identifier où d'autres adaptations pourraient s'avérer nécessaires.
3. Évaluer l'efficacité de l'approche dans la protection de la qualité des services de prise en charge de la malnutrition aiguë et d'autres maladies infantiles pertinentes (notamment le paludisme, la pneumonie et la diarrhée) lors des augmentations périodiques du nombre de cas (ou potentiellement d'autres chocs ou stress prévisibles pour le système de santé) sans avoir un impact négatif sur les autres services dans ce contexte.

⁷ <http://fews.net/file/87829>

4. Évaluer l'impact plus large et la durabilité de l'approche CMAM Surge dans le contexte nigérien, en particulier en termes de son intégration dans les structures et processus existants du système de santé et d'autres mécanismes gouvernementaux, de la société civile ou des donateurs pertinents pour les actions d'urgence et de développement, et les signes d'un impact plus large obtenu pendant la période de mise en œuvre ou un impact potentiel si celui-ci était renforcé, ainsi que les effets négatifs potentiels.
5. Évaluer l'efficacité de l'approche telle que mise en œuvre dans le contexte nigérien et à la lumière de l'analyse coût-efficacité entreprise parallèlement à la mise en œuvre et à l'évaluation par une équipe de consultants distincte.

2.2 Méthodologie

L'objectif initial de l'évaluation était d'effectuer une comparaison des établissements de santé avant la mise en place de l'approche CMAM Surge (évaluation rétrospective de 2017) et après (évaluation en temps réel en 2018). Toutefois, la réalité de la mise en œuvre et l'environnement opérationnel et de sécurité ne l'ont pas totalement rendu possible. Plusieurs sites étaient assez éloignés de la ville de Tahoua et les règles de sécurité de Concern ne permettent pas au personnel expatrié de passer la nuit sur le terrain, ce qui signifie que plusieurs de ces sites sont restés inaccessibles au consultant. Bien que la comparaison en tant que telle ne soit pas nécessairement possible, les données ont été exploitées pour faire ressortir un contraste entre 2017 et 2018. En plus, la mise en œuvre de l'approche CMAM Surge n'a pas eu lieu à un moment précis en 2017 ou 2018, mais a été un déploiement progressif dans les institutions sanitaires concernées.

La collecte des données s'est déroulée en une série de phases et de processus. Cela inclut :

- **Revue de la littérature.** Une revue des informations de base sur Tahoua, le Niger, ainsi que l'histoire de Concern dans la région. Cette revue a été effectuée par le consultant en évaluation externe.
- **Examen des données.** Le consultant externe a procédé à un examen de toutes les données disponibles relatives aux sites PCMA de Tahoua à partir de 2014, en compilant une base de données pour comparer et contraster les statistiques. Les données de mai 2014 à décembre 2018 ont été utilisées dans l'analyse des données du centre de stabilisation (CRENI). Pour les CRENAS, certaines analyses des tendances générales à plus long terme ont utilisé des données de mai 2014 à décembre 2018, cependant pour ce qui est de l'analyse de l'impact de Surge, seules les données de janvier 2016 à décembre 2018 ont été utilisées.
- **Évaluation de base (Collecte de Données Digitales).** Ce travail a été effectué par Concern et comprenait les outils énumérés à l'annexe 2. L'évaluation de base devait être réalisée en janvier 2018, mais elle a été reportée à mars 2018 en raison de problèmes de traduction des questionnaires et de téléchargement des questionnaires dans les tablettes de collecte des données.
- **Visite sur le terrain à mi-parcours.** Le consultant chargé de l'évaluation externe a effectué une série de visites de terrain sur les sites qui ont mis en œuvre l'approche Surge et sur plusieurs sites qui ne l'ont pas mise en œuvre. Les sites visités figurent à l'annexe 3. Le

but des visites sur le terrain pendant l'évaluation à mi-parcours était de cerner les différences entre les sites qui ont mis en œuvre Surge et ceux qui ne l'ont pas fait.

- **Séance d'apprentissage au Niger.** Lors de la visite à mi-parcours, le consultant externe a organisé une séance d'apprentissage pour aider les parties prenantes à identifier les principales leçons apprises du programme ainsi que les prochains objectifs stratégiques de l'approche Surge au Niger. L'équipe de Surge au Niger (comprenant les personnels du Ministère de la Santé et de Concern) organise une revue annuelle d'apprentissage, et les informations de la plus récente ont été revues avant de commencer cette session afin de d'éviter les duplications. Les résultats de la séance d'apprentissage ont été intégrés aux recommandations du présent rapport.
- **Atelier régional d'apprentissage.** En septembre 2018, le consultant externe a animé un atelier à Niamey, au Niger, à l'intention des partenaires d'Afrique francophone qui mettent en œuvre (ou qui mettront bientôt en œuvre) l'approche Surge. L'objectif de l'atelier était d'extraire et de partager ce que chaque programme national avait appris de la mise en œuvre de l'approche Surge. Un rapport d'atelier spécifique est disponible pour ce composant.
- **Visite-terrain de clôture.** En décembre 2018, le consultant externe s'est de nouveau rendu à Tahoua Niger pour les visites de clôture. L'intention initiale de la visite de clôture était de comparer les structures sanitaires qui avaient mis en œuvre Surge en 2017 à celles qui avaient commencé en 2018. Cependant, cela n'a pas été réalisable en raison des restrictions de sécurité qui limitent le temps passé sur le terrain. Au lieu de cela, la visite sur le terrain s'est concentrée sur les sites qui avaient connu une augmentation du nombre de cas. La comparaison des sites de 2017 et 2018 a été réalisée en examinant les données.
- **Évaluation finale (Collecte de Données Digitales).** Cette évaluation est un suivi de l'évaluation de base et a pour but d'établir un contraste afin d'identifier des changements avec la mise en œuvre de l'approche Surge.
- **Analyse coût-efficacité.** L'analyse coût-efficacité a été effectuée par un groupe de consultants séparé. Le rapport final a été examiné et les principaux messages pertinents à l'évaluation ont été inclus dans le présent rapport.
- **Atelier de dissémination.** En juin 2019, à Niamey, Concern a organisé un atelier de dissémination afin de partager les résultats des évaluations, de donner du temps pour les questions et d'assurer un processus consultatif pour l'élaboration des recommandations clés.

Diverses informations quantitatives et qualitatives ont été utilisées dans l'évaluation, comme indiqué à l'annexe 2.

Au cours des visites de terrain intermédiaires et finales, le consultant externe a mené des entretiens avec les volontaires communautaires (intitulé Relais Communautaires ou RCom), le personnel des formations sanitaires, les responsables du District Sanitaire (DS), de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP), de la Direction de la Nutrition (DN) et autres acteurs concernés. L'échantillonnage était de nature intentionnelle et visait à inclure une grande

diversité d'acteurs impliqués dans Surge dans les districts identifiés et aux niveaux régional et national.

Le rapport d'évaluation final utilise une matrice de résultats d'évaluation (tableau 2) pour fournir un classement général ainsi qu'un classement par domaine de critères dans le cadre analytique (voir le cadre analytique à la section 2.3 ci-dessous). Cela permet de bien comprendre le fonctionnement du programme en fonction des critères d'évaluation individuels et de fournir une évaluation globale. Les scores finaux des critères ont été éclairés par une synthèse de tous les processus de collecte de données.

Tableau 2. Matrice d'évaluation (1=Faible, 5=Élevé(e))

Critères	Cote d'évaluation					Justification
	1	2	3	4	5	
Efficacité						
Impact						
Efficienne						
Acceptation/Pertinence						
Durabilité						

2.3 Cadre analytique

Un cadre analytique a été élaboré à partir des critères d'évaluation du CAD, et tous les processus de collecte de données ont été mis à profit pour évaluer dans quelle mesure chacun des critères a été respecté. Le cadre analytique complet avec les questions de recherche se trouve à l'annexe 4.

2.4 Limitations de l'évaluation

L'une des principales limites de l'évaluation est que les sites de la région de Tahoua soutenus par le projet Concern disposaient déjà d'assez bons indicateurs de qualité de service PCMA (critères de sortie) avant la mise en œuvre de l'approche Surge. Par conséquent, la capacité d'évaluer quantitativement l'impact de l'approche Surge sur la qualité en tenant compte des critères de décharge CRENAS est limitée, car elle tente d'améliorer quelque chose qui est déjà bon.

Plusieurs contraintes opérationnelles ont été rencontrées par le programme appuyé par Concern dans la région de Tahoua au cours de la période d'évaluation. Il y a eu un problème considérable de disponibilité d'ATPE dans la région de Tahoua en 2018, en raison d'une commande incorrecte des autorités régionales et d'un manque de fonds pour se procurer des stocks supplémentaires, ce qui a entraîné une grave rupture au niveau de l'approvisionnement. De plus, la fin de 2017 et les six premiers mois de 2018 ont également été marqués par une grève importante des infirmières (plus de 90 % du personnel infirmier), ce qui a affecté la capacité des établissements sanitaires à atteindre des niveaux typiques de nouvelles admissions. De plus, dans la région de Tahoua, il y a une réaffectation fréquente du personnel de santé et il est donc difficile de savoir quel personnel était présent dans les établissements au moment de l'augmentation des cas. En

outre, la collecte de données dans la région de Tahoua est complexe, les longues distances et l'insécurité limitant l'accès, en particulier pour le personnel expatrié.

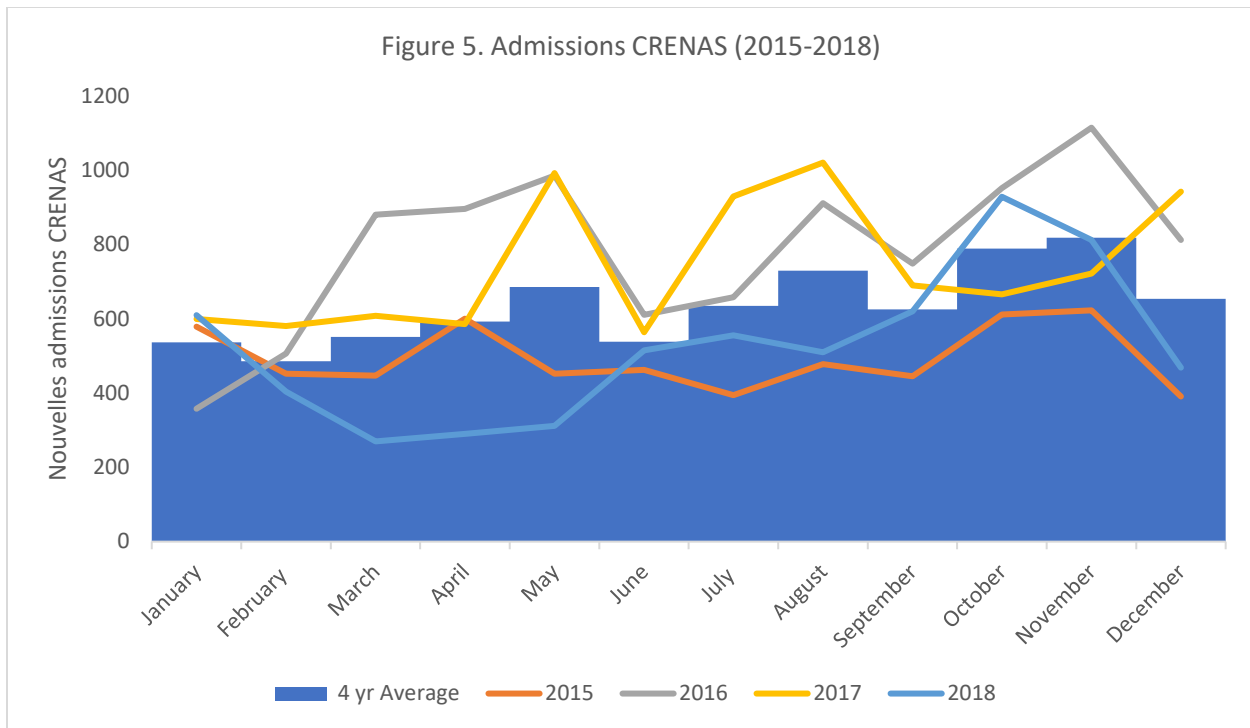
Il y avait des contraintes particulières liées à la mise en œuvre de l'évaluations de base et de l'évaluation finale dirigées par Concern. Il s'agissait notamment de retards dans la traduction des questionnaires (de l'anglais vers le français) et de contraintes techniques liées au téléchargement des questionnaires dans les tablettes de collecte de données digitales. En outre, au moment de la collecte des données de base, la fréquentation aux centres sanitaires était particulièrement faible en raison d'une rupture de stock des ATPE. De ce fait, la taille de l'échantillon pour les observations des consultations MAS et les entretiens avec les soignants est bien inférieure à l'effectif visé de 102 enfants. En fin de compte, les énumérateurs ont pu observer un total de 13 consultations de MAS dans huit établissements et interroger 21 soignants dans cinq établissements sanitaires. La taille de l'échantillon au cours de l'évaluation finale était significativement meilleure avec entre 93 et 100 % de l'échantillon visé par l'enquête. Toutefois, il est difficile de comparer les résultats de référence aux résultats finaux.

3. Description des données sur les admissions pour malnutrition dans les formations sanitaires

Les données incluses dans l'analyse concernent les CRENAS et un CRENI de deux districts sanitaires de la région de Tahoua au Niger, qui sont soutenus par Concern. Les deux districts sanitaires sont la Commune de Tahoua qui est un district urbain et périurbain et le Département de Tahoua qui est un district sanitaire rural.

3.1 Tendances des admissions - CRENAS

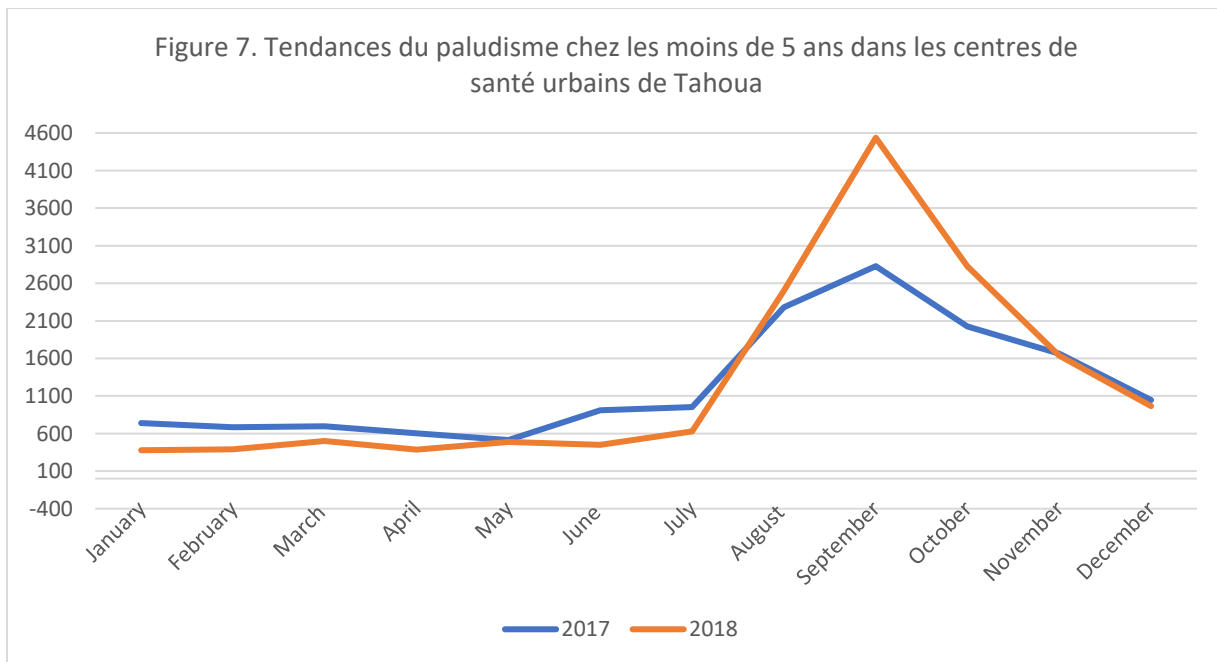
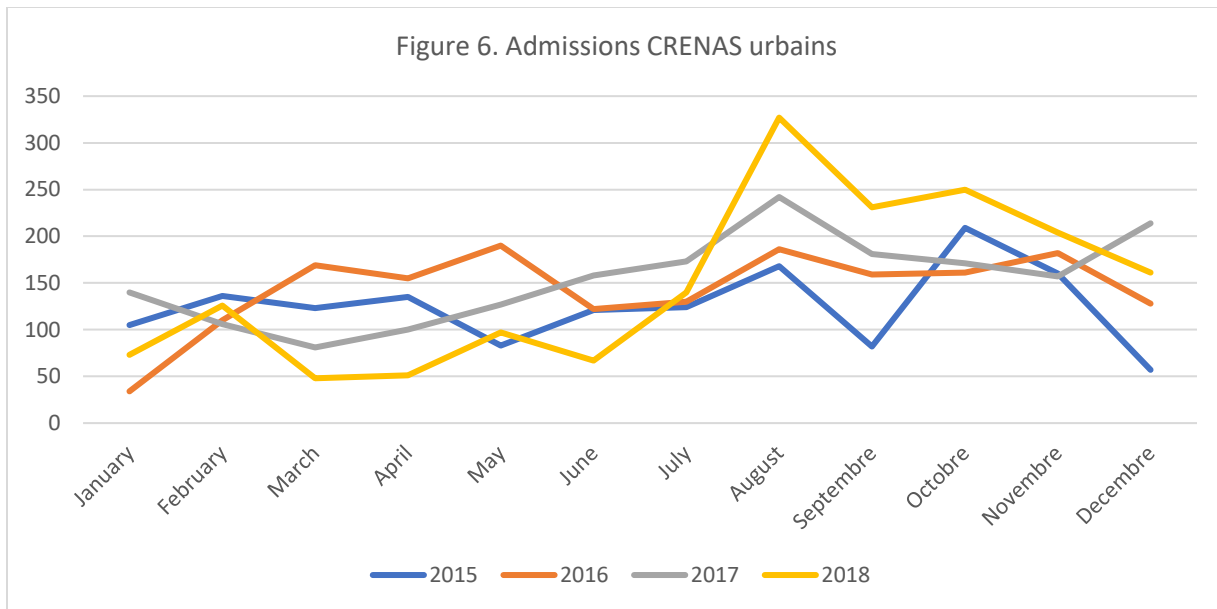
Pour les CRENAS dans la région de Tahoua, les données de 2015 à 2018 ont été analysées et sont présentées à la figure 5. Ainsi, les tendances les plus marquées en matière d'admissions ont été observées en 2016, ce qui s'expliquerait par : une intensification du dépistage communautaire grâce à un investissement plus important dans l'engagement de la communauté (réduit par la suite en raison d'une décision politique) ; l'absence de grève du personnel des établissements sanitaires ; et des ATPE et autres approvisionnements adéquats. Il est intéressant de noter que cela contraste avec les résultats de l'enquête SMART, qui indiquent que 2016 avait la plus faible prévalence de MAG et de MAS depuis 2010 (voir figure 3 à la section 1.4). Cependant, les données de l'enquête SMART pour la région de Tahoua incluent un certain nombre d'autres districts sanitaires dans lesquels Concern n'opère pas. Dans l'ensemble, cela indique l'importance des questions systémiques par opposition aux questions externes qui influent sur le nombre de cas de MAS ou sur la charge de travail dans les établissements sanitaires.



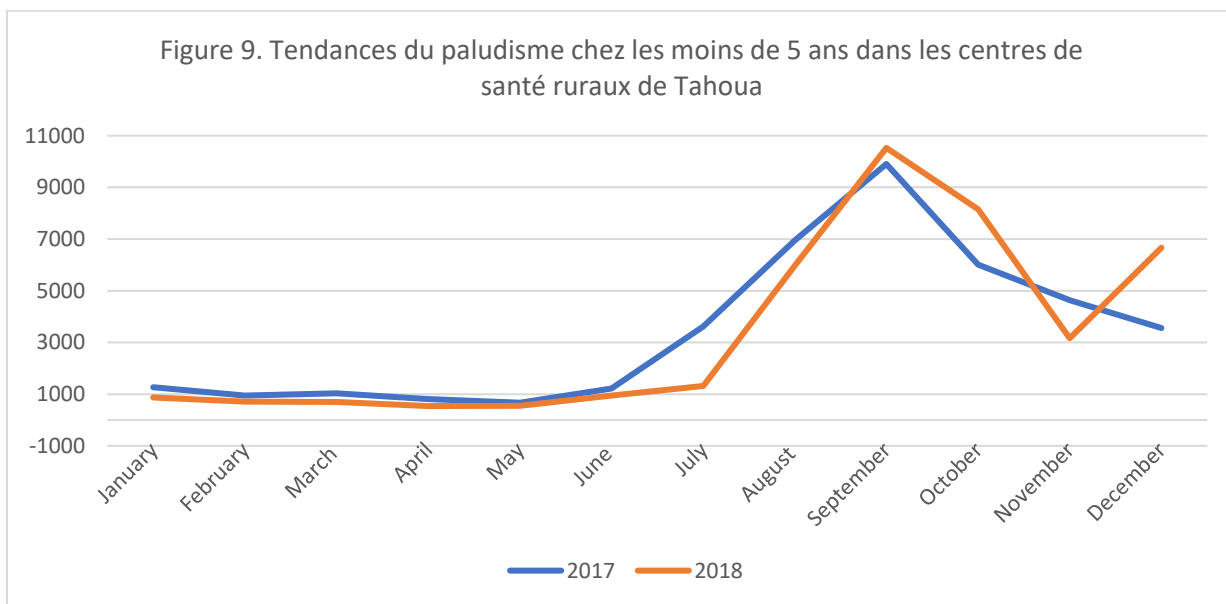
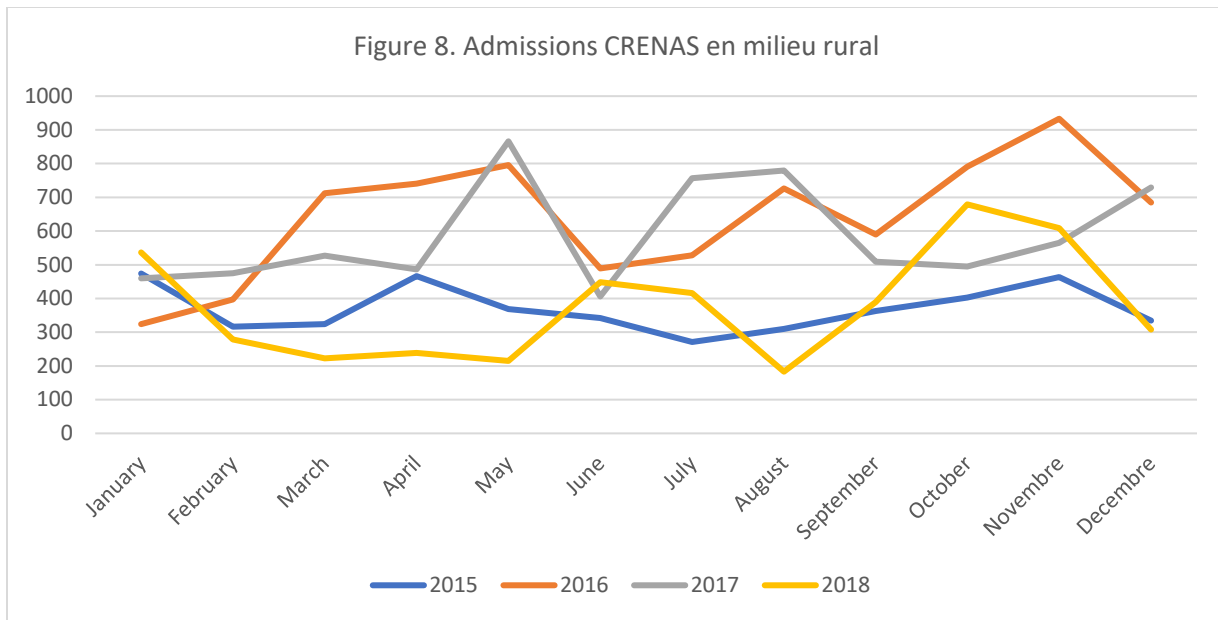
Contrairement aux résultats de l'enquête SMART, les tendances des admissions de 2018 sont également contrastées. Bien que la région de Tahoua ait connu les taux de MAG les plus élevés au cours des huit dernières années et le deuxième taux de MAS le plus élevé, les admissions mensuelles ont été nettement inférieures à la moyenne sur quatre ans jusqu'en septembre. Les principales raisons en sont que la région a connu une rupture de stock d'ATPE en 2018 mais aussi une grève du personnel infirmier et la fermeture de plusieurs postes sanitaires. Bien que Concern et ses partenaires aient essayé d'employer plusieurs mesures d'atténuation, il y avait une réticence évidente de la communauté à s'engager dans le programme sans avoir eu l'assurance d'avoir les ATPE.

La comparaison des admissions annuelles à la moyenne quadriennale montre une certaine confusion en ce qui concerne les tendances des admissions CRENAS dans la région de Tahoua (voir figure 5). Il n'est pas facile de comparer les admissions de 2018 à celles des années précédentes en raison des problèmes systémiques qui touchent la prestation des services, comme nous l'avons mentionné ci-dessus. Bien qu'il y ait certaines similitudes entre 2016 et 2017, il existe également des différences notables. La nature apparemment chaotique des admissions CRENAS est due à des problèmes systémiques plutôt qu'à la prévalence de la MAS au niveau externe ou communautaire affectant l'utilisation des services.

Si l'on examine les données par centre urbain (figure 6), on constate une hausse des admissions au CRENAS en août, probablement en raison des tendances du paludisme. Les tendances du paludisme pour les sites urbains sont fournies à des fins de comparaison (figure 7).



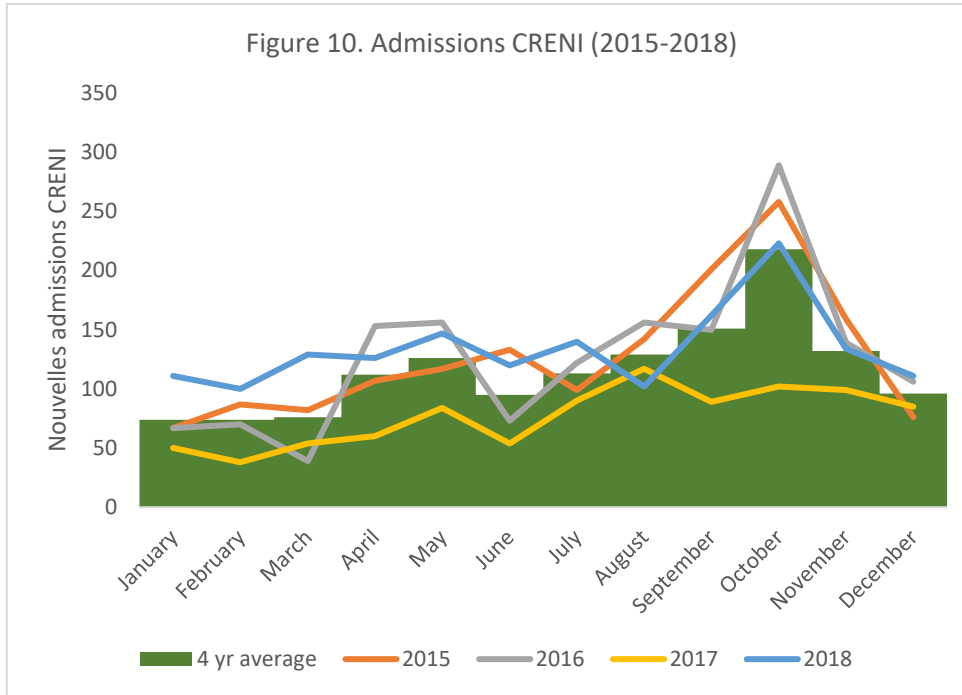
La même hausse des admissions pour MAS n'est pas aussi évidente dans les données des CRENAS ruraux, qui sont plus volatiles (figure 8), malgré le fait que les établissements de santé ruraux affichent des hausses saisonnières similaires des admissions pour le paludisme (figure 9). A noter que les données sur le paludisme provenant des structures rurales ne sont pas complètes pour tous les sites.



3.2 Tendances des admissions - CRENI

Pour le CRENI, la comparaison de la moyenne mensuelle des admissions au cours des quatre dernières années révèle certaines tendances saisonnières (voir figure 10). Le nombre d'admissions n'atteint qu'un petit pic en mai et un pic beaucoup plus dramatique en octobre,

avec une augmentation progressive. Le pic d'octobre coïncide avec l'épidémie annuelle de paludisme dans la région (voir figures 7 et 9). Un nombre important d'enfants souffrent d'une MAS et d'une comorbidité palustre à Tahoua. Des données empiriques suggèrent ainsi que le pic de paludisme dans les établissements de soins hospitaliers peut être aussi important en



raison de facteurs liés aux moyens de subsistance ; en grande partie les pressions exercées par la saison des semences agricoles, qui est une période d'accès limités au traitement antipaludique. Par conséquent, la tendance est de se faire soigner tardivement, lorsque l'état de l'enfant se détériore considérablement,

ce qui nécessite une hospitalisation pour comorbidité due au paludisme et de MAS. Comme l'illustre la figure 10, la tendance des admissions au CRENI est beaucoup plus faible en 2017 qu'au cours des années précédentes. Ceci est dû à deux raisons potentielles : une grève généralisée des agents de santé, qui a réduit le nombre de patients hospitalisés et l'ouverture d'un deuxième centre hospitalier dans la ville de Tahoua en septembre 2017, contribuant ainsi à atténuer le pic du paludisme en octobre lors des hospitalisations au CRENI au sein de l'hôpital régional. Cependant, les taux d'admission ont repris à un niveau élevé en 2018, probablement en raison de l'absence d'ATPE dans les CRENAS, ce qui a entraîné une détérioration de la situation des enfants souffrant de malnutrition sévère et nécessitant des soins d'hospitalisation dans les CRENI ; une saison particulièrement mauvaise en raison des fortes pluies et d'une campagne de prophylaxie du paludisme retardée.

3.3 Conclusion sur les tendances en matière d'admissions - CRENAS et CRENI

Ce qui ressort clairement des tendances en matière d'admission, c'est qu'il y a une série de problèmes systémiques du système sanitaire qui influent sur les admissions. Les seuls pics pouvant être liés de manière concluante aux changements saisonniers sont ceux observés dans le CRENI et dans le CRENAS urbain, ce sont les pics d'août-octobre associés à la saison du paludisme à Tahoua. Ce pic est le plus important au CRENI. Cela est sûrement dû à la gravité de l'état d'un enfant souffrant de MAS avec complications, qui rend la recherche de services de

santé plus probable, ou dû au fait que les populations se fient davantage aux services hospitaliers des CRENI qu'à ceux des CRENAS (en termes de personnel sur place et de disponibilité des produits/médicaments).

L'analyse des tendances de la malnutrition aiguë sévère permet de tirer les conclusions suivantes :

- ✓ Les ruptures de stock d'ATPE, ainsi que les grèves du personnel infirmier, réduisent considérablement la couverture tandis que l'investissement dans la communauté l'améliore ; ce qui indique l'importance cruciale des questions liées au système sanitaire influençant les admissions au CRENAS.
- ✓ Les statistiques d'admission au CRENI montrent des tendances saisonnières claires et constantes, avec des pics clairs en octobre durant l'épidémie annuelle de paludisme.
- ✓ Un pic plus faible mais assez constant, probablement associé au paludisme, est également observé dans les CRENAS urbains.
- ✓ L'analyse des tendances des CRENAS et du CRENI montre clairement la pertinence de l'intégration de l'approche Surge aux niveaux supérieurs du système (au-dessus de la structure sanitaire), ainsi que le besoin d'une programmation davantage basée sur la communauté

Bien qu'il soit probable que l'approche Surge aide les établissements sanitaires à gérer les fluctuations du nombre d'admissions, il est clair que des problèmes fondamentaux demeurent dans la fonctionnalité du système de santé, lesquels continueront d'avoir une incidence sur la capacité du système à s'étendre et à se contracter en fonction des changements de l'incidence de la MAS au niveau communautaire. L'impact évident des problèmes du système est démontré par le nombre élevé de cas en 2016, lorsque l'investissement communautaire était à son plus haut niveau, et le faible nombre de cas en 2018, lorsqu'il y a moins d'investissement dans la communauté, une rupture de stock des ATPE dans les établissements de santé, la fermeture des postes de santé et une grève générale des infirmières.

4. Efficacité

Critères	Cote d'évaluation					Justification
	1	2	3	4	5	
Efficacité			X			<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement de seuils est complexe au début, mais devient plus facile avec le mentorat, la supervision et l'expérience. - Les seuils ont été franchis à des intervalles appropriés pour les CRENAS. Le schéma de franchissement de seuil pour la CRENI n'est pas conventionnel mais s'explique par la forte hausse des admissions pendant la saison palustre. - Les dépassements de seuil font toujours l'objet d'une enquête dans les CRENAS, cela implique le soutien des RComs. - Le CRENI fait preuve d'une adaptation appropriée des seuils en fonction de l'évolution de la capacité et de la charge de travail de la structure sanitaire. Toutefois, la même souplesse n'est pas apparente

					<p>dans les CRENAS (malgré des changements importants dans les ressources humaines au cours de la période d'évaluation).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les seuils sont respectés et le soutien, qu'il provienne de la communauté, du Comité de gestion de la santé (COGES) ou d'autres, arrive en temps opportun. L'équipe sanitaires du district n'a pas été impliquée dans la majorité des actions Surge, en grande partie parce qu'elles n'ont atteint que la phase d'alerte et qu'elles peuvent être traitées en interne. - Les indicateurs clés PCMA répondent aux normes Sphère à toutes les étapes de l'approche (tous les seuils), toutefois il en était de même avant la mise en œuvre de l'approche Surge, ce qui n'est pas significatif. - Il existe une corrélation entre l'amélioration des indicateurs de décharge CRENAS à un niveau agrégé et une couverture plus large de l'approche Surge, bien que cela ne puisse être considéré que comme une corrélation et qu'il n'y ait pas suffisamment de preuves pour confirmer la causalité.
--	--	--	--	--	---

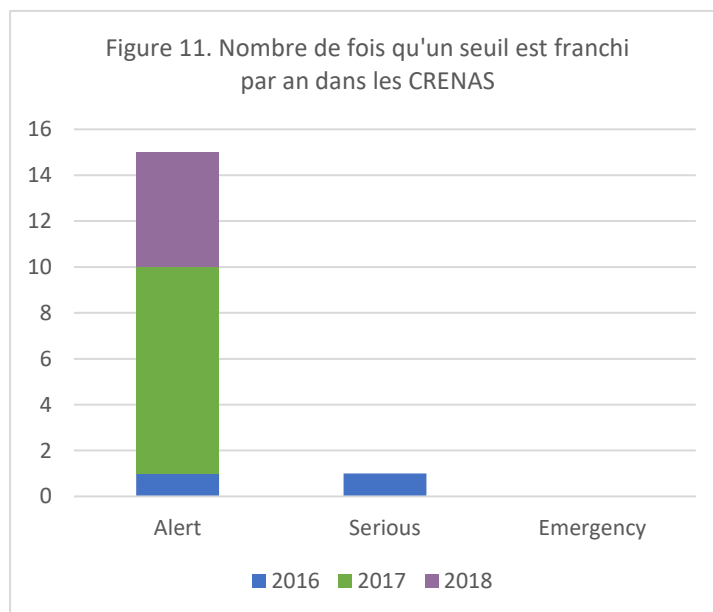
Q1 : Les cliniques sont-elles en mesure de fixer des seuils réalistes sur la base d'une analyse solide ?

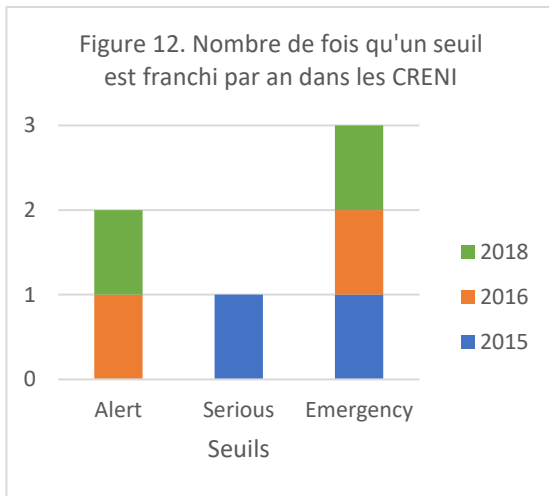
Intervalle des seuils

L'approche Surge se veut une approche progressive de la gestion des ressources en fonction des besoins. Ainsi, les seuils devraient montrer une tendance à avoir plus d'alertes que de sérieux et plus de sérieux que de situations d'urgence.

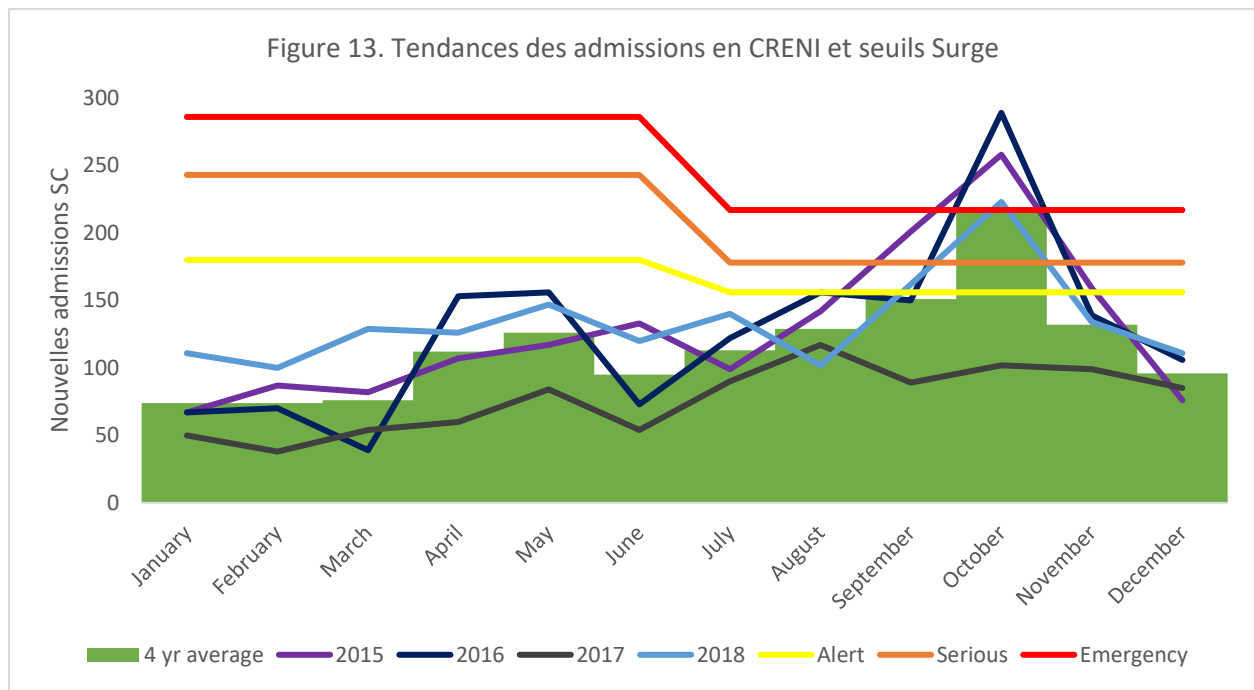
Jusqu'à la fin de 2018, un seuil Surge a été franchi 16 fois au total sur l'ensemble des sites des CRENAS, comme le montre la figure 11. Le seuil d'alerte a été franchi le plus souvent (15 fois), le seuil sérieux n'ayant été franchi qu'une seule fois. La tendance à dépasser les seuils d'alerte est appropriée et peut indiquer un bon établissement des seuils. Les intervalles entre les seuils varient

considérablement parmi les 40 sites du CRENAS qui mettent en œuvre l'approche Surge dans la région de Tahoua, car cela dépend du nombre d'enfants attendus au centre chaque mois ainsi que de la capacité du centre à faire face aux fluctuations du nombre de cas avec leurs ressources existantes.





Depuis la mise en œuvre de l'approche Surge en 2014, le CRENI de l'Hôpital régional a franchi six seuils. Comme le montre la figure 12, le seuil d'urgence a été franchi le plus souvent suivi du seuil d'alerte puis du seuil sérieux. C'est toujours en octobre que le seuil d'urgence a été franchi, et cela coïncide avec la hausse du nombre d'admissions pour paludisme, voir figure 10. L'augmentation des admissions en octobre est souvent spectaculaire, avec une augmentation moyenne de 68 enfants entre septembre et octobre et pouvant aller jusqu'à 139 enfants. Cela signifie que les phases passent souvent de normale à urgence en un mois.



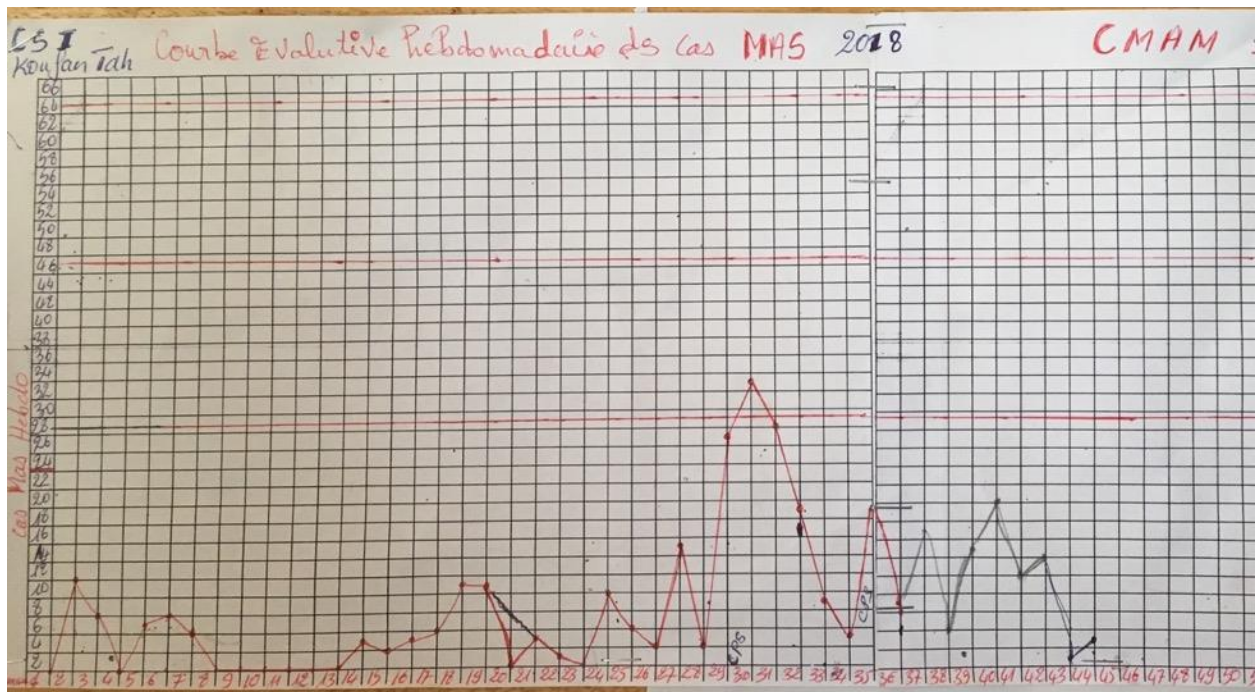
Lorsque le CRENI a commencé l'approche Surge en 2014, il disposait d'une série de seuils qu'il appliquait pour l'ensemble de l'année. Toutefois, comme le montre la figure 13 ci-dessus, le CRENI dispose maintenant de deux séries de seuils différents, les seuils étant réduits au second semestre de l'année. Ceci est basé sur l'expérience de la prise en charge des cas de paludisme élevés en octobre et sur le nombre plus élevé de cas de MAS dus à l'épidémie de paludisme, puisque le CRENI est intégré dans l'unité pédiatrique de l'hôpital. Au second semestre de l'année, l'unité pédiatrique est submergée de cas de paludisme. Cela réduit leur capacité d'absorber un grand nombre de cas MAS sans avoir besoin de ressources supplémentaires, et ils ont donc ajusté leurs seuils en conséquence.

Adaptation des seuils

Les répondants estimaient que l'établissement initial des seuils était un exercice assez théorique, même lorsqu'ils utilisaient leurs propres données. De nombreux établissements sanitaires ont par la suite modifié leurs seuils au cours de la période de mise en œuvre pour tenir compte de l'expérience.

Certains des sites CRENAS les plus importants ont opté pour un enregistrement hebdomadaire des nouvelles admissions, comme le montre la photo 1 ci-dessous prise au centre de santé de Koufan Tahoua, dans la ville de Tahoua. Puisqu'il s'agit d'un établissement sanitaire très fréquenté, ils ont établi des cas attendus et des seuils hebdomadaires. Pour ces types de sites à haut volume, un seuil est considéré comme dépassé lorsqu'il est dépassé pendant deux semaines consécutives. L'image indique que le seuil d'alerte a été dépassé à la fin de la semaine 30, mais que les cas ont chuté en dessous de ce seuil pour la semaine 31 et que, par conséquent, aucune intervention Surge n'a été déclenchée. Ici, le personnel a également pris l'initiative d'indiquer la raison probable de l'augmentation du nombre de cas, à savoir la recherche active de cas lors d'une campagne saisonnière de chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS).

Image 1. Evolution hebdomadaire des admissions CRENAS au centre de santé de Koufan Tahoua



Il existe quelques exemples d'établissements de santé qui modifient leurs seuils en fonction de l'évolution des ressources humaines, mais cela reste un point faible. La décision de modifier les seuils est prise par le personnel de l'établissement de santé sur la base de son sentiment d'être submergé, bien que, même lorsqu'une telle décision est prise, il n'existe aucune documentation décrivant clairement les justifications. Au moment de la visite de bilan à mi-parcours, la capacité

de plusieurs établissements de santé a été compromise en raison du non-paiement d'un certain nombre d'infirmières par le gouvernement, ce qui a entraîné un niveau élevé de démotivation, d'absentéisme et une grève générale. Pourtant, très peu d'établissements sanitaires touchés ont ajusté leurs seuils pour tenir compte de cette situation.

Les différences de seuil du CRENI pour le premier et le second semestre de l'année constituent une adaptation intéressante, qui tient compte de la capacité globale et de la charge de travail de l'établissement pendant la saison de pression liée au paludisme.

Causes des fluctuations de seuil

Chaque fois qu'un seuil est dépassé, les causes sont étudiées avec l'aide des Relais Communautaires (RCom) et des COGES. Dans les CRENAS, les causes de dépassement d'un seuil sont notamment les suivantes:

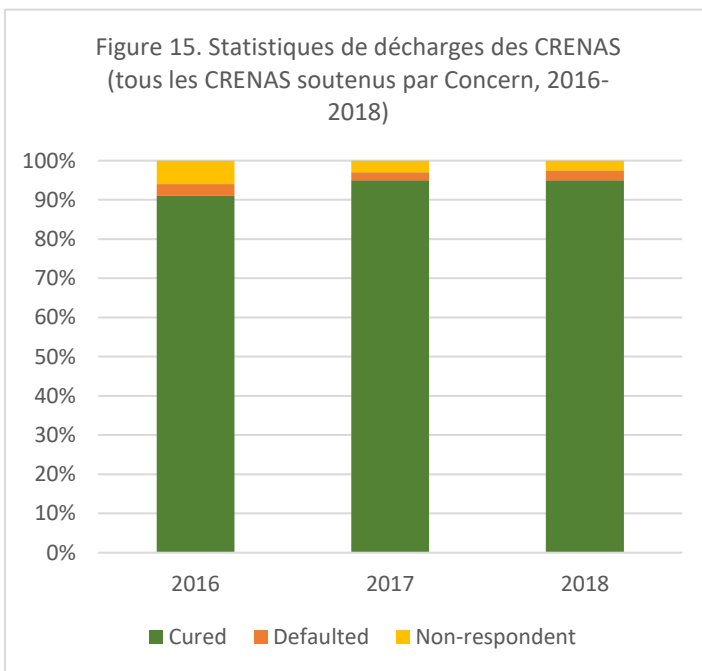
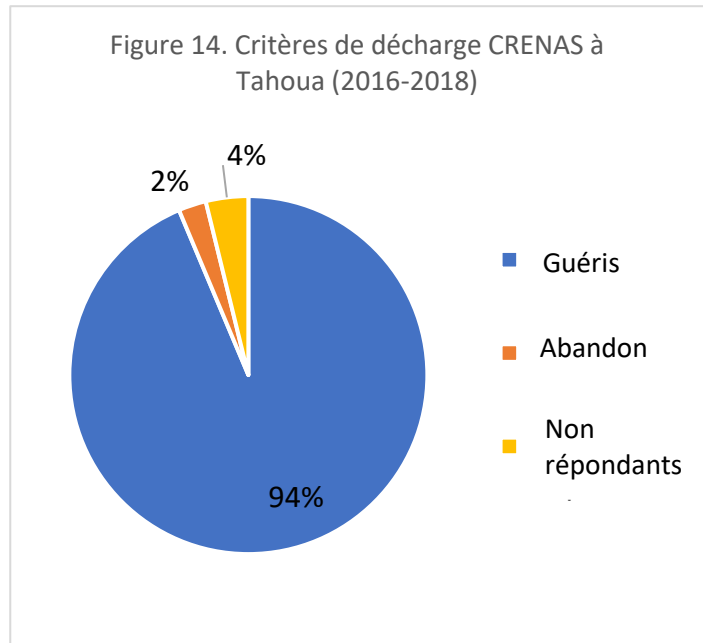
- Changement du personnel dans un poste sanitaire à proximité. Le nouveau personnel ne connaissait pas bien les protocoles PCMA et référait donc tout le monde à l'établissement sanitaire (voir encadré 1).
- Augmentation de la malnutrition aiguë correspondant au pic du paludisme
- Mouvements de populations pour des raisons de moyens de subsistance suivant des schémas saisonniers

Q2 : Les principaux indicateurs de la PCMA répondent-ils aux normes SPHERE à tous les stades de l'approche (tous les niveaux de seuils) ?

CRENAS

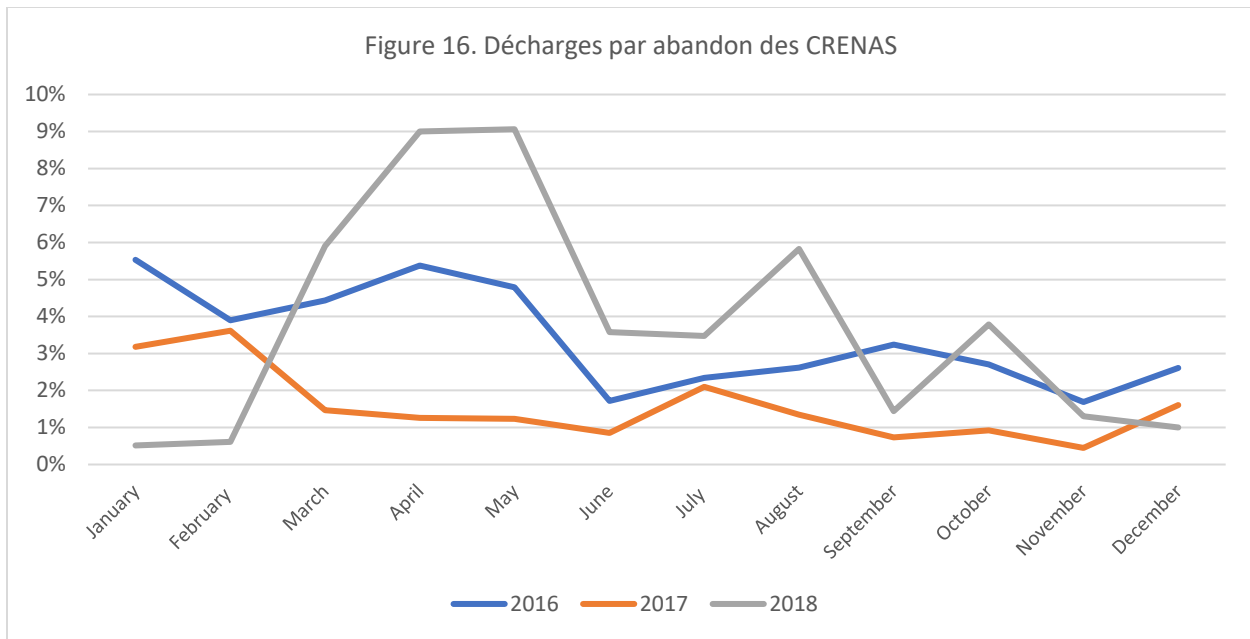
Des données complètes sur les cas de décharges sont disponibles pour tous les sites, et les données de janvier 2016 à décembre 2018 ont été analysées. Sur cette période de trois ans,

22.053 enfants au total ont été déchargés au niveau des CRENAS. Les critères de décharge sont conformes aux normes SPHERE, avec un taux moyen de guérison de 94% pour tous les sites CRENAS, voir figure 14. Les taux de décès ne sont pas inclus car ils sont minimes (moins de 1%). La figure 15 montre donc une légère amélioration des normes SPHERE de 2016 à 2018. Cependant, seul un changement minime est observé lorsqu'on considère les sites n'ayant mis en œuvre l'approche Surge que depuis 2018 et ceux qui l'ont commencé plus tôt (voir section 5 ci-dessous). Par ailleurs, le pourcentage d'enfants guéris varie de 4 à 5 pour cent. Plus de détails sont également fournis à la section 5, Question 1.



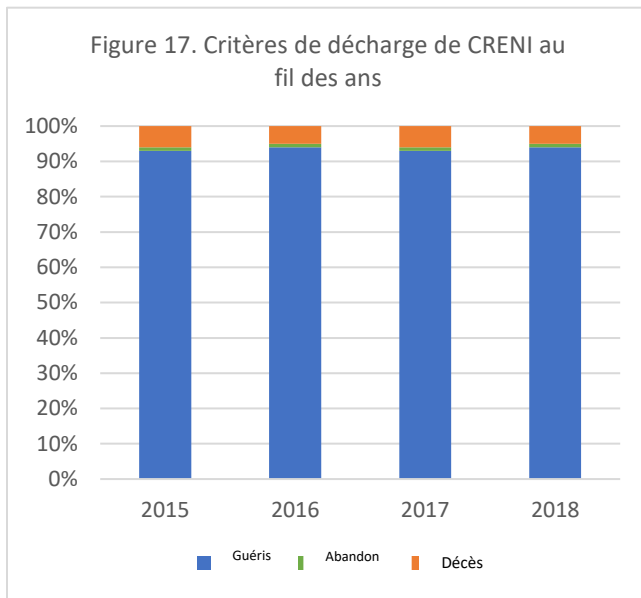
Lorsqu'on examine les CRENAS individuels, il y a des mois où les critères de décharge sont inférieurs aux normes de Sphère, mais ces cas sont isolés et non répétitifs. Ces cas sont plus nombreux en 2016 et le sont moins à partir de 2017. Le franchissement d'un seuil Surge n'a été associé à aucune modification des critères de décharge sur les sites étudiés.

Les taux d'abandon ont été plus élevés en 2018 qu'au cours des années précédentes. Les problèmes rencontrés en 2018 sont ci-dessus détaillés. Toutefois, les taux d'abandons, une fois agrégés, n'ont jamais dépassé les normes SPHERE ; voir figure 16 ci-dessous.



Centre de stabilisation (CRENI)

En ce qui concerne le CRENI, les critères de décharge sont demeurés stables au cours des quatre dernières années, avec un taux de guérison moyen de 94% et un taux de décès de 5%, tous deux, conformes aux normes SPHERE. Les autres types de décharge sont négligeables. En comparant les statistiques de décharge sur plusieurs années, nous pouvons constater le potentiel de l'approche Surge pour protéger les résultats de décharges. Il ressort clairement de la figure 10 que 2017 a été la période où le nombre de nouvelles admissions au CRENI a été le plus faible et qu'il a été nettement inférieur au nombre d'admissions normales pendant la période de pic du paludisme. Toutefois, malgré des pics significatifs dans les autres années (2016 en particulier), les critères d'admission restent inchangés (voir figure 17 ci-dessous).

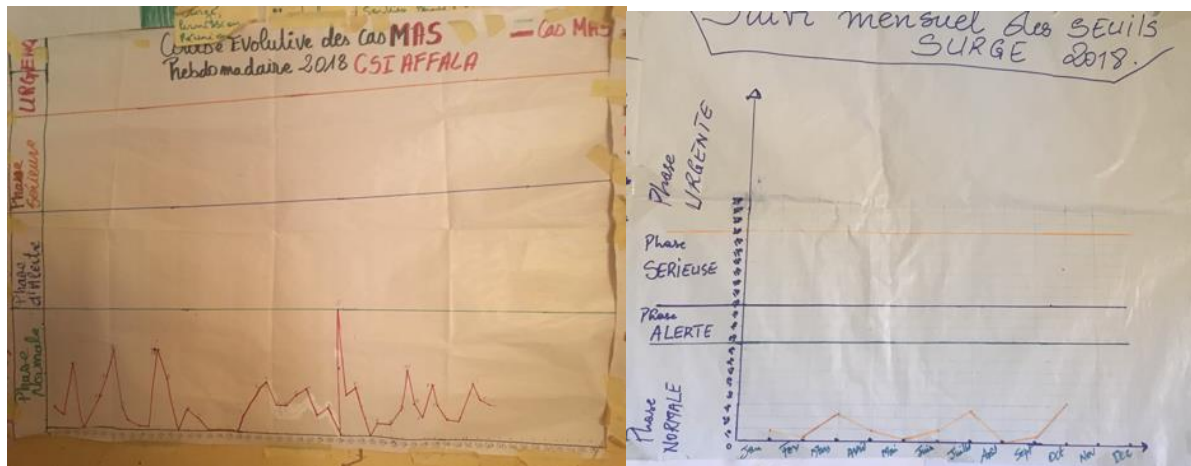


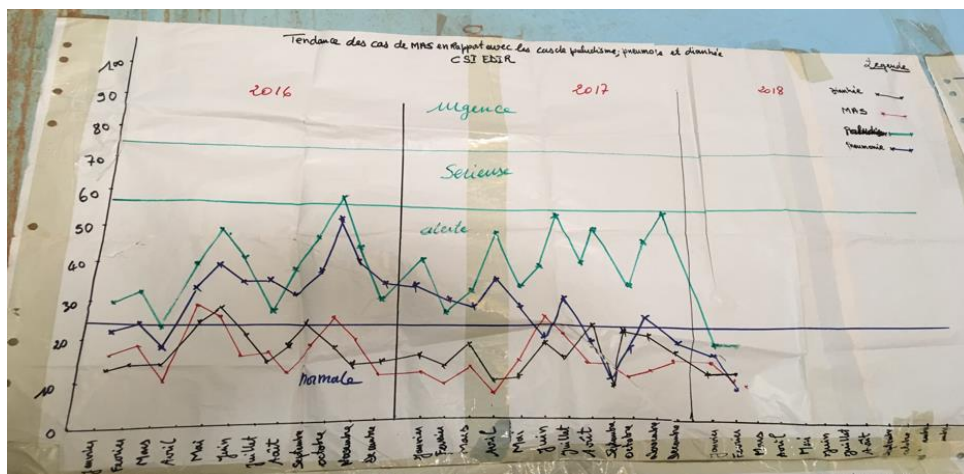
Q3 : Est-ce que les seuils établis sont respectés et est-ce que le soutien est demandé en temps opportun ?

Q4 : L'équipe de gestion des ressources humaines du district répond-elle aux demandes de soutien en temps opportun et de manière adéquate ?

Il existe des preuves suffisantes et solides que les seuils sont suivis et respectés. Dans tous les établissements de santé visités, les seuils font l'objet de suivis visuels à l'aide de graphiques affichés sur les murs permettent de comparer les nouvelles admissions aux seuils. Quelques exemples sont présentés ci-dessous dans l'image 2.

Image 2. Suivi des cas de de MAS par rapport aux seuils fixés par les différents CRENAS





Sur la dernière image, celle de l'établissement sanitaire d'Edir, les admissions font l'objet d'un suivi au fil des années et des morbidités. La ligne verte représente le paludisme, la ligne bleue la pneumonie, la ligne noire la diarrhée et la ligne rouge la MAS. Les cas de MAS franchissent le seuil d'alerte trois fois - deux fois en 2016 et une fois en 2017 (bien qu'il s'agisse d'une cartographie rétrospective, Edir n'a commencé l'approche Surge qu'en 2017). Cette photo nous présente également un bon exemple des principales causes de consultation des moins de 5 ans à la clinique, notamment le paludisme et la pneumonie. La tendance pour la MAS semble être assez fidèle à la tendance pour le paludisme et la diarrhée.

Les actions Surge sont déclenchées dans les 2 ou 3 jours suivant la détection du franchissement d'un seuil. Il n'y a pas d'obligation formelle de notification aux autorités sanitaires du district et, dans la majorité des cas, lorsqu'un seuil d'alerte est dépassé, elles ne sont pas notifiées, car aucune mesure n'est généralement requise de leur part à ce stade. Cela signifie que les équipes de santé de district ne sont peut-être pas au courant de l'augmentation du nombre de cas en temps réel. Avoir un protocole pour alerter le district, même si aucun soutien direct n'est demandé, peut renforcer la communication et donner au personnel de santé du district l'occasion de discuter des problèmes d'approvisionnement et de personnel.

Box 1. Utilisation des données de tendance pour découvrir les problèmes d'accès à la PCMA.

Edir, un établissement sanitaire mettant en œuvre l'approche CMAM Surge depuis 2017, a été l'un des établissements visités lors du bilan à mi-parcours. Cet établissement avait déjà dépassé un seuil Surge et organisé une série de réunions communautaires pour mieux comprendre les causes (car l'augmentation des cas n'a pas été anticipée au vu du calendrier saisonnier/événements et des cas historiques). Grâce à l'engagement communautaire, ils ont découvert qu'un établissement voisin avait une nouvelle infirmière qui ne connaissait pas bien la prise en charge de la malnutrition aiguë et qui n'offrait donc pas le traitement. Le personnel infirmier d'Edir a entrepris de former la nouvelle infirmière en lui rendant visite toutes les deux semaines, ce qui a allégé sa propre charge de travail et soutenu le renforcement des capacités d'un collègue. Le personnel de Surge attribue ce succès à une relation étroite avec la communauté qui, selon lui, a été développée grâce au processus de mise en œuvre de l'approche Surge.

La majorité des actions initiées lors du franchissement d'un seuil d'alerte concerne la réorganisation du centre. Dans la majorité des cas, des réunions avec les RCom, les membres clé des communautés et/ou le COGES ont eu lieu afin d'étudier les causes de l'augmentation des nouvelles admissions. Les personnes interrogées considèrent qu'il s'agit là d'une étape critique et, dans un certain nombre d'exemples, a débouché sur des actions visant à réduire la pression sur la structure sanitaire (voir encadré 1).

Recommandations : Efficacité

- L'établissement initial des seuils doit être un processus soutenu (mentorat/supervision).
- Les seuils devraient être revus tous les 6 mois ou lorsqu'il y a un changement dans la capacité de l'établissement sanitaire (déplacement des ressources humaines, etc.).
- Veiller à ce que les établissements sanitaires alertent les autorités sanitaires de district de tout dépassement de seuil afin de renforcer la communication et de prévoir un point de contact pour discuter des pénuries potentielles de personnel et d'approvisionnement qui pourraient compromettre davantage la qualité des soins.

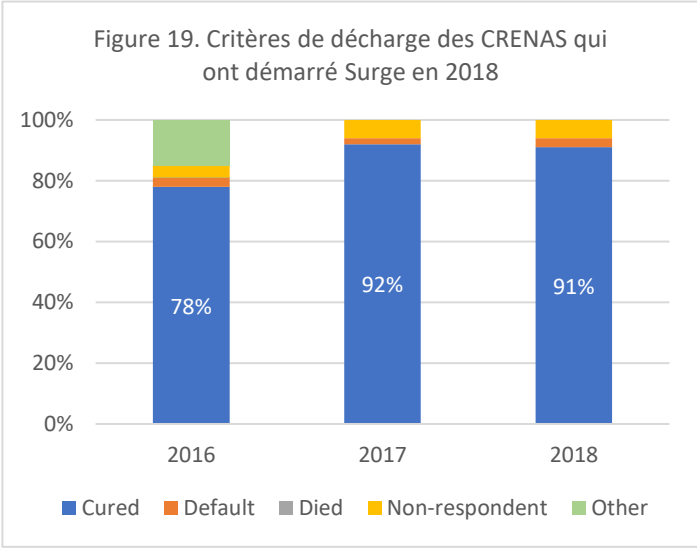
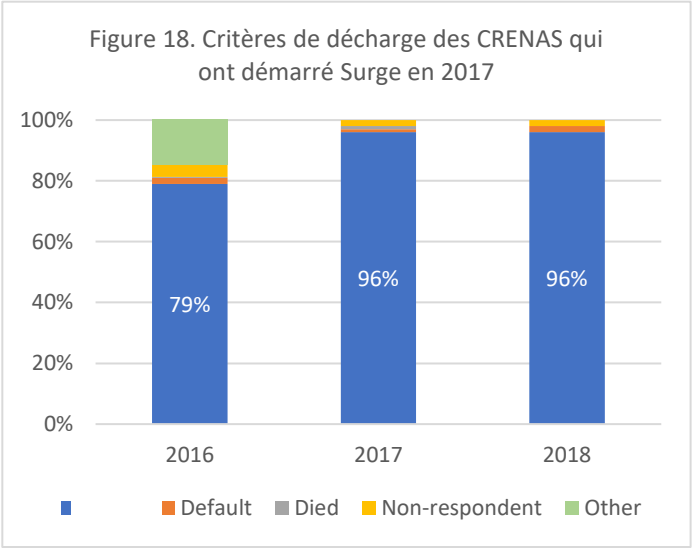
5. Impact

Critères	Cote d'évaluation					Justification
	1	2	3	4	5	
Impact				X		<p>- Il existe une corrélation entre l'amélioration des indicateurs de décharge du CRENAS à un niveau agrégé et une couverture plus large de l'approche Surge, bien que cela ne puisse être considéré que comme une corrélation et qu'il n'y ait pas suffisamment de preuves pour confirmer la causalité.</p> <p>- En plus, les structures sanitaires Surge ayant débuté la mise en œuvre de l'approche depuis plus longtemps, ont démontré de meilleurs indicateurs de décharge des patients en période de pression, par rapport aux établissements qui commençaient juste à appliquer l'approche Surge.</p> <p>- L'approche Surge n'est pas spécifiquement conçue comme une méthode d'amélioration de la couverture, toutefois, le personnel de santé fait état d'un intérêt et d'une meilleure compréhension de la malnutrition aiguë grâce à l'approche Surge. En outre, le personnel de santé se sert des prévisions de cas pour le suivi et le soutien du travail des RCom.</p> <p>- Il y a plusieurs conséquences involontaires de cette approche, toutes positives. Il s'agit notamment de l'amélioration des relations avec les communautés et les autorités, d'une meilleure compréhension du contexte local et de la MAS.</p>

						- L'approche Surge a suscité le respect et l'intérêt à tous les niveaux au Niger et au-delà dans la région Ouest africaine.
--	--	--	--	--	--	---

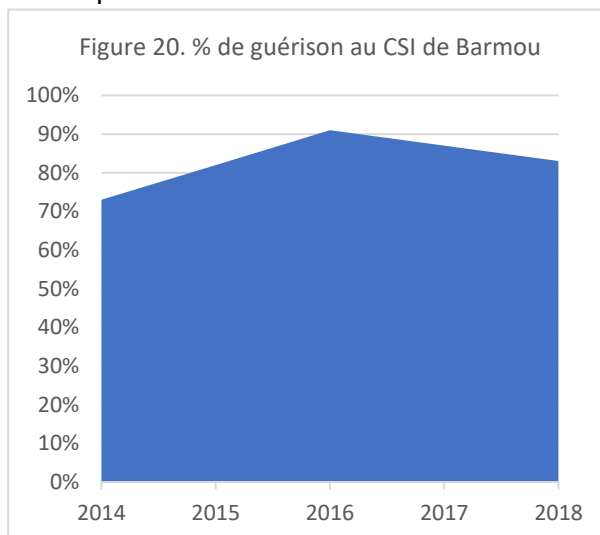
Q1 : Les indicateurs clé de la PCMA (guéris, décès, abandon) sont-ils meilleurs dans l'approche Surge que dans le modèle traditionnel (en particulier lorsque le nombre de cas augmente) ?

L'approche Surge vise à maintenir la qualité de la prestation des services en période d'augmentation du nombre d'admissions. Les indicateurs de décharge constituent ainsi une mesure clé de la qualité de service dans les programmes PCMA. Lorsque l'on compare les critères de décharge du CRENAS des structures sanitaires ayant commencé l'approche Surge en 2017 et celles ayant commencé sa mise en œuvre en 2018, on constate peu de différence (figures 18 et 19 ci-dessous).



Il n'y a pas de preuve tangible que les augmentations de cas influent sur les critères de décharges dans les CRENAS, que ce soit avant ou après la mise en œuvre de l'approche Surge. Les établissements les plus performants connaissent eux-aussi des mois où les critères de décharge ne répondent pas aux normes SPHERE, mais cela n'est pas toujours associé à une augmentation du nombre de bénéficiaires.

À Barmou, où l'approche Surge a été mise en œuvre en 2016, le pourcentage d'enfants sortis du CRENAS ayant été guéris a été le plus faible au premier semestre de 2015, où le nombre d'admissions est resté largement inférieur à la moyenne. Lorsque les admissions ont atteint leur point culminant en 5 ans (mars 2016), le taux de guérison est resté bien au-dessus des normes SPHERE. Si l'on considère le pourcentage moyen de guérison avant et après la mise en œuvre de l'approche Surge dans le CSI de Barmou, il est certainement inférieur avant la mise en œuvre de Surge, bien qu'il diminue en 2018 en raison d'un manque d'ATPE disponibles (voir figure 20). Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres, mais il est assez typique de la région de Tahoua. Dans l'ensemble du programme soutenu par Concern, le taux de guérison dans les CRENAS était relativement faible en 2015, mais il a augmenté à partir de 2016. Bien que les taux de guérison des enfants varient d'un CRENAS à l'autre, dans l'ensemble, les sites se situent bien au-dessus des normes SPHERE, quelle que soit l'augmentation du nombre d'admissions. Alors que les taux de guérison ont augmenté à partir de 2016 et coïncident donc avec le début de la mise en œuvre de Surge, la couverture de Surge a été faible au début et les taux de guérison ont augmenté partout, et pas seulement dans les sites où Surge a été mis en œuvre. Par conséquent, il n'y a pas de preuve définitive que l'approche Surge a amélioré les indicateurs de résultats du PCMA par rapport au modèle traditionnel.



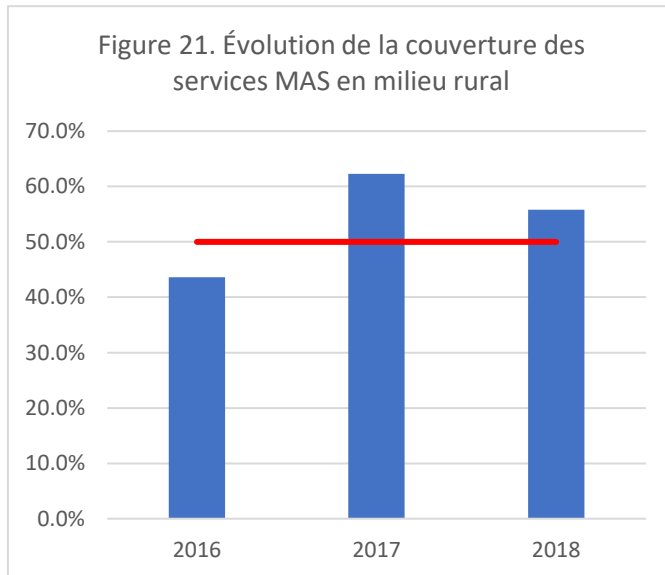
Théoriquement, les processus et les résultats de l'approche Surge peuvent soutenir la capacité d'un établissement à gérer le stress dans un système sanitaire et non pas seulement l'augmentation du nombre de bénéficiaires. Le stress du système sanitaire de 2018 dans la région de Tahoua est détaillé ci-dessus. Afin de remédier à l'absence des ATPE, certains établissements sanitaires ont interrompu les admissions et les sorties pendant les mois de rupture de stock et/ou utilisé des méthodes de déviance positive ou des démonstrations culinaires pour soutenir les familles et maintenir leur engagement envers la fréquentation des établissements sanitaires. Un établissement sanitaire a réussi à se procurer du savon à distribuer aux familles en travaillant avec le COGES. Cela a été fait uniquement à titre symbolique, pour encourager les comportements de recherche de soins de santé malgré l'absence des ATPE. Une fois les ATPE de retour en stock, les RCom ont été utilisés pour faire passer le message que les services de prise en charge de la malnutrition aiguë avaient pleinement repris. Lorsqu'on compare les principaux critères de décharge entre les établissements sanitaires qui ont commencé l'approche Surge en 2017 et ceux qui ont commencé en 2018, on peut constater une légère différence. Les établissements qui ont commencé l'approche en 2017 ont obtenu de meilleurs résultats en ce qui concerne les décharges pendant les stress de 2018 que celles qui ont commencé l'approche plus tard, voir le tableau 3 (noter que les décès ne sont pas inclus car ils sont négligeables). Lorsqu'on examine ces chiffres, il est important de se rappeler que le stress sur les sites CRENAS en 2018 n'était pas lié à un nombre élevé d'admissions mais à un manque d'approvisionnement.

Tableau 3. 2018 Critères de Décharge (moyennes) pour les établissements de santé (janvier à juin 2018) selon l'année où ils ont commencé à mettre l'approche Surge en œuvre

Année de démarrage de Surge	Guéri	Abandon	Pas de réponse
2017	94%	3%	2%
2018	86%	4%	10%

Q2 : La couverture des services PCMA est-elle affectée par l'approche ?

L'évaluation a révélé qu'il n'y a pas suffisamment de données pour déterminer si l'approche Surge à concrètement affecté la couverture. L'évolution de la couverture rurale des services PCMA est



illustrée à la figure 21. En 2016, la couverture des services PCMA dans les zones rurales était inférieure aux normes SPHERE, à cette même époque, seuls 28% des CRENAS ruraux appliquaient l'approche Surge. En 2017, la couverture des structures de santé Surge dans les zones rurales est passée à 60 %, tandis que la couverture des cas a augmenté à 62,3 %. En 2018, 100 % des sites ruraux du CRENAS mettaient en œuvre l'approche Surge, tandis que la couverture des cas était réduite à 55,8 %. Dans le même temps, on peut faire valoir que les défis importants rencontrés par le système sanitaire en 2018 auraient pu être plus préjudiciables aux statistiques de

couverture, les admissions CRENAS étant bien inférieures à celles attendues. La couverture urbaine a toujours été censée être élevée et n'a donc jamais été incluse dans les enquêtes de couverture avant 2018. Les résultats de 2018 ont montré une couverture de 64,8% dans le district urbain qui est inférieure aux normes SPHERE (dans les zones urbaines, la couverture devrait être supérieure à 70%). Toutefois, encore une fois, les résultats de 2018 sont affectés par le stress du système sanitaire. L'approche Surge ne vise pas explicitement à améliorer la couverture des services PCMA, mais elle établit une corrélation entre l'augmentation de la couverture de l'approche Surge et la protection de la couverture des services PCMA.

Bien que les données quantitatives ne soient pas définitives, des données anecdotiques suggèrent que l'approche Surge pourrait avoir une incidence positive sur la couverture. Les

répondants aux entrevues ont indiqué qu'avant l'approche, ils ne traitaient pas la gestion de la MAS comme ils traitaient d'autres cas de morbidités.

"Avant l'approche Surge de la PCMA, nous ne comprenions pas la malnutrition comme nous comprenons d'autres maladies. Maintenant, nous comprenons mieux, à l'instar de la diarrhée et d'autres maladies".

Infirmière responsable du centre de santé d'Affala, Tahoua

Toutefois, lorsqu'on examine la mesure de la couverture, il est important de noter qu'il n'existe pas de méthode unifiée pour mesurer la couverture, et que les évaluations de la couverture pourraient être faussées.

Une partie de l'approche Surge, telle qu'elle est mise en œuvre au Niger, consiste à calculer les cas mensuels prévus. Alors qu'auparavant, le personnel sanitaire ne remarquait pas nécessairement les fluctuations d'admission des cas de MAS, après la mise en œuvre de l'approche, il réagissait si les admissions n'atteignaient pas celles prévues. Par conséquent, l'approche Surge a non seulement préparé le personnel de santé à faire face à des crues d'admissions, mais elle l'a également sensibilisé aux périodes de faibles admissions et a produit une réaction pour soutenir la couverture. Au Niger, les RComs procèdent au dépistage des enfants au sein de la communauté et les orientent vers un centre de triage et de traitement. En tant que main-d'œuvre bénévole, les RComs peuvent être difficiles à motiver. Plusieurs membres du personnel des centres de santé ont indiqué qu'ils utilisaient les cas attendus pour discuter du rendement des RComs de sorte que si les admissions mensuelles n'atteignent pas le nombre de cas prévus, ils discuteront avec les RComs et chercheront des solutions pour augmenter le dépistage et les décharges. De même, si le nombre de cas venait à augmenter, les discussions avec les RComs sont toujours le premier recours pour tenter d'en comprendre les causes.

Tous les autres éléments du système étant égaux, les données non scientifiques confirment le fait que l'approche Surge pourrait améliorer la couverture grâce à une meilleure compréhension des cas mensuels prévus ainsi que le suivi des diagnostics préalables effectués par les RComs. En outre, le renforcement de la communication entre les établissements sanitaires et les communautés, qui a été constaté dans le cadre de l'approche Surge, peut améliorer la confiance, ce qui peut avoir un impact positif sur la confiance dans les services, augmentant ainsi indirectement la demande.

Q3 : Au cours d'une période de pic, d'autres activités de la clinique ont-elles été touchées ? La qualité de service a-t-elle été maintenue ?

Rien n'indique que d'autres services de santé soient affectés par des pics de MAS, mais le manque de données sur d'autres morbidités rend difficile une détermination définitive. Le CRENI a mentionné que, lors de la hausse annuelle des admissions en octobre, ils réduisent la longueur de leurs formulaires d'admission, afin de gagner du temps, sans toutefois que cela ait un impact négatif sur la qualité.

Cependant, certains membres du personnel sanitaire, en particulier dans le CRENI, ont mentionné qu'ils se sentaient parfois débordés pendant la saison de pic du paludisme. Toutefois, ils n'ont pas été en mesure de donner de plus amples précisions et, par conséquent, il semble qu'il s'agisse plus d'un sentiment général de stress accru que de quelque chose d'autre de statistiquement plus important qui affecterait la qualité du service. Il n'y a aucune preuve de fluctuations des normes de SPHERE en ce qui concerne les critères de décharge durant les périodes de hausse des nouvelles admissions.

Q4 : L'approche a-t-elle des conséquences imprévues ?

Il y a plusieurs répercussions involontaires de l'approche, qui semblent toutes fois dans l'ensemble positives. Parmi celles-ci, on peut citer:

Une plus grande confiance dans le travail et un sentiment d'autonomie. L'impact sur la confiance chez les agents de la santé est perceptible et affirmé dans tous les entretiens menés auprès des personnes concernées. Les agents sanitaires trouvent que le processus de réflexion et de détermination des causes et des actions est stimulant. Ils ont mentionné qu'ils se sentaient beaucoup plus confiants quant à leur capacité d'être autonomes et davantage capables de prendre des initiatives.

« [L'approche Surge] nous permet de toujours savoir où nous en sommes et ce à quoi nous attendre.

Si nous ne l'avions pas, nous serions moins confiants.

dans notre travail. Cette approche nous aide vraiment à planifier nos activités »

Un infirmière Responsable au Centre de Barmou, Tahoua

▪ *Compréhension et utilisation des données des établissements de santé.*

Plusieurs agents de santé ont mentionné qu'avant la mise en œuvre de l'approche Surge, la collecte et la transmission des données PCMA n'était qu'un simple exercice de cocher une case. Cela signifie qu'ils le réalisaient plus parce que cela faisait partie de leur travail, mais qu'ils ne les utilisaient pas ou ne voyaient pas l'intérêt de ces chiffres. Après la mise en œuvre de l'approche Surge, les agents de santé ont indiqué qu'ils étaient beaucoup plus diligents et intéressés par leurs données. Ils savent maintenant comment les compiler et les utiliser pour des analyses. Plusieurs agents de santé ont mentionné qu'avant Surge, ils n'avaient pas remarqué de fluctuations dans leurs statistiques MAS. Maintenant, non seulement ils connaissent le nombre de cas prévus, mais ils réagissent lorsque les chiffres sont à la fois supérieurs ou inférieurs aux attentes.

« Lors de la troisième réunion, nous avons discuté de ce que nous devons faire

Pour avoir de bonnes statistiques mensuelles. Maintenant, nous sommes très prudents en ce qui concerne

toutes nos statistiques.... Vous avez vraiment besoin de les intéresser à leurs

statistiques et leur donner la volonté et la motivation de les collecter chaque mois.

Surge nous aide à comprendre pourquoi c'est si important »

Infirmière responsable au centre d'Edir, Tahoua

- *Meilleure compréhension des causes de la MAS dans la communauté.* La première étape critique de la mise en œuvre de l'approche Surge consiste à dresser la carte des fluctuations historiques des cas et de les analyser en fonction du calendrier des événements et des saisons. Les répondants ont tous indiqué que l'approche Surge leur était nouvelle et qu'elle a considérablement amélioré la compréhension que les agents de santé avaient sur les causes locales de la MAS.
- *Amélioration de la façon dont les agents de santé perçoivent l'intégration des services MAS.* Quelques répondants au sein du personnel sanitaire ont indiqué qu'ils n'avaient pas nécessairement remarqué la fluctuation des cas de MAS auparavant. Cependant, l'adoption de l'approche Surge a changé la façon dont certains agents de santé perçoivent l'intégration de la MAS dans l'ensemble des services de santé, ce qui leur a permis de percevoir davantage la MAS comme une morbidité.

*« Nous commençons à y penser pour toutes les grandes maladies, ça nous a tellement aidé. C'est comme une approche d'assurance qualité »
Infirmière responsable au Centre d'Edir, Tahoua*

Amélioration des relations. La majorité des répondants ont mentionné l'amélioration des relations avec la mise en œuvre de l'approche Surge - tant entre les agents de santé et les structures communautaires qu'entre les agents de santé et les autorités sanitaires. Les répondants ont indiqué qu'ils se sentaient plus à l'aise avec ces différents groupes après la mise en œuvre de Surge. Ils suggèrent que cela est dû aux processus de Surge, qu'ils estiment être plus efficaces lorsqu'une grande variété d'intervenants sont engagés dès le début.

*« Maintenant, nous [le personnel du district et de l'établissement sanitaire] sommes ensemble et nous travaillons mieux ensemble en tant qu'équipe.
Avant, ils étaient comme les grands chefs et nous avons peur d'eux, mais, maintenant, nous sommes comme des amis, vu que nous travaillons de plus en plus ensemble. »
Infirmière Responsable au Centre d'Edir, Tahoua*

- *Un outil de suivi du travail des dépisteurs communautaires.* Les travailleurs des établissements sanitaires ont reconnu que à l'approche Surge les a aidés à mieux superviser le travail des RCom. Avant l'approche Surge, ils n'avaient jamais calculé les cas mensuels ou annuels prévus et, par conséquent, ils estimaient qu'ils n'avaient pas d'outil pour le suivi du travail des RCom. A présent, ils peuvent désormais donner des quotas concrets aux RCom et ils peuvent discuter avec eux lorsque les admissions sont inférieures ou supérieures à la normale.

Q5 : L'approche Surge a-t-elle suscité de l'intérêt ou des changements à tous les niveaux du système de santé ?

L'approche Surge a suscité l'intérêt et l'engagement de l'ensemble du système sanitaire et des différents intervenants.

Au Niger

Le Ministère de la Santé considère la mise en œuvre de l'approche Surge par Concern à Tahoua comme un succès et comme un moyen de renforcer la capacité des agents de santé à gérer les fluctuations du nombre de cas en temps réel. En outre, ils estiment que l'approche offre un niveau d'assurance de la qualité, bien qu'un effort continu soit nécessaire pour s'assurer que les capacités du Ministère de la Santé est en mesure d'être le mécanisme d'assurance de la qualité et pas seulement Concern et les ONG partenaires. Les autorités du Ministère de la santé ont déclaré qu'ils souhaiteraient que l'approche soit mise à l'échelle au Niger. Elles s'inquiètent actuellement du coût du déploiement national et ont indiqué qu'ils auraient besoin de l'accord des autorités régionales pour approuver et financer une partie de l'approche. Dans la région de Tahoua, les autorités sanitaires de district et régionales se concentrent sur le déploiement pour une couverture complète. Ils y voient un outil clé pour soutenir la préparation et l'indépendance des formations sanitaires. Au niveau national, le Ministère de la Santé souhaite que l'approche soit mise en œuvre dans l'ensemble du pays, dans les régions où le nombre de cas est élevé ou fluctuant, et qu'une capacité nationale et régionale soit développée pour appuyer l'extension de l'approche (un pool des formateurs). En effet, un membre fédéral du Ministère de la Santé, a indiqué avoir récemment recommandé l'approche Surge à l'équipe MSF dans le district sanitaire de Magharia (région de Maradi) où ils soutiennent l'hôpital de Magharia. MSF a connu une forte augmentation du nombre de cas MAS et s'est apparemment sentie dépassée par les chiffres. Un membre du personnel fédéral du Ministère de la Santé a suggéré qu'ils envisagent de mettre en œuvre l'approche Surge afin d'être mieux préparés pour ce type d'événement. Plusieurs ONG au Niger ont également commencé à mettre en œuvre l'approche Surge après avoir constaté le succès de Concern dans la région de Tahoua. Le Ministère de la Santé et Concern à Tahoua ont aidé à former de nombreuses équipes d'ONG au Niger et à l'étranger. Les sites Surge dans la région de Tahoua, au Niger, ont servi de lieu de formation pour un grand nombre de ces ONG. Malgré ces avancées positives, il reste encore du travail à faire au niveau national pour améliorer la sensibilisation à l'approche Surge - tant au sein du Département de la nutrition que du Ministère de la Santé dans son ensemble. En outre, la couverture et la qualité des activités de PCMA au Niger restent compliquées par les problèmes de ressources humaines et de chaîne d'approvisionnement. Bien que l'approche Surge puisse aider à mettre en lumière ces questions, leur omniprésence exige une approche globale du renforcement du système de santé à tous les niveaux.

Au-delà des frontières du Niger

L'approche Surge a pris de l'ampleur en Afrique de l'Ouest, en grande partie grâce au succès que Concern a connu avec l'approche au Niger. Plusieurs ONG de la région déploient l'approche Surge au Sénégal, au Mali, au Burkina Faso, en Mauritanie, au Cameroun et au Tchad. Il existe un groupe de travail de l'approche CMAM Surge basé à Dakar, au Sénégal, qui est co-présidé par Save the Children et Concern. Le groupe de travail vise à cartographier les sites et à centraliser les documents, les outils et les leçons apprises sur l'approche CMAM Surge en Afrique de l'Ouest. Concern doit développer une vision stratégique pour l'approche CMAM Surge axée sur l'apprentissage, le développement des capacités et le soutien, afin de rester un leader dans l'approche CMAM Surge en Afrique de l'Ouest et au-delà.

Recommandations : Impact

- S'assurer que tous les établissements sanitaires utilisent les données sur les admissions et le nombre de cas attendus comme outils pour motiver et surveiller le travail des RComs, grâce à des discussions encourageantes et constructives.
- Concern devra élaborer une méthode permettant d'évaluer l'impact de son appui sur le renforcement et la capacité du système sanitaire. Ceci pourrait se faire par une première cartographie de l'état actuel du renforcement du système, suivie de l'élaboration d'une matrice de maturité pour définir les mesures à prendre pour atteindre l'objectif ultime.
- Au fur et à mesure que le système avance le long de la matrice, l'appui de Concern peut être progressivement retiré. Cela servira de méthode de retrait plus structurée.

6. Efficience

Critères	Cote d'évaluation					Justification
	1	2	3	4	5	
Efficience					X	- Une évaluation coût-efficacité a montré que l'approche Surge, telle qu'elle a été mise en œuvre au Niger, était très rentable.

Q1 : Quelle est la différence de coût entre une intervention Surge et une intervention d'urgence traditionnelle ?

En 2017, Concern a mandaté un autre consultant pour étudier le rapport coût-efficacité de l'approche CMAM Surge au Niger. Les coûts à partir de 2018 pour 13 CRENAS et les coûts associée du CRENI, basés sur le nombre estimatif de références, ont été inclus. Les coûts inclus étaient le temps du personnel, le développement des capacités, la supervision, l'approvisionnement, les autres coûts de gestion et les coûts d'opportunité pour les soignants et les RCom. Bien qu'un rapport détaillé soit disponible, la principale conclusion du consultant est que l'approche CMAM Surge au Niger a été favorable ou très rentable. Le tableau 4 ci-dessous donne des détails sur les constatations relatives aux coûts et les normes par rapport auxquels ils peuvent être comparés.

Tableau 4. Résultats coût-efficacité de l'approche CMAM Surge de Concern au Niger.

Détermination des coûts		Norme internationale
Coût par enfant	176.58 \$US	Coût moyen international du PCMA de 200 \$US/enfant
Coût par AVCI évitée	28.11 \$US	AVCI évitée < 100 USD considérée comme "très rentable".
		La norme OMS d'AVCI évitée < PIB par habitant considéré comme « très rentable » (PIB par habitant pour le Niger = 378,06 \$US)

8. Acceptation/pertinence

Critères	Cote d'évaluation					Justification
	1	2	3	4	5	
Acceptation/pertinence					X	<ul style="list-style-type: none"> - L'approche Surge est considérée comme très pertinente au Niger et a suscité l'intérêt et le soutien du Ministère de la Santé à tous les niveaux, ainsi que d'autres ONG au Niger et dans la région franco-africaine. - Bien que certaines données provenant des bénéficiaires soient présentées, les chiffres de l'échantillonnage sont si faibles qu'il n'est pas possible d'interpréter les résultats. - Pour les agents de la santé, l'approche Surge est très appréciée et est associée à une plus grande confiance.

Q1 : L'approche est-elle acceptable pour toutes les parties prenantes concernées ? ET

Q2 : Comment les parties prenantes concernées perçoivent-elles l'approche du point de vue de sa capacité à assurer la préparation et à protéger des services de qualité ?

Bénéficiaires

Le point de vue des clients sur les services a été évalué par Concern dans le cadre du processus DDG (Collecte des Données Digitales). En ce qui concerne la collecte des données pour la qualité du traitement et le temps d'attente, l'objectif initial de la DDG de base était d'observer 102 enfants MAS fréquentant l'établissement sanitaire pour obtenir des services. Toutefois, en raison de plusieurs contraintes, notamment la faible fréquentation des enfants MAS en raison d'une rupture de stock ATPE généralisée, seulement 13 enfants ont été observés ayant accès aux services MAS pour la partie de base (trois étaient de nouvelles admissions et 10 des visites de suivi). Huit de ces enfants faisaient partie du groupe à partir de 2018, cinq du groupe à partir de 2017 et aucun du groupe à partir de 2016. Au total, 93 enfants ont été inclus dans l'échantillon pour l'étude finale. Comme le montre le tableau 5 ci-dessous, si l'on considère la qualité des consultations individuelles de la MAS, il y a une baisse de 9% entre les résultats de base et les résultats finaux lorsque les groupes de l'année sont totalisés (de 46% à 37%). Lorsqu'elle est ventilée, la différence est la plus marquée pour le groupe de 2017, passant de 80% des consultations achevées à une norme minimale dans l'enquête de base à 33% dans l'enquête finale. Bien que cette différence soit considérable, les différences importantes dans la taille des échantillons entre l'enquête de base et l'enquête finale rendent les résultats difficiles à interpréter. Toutefois, ce qui ressort clairement des données, c'est qu'il faut accorder plus d'attention et renforcer les capacités pour s'assurer que les consultations sur la MAS sont d'une qualité acceptable.

Tableau 5. Consultations MAS pour lesquelles 75% des tâches requises ont été effectuées correctement*.

Année de démarrage CMAM Surge	Total observé		Nombre total de consultations terminées à la norme minimale			
	n		n		%	
	L'enquête de base	L'enquête finale	L'enquête de base	L'enquête finale	L'enquête de base	L'enquête finale
2016	0	27	0	11	N/A	41%
2017	5	33	4	11	80%	33%
2018	8	33	2	12	25%	36%
Total	13	93	6	34	46%	37%

*13 tâches pour les nouvelles admissions ; 11 pour les visites de suivi (selon le Protocole national)

Tant pour l'enquête de base que pour l'enquête finale, les tâches les plus souvent non effectuées étaient l'évaluation de la respiration, la prise de température et la vérification de l'œdème. Cependant, lorsqu'une tâche était accomplie, elle a principalement été effectuée correctement par l'agent de santé (67% au départ et 70% à la fin).

Il n'y avait pas de différences significatives dans la perception des services de santé entre les établissements qui avaient commencé l'approche Surge il y a plusieurs années. Dans l'ensemble, une très forte proportion des soignants interrogés estime que la qualité de la service MAS et des autres services de santé infantile est bonne ou très bonne, voir le tableau 6 ci-dessous.

* **Tableau 6.** Les soignants qui ont évalué les services MAS comme étant bons ou très bons*.

Année de démarrage CMAM Surge	Total ayant répondu		Services MAS notés bons ou très bons			
	n		n		%	
	L'enquête de base	L'enquête finale	L'enquête de base	L'enquête finale	L'enquête de base	L'enquête finale
2016	10	29	9	29	90%	100%
2017	3	30	3	28	100%	93%
2018	1	36	1	35	100%	97%
Total	14	95	13	92	93%	97%

De plus, 100% des soignants interrogés ont déclaré qu'ils recommanderaient les services aux amis et à la famille, voir le tableau 7 ci-dessous.

Tableau 7. Soignants qui ont dit qu'ils recommanderaient la service MAS ou les services de santé infantile à leurs amis ou à leur famille.

Année de démarrage CMAM Surge	Total des réponses		Recommanderaient le service à d'autres personnes			
	n		n		%	
	L'enquête de base	L'enquête finale	L'enquête de base	L'enquête finale	L'enquête de base	L'enquête finale
2016	10	29	10	29	100%	100%
2017	3	30	3	30	100%	100%
2018	1	36	1	36	100%	100%
Total	14	95	14	95	100%	100%

Malgré l'évaluation extrêmement positive de la qualité et de la satisfaction des services, une grande partie des soignants interrogés dans le cadre de l'enquête de référence avaient déjà connu une interruption de service, par exemple une fermeture de la clinique pendant les heures de travail normales ou un manque de médicaments ou d'ATPE disponibles, voir le tableau 8 ci-dessous. Cette proportion était beaucoup plus faible dans l'évaluation finale, car la grève des infirmières et la pénurie de personnel infirmier et la pénurie d'ATPE avaient été résolues.

Tableau 8. Soignants qui ont été confrontés à la fermeture d'une clinique ou à une rupture de stock des ATPE ou de médicaments au cours des 3 derniers mois

Année de démarrage CMAM Surge	Total des réponses		Confrontés à la Fermeture d'une clinique ou une rupture de stock au cours des 3 derniers mois			
	n		n		%	
	Baseline Ligne de Base	Ligne finale	Ligne de base	Ligne finale	Ligne de base	Ligne finale
2016	10	29	9	2	90%	7%
2017	3	30	3	3	100%	10%
2018	1	36	0	14	0%	39%
Total	14	95	12	19	86%	20%

Personnel des établissements de santé et autorités sanitaires

L'acceptation et la pertinence pour les travailleurs des établissements sanitaires sont détaillées à la Q4, section 6. L'acceptation et la pertinence pour le Ministère de la Santé ainsi que pour d'autres ONG et d'autres pays sont détaillées à la Q5, section 6. De nombreuses parties prenantes perçoivent l'approche Surge comme une stratégie de sortie - un moyen de renforcer le système sanitaire et de permettre le retrait progressif du soutien des ONG. Elles la perçoivent comme un moyen de préparer le système sanitaire aux pics d'admission à la PCMA afin que la qualité de la prestation des services ne soit pas compromise en ces moments critiques et que, progressivement, le Ministère de la Santé soit en mesure de prendre en charge les actions supplémentaires requises pendant ces pics. Le Ministère de la Santé le reconnaît clairement dans sa recommandation de l'approche qu'il recommande à MSF pour améliorer sa capacité à gérer

les pics d'admission. Le Directeur de la Nutrition du Ministère de la Santé (« Responsable pour la Prise en Charge de la Nutrition ») a déclaré que le Ministère de la Santé a élaboré des plans détaillés de préparation aux épidémies et qu'il considère les plans locaux conçus dans le cadre de l'approche Surge comme des plans de préparation pour la nutrition. Bien qu'il s'agisse là d'une reconnaissance significative de l'importance de l'approche Surge, elle indique la nécessité d'une approche de type Surge au niveau des districts et au niveau national pour assurer la préparation à un choc à grande échelle, garantissant que les formations sanitaires reçoivent un soutien adéquat pour les besoins qui ne sont pas de leur ressort.

Q3 : Comment l'approche a-t-elle influé sur la satisfaction des travailleurs de la santé ?

Des données empiriques issues d'entretiens qualitatifs indiquent qu'après la mise en œuvre de l'approche Surge, les agents de santé ont davantage confiance en eux et en leurs capacités, et sont plus conscients et comprennent mieux leur contexte et les causes de la malnutrition aiguë. De plus, ils semblent avoir de meilleures relations avec les structures communautaires et les autorités sanitaires, ce qui contribue à leur fierté et à leur confiance.

« [Lorsqu'on lui a demandé quelle est la différence entre un centre qui a l'approche Surge et un autre qui ne l'a pas]. Oh ! Ce ne sont pas du tout les mêmes. Ils ne sont pas les mêmes en ce qui concerne leur façon de travailler, de s'autoévaluer et d'organiser leurs propres activités....

*Maintenant je peux résoudre mes propres problèmes »
Infirmière responsable à l'établissement sanitaire de Kalfou, Tahoua*

Recommandations : Acceptation/pertinence

- Aucune recommandation n'a été formulée à l'heure actuelle concernant l'amélioration de l'acceptation et de la pertinence auprès du personnel du Ministère de la Santé. L'approche semble très appréciée et pertinente pour les autorités et le personnel sanitaires.
- Une supervision et un renforcement des capacités plus soutenus sont nécessaires pour s'assurer que toutes les tâches essentielles à la gestion de la service MAS sont accomplies.
- La satisfaction des bénéficiaires et des agents de santé devrait être régulièrement évaluée, car elle influe grandement sur la qualité des services.

8. Durabilité

Critères	Cote d'évaluation					Justification
	1	2	3	4	5	
Durabilité				X		<ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre infructueuse (sauf pour le CRENI) de l'approche Surge en 2014 a été suivie d'une résurgence en 2016. Au cours de cette mise en œuvre, la viabilité a été grandement améliorée grâce à la participation accrue des autorités sanitaires locales, à la formation d'un plus grand nombre de personnes, au soutien technique plus intense fourni par Concern et des bilans annuels d'apprentissage. Toutes les structures de santé qui ont commencé Surge en 2016 sont encore à la phase de mise en œuvre de l'approche. - Bien que certains établissements aient inclus des plans d'action pour Surge dans leurs processus annuels de micro planification et de budgétisation, cela n'est pas fait de façon uniforme. - Bien que certaines installations s'assurent que tous les intervenants pertinents (notamment la communauté) participent au plan d'action de Surge, cela n'est pas fait de façon uniforme. Ceux qui disposent de structures communautaires font état d'une grande variété d'options d'intervention en cas d'urgence. - Actuellement, Concern et d'autres ONG procèdent à des évaluations annuelles de la solidité des systèmes au niveau des structures de santé. Cette évaluation est prise en compte dans les décisions relatives au soutien de l'établissement. Il est maintenant temps de procéder à une évaluation plus holistique et plus complète de l'ensemble du système sanitaire. - Le lien avec les initiatives de RRC existantes n'en est encore qu'au stade de la discussion. Avec le besoin d'être renforcé.

La durabilité est définie comme un état dans lequel les bénéfices d'une activité se poursuivent après le retrait du financement des donateurs. Il peut également être défini comme un état où les activités d'un projet ou d'un programme se poursuivent dans le cadre du système gouvernemental après le retrait du financement de donateurs extérieurs. Ce critère d'évaluation a été observé comme étant le plus amélioré au cours de la période d'évaluation. Lors de la première visite en mars 2018, l'équipe ne semblait pas claire quant à l'orientation stratégique du programme Surge au Niger. Cependant, au cours de la période, la vision de Concern a été clarifiée et des mesures stratégiques ont été prises pour garantir le financement afin de faire passer le programme à la phase suivante.

Q1 : A-t-on adopté une approche de durabilité ?

En 2014, lors du démarrage initial de Surge, une approche de durabilité n'a pas été adoptée et les établissements de santé concernés n'ont pas maintenu l'approche, à l'exception du CRENI de l'hôpital régional. En 2016, l'approche a été revigorée avec des formations supplémentaires et

une plus forte implication du Ministère de la Santé. A partir de 2016, l'approche est passée de 11 établissements à 42 établissements de santé dans la région de Tahoua à la fin de 2018. Il s'agit d'une réalisation importante qui témoigne d'une amélioration dans la façon dont l'approche a été mise en œuvre et gérée. En outre, tous les établissements de santé visités qui ont commencé l'approche en 2016 sont toujours en train de mettre en œuvre Surge. Voici quelques-unes des principales mesures que Concern a prises pour améliorer la durabilité de l'approche :

- Veiller à ce que les autorités sanitaires locales soient à la tête de tous les aspects de l'approche Surge et qu'elles y participent.
- Un bilan annuel de l'apprentissage de l'approche Surge dirigé par le Ministère de la Santé.
- Formation d'un plus grand nombre d'agents de santé afin que plus d'un agent de santé soit formé par établissement (travail en cours).
- Apporter un soutien technique - pendant la mise en œuvre des formations sanitaires ainsi qu'un soutien technique continu en matière de surveillance et de dépannage.
- Développement d'une unité de Pool de Formateurs au niveau régional et national (travail en cours)
- Implication de la communauté et des COGES lors de la mise en œuvre des formations sanitaires

L'un des principaux enseignements tirés de l'expérience de Concern au Niger, à partir de 2014 jusqu'en 2016, est que l'utilisation d'un processus de FdF autonome ne crée pas de transfert durable des connaissances. Le processus de transfert des connaissances doit être plus guidé et holistique - il doit comprendre non seulement des possibilités de formation officielle, mais aussi un soutien technique en présentiel, une autorité sanitaire capable de surveiller et de superviser l'approche et des occasions d'échanger sur les succès et les échecs ainsi que sur les enseignements tirés par les pairs. Bien que de nombreuses parties prenantes soient attirées par l'approche en tant que moyen d'éliminer progressivement la dépendance vis-à-vis des ONG et des bailleurs internationaux, il est clair qu'il est nécessaire de supprimer progressivement l'appui technique et uniquement lorsqu'un volume critique de personnel du Ministère de la Santé et des établissements de santé est formé et compétent dans cette approche.

Au niveau de chaque établissement sanitaire, la durabilité de l'approche Surge peut être soutenue en améliorant les processus de micro planification et en assurant l'engagement des structures communautaires (RCom, COGES, bureaux du maire, etc.). Les processus et les actions Surge devraient être inclus dans les processus annuels de micro planification et de financement au niveau de l'établissement. Alors que certains établissements le font, d'autres ont besoin d'un soutien global plus important pour le processus de micro planification. Les établissements sanitaires qui entretiennent de bonnes relations avec la communauté estimaient qu'ils disposaient de plus d'options pour répondre aux besoins au fur et à mesure qu'ils se présentaient. Certains reçoivent même un soutien financier du COGES ou de la collecte communautaire pour soutenir les actions de Surge lorsque leurs propres finances sont insuffisantes.

Une autre méthode pour améliorer la durabilité de l'approche consiste à inclure une plus grande variété de morbidités. L'application des processus Surge aux principales morbidités améliorera encore sa pertinence et sa probabilité d'être maintenue.

Concern est sur le point d'entrer dans une autre phase avec l'approche Surge au Niger. Avec le financement actuel de DIPECHO, l'organisation travaille à faire en sorte que l'approche Surge soit adoptée à l'échelle nationale et intégrée dans le protocole PCMA. Concern soutient la création d'un pool de formateurs aux niveaux national et régional et utilise le programme de Tahoua comme centre d'excellence pour la formation et l'apprentissage. De plus, elle recherche un financement à plus long terme (cinq à dix ans) afin d'assurer un soutien soutenu et stratégique à moyen terme.

Au sujet de la durabilité de l'approche Surge, il est important de mentionner qu'en plus de la revitalisation de Surge en 2016, la façon dont les services PCMA ont été intégrés dans le système de santé a également changé cette année-là. Avant 2016, les services PCMA étaient offerts parallèlement aux autres services pédiatriques. Ce n'est qu'à partir de 2016 que le concept de « porte d'entrée unique » a été privilégié par les ONG internationales et le Ministère de la Santé pour une meilleure appropriation par le personnel chargé de la malnutrition du Ministère de la Santé et de son intégration dans le service pédiatrique au même titre que la malaria et la diarrhée.

Q2 : Comment le rôle de l'ONG et du bailleur international peut-il être progressivement supprimé ?

Les parties prenantes, en particulier d'autres ONG et certains bailleurs, ont manifesté leur intérêt pour l'approche CMAM Surge comme méthode d'élimination progressive du soutien au système de santé public. Le concept de l'approche Surge est certainement orienté dans ce sens, en soutenant un renforcement progressif de la capacité des centres de santé à gérer de plus en plus de cas. Le mot clé ici est progressif, l'approche Surge doit être considérée comme une initiative de renforcement du système de santé à plus long terme. Au Niger, en partenariat avec le Ministère de la Santé, les ONG prennent actuellement des décisions sur les formations sanitaires qui ont besoin d'un soutien en effectuant une évaluation annuelle et en évaluant chaque formation sanitaire en fonction de son degré de fonctionnalité par rapport aux éléments constitutifs du système de santé. Il s'agit d'une approche éclairée pour structurer l'appui, mais les partenaires doivent maintenant envisager le système de santé de manière plus holistique et stratégique et structurer le retrait progressif de leur appui en fonction d'un renforcement du système dans son ensemble (pas seulement l'évaluation de la capacité des différents établissements sanitaires). Idéalement, les ONG et les bailleurs internationaux devraient élaborer une vision à long terme et planifier une réduction progressive de leur appui. Cela devrait être fait en collaboration avec le Ministère de la Santé et impliquer des méthodes d'évaluation de l'amélioration de la fonctionnalité du système de santé. Le soutien devrait être réduit progressivement lorsque les échéances établies dans la fonctionnalité du système de santé sont atteintes. En plus de soutenir davantage la durabilité, il serait idéal que l'UNICEF s'implique davantage dans le processus. Ils peuvent offrir une supervision et un soutien à long terme de même niveau et s'assurer qu'ils sont liés à d'autres initiatives de renforcement des systèmes de santé.

Q3 : Comment l'Approche est-elle liée à d'autres efforts de RRC et/ou d'intervention d'urgence au niveau du district et de la communauté ?

Actuellement, il n'existe aucun lien entre l'approche CMAM Surge et les autres efforts de RRC ou d'intervention d'urgence au niveau du district et de la communauté. Cependant, l'équipe de Concern, en partenariat avec le gouvernement, étudie actuellement comment intégrer l'approche Surge dans le SCAP-RU (Systèmes Communautaire D'Alerte Précoce et de Réponse aux Urgences) du Niger, un système communautaire d'alerte précoce/action précoce pour la sécurité alimentaire qui fait partie du système FEWS-NET. Bien que la nature exacte de la collaboration soit encore en cours de discussion, elle impliquera nécessairement la collecte et l'exploitation de données de dépistage, ainsi que le suivi des stocks de fournitures essentielles telles que les ATPE.

Recommandations : Durabilité

- Faisant écho à une recommandation clé de la section Impact - Concern devrait élaborer une matrice de maturité ou un outil similaire, ainsi qu'une méthode pour mesurer la capacité du système de santé, et structurer leur vision à long terme du soutien et le retrait du soutien en fonction de leur vision de l'évolution du système de santé. Ce qui signifie que le retrait du soutien est conditionné par un renforcement comparatif du système de santé.
- Renforcer le processus de Surge au niveau du district et éventuellement au niveau national.
- Lien entre le district et le niveau régional ou national pour traiter de manière globale les lacunes en matière d'offre et de ressources humaines.
- Les compétences en matière de micro-planification et de financement devront être améliorées au niveau des formations sanitaires afin de s'assurer que les actions Surge nécessitant un engagement financier, sont correctement planifiées.
- Concern Niger devra fortement envisager de piloter l'inclusion des principales morbidités infantiles dans le modèle Surge. Cela permettra non seulement d'aider les établissements à se préparer à faire face à des pics de morbidités clé, mais aussi de contribuer au renforcement du système sanitaire à un niveau plus large.
- Les possibilités de lier l'approche Surge à d'autres initiatives de RRC, en particulier au niveau communautaire à l'instar de l'approche SCRAP-RU doivent être davantage explorées et exploitées.

9. Conclusion

En référence à la principale question d'évaluation, l'évaluation conclut que l'approche CMAM Surge, telle que mise en œuvre au Niger, peut renforcer la capacité des formations sanitaires à gérer l'augmentation périodique du nombre de cas pendant un choc ou un stress tout en maintenant la qualité d'une manière durable et acceptable pour les usagers et les prestataires de services. Toutefois, il reste encore du travail à faire pour s'assurer d'une meilleure résilience au sein du système de santé.

Dans l'ensemble, l'évaluation donne une vision très favorable de l'approche Surge au Niger avec un score moyen de 4 sur 5, comme le montre le tableau 9 ci-dessous.

Tableau 9. Résumé des cotes attribuées aux critères d'évaluation à partir de l'évaluation

Critères	Cote d'évaluation				
	1	2	3	4	5
Efficacité			X		
Impact			X →		
Efficience					X
Acceptation/Pertinence					X
Soutenabilité				X	
MOYENNE				X	

Les principales forces de l'approche Surge au Niger sont les suivantes : amélioration de l'analyse, de l'interprétation et de l'utilisation des données ; autosuffisance et leadership au niveau des formations sanitaires ; confiance des agents sanitaires ; communication entre la formation sanitaire et la communauté ainsi qu'entre la formation sanitaire et les autorités sanitaires du district ; compréhension et intégration de la MAS dans les services sanitaires généraux. Non seulement l'approche CMAM Surge a aidé les établissements sanitaires à se préparer et à gérer l'augmentation du nombre de cas, mais elle permet aussi de prendre des mesures lorsque le nombre de cas est inférieur aux prévisions et constitue donc un moyen clair d'améliorer la participation des bénévoles de la santé communautaire qui font le dépistage et référence (RCom). Bien que l'approche Surge ait connu de nombreux développements positifs dans la prise en charge de la malnutrition aiguë à Tahoua, on n'a pas observé de changements dans les indicateurs de résultats PCMA avec la mise en œuvre de l'approche Surge.

L'évaluation a également révélé que dans la région de Tahoua au Niger, les stress qui affectent la charge de travail des MAS dans les formations sanitaires ne sont pas uniformes dans les deux districts dans lesquels Concern intervient (Commune de Tahoua et Département de Tahoua). Dans l'ensemble, les statistiques d'admission pour les CRENAS ruraux ne tiennent pas compte des tendances saisonnières attendues (voir figure 5), telles que les saisons creuses agricoles ou les pics de paludisme. Plus évidents dans les statistiques des établissements de santé individuels sont les facteurs de moyens d'existence qui influencent les mouvements de population (déplacement vers les champs de plantation, déplacement avec le bétail). Les tendances

d'admission dans les CRENAS urbains sont davantage influencées par les tendances saisonnières telles que le paludisme. Au niveau macro, les admissions à CRENAS sont influencées par le nombre d'agents de santé communautaires actifs, les grèves des agents de santé et la disponibilité de matériels essentiels tels que les ATPE. Il s'agit là des questions liées à la fonctionnalité du système sanitaire, ce qui démontre encore davantage la nécessité d'évaluer et de comprendre la force du système sanitaire et la façon dont Concern y contribue tant dans le cadre de l'approche Surge que dans sa programmation globale. Les admissions à la CRENI de l'hôpital suivent des tendances saisonnières claires avec des pics dus aux épidémies de paludisme.

Bien que des recommandations individuelles soient fournies pour chaque critère d'évaluation, un résumé des recommandations les plus cruciales pour faire avancer l'approche CMAM Surge est présenté dans l'encadré ci-dessous. Concern, avec sa longue expérience de la mise en œuvre de l'approche Surge au Niger, ainsi que dans d'autres pays africains, est particulièrement bien placée pour être le champion de l'approche Surge. Ceci est actuellement reconnu par de nombreuses ONG de la région car elles se sont appuyées sur l'expertise de Concern pour soutenir le développement des capacités au sein de leurs propres équipes. Un groupe de travail régional pour CMAM Surge a été créé à Dakar et est géré par Save the Children and Concern. Concern devra se positionner stratégiquement dans la région afin de maintenir son élan avec l'approche. Les recommandations ci-dessous permettront de s'assurer que Concern soutient stratégiquement l'approche CMAM Surge dans sa prochaine phase de développement tant au Niger qu'en Afrique de l'Ouest.

Recommandations : pour que Concern faire avancer l'approche CMAM Surge vers les prochaines étapes au Niger et au-delà :

- Élaborer une stratégie de soutien à long terme pour le Niger, fondée sur la compréhension de la maturité du système sanitaire - par conséquent, le retrait de l'aide dépendra d'un renforcement comparatif du système.
- Veiller à ce que la stratégie à long terme comprenne un volet renforcement des capacités et apprentissage. Le renforcement des capacités doit tenir compte du fait que les formations des formateurs (FdF) à elles seules sont souvent insuffisantes pour assurer un transfert adéquat des connaissances.
- Mettre à l'essai un système permettant d'inclure d'autres morbidités infantiles clé dans la fixation aussi bien de seuils que la définition des actions dans l'approche Surge. Veiller à ce que le projet pilote comporte un important volet d'apprentissage.
- Améliorer le concept et les outils pour une approche de type district Surge, afin que les autorités sanitaires de district fixent des seuils à partir desquels elles auront besoin d'un soutien supplémentaire en fonction du nombre d'établissements de santé qui connaissent une augmentation du nombre de cas.
- Élaborer une stratégie globale CMAM Surge pour Concern afin de ne pas perdre de l'élan avec l'approche et assurer la qualité de son implémentation.
- Dans le cadre de la stratégie régionale, former une unité de renforcement des capacités de l'approche pour soutenir d'autres ONG ou programmes Concern dans d'autres pays.

10. Annexes

Annexe 1. Les formations sanitaires urbaines et rurales de 2 districts de la région de Tahoua (Commune de Tahoua et Département de Tahoua), ainsi que l'année où ils ont commencé l'approche Surge.

District sanitaire	Centre de santé	Début en 2016	Début en 2017	Début en 2018
URBAIN	Dakaché	✓		
	Koufan Tahoua	✓		
	Maboya Amaré	✓		
	Ama		✓	
	Garkawa		✓	
	Wadata		✓	
	Foukoye			✓
	Kolloma			✓
	Koweit			✓
Sous-total	9	3	3	3
RURAL	Bagaye	✓		
	Bambeye	✓		
	Barmou	✓		
	Hada Chimo	✓		
	Kalfou	✓		
	Mogheur	✓		
	MASo	✓		
	Afala		✓	
	Amaloul Guidiss		✓	
	Amaloul Nomade		✓	
	Edir		✓	
	Inkarkadan		✓	
	Safarfari		✓	
	Takanamatt		✓	
	Toro		✓	
	Adouna			✓
	Guidan Méli			✓
	Taza			✓
	Agoulmaoua			✓
	Anekar			✓
	Karadji Nord			✓
	Latchiwa			✓
	Moulela			✓
	Tébaram			✓
	Toudouni Kalfou			✓
	Birawa Inkafi			✓
Danfan			✓	

District sanitaire	Centre de santé	Début en 2016	Début en 2017	Début en 2018
	Dajin Saka			✓
	Bagga			✓
	Takoussa			✓
	Kolkolie			✓
Sous-total	25	7	8	16
TOTAL	34	10	11	19

Annexe 2. Sources de données

Type de collecte de données	Outils	Périodicités
Primaire	Entretiens poussés	Mars 2018 - Décembre 2018
	Observations	
	Commentaires sur l'examen de l'apprentissage	Février 2018 et Mars 2018
Secondaire	Revue de la littérature	Énumérée ci-dessous
	Enquêtes nutritionnelles	http://www.stat-niger.org/statistique/index.php
	Enquêtes de couverture PCMA	2016, 2017, et 2018
	Données sur le rendement de routine du PCMA et données normalisées du HMIS du gouvernement	CRENAS: Données analysées de 2016 à 2018 CRENI: Données analysées de 2014 à 2018 (Bases de données de Concern Worldwide et tableaux de bord de Surge)
	Concern CMAM Surge Outils de collecte de données sur CMAM Surge (ligne de base et finale) : outils de collecte (Ligne de base/ligne finale) : Outil d'observation du client Outil d'entretien de départ du client Connaissance de l'outil PCMA par le personnel de santé ATPE et Formulaire de suivi des stocks de médicaments essentiels Préparation et intervention des établissements sanitaires	Mars 2018 et Mai 2019
	Évaluation du rapport coût-efficacité	Couvrant les données de 13 CRENAS et d'un CS en 2018

Littérature analysée

Concern Worldwide (2014). Lahiya yara child survival project final evaluation report: Strengthening community health systems in Tahoua District, Niger.

Concern Worldwide/ECHO (2016). Rapport de l'enquête SLEAC.

Concern Worldwide (2017). OFDA Baseline PCMA Surge Narrative

Concern Worldwide/ECHO (2017). Rapport de l'enquête SLEAC.

Concern Worldwide/ECHO (2018). Rapport de l'enquête SLEAC.

Concern Worldwide PCMA Surge Operational Guidelines.

<https://www.concern.net/insights/PCMA-surge-approach>

FEWS NET (2017). Nutrition Causal Analysis in Niger: Report of Key Findings. FEWS NET/USAID

Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, 2013. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

Ministère de la Santé Publique. Protocole National de la PCIMA, Niger 2016

Institut National de la Statistique (INS), Enquête SMART Nationale, Niger 2018

Peter Hailey/CHC (2015). Independent Evaluation of PCMA Surge Model Pilot. Concern Worldwide, Kenya.

Annexe 3.

Sites visités lors de la visite de la situation intermédiaire (Mars 2018)

Surge		Non-Surge	
<i>Rural</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Urbain</i>
Barmou	Wadata	Mounlela	Koloma
Edir	CHR/CRENI		
Afala			
Kalfou			

Sites visités lors de la visite de la situation finale (décembre 2018).

<i>Rural</i>	<i>Urbain</i>
Afala	CHR/CRENI
Kalfou	Koufan Tahoua
Bagaye	
Amaloul Guidiss	

Annexe 4. Cadre analytique

Efficacité

Q1 : Les cliniques sont-elles en mesure de fixer des seuils réalistes sur la base d'une analyse solide ?

Q2 : Les principaux indicateurs PCMA répondent-ils aux normes SPHERE à toutes les étapes du modèle (tous les niveaux du seuil) ?

Q3 : Les seuils fixés sont-ils respectés et l'appui est-il demandé en temps opportun ?

Q4 : L'équipe de gestion des ressources humaines du district répond-elle aux demandes d'appui en temps opportun et de manière adéquate ?

Impact

Q1 : Les indicateurs PCMA clé (guéris, décédés, en mauvais état) sont-ils meilleurs dans l'approche Surge que dans le modèle traditionnel (en particulier lorsque le nombre de cas augmente) ?

Q2 : La couverture est-elle affectée par le modèle ?

Q3 : Au cours d'une période de pointe, d'autres activités de la clinique ont-elles été touchées ? La qualité a-t-elle été maintenue ?

Q4 : L'approche a-t-elle des conséquences imprévues ?

Q5 : L'approche Surge a-t-elle suscité de l'intérêt ou des changements à trois niveaux du système (DS, DRSP et DN) ?

Efficiences

Q1 : Quelle est la différence de coût entre une intervention en cas de montée des besoins et une intervention d'urgence traditionnelle ?

Q2 : Les coûts projetés pour l'EGSD (**DHMT**) étaient-ils réalistes compte tenu du dépassement des coûts réels de la réponse aux seuils ?

Q3 : Quelle est la différence de temps d'attente entre un contexte de pointe et un contexte sans pointe ? Où sont les goulots d'étranglement dans la prestation rapide des soins ?

Acceptation/pertinence

Q1 : L'approche est-elle acceptable pour toutes les parties prenantes concernées ?

Q2 : Comment les parties prenantes concernées perçoivent-elles l'approche du point de vue de sa capacité à assurer la préparation et le maintien de services de qualité ?

Q3 : Comment l'approche a-t-elle influé sur la satisfaction des agents de santé ?

Soutenabilité

Q1 : A-t-on adopté une approche de soutenabilité ?

Q2 : Comment le rôle de l'ONG et du donateur international peut-il être progressivement supprimé ?

Q3 : Comment l'Approche est-elle liée à d'autres efforts de RRC et/ou d'intervention d'urgence au niveau du district et de la communauté ?