

REPONSES AMELIOREES AUX URGENCES NUTRITIONNELLES (ERNE)

RAPPORT : ATELIER DE CAPITALISATION SUR L'APPROCHE HEALTH SURGE (SURGE PLUS¹)



29 - 31 Mars 2022



Enhanced
Responses to
Nutrition
Emergencies

¹ Dans le cadre de ce rapport, le terme « Health Surge » sera utilisé.

CONTENTS

LISTE DES ACRONYMES	iii
1. INTRODUCTION	1
2. APERCU DU DEROULEMENT DE L'ATELIER	2
3. OÙ EN SOMMES-NOUS AVEC LE HEALTH SURGE (JOUR 1) ?	3
3.1 Résumé des études de cas :	3
3.2 Vue globale - qu'avons-nous appris jusqu'à présent avec le Health Surge ?	6
4. QUEL EST L'AVENIR DU HEALTH SURGE (JOUR 2) ?	8
4.1 Les 6 piliers du système de santé et les contributions du Health Surge	9
4.2 Perspectives par pays et par organisation :	12
5. RESUME DES PRINCIPAUX POINTS DE DISCUSSION (JOUR 3)	13
6. CONCLUSIONS	14
7. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	15
Annexe 1 : Liste des participants	Error! Bookmark not defined.
Annexe 2 : Agenda de l'atelier	Error! Bookmark not defined.
Annexe 3 : Présentations Journée 1 et Journée 2	Error! Bookmark not defined.
Annexe 4 : Retour des participants sur le contenu et l'organisation de l'atelier	Error! Bookmark not defined.

LISTE DES ACRONYMES

ACF	Action Contre la Faim
ASACO	Associations de Santé Communautaire
CMAM	Community Management of Acute Malnutrition
CHR	Centre Hospitalier Régional
COOPI	Cooperazione Internazionale
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant
CSPN	Conseiller en Santé Publique et Nutrition
CSU	Couverture de Santé Universelle
DHIS	District Health Information Software
DN	Direction de la Nutrition (Niger)
DR/SP/P/AS	Directions Régionales de la Santé Publique de la Population et des Affaires Sociales (Niger)
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
ECHO	European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations
ERNE	Enhanced Responses to Nutrition Emergencies
EWEA	Early Warning Early Action
GTN	Groupe Technique de Nutrition
GTT	Groupe Technique de Travail
IRC	International Rescue Committee
MCD	Médecin Chef de District
MDO	Maladie à Déclaration Obligatoire
MSF	Médecins Sans Frontières
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSV	Observatoire de Suivi de la Vulnérabilité
PAA	Plan d'Action Annuel
PCIMA	Prise en charge de la Malnutrition Aigue
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PIA	Plan d'Investissement Annuel
PM	Chef de projet
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RHS	Ressources Humaines en Santé
RRM	<i>Rapid Response Mechanism</i> - Mécanisme de Réponse Rapide
RSS	Renforcement du Système de Santé
SAP	Système d'Alerte Précoce
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TdH	Terre des Hommes
TS	Technicien Spécialisé (Concern)

1. INTRODUCTION

La première tentative d'application du modèle CMAM² Surge à d'autres morbidités a eu lieu en Sierra Leone en 2017. Un projet mis en œuvre par Concern en collaboration avec les autorités sanitaires de la Sierra Leone, axé sur le traitement et la prévention du paludisme, a adapté les outils du CMAM Surge - en partant des huit étapes - pour soutenir les structures de santé dans la prise en charge du paludisme lors des différents pics. Depuis 2018, d'autres parties prenantes, principalement des organisations non gouvernementales (ONG) et les Ministère de la Santé, ont innové et adapté l'approche Surge pour répondre à des résultats plus larges en matière de santé infantile. La cartographie initiale indique que l'approche Health Surge a été lancée ou poursuivie dans au moins six pays en 2021, avec le soutien de huit ONG Internationales différentes.

Le programme « *Enhanced Responses to Nutrition Emergencies* » (ERNE) financé par ECHO et mis en œuvre par Concern vise à promouvoir et à apprendre des leçons sur l'approche CMAM Surge et ses innovations, y compris le Health Surge. Le projet ECHO ERNE au Niger, mis en œuvre en consortium avec ACF et COOPI, a été l'un des premiers pays à piloter le Health Surge.

Un plan d'apprentissage de revue de l'approche Health Surge a été élaboré pour décrire les principales questions d'apprentissage et les sources d'information (par ex. évaluations, revues et événements d'apprentissage) qui étaient prévues de mai 2021 à mai 2022³. La Taskforce Régionale CMAM Surge en Afrique de l'Ouest s'est réunie en un forum clé d'échange sur l'apprentissage concernant le Health Surge au cours des 12 derniers mois. Un nombre réduit de membres s'est réuni trois fois en 2021 pour discuter des progrès et des défis de l'approche. En décembre 2021, un webinaire a été organisé pour partager cet apprentissage avec un public plus large.

La **première phase** de la revue Health Surge a consisté en une étude documentaire réalisée par deux consultantes. Elles ont exploré le rôle actuel et potentiel des approches « CMAM » et « Health » Surge dans le renforcement de systèmes de santé réactifs aux chocs⁴. La **seconde phase** se concentre sur la mise en œuvre au niveau du terrain. Cet atelier « Health Surge » **contribue à la deuxième phase** de la revue. Il s'agit d'un atelier participatif réunissant les principales parties prenantes qui, au Niger, Mali et Burkina Faso, ont mis en œuvre ou ont contribué à l'approche en tant qu'acteurs de la santé.

Les objectifs de l'atelier visaient à :

- Capitaliser les expériences et les leçons apprises après un an de mise en œuvre de l'approche Health Surge au Niger ;
- Partager les leçons apprises avec les autres acteurs de mise en œuvre de l'approche en Afrique de l'Ouest, en particulier en ce qui concerne **la fonctionnalité des outils Health Surge et le processus de mise en place** ;
- Contribuer aux questions d'apprentissage dans le plan d'apprentissage du Health Surge.

² CMAM: Community Management of Acute Malnutrition = PCIMA: Prise en Charge de la Malnutrition Aigue

³ Health Surge Learning Plan (May 2021 to May 2022)

⁴ Deconinck & Hendrix. Exploring the current and potential role of the CMAM and Health Surge Approaches in creating shock responsive health systems: setting the scene for collaborative learning. November 2021.

2. APERCU DU DEROULEMENT DE L'ATELIER

Du 29 au 31 mars 2022, s'est tenu dans la salle de conférence de l'hôtel « Terminus » de Niamey, l'atelier de capitalisation sur l'approche « Health Surge ». Placé sous la présidence du Directeur de la Nutrition (DN) du Niger, cet atelier a regroupé les cadres du ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales du Niger des niveaux local, régional et national, les partenaires techniques et financiers (ECHO, UNICEF, le Secrétaire du Fonds Commun Santé, et les représentants du laboratoire de recherche « LASDEL », du cabinet « VIAMO », du Cluster Santé et du Groupe Technique de Travail Nutrition). Etaient aussi présents des représentants de Save the Children Mali, de Terre des Hommes (TdH), Burkina Faso, et d'Action Contre la Faim (ACF), Burkina Faso. Pour le Niger, 10 ONG internationales étaient représentées parmi lesquelles Concern Worldwide, Save the Children, GOAL, ACF, Alima-BEFEN, COOPI, IRC, MSF-Suisse, MSF-France, et Help. En outre, environ 12 participants se sont inscrits à différentes sessions en ligne pour le premier et deuxième jour. La liste complète des participants se trouve en Annexe 1.

L'agenda de l'atelier est disponible en Annexe 2 et les présentations en Annexe 3. Les principaux points de chacune des séances sont résumés dans les sections ci-dessous.

Photo 1 : Le Directeur de la Direction de la Nutrition du Niger (Dr Nassirou Ousmane) et le Directeur Pays de Concern, Niger (Mr. Jean Patrick Masquelier) à l'inauguration de l'atelier.



Après la lecture de la « Fatiya », les mots de bienvenue ont été adressés aux participants par le Directeur Pays de Concern qui, dans son allocution, les a remerciés pour l'intérêt porté au Surge et plus globalement pour leur engagement en faveur de systèmes de santé résilients et performants.

L'ouverture de l'atelier a été faite par le représentant de la DN du Niger qui a tenu à remercier Concern et tous les partenaires techniques et financiers pour leur accompagnement de tous les jours. Il a ensuite sollicité un fort engagement des participants dans les travaux afin d'aboutir à des conclusions qui pourront servir d'évidences pour la mise à échelle de l'approche Health Surge.

Cette ouverture a été suivie d'activités préliminaires portant sur la présentation des participants et facilitateurs par un tour de table, la présentation et l'adoption du calendrier, et la répartition des participants en six (6) groupes pour les travaux de groupes.

3. OÙ EN SOMMES-NOUS AVEC LE HEALTH SURGE (JOUR 1) ?

L'objectif de la première journée était de faire le bilan et de partager les leçons apprises à ce jour avec l'approche « Health Surge ».

3.1 Résumé des études de cas :

Trois courtes études de cas ont été présentées, suivies d'une séance de questions-réponses.

- **ETUDE DE CAS : TERRE DES HOMMES BURKINA FASO**

Le Health Surge est mis en œuvre dans 8 District Sanitaire (DS) et 4 régions totalisant 265 centres de santé par le Consortium Terre des Hommes Nederland (Tdh-NL) ; Terre des Hommes Lausanne (Tdh-L) ; et Action Contre la Faim (ACF) sur financement ECHO.

Comme au Mali et au Niger, le déploiement de l'approche s'est déroulé en transitant de l'approche CMAM Surge vers le Health Surge. En plus de la malnutrition, le paludisme, les diarrhées, les Insuffisances Respiratoires Aigües (IRA) et l'anémie ont été identifiées comme les principales morbidités. A la différence des 2 autres pays, le Burkina Faso a choisi un « seuil unique » qui selon TdH permet d'avoir une approche transversale, facilitant l'intégration du Surge dans le système de santé en vue de son renforcement. A l'image du Mali, le pays a utilisé les facteurs multiplicateurs comme dans le CMAM Surge pour la fixation des seuils avec des petites différences dans le calcul.

La grande innovation a été la digitalisation de l'approche en profitant de l'outil Registre Electronique de Consultation (REC) déjà en place dans 60% des centres. Cette digitalisation a permis le suivi quotidien des seuils et leur révision itérative en fonction de l'évolution du contexte. Elle a aussi permis de faire l'interface avec le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) à travers une plateforme *CommCare* logée chez TdH et faisant le lien avec le District Health Information Software (DHIS). **L'autre innovation a été l'établissement d'un lien entre le Surge et le Système d'Alerte Précoce (SAP) communautaire.**

L'approche Health Surge a contribué au renforcement de l'autonomie, des capacités d'organisation et de réponse des centres de santé aux surcharges de travail. Elle a aussi contribué à améliorer la gouvernance de la santé à travers l'implication des collectivités et des communautés dans les actions de santé. Par ailleurs, une très forte réduction des ruptures de médicaments dans les centres de santé a été constatée.

Au cours de sa mise en œuvre, le Health Surge a été confronté aux défis suivants:

- La fermeture de certains centres de santé en lien avec l'insécurité ;
- La faible implication des élus locaux ;
- Le fonctionnement continu de la digitalisation (renouvellement des tablettes, transfert du serveur *CommCare* à l'Etat) ;
- Le coût élevé de l'extension de la digitalisation du SAP.

Les pistes de pérennisation de l'approche identifiées sont la mise en place de pools de formateurs, le développement de l'intérêt d'autres ONG et la présentation de la valeur ajoutée de l'approche à ECHO et au Cluster Santé.

- **ETUDE DE CAS : SAVE THE CHILDREN MALI**

L'approche est mise en œuvre par 7 ONG dans 152 centres de santé répartis entre 9 DS de 5 régions administratives du pays, ce grâce aux financements de l'UNICEF et d'ECHO. Cette mise en œuvre s'est déroulée soit en transitant du CMAM vers le Health Surge dans certains sites, soit de façon directe dans d'autres.

Outre la malnutrition, trois morbidités ont été choisies (paludisme, IRA, diarrhées) et deux types de seuils ont été définis à savoir : le seuil d'investigation pour l'ensemble des consultations curatives et les seuils spécifiques pour les différentes morbidités. Le processus de mise en œuvre a réuni autour des centres de santé l'ensemble des acteurs de santé au niveau communautaires : membres de l'équipe cadre de santé (ECD), Associations de Santé Communautaire (ASACO), collectivités, et partenaires de proximité (ONGs).

Le processus a été confronté à des difficultés dans la détermination de la charge de travail et la fixation des seuils. Comme dans le CMAM Surge, les facteurs multiplicateurs ont été utilisés pour la fixation des seuils. Le suivi a, quant à lui, souffert de la faible implication des membres des ECD et de la remontée des données en temps réel. La coordination a été assurée par un comité national de pilotage de l'approche regroupant toutes les sous-directions et les ONG de mise en œuvre. Il est placé sous le leadership de la sous-direction de la nutrition.

Le pilotage a souffert de la courte durée de mise en œuvre (10 mois), des conflits d'agenda avec les services techniques de l'Etat, du faible financement des actions Surge par les collectivités, surtout celles situées dans des zones d'insécurité (absence de recouvrements des impôts/taxes).

Les actions de pérennisation porteront principalement sur le plaidoyer auprès des collectivités pour plus d'implication dans la mise en œuvre et aussi la prise en compte des actions Surge dans leur planification.

Trois principales innovations ont été notées au Mali à savoir :

- Adoption du nom « PCIME Surge » ;
- Utilisation d'une grille pondérée d'évaluation des lacunes ;
- Adaptation de l'**outil 7a** (description des phases) et **7b** (établissement des seuils) au contexte du pays.

Les facteurs clés de réussite identifiés sont :

- La participation active de tous les acteurs dans la planification, la mise en œuvre et la réponse aux pics ;
- L'intégration du suivi des seuils dans les procès-verbaux des réunions mensuelles des comités de gestion des ASACO.

- **ETUDE DE CAS : CONCERN NIGER**

Grâce au financement d'ECHO, il a été procédé à la transition du CMAM vers le Health Surge dans 12 sites pilotes dont 10 Centres de Santé Intégrés (CSI) au niveau primaire et 02 Centres de Récupération Nutritionnelle Intensive (CRENI), l'un au niveau du Centre de Santé Mère Enfant (CSME) et l'autre au niveau du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Tahoua.

Comme le Mali, Concern Niger a identifié en plus de la malnutrition le paludisme, les IRA et les diarrhées. L'ONG a opté pour 2 types de seuils, à savoir le seuil d'investigation et les seuils spécifiques. A la différence des 2 autres pays, le Niger n'a pas utilisé un facteur de multiplication et

s'est plutôt focalisé sur une formule de calcul mise en lien avec l'évaluation des capacités et le vécu des sites pilotes pour déterminer de façon consensuelle la charge de travail. Plusieurs sites ont rencontré des difficultés dans la détermination de la charge de travail et la fixation des seuils. A noter que le seuil d'investigation inclut les consultations curatives et préventives.

La formalisation des engagements a, quant à elle, été faite à hauteur de 87% et cela en raison du processus inclusif et participatif de la mise en œuvre ayant regroupé les membres de l'ECD, les collectivités, les Comités de Gestion (COGES)/Comités de Santé (COSAN), la diaspora et les groupements de femmes et de jeunes. Ce processus inclusif explique aussi le fort engagement des acteurs dans le financement des actions Surge dans les CSI jusqu'à hauteur de 70% de l'ensemble des coûts de plans d'actions (diaspora : 33%, collectivités : 17%, Etat : 17% et COGES : 3%).

Deux principales innovations ont été notées au Niger à savoir :

- La fixation des seuils en 2 temps en fonction de la fréquentation des sites pilotes ;
- L'approche « Tutorat » appliqué au Surge pour répondre aux besoins de formation de plus d'agents en vue de juguler les mouvements de personnels et aussi réduire les coûts liés à la formation (expérience d'ACF Niger).

Les principaux défis rencontrés sont le suivi de proximité par les membres des ECD, l'opérationnalisation du Surge au niveau district et le respect des engagements.

Les pistes de pérennisation tournent principalement autour de l'intégration de l'approche lors de la révision du protocole national PCIMA, l'intégration des actions Surge dans les planifications locales (micros plans, PAA, et PIA des communes) et enfin l'interface avec le SNIS dans le cadre du suivi. Pour le suivi des engagements, des comités communaux présidés par les maires ont été mis en place.

Le Niger a identifié comme facteurs clés de réussite :

- Le processus inclusif et participatif de mise en place du Health Surge, en appuyant un plus fort engagement des acteurs et en facilitant la formalisation de ces engagements ;
- L'intégration dans les documents de planifications (Micros plans des CSI, PAA des DS/DRSP/DGSAS, PIA des communes) et le protocole national PCIMA ;
- L'appropriation de l'approche par l'Etat, les collectivités et les communautés.

- **Séance de Questions & Réponses**

Les présentations des études de cas ont donné lieu à des discussions ayant porté sur :

- Le choix des seuils unique ou multiple (investigation et spécifiques) ;
- La détermination de la charge de travail et la fixation des seuils ;
- La remontée des données surtout au Niger où la malnutrition a été retirée de la liste des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) ;
- L'utilisation d'outils déjà existant des ministères de la santé ;
- Le suivi en temps réels des alertes et le lien avec le SNIS ;
- Le lien avec les systèmes de financement existant comme le « Fonds Commun Santé » du Niger ;
- Le lien avec les autres mécanismes comme le Mécanisme de Réponse Rapide (RRM) et le SAP.

La manière dont l’approche Surge peut appuyer la situation structurelle des structures de santé, c’est-à-dire le respect des normes standards de fonctionnement (en termes de ressources humaines, d’équipements, de prestation des services) et la prise compte de la gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq ans ont également été discutées plus en détail lors des travaux de groupe du deuxième jour (voir section 4).

3.2 Vue globale - qu'avons-nous appris jusqu'à présent avec le Health Surge ?

Un résumé des principaux enseignements tirés d'un certain nombre d'évaluations a été partagé, avec de nombreux points reprenant ceux soulignés dans les présentations des études de cas. Ces enseignements provenaient principalement des sources suivantes :

- Juin 2021: Atelier national de capitalisation d’expériences de l’approche CMAM SURGE au Niger, Concern et DN Niger.
- Juin 2021: *Innovation history of the CMAM Surge approach -Towards a shock-responsive health system in Kenya*. Working paper. MAINTAINS.
- Novembre 2021: *Exploring the current and potential role of the CMAM and Health Surge Approaches in creating shock-responsive health systems: setting the scene for collaborative learning*. Hedwig Deconinck et Marie Hendrickx, Ghent University
- Novembre 2021: Le CMAM Surge au Niger: Une Capitalisation « Par Le Bas». Jean-Francois Caremel et Mamane Sani Souley Issoufo, LASDEL.
- Décembre 2021: Webinaire sur l’approche Health Surge. Task Force CMAM Surge de l’Afrique de l’Ouest.

Pour conclure le premier jour, des travaux de groupe ont été effectués pour résumer les opportunités, les bonnes pratiques, les faiblesses et les défis de l’approche Health Surge.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des opportunités, bonnes pratiques, faiblesses et défis de l’approche Health Surge

OPPORTUNITES	BONNES PRATIQUES
<ul style="list-style-type: none"> - Multiplicité des acteurs ; - Synergies possibles avec d’autres programmes/approches/mécanismes ; - Disponibilité d’expertise au niveau du système de santé (ex. Nutrition) ; - Existence du CMAM Surge ; - Coordination avec le RRM et cliniques mobiles ; - Révision du protocole PCIMA (prévu) – Niger avec possibilité d’intégration du CMAM Surge ; - Solutions locales de financement des actions Surge ; - Possibilités d’intégration des actions Surge dans les planifications locales, régionales et nationales ; - Possibilités de formation en ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Synergies des actions des différents acteurs ; - Utilisation de l’outil informatique comme les tablettes pour assurer une prise en charge de qualité ; - Digitalisation de la remontée des données en temps réel et interface avec le SNIS - Processus inclusif faisant participer tous les acteurs de la santé (autorités sanitaires, administration, collectivités, organisations communautaires, y compris celles gérant les centres de santé, et les représentants de la diaspora avec une meilleure appropriation du Surge, un plus grand engagement des acteurs dans le suivi et le financement des actions Surge ; - Intégration par endroit des actions Surge dans les documents de planification des collectivités ; - Mise en place de comités de suivi des engagements ; - Renforcement des capacités des prestataires sur différentes thématiques de formation afin d’offrir des soins de qualité pour soutenir l’objectif principal

	<p>du Surge « Maintien de la qualité même pendant les pics » ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pré-positionnement d'un stock tampon (circuit d'approvisionnement pays) pour parer aux ruptures de médicaments pendant les périodes de fortes demandes ; - Utilisation de l'approche « Tutorat » qui est une formation in situ faisant le lien entre les connaissances théoriques et les réalités pratiques du terrain. Cette approche permet de former un grand nombre de prestataires à moindre coût assurant ainsi la continuité des activités même en cas de mobilité des agents formés.
FAIBLESSES/DIFFICULTES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> - Courte durée de la formation ; - Dysfonctionnement par moment du DHIS (retards entraînant l'incomplétude des données disponibles) ; - Difficultés de remontées en temps réel des données ; - Absence de démarche formelle pour calculer la charge de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration dans les documents nationaux ; - Intégration des actions Surge dans les documents de planification locale, régionale et nationale ; - Appropriation de l'approche Health Surge par l'Etat, les collectivités et les communautés et leur engagement dans la mise en oeuvre ; - Financement des actions Surge ; - Respect des engagements pris pour le financement des actions Surge ; - Interface avec les outils des SNIS ; - Mise en relation du Surge avec d'autres mécanismes d'alerte et de réponse aux chocs comme le SAP, les plans de contingences.

Photo 2 : Travail de groupe animé par Mariama Mahamadou (Experte National CMAM Surge, Concern Niger)



4. QUEL EST L'AVENIR DU HEALTH SURGE (JOUR 2) ?

La deuxième journée a exploré plus en détail comment le Surge contribue et pourrait mieux contribuer au renforcement du système de santé et s'est focalisée sur les perspectives pour le Health Surge.

Photo 3 : Le Chef CSI de Zouraré partage les points clés de la discussion du travail de groupe.



4.1 Les 6 piliers du système de santé et les contributions du Health Surge

Le tableau ci-dessous résume les principaux points des discussions de groupe. Chaque groupe a travaillé sur un pilier distinct.

	L'APPROCHE SURGE A PERMIS :	QUE POURRAIT FAIRE LE SURGE :
DIRECTION ET GOUVERNANCE	<ul style="list-style-type: none"> - Une meilleure gestion des RH ; - Une meilleure coordination entre acteurs à travers les comités de suivi du Surge, la Taskforce Surge, le comité national de pilotage du Surge, et le Groupe Technique Nutrition (GTN) ; - Une meilleure appropriation des questions de santé par les collectivités et les organisations communautaires à travers leur implication et le renforcement de leurs capacités sur leurs rôles et responsabilités ; - Meilleure analyse des besoins de la santé ; - Renforcement des capacités d'anticipation, de prévention et de réponse aux pics ; - Meilleur respect des calendriers de supervision ; - Amélioration de la gestion financière à travers la tenue de rapports financiers réguliers ; - Plus d'engagement communautaire dans le financement de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les liens entre les services techniques de la santé et les collectivités pour élargir les opportunités de financement ; - Faire le lien avec d'autres systèmes d'alerte et de réponse aux chocs comme le SAP et le RRM ; - Renforcer la coordination ; - Veiller au respect des engagements pris par les acteurs pour le financement des actions Surge ; - Anticiper la mobilisation des ressources pour répondre à temps aux situations de crise.
SNIS	<ul style="list-style-type: none"> - Le renforcement de l'analyse dans le cadre de la gestion des données ; - Le renforcement du suivi et de l'analyse des données des morbidités/MDO ; - L'appui dans la collecte des données à travers l'utilisation d'outils informatiques comme les tablettes (Burkina Faso) ; - L'amélioration de la remontée des données à temps réel à travers la digitalisation et interface avec le SNIS (Burkina Faso). 	<ul style="list-style-type: none"> - Triangulation des alertes RRM, SAP avec les seuils Surge en vue d'apporter des réponses coordonnées et efficaces aux chocs ; - Interface avec les SNIS afin d'améliorer le suivi du Surge et d'en assurer la pérennité.

<p style="text-align: center;">PRODUITS/ EQUIPEMENT DE SANTE ET GESTION DES INFRASTRUCTURES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place de stocks de contingences (Burkina Faso) pour parer aux ruptures de médicaments surtout pendant les périodes de pics ; - L'appui à l'acheminement des médicaments et intrants nutritionnels ; - La participation des collectivités et des communautés dans l'approvisionnement des centres de santé en médicaments. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire les achats de médicaments par les communautés dans les schémas directeurs d'approvisionnement en médicaments essentiels des différents pays ; - Plaidoyer auprès de la diaspora pour l'alignement avec les achats de médicaments essentiels génériques avec les directives nationales de prise en charge ; - Plaidoyer pour la participation communautaire dans la construction de magasins de stockage ; - Plaidoyer pour la mise en place de stocks tampons de médicaments et intrants nutritionnels ; - Renforcer la gestion de stock (remplissage régulier des supports de gestion, bonne estimation des besoins, suivi et anticipation des ruptures, définition de stock de sécurité, réalisation régulière des inventaires, commandes tenant compte du délai de livraison) ; - Renforcer les capacités de prescription rationnelle des agents de santé.
<p style="text-align: center;">RESSOURCES HUMAINES EN SANTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation rationnelle des ressources humaines à travers la réorganisation des services ; - Le renforcement de l'esprit d'équipe ; - La formation de plus d'agents et la réduction des coûts de formation ; - Le renforcement des capacités des organisations communautaires et des collectivités. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le plaidoyer auprès des collectivités et de l'Etat pour le recrutement de ressources humaines locales ; - Le redéploiement des ASC/relais communautaires pour la PCIME Communautaire lors des périodes de pics ; - L'utilisation des agents de santé retraités en appui pendant les périodes de pics ; - Le plaidoyer pour la tenue d'une base de données des ressources humaines disponibles par localité.

PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE	<ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration de l'offre de services de qualité ; - Le renforcement des capacités du plateau technique à travers formation des prestataires et les visites de supervisions/coaching ; - Le renforcement du cadre de soins (petites réhabilitations, constructions, etc.) ; - Le maintien de la qualité des soins pendant les périodes de pics. 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prescription rationnelle des médicaments pour assurer une gestion efficiente des stocks ; - Mettre en place un mécanisme de redevabilité pour capter les retours des usagers des centres de santé sur les services offerts ; - Intégrer le Surge dans les outils nationaux de supervision pour permettre un suivi rapproché et la pérennité du Surge. - Appuyer les systèmes de référence et évacuation et de contre référence des malades vers des plateaux plus outillés adaptés à leurs besoins de soins.
FINANCEMENT DE LA SANTE	<ul style="list-style-type: none"> - La participation des collectivités, des organisations communautaires, y compris celles chargées de la gestion des centres de santé, et des communautés dans le financement de la santé : - L'appui des communautés au système de référence/évacuation à travers l'achat d'ambulance ; - La participation des communautés dans l'acheminement des médicaments et intrants nutritionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le plaidoyer auprès des collectivités pour le financement du Surge à travers la mise en place de lignes budgétaires dédiées à la santé ; - Le plaidoyer auprès des communautés (COGES/ASACO, diaspora) pour le financement du Surge ; - Intégrer les actions Surge dans les documents de planification pour leur pérennisation ; - Le plaidoyer pour intégrer le Surge dans le financement de l'appui budgétaire/programmes existants.

4.2 Perspectives par pays et par organisation :

A partir du vécu, des leçons apprises et des opportunités, les perspectives pour l'approche Health Surge sont les suivantes :

NIGER	
CONCERN WORLDWIDE	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier national de revue du guide opérationnel et des outils Surge ; - Elaboration de contenus digitaux de formation sur le Surge ; - Extension de l'approche Health Surge dans 40 structures de santé dont 30 à Tahoua et 10 à Maradi ; - Appui technique aux ONG partenaires dans la mise en œuvre de l'approche Health Surge ; - Evaluation finale de la mise en œuvre du Surge.
HELP	Transition du CMAM vers le Health Surge dans 47 structures de santé dont 2 CRENI de 5 districts sanitaires
COOPI	Mise en place du Health Surge dans le DS Tillabéri
ACF	Transition du CMAM vers le Health Surge dans 6 centres de santé de la région de Tahoua
SAVE THE CHILDREN	Transition du CMAM au Health Surge à partir de septembre 2022 dans 200 centres de santé de 17 districts sanitaires de 3 régions administratives.
Centre de Santé Mère Enfant (CSME), Tahoua	Appliquer l'approche Health au service de néonatalogie confronté à une mortalité préoccupante et à des pics saisonniers de maladies (infections néonatales ; asphyxie).

BURKINA FASO	
TdH & ACF	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de l'ancrage institutionnel à travers plus d'implication du ministère de la santé dans le suivi et la coordination ; - Appui technique aux ONG voulant mettre en œuvre l'approche ; - Extension prévue de l'approche à travers le Projet «Tomondo-Mlal (PCIMA) » et le projet intitulé « Approche Health Surge/e-PCIME-REC » du Consortium MDM-ALIMA ; - Capitalisation en interne et en externe sur le projet en entier (consultant externe mais pas du Ministère de la Santé)

MALI	
SAVE THE CHILDREN	<ul style="list-style-type: none"> - Capitalisation de la première phase de l'approche - Réflexion sur l'élaboration d'une stratégie nationale Surge - Intégration de la PCIMA Surge dans le protocole national PCIMA ; - Plaidoyer auprès de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire du Mali pour le financement du Surge ; - Plaidoyer auprès des collectivités pour la création de lignes budgétaires santé dans leur planification.

5. RESUME DES PRINCIPAUX POINTS DE DISCUSSION (JOUR 3)

Une équipe restreinte composée des techniciens des 3 pays (Burkina Faso, Mali et Niger) s'est réunie la 3^e journée pour discuter de certains aspects pratiques et échanger sur les outils de l'approche Health Surge. La majorité des discussions se sont concentrées sur l'étape 2 (évaluation des capacités) et l'étape 3 (fixation des seuils), car elles ont été identifiées au cours des deux premiers jours comme des domaines critiques à discuter.

1. Choix des morbidités :

Le choix des morbidités déterminant leur suivi, il est ressorti des discussions l'importance de donner une définition pratique des morbidités choisies, de définir les morbidités appelées sous le vocable « Infections Respiratoires Aigües » et de déterminer les éléments à suivre pour chaque morbidité (cas pratique du paludisme : faut-il considérer les cas suspects dans le suivi ou seulement les cas confirmés) ?

2. Détermination de la charge de travail :

Globalement, la charge de travail a été définie de façon consensuelle à partir de l'évaluation des capacités et du vécu des centres de santé. Il est cependant important de noter qu'à la différence des deux autres pays, le Niger a utilisé une formule de calcul théorique de la charge de travail pour alimenter les discussions et aboutir à un consensus.

3. Fixation des seuils :

Deux types de **seuils (investigation et spécifiques)** ont été utilisés **au Mali et au Niger pendant que le Burkina Faso** pour sa part a utilisé un **seuil unique** qui, selon eux, permet d'avoir une approche transversale, facilitant l'intégration du Surge dans le système de santé en vue de son renforcement.

La fixation des seuils a suivi le même principe de consensus au Niger. **Au Burkina Faso et au Mali, le calcul des seuils spécifiques des morbidités** a pris en compte les **facteurs multiplicateurs** avec quelques différences dans la méthode de calcul (voir tableau ci-dessous) :

Phases Surge	Burkina Faso <i>(Pour les seuils des morbidités combinée)</i>	Mali <i>(Pour les seuils spécifiques des morbidités)</i>
Phase normale	Charge normale de travail x 1.5	Charge normale de travail x 1.5
Phase d'alerte	Charge normale de travail x 2	Seuil supérieur phase normale x 2
Phase sérieuse	Charge normale de travail x 3	Seuil supérieur phase d'alerte x 3
Phase d'urgence	Charge normale x 3.5	Seuil supérieur phase sérieuse x 3.5

Il faut noter que le seuil d'investigation a été établi au Mali à partir de la charge normale de travail augmentée de 10% plus 1 (ex. charge de travail normale = 100 cas par mois ; seuil d'investigation = $100+10+1= >111$). Au Niger, elle a suivi le même principe de consensus (une discussion sur la base de la charge de travail normale).

4. Chiffrage des coûts :

A la différence du Burkina Faso et du Mali où le chiffrage des coûts s'est déroulé à l'étape 4 comme dans le CMAM Surge, au Niger cet exercice a eu lieu à l'étape 5 lors de la formalisation des engagements. Selon les participants du Burkina Faso et du Mali, la réalisation du chiffrage des coûts à l'étape 4 permet non seulement d'être transparent tout au long du processus mais pourrait aussi contribuer à la prise en charge de certains coûts depuis la phase de mise en œuvre. A l'issue des discussions, il a donc été recommandé de ramener le chiffrage des coûts à l'étape 4.

5. Suivi des seuils :

Il se déroule de façon quotidienne au Burkina Faso où le processus est informatisé et de manière hebdomadaire ou mensuelle au Mali et au Niger. Il est apparu une faible implication des districts sanitaires dans le suivi du Surge.

6. Ancrage institutionnel :

Il a été rappelé l'importance de donner un nom qui reflète une dynamique/politique/stratégie nationale afin de favoriser son ancrage. Actuellement l'ancrage institutionnel se fait à travers :

- **Au Burkina Faso** : L'utilisation de l'outil REC et le lien entre les données du Surge et le SNIS à travers l'interface entre le serveur « *Commcare* » et le DHIS ;
- **Au Mali** : La mise en place d'un comité national de pilotage de l'approche Health Surge présidé par la sous-direction Nutrition regroupant les représentants de l'ensemble des sous-directions de la Direction Générale de Santé Publique ;
- **Au Niger** : La Taskforce Surge placée sous le lead de la Direction de la Nutrition. Bien que cela concerne spécifiquement le CMAM Surge, l'adoption d'une « Stratégie nationale CMAM Surge », l'intégration du CMAM Surge dans la grille nationale de supervision PCIMA et la perspective de l'intégration du Surge dans le protocole PCIMA lors de sa révision sont des tremplins qui pourraient faciliter l'ancrage institutionnel du Health Surge. Le représentant de la Direction de la Nutrition a cependant souligné la nécessité d'un ancrage institutionnel plus élargi au niveau national. S'agissant de la prise en charge du paludisme, des IRA et des diarrhées, il a souhaité que d'autres Directions au niveau du Ministère de la Santé soient davantage impliquées.

6. CONCLUSIONS

L'inclusivité du processus a permis d'avoir une meilleure participation des collectivités et des organisations communautaires au financement de la santé. Si nous notons des profils épidémiologiques assez similaires - dominés dans les trois pays par le paludisme, les IRA, les diarrhées et la malnutrition-, il est important de noter que deux types de seuils (investigation et spécifiques) ont été utilisés au Mali et au Niger pendant que le Burkina Faso a privilégié un seuil unique qui, selon TdH, permet une approche transversale à même de faciliter l'intégration du Surge dans le système de santé en vue de son renforcement.

L'importance d'établir la charge de travail a été consensuelle dans les 3 pays même si le Niger a utilisé une formule pour aider cette prise de décision. La fixation des seuils a suivi le même principe de consensus au Niger et s'est faite à partir de facteurs multiplicateurs au Burkina Faso et au Mali. Il faut noter que ces 2 étapes ont été signalées comme problématiques dans tous les pays.

Le processus de suivi a souffert des problèmes de remontée des données au Mali et au Niger. Ce problème n'a pas été rencontré au Burkina Faso en raison d'un système totalement informatisé faisant l'interface avec le SNIS et permettant un suivi en temps réel des seuils et leur révision itérative en fonction de l'évolution du contexte.

L'ancrage institutionnel de l'approche s'est fait à travers l'adoption d'une stratégie nationale de mise à l'échelle de l'approche CMAM Surge au Niger, la mise en place d'un comité national de pilotage sous le lead de la Direction Générale de la Santé Publique du Mali, et l'interface avec le SNIS et le lien avec le SAP communautaire au Burkina Faso.

Nous pouvons ainsi conclure qu'en trois jours de travail, les participants ont parcouru les différentes étapes de l'approche Health Surge en faisant ressortir les leçons apprises, les opportunités avant de se projeter dans les perspectives futures.

Nous pouvons retenir que l'approche Health Surge et ses principales étapes ont été adaptées selon les contextes, les capacités et les opportunités des acteurs de mise en œuvre. Dans l'ensemble des zones ciblées pour sa mise en œuvre, l'approche a contribué au renforcement du système de santé, notamment en ce qui concerne une plus grande participation des collectivités et de communautés au financement et au suivi des actions de santé.

Nous osons espérer que les recommandations formulées à la suite de cet atelier vont considérablement améliorer la mise en œuvre de l'approche Health Surge et renforcer ainsi la résilience de nos systèmes de santé en les préparant à anticiper, à se préparer et à répondre aux situations de surcharge de travail, ceci afin de maintenir des services essentiels de qualité.

Le retour des participants sur le contenu et l'organisation de l'atelier est résumé en Annexe 4.

7. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

A l'issue des discussions, les recommandations suivantes ont été formulées :

1. Appropriation/ancrage institutionnel :

- Abandonner l'appellation CMAM ou Health Surge au profit d'une désignation en langue(s) locale(s) ;
- Renforcer l'ancrage institutionnel en impliquant les entités stratégiques pertinentes au niveau national (ex. Ministère de la Santé, Niger) ;

2. Coordination :

- Mettre en place une cartographie de l'approche Health Surge pour assurer une meilleure coordination entre les différents acteurs et éviter ainsi les doublons. Les Taskforces existantes peuvent apporter leur soutien à cet égard.

3. Mobilisation des ressources :

- Anticiper la mobilisation des ressources pour répondre à temps aux situations de crise, y compris les médicaments essentiels pour le traitement du paludisme, des IRA et des diarrhées dans le respect des protocoles thérapeutiques nationaux et des ordinogrammes PCIME.
- Réaliser une étude pour déterminer le coût de la mise en œuvre de l'approche Health ou CMAM Surge.

4. Système National d'Information Sanitaire :

- Continuer à consolider l'interface entre les données de suivi de l'approche Health Surge et les systèmes nationaux d'information sanitaire (DHIS, MDO, etc.) ;
- Revoir la classification des maladies et définir celles incluses sous le vocable IRA (toux, rhume, pneumonie) dans les modules de formation ;
- Harmoniser la prise en compte des cas de paludisme (suspect, confirmé).

5. Mécanismes de veille/alerte et de préparation/réponse :

- Favoriser, selon leur pertinence, les synergies entre l'approche Health Surge et les autres mécanismes de réponse aux chocs et aux urgences (ex. RRM, SAP, Plans de contingences multisectoriels).

6. Révision des outils et ressources existantes:

- Dans le cadre de la révision du Guide Opérationnel CMAM Surge (Global), inclure des orientations sur l'approche « Health Surge » et un outil de prise de décision pour la mise en œuvre du « CMAM » ou « Health » Surge selon le contexte.
 - S'assurer que les outils sont développés pour les praticiens et qu'il y a une séparation entre l'outil et le « comment utiliser l'outil » ;
 - Apporter des précisions sur le calcul des seuils, notamment en ce qui concerne l'utilisation du facteur de multiplication pour les autres morbidités (les facteurs de multiplication actuellement utilisés, dans certains contextes, ont été élaborés pour fixer les seuils de la MAS) ;
 - De même, fournir des orientations claires pour établir une charge de travail "normale". Considérer l'outil qui a été inclus dans l'annexe du guide opérationnel CMAM Surge
- Elaborer des outils audiovisuels pour soutenir des formations/ recyclage sur l'approche Surge.

