
Approche Globale Surge dans le cadre de la Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aigüe :

Guide opérationnel



Remerciements

Ce guide a été rédigé principalement en Anglais par Andi Kendle (consultée par Concern à cet effet) avec une importante contribution de Peter Hailey (co-consultant, qui, avec Daniel Tewoldeberha, ont accéléré l'élaboration de l'approche Surge de la PCMA avec leur article sur les Echanges sur le Terrains en 2010). Il a ensuite été traduit par Isabelle Fernandez et révisé en fonction des commentaires des parties prenantes par Céline LeSabre avec le soutien de Nicky Dent.(toutes étaient consultantes). D'importantes contributions ont été effectuées au guide en anglais par Yacob Yishak et Weldon Ngetich (personnel de Concern au Kenya, qui ont au devant de la mise en œuvre de l'approche Surge); Regine Kopplow, Kate Golden, Margaret Bee, Suzanne Fuhrman et Sajja Mehjabeen (Concern HQ, Conseillers en nutrition et santé); Nicky Dent, Erin McCloskey et Céline Lesavre (consultantes venues en appui pour les aspects du guide et des ateliers) et Anne-Dominique Israel (Action Contre la Faim), Megan Gayford (Save the Children), et Marie-Sophie Whitney (ECHO), qui composent le comité de pilotage de ce guide. Un certain nombre de personnes ont également partagé leurs importantes expériences dans différents contextes: Hilda Kawuki et Joseph Odyek (Concern Ouganda), Michele Seibou (Concern Niger), Sinead O'Mahony (ex- employée de Concern, actuellement à GOAL), Rahab Kimani (Save the Children), et Constance Gathi, Daniel Muhinja, Jardine Wughanga (World Vision). Merci pour vos contributions inestimables.

Nous tenons à remercier particulièrement Amanda McClelland, qui, pendant son passage au sein de l'équipe d'intervention d'urgence de Concern, a d'abord articulé l'approche Surge de la PCMA (2007/2008) ainsi que les éléments fondamentaux introduits dans les programmes de Concern en Ouganda (2008) et au Niger (2010). Nous tenons également à remercier tous les participants de l'atelier sur l'Approche Surge de la PCMA au Kenya et de l'atelier sur l'Approche Surge de la PCMA de l'Afrique orientale (tous organisés à Nairobi) ainsi que l'atelier sur l'Approche Surge de la PCMA francophone (à Niamey, Niger). Ces participants nous ont permis de piloter les aspects du guide et ont émis des commentaires critiques à sa finalisation.

Nous tenons également à remercier le DFID pour avoir financé Concern pour l'élaboration de ce guide aussi bien en anglais qu'en français.

Enfin, nous tenons à remercier l'ensemble du personnel et des partenaires de Concern au Kenya, en Ouganda et au Niger qui ont travaillé d'arrache-pied pour affiner l'approche dans leurs contextes nationaux, notamment l'équipe de gestion de santé du Sous-comté de Marsabit, au Kenya (en particulier Wako Banchale, anciennement infirmière de la santé publique du sous-comté de N.Horr, qui a fait la promotion de l'approche) ainsi que les équipes de Gestion Sanitaire du District de Moroto et Nakapiripirit de Karamoja, en Ouganda.

A tous et à toutes : un grand merci et félicitation pour la réalisation de ce guide et nous avons hâte de travailler avec vous à mesure qu'il évolue et se développe d'avantage; Merci!

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des figures, des tableaux et des outils.....	5
Acronymes.....	7
Glossaire des termes.....	7

PRÉFACE : CE GUIDE	8
Que contient ce guide ?	9
À qui est ce guide est-il destiné ?.....	9
Adapter le guide à différents contextes.....	9

PARTIE A: INTRODUCTION – L'APPROCHE SURGE DANS LE CADRE DE LA PCCMA	10
Qu'est-ce que l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA ?.....	10
Principes sous-jacents.....	12
Objectif de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA.....	13
Quelles sont les origines de l'approche Surge ?	13
À quels moments devriez-vous utiliser l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA	14
Quel avenir pour l'approche Surge ?.....	14

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE SURGE DANS LE CADRE DE LA PCCMA CONCENTRÉE SUR L'ES	15
Adaptations au niveau du pays avant la mise en place.....	15
Principaux acteurs.....	16
Stade 1 : Mise en place – Analyser et planifier pour le niveau de l'ES	19
Préparation des données.....	19
Étape 1 : Analyse des tendances et des risques.....	20
Étape 2. Evaluation des capacités.....	25
Étape 4. Définir et chiffrer les coûts des actions Surge.....	33
Étape 5. Formaliser les engagements.....	39
Stade 2 : Suivi et action en temps réel	41
Étape 6 : Suivi des seuils.....	41
Étape 8 : Réfléchir – examen et adaptation réguliers.....	47

PARTIE C – À DES FINS DE PILOTAGE : L'APPROCHE SURGE DANS LE CADRE DE LA PCCMA CONCENTRÉE SUR L'EGSD ET L'EGSR..... 49

Stade 1 : Mise en place – analyse et planification au niveau de l'EGSD51

- Étape 1 : Analyse des tendances et de la situation.....51
- Étape 2 : Evaluation des capacités51
- Étape 3 : Établissement des seuils53
- Étape 4 : Définir et chiffrer les coûts des actions Surge..... 54
- Étape 5. Formaliser les engagements de soutien 56

Stade 2 : Suivi et action en temps réel.....57

- Étape 6 : Suivi des seuils.....57
- Étape 7 : Mise à l'échelle (élargissement et réduction) des actions Surge.....57
- Étape 8 : Réfléchir – examen et adaptation réguliers57

PARTIE D : AUTRES ASPECTS À PRENDRE EN COMPTE..... 58

Coordination et liens..... 58

Recherches en cours/questions..... 58

Foire aux questions 59

ANNEXES : 60

Annexe 1 : Fiche explicative sur les piliers du système de santé 60

Annexe 2 : Analyse des lacunes de la PCCMA61

Annexe 3 : Évaluation objective des capacités sur le plan de la charge de travail.....65

Annexe 4 : Indicateurs proposés pour le suivi et l'évaluation de l'approche Surge: 66

Bibliographie.....67

Liste des figures, des tableaux et des outils

FIGURES

Figure 1: Théorie de l'approche Surge.....	10
Figure 2: Vue d'ensemble de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA se concentrant sur l'établissement de santé.....	15
Figure 3: Approche Surge de la PCCMA – Vue d'ensemble de la boîte à outils	18
Figure 4: Le nombre de cas recensés par l'ES traduit-il le degré de malnutrition au sein de la communauté ?.....	20
Figure 5: Exemple de calendrier des événements saisonniers	21
Figure 6: Exemple de graphique du nombre de cas de MAS et de maladies	22
Figure 7: Type d'action Surge effectuée durant différentes phases	33
Figure 8: Courbe des admissions utilisées pour définir les actions Surge.....	34
Figure 9: Exemple de courbe des admissions avec les actions Surge.....	35
Figure 10: Mécanisme d'élargissement de l'échelle.....	45
Figure 11: Mécanisme de réduction de l'échelle	46
Figure 12: Comment l'approche Surge se combine à différents niveaux et rôles en évolution	49
Figure 13: Exemples de seuils établis à différents niveaux du système.....	50

TABLEAUX

Tableau 1: Établir des seuils par le calcul- Exemple de nombre d'admissions faible	31
Tableau 2: Établir des seuils par le calcul- Exemple de nombre d'admissions élevé.....	31
Tableau 3: Outil de chiffrage des coûts des actions Surge dans le cadre de la PCCMA – exemple.....	38
Tableau 4: Exemple de tableau de bord de l'EGSD.....	44
Tableau 5 : Exemple d'un tableau de bord d'EGSD.....	57

OUTILS

Outil 1 : Analyse des tendances et des risques : tracer les graphiques	21
Outil 2 : Analyse des tendances et des risques : exemple de modèle	23
Outil 3 : Analyse des tendances et des risques: guide pour l'analyse des graphiques.....	24
Outil 4 : Réflexion sur les capacités en matière de gestion des Surges	26
Outil 5 : Guide pour la discussion sur les capacités de charge de travail.....	27
Outil 6 : Exercice de priorisation des établissements de santé.....	28
Outil 7 : Description des phases pour l'établissement de santé.....	30
Outil 8 : Établir des seuils.....	31
Outil 9 : Définir et chiffrer les coûts des actions Surge.....	34
Outil 10 : Résumé des actions Surge pour chaque phase	35
Outil 11 : Catalogue des actions Surge au niveau de l'ES (<i>non exhaustif</i>).....	36
Outil 12 : Outil de chiffrage des coûts Surge dans le cadre de la PCCMA : exemple	38
Outil 13 : Plan de travail relatif aux actions Surge	39
Outil 14 : Accords relatifs à l'approche Surge – éléments à inclure.....	40
Outil 15 : Suivi et planification de routine.....	42
Outil 16 : Suivi des graphiques affichés	43
Outil 17 : Tableau de bord de l'EGSD.....	44
Outil 18 : Examen post-intervention Surge : exemples de questions.....	48
Outil 19 : Evaluation des capacités de l'EGSD	52
Outil 20 : Description des phases pour l'EGSD.....	53
Outil 21 : Fiche d'établissement des seuils de l'EGSD - système basé sur des notes (exemple)	54
Outil 22 : Définir et chiffrer les coûts des actions Surge au niveau de l'EGSD – guide.....	55
Outil 23 : Catalogue d'actions Surge pour le niveau EGSD (<i>non exhaustif</i>)	56

Acronymes

AEPHA	Approvisionnement en Eau potable, hygiène et assainissement	ONG	Organisation non gouvernementale
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'emploi	PA	Protocole d'accord
AS	Agent de santé	PB	Périmètre brachial
ASC	Agent de santé communautaire	PCCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe
EGS	Équipe de gestion de la santé	PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe
EGSD	Équipe de gestion de la santé de district	RH	Ressources Humaines
EGSR	Équipe de gestion de la santé régionale	RRC	Réduction des risques et des catastrophes
ES	Établissement de santé	RSS	Renforcement des systèmes de santé
MAM	Malnutrition aigüe modérée	S&E	Suivi et évaluation
MAS	Malnutrition aigüe sévère	SISD	Système d'information sanitaire de district
MSP	Ministère de la Santé Public		

Glossaire des termes

Nombre de cas en charge	Le nombre d'enfants admis dans le programme de Prise en charge de la Malnutrition Aigüe (PCCMA) à un moment donné. Certains pays désignent ce nombre comme le nombre total de cas pris en charge ou le total dans le programme.
Phase	Terme qui désigne les capacités du système de santé (ou d'une partie du système), à un moment donné. Ces phases sont basées sur des seuils établis définissant la surcharge de travail des établissements de santé/EGSD/EGSR. Dans le présent guide, les phases sont désignées par les termes suivants : normale, alerte, sérieuse et urgence, mais les termes peuvent être différents selon ce que décidera chaque pays. Pour des définitions descriptives des phases, référez-vous aux outils 7 et 20.
Actions Surge	Une activité qui a été définie afin d'accroître les capacités lorsque les seuils ont été dépassés, y compris des activités effectuées par l'acteur lui-même ou par d'autres entités qui le soutiennent.
Point focal Surge	La personne au sein du ministère de la Santé Public au niveau du district, régional ou national qui est chargée de gérer et de suivre la mise en œuvre de l'approche Surge. Au niveau du district, cette personne est généralement la personne qui est contactée lorsqu'un seuil a été dépassé au sein d'un établissement de santé.
Paquet d'activités Surge	La liste complète d'activités Surge qui sont mises en place afin d'améliorer les capacités lorsque les seuils sont dépassés et que des phases supérieures sont atteintes. Il y a différents paquets d'activités, selon le niveau auquel on se réfère, c.-à-d. paquet d'activités Surge pour l'ES ou l'EGSD.
Parties prenantes de l'approche Surge	L'ensemble d'acteurs concernés par une activité Surge et sa mise en place. Il s'agit de l'établissement de santé, des équipes de gestion de la santé de district, des représentants de la communauté, des partenaires (ONU, ONG), etc.
Seuils	Les seuils représentent la ligne entre une phase et une autre, point auquel le système de santé (ou une partie du système) est surchargé par rapport à ses capacités et a besoin d'une action pour pouvoir faire face à la situation.
Situation de Surge	Situation dans laquelle l'établissement de santé ou l'EGSR se trouve confronté à une augmentation de sa charge de travail en lien avec un afflux des patients.
Charge de travail	Dans le contexte de l'établissement de santé, il s'agit du nombre global de patients vus par jour, tous services confondus. Pour le niveau du district/de la région/du ministère de la Santé national, il s'agit de la quantité globale de travail qu'ils doivent gérer.

Préface : ce guide

La prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe (PCCMA) a obtenu l'aval de l'Organisation des Nations Unies en 2007. La PCCMA a souvent été introduite au sein des pays comme une mesure d'urgence, mis en œuvre directement sous forme de programme vertical, mais elle est maintenant de plus en plus intégrée dans la prestation de services de santé de routine, et mise à l'échelle comme une solution évidente et essentielle pour la prise en charge de la malnutrition aigüe.

Plus de 60 pays mettent actuellement en œuvre la PCCMA, et beaucoup ont incorporé la prise en charge de la malnutrition aigüe dans les politiques gouvernementales. Cela représente un changement significatif par rapport à l'intervention passée « axée sur les situations d'urgence », souvent proposée avec un soutien et un financement intermittent (« stop-start »). En 2010, un cadre pour l'approche Surge a été proposé comme moyen alternatif de renforcer les services de PCCMA afin de proposer une approche davantage durable et cohérente et moins axée sur les situations d'urgence.

Concern Worldwide, une organisation non gouvernementale internationale, avec des homologues gouvernementaux (ministères de la Santé), a développé ce concept et l'a piloté dans certaines zones vulnérables du Kenya et du Niger ainsi que dans le nord de l'Ouganda. Cette approche a été bien reçue dans ces contextes, et les gouvernements du Kenya et de l'Ouganda ont exprimé leur désir de la mise à l'échelle de cette approche au niveau national. D'autres acteurs du secteur de la nutrition dans divers pays ont aussi exprimé leur intérêt. Le présent guide opérationnel et le guide des facilitateurs associé ont été élaborés pour faciliter cette expansion dans de nouveaux contextes

Le guide dans sa version actuelle se base en grande partie sur l'expérience du Kenya, avec la contribution apportée par des homologues ougandais, d'Afrique de l'Est et de l'Ouest, durant deux ateliers de travail organisés en 2016. Des outils et des modèles ont été compilés à partir de ces expériences, mais ce guide final n'a pas encore été testé sur le terrain. Les méthodes et les supports présentés dans ce guide devront être adaptés à chaque nouveau contexte. L'approche Surge dans le cadre de la PCCMA est par ailleurs relativement jeune, et nous nous attendons à ce que la mise en pratique de l'approche et du guide donne lieu à de nombreux enseignements. Le retour et les expériences partagées seront les bienvenus et ce guide fera l'objet d'une révision début 2018 pour incorporer les nouveaux éléments qui se dégageront durant la mise à l'échelle de l'approche à différents contextes, pays et parties prenantes.

Que contient ce guide?

L'approche Surge dans le cadre de la PCCMA – Guide opérationnel propose une vue d'ensemble de l'approche et décrit huit étapes couvrant les processus de mise en œuvre et de suivi. À l'heure actuelle, l'approche se concentre sur la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère, mais elle peut également englober la malnutrition aigüe modérée si cela fait partie des services de santé de routine. D'autres éléments à prendre en compte et à développer à mesure de la mise à l'échelle de l'approche et de son éventuel élargissement au-delà des seuls services de nutrition sont présentés dans des cases colorées à la fin de chaque étape. De plus le **Guide du facilitateur de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA et la boîte à outils viennent** en complément du présent guide. La boîte à outils comprend des conseils et des formats pour chaque étape.

À qui est ce guide est-il destiné?

Le public cible de ce guide comprend les équipes de gestion du ministère de la Santé Public aux niveaux du district ou de la région qui sont en charge de la supervision des activités des établissements de santé et qui sont censées diriger le processus d'analyse et de planification présenté dans ce guide. Ce guide a aussi pour objectif d'orienter les membres du personnel du ministère de la Santé Public au niveau national, les membres du personnel clés des établissements de santé, les points focaux représentant la communauté et l'ensemble des partenaires pertinents dans la zone ciblée qui devraient aussi prendre part à toute activité de planification et d'intervention de l'approche Surge. Les partenaires pourraient jouer un rôle crucial, voire un rôle de facilitation, dans le soutien apporté aux équipes de gestion de la santé, ainsi qu'aux établissements de santé. Des liens pourraient être établis avec tout organisme national de gestion des catastrophes ou des sécheresses ou tout groupe de planification d'urgence qui doivent être au courant des actions Surge planifiées ou requises nécessitant leur contribution.

Adapter le guide à différents contextes

Le contenu du guide reste aussi générique que possible, afin que les supports puissent être adaptés au contexte lors de leur application. Les pays devraient utiliser leurs propres divisions administratives (p. ex. district, comté, commune, etc.) et utiliser leurs propres termes pour les éléments du système de santé (p. ex. bureau de santé du district, unité de soins de santé primaires, etc.) le cas échéant. Aux fins du présent guide, les termes suivants sont utilisés:

- Équipe de gestion de la santé de district, pour le premier échelon de gestion au-dessus de l'établissement de santé et équipe de gestion de la santé régionale pour l'échelon supérieur
- Établissement de santé pour les unités secondaires (centre de santé) et tertiaires (poste de santé) de prestation de services de santé
- Agent de santé, responsable de l'établissement de santé, agent de santé communautaire ou volontaire comme les trois acteurs de santé primaire de l'établissement de santé au niveau communautaire.

Par ailleurs, les modèles ou outils se basent sur l'expérience actuelle, mais il est recommandé que ces modèles soient adaptés pour qu'ils soient spécifiques aux pays.

Le nombre de phases basées sur les seuils et leurs noms respectifs ne doivent pas forcément être maintenus – ils seront basés sur le contexte local et les décisions locales.

L'approche Surge dans le cadre de la PCCMA a été proposée au départ dans un article publié en 2010, qui suggérait une approche plus holistique de la prise en charge de la malnutrition aigüe au fil du temps en aidant le système de santé – en partenariat avec des acteurs externes – à mieux se préparer et répondre aux pics épisodiques des admissions d'enfants malnutris (voir la Figure 1). Cette approche a ensuite été développée par Concern Worldwide et comporte désormais un ensemble d'outils simples et pratiques destinés à aider les équipes de santé gouvernementales à mieux répondre aux augmentations de cas de malnutrition. La résilience des systèmes de santé est renforcée grâce à une série d'étapes qui relient l'analyse du contexte, des risques, des capacités du système de santé et des besoins à chaque niveau du système de santé en se mettant d'accord sur les actions requises de l'intérieur et de l'extérieur du gouvernement. Le processus d'analyse permet d'établir des seuils spécifiques qui, une fois dépassés, déclenchent des actions prédéfinies et un soutien aux capacités. Le processus de déclenchement se base sur une analyse continue des données relatives à la santé et à la nutrition. L'action est déclenchée lorsque la situation se dégrade et désactivée une fois que la situation se normalise.

The CMAM Surge Approach should be seen as a component of HSS efforts. It is not designed to strengthen all aspects of the health system on its own. Instead, it aims to make a health system better able to cope with the surges in demand for services for SAM caused by the regular shocks and stresses that cause malnutrition in many vulnerable contexts, and in this way to make the health system more resilient over time. This is of particular concern in more vulnerable areas with an environment of frequent shocks and the resulting increases in need and demand for health services. The CMAM Surge Approach has the ability to tailor this capacity support to local contexts and develop local solutions to local problems and needs. Through this local ownership, the CMAM Surge Approach supports and protects the long term positive impacts of HSS through a reduction in vulnerability and fragility of the health system. Thus the health system becomes more adaptive and flexible.

Éléments qui s'appliquent à l'approche Surge 	Éléments qui ne s'appliquent pas à l'approche Surge 
Contribue au renforcement du système de santé	N'est pas une approche complète de RSS
Encourage le ministère de la Santé à prendre la tête des activités, avec le soutien des partenaires dans le cadre de son leadership lorsque le ministère de la Santé décide qu'il n'a pas les capacités requises	Ne fait pas intervenir une équipe de spécialistes techniques expatriés
Introduite durant une période de non urgence afin de contribuer à préparer et à renforcer les capacités existantes NB: Les situations d'urgence d'envergure peuvent déclencher l'investissement dans la préparation, aspect dont pourrait faire partie l'approche Surge	Une intervention qui devrait être appliquée durant la période la plus intense de la situation d'urgence
Elle peut améliorer la couverture indirectement, car les services sont censés être de meilleure qualité et de meilleurs liens sont établis avec les communautés	Il ne s'agit pas d'une approche ayant pour but premier d'améliorer la couverture des programmes
Un moyen de déclencher l'action sur la base des capacités de l'ES à répondre à une augmentation des admissions de MAS	Une intervention basée sur l'indicateur plus large de la prévalence de la malnutrition aigüe

Principes sous-jacents

L'approche Surge est étayée par les principes directeurs suivants:



Menée par le gouvernement: Le gouvernement est aux commandes et détermine le moment auquel il convient de fournir un soutien supplémentaire en matière de capacités et la manière de le faire. L'objectif est de renforcer et de tirer parti des capacités locales en vue d'une prestation efficace des services conformément aux priorités du gouvernement.



Efficiente/efficace: Développer les capacités existantes au sein du système de santé gouvernemental, en tirant parti des capacités existantes au sein de l'ES puis, au besoin, mobiliser un soutien supplémentaire pré-convenu, tout d'abord au sein même du système gouvernemental, puis à travers les partenaires du système de santé.



Renforce la résilience du système de santé: Se fonder sur la prémisse qui étaye une grande partie des programmes actuels en matière de résilience, à savoir le fait qu'une intervention précoce et appropriée présente un meilleur rapport coûts/efficacité qu'une intervention traditionnelle à grande échelle lancée une fois qu'une situation d'urgence a commencé ^{iv}.



Adaptable et souple: Les seuils établis et le soutien fourni se basent sur une analyse en temps réel des données des ES. Les seuils sont régulièrement revus et adaptés en fonction du contexte et de la capacité du système de santé en évolution.



Innovante: Rechercher et utiliser des solutions locales pour des problèmes locaux dans un environnement de ressources limitées.



Participative et transparente, et promouvant les partenariats: L'ensemble des acteurs pertinents dans la même zone travaillent ensemble pour établir des accords clairs et transparents sur qui fait quoi lorsque des seuils établis concernant la charge de travail/ le nombre de cas en charge sont dépassés.



Contribue au renforcement des systèmes de santé: Permet aux activités de RSS de se poursuivre à travers le temps et protège le système de santé pour qu'il ne soit pas dépassé lorsqu'il se produit des pics de demande de soins, veillant à ce que les bénéfices obtenus grâce au RSS de façon plus générale ne soient pas inversés. Rend le système de santé plus résilient, lui permettant de mieux se remettre après les périodes de forte demande.



Pérenne: Minimise la perturbation du développement des capacités en général en évitant des passages abrupts du mode « développement » au mode « urgence », durant lesquels des systèmes parallèles sont introduits et les lignes de redevabilité pour la prestation des services de santé (entre le gouvernement, les ONG et l'ONU) deviennent floues. Cherche à mettre en lien les alertes du système de santé au niveau du district aux systèmes nationaux d'alerte précoce et d'intervention en situation d'urgence afin d'obtenir des financements et d'autres types de soutien sur du long terme.

Objectif de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA

L'objectif final de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA est de renforcer la résilience du système de santé- ces membres du personnel, son système d'approvisionnement et ces infrastructures- et d'améliorer les prestations de service et ainsi sauver davantage de vies au fil du temps. **L'objectif spécifique de cette approche est d'aider le système de santé à anticiper, à se préparer et à délivrer de meilleurs services de prise en charge de la malnutrition aigüe durant les périodes de demande de soins importante, durant lesquelles le potentiel de sauver des vies est à son maximum.** L'approche Surge dans le cadre de la PCCMA repose sur une suite d'étapes à effectuer ne devant pas avoir une incidence négative sur la prestation d'autres services ou sans miner la capacité des acteurs sanitaires gouvernementaux.

Quelles sont les origines de l'approche Surge ?

La nécessité de cette approche ainsi qu'un cadre de travail a été proposée pour la première fois dans un article publiéⁱⁱ, comme un moyen d'éviter le soutien intermittent en situation d'urgence qui était associé aux programmes d'« urgence » en cours et pour utiliser et renforcer plutôt l'aptitude du système de santé à répondre à des problèmes récurrents de malnutrition aigüe. Sous la direction d'une organisation non gouvernementale (ONG) internationale, Concern Worldwide, un certain nombre d'outils ont été élaborés pour supporter ce concept et un projet pilote lancé au Kenya en collaboration avec les équipes de gestion de la santé des sous-comtés et le personnel des ES, de mai 2012 à fin 2014, dans 14 établissements de santé du comté de Marsabit. Ces efforts ont été étendus au Kenya en 2014, puis en 2015 à trois autres comtés (Wajir, Baringo et East Pokot) dans 24 établissements de santé de plus, avec le soutien de Save the Children, Islamic Relief et World Vision. Concern a aussi mis en œuvre l'approche Surge à la région de Karamoja, en Ouganda, en 2009 et en 2012, en plus de mener des travaux préparatoires au Niger.

APPRENDRE DES EXPÉRIENCES PASSÉES

L'efficacité potentielle de l'approche Surge a été démontrée dans un projet pilote mené au Kenya^{vi}. Les évaluations internes et externes du programme Concern Worldwide Kenya^{vii} et un exercice exploratoire du travail mené en Ouganda^{viii} suggèrent que cette approche est techniquement faisable et fonctionne bien (niveau bon à satisfaisant). « Le projet pilote a réussi à montrer qu'il a contribué à renforcer le système de santé pour qu'il puisse faire face à une augmentation du nombre de MAS admis durant les situations d'urgence prévisibles ET imprévisibles, sans miner les efforts en cours de renforcement du système de santé. Ainsi, l'évaluation recommande une mise à l'échelle du projet dans les sous-comtés pilotes et à une plus grande échelle au Kenya et ailleurs »^v. L'acceptation de cette approche était étroitement liée à sa simplicité. Cependant, plusieurs domaines ont été soulignés et requièrent une considération approfondie (voir aussi la **Partie D**, pour de recherches futures) :

- Améliorer les manières d'incorporer les communautés à l'approche
- Veiller à ce que des révisions périodiques des seuils soient menées en raison des changements au niveau du contexte local (p. ex. capacités des établissements de santé, besoins en matière de santé et de nutrition, et comportement de recherche de soins)
- Mieux établir la direction et l'appropriation par les équipes de santé gouvernementales de haut niveau, c.-à-d. au niveau des comtés/des districts/ des régions (en particulier pour ce qui est des questions de ressources humaines d'approvisionnement)
- Accorder une attention à la durabilité et à l'efficacité du financement de l'approche Surge
- Consolider des outils plus pratiques.

À quels moments devriez-vous utiliser l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA

L'approche Surge dans de la PCCMA est tout particulièrement adaptée aux situations dans lesquelles il se produit des fluctuations fréquentes de la prévalence de la sous-nutrition et de la demande de services pour la prise en charge de la malnutrition aiguë, situations qui, dans les cas plus extrêmes, sont souvent interprétées comme des « situations d'urgence ». En réalité, les jeunes enfants au sein de ces populations souffrent de manière chronique de variation rapide de leur état nutritionnel souvent mauvais. Comme c'est souvent le cas dans les zones vulnérables de la région ASAL du Kenya et dans les parties septentrionales de l'Ouganda, ainsi que dans d'autres parties de l'Afrique de l'Est et de la région du Sahel. Des contextes dans lesquels on observe :

- La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) (et de la malnutrition aiguë modérée (MAM) si elle fait partie des services de routine) est mise en place et est appuyée par le gouvernement comme activité de santé standard
- Des pics saisonniers récurrents de la prévalence de la malnutrition aiguë et de la demande de services de PCCMA n, avec des risques associés d'augmentations considérables de la morbidité et de la mortalité
- Le système de santé fonctionne raisonnablement bien durant les périodes « normales » et des efforts continus de RSS sont en place (si nécessaire)²

Quel avenir pour l'approche Surge ?

L'approche Surge dans le cadre de la PCCMA en est au début de son élaboration et il reste encore à apprendre beaucoup de choses sur la meilleure façon de l'appliquer, en particulier dans différents contextes et pays. Ce guide se base sur l'expérience de Concern et des gouvernements au Kenya et en Ouganda. Il a aussi bénéficié de la contribution des praticiens de neuf pays, obtenue lors de deux ateliers de travail. Il est espéré que cette première version sera adaptée et appliquée à différents contextes, et qu'une capitalisation sera effectuée et diffusée. Il y a par ailleurs des possibilités d'appliquer cette approche au-delà de la MAS à d'autres services de santé et de nutrition de façon plus générale, et cet apprentissage devrait également être pris en considération dans de nouveaux développement de l'approche Surge.

Concern Worldwide espère mettre en place un mécanisme plus formel de promotion et de diffusion des enseignements, y compris un suivi et une évaluation rigoureux de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA dans différents contextes, sous différents paramètres et en menant une analyse plus formelle du rapport coûts/efficacité afin de comprendre si et comment une approche Surge serait plus rentable que l'approche traditionnelle d'intervention en situation d'urgence menée par les ONG. Concern Worldwide invite les lecteurs à lui présenter un retour sur le manuel actuel; les commentaires peuvent être envoyés à Kate Golden (kate.golden@concern.net).

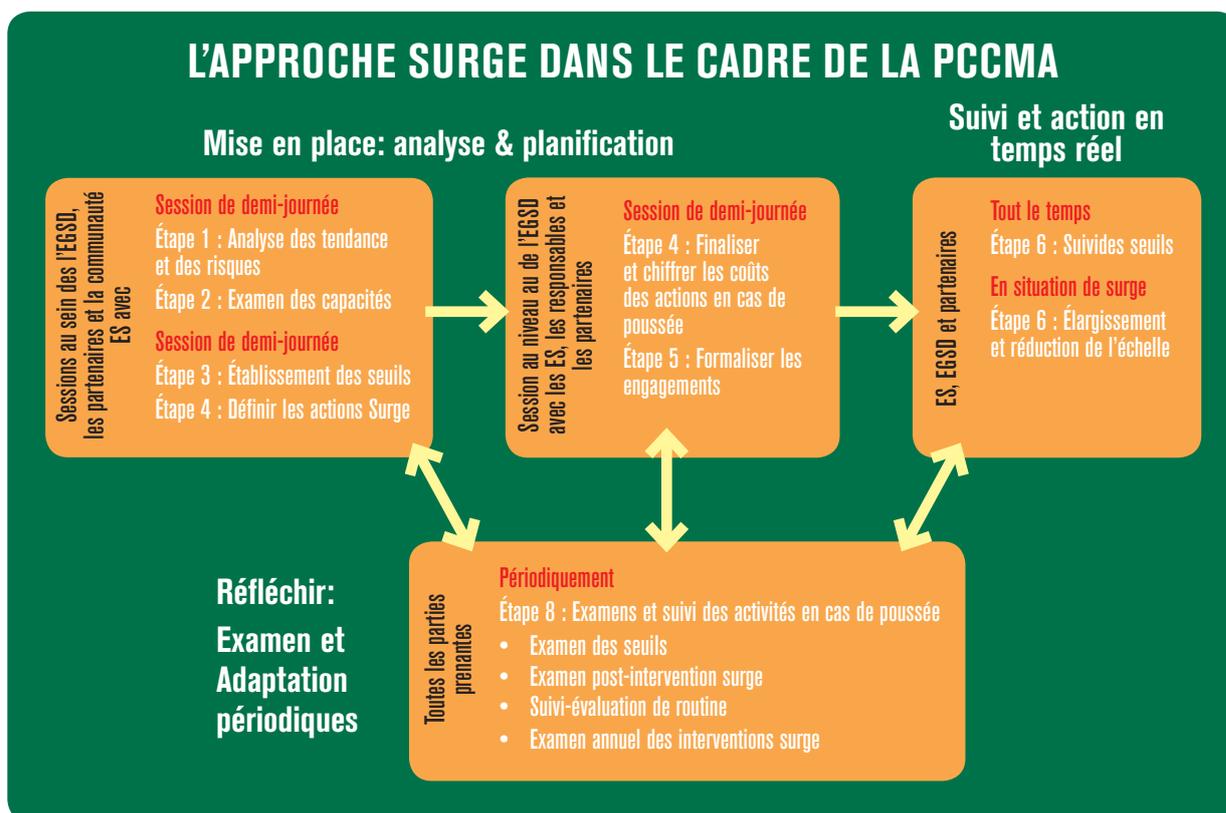
² Dans l'idéal, elle fonctionne avec le gouvernement à la tête, mais dans d'autres contextes où les acteurs non gouvernementaux sont essentiels au fonctionnement du système de santé, l'approche Surge peut aussi s'appliquer, sous réserve de quelques modifications.

Partie B:

Mise en œuvre de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA concentrée sur l'ES

L'approche Surge dans le cadre de la PCCMA se compose de huit étapes qui peuvent être divisées en deux stades principaux : le stade de mise en place, puis un stade de suivi et d'action en temps réel, avec des périodes régulières de réflexion et d'adaptation.

FIGURE 2: VUE D'ENSEMBLE DE L'APPROCHE SURGE DANS LE CADRE DE LA PCCMA SE CONCENTRANT SUR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



Adaptations au niveau du pays avant la mise en place.

Avant de mettre en place l'approche Surge au sein d'un pays, il est recommandé que les parties prenantes au niveau national et régional prennent part au processus de décision ou tout au moins soient orienté/sensibilisé à cette approche afin de renforcer son appropriation et de les préparer au soutien qu'ils pourraient leur être demandé. L'orientation devrait présenter cette approche et engager leur expertise afin d'adapter l'approche globale au contexte local. Les supports, guides, formats et mécanismes existant déjà au sein du système de santé local devront être utilisés autant que possible pour la mise en place de l'approche Surge. Les quelques questions à prendre en compte lors de l'adaptation du guide et de l'approche à un nouveau contexte sont décrites ci-dessous.

Les établissements à inclure: Avant de lancer la phase de mise en place, il faudra définir quel unités du service de santé seront impliquées participeront, c.-à-d. établissement de santé (ES), hôpital³, poste de santé, etc., et si tous les établissements de santé ou seuls quelques-uns d'entre eux participeront. Les parties prenantes pourront souhaiter premièrement piloter cette approche à petite échelle puis l'étendre, une fois l'expérience et les résultats acquis, amenant davantage de partenaires nationaux à être impliqués.

Qui dirigera le processus de mise en place: La plupart des étapes de ce guide ont lieu au sein de chaque ES avec l'équipe de ES, mais avec la facilitation de l'EGSD; bien que cela soit la méthode proposée, il se peut que cela ne puisse pas être possible dans tous les contextes. Une alternative serait de former le responsable de l'ES lors d'une réunion tenue au niveau de la EGSD afin que le responsable de l'ES soit à même de faciliter le processus de mise en place dans son ES.

MAM: Le présent guide se concentre sur la prise en charge de la MAS, mais si les services de gestion de la MAS constituent aussi un élément standard des services de santé, ils peuvent être inclus dans l'approche Surge. Par exemple, la charge de travail représenté par les MAM pourrait également être utilisé pour fixer des seuils, bien que l'expérience initiale suggère que la courbe des admissions des MAM peut ne pas être très fiables (Les services de MAM étant souvent moins en continu au long de l'année et étant plus sujets aux ruptures de stock que les services de de MAS). Se préparer à une prestation plus efficace des services de MAM pendant les périodes d'afflux de patients, sera cependant essentiel dans des contextes où les services de santé sont le principal service traitant les MAM.

Participation de la communauté: Dans chaque contexte, les structures communautaires existantes devront être considérées afin d'identifier la plus à même à participer aux activités de mise en place de l'approche Surge au sein des ES. Lorsqu'il existe d'ores et déjà des structures, elles seront utilisées mais, en leur absence, les parties prenantes devront déterminer qui pourrait représenter la communauté de façon adéquate.

Établissement de liens avec les organismes nationaux d'intervention dans les situations d'urgence: Des liens clairs doivent être noués avec l'ensemble des bureaux nationaux d'intervention et de gestion des sécheresses ou des situations d'urgence, et les mécanismes de planification d'urgence en cas d'une détérioration nutritionnelle à grande échelle (voir Partie C). Ces entités devront être identifiées dès le début de la mise en place ainsi que la manière d'établir les liens.

Orienter les parties prenantes nationales et régionales: Bien que l'approche soit principalement axée sur le niveau des ES, il est utile de donner de brèves lignes directrices aux membres du personnel aux niveaux régional et national pour qu'ils soient conscients du processus global et des différentes étapes qu'il englobe. Comme expliqué ci-dessus, il est important de favoriser l'appropriation de l'approche et de promouvoir un réseau de partage et d'apprentissage de cette approche dans le contexte du pays. Cela pourrait se faire par l'intermédiaire d'un atelier de travail d'une demi-journée ou d'une journée dans laquelle les principes de l'approche ainsi que les différentes étapes à suivre seront présentés aux parties prenantes.

Principaux acteurs

Les principaux acteurs participant à l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA sont généralement ceux qui contribuent au fonctionnement du système de santé et aux prestations de service de santé. Il est important d'avoir une compréhension claire des rôles et responsabilités de chaque acteur de ce système de santé avant de commencer la mise en place de l'approche Surge (ils peuvent être différents dans chaque contexte). Ci-dessous la liste des principaux acteurs et la description de leur rôle dans l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA.

- **Les agents de santé (AS) ou les membres du personnel des ES** constituent l'axe central de l'approche Surge, permettant une réduction de la morbidité et de la mortalité en lien à la MAS. L'approche Surge dans le cadre de la PCCMA a pour objectif d'identifier les forces et les faiblesses de cette équipe et de l'autonomiser afin qu'elle puisse demander un soutien au besoin pour veiller à ce que toute augmentation de la demande de services de PCCMA puisse être gérée lorsqu'elle a lieu.

3 Si ce guide ne traite pas suffisamment du travail mené au niveau des hôpitaux, l'approche Surge peut également être appliquée dans les contextes hospitaliers.

Le plus grand nombre possible d'AS devrait prendre part au processus de mise en place car chacun d'entre eux apporte les connaissances des ES et de la zone d'intervention à ce processus participatif. Il s'agit entre autres de tous les agents de santé communautaires (ASC) ou des volontaires de santé communautaires (VSC) qui sont liés à l'ES.

- **Hôpital ou membre du personnel des Service thérapeutique hospitalier:** Le point focal (ou les points focaux) des établissements chargés du référencement devraient prendre part à toutes les étapes tandis que le passage des soins hospitaliers aux soins ambulatoires doit être rationalisé durant les périodes d'afflux de patients afin d'éviter les goulots d'étranglement ou la surpopulation à mesure que le nombre de cas s'accroît.
- **L'équipe de gestion de la santé de district (EGSD)** a elle aussi un rôle crucial à jouer dans la mise en œuvre de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA dans son district. Elle facilite le processus de mise en place avec tous les ES ; elle constitue le premier point de contact lors de toute mise à l'échelle ; et elle devrait constituer la plateforme pour tout soutien requis. Ce n'est qu'avec la participation de l'EGSD que l'approche devient une réalité qui répond aux besoins de la population.
- **Les représentants de la communauté** ont trois rôles clés à jouer dans l'approche Surge: 1) en tant que partie prenante centrale pour les services, afin de présenter les préoccupations et les points de vue de la communauté à l'ES, 2) pour veiller à ce que l'information circule également vers la communauté et 3) de répondre à l'augmentation de la MAS à travers des actions communautaires. Ces rôles aident les membres de la communauté à être des participants actifs au système de santé, améliorant la communication avec l'ES en plus de renforcer toute action entreprise pour répondre à la hausse de la demande de services. La communauté devrait être représentée lors de chaque étape du processus d'implémentation de l'approche Surge, ce à travers toutes les structures communautaires en place.
- **Les partenaires (nationaux et internationaux, y compris les agences onusiennes, les ONG et potentiellement les prestataires du secteur privé)** jouent un rôle crucial au moment de soutenir, voire éventuellement de faciliter, la mise en œuvre et la mise à l'échelle des services de PCCMA, en particulier lorsque le nombre de cas est élevé et les capacités faibles. Ils devraient participer activement à chaque étape de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA, en fonction du niveau qu'ils soutiennent, c.-à-d. ES, communauté, EGSD, EGSR, dans le but d'encourager l'ES et l'EGSD à assumer un rôle croissant dans la gestion des pics de MAS en charge.
- **L'équipe de gestion de la santé de la région (EGSR)** a un rôle à jouer dans le soutien apporté à l'EGSD lorsque la situation (nombre de cas en charge ou capacité des ES) commence à se dégrader et que l'EGSD n'est pas en mesure de répondre de façon adéquate ou efficace.

NB: Pour simplifier les choses dans la Partie B du présent guide, les étapes de la mise en place utilisent les expressions « parties prenantes de l'ES » ou « parties prenantes de l'EGSD » pour désigner le groupe de personnes qui participent aux étapes de chacun de ces niveaux.

Les parties prenantes au niveau de l'ES devraient englober : a) tous les membres du personnel de l'ES, b) plusieurs agents de santé et/ou volontaires communautaires, c) l'EGSD ou au moins un représentant pour faciliter le processus, d) les partenaires éventuels qui travaillent avec eux (si besoin), ainsi que e) les représentants de la communauté (dans la mesure du possible). Ce groupe devrait participer à toutes les activités de mise en place qui ont lieu au niveau de l'ES.

Les parties prenantes au niveau de l'EGSD devraient englober : a) l'EGSD, b) tous les responsables de l'ES, c) les partenaires éventuels qui travaillent dans le district. Ce groupe devrait participer à toutes les activités de mise en place qui ont lieu au niveau de l'EGSD

Figure 3 provides an overview of the full Toolkit.

FIGURE 3: APPROCHE SURGE DE LA PCCMA – VUE D'ENSEMBLE DE LA BOITE À OUTILS

Approche Surge de la PCCMA – Vue d'ensemble de la boîte à outils					
Calendrier	Processus	Outils			
		Au niveau de l'ES	Au niveau de l'EGSD	Tous	
	Adaptation au niveau du pays pour l'approche Surge			Guide du facilitateur	
Stade 1 : Mise en place – analyse et planification					
Prévoir 2 ou 3 semaines	Préparation pour l'Étape 1				
Session d'1/2 journée	Étape 1 : Analyse des tendances et des risques	Outils 1, 2 & 3			
	Étape 2 : Analyse des capacités	Outils 4, 5 & 6	Outil 19		
Session d'1/2 journée	Étape 3 : Établissement des seuils	Outils 7 & 8	Outils 20 & 21		
	Étape 4 : Définir et chiffrer les coûts des actions Surge	Outils 9, 10, 11 & 12	Outils 22 & 23		
Session d'1/2 journée	Étape 5 : Formaliser les engagements	Outils 13 & 14			
Stade 2 : Suivi et action en temps réel					
Tout le temps	Étape 6 : Suivi des seuils	Outils 15, 16 & 17	Outil 17		
Lors de situation de Surge	Étape 7 : Mise à l'échelle				
Périodiquement	Étape 8 : Examen et suivi des activités Surge	Outil 18			



Stade 1: Mise en place – Analyser et planifier pour le niveau de l'ES

Le stade de la mise en place se compose de cinq étapes, présentées ci-après. Selon le contexte, elles peuvent pour la plupart être menées lors de trois sessions d'une demi-journée chacune (deux au niveau de l'ES et une au niveau de l'EGSD), ou bien durant un atelier de travail d'un à deux jours au niveau de l'EGSD. La première option est résumée dans la Figure 2.

- Étape 1.** Analyse des tendances et des risques
- Étape 2.** Evaluation des capacités
- Étape 3.** Établissement des seuils
- Étape 4.** Définir et chiffrer les coûts des actions Surge
- Étape 5.** Formaliser les engagements

Préparation des données

Avant de commencer la mise en place, des données peuvent être préparées à l'avance. Les données suivantes devraient être incluses :

- Nombre des nouvelles admissions par mois pour les deux années précédentes pour :
 - MAS
 - MAM, si ces services sont proposés au niveau de l'ES
 - Diarrhée
 - Pneumonie
 - Maladies clés pertinentes, p. ex. paludisme
- Nombre de patients vus par jour d'après le registre de l'ES des deux années passées, afin d'établir:
 - La moyenne pour l'année
 - La fourchette (nombre le plus bas versus nombre le plus haut)
 - Les fluctuations au cours de l'année

Le mieux est que la préparation des données commence deux à trois semaines avant les sessions, afin d'avoir assez de temps pour obtenir ce qui est nécessaire.

Aspect à prendre en compte: Il est possible que certaines étapes fassent partie d'autres activités du système de santé ou de la PCCMA, comme par exemple l'analyse des tendances et des risques, ou encore l'analyse des capacités. Cependant, toutes les étapes sont mentionnées ici pour veiller à ce que l'analyse soit complète. Dans la mesure du possible, il est recommandé d'utiliser ou d'adapter les activités et les efforts existants afin de mettre en œuvre chaque étape de l'approche Surge de la PCCMA.



ÉTAPE 1 : Analyse des tendances et des risques

Objectifs de l'étape 1

- Identifier les facteurs clés qui ont généralement une incidence sur la demande de services de prise en charge de la MAS au sein de la population de la zone d'intervention, en examinant les tendances passées des données cliniques et contextuelles
- Comprendre le rapport entre ces facteurs et les tendances de la charge de travail de l'ES
- Identifier les facteurs clés qui devraient être suivis pour mieux planifier les interventions futures

Qui y prend part ?

Le facilitateur de l'EGSD, le personnel de l'ES ou les responsables de l'ES, le point focal de l'hôpital/du service des patients hospitalisés, les ASC, les représentants clés de la communauté, les partenaires qui travaillent dans la zone

Quels sont les éléments requis ?

- Graphiques pré-imprimés (outil 2) ou papier de tableau de conférence
- Les données relatives au nombre de a) nouvelles admissions pour MAS et morbidités clés (p. ex. diarrhée, pneumonie, paludisme, entre autres) parmi les enfants de moins de cinq ans et globalement pour les deux à trois années précédentes si disponibles, ainsi que pour toute(s) année(s) particulièrement « mauvaise(s) » et b) the nombre de patients vu par jour mentionnés dans le registre de l'ES lors des 2 ou 3 années passées.

1.1.Méthode

A. ÉLABORATION DES GRAPHIQUES (OUTIL 1)

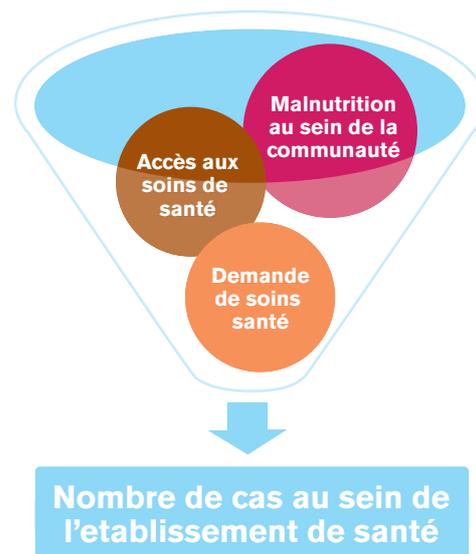
Les parties prenantes de l'ES participent à un processus de représentation des informations sur deux graphiques (graphiques sur papier de tableau de conférence ou graphiques pré-imprimés) – un calendrier des événements saisonniers et les tendances mensuelles passées des cas de malnutrition aigüe et de maladies observées au niveau de l'ES.

Graphique 1, calendrier des événements saisonniers: Certains facteurs ayant un effet sur la MAS au sein de la communauté et sur le nombre de MAS au sein de l'établissement doivent être considérés. Cela inclue les facteurs qui font augmenter ou diminuer le nombre d'enfants souffrant de malnutrition et les facteurs influençant la demande de soins par la population, Ces facteurs sont ensuite cartographiés pour une analyse ultérieure.

Graphique 2, tendances passées du nombre de cas de malnutrition et de morbidité: Le total des consultations / total des cas traités des enfants MAS de moins de 5 ans ainsi que d'autres maladies en lien tel que la diarrhée, la pneumonie et le paludisme, y compris la MAM si cela est pertinent (une seule ligne par maladie) sont pointer sur le graphique en utilisant les registres de l'ES ou de l'EGSD.

Voir la Figure 5 et la Figure 6 pour un exemple réalisé durant un atelier de travail mené au Kenya et l'**outil 2** pour un format pouvant également être utilisé.

FIGURE 4: LE NOMBRE DE CAS RECENSÉS PAR L'ES TRADUIT-IL LE DEGRÉ DE MALNUTRITION AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ ?



La malnutrition peut atteindre un pic au sein de la communauté sans que les enfants ne se présentent à l'établissement de santé

Outil 1 : Analyse des tendances et des risques : tracer les graphiques**Graphique 1: Calendrier des événements saisonniers**

- Recensez tous les **facteurs qui ont un effet sur le nombre de MAS au niveau de l'ES**. Il peut s'agir de facteurs qui font augmenter ou diminuer le nombre d'enfants souffrant de malnutrition, comme par exemple les précipitations, les flambées de maladies, le dépistage de masse, l'état du bétail, les campagnes de santé et de nutrition, etc. Certains groupes démographiques précis, p. ex. les pasteurs, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ou les réfugiés peuvent contribuer à un niveau de MAS supérieur.
- Recensez tous les facteurs qui ont une incidence sur la décision de demander des soins par la population p. ex. charge de travail des ménages (et en particulier des femmes), mouvements de la population, festivals, conflits, état des routes.

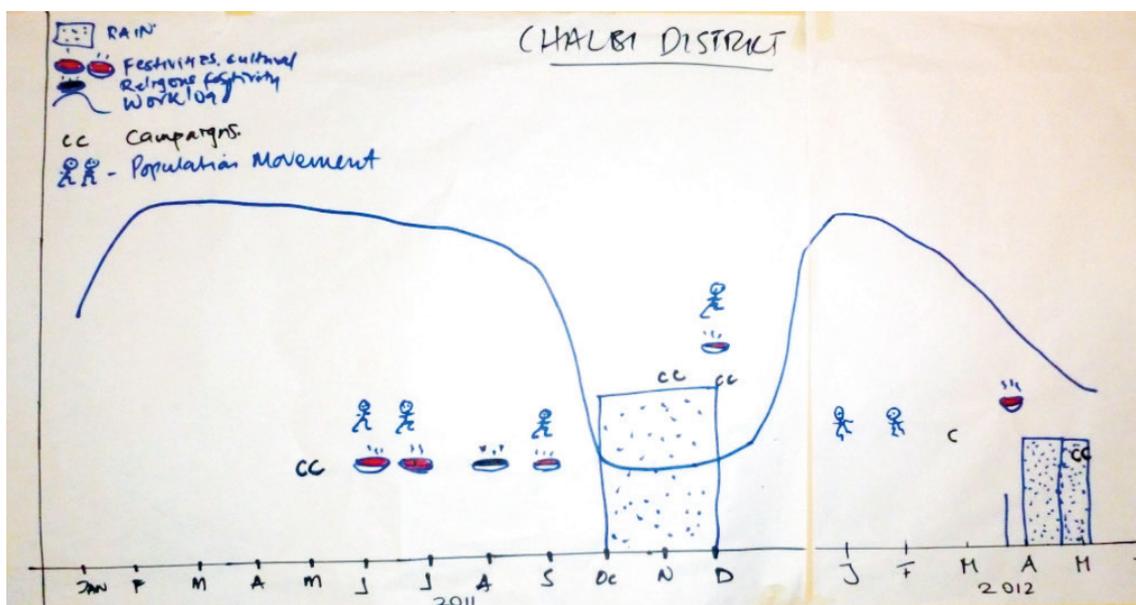
NB: Ces facteurs ne seront probablement pas tous importants dans chaque zone, mais tous ceux qui sont importants devraient être inclus.

- Tracez un graphique et écrivez les mois de l'année le long de l'axe horizontal. Utilisez une feuille de tableau de conférence ou des graphiques pré-imprimés (voir l'**outil 2** pour un exemple de modèle).
- Indiquez ces facteurs sur le graphique pour chaque ES en utilisant des symboles ou des lignes pour indiquer le moment (le mois) où ces événements clés surviennent ou augmentent/diminuent au cours de l'année.

Graphique 2: Tendances passées du nombre de cas de malnutrition et de morbidité

- Tracez un graphique en indiquant les mois de l'année le long de l'axe horizontal et le « total des consultations » ou « total des cas traités » le long de l'axe vertical. Utilisez des feuilles de tableau de conférence ou des graphiques pré-imprimés (**outil 2**).
- Reportez le total des consultations/cas par mois de MAS parmi les enfants de moins de cinq ans s'étant présentés à l'ES au cours de l'année passée (représentez cet élément par une seule ligne). Faites la même chose pour chacune des maladies principales, p. ex. la diarrhée, la pneumonie et le paludisme, y compris la MAM si pertinent (une seule ligne par maladie). Les autres maladies pertinentes pour le site d'intervention peuvent être considérées mais il vaut mieux se limiter aux trois ou quatre maladies les plus courantes pour éviter de surcharger les graphiques.
- Au minimum, les données de l'année précédente devraient être représentées sur le graphique, mais, si elles sont disponibles, les données pour les deux ou trois années précédentes, ou les données d'une année tout particulièrement « mauvaise » présentant un taux de malnutrition supérieur, devraient être incluses pour donner une idée réaliste des tendances précédentes.

FIGURE 5: EXEMPLE DE CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS SAISONNIERS



Aspects à prendre en compte: Situation nutritionnelle en évolution vs. couverture en évolution

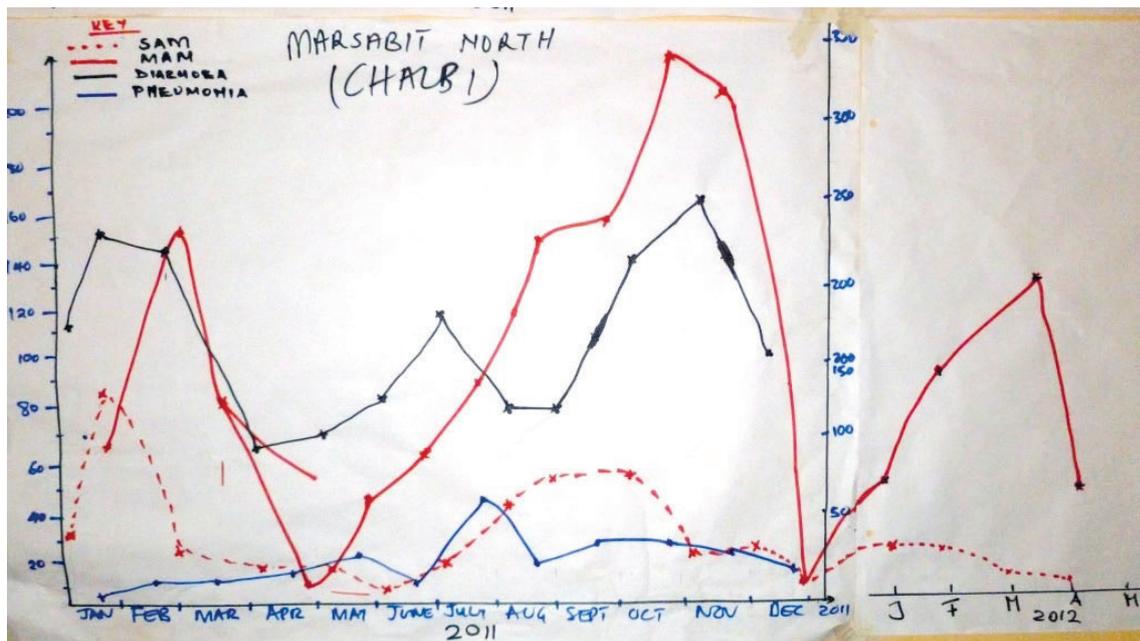
Deux facteurs clés permettent de déterminer le nombre de MAS se présentant à un ES:

- La prévalence de la Malnutrition Aigüe sévère (cas réels au sein de la communauté dans son ensemble)
- La couverture du programme (total de MAS étant pris en charge dans le programme de PCCMA)

Il est important de comprendre qu'une augmentation de la prévalence ainsi que de la couverture aboutira à un nombre de cas très élevé. Cependant, il est aussi important de comprendre que les cas se présentant à l'ES ne traduiront peut-être pas la situation réelle au sein de la communauté. Comme l'illustre la Figure 4, cela dépendra entre autres de l'accès physique aux services de santé, du temps disponible des accompagnants, de leur charge de travail, des ressources financières des ménages et des comportements de demande de soins ; et cela parmi d'autres facteurs. Par exemple, si la prévalence est élevée, mais que la couverture est faible en raison du fait que beaucoup de ces facteurs empêchent les enfants d'accéder au traitement une véritable situation d'urgence au niveau communautaire peut ne pas être détectée au niveau de l'établissement de santé. Inversement, si la prévalence actuelle est relativement faible, mais que la couverture est soudainement très élevée (par exemple après une campagne de dépistage au niveau communautaire), l'établissement de santé peut temporairement être submergé en dépit de la prévalence de la malnutrition aiguë étant bien en dessous des niveaux d'urgence.

Il est donc important de suivre la couverture autant que possible à travers les enquêtes sur la couverture de la PCCMA, lorsque les ressources sont disponibles. Cela vous donnera une idée complète de la situation et aidera l'ES à planifier et à répondre de manière plus adaptée à la demande de services pouvant fluctuer au fil du temps.

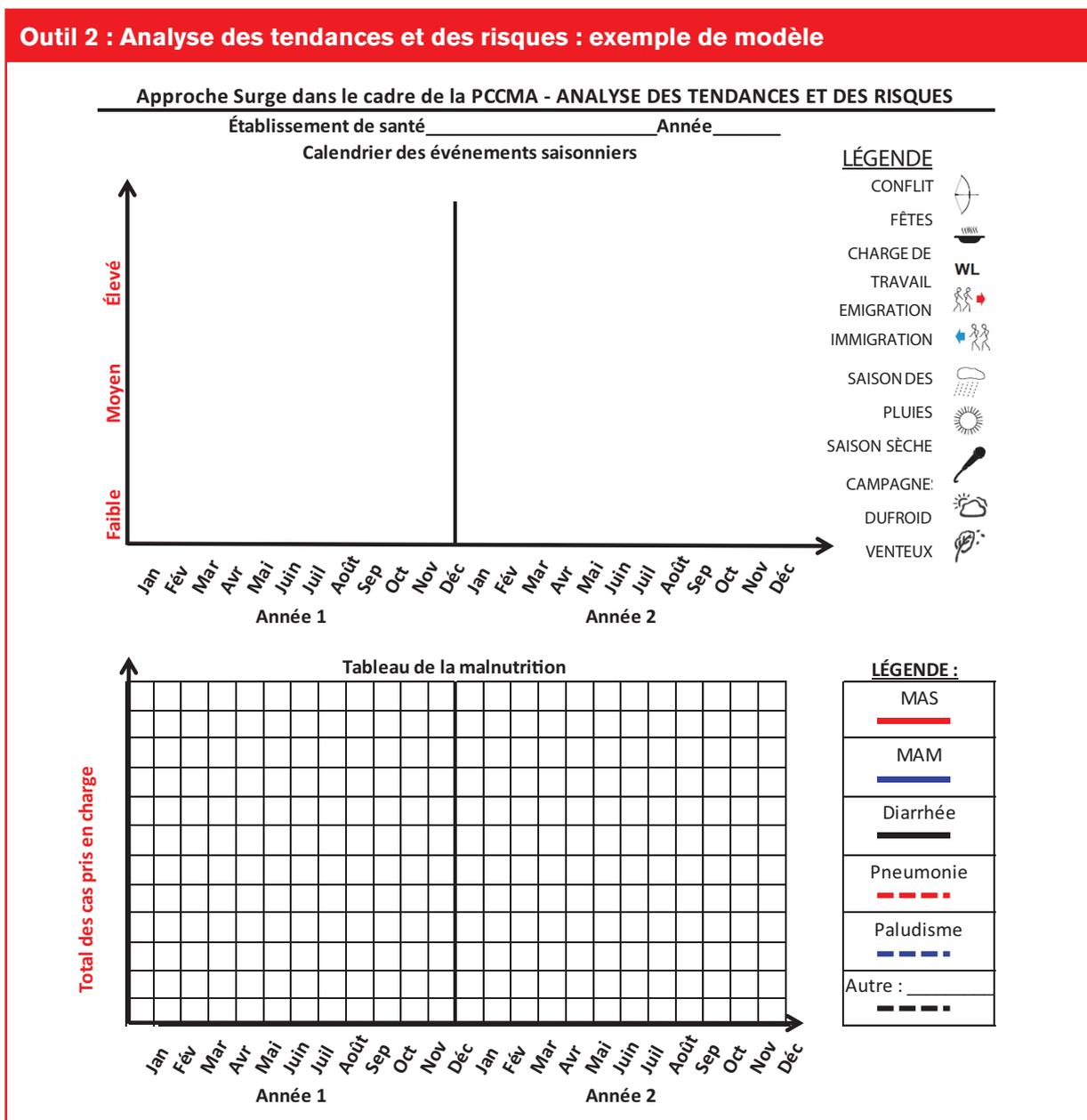
FIGURE 6: EXEMPLE DE GRAPHIQUE DU NOMBRE DE CAS DE MAS ET DE MALADIES



B. ANALYSE DES TENDANCES PASSÉES À TRAVERS LES GRAPHIQUES

Affichez les graphiques finalisés sur le mur – le calendrier des événements saisonniers au-dessus du graphique de la malnutrition et de la morbidité, ou référez-vous au modèle imprimé complet (voir l'**outil 2**).

Outil 2 : Analyse des tendances et des risques : exemple de modèle



Guidez les parties prenantes de l'ES dans un processus visant à analyser ce qu'ils ont tracé pour ce qui est des moments et des raisons pour lesquelles le nombre de MAS a augmenté et toute relation avec des événements clés ou des tendances de la morbidité. Cet exercice est orienté par les questions figurant dans l'**outil 3** ci-après. Les réponses formeront la base des discussions sur l'analyse des capacités et des actions Surge dans les étapes 2 et 4 respectivement. Toute analyse effectuée pourrait être consignée pour que les responsables de l'ES puissent s'y référer ultérieurement.

Outil 3 : Analyse des tendances et des risques: guide pour l'analyse des graphiques

- Disposez les graphiques complets sur le mur – le calendrier des événements saisonniers au-dessus du graphique de la malnutrition et la morbidité.
- Utilisez les questions suivantes pour orienter la discussion.

Questions directrices:

1. S'est-il produit une augmentation ou une baisse des admissions pour MAS au moment où vous vous y attendiez?
 - Quelles a été l'incidence de différents événements (c.-à-d. charge de travail, précipitations, mouvement des populations, festivals, conflits, etc.) sur le nombre d'admissions pour MAS?
 - Observez-vous une concentration d'événements saisonniers juste avant un pic du nombre d'admissions pour MAS – dans l'affirmative, quels sont les facteurs qui semblent être importants et à quels moments se concentrent-ils?
 - Le nombre de cas de diarrhée, de pneumonie ou de paludisme a-t-il augmenté avant une hausse du nombre de MAS ou le schéma est-il différent?
 - Y a-t'il des activités ou des événements liés au système de santé qui ont eu lieu durant la période et pourraient expliquer toute augmentation ou diminution observée sur le graphique?
 - Y a-t'il eu des flambées de maladies, p. ex. rougeole, kala-azar, etc.?
2. Le degré de l'augmentation/de la diminution a-t'il été aussi élevé que prévu ?
3. Observez-vous quelque chose d'inhabituel/inattendu dans vos graphiques ?

C. RÉFLEXION SUR LA SITUATION ACTUELLE ET FUTURE

Les parties prenantes de l'ES discutent de la situation actuelle et de la manière dont ils s'attendent à ce qu'elle évolue au cours des mois à venir, compte tenu de ce qu'ils ont appris grâce à l'analyse des années précédentes. Par exemple, si en mai, juin et juillet des deux années précédentes, un pic des cas de diarrhée a été observé, suivi d'une augmentation de MAS, au lieu d'attendre que cela ne survienne à nouveau, l'ES peut planifier des activités de prévention sur le site d'intervention afin de réduire le nombre de personnes touchées.

Durant cette session, la planification à long terme devrait tenir compte de l'année complète à venir pour discuter de manière générale et anticiper le moment où les augmentations sont susceptibles de se produire. Un nouveau graphique est produit avec les données de l'année en cours pour les nouvelles admissions de MAS et le nombre total de MAS. Ce graphique sera affiché dans l'ES, et sera complété régulièrement grâce à de nouvelles données, en utilisant soit une affiche sur le mur soit un petit modèle A4 (voir l'**outil 2** pour un exemple). Cette discussion générale sur l'année à venir et la préparation du nouveau graphique préparent le terrain pour le suivi mensuel des seuils qui aura lieu (expliqué dans les étapes 3 et 6) et qui permet d'approfondir la planification à long terme pour les quelques mois à venir.

Observation: Visualising data

Le simple fait de visualiser les données relatives à la morbidité et aux admissions et de les relier à un calendrier des événements peut améliorer l'interprétation des données de routine sur les services/programmes et permettre de mieux comprendre les tendances et facteurs saisonniers qui ont une incidence sur la demande de soins, c.-à-d. les « moteurs » des cas et de la demande de services

Cette étape a été décrite comme une révélation durant les ateliers de travail passés, car il est rare que les données de routine soient examinées de manière si détaillée ou que l'on consacre suffisamment de temps à la compréhension des tendances.



ÉTAPE 2 : Evaluation des capacités

Objectifs de l'étape 2

Niveau de l'ES:

- Réfléchir aux capacités de l'ES pour ce qui est de la gestion des services de PCCMA en temps normal, en soulignant les lacunes afin qu'elles puissent être abordés durant les activités «normales» de RSS
- Tenir compte des expériences passées sur les capacités de l'ES pour ce qui est de la gestion des services de PCCMA durant les pics d'admissions afin d'identifier les actions devant être mises en place a) *avant* de nouvelles situations de Surge (préparation) et b) *pendant* de futures situations de Surge (actuelles actions Surge)
- Déterminer ce qu'est un nombre «normal» de MAS en charge pour l'ES- correspondant à une charge de travail qui peut être gérée sans surcharger les membres du personnel et/ou compromettre la qualité des services de PCCMA (ce qui servira de base pour établir des seuils au cours de l'étape 3)

Niveau de l'EGSD:

- Permettre à l'EGSD et aux partenaires du district de comprendre quelles sont les ES les plus faibles et/ou ceux qui ont le nombre de cas le plus élevé et requerront plus de soutien si/quand un pic d'admissions pour MAS survient

Qui y prend part ?

Le facilitateur de l'EGSD, le personnel de l'ES, le point focal de l'hôpital/du service des patients hospitalisés, les ASC, les représentants clés de la communauté, les partenaires qui travaillent dans la zone

Quels sont les éléments requis

- Outil d'évaluation des capacités (version du pays ou annexe 3)
- Registres des patients

Si un ES a des capacités faibles en « temps normal », ceci sera amplifié au niveau alerte. Il arrive également souvent que les établissements les plus faibles se heurtent au nombre de cas le plus élevé car leurs communautés respectives sont souvent les plus défavorisées et ces établissements les plus difficiles d'accès (tant pour la population que pour l'EGSD). Ces ES éloignés peuvent également avoir du mal à attirer et à conserver des membres du personnel, à maintenir les chaînes d'approvisionnement et peuvent avoir encore plus de difficultés à assister aux formations. L'EGSD devrait donc concentrer son soutien sur les ES qui présentent une combinaison de capacités faibles et le nombre d'admissions prévues les plus élevés. Cela inclut le renforcement normal du système de santé ainsi qu'un support spécifique pour aider les ES à se préparer et faire face aux situations de Surge lorsqu'elles surviennent.

2.1 Méthode

L'évaluation des capacités s'effectue en quatre parties lorsque la situation est « normale » afin de comprendre a) les capacités générales de l'ES en matière de PCCMA en utilisant chacun des piliers du système de santé (voir l'**annexe 1** pour une explication des piliers du système de santé), b) les capacités de l'ES à s'adapter à demander des ressources additionnelles pour gérer les augmentations des admissions de PCCMA, c) ce qui peut être considéré comme un nombre de cas en charge/une charge de travail «normale» et, enfin, d) les capacités relatives de chaque ES dans le district et la probabilité qu'il ait besoin de soutien lors d'afflux de patients. Les trois premiers éléments sont effectués au niveau de l'ES et le dernier au niveau de l'EGSD.

a) Analyse générale des lacunes de l'ES:

Les évaluations des capacités de PCCMA sont souvent une pratique standard dans le système de santé ou tout au moins dans le programme national verticale la PCCMA ; lorsqu'un outil d'évaluation des capacités de PCCMA existe déjà, il doit être utilisé et adapté si nécessaire. Si une évaluation des capacités a récemment eu lieu, les résultats peuvent être intégrés dans cette étape, au lieu de répéter cette évaluation. Si une telle évaluation n'a pas été entreprise, un outil est proposé en **annexe 2** qui peut faciliter l'identification des facteurs qui entravent généralement, la prestation de services de PCCMA de qualité.

Toutes lacunes ou manque identifiés durant l'évaluation des capacités de PCCMA devraient être identifiés et mener à une ou des actions immédiates à travers le RSS (par exemple commande d'équipement ou de fournitures, demande de personnel supplémentaire ou de formation pour le personnel, etc.) et devraient être directement inclus et budgétisé dans un plan de travail annuel pour le district. A travers l'utilisation de l'outil de l'**annexe 2**, les membres du personnel de l'ES sont encouragés à se donner une note globale pour chaque pilier du système de santé, à identifier les lacunes et lister toutes actions planifiées pour adressées ces lacunes dans les 12 prochains mois. Les activités prioritaires de RSS adressant ces lacunes seront identifiées dans l'étape 4.

b) Réflexion sur les capacités des ES en matière de gestion des Surges

Cette étape intermédiaire commence par le travail sur le graphique affiché, des tendances passées des admissions, élaborées dans le cadre de l'étape 1 et se réfère aux moments où se sont produits des pics du nombre d'admissions de MAS. S'il s'est produit des pics tout particulièrement marqués dont se souviennent les parties prenantes des ES, ils devront constituer le point central de la discussion. L'outil 4 devrait orienter cette discussion. L'objectif de cette sous-étape est d'aider l'équipe du ES à identifier ce qui a bien fonctionné dans leurs efforts pour gérer ces situations de Surge (de sorte que ces actions puissent être répétées) et quelles étaient les principales faiblesses durant les situations de Surge précédentes (de sorte que l'ES puisse mieux se préparer pour faire face aux prochaines situations de Surge et obtenir le cas échéant, un soutien rapide de l'EGSD).

Outil 4: Réflexion sur les capacités en matière de gestion des Surges

Les questions suivantes sont destinées à identifier les points forts et les points faibles des ES dans leur gestion des précédents pics d'admission de MAS. Ceci doit se baser sur les expériences passées lorsque l'ES a eu des augmentations d'admissions en PCCMA. Les questions devraient déclencher la discussion, mais ne sont pas censées constituer un outil exhaustif. Cependant, les réponses données devraient être consigné afin que les besoins puissent être pris en compte.

En utilisant les graphiques affichés des tendances précédentes, observez les pics qui se sont produits et discutez des aspects suivants:

Questions générales

- Que s'est-il passé lorsque ces pics se sont produits?
- Comment avez-vous géré la situation? Qu'avez-vous fait?
- Qu'est-ce qui a bien fonctionné? Qu'est-ce qui a donné de bons résultats pour faire face à ces pics?
- Qu'est-ce qui n'a pas bien fonctionné? Quels sont les goulets d'étranglements qui ont entravés l'intervention? Quelles étaient vos lacunes?
- Les types d'actions/d'interventions étaient-ils appropriés et adéquats?
- Le timing de vos actions/interventions était-il bon? (tardif, en temps voulu)
- Y a-t'il des choses que vous souhaitiez faire mais n'avez pas pu faire? Pourquoi?
- Que feriez-vous différemment dans votre intervention si vous aviez une deuxième chance?

Réfléchissez à ces questions en utilisant les piliers des ES (prestation de services; communauté; ressources humaines; médicaments, fournitures, équipement et infrastructures; information de santé; leadership et gouvernance; financement) pour mieux comprendre les points forts et les défis à relever sur le plan des capacités des ES.

Tout en continuant à considérer ces mêmes pics, il faut discuter des questions **précises suivantes**:

- L'ES a-t'il été en mesure de gérer le nombre de MAS et la charge de travail globale?
- La communication avec les parties prenantes et leur participation ont-elles été appropriées?
- La communauté a-t-elle été informée? A-t-elle été impliquée à trouver des solutions?
- Quels étaient les liens entre les patients en consultation externe et les patients hospitalisés et la communauté?
- L'approvisionnement en médicaments et en Aliment Thérapeutique Prêt à l'emploi (ATPE) était-il suffisant et effectué en temps et en heure?
- Les infrastructures (espace pour les patients, stockage, installations AEPHA) étaient-elles adéquates?
- Est-ce que la plupart des cas d'enfants malnutris ont bénéficié des services de PCCMA? Les familles sont-elles été satisfaites des services qu'elles ont reçus?
- Quelles sont les activités de préparation qui auraient pu être entreprises pour prévenir une telle situation ou prévenir une dégradation de cette situation?

C) ETABLIR CE QU'EST UNE CHARGE DE TRAVAIL «NORMALE»

Cette étape intermédiaire vise à établir ce qu'est une charge de travail «normale» ou gérables basée sur ce que l'ES estime pouvoir faire face sans être surchargé ou sans sacrifier la qualité des soins. L'information est acquise dans le cadre d'une discussion entre les parties prenantes de l'ES en utilisant l'**outil 5** ainsi que les données provenant des registres de patients.

Dans cette étape intermédiaire, les parties prenantes de l'ES vont premièrement acquérir une compréhension globale de la manière dont l'ES est occupé à travers une analyse globale de leur charge de travail basé sur le nombre total de consultations effectuées par jour. La charge de travail liée au nombre de patients MAS sera finalement considérée, ce sera l'indicateur qui vous amènera à l'établissement des seuils de l'étape 3.

L'**annexe 3** comporte un outil optionnel qui peut être piloté pour compléter cette discussion au moyen d'un élément objectif. Il permet de mieux comprendre la charge de travail actuelle, y compris un calcul du nombre potentiel de patients pouvant être vus par jour, en recoupant cette donnée avec la réalité du quotidien tel qu'indiqué par les registres des patients et en réfléchissant aux différences observées et aux aspects sur lesquels l'efficacité pourrait être améliorée, en particulier en situation de Surge.

Outil 5 : Guide pour la discussion sur les capacités de charge de travail

Discutez des sujets suivants afin de comprendre la capacité de l'ES sur le plan de charge de travail et le nombre approximatif de patients pouvant être vus par jour sans que l'ES ne soit surchargé. Les questions sont conçues pour orienter la discussion et stimuler les discussions mais ne sont pas exhaustives.

Les données des registres de patients devraient être recueillies à l'avance pour répondre aux questions mentionnées ci-dessous et les registres peuvent être utilisés comme référence à travers les discussions.

Nombre de consultations par jour

- Combien de patients sont normalement vus par jour?
- Ce nombre est-il le même toute l'année?
 - Quels sont les mois durant lesquels il y a plus de consultations par jour?
 - Quels sont les mois durant lesquels il y a moins de consultations par jour?
 - Quelle est la fourchette (nombre le plus faible versus le nombre le plus élevé) du nombre de patients vu sur l'ensemble de l'année?

Charge de travail et capacités

- Lorsque le nombre de consultations par jour est « normal », quelle est la charge de travail pour le personnel? Est-elle gérable? Est-ce que les membres du personnel sont surchargés?
- Lorsque le nombre de consultations par jour est «normal», les membres du personnel auraient-ils la capacité de voir un peu plus de patients ou atteignent-ils déjà leur limite?
- Durant les mois où le nombre de consultations par jour est supérieur à la normale, quelle est la charge de travail ? Est-elle gérable ? Les membres du personnel sont-ils surchargés?
- Quelles seraient le nombre maximum de consultations qui pourraient être effectuées en une journée ?
- Quels sont les facteurs influençant la capacité des équipes à gérer le nombre de cas arrivant à l'ES?
- Quelles consultations prennent le plus de temps (traitement de la MAS, vaccination, consultation prénatale? Autres?)

Résumé

- Que devrait-on considérer comme une charge de travail normale et gérable en termes de nombre totale de consultations par jour pour cet ES?
- Que devrait-on considérer comme une charge de travail normale et gérable en termes de nombre totale de consultations par mois pour cet ES? Et pour le nombre de MAS?
- À quel moment la charge de travail/le nombre de cas seraient-ils excessifs? Et pour le nombre de MAS?

D) PRIORISATION DES ES:

Une fois que chaque ES aura évalué sa propre capacité, l'EGSD devra regarder l'ensemble des établissements de santé afin d'identifier quels sont les plus faibles et / ou ont les nombres de cas les plus élevés et ont, par conséquent, le plus besoin de soutien. Cet exercice de priorisation des ES doit être mené par l'EGSD, idéalement lors d'une réunion en présence de l'ensemble des responsables des ES ainsi que les autres parties prenantes du district, si cela est approprié. Au cours de cette réunion, l'auto-évaluation de chaque ES doit être considérée en fonction des autres ES. L'EGSD, en collaboration avec les responsables des ES et des autres parties prenantes, devra ensuite donner à chaque ES une note finale. Sur la base de ces notes, l'EGSD devra veiller à ce qu'une attention et un soutien particulier soient accordés aux établissements les plus faibles, tant pour améliorer leurs capacités à travers des activités normales de RSS que dans le soutien à la préparation pour et pendant les périodes de Surge. Cette information devrait également être capturée par le tableau de bord de l'EGSD (voir la partie C).

Parmi les *aspects généraux* à prendre en compte pour contribuer à noter et à prioriser les ES on peut citer: la zone d'intervention, la dotation en personnel et les spécialités techniques/formations récentes (ressources humaines), l'aptitude à fournir des services de nutrition, les tendances des performances et des rapports (caractère complet et qualité), fournitures (aliments thérapeutiques/ supplémentaires, médicaments essentiels), équipement anthropométrique et infrastructures globales. L'**outil 6** peut être utilisé pour orienter cette discussion sur la priorisation.

Outil 6 : Exercice de priorisation des établissements de santé

Il faut tenir compte des informations recueillies dans le cadre de l'analyse des tendances et des risques (étape 1), ainsi que lors des évaluations des capacités menées dans le cadre de cette étape.

Système de notation:

4 = *Excellent (gère bien les services, et capacités supplémentaires disponibles)*

3 = *Solide (gère bien les services, mais aucune capacité supplémentaire disponible)*

2 = *Faible, requiert une assistance*

1 = *Très faible, requiert une formation/une aide/un soutien considérables*

Recensez tous les établissements de santé au sein du district ; discutez de chacun d'entre eux du point de vue de:

- leur aptitude à gérer les services de PCCMA en temps normal (Analyse générale des lacunes des ES ci-dessus)
- leur aptitude/leurs capacités à gérer les augmentations d'admissions de PCCMA Capacité des ES en matière de gestion des situations de Surge ci-dessus)
- leur probabilité d'afflux important de patients (Analyse des tendances des admissions dans le passé).
- Nombre de cas vu pendant une période « normale » et pendant une situation de Surge (Analyse des tendances des admissions dans le passé)

S'il n'y a pas eu d'évaluation des capacités pour un ES, ces questions peuvent être utilisées pour établir rapidement leur capacité pour l'exercice de priorisation. Sinon, cette section peut être passée.

Pour chacune des questions suivantes, demandez-vous si l'établissement de santé présente les éléments suivants pour ce qui est des services de PCCMA et assignez une note à chacun:

- Un personnel doté de l'expérience et de la formation requise pour fournir les services de manière appropriée?
- Les protocoles, outils de travail et supports pour la présentation de rapports ? L'équipement et le matériel requis, en bon état?
- Des médicaments et fournitures en quantité adéquate et une manière appropriée de les commander et de recevoir plus rapidement?
- L'espace et les infrastructures (stockage, eau/assainissement/hygiène, etc.) nécessaires pour gérer le nombre de cas actuel ainsi que les augmentations potentielles?
- Des liens avec les communautés dans leur zone d'intervention?
- Une communication régulière avec l'EGSD?

De manière générale

- L'établissement de santé est-il sujet à des augmentations considérables du nombre d'admissions?
- Quelle sorte d'accès y a-t-il à l'établissement de santé concernant le soutien et l'approvisionnement?

Quelles sont les raisons qui expliquent les points faibles identifiés? Quels sont les obstacles à l'amélioration des services?

Les notes sont calculées pour chaque établissement de santé, et le total est consigné sur la liste des ES.



ÉTAPE 3 : Établissement des seuils

Objectifs de l'étape 3

Niveau de l'ES:

- Établir des « seuils » pour chaque ES pour le nombre de nouvelles admissions de MAS indiquant quatre phases : normale, alerte, sérieuse et urgence

Niveau de l'EGSD:

- Appuyer/valider les seuils
- Rassembler les seuils des ES individuelles

Qui y prend part?

Le facilitateur de l'EGSD, le personnel de l'ES, le point focal de l'hôpital/service des patients hospitalisés, les ASC, les représentants clés de la communauté, les partenaires qui travaillent dans la zone

Supports

- Analyse de la situation préparée lors de l'étape 1
- Analyse de l'examen des capacités préparé lors de l'étape 2
- Calculatrice

Les seuils sont indiqués pour quatre phases, en partant d'une situation normale, pour passer aux phases « d'alerte », « sérieuse » et « d'urgence ». Étant donné que le principal soutien prévu est destiné à la PCCMA, les seuils sont fixés en fonction du nombre de nouvelles admissions pour MAS au sein de l'ES. Des définitions descriptives pour chacune des phases sont proposées dans l'**outil 7**.

Le dépassement des seuils menant à une phase supérieure déclenchera une ou des actions pour veiller à ce que l'ES puisse gérer son nombre de MAS. En revanche, lorsqu'on passera à une phase inférieure, les actions Surge seront graduellement réduites, de sorte que si la situation est normale, l'ES retournera à son fonctionnement normal (voir **étape 7**). Cette approche, dans laquelle les actions déclenchées sont fondées sur les capacités des ES, est un nouveau point de vue qui est assez différent du cas où les actions sont déclenchées sur la base de l'augmentation de la prévalence de la malnutrition au sein de la population dans une zone géographique ou administrative plus large.

Outil 7 : Description des phases pour l'établissement de santé

Phase	Description pour l'établissement de santé
<p>NORMALE</p> 	<p>Lorsque le personnel de l'ES peut faire face à sa charge de travail et dispose d'une quantité suffisante de ressources pour répondre à la demande de services. Durant cette phase, il y a du temps pour tenter de renforcer la prestation de services, y compris la formation du personnel, ainsi que les congés du personnel, les réparations des infrastructures, etc.</p>
<p>ALERTE</p> 	<p>Lorsque les membres du personnel de l'ES commencent à être surchargés en raison de la demande accrue de services de PCCMA, mais qu'ils peuvent faire face à la situation en se réorganisant de manière à se concentrer sur les priorités clés avec un soutien externe minimal; cette phase peut entraîner une légère simplification des procédures ou une modification des tâches afin d'améliorer l'efficacité. Durant cette phase, l'ES devrait être en mesure d'accéder facilement à des approvisionnements supplémentaires, selon les besoins.</p>
<p>SÉRIEUSE</p> 	<p>Lorsque le personnel de l'ES est surchargé en raison du nombre de cas accrus de demande de PCCMA et qu'il a besoin d'un soutien supplémentaire de la part de l'EGSD/de partenaires pour répondre aux demandes de manière appropriée; il s'agit du cas où une réorganisation au sein même de l'ES et la mobilisation des propres ressources de l'ES ne sont pas suffisantes pour faire face à la situation.</p>
<p>URGENCE</p> 	<p>Lorsque les membres du personnel de l'ES sont tellement surchargés qu'un soutien supplémentaire encore plus important est requis de la part de l'EGSD et des partenaires afin de a) veiller à ce que les services de PCCMA fonctionnent efficacement et à plein régime et b) faire en sorte que la population soit en mesure d'accéder aux services appropriés de manière opportune. Un support considérable en ressources de la part des partenaires est probable (p. ex. ressources humaines supplémentaires, soutien à la chaîne d'approvisionnement, infrastructures et équipement). Un soutien supplémentaire de la part des partenaires sera, dans l'idéal, fourni à travers l'EGSD, mais si celle-ci est elle-même débordée, un soutien direct aux ES sera peut-être requis.</p>

3.1 Méthode

Établissement des seuils

- Le concept des «**seuils**» devrait être présenté à l'équipe de santé : les seuils doivent refléter la combinaison des capacités et de la charge de travail de l'ES. Étant donné que les capacités d'un ES peuvent varier considérablement, les seuils sont établis par chaque ES individuellement pour indiquer les niveaux auxquels les capacités de l'ES seront surchargées/sollicitées, et non purement sur la base de la prévalence de la malnutrition dans la zone. Une combinaison de facteurs qui influencent les capacités (p. ex. effectifs et qualification du personnel, présence d'agents communautaires, etc.) et les registres des admissions (MAS, pneumonie, diarrhée et, le cas échéant, paludisme) contribuent à définir des seuils réalistes, et on peut également avoir recours aux expériences des membres du personnel dans les moments où les besoins de services dépassent les ressources disponibles. Les enseignements tirés de l'étape 1 et 2 devraient être utilisés à ces fins.
- Les seuils établis par les ES devraient être validés par ceux qui soutiennent l'action Surge, c.-à-d. l'EGSD et les partenaires afin de veiller à ce que les seuils soient établis de manière réaliste, autrement dit pas trop haut ou trop bas et pas trop rapprochés. L'**outil 8** propose un mécanisme pour orienter le processus de l'établissement des seuils et pour les confirmer. Certaines des données peuvent être préparées à l'avance pour raccourcir la durée du processus.

Outil 8: Établir des seuils

Nombre moyen de nouvelles admissions de MAS par mois:

Quelle a été la fourchette du nombre de nouvelles admissions de MAS par mois au cours des quelques dernières années? Comment les membres du personnel ont-ils géré ce niveau d'admissions?

Convenir de seuils pour les nouvelles admissions pour MAS pour chaque phase:

À ce stade, les membres du personnel devraient avoir une bonne connaissance des capacités de l'établissement de santé et à partir de quel nombre de nouvelles admissions seront-ils surchargés. Les parties prenantes des ES devraient discuter et débattre de ce qu'ils estiment être des seuils appropriés pour le nombre de nouvelles admissions pour MAS pour l'ES pour chaque phase - normale, alerte, sérieuse et urgence. Les parties prenantes de l'ES devraient parvenir à un consensus pour chaque seuil.

Utilisez l'outil 7 pour faciliter ce processus. Garder en tête qu'atteindre les phases sérieuses et d'urgence ne devrait arriver que très rarement, ex : approximativement, une fois tous les deux ans pour la phase sérieuse et une fois tous les 8 ans ou plus pour la phase d'urgence ; et donc n'est pas un but en soi.

Confirmation des seuils:

Enfin, les parties prenantes des ES confirment le caractère approprié des seuils convenus sur la base d'un moyen standard et objectif d'établissement de seuils. Pour cette étape de confirmation, le facilitateur de l'EGSD devra présenter et expliquer les seuils standard qui seraient plus ou moins appropriés, s'ils sont établis par des moyens purement objectifs, c.-à-d. grâce un calcul utilisant le nombre normal de nouvelles admissions par mois, comme dans les tableaux ci-dessous. Les exemples de seuil donnés ici concernent des exemples de nombres de d'admission faibles ainsi qu'élevés, et la Figure 8 présente un graphique de scénario de nombre d'admission faible. Durant cet exercice, les parties prenantes devraient calculer ce que les seuils objectifs des ES seraient en utilisant le nombre actuel normal de nouvelles admissions.

Tableau 1: Établir des seuils par le calcul - Exemple de nombre d'admissions faible

Phase	Exemple de seuils pour un nombre d'admission faible: 10 nouvelles admissions de MAS/mois
Normale	Jusqu'à 3 x normal # de nouvelles admissions De: 0 A: 30
Alerte	3-5 x normal # de nouvelles admissions De: 31 A: 50
Sérieuse	5-7 x normal # de nouvelles admissions De: 51 A: 70
Urgence	7 x normal # de nouvelles admissions et au-delà De: 71 A: Au-delà de

Tableau 2: Établir des seuils par le calcul - Exemple de nombre d'admissions élevé

Phase	Exemple de seuils pour un nombre d'admission élevé : 100 nouvelles admissions de MAS/mois
Normale	Jusqu'à 1.5 x normal # de nouvelles admissions De: 0 A: 150
Alerte	1.5-2 x normal # de nouvelles admissions De: 151 A: 200
Sérieuse	2-3 x normal # de nouvelles admissions De: 201 A: 300
Urgence	3 x normal # de nouvelles admissions et au-delà De: 301 A: Au-delà de

Les parties prenantes devraient examiner ces seuils calculés et les comparer aux seuils convenus durant l'étape antérieure.

- Que donne la comparaison entre les seuils calculés et les seuils convenus?
- Les parties prenantes estiment-elles encore que leurs seuils ont été établis de façon appropriée ou souhaitent-elles les ajuster un tant soit peu?
- Y a-t'il des différences importantes justifiables d'après les capacités de l'établissement de santé?

S'il est acceptable qu'il y ait des différences, les raisons de la présence de seuils beaucoup plus élevés ou faibles devraient faire l'objet d'une discussion et être documentées.

NB: Cette méthode de calcul pour l'établissement des seuils est utile comme guide aux seules fins de confirmation des seuils et n'est pas conçue pour être utilisée afin d'établir des seuils à elle seule; il est important que l'établissement des seuils englobe l'élément des capacités de l'établissement de santé présenté dans l'étape 2.

Cette méthode objective de calcul des seuils pour l'exemple de nombre de cas faible se base sur les conclusions de l'évaluation du projet pilote du modèle Surge (Surge Model), en incorporant les enseignements provenant de 14 ES sur une période de 29 mois. L'évaluation suggérait l'utilisation d'une approche conjuguant des moyens objectifs et subjectifs d'établir les seuils. Les chiffres pour l'exemple de nombre de cas élevé viennent de la méthode employée par l'Ouganda pour leur mise en œuvre en situation de Surge. Une fois que l'expérience de l'utilisation de ces seuils se sera élargie, il faudra les revoir et les ajuster en conséquence.

*– Hailey P. Independent Evaluation of CMAM Surge model pilot [Kenya]
Centre for Humanitarian Change for Concern Worldwide, 2015*

Examen régulier des seuils

- Il est crucial que les seuils établis par l'ES avec le soutien de l'EGSD des partenaires soient régulièrement revus pour en vérifier le caractère approprié, car il peut être facile d'établir des seuils de manière trop rapprochés, ou trop haut ou trop bas. S'ils sont établis trop bas, les seuils seront dépassés rapidement et les actions Surge seront demandées prématurément et éventuellement inutilement. De même, s'ils sont établis trop haut, les actions Surge seront retardées et cela pourrait avoir une incidence sur le fonctionnement et la qualité des services pour la MAS et d'autres morbidités.
- Il est important de souligner que les seuils sont influencés non seulement par la situation globale sur le plan de la nutrition et les taux de malnutrition croissants ou décroissants, autrement dit la demande de services, mais aussi par les capacités au sein de l'ES. C'est pourquoi les seuils devraient être revus lorsqu'il se produit des changements considérables sur le plan des capacités -- par exemple l'ES a acquis ou perdu un membre du personnel ou des changements au niveau des infrastructures ont abouti à des capacités réduites de stockage d' des ATPE ou à une salle d'attente plus petite.
- Au minimum, les seuils devraient être revus deux fois par an et ajustés de manière appropriée. Chaque fois qu'il se produit un changement considérable au niveau de leurs capacités, les seuils devraient être revus immédiatement. Les membres du personnel de l'ES devraient avoir confiance en eux pour décider du moment auquel ils pensent qu'une évaluation des seuils est nécessaire. Le point focal de l'EGSD et les partenaires devraient participer et être informés des modifications éventuelles apportées aux seuils.

Aspects à prendre en compte:

Utilisation des nouvelles admissions versus utilisation du nombre de cas en charge pour l'établissement des seuils

- À l'heure actuelle, des pics marqués du nombre d'admissions sont censés indiquer un besoin accru de soutien et ont été utilisés pour établir des seuils relatifs aux différentes phases Surge. Il y a eu des discussions sur l'utilisation du total des cas MAS en charge au lieu des nouvelles admissions pour l'établissement des seuils, ou encore de suivre ces deux indicateurs. Le prise en compte du nombre total de cas en charge peut avoir des répercussions sur la prise de décision de maintenir le support là où la seule prise en compte des admissions pourrait indiquer un besoin de réduction.
- À l'avenir, il pourrait se révéler plus approprié d'utiliser le nombre de cas/la charge de travail globale dans les domaines de la santé et de la nutrition au lieu de seulement tenir compte des chiffres relatifs à la nutrition, en particulier si l'approche Surge est élargie pour englober toutes les activités des ES et pas seulement la MAS.

Nombre de phases et leurs noms respectifs

- Il est possible d'établir moins de quatre phases selon le contexte du pays. Les types de fluctuations qui ont lieu au sein d'un pays devraient être examinés au moment de prendre cette décision, c.-à-d. pics élevés qui augmentent rapidement, ou nombreux pics petits ou moyens, etc.
- Les noms des phases (dans ce guide : normale, alerte, sérieuse, urgence) peuvent être définis par le pays à l'aide de mots qui assurent une interprétation et une action appropriées dans le cadre du contexte spécifique. Dans ce contexte, il convient de garder à l'esprit que les acteurs du secteur du développement mais aussi du domaine des situations d'urgence doivent pouvoir s'approprier l'approche, car cela permettra de se concentrer de façon appropriée sur le renforcement des systèmes de santé et sur la préparation en vue de situations d'urgence, ainsi que sur l'action rapide lorsque la situation le justifie.



ÉTAPE 4 : Définir et chiffrer les coûts des actions Surge

Objectifs de l'étape 4

Au niveau de l'ES:

- Classer par ordre de priorité les actions à mener durant une situation normale et durant les phases alerte, sérieuse et urgence, afin de s'assurer que les ES ont les capacités requises pour gérer les services de MAS pour la population de leur zone d'intervention, ce à tout moment
- Déterminer les actions qui peuvent être entreprises par les ES eux-mêmes, le soutien supplémentaire dont ils auraient besoin de la part d'autres entités (c.-à-d. EGSD ou partenaires) et les actions qui requerraient un budget ou des ressources supplémentaires

Au niveau de l'EGSD:

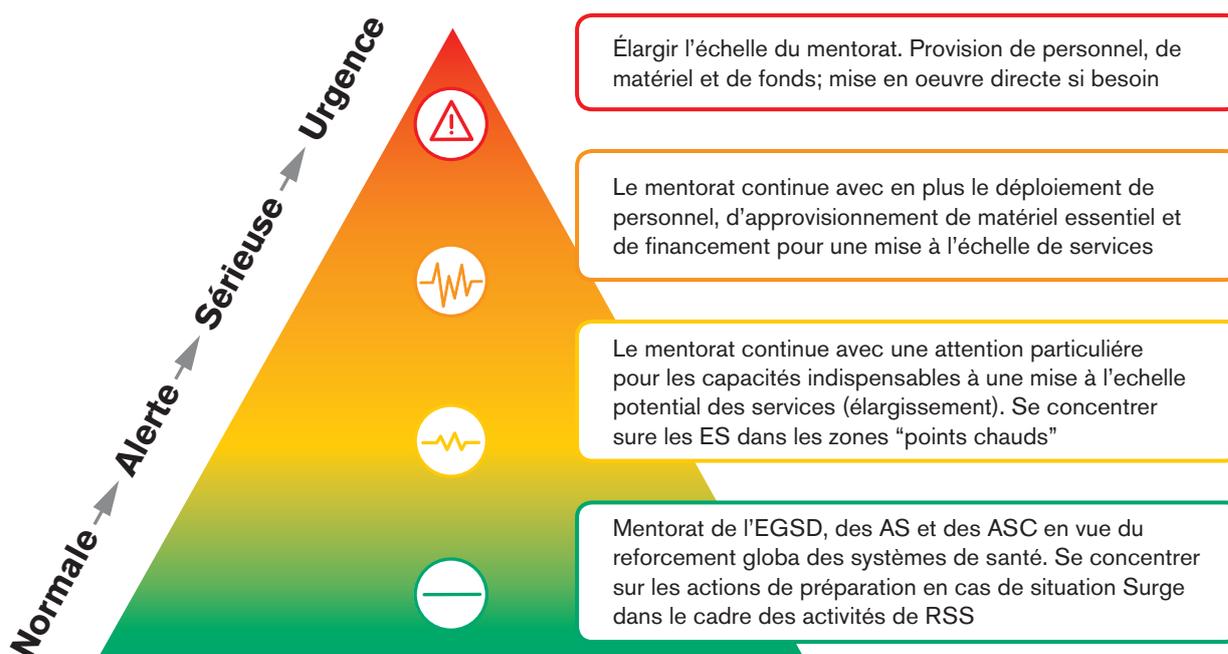
- Estimer le coût des actions Surge pour chaque phase et par ES pour que ces coûts puissent être pris en compte dans les budgets lors des processus de planification annuels pour les différentes EGS, toute équipe nationale de gestion des catastrophes ou des sécheresses et les partenaires éventuels
- Intégrer le paquet d'actions Surge dans le cadre de la PCCMA et les coûts dans le plan annuel de travail de l'ES et de l'EGSD et dans les plans d'urgence des entités de niveau supérieur

Qui y prend part?

Au sein de l'ES: Le facilitateur de l'EGSD, le personnel de l'ES, le point focal de l'hôpital/service des patients hospitalisés, les ASC, les représentants clés de la communauté, les partenaires qui travaillent dans la zone

Au niveau du district: Personnel de l'EGSD et responsables de l'ES, les partenaires travaillant dans la zone d'intervention, éventuellement un représentant de l'EGSR

FIGURE 7: TYPE D'ACTION SURGE EFFECTUÉE DURANT DIFFÉRENTES PHASES



4.1 Méthode

Des actions pour chaque phase sont proposées par chaque ES, puis consolidées, finalisées et validées/approuvées au niveau de l'EGSD. Elles devraient aussi traduire les lacunes mises en évidence lors de l'examen des capacités. Globalement, il devrait y avoir une évolution, d'un axe central marqué autour du mentorat durant une phase normale vers un niveau supérieur d'intervention et de soutien de la part d'entités externes une fois que la situation en matière de nutrition se dégrade comme l'illustre la Figure 7 ci-dessus. De même, lorsque la situation est normale, des activités de préparation devraient être menées afin que, lorsque les phases supérieures sont activées, les actions Surge puissent être mises en œuvre immédiatement.

AU NIVEAU DE L'ES

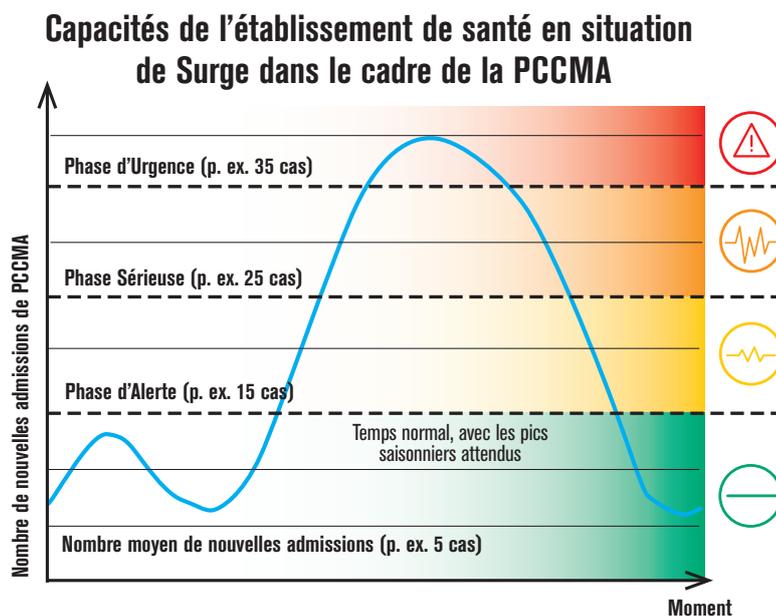
- En se basant sur l'analyse de l'étape 1, les parties prenantes de l'ES récapitulent ce qui a donné de bons résultats et ce qui n'a pas fonctionné durant les années antérieures lors d'augmentation d'admissions de MAS. Ils devraient également tenir compte des conclusions de l'évaluation des capacités de l'étape 2. Si l'**annexe 2** a été utilisée pour l'évaluation des capacités, les actions potentielles pré-Surge et durant la Surge devraient être englobées dans ce processus, et cela permettra de veiller à ce que les lacunes identifiées soient comblées.
- Effectuez les activités suivantes (**outil 9**) pour définir les actions Surge:

Outil 9: Définir et chiffrer les coûts des actions Surge

1. Écrire sur de petites cartes (Post-it) chaque action qui devrait être effectuée pour pouvoir s'adapter et gérer une augmentation du nombre de MAS et une situation en voie de détérioration en matière de santé et de nutrition. Pour préparer ces cartes, les parties prenantes des ES tiendront compte des aspects suivants:
 - Toutes les fonctions du système de santé, c.-à-d. prestation de services; communauté; ressources humaines; médicaments, fournitures, équipements et infrastructures; information de santé; leadership et gouvernance; et financement (les piliers du système de santé définies par l'OMS sont expliquées dans l'**annexe 1**).
 - Les activités de prévention, les actions communautaires et les actions spécifiques de soins aux patients hospitalisés
2. Examinez ces cartes et indiquez les actions qui peuvent être effectuées par l'ES au moyen de quelques modifications simples (p. ex. réorganiser le flux de patients, réorganiser les tableaux de service du personnel, annuler les congés, etc.) et les activités qui nécessiteront une mobilisation de ressources (affectations provisoires de personnel, dispensaires médicaux de proximité, etc.).
3. Tracez une courbe illustrant les pics d'admissions des MAS (voir Figure 8), en positionnant les lignes des seuils sur le graphique pour traduire les seuils des ES établis lors de l'étape 3. En utilisant les cartes d'actions, décidez de celles qui devraient être entreprises durant chaque phase (normale, alerte, sérieuse, urgence). Collez chaque carte sur la phase correspondante pour indiquer le moment auquel l'action doit être menée. La Figure 9 donne un exemple de courbe complétée.

FIGURE 8:
: COURBE DES ADMISSIONS
UTILISÉES POUR DÉFINIR LES
ACTIONS SURGE

- Les activités de préparation qui sont requises pour pouvoir mener une action Surge dès que la phase est activée devraient aussi figurer sur la courbe, dans le cadre de la phase qui leur correspond.



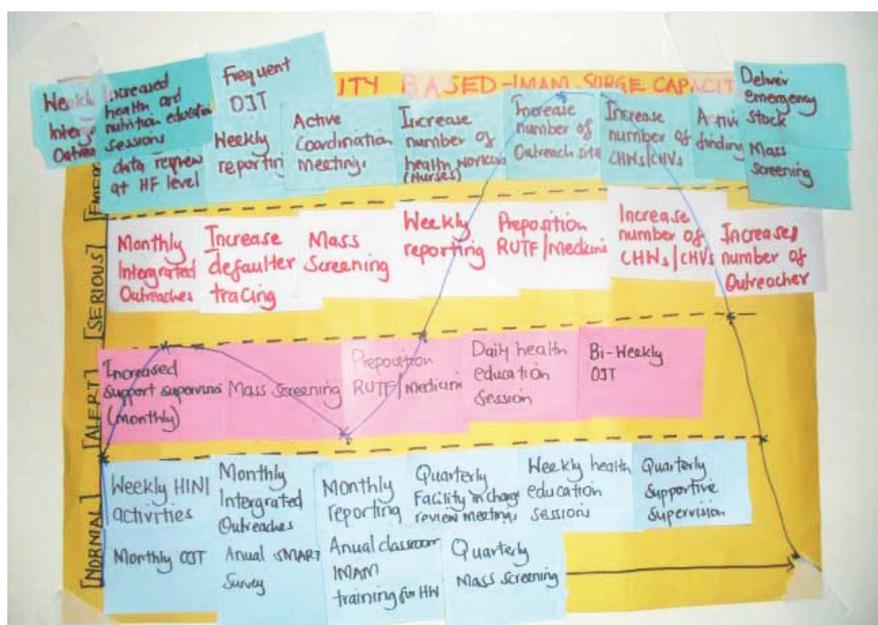
Outil 9: Définir et chiffrer les coûts des actions Surge (a continué)

4. Résumez ce graphique sous forme d'un simple tableau d'actions selon la phase à l'aide de l'**outil 10**.
 - Les demandes émanant de cette activité, ainsi que l'évaluation des capacités (étape 2), devraient être résumées afin que l'EGSD dispose d'un résumé simple et complet pour chacun des ES.
 - Les actions qui sont incluses pour les périodes normales devraient être considérées comme prioritaires pour une action immédiate et devraient être incluses dans le plan de travail de l'ES/l'EGSD.
 - Les actions qui sont incluses pour les autres phases (c.-à-d. alerte, sérieuse et urgence) figureront dans le programme Surge, et seront suivies des étapes ultérieures.
 - Réfléchissez aux actions qui auront des implications sur le plan des coûts et ajoutez un astérisque à côté de tout élément qui suppose un coût supplémentaire pour effectuer l'action ; les coûts de routine qui sont déjà pris en compte dans le budget ne seront pas inclus. Référez-vous à l'**outil 11** pour un catalogue (non exclusif) des actions suggérées et comparez-les à vos propres actions.

NB: Nombre de ces coûts feront partie de la prestation de services de routine de santé et de nutrition, en particulier les services de MAS.

5. Le résumé est ensuite présenté par le responsable de l'ES lors de la réunion de l'EGSD, durant laquelle un paquet standard d'actions Surge sera établi et convenu pour chaque phase pour tous les ES de la zone.

FIGURE 9: EXEMPLE DE COURBE DES ADMISSIONS AVEC LES ACTIONS SURGE



Outil 10: Résumé des actions Surge pour chaque phase

Phase	Action	Demandes
NORMALE	• •	- -
ALERTE	• •	- -
SÉRIEUSE	• •	- -
URGENCY	• •	- -

Outil 11: Catalogue des actions Surge au niveau de l'ES (non exhaustif)

Pilier du système de santé selon l'OMS	Actions Surge – pour la préparation et pendant la situation de Surge (* indique un coût supplémentaire)
Prestation de services	<p>Actions préparatoires à mettre en place avant la situation de Surge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arranger des services d'ambulance/de transport dans les soins hospitaliers(*) • Etablir/ se mettre d'accord sur un « protocole Surge » acceptable à mettre en place une fois le seuil dépassé (ex: distribution d'ATPE bimensuel)
	<p>Actions à mettre en place pendant la situation de Surge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revoir/réorienter le flux de patients pour accélérer le flux des patients et l'efficacité • Passer de services thérapeutiques hebdomadaires à quotidiens pour les patients en consultation externe • Distribuer des rations bimensuel d'ATPE; (c.-à-d. suivi tous les quinze jours) • Rationnaliser les rapports hebdomadaires et simplifier les mesures anthropométriques hebdomadaires • Assurer un référencement rapide entre les services de Programmes Thérapeutiques Ambulatoires, de Centres de Nutrition Supplémentaires et aux patients hospitalisés afin d'éviter la surpopulation • Veiller à ce que les protocoles de sortie de l'ES soient suivis afin d'éviter que le nombre de cas en charge dans le programme de PCCMA n'augmente pas. • Implémenter le protocole «Surge»
Communauté	<p>Actions préparatoires à mettre en place avant la situation de Surge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'accorder avec les volontaires communautaires de quelle manière les activités de dépistages et le suivi des patients sera augmenté pendant les situations de Surge- Qu'est ce qui est faisable? quel serait le support nécessaire?
	<p>Actions à mettre en place pendant la situation de Surge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de volontaires communautaires ou de membres du personnel communautaire rémunérés(*) • Augmenter le nombre de sites de proximité/mettre en place des cliniques mobiles afin d'améliorer l'accès(*) • Accroître la fréquence du suivi des absents, des abandons et des non-répondants. • Accroître la régularité du dépistage au sein de la communauté
Ressources humaines	<p>Actions préparatoires à mettre en place avant la situation de Surge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'accorder sur un planning de congé des membres du personnel en situation de Surge. • Planifier ou construire des logements pour le personnel temporaire (cloisons, tentes, etc.)(*)
	<p>Actions à mettre en place pendant la situation de Surge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étendre les heures de travail • Affectations provisoires/transfert de personnel du district, proposer des moyens incitatifs(*) • Recruter et former le personnel sur une base temporaire(*) ou engager des volontaires • Indemniser le personnel actuel pour les heures supplémentaires(*)
Approvisionnement: Médicaments, fournitures, équipements et infrastructures	<p>Actions préparatoires à mettre en place avant la situation de Surge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-positionner des stocks tampons d'aliments thérapeutiques /supplémentaires et de médicaments(*) • Élargir l'espace de travail au sein de l'établissement de santé, effectuer les réparations au besoin(*)
	<p>Actions à mettre en place pendant la situation de Surge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventaires et demandes de stocks plus fréquents • Utilisation de SMS (texto) pour faciliter la communication des besoins de stock(*) • Transport pour l'approvisionnement plus fréquent (*)

Outil 11: Catalogue des actions Surge au niveau de l'ES (non exhaustif) (a continué)	
Information du système de santé	Actions préparatoires à mettre en place avant la situation de Surge: <ul style="list-style-type: none"> • Cours de recyclage sur le lieu de travail pour l'utilisation des supports de référence • Produire des supports de référence et des outils de travail supplémentaires (C) pour les membres du personnel nouveaux ou temporaires
	Actions à mettre en place pendant la situation de Surge: <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la fréquence du suivi pour qu'il ait lieu toutes les deux semaines ou toutes les semaines (selon la phase) • Augmenter le crédit de téléphone mobile afin d'accroître la communication (*) • Suivre les seuils et communiquer lorsqu'ils sont dépassés (* – crédit téléphonique)
Leadership et gouvernance	Actions préparatoires à mettre en place avant la situation de Surge: <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la communication entre l'ES et l'EGSD (élément ci-dessus)
	Actions à mettre en place pendant la situation de Surge: <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions de coordination plus fréquentes (*) • Accroître le nombre de visites de supervision conjointes et la formation des ES par les membres du personnel de l'EGSD (*)
Financement	Actions préparatoires à mettre en place avant la situation de Surge: <ul style="list-style-type: none"> • Budget supplémentaire pour le personnel, les stocks, le crédit téléphonique, le transport • Chiffrer les coûts de chaque action Surge pour l'ES et le district
	Actions à mettre en place pendant la situation de Surge: <ul style="list-style-type: none"> • Révision régulière des budgets-Les ajuster si nécessaire

AU NIVEAU DE L'EGSD

- L'objectif est de définir un « paquet » d'actions convenu pour le district qui sera « activé » lorsque les seuils entre deux phases sont dépassés par tout ES. Les listes d'ES devraient être utilisées comme fondation permettant de les combiner pour en faire une liste unique. Cette liste combinée devrait être « validée » ou « approuvée » par l'EGSD pour veiller à ce que les actions recensées, d'ores et déjà exhaustives, soient également réalistes.
- La finalisation et l'approbation du paquet de l'ES d'actions Surge , ainsi que de ses coûts, devront être déterminées par l'EGSD avec les responsables de l'ES. Le paquet final de l'ES d'actions Surge sera présenté à l'ensemble des équipes des ES.
- Le paquet final d'actions Surge devrait aussi inclure toutes les activités de préparation, pour chaque phase, qui sont requises pour mener une action Surge dès que la phase est activée.
- Seules les actions supplémentaires devraient être soulignées pour le chiffrage des coûts, c.-à-d. les voitures/ combustible supplémentaires requis pour la supervision, les cliniques mobiles, etc. Une matrice de chiffrage des coûts pour les actions Surge, avec des formules automatisées, a été élaborée pour faciliter ce processus, avec un exemple donné dans Tableau 3/l'**outil 12** (tableau Excel).
- Ultérieurement, ces coûts devront être incorporés dans différents niveaux des plans et budgets annuels des EGS, ainsi que dans les plans et les budgets nationaux de contingence pour les situations d'urgence ou les sécheresses.

Tableau 3: Outil de chiffrage des coûts des actions Surge dans le cadre de la PCCMA – exemple

Phase	A: Disponibilité de membre du personnel technique					
	Activité Surge	Description de l'unité	Description de l'unité (calculations)	Coûts unitaire	Nombre d'unité	Cout total
Phase Normale	Les membres du personnel ayant la volonté de faire des rotations (afin de couvrir leurs collègues en congés de maternité, arrêt maladie ou augmentation des besoins en RH dans les services) sont identifiés	Pas de coûts additionnels/ Coûts couvert par le budget actuel de formation continue/ Supervision de soutien conjointe				0
Phase d'alerte	La liste des membres du personnel de l'équipe volante est mise à jour et le personnel en stand-by est contacté pour vérifier la disponibilité	Pas de coûts additionnels/ Coûts couvert par le budget actuel de formation continue/ Supervision de soutien conjointe				0
Phase sérieuse	Les membres du personnel (hautement qualifié/ expérimenté) d'autres ES dans le district/ le sub-district vont temporairement seconder les ES avec une augmentation de charge de travail	1) Déjà dans les salaires du MSP: transport, nourriture, logement, incitation pour être détaché. 2) Pas encore dans intégré dans les salaires du MSP: doit s'ajouter au salaire mensuel	1) Nourriture et logement x 14 jours . Deux membres du personnel du MSP détachés pour seconder un autre ES pendant 2 semaines	21000	4	84000
Phase d'urgence	Une infirmière additionnelle est ajoutée et financée pour chaque ES en phase d'urgence et/ ou des membres du personnel de l'EGSD / des ONG assistent l'implémentation directe	Postulat: l'infirmière n'est pas incluse dans les salaires du MSP; 20% des ES; 2 mois par an	1 infirmière (salaire, transport, logement, indemnité) x 2 mois x 20% des Ess	90000	2	180000

Outil 12: Outil de chiffrage des coûts Surge dans le cadre de la PCCMA : exemple



Aspects à prendre en compte: Activités de RSS et soutien des partenaires durant la «phase normale»:

La plupart des activités à effectuer durant une situation « normale » devraient faire partie du soutien général de RSS. Il est donc important de répartir les activités de cette phase dans deux catégories – RSS de base et préparation en vue d'un afflux de patients. Ce n'est que si ces aspects sont en place qu'une mise à l'échelle avec un soutien externe sera possible. Une combinaison de formation sur le lieu de travail, de supervision et de soutien, de cours de recyclage, etc. devrait fournir un soutien continu aux ES pour qu'ils puissent atteindre cette norme minimale.



ÉTAPE 5 : Formaliser les engagements

Objectifs de l'étape 5

- Veiller à ce qu'il y ait un engagement confirmé en faveur des actions Surge et à ce qu'il y ait par ailleurs un accord commun sur qui fait quoi, quand et comment, avec une budgétisation appropriée

Qui y prend part?

- Les responsables des ES, le point focal de l'hôpital/du service des patients hospitalisés, le point focal de l'EGSD, le point focal de l'EGSR, les partenaires

Cette étape a pour objectif de faire en sorte que l'ensemble des acteurs clés aient la même compréhension du paquet d'actions Surge, de qui fait quoi et quand, et quelles sont les responsabilités précises de chacun. Elle vise aussi à assurer qu'il y ait un engagement confirmé en faveur de ce soutien et à ce qu'il soit à la fois budgétisé et financé. Sans cette étape de formalisation, cela peut se traduire en retards sur le plan de l'action lors de l'activation d'une phase supérieure, en particulier si la capitalisation est faible et si le personnel change fréquemment

Le soutien Surge est:

- Défini pour le district
- Convenu à l'avance
- Formalisé
- Budgétisé
- Financé

5.1 Méthode

Avant de conclure des accords, il est important de définir les rôles et les responsabilités pour chaque action Surge, y compris le moment auquel elle sera effectuée et les ressources requises, dans un plan de travail. L'outil 13 propose un modèle de plan de travail qui pourrait être utilisé pour établir ces responsabilités, y compris le seuil de déclenchement et le moment auquel les actions devraient être effectuées. On peut donner les exemples suivants : qui fournit les fonds complémentaire, personnel supplémentaire, aide technique ou formation, soutien logistique, fournitures thérapeutiques et médicaments, centres supplémentaires de proximité ou agents communautaires.

Outil 13: Plan de travail relatif aux actions Surge

Action	Phase durant laquelle l'action est effectuée	Qui mène cette action? Qui d'autre prend part?	Comment est-elle effectuée? Quelles étapes englobe-t-elle?	Quelles ressources requiert-elle?	D'où viendront-elles	Période dans laquelle les actions doivent être mises en place, une fois la phase activée

Si les rôles et les responsabilités sont clairement définis, les accords et les engagements peuvent être formalisés pour les rôles convenus.

Les accords peuvent être répartis dans les catégories suivantes:

- **Au sein du ministère de la Santé et des systèmes gouvernementaux**

Entre différents niveaux du système du ministère de la Santé:

- a. Le mécanisme varie d'un pays à l'autre, mais il pourrait prendre la forme d'un document de politique générale, d'une procédure opérationnelle normalisée, voire d'un mémo interne.
- b. Les plans de travail et les budgets annuels devraient être ajustés à tous les niveaux pour englober les actions Surge, c.-à-d. ES, EGSD, EGSR, et ministère de la Santé national, y compris les sections consacrées à la planification d'urgence

Entre le ministère de la Santé et les autres ministères/départements gouvernementaux:

- c. Avec l'agence nationale ou régionale chargée des interventions en situation d'urgence, les accords doivent clarifier le moment où elle doit intervenir, comment incorporer dans ses plans les actions Surge et les mécanismes de demande et d'accès aux ressources.

- **Entre l'EGSD et les partenaires externes :** En général un protocole d'accord (PA) ou un accord de partenariat sera utilisé, mais il s'agira probablement d'un amendement ou d'une annexe à un document existant.

L'**outil 14** présente les points à inclure dans les accords ou le PA susmentionnés.

Outil 14 : Accords relatifs à l'approche Surge – éléments à inclure

1. Nom des parties à l'accord
2. Période de l'accord et moment auquel il devra être revu
3. Établissements de santé concernés
4. Rôles et responsabilités pour chaque partie et chaque phase, d'après le plan de travail (**outil 13**)
5. Lignes et moyens de communication lorsque les seuils sont dépassés
6. Désignation de la ou des personne(s) qui « approuve(nt) » la mise à l'échelle des actions (l'élargissement ou la réduction) Surge et timing de l'approbation
7. Moment auquel il faut effectuer chaque action une fois approuvée et activée
8. Processus de révision du paquet d'actions Surge au besoin, p. ex. changements au niveau des capacités d'un ES
9. Informations détaillées sur la manière dont des fonds ou ressources supplémentaires (p. ex. affectation provisoire de personnel, stocks, transport, combustible) seront canalisés, qui en sera chargé, comme ils seront transférés, suivis et audités

En annexe :

- Plan de travail pour les actions Surge présentant les rôles et les responsabilités (**outil 13**)
- Seuils définis par l'ES (en annexe pour faciliter la mise à jour)
- Tableau des coûts des actions Surge (**outil 12**)



Stade 2 : Suivi et action en temps réel



ÉTAPE 6 : Suivi des seuils

Objectifs de l'étape 6

Au niveau de l'ES et de la communauté :

- Veiller à ce que les membres du personnel de l'ES mènent un suivi par rapport à leurs seuils établis pour le nombre de nouvelles admissions pour MAS
- Déclencher une intervention en temps réel dès que les seuils sont dépassés
- Pour veiller à la pertinence des AS, les EGSD et les partenaires sont alertés pour qu'ils puissent mettre en œuvre les actions Surge qu'ils se sont engagés à entreprendre

Au niveau de l'EGSD :

- Veiller à ce que l'EGSD soit consciente des seuils et de la phase des ES et puisse prioriser les éléments du soutien Surge dans le cadre de la PCCMA
- Veiller à ce que l'EGSR soit tenue au courant/fournisse un soutien au besoin
- Veiller à ce que les partenaires clés soient régulièrement informés et fournissent du support quand nécessaire

Qui y prend part?

Responsable de l'ES, point focal de l'hôpital/du service des patients hospitalisés, point focal de l'EGSD, point focal de l'EGSR, partenaires qui travaillent dans la zone. Selon la phase déclenchée, le ministère de la Santé national, éventuellement les équipes nationales chargées de la gestion des catastrophes et des sécheresses et d'autres partenaires

Quels sont les éléments requis?

Au niveau de l'ES

- Nombre des admissions
- Graphiques affichés/fiches de suivi
- Moyens de communication avec l'EGSD

Au niveau du district ou du comté

- Tableau de bord
- Moyens de communication avec les ES

Cette étape englobe un suivi régulier des admissions de MAS et, facultativement, du nombre de MAS par rapport à des seuils fixés au niveau tant des ES (leurs propres admissions) et de l'EGSD (admissions au sein de tous les ES). Cela fournit le mécanisme permettant d'activer ou de déclencher le paquet d'actions Surge lorsqu'un seuil est dépassé ou de retourner à une phase inférieure ou à une phase normale, ou aux procédures opérationnelles normales lorsque le nombre diminue ou que les capacités de l'ES sont suffisantes.

6.1 Méthode

AU NIVEAU DE L'ES

Cette étape est le point clé sur lequel se fonde l'approche Surge et il exige du personnel de l'ES qu'il assure un suivi de ses services en temps réel et observe si les seuils établis sont dépassés en utilisant l'**outil 15**.

- Le personnel de l'ES visualise sa charge de travail en consignait les nouvelles admissions et/ou le nombre de MAS en charge sur leurs graphiques en utilisant les données qu'il présente au SGIS. Un modèle est fourni dans l'**outil 16**. Certains pays choisissent de consigner d'autres prévalences courantes de maladies infantiles pour traduire leur charge de travail globale, ainsi que les causes potentielles de cas futurs de MAS, mais il est important que le graphique ne soit pas trop chargé.

- La fréquence du traçage dépendra des exigences au sein du pays en matière de rapports à présenter (c.-à-d. hebdomadairement ou mensuellement) et de la phase. Il est recommandé que, si la norme est la présentation de rapports mensuels, cela passe à toutes les deux semaines, puis hebdomadairement ; cela concerne le rapport et la représentation des nouvelles admissions pour les phases supérieures.
- En cas d'augmentation rapide du nombre d'admissions des MAS, il est important d'avoir des alertes très visuelles dès qu'un seuil est dépassé. En plus de consigner les nouvelles admissions une fois par semaine, durant les phases supérieures une ligne claire tracée dans le registre ou bien des feuilles de décompte pré-marquées peuvent alerter quotidiennement les agents de santé si le seuil a été dépassé. Quelque chose de simple s'inscrivant facilement dans la routine de l'ES conviendra le mieux.
- Le graphique du nombre de cas de l'ES indique clairement les seuils définis par l'ES pour une période de six mois à un an, prévoyant un examen régulier des seuils. Cela peut rester un graphique affiché dans un lieu visible ou bien être mis à disposition dans un format pré-imprimé conservé en un lieu accessible pour que l'on puisse s'y référer facilement.
- Dès qu'un seuil est dépassé pour la MAS, les membres du personnel de l'ES examineront la situation, considéreront les raisons potentielles pour lesquelles il s'est produit une augmentation des admissions pour MAS et prendront des mesures immédiates pour répondre à la situation. Le chargé de l'ES communiquera les conclusions au point focal de l'EGSD pour l'informer de la situation et des mesures prises.

Outil 15 : Suivi et planification de routine

1. Suivi des seuils

Suivi mensuel

Les graphiques affichés de l'**Outil 16** sont utilisés pour suivre la situation sur une base mensuelle et ils devraient être affichés sur un mur dans un lieu visible ou conservés en un lieu facile d'accès.

- Calendrier des événements saisonniers – il est rempli de la même manière que ce que décrivait l'Étape 1, mais au fur et à mesure que les événements surviennent, p. ex. début de la saison des pluies, inondations, période intensive de préparation des sols, déclenchement de combats
- Graphique du nombre de MAS :
 - L'axe vertical de ce graphique dans l'Outil 16 a été laissé vide pour permettre à l'ES de définir l'échelle appropriée à utiliser ; Cette échelle doit être ajoutée au graphique pour inclure plus que le nombre maximum d'admissions pour MAS, ainsi que le total des cas en charge (si cet indicateur est inclus).
 - Des seuils sont consignés sur le tableau ou peuvent être indiqués sur le graphique au moyen de lignes en couleur.
 - À la fin de chaque mois, les données relatives aux enfants nouvellement admis souffrant de MAS sont consignées sur le graphique à l'aide d'une ligne et, si on inclut également le nombre de MAS en charge, il est indiqué sur le graphique sous forme de barre, tel qu'indiqué par la légende.
 - Le nombre mensuel de nouvelles admissions pour MAS devrait être comparé aux seuils pour déterminer si certains ont été dépassés.
 - Dès qu'un seuil est dépassé pour la MAS, les membres du personnel activeront l'approche Surge.
 - Envisager d'utiliser un outil visuel grâce auquel le seuil est consigné dans un registre des admissions ou au moyen d'une simple feuille de décompte pour que les agents de santé soient informés quotidiennement si un seuil est dépassé, comme on l'explique ci-dessus.

2. Planification à long terme pour les trois mois à venir

Chaque mois, les données reportées sur le graphique peuvent donner l'occasion de revoir les graphiques des années antérieures pour déterminer s'il convient de prévoir des périodes de Surge (afflux de patients) au fil des trois mois à venir et de planifier en conséquence. Pour ce faire, il est important de comparer non seulement les tendances des admissions et des nombres de cas en charge des années antérieures à ceux de l'année en cours, mais aussi de comparer le calendrier des événements original préparé durant l'Étape 1 pour une année « normale » au calendrier des événements qui se développent pour l'année en cours. Par exemple, les pluies sont-elles arrivées plus tôt cette année, y a-t-il eu des combats ou des déplacements d'une ampleur inhabituelle ?

Le tableau de planification à long terme peut être utilisé pour planifier les activités de chaque mois afin de se préparer en vue des pics de maladies ou de malnutrition et de les prévenir. Il peut s'agir de plus d'activités de préparation ou, à mesure que le nombre de cas en charge s'accroît, les activités prévues pour chaque mois deviendront les activités Surge convenues dans le plan d'action Surge.

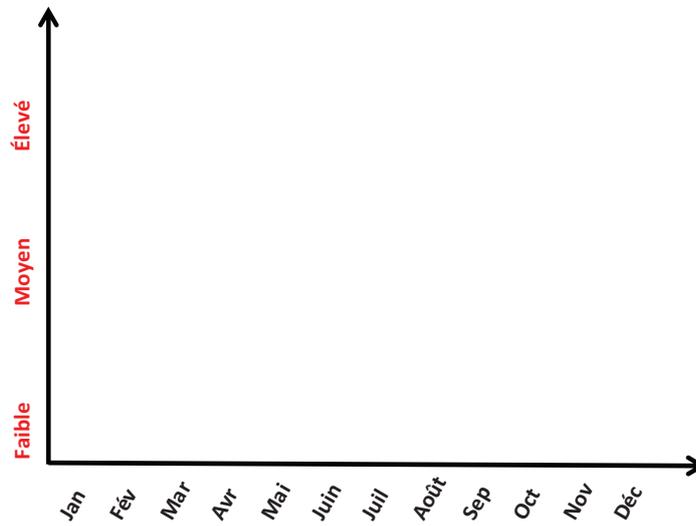
Par exemple, si en mai, juin et juillet des deux années précédentes, on a observé un pic de diarrhée suivi d'une augmentation du nombre de cas MAS, au lieu d'attendre que cela se reproduise, l'ES peut planifier des activités de prévention pour la zone d'intervention afin de réduire le nombre de personnes touchées par la diarrhée, ainsi que limiter les congés pris par le personnel au cours du mois à venir.

Outil 16 : Suivi des graphiques affichés

Approche Surge dans le cadre de la PCMA - suivi mensuel des seuils et planification à long terme

Établissement de santé _____ Année _____

Calendrier des événements saisonnier



LÉGENDE

- CONFLIT
- FÊTES
- CHARGE DE TRAVAIL **WL**
- EMIGRATION
- IMMIGRATION
- SAISON DES PLUIES
- SAISON SÈCHE
- CAMPAGNES
- DU FROID
- VENTEURS

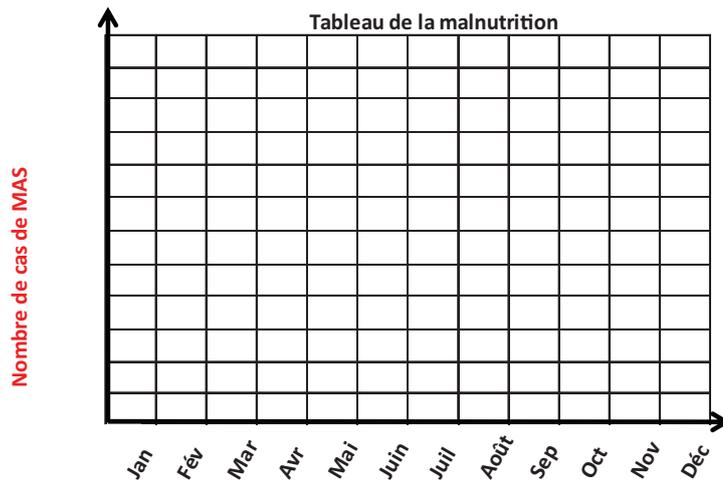


Tableau de la malnutrition

Seuils	
MAS	
Normale	
Alerte	
Sérieuse	
Urgence	

LÉGENDE :

- ouvelles admissions pour M
- Responsable de la MAS

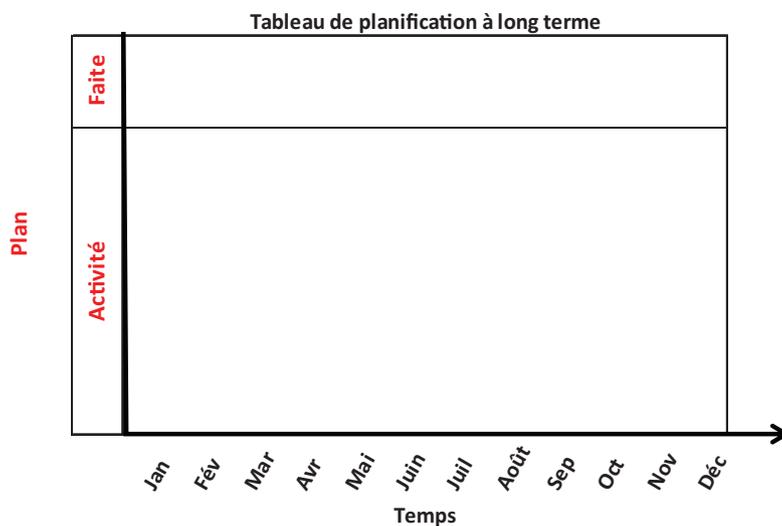


Tableau de planification à long terme

Aspect à prendre en compte : Nombre de MAS en charge vs. admissions pour MAS

Pour réduire l'échelle, le nombre de cas total de MAS, c.-à-d. le nombre d'enfants pris en charge, est susceptible d'être une mesure plus pertinente que les nouvelles admissions. Si le nombre de nouvelles admissions peut diminuer rapidement, les enfants présents dans le service thérapeutique en consultation externe continueront à être soignés pendant plusieurs semaines et il y a donc une période de décalage ; le fait de ne dépendre que des nouvelles admissions pourrait aboutir à une réduction prématurée du soutien. À ce jour, l'expérience s'est limitée à l'utilisation des admissions des MAS, mais on pourrait prendre ces deux aspects en compte lorsque l'approche Surge sera utilisée à l'avenir.

AU NIVEAU DE L'EGSD

- L'EGSD examine régulièrement la situation de toutes les ES et leur position par rapport à leurs seuils, ce à trois fins :
 - a) Pour avoir un point de vue global de la situation au sein du district
 - b) Pour vérifier à nouveau que l'action est déclenchée lorsque les seuils sont dépassés et
 - c) Pour orienter l'EGSD sur les aspects auxquels elle doit apporter son soutien en priorité et concentrer son attention.
- Il est recommandé qu'au niveau de l'EGSD un simple **tableau de bord** soit établi (sur papier, sur un tableau blanc ou sous forme électronique) pour indiquer la phase dans laquelle se trouve chaque ES par période de rapport présentation de rapports. Selon le système de rapport existant du pays, il pourrait simplement s'agir d'ajouter des informations sur les phases aux chiffres de routine d'admissions des MAS déjà recueillis par l'intermédiaire de tout système de rapport du SGIS ou de la PCCMA.
- Selon le nombre d'ES impliqués, les informations pourraient être saisies de façon visuelle au moyen d'une série de graphiques individuels reproduisant ceux tracés et suivis au niveau de l'ES (les lignes des seuils étant indiquées) ou consister en une feuille de calcul électronique de tous les ES avec une mise à jour mensuelle de la phase dans laquelle se trouve chaque ES (ou plus fréquemment, si la notification est plus fréquente). Le Tableau 4 est un exemple de tableau de bord, et l'**outil 17** présente une version électronique qui pourrait être utilisée.
- Lorsqu'un ES reste dans une phase de mise à l'échelle pendant plusieurs mois, l'EGSD devrait essayer de faire une visite à l'ES affectée.

Tableau 4: Exemple de tableau de bord de l'EGSD

Etablissement de Santé (ES)	Phase		
	Janvier	Février	Mars
Nom de l'ES 1	Normale	Normale	Normale
Nom de l'ES 2	Normale	Normale	Normale
Nom de l'ES 3	Alerte	Normale	Normale
Nom de l'ES 4	Normale	Normale	Alerte
Nom de l'ES 5	Sérieuse	Alerte	Alerte
Nom de l'ES 6	Normale	Normale	Normale
Nom de l'ES 7	Urgence	Sérieuse	Sérieuse
Nom de l'ES 8	Alerte	Alerte	Alerte
Nom de l'ES 9	Normale	Normale	Normale
Nom de l'ES 10	Alerte	Normale	Alerte

Outil 17 : Tableau de bord de l'EGSD





ÉTAPE 7 : Mise à l'échelle (élargissement et réduction) des actions Surge

Objectifs de l'étape 7

- Déclencher et élargir l'échelle du paquet d'actions Surge pour faire face au nombre croissant d'enfants malnutris sans compromettre la qualité des services de santé pour ces enfants ou les autres patients
- Désactiver les actions Surge et cesser les activités lorsque la situation se normalise, sur la base des seuils et des besoins

Qui y prend part?

Le personnel de l'ES, l'EGSD, les partenaires et éventuellement la EGSR, le ministère de la Santé national, ou l'agence nationale chargée de la gestion des situations d'urgence selon la phase déclenchée

Quels sont les éléments requis?

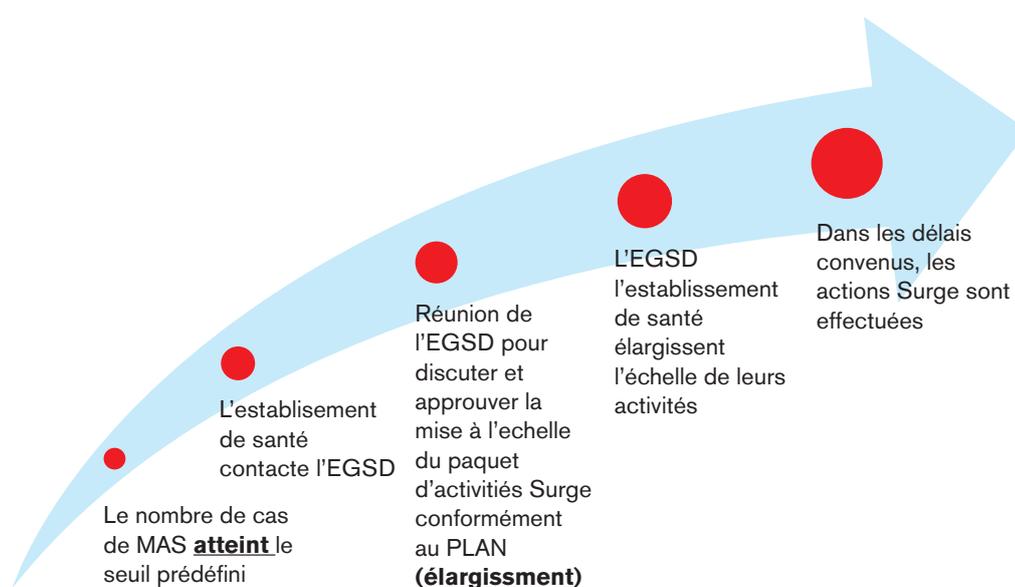
- Moyens de communication
- Données des ES sur les nouvelles admissions et informations sur la situation

7.1 Méthode

Élargissement de l'échelle

- Une fois un seuil d'admissions pour MAS dépassé, la personne focale de l'EGSD devrait recevoir du responsable de l'ES les informations sur la cause potentielle de l'augmentation du nombre et des actions immédiates mises en place. La personne focale de l'EGSD discutera ensuite de cette question avec le reste de l'EGSD durant une réunion de routine ou une réunion convoquée spécialement pour l'occasion, confirmera l'activation d'actions Surge spécifiques et établira les étapes suivantes. La Figure 10 résume le processus de mise à l'échelle du processus pour activer les actions Surge.
- Dans l'idéal, le soutien sera fourni à l'ES dès que possible et dans les délais indiqués dans les accords de l'étape 5.

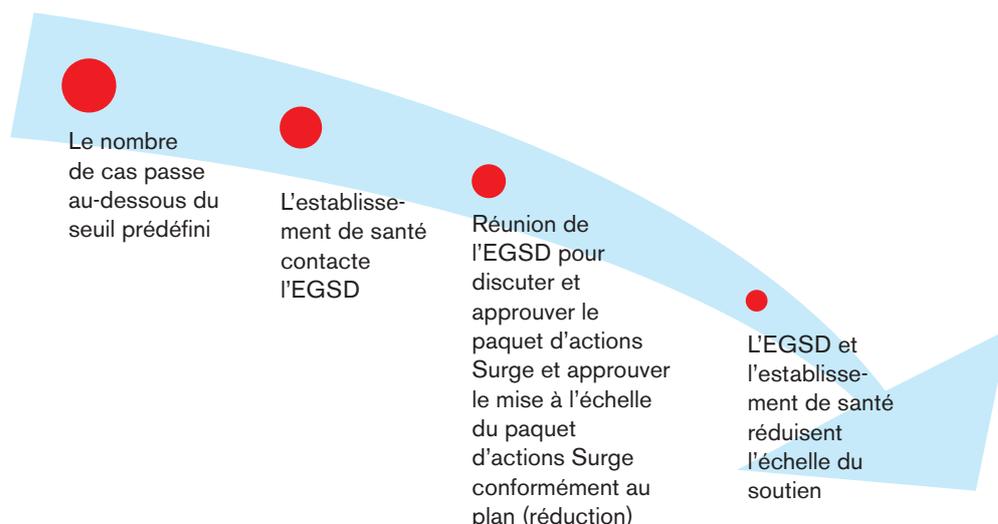
FIGURE 10: MÉCANISME D'ÉLARGISSEMENT DE L'ÉCHELLE



Réduction de l'échelle

- Une fois que les admissions et le nombre de MAS en charge ont diminué et/ou que les capacités de l'ES sont adéquates pour gérer le nombre actuel de MAS, le même mécanisme est utilisé pour réduire l'échelle des actions Surge. Ce processus est résumé dans la Figure 11.
- En premier lieu, la situation fait l'objet d'une discussion au sein de l'ES et est communiquée au point focal de l'EGSD, lequel en fait à son tour part au reste de l'EGSD et aux partenaires, puis approuve le plan de réduction systématique de l'échelle en conséquence.

FIGURE 11: MÉCANISME DE RÉDUCTION DE L'ÉCHELLE



Communication entre l'ES et l'EGSD et les partenaires

Il est important de réfléchir à la manière dont les informations peuvent circuler rapidement entre les ES et l'EGSD, ainsi que vers d'autres acteurs qui se sont engagés à apporter un soutien. Cela est tout particulièrement important si la fréquence de rapport a été augmentée durant les phases « sérieuse » et « urgence ».

Si la communication se fait par téléphone portable, le crédit téléphonique devrait être assuré, ainsi qu'un moyen de sauvegarder l'appel téléphonique au moyen de statistiques sur papier ou dans un format électronique. Rapid SMS ou WhatsApp ont aussi été proposés comme méthode permettant de transmettre rapidement les messages.

Il est crucial que les informations concernant le dépassement d'un seuil soient transmises rapidement à l'EGSD et que celle-ci « valide » à son tour ces informations rapidement pour veiller à ce que toutes actions Surge nécessaires soient immédiatement activées.

Dans certains contextes, il peut être utile d'établir un comité de parties prenantes clés pour soutenir le suivi des seuils et veiller à l'activation des actions Surge dans les délais convenus. Ce comité pourrait être composé de membres du personnel du ministère de la Santé, de partenaires clés, de représentants de la communauté et de représentants régionaux.



ÉTAPE 8 : Réfléchir – examen et adaptation réguliers

Objectifs

- Veiller à ce que l'approche Surge fonctionne de manière appropriée et atteigne son but d'améliorer les capacités des ES à gérer les augmentations périodiques de la malnutrition aiguë sans miner les services de santé destinés à d'autres maladies
- Adapter et améliorer l'approche, les activités et actions Surge pour veiller à ce qu'elles puissent répondre aux besoins de la population et aux capacités du système de santé

Qui y prend part?

Personnel des ES, membres de l'EGSD, partenaires clés, représentants de la communauté et utilisateurs des services de santé

Autres acteurs pouvant participer : EGSR, ministère de la Santé national, agence nationale chargée des situations d'urgence

Cette section décrit plusieurs occasions de prendre du recul et de réfléchir à la manière dont l'approche Surge fonctionne de manière générale, afin de procéder à des ajustements qui contribueront à ce que le système de santé soit mieux à même de répondre aux fluctuations de la demande de services de PCCMA. Ces examens permettent de veiller à ce que l'apprentissage soit **régulièrement** incorporé et mis en œuvre.

Il y a quatre examens principaux qui devraient avoir lieu afin d'améliorer l'approche de manière continue :

- Suivi de routine et examen/évaluation périodiques
- Examen annuel des situations de Surge
- Examen de l'intervention post-Surge
- Examen des seuils – inclus dans l'étape 3

Les trois premiers examens sont couverts dans la présente section, et le dernier est traité dans l'étape 3.

8.1 Méthode

A. SUIVI DE ROUTINE ET EXAMEN/ÉVALUATION PÉRIODIQUES

Un cadre de suivi et évaluation des Surge devrait être élaboré au sein de chaque pays afin qu'il puisse être contextualisé aux systèmes nationaux d'ores et déjà en place, en particulier le SGIS.

Il est important que le cadre établisse deux éléments séparés, un qui présente des indicateurs spécifiques pour le suivi de routine de l'approche Surge au quotidien, et l'autre qui se concentre sur des indicateurs pour un examen et/ou une évaluation périodique et approfondi(e). L'approche en étant encore à ses débuts, ces outils à eux tous devraient permettre un apprentissage et une adaptation considérables pour que le système de santé puisse mieux gérer les périodes de demande importante concernant les services de PCCMA sans que ses capacités ne soient minées. Des indicateurs pour le suivi et l'évaluation de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA sont proposés dans **l'annexe 4**.

NB : L'intention du suivi et de l'évaluation des situations de Surge est de **compléter** le suivi-évaluation des services de PCCMA, et non de dupliquer l'exercice. De même, les indicateurs devraient émaner dans la mesure du possible de sources existantes.

B. EXAMEN ANNUEL DES SURGE

La prémisse qui étaye l'approche Surge est que le RSS devrait être la toile de fond pour la mise en œuvre des actions Surge. En principe, d'après ces efforts de RSS, les capacités générales du système devraient s'accroître de façon continue à tous les niveaux du système de santé, ce qui a pour effet d'accroître les capacités à répondre aux augmentations du nombre de cas (se référer à la Figure 1: Théorie de l'approche Surge). Ces améliorations pourraient être visibles tous les ans et elles signifient que les seuils et les actions Surge devraient aussi évoluer en conséquence. Ce type d'examen vise à veiller à ce que cette évolution positive des capacités et les capacités croissantes influencent le système même pour le rendre plus fort et plus résilient, ce de façon continue.

L'examen annuel de l'approche Surge mise en place fera un inventaire des progrès de la mise en œuvre de l'approche Surge – il s'agit d'un examen holistique mené à chaque niveau du système, examinant ce qui a donné de bons résultats et ce qui n'a pas fonctionné. Il devrait englober tous les aspects clés de l'approche Surge, comme par exemple : les interventions qui ont eu lieu, les seuils et s'ils sont encore appropriés, les liens et la communication entre différents niveaux, etc. Comme le processus des examens annuels fait généralement partie des fonctions du ministère de la Santé, cela ne sera pas expliqué ici ; les aspects à englober dans cet examen devraient être soulignés dans le cadre de suivi et d'évaluation.

C. EXAMEN POST-INTERVENTION SURGE

- Après une intervention dans une situation de Surge avec une mise à l'échelle (élargissement et une réduction) des actions, il est important de prendre du temps pour examiner comme cela s'est passé. Cela peut se faire sous forme de brève réunion tenue par les ES touchés ou lors d'une réunion de plus grande envergure faisant intervenir les points focaux de l'EGSD et de l'EGSR avec les responsables des ES. La profondeur de cet examen sera fonction de l'échelle de la situation et de l'intervention. Il est essentiel que les représentants de la communauté (reflétant l'opinion de la communauté entière) et les partenaires travaillant dans la zone prennent part à cet exercice.
- La discussion devrait porter sur l'accès aux services de gestion de la MAS, sur la qualité des soins et la couverture.
- Il est important que tout apprentissage clé soit capitalisé et utilisé pour donner forme à la préparation et aux interventions Surge futures.

On trouvera des exemples de questions qui pourraient être utilisées pour examiner l'intervention dans l'**outil 18**.

Outil 18 : Examen post-intervention Surge : exemples de questions

1. Qu'est-ce qui s'est bien passé lors de la mise à l'échelle (l'élargissement et la réduction) des actions? (c.-à-d. quelles actions Surge ont véritablement aidé ?)
2. Qu'est-ce qui ne s'est pas bien passé lors de la mise à l'échelle des actions (l'élargissement et la réduction) des actions ?
3. L'ES a-t'il été en mesure de gérer le nombre de MAS en charge et la charge de travail globale ? (c.-à-d. y a-t'il eu des impacts négatifs sur les services pour d'autres morbidités clés ?)
4. Toutes les actions Surge identifiées au préalable ont-elles effectivement eu lieu ? Dans la négative, pourquoi ?
5. Le suivi de routine des seuils a-t'il été effectué de manière adéquate par l'ES ? Les graphiques doivent-ils être adaptés ?
6. Les seuils ont-ils été établis de façon appropriée ou étaient-ils trop élevés ou trop bas ou trop rapprochés ?
7. Le nombre de cas d'autres maladies devrait-il être pris en compte dans le déclenchement des actions Surge ?
8. Y a-t'il eu une communication et une participation appropriées des parties prenantes clés (membre de l'ES, personnel de l'EGSD, personnel régional, partenaires, etc.) ?
9. La communauté a-t-elle participé de manière adéquate et a-t-elle été bien informée ?
10. Les services de consultation externe et d'hospitalisation ainsi que les activités préventives ont-ils été suffisamment pris en compte pour l'intervention Surge ?
11. Est-ce que la plupart des cas d'enfants malnutris ont bénéficié des services de PCCMA ? Les familles ont-elles été satisfaites des services reçus ?
12. Recommandations sur ce qui pourrait être amélioré avant la prochaine situation de Surge ?

Partie C – à des fins de pilotage :

L'approche Surge dans le cadre de la PCCMA concentrée sur l'EGSD et l'EGSR

NB : Les précédents projets pilotes relatifs à l'approche Surge ont indiqué qu'il faut accorder une attention accrue à l'approche Surge aux niveaux supérieurs de la gestion des systèmes de santé. C'est pourquoi cette section a été ajoutée pour les niveaux de l'EGSD et de l'EGSR, mais n'a pas encore été testé sur le terrain. **Cette section est une suggestion initiale à adapter et à piloter avec les parties prenantes dans chaque région.**

Dans la Partie B, l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA se concentre sur les ES. Elle se penche sur leurs capacités à gérer le nombre de MAS en charge, veillant à ce que, lorsqu'il se produit des pics de la demande de services et que l'ES est surchargé, il y ait un système en place qui l'aidera à maintenir un service de qualité pour la population. L'objectif est d'éviter une mortalité excessive potentielle ou une morbidité prolongée liée à la MAS pouvant résulter des faiblesses du système de santé ou d'une dégradation générale de la situation nutritionnelle.

La Partie C se concentre sur les échelons de la direction du système de santé, et en particulier les EGSD et les EGSR (désignées collectivement comme « les EGS »). L'établissement de l'approche Surge au niveau de l'EGS est similaire à son établissement au niveau de l'ES, mais il nécessite une orientation légèrement différente. Il y a deux objectifs principaux :

- Reproduire et compléter l'approche Surge et le point de vue au niveau des ES à ce niveau du système de santé afin de veiller à la continuation de services de PCCMA efficaces et de qualité, en particulier durant les situations de Surge, et
- Définir les approches à utiliser pour suivre l'évolution des demandes et de l'approvisionnement de ressources et de capacités supplémentaires (de l'EGSD à l'EGSR et au-dessus), en utilisant les informations agrégées, afin d'aider l'EGS à maintenir des services de qualité et efficaces au niveau des ES.

La Figure 12 et la Figure 13 décrivent cette évolution de l'approche Surge à chaque niveau du système de santé.

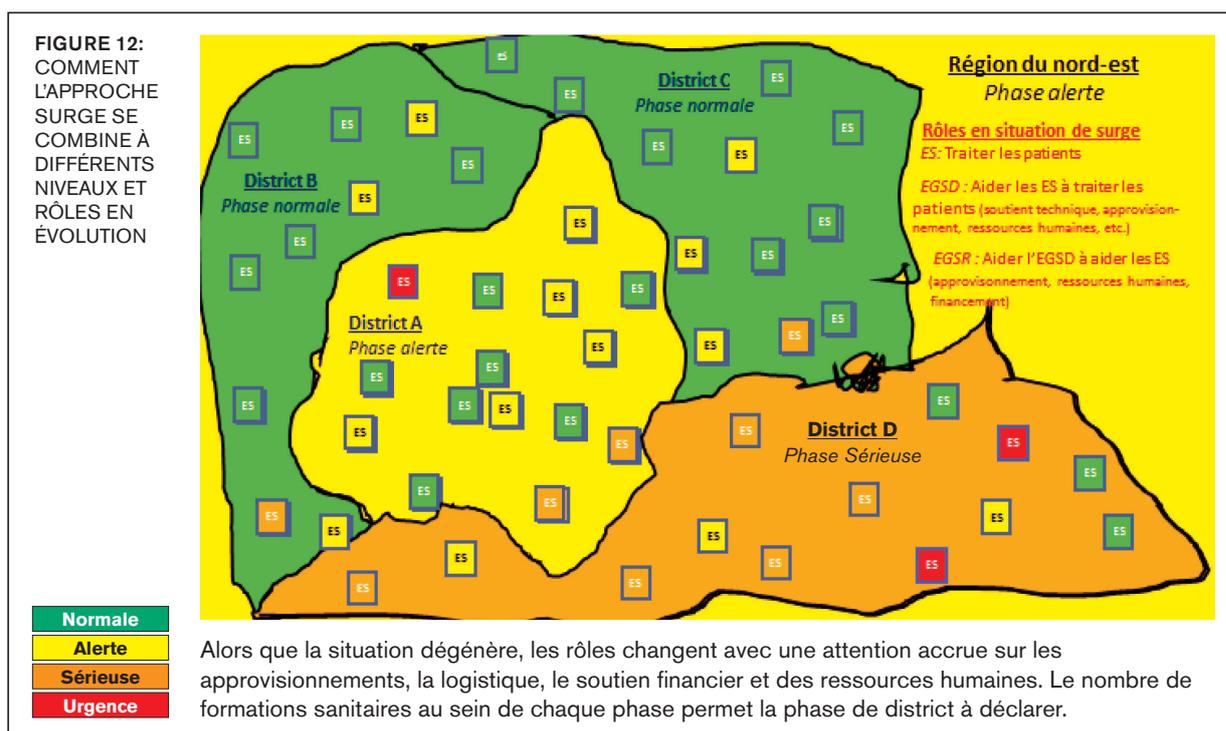


FIGURE 13: EXEMPLES DE SEUILS ÉTABLIS À DIFFÉRENTS NIVEAUX DU SYSTÈME

	Au niveau de l'établissement de santé	Au niveau du District	Au niveau Régional	Au niveau National	Organisme national d'urgence
Phase d'urgence	>50 nouveaux cas/mois	>50% des ES en phase sérieuse ou d'urgence	>50% des districts en phase sérieuse ou d'urgence	>50% des régions en phase sérieuse ou d'urgence	>50% des régions en phase sérieuse ou d'urgence
Phase Sérieuse	35-50 nouveaux cas/mois	>50% des ES en phase d'alerte ou sérieuse	>50% des districts en phase d'alerte ou sérieuse	>50% des régions en phase d'alerte ou sérieuse	>50% des régions en phase d'alerte ou sérieuse
Phase d'Alerte	10-34 nouveaux cas/mois	>30% des ES en phase d'alerte ou sérieuse	>30% des districts en phase d'alerte ou sérieuse	>30% des régions en phase d'alerte ou sérieuse	>30% des régions en phase d'alerte ou sérieuse
Phase Normale (préparation)	<10 nouveaux cas/mois	100% des ES en phase normale ou d'alerte	100% des districts en phase normale ou d'alerte	100% des régions en phase normale ou d'alerte	100% des régions en phase normale ou d'alerte

En utilisant l'approche Surge de la PCCMA, l'EGSD devrait examiner son aptitude à gérer sa charge de travail et demander un soutien, au besoin, au niveau régional lorsqu'elle se sent débordée, ou l'EGSR peut faire de même, mais au niveau national. Le principe est que les faiblesses du système de santé à tout niveau se traduisent en services de santé médiocres pour la population et en une morbidité évitable et une mortalité potentielle. Si l'ES, l'EGSD ou l'EGSR sont en mesure de demander un soutien rapidement, cela se traduira en services de santé plus robustes et plus résilients qui répondront aux besoins de la population qu'ils servent.

Lorsqu'un pourcentage considérable des ES au sein d'une région se trouvent dans une phase supérieure, cela indique probablement une situation en cours de dégradation pour la population, et il peut s'agir d'une situation qui demande une intervention plus coordonnée et de plus grande envergure. Ainsi, lorsqu'un district ou une région dépassent leurs propres seuils prédéfinis, il devrait y avoir des procédures en place pour vérifier la situation et donner l'alarme à un niveau supérieur. Cette mise à disposition de ressources supplémentaires devrait être rapide, car elle aura d'ores et déjà été incorporée aux plans annuels et d'urgence à différents niveaux, notamment au sein de tout bureau national chargé de la gestion des sécheresses ou des situations d'urgence.

NB : Le nombre des étapes sont les mêmes au niveau des EGS qu'à celui de l'ES, et elles ne sont donc pas décrites en détail. Les informations sont seulement fournies pour suggérer comment adapter l'étape au niveau de l'EGS.

De même, le processus est presque identique aux niveaux de l'EGSD et de l'EGSR, même s'il traduira évidemment les besoins en matière de capacités et de soutien des EGSD et non des ES et les différents rôles et responsabilités de l'EGSR. Cette section se concentre sur l'EGSD, mais elle devrait aussi être appliquée au niveau de l'EGSR.

Pour que les EGS puissent analyser leurs capacités à faire face aux situations de Surge de la demande dans leurs zones administratives, des données historiques sur l'approche Surge seront requises. Dans la plupart des cas, ces données ne sont pas disponibles, de sorte que l'établissement initial des seuils et la définition du paquet d'actions demanderont un examen régulier et une approche itérative pour améliorer peu à peu l'approche Surge au niveau des EGS afin de fournir un soutien systémique approprié pour les services au sein des ES.



Stade 1 : Mise en place – analyse et planification au niveau de l'EGSD

En tant qu'équipe, l'EGSD devrait effectuer chaque étape, à savoir évaluer ses capacités, établir ses seuils, définir et chiffrer les coûts des actions Surge, et suivre ses seuils. Ce processus peut être effectué durant une session de deux à trois heures.



ÉTAPE 1 : Analyse des tendances et de la situation

À l'aide du tableau de bord de l'EGSD, celle-ci peut reporter combien d'ES il y a à l'heure actuelle dans certaines phases. À l'avenir, elle peut reporter le pourcentage d'ES par phase au fil du temps et examiner les facteurs (mois, zones, etc.) qui comportent le risque le plus important de Surge et de demande de soutien. Les seuils et les paquets d'interventions peuvent ensuite être adaptés pour devenir plus appropriés au fil du temps.



ÉTAPE 2 : Evaluation des capacités

Au niveau de l'EGSD, il est important de réfléchir aux responsabilités de l'EGSD en relation à la MAS et aux éléments auxquels les divers membres de l'équipe consacrent leur temps. De manière générale, l'EGSD a les fonctions suivantes :

- Supervision, suivi et soutien technique pour les ES
- Formation du personnel de santé
- Apport de fournitures et d'équipements aux ES
- Planification (activités et budgets trimestriels et annuels) et gestion

De manière similaire, c'est également important d'être clair sur les rôles que d'autres intervenants : ONG, agences des Nations-Unies, le secteur privé- ont dans les prestations de services de santé dans le district. L'un des buts principaux de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA est de supporter l'EGSD à mener à bien la réponse lorsque survient une situation de Surge avec une augmentation de charge de travail et de progressivement diminuer le support externe des autres acteurs.

Les questions suivantes devraient orienter l'EGSD durant l'évaluation de ses propres capacités (**outil 19**). La plupart de ces informations sont fondamentalement connues par les membres de l'EGSD et doivent simplement faire l'objet d'une discussion pour reconnaître et gérer les questions identifiées.

Outil 19 : Evaluation des capacités de l'EGSD

Ventilation temporelle au niveau de l'EGSD

Indiquez combien de journées ouvrables du mois sont consacrées à chaque fonction, c.-à-d. sur 20/21 journées ouvrables par mois, combien de journées sont consacrées à :

- Se rendre auprès des ES à des fins de supervision, de soutien et de suivi ?
- Dispenser une formation aux agents de santé ? Suivre des formations ?
- Travailler sur l'approvisionnement ?
- La planification, la coordination et la gestion ?
- D'autres responsabilités ? Lesquelles plus précisément ?

Combien de temps reste-t-il ?

(NB : Cette ventilation devrait être effectuée pour la charge de travail *globale* de l'EGSD et pas spécifiquement pour la PCCMA, car l'objectif est de comprendre à quel point l'EGSD est occupée et quelles pourraient être les capacités globales au sein de l'équipe en cas de situation de Surge. Cela doit également refléter comment les équipes travaillent et non comment de manière idéale les équipes devraient travailler ou encore ce qu'un descriptif de poste mentionne)

Combien d'ES êtes-vous en mesure de superviser, de suivre et de soutenir (en restant réaliste) en temps normal ? Tenez compte du temps disponible, d'autres responsabilités et obligations, des contraintes logistiques, etc.

Discutez des aspects suivants :

- Avec quelle fréquence chaque ES est-il visité/contacté/soutenu à présent ?
- Avec quelle fréquence devrait-il être visité/contacté/soutenu si l'ES connaît une hausse des admissions en PCCMA en situation d'alerte ? S'il est en situation sérieuse ? En situation urgence ?
- S'agit-il de besoins supplémentaires de visites/contacts/soutien qui pourraient être couverts grâce aux ressources actuelles disponibles au sein de l'EGSD ?

Résumé des capacités des ES

À l'aide de l'exercice de priorisation présenté dans l'**outil 6**, procurez-vous des informations sur les capacités de chacun des ES du district. Cela pourrait mettre en évidence les problèmes communs qui sont susceptibles de survenir au sein des établissements du district lors de situation de Surge. Ces faiblesses sont des facteurs qui doivent être renforcés en temps normal à travers des activités de RSS. En cas de demande croissante concernant les services, ces faiblesses seront amplifiées et demanderont un soutien supplémentaire de la part de l'EGSD. Elles devront être anticipées par l'EGSD qui planifiera en conséquence.

Forces et faiblesses de l'EGSD

Mettez en relief les forces et faiblesses clés de l'EGSD. Tenez compte des aspects suivants :

- Quelles sont les capacités de l'EGSD à faire face à la situation ? Est-elle en mesure de répondre rapidement à tous les besoins des ES dans sa zone lorsque c'est nécessaire ?
- Est-il facile de mobiliser les ressources pour le district (personnel, véhicules, médicaments et intrants thérapeutiques, matériel, etc.) ?



ÉTAPE 3 : Établissement des seuils

L'établissement des seuils est un processus qui doit tenir compte des capacités ainsi que de la charge de travail : lorsque cette dernière dépasse les capacités, c'est le point de départ idéal pour établir un seuil. À l'instar des ES, l'EGSD doit établir des seuils pour les phases alerte, sérieuse et urgence. À l'inverse des ES pour lesquels les seuils reflètent le nombre de nouvelles admissions de SAM, les seuils pour l'EGSD reflètent le nombre (ou le pourcentage) des ES qui sont en des phases avancées dans un effort de capturer lorsque l'EGSD va être possiblement surchargé. Ainsi, le mieux est que ces seuils soient établis comme un chiffre qui puisse être suivi facilement et objectivement.

Avant de décider des seuils, l'EGSD devrait utiliser les descriptions suivantes (**outil 20**) pour déterminer les niveaux auxquels établir ses seuils :

Outil 20 : Description des phases pour l'EGSD	
Phase	Description pour l'EGSD
 NORMALE	Lorsque l'EGSD estime qu'elle peut faire face à sa charge de travail et dispose des ressources adéquates pour soutenir le fonctionnement approprié de tous les ES du district
 ALERTE	Lorsque l'EGSD commence à être surchargée en raison de besoins supplémentaires parmi les ES, mais peut faire face à la situation en se réorganisant pour pouvoir se concentrer sur les priorités clés avec un soutien externe existant ; cette phase peut entraîner une légère réduction de certaines fonctions qui sont effectuées en temps normal. Durant cette phase, l'EGSD devrait être en mesure d'accéder facilement à des approvisionnements supplémentaires et de mobiliser ses propres ressources pour assurer une supervision supplémentaire de soutien, distribuer des fournitures et assurer la communication.
 SÉRIEUSE	Lorsque l'EGSD est surchargée et a besoin d'un soutien supplémentaire du niveau régional (et éventuellement national) afin d'apporter un soutien approprié aux ES au niveau du district ; il s'agit du cas où la réorganisation de l'EGSD et la mobilisation des propres ressources de cette dernière se révèlent insuffisantes pour faire face à la situation. L'EGSD devrait être en mesure de mobiliser les ressources de l'EGSR pour déployer des membres du personnel, accroître l'approvisionnement, le mentorat et la communication. L'EGSR peut demander un soutien aux organismes ou partenaires nationaux de gestion des sécheresses ou des situations d'urgence afin de répondre aux besoins.
 URGENCE	Lorsque l'EGSD est tellement surchargée qu'elle a besoin d'un soutien supplémentaire de la part des niveaux régional et national, y compris les organismes nationaux de lutte contre la sécheresse ou les situations d'urgence, ainsi que les partenaires, afin de veiller à ce que a) les ES du district puissent faire face à la demande exceptionnelle de services et b) la population soit en mesure d'accéder aux services appropriés, ce en temps voulu.

Les seuils peuvent être établis de différentes manières, comme par exemple en utilisant une « note » basée sur les nombres d'ES qui sont en phase alerte, sérieuse et urgence, ou en examinant les pourcentages d'ES se trouvant dans chaque phase. Le système basé sur les notes est expliqué, ci-dessous, mais chaque pays devrait utiliser ce qu'il estime être le plus intuitif.

Chaque établissement se voit assigner une note entre 0 et 3 pour indiquer sa phase pour le mois ; 0 = Normal, 1 = Alert, 2 = Sérieuse, 3 = Urgence. Ces notes sont ensuite additionnées pour indiquer une phase pour le district. L'EGSD devrait travailler sur la fiche d'établissement des seuils (**outil 21**) pour établir ses seuils.

Outil 21 : Fiche d'établissement des seuils de l'EGSD - système basé sur des notes (exemple)

1. Nombre d'établissements de santé dans le district	<u>10</u>
2. Fourchette de notes potentielles pour le district	
Nombre d'ES x 0 = note minimum pour le district si tous les ES sont en situation normale =	<u>0</u>
Nombre d'ES x 3 = note maximum pour le district si tous les ES sont en situation urgence =	<u>30</u>
3. En utilisant la fourchette établie dans le numéro 2, décidez des tranches indiquant une situation normale et puis pour chaque phase	
Normale	<u>0 – 12</u>
Alerte	<u>13 – 18</u>
Sérieuse	<u>19 – 24</u>
Urgence	<u>25 – 30</u>

NB: N'oubliez pas que chaque phase au niveau de l'EGSD pourrait indiquer une variété de possibilités pour les établissements de santé ; dans cet exemple, l'EGSD se trouve en situation d'alerte avec une note de 13 lorsque sur les 10 établissements :

- 5 sont en situation normale, 4 en urgence et 1 soit en alerte soit en sérieuse
ou
- 7 sont en alerte et 3 en sérieuse

Ainsi, ces possibilités devraient être prises en compte lors de l'établissement de la tranche pour chaque phase.

4. Enfin, une fois les tranches établies, elles devraient être converties en note moyenne pour le district en divisant simplement les seuils par le nombre d'ES du district (tiré de l'étape 1 ci-dessus).

Normale :	0/10 – 12/10 =	<u>0,0 – 1,2</u>
Alerte :	13/10 – 18/10 =	<u>1,3 – 1,8</u>
Sérieuse :	19/10 – 24/10 =	<u>1,9 – 2,4</u>
Urgence :	25/10 – 30/10 =	<u>2,5 – 3,0</u>

Ces chiffres seront ensuite consignés sur le tableau de bord de l'EGSD pour pouvoir automatiquement suivre la phase de niveau EGSD par rapport à ces seuils, ce sur une base mensuelle.

L'ensemble de seuils devrait traduire le moment où l'EGSD se sentira surchargée d'après les descriptions de chaque phase ci-dessus. Cependant, chaque EGSD devra tester les seuils qui ont été décidés pour voir s'ils semblent appropriés dans la pratique. Il est par conséquent important de voir cela comme un processus qui requiert d'être revu et ajusté régulièrement avant que l'EGSD ne se sente certaine que les seuils traduisent bien ses capacités à gérer la situation.



ÉTAPE 4 : Définir et chiffrer les coûts des actions Surge

Pour définir les actions Surge au niveau de l'EGSD, l'équipe doit se reporter à son évaluation des capacités. Pour chaque phase elle définira des actions nécessaires pour veiller à ce qu'elle puisse, de manière efficace et efficiente, soutenir les ES de son district. L'équipe devrait discuter et travailler sur les questions suivantes, telles que présentées dans l'**outil 22**, pour définir les actions qui seront effectuées dans chaque phase – normale, alerte, sérieuse et urgence. L'équipe devrait structurer sa réflexion autour de chaque pilier du système de santé (expliquées dans l'**annexe 1**), c.-à-d. leadership et gouvernance, ressources humaines, prestation de services, approvisionnement et médicaments, financement et le système d'information, mais aussi autour de la communauté.

Outil 22 : Définir et chiffrer les coûts des actions Surge au niveau de l'EGSD – guide

1. Définir les actions pour une situation normale

Compte tenu des points forts et des points faibles mis en évidence dans l'évaluation des capacités, quelles sont les actions qui devraient être menées durant une situation normale pour veiller à ce que l'EGSD soit dans la situation la plus robuste possible avant de passer à la phase supérieure. Tout point faible de l'EGSD qui a été mis en relief devrait être abordé en période normale.

2. Expériences précédentes avec l'augmentation des besoins parmi les ES

Souvenez-vous d'une période durant laquelle de nombreux ES ont eu besoin d'un soutien supplémentaire du fait d'une demande accrue de services.

- L'EGSD a-t-elle été en mesure de bien répondre à leurs besoins ?
- Comment l'EGSD a-t-elle géré la charge de travail supplémentaire ?
- Quels sont les aspects qui ont facilité la gestion de la situation ?
- Y a-t-il eu des aspects qui ne se sont pas bien passés ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour qu'ils soient mieux gérés ?

3. Définir les actions Surge pour les phases alerte, sérieuse et urgence

En utilisant le travail effectué lors de l'évaluation des capacités des ES ainsi que les actions Surge définies pour les ES, réfléchissez aux questions suivantes pour définir les actions qui devraient être entreprises durant chaque phase :

- Qu'est-ce qui sera requis de l'EGSD lorsque de nombreux ES élargiront l'échelle de leurs actions ?
- Que fera l'EGSD pour répondre aux besoins et aux demandes des ES ?
- L'EGSD peut-elle se réorganiser et mobiliser ses propres ressources pour gérer la situation ? Dans l'affirmative, ces actions devraient être considérées comme des actions pour la phase alerte.
- L'EGSD aura-t-elle besoin d'un soutien de la part de l'EGSR ou des partenaires pour gérer la situation ? Dans l'affirmative, ces actions devraient être considérées comme des actions pour la phase sérieuse.
- L'EGSD aura-t-elle besoin d'un soutien considérable de la part de l'EGSR, des partenaires, voire du niveau national, pour mener une intervention de plus grande envergure afin de gérer la situation ? Dans l'affirmative, ces actions devraient être considérées comme des actions pour la phase urgence.

Une fois ces actions énumérées en fonction de la phase, veillez à ce que les actions aient été considérées pour chaque pilier

des systèmes de santé. Vous trouverez des exemples d'actions dans le catalogue (non exhaustif) présenté dans l'**outil 23**.

4. Chiffrer les coûts des actions Surge

L'équipe devrait examiner la liste des actions Surge par phase pour décider des actions qui impliqueront un coût supplémentaire – autrement dit un coût en plus de ce demande le fonctionnement normal des services de PCCMA. Ces actions devraient être indiquées dans la liste par un astérisque. Comme pour le chiffrage des coûts du paquet d'actions Surge, le même processus et la même matrice de chiffrage des coûts peuvent être utilisés pour chiffrer les coûts du paquet d'actions Surge au niveau de l'EGSD (**outil 12** et matrice Excel).

Outil 23 : Catalogue d'actions Surge pour le niveau EGSD (non exhaustif)

Pilier du système de santé selon l'OMS	Actions Surge (* indique un coût supplémentaire)
Prestation de services	- NA car l'EGSD n'a pas cette fonction
Communauté	- NA car l'EGSD n'a pas cette fonction
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux planifier/modifier les congés du personnel de l'EGSD - Augmenter les heures de travail pour l'EGSD - Affectations provisoires/transfert de personnel en provenance d'un autre district ou d'une autre région pour soutenir la formation sur le lieu de travail supplémentaire ou assurer une supervision de soutien, approvisionnement, coordination, etc. : proposer des moyens incitatifs (*) - Annuler les formations du personnel, les ateliers, etc. non essentiels pour l'EGSD - Emprunter un véhicule/du combustible supplémentaires pour faciliter le mentorat ou la supervision de soutien (*)
Médicaments, fournitures, équipements et infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> - Inventaires et demandes de stocks plus fréquents - Faciliter les procédures pour commander des stocks pour qu'elles puissent se les procurer plus rapidement - Utiliser les technologies mobiles pour les commandes rapides et le suivi des commandes (*) - Pré-positionner des réserves d'aliments thérapeutiques/supplémentaires et de médicaments (*) - Établir des entrepôts supplémentaires pour des stocks plus importants (*) - Véhicule dédié/supplémentaire pour distribuer les approvisionnements (*)
Information de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation et suivi accrus des données en provenance des ES - Rationnaliser la présentation de rapports et l'analyse pour les limiter aux aspects essentiels
Leadership et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les activités non essentielles - Mettre en place un co-président pour partager les responsabilités en ce qui concerne les mécanismes de coordination (*) - Déléguer des responsabilités aux autres, c.-à-d. soutien aux partenaires (*)
Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Simplifier les procédures de demande de fonds - Budget supplémentaire pour le personnel, les stocks, le crédit téléphonique, le transport (*)



ÉTAPE 5 : Formaliser les engagements de soutien

Comme pour les ES, il est important que les engagements auprès des autres bureaux du gouvernement ou de partenaires soient documentés pour veiller à ce que tout le monde comprenne clairement les rôles et responsabilités de chacun dès qu'un seuil est dépassé. Dans le cadre du système de santé, il est possible que la manière la plus facile d'y parvenir soit d'utiliser le processus annuel d'élaboration des plans de travail comprenant les plans de contingence et les budgets.



Stade 2 : Suivi et action en temps réel



ÉTAPE 6 : Suivi des seuils

Au niveau de l'EGSD, le suivi des seuils se fait à l'aide d'un tableau de bord – une matrice Excel qui permet à l'EGSD de suivre les phases de chacun des ES dans son district, ainsi que ses propres seuils. Les informations devraient être consignées au moins une fois par mois, et plus souvent si la présentation de rapports au niveau du pays est plus fréquente ou s'il s'agit d'une phase supérieure.

Une fois les données sur les ES consignées, le tableau de bord peut être mis à jour manuellement ou automatiquement (si on utilise un tableau de bord électronique) ; il calcule le nombre et une note représentant le pourcentage d'ES dans chaque phase. Ce nombre est comparé aux seuils établis par l'EGSD et indique la phase dans laquelle se trouve l'EGSD pour ce mois-là. Le tableau de bord est inclus dans l'**outil 17 (matrice Excel)**, et on trouvera un exemple du tableau de bord et du suivi mensuel dans tableau 5.

Tableau 5: Exemple d'un tableau de bord d'EGSD

Établissement de Santé (ES)	Janvier		Février		Mars	
	Phase	Note	Phase	Note	Phase	Note
Nom de l'ES 1	Normale	0	Normale	0	Normale	0
Nom de l'ES 2	Normale	0	Normale	0	Normale	0
Nom de l'ES 3	Alerte	1	Normale	0	Normale	0
Nom de l'ES 4	Normale	0	Normale	0	Alerte	1
Nom de l'ES 5	Sérieuse	2	Alerte	1	Alerte	1
Nom de l'ES 6	Normale	0	Normale	0	Normale	0
Nom de l'ES 7	Urgence	3	Sérieuse	2	Sérieuse	2
Nom de l'ES 8	Alerte	1	Alerte	1	Alerte	1
Nom de l'ES 9	Normale	0	Normale	0	Normale	0
Nom de l'ES 10	Alerte	1	Normale	0	Alerte	1
PASHE	0.8 Alerte		0.4 Normale		0.6 Alerte	
Note:	0.00-0.49 Normale		0.50-1.49 Alerte		1.50-2.49 Sérieuse	
					2.50-3.00 Urgence	



ÉTAPE 7 : Mise à l'échelle (élargissement et réduction) des actions Surge

Lorsque l'EGSD dépasse un seuil en élargissant son échelle ou en la réduisant, le processus est le même que pour le niveau de l'ES, à part que l'EGSD contactera l'EGSR et ainsi de suite. Au moment de contacter le niveau supérieur, il faut considérer les ressources et le soutien pour les établissements de santé ainsi que pour les ressources et capacités supplémentaires dont auront aussi besoin l'EGSD/l'EGSR ou le ministère de la Santé national.



ÉTAPE 8 : Réfléchir – examen et adaptation réguliers

Les principaux examens sont les mêmes que ceux effectués au niveau de l'ES. Il faut veiller à ce que le cadre de suivi et d'évaluation englobe tous les niveaux du système de santé qui mettent en œuvre l'approche Surge.

Partie D:

Autres aspects à prendre en compte

Coordination et liens

Il est important que, pour chaque pays qui implémente l'approche Surge de la PCCMA, des liens soient fait avec les éléments d'ores et déjà en place. Les éléments suivants, s'ils ne sont pas exhaustifs, donnent quelques suggestions concernant les domaines à envisager.

Services ou organismes existants : Chaque pays devrait identifier l'ensemble des organismes et systèmes pertinents qui pourraient être liés aux actions Surge de PCCMA :

- Services de niveau national, y compris tout organisme de gestion des sécheresses ou des situations d'urgence
- Les systèmes de rapport (présentation de rapports) existants pour la PCCMA
- Tout système de planification d'urgence, d'alerte précoce ou d'intervention rapide lors de catastrophes
- Toute chaîne d'approvisionnement et les organismes ou systèmes de logistique.

Systèmes de communication : Parmi les questions à envisager on peut citer :

- Quelles seront les informations d'alerte précoce qui seront utiles et compléteront l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA ?
- Comment ces informations circuleront-elles vers les niveaux de la région, du district et de l'ES ?
- Comment chaque élément des informations de l'alerte précoce sera-t'il utilisé de façon spécifique ?

Vérification des situations de Surge : Si le niveau d'urgence est atteint, cela doit être vérifié et il faut déterminer pourquoi il en est ainsi, quelle en est la cause ?

À quel niveau est-il nécessaire de vérifier une situation de Surge ? S'il s'agit de lacunes en matière de capacités, il est probablement moins important de la vérifier ; s'il s'agit de ce qui est arrivé à la population, il est bon de savoir quelle est/a été la situation – est-ce le moment pendant lequel l'EGSD est passé à une phase supérieure, indique que de nombreux ES ont activé l'approche Surge ?

Planification : Quel est le processus pour implémenter le paquet d'actions Surge dans chacun des plans suivants ?

- Plans annuels et d'urgence au niveau des districts
- Plans annuels et d'urgence au niveau des régions
- Plans des organismes nationaux de gestion des sécheresses ou des situations d'urgence aux niveaux régional et national
- Révisions futures éventuelles des lignes directrices nationales en matière de PCCMA

Recherches en cours/questions

- Il convient de réfléchir davantage à **la manière dont les seuils sont établis et suivis** car s'ils sont trop hauts ou trop bas cela aura une incidence sur la manière dont les actions Surge seront activées/désactivées et, à ce jour, c'est un aspect qui s'avère plus difficile pour les ES. Il s'est révélé plus efficace d'établir des seuils en même temps qu'une « validation/approbation » de l'EGSD et/ou le soutien des partenaires.

- Il est nécessaire de **démontrer l'efficacité, en particulier financière, de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA**, tant comme alternative aux injections épisodiques d'aide en situation d'urgence que comme système qui développe les capacités du système de santé à mieux répondre aux situations d'urgence et à mieux les gérer. Au moment de l'impression de ce rapport, Concern était en train de développer un cadre de travail de « rapport coûts-avantages » afin d'assister de l'évaluation de l'efficacité financière de l'approche Surge
- Il convient de déterminer s'il faut utiliser **le nombre de cas en charge vs. le nombre de nouvelles admissions pour établir les seuils**, car l'utilisation de l'un ou l'autre aura des implications sur le moment de la mise à l'échelle des actions. Si le nombre de nouvelles admissions tend à être un meilleur indicateur précoce de situations de Surge, le nombre de cas en charge reste élevé plus longtemps que celui des nouvelles admissions, donc il pourrait être plus approprié pour la réduction de l'échelle. Cependant, l'utilisation d'un ensemble différent de seuils serait compliquée ; on pourrait donc utiliser une période précise, p. ex. réduction de l'échelle deux mois après que le seuil ait été dépassé.
- Il est crucial de veiller à ce que **l'aspect communautaire soit pleinement pris en compte**, aspect qui a été insuffisant dans le cadre de certains pilotes initiaux. Il serait utile d'examiner si le processus de la mise en place des actions Surge peut être déclenché depuis le niveau de la communauté.
- **Application des concepts relatifs à l'approche Surge aux échelons supérieurs de gestion du ministère de la Santé** au-delà de l'EGSD (c.-à-d. aux niveaux régionaux ou de pays) et **veiller à ce qu'il y ait des liens adéquats avec les niveaux nationaux**, y compris les plans d'urgence, les bureaux chargés de gérer les sécheresses ou les situations d'urgence, etc.).
- **L'élargissement de l'approche Surge à d'autres maladies** au-delà de la MAS (et de la MAM) a été demandé et mérite qu'on l'envisage car la charge de travail des ES peut avoir une incidence sur l'efficacité et la qualité des soins dispensés.
- **Assurer des liens avec d'autres approches de RSS ou de PCCMA en cours de développement.** Par exemple, des travaux sont en cours sur l'analyse des goulets d'étranglement (UNICEF, ACF), Renforcement du système de Santé : du diagnostic à la programmation (ACF), des protocoles simplifiés ou combinés pour la PCCMA (IRC et d'autres), le modèle d'évolutivité de la PCCMA (*CMAM scalability model*) au Kenya (UNICEF, Kimetrica)

Foire aux questions

Quelle est la différence entre une situation d'urgence selon l'approche Surge et une situation d'urgence nutritionnelle selon l'OMS ?

Situation d'urgence selon l'approche Surge

- Basée sur le nombre de nouvelles admissions de MAS
- Basée sur les capacités de gestion du nombre de cas en charge
- Se concentre sur le niveau des ES
- Varie d'un établissement à l'autre

Situation d'urgence nutritionnelle selon l'OMS

- Basée sur les taux de MAG (malnutrition aigüe globale) d'après les enquêtes SMART
- Se concentre sur le niveau de la population (c.-à-d. district)
- Même chose pour un certain nombre de groupes de villages/d'établissements
- L'intervention couvre le district

Pourquoi a-t-on besoin de services de PCCMA et de l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA également ?

Les services de PCCMA traitent les enfants souffrant de malnutrition aigüe, un peu comme l'ES traite toutes les maladies. L'approche Surge complète les services de PCCMA (ou potentiellement tous les services), en repérant le moment où un nombre supérieur de cas se présentent pour être soignés, et aide l'ES, l'EGSD et d'autres entités à agir rapidement pour que l'ES puisse les prendre en charge.

Doit-il y avoir quatre phases ? Les noms des phases peuvent-ils être modifiés ?

Chaque pays est libre de décider du nombre de phases qui lui semble approprié pour son contexte. Cela devrait traduire la manière dont les fluctuations de la malnutrition se produisent dans le lieu dont il s'agit, c.-à-d. les augmentations sont-elles peu fréquentes mais marquées et rapides, ou s'agit-il de hausses fréquentes de petite à moyenne envergure ?

Les noms des phases peuvent et devraient être définis par chaque pays et englober des termes qui orientent l'action, tant avant que la situation ne se dégrade qu'une fois que la dégradation a commencé.

La mise en place de l'approche Surge doit-elle avoir lieu dans chaque établissement de santé ?

Oui et non.

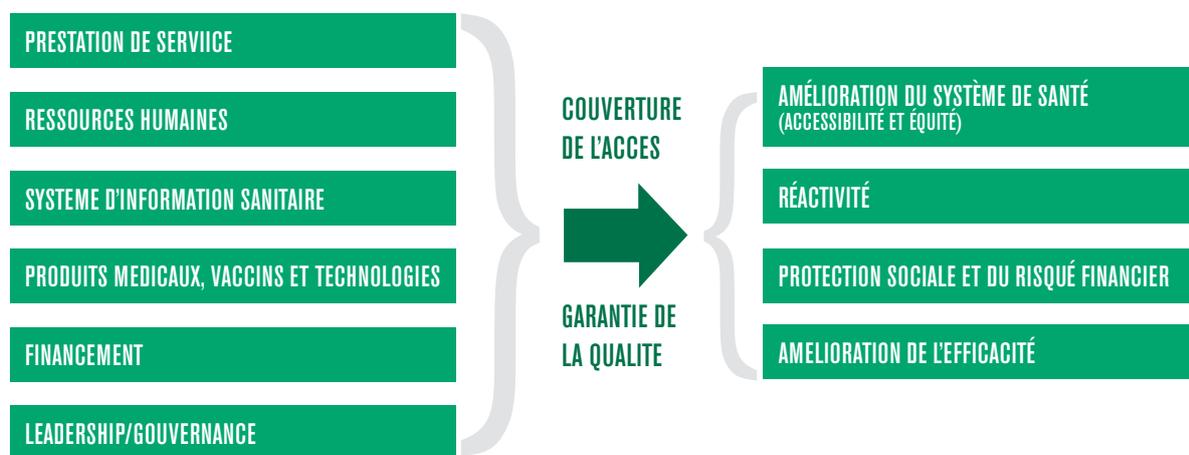
Bien qu'il soit suggéré que le processus de mise en place se fasse avec un facilitateur qui se rend auprès de chaque ES, il ne doit pas forcément être fait ainsi. Il est possible d'effectuer la mise en place au moyen d'un atelier de travail. Cependant, chaque ES devra tout de même effectuer tout le processus pour pouvoir établir ses propres seuils et identifier des actions Surge pour constituer son paquet d'actions Surge.

Annexes:

Annexe 1 : Fiche explicative sur les piliers du système de santé*

CADRE DE LA POLITIQUE DE SANTE DE L'OMS

PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ



OBJECTIF GLOBAL/ RESULTATS

LES SIX PILIERS DU SYSTEME DE SANTE: OBJECTIFS ET CARACTERISTIQUES SOUHAITABLES

- Les bons services de santé sont ceux qui assurent des interventions de santé personnelles et non personnelles efficaces, sûres et qualitatives aux personnes qui en ont besoin au moment et à l'endroit voulus moyennant un gaspillage minimum de ressources. Un personnel de santé performant efficace fournit un travail attentionné, juste et efficace pour atteindre les meilleurs résultats possibles en fonction des ressources et des circonstances. Cela correspond à des effectifs et à un nombre adéquat d'agents de santé correctement répartis, compétents, attentionnés et productifs.
- Un système d'information sanitaire qui fonctionne bien doit assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'information fiable et disponible en temps opportun en matière de déterminants de la santé, de performance des systèmes de santé et l'état de santé.
- Un système de santé efficace garantit un accès équitable à des produits, [...] vaccins et technologies sanitaires essentiels de qualité sans danger efficaces et d'un prix abordable ainsi que leur utilisation scientifiquement et économiquement rationnelle.
- Un bon système de financement de la santé soulève des fonds suffisants pour la santé, de manière à permettre que la population accède aux services nécessaires et soit protégée du risque d'appauvrissement lié au paiement des services de santé.
- Le leadership et la gouvernance impliquent d'assurer l'existence de cadres de travail relatifs aux politiques stratégiques et que ces derniers [...] soient combinés à des alliances efficaces pour la surveillance, à des réglementations [...] et incitations appropriées au souci de la conception des systèmes et des mécanismes de la responsabilisation.

* Extrait de :

Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.
http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

Annexe 2 : Analyse des lacunes de la PCCMA

Note : 1 à 10
(1=très faible, requiert beaucoup de support)

Pilier du système de santé Question spécifique	Réponse/ détail	Note de capacité* (1-10)	Principales lacunes identifiées	Actions/activités planifiées pour adresser ces lacunes dans les 12 prochains mois
Prestation de services				
1. Quels sont les services inclus dans le paquet de base de services de santé délivrés dans cet établissement ? Le traitement de la MAS est-il inclus ? (il s'agit d'une condition préalable pour introduire l'approche Surge)		Note concernant la Prestation de services (1-10) : _____		
2. Sont-ils tous disponible actuellement ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ?				
3. Y a-t'il eu des lacunes sur le plan de la prestation des services au cours de l'année passée ?				
4. Est-ce que le système de référencement pour les cas nécessitant des soins hospitaliers fonctionne-t-il bien? Quels sont les problèmes ?				
5. Savez-vous quels sont les taux actuels de couverture pour le traitement de la MAS ? Pour la vaccination et/ou les autres services de santé infantile ? Des barrières à une bonne couverture ont-elles été identifiées lors des études ?				
6. Quelles sont les heures d'ouverture de l'établissement ? Quels sont les jours ou les moments de la journée où il y a le plus de monde ?				
Communauté				
7. Y a-t'il des agents de santé communautaires ou des volontaires reconnus par la communauté ? Couvrent-ils l'ensemble des villages de la zone de couverture ? Combien de villages couvrent -ils normalement ? Sont-ils payés, ou reçoivent-ils des moyens incitatifs ? Comment l'ES interagit/communique-t-il avec eux ?		Note concernant la Communauté : _____		
8. Y a-t'il un système de comité de santé villageois ? Êtes-vous en mesure de mobiliser des membres de la communauté pour qu'ils proposent du temps ou des ressources au besoin (à travers des comités de santé villageois ou d'autres groupes) ?				

Pilier du système de santé Question spécifique	Réponse/détail	Note de capacité* (1-10)	Principales lacunes identifiées	Actions/activités planifiées pour adresser ces lacunes dans les 12 prochains mois
Ressources humaines				
9. Selon les politiques de santé, combien de membre du personnel de chaque type/fonction devrait être présent au sein de cet établissement? Combien de ces postes mandatés sont-ils pourvus réellement ? Où se situent les principales lacunes ?				
10. Quels sont les postes vacants cruciaux pour la PCCMA et pour quelles tâches (mesures, examens médicaux, distribution de médicaments, distribution d'ATPE, test d'appétit, éducation à la santé) ?				
11. Comment les membres du personnel existants couvrent-ils actuellement les tâches de PCCMA pour combler ces lacunes (modification des tâches) ?				
12. Est-il prévu que de nouveaux membres du personnel commencent à travailler au sein de l'ES au cours des 12 mois à venir (pour pourvoir des postes vacants ou nouveaux) ? Dans l'affirmative, lesquels et quand ?				
13. Combien des membres du personnel existants ont-ils suivi une formation dans les aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Mesure du Périmètre Brachial (PB), poids, taille - Évaluation médicale/ diagnostic/ traitement de la MAS - Test d'appétit/éducation de santé - Remplir les dossiers individuels de l'enfant - Remplir les formulaires de suivi - Gestion/rapport/commande de RUTF et de médicaments - Autres ? Où se situent les lacunes, s'il y en a ?		Note concernant les Ressources humaines (1-10) : _____		
14. Comment les formations sont-elles normalement dispensées pour les membres du personnel de l'établissement, en particulier en matière de PCCMA (au sein de l'établissement par une personne issue du bureau de santé du district ? Au sein du bureau de santé du district ? ONG ?)				

Pilier du système de santé Question spécifique	Réponse/détail	Note de capacité* (1-10)	Principales lacunes identifiées	Actions/activités planifiées pour adresser ces lacunes dans les 12 prochains mois
Approvisionnement : Médicaments, fournitures, équipements et infrastructures				
<p>15. Au cours des six derniers mois, l'établissement a-t-il connu une période durant laquelle les fournitures suivantes n'étaient pas disponibles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ATPE - Médicaments antipaludiques essentiels - SRO (sels de réhydratation orale) et/ou zinc - Thermomètres - Périmètre brachial - Balances - Toise - Thermomètres - Chronomètres <p>Dans l'affirmative, combien de temps a duré la rupture ? Il y a-t-il des ruptures de stock actuel ?</p>		<p>Note concernant l'Approvisionnement : médicaments, fournitures, équipements et infrastructures (1-10) :</p> <p>—</p>		
<p>16. Quelles sont les principales raisons de la rupture de stock mentionnée ci-dessus – plus de cas que prévu, commandes passées en retard, routes impraticables, aucun stock dans les entrepôts centraux, autres ?</p>				
<p>17. Comment les stocks d'ATPE et d'autres fournitures sont-ils commandés/délivrés – (Le bureau de santé du district délivre-t-il ces intrants? Le personnel de l'ES doit-il aller le chercher ? Par transporteur privé ? Par l'intermédiaire de l'UNICEF ou d'une ONG ?)</p>				
<p>18. Est-ce que l'ensemble des protocoles et des formats de rapport les plus récents sont-ils disponibles ?</p>				
<p>19. Est-ce que les principaux équipements et infrastructures fonctionnent-ils – salle d'examen, lieu de stockage (en particulier pour l'ATPE), salle d'attente (couvertes pour les protéger de la pluie et du soleil), y a-t-il une station de lavage des mains, des latrines, autres ?</p>				

Pilier du système de santé Question spécifique	Réponse/ détail	Note de capacité* (1-10)	Principales lacunes identifiées	Actions/activités planifiées pour adresser ces lacunes dans les 12 prochains mois
Information en matière de santé				
20. Comment les rapports mensuels/le nombre de cas sont-ils communiqués à l'équipe de santé de district ? (sur papier, au téléphone, comme fichier informatique)		Note concernant l'Information en matière de santé (1-10) :		
21. Quels sont les principales raisons de rapports tardifs ? (et donc des réponses tardives aux demandes, p. ex. d'approvisionnement supplémentaires)		—		
22. Compilez-vous et examinez-vous les données mensuelles pour l'établissement en équipe ? Qui participe à cet exercice et quel en est le résultat ?				
Leadership et gouvernance				
23. Avec quelle fréquence un superviseur du bureau de santé de district visite votre ES (en général) ?		Note concernant le Leadership et gouvernance (1-10) :		
Financement				
24. L'ES a-t-il un budget et des fonds à dépenser ? Dans l'affirmative, d'où viennent ces fonds ? À quoi peuvent-ils être consacrés ? Dans la négative, comment vous procurez-vous le soutien et les intrants dont vous avez besoin pour assurer le fonctionnement de l'établissement ?		Note concernant le Financement (1-10) :		
25. Qui prend les décisions sur la manière de dépenser l'argent/d'investir dans les ressources ?		—		
26. Si l'établissement requiert une réparation ou d'autres intrants ou de nouveaux services, comment les financez-vous ?				
Note globale :		(sur 70)		

Annexe 3 : Evaluation objective des capacités sur le plan de la charge de travail

Annexe 3 : Evaluation objective des capacités sur le plan de la charge de travail

Niveau actuel des effectifs : Combien de membres du personnel l'établissement de santé compte-t-il ? Combien de cadre ? Avec quelles qualifications/formation ? Est-ce suffisant pour la charge de travail accrue typique lors d'une situation de Surge ?

Durée d'une consultation médicale : Combien de temps prend une consultation avec un patient, en moyenne ? Est-ce la même chose pour tous les patients ou certains prennent-ils plus de temps ? Gardez à l'esprit que tous les enfants du service de PCCMA font l'objet d'un examen médical complet ainsi qu'un test d'appétit et reçoivent tous les soins médicaux requis lors de chaque visite.

Nombre de patients qui peuvent être vus en un jour : Ce nombre peut être calculé en utilisant les informations ci-dessus (nombre de membres du personnel et durée d'une consultation médicale) combiné au nombre d'heures de consultation, ou tiré des registres de patients. Il s'agit de tous les patients, indépendamment de la raison de leur visite, pas seulement ceux s'étant présentés pour la MAS. Les deux méthodes sont expliquées ici.

Par calcul

Nombre de patients par jour = (nombre d'heures de consultation moins les pauses ÷ durée de la consultation) × nombre de membres du personnel assurant les consultations

Exemple : 2 membres du personnel font des consultations médicales dans un ES où les heures de consultation vont de 8 heures à midi ; chaque consultation médicale prend en moyenne 10 minutes ; il y a normalement une pause de 20 minutes en milieu de matinée durant laquelle il n'y a pas de consultation

(nombre d'heures de consultation moins les pauses ÷ durée de la consultation) × nombre de membres du personnel assurant les consultations = 3 heures 40 minutes ÷ 10 minutes par consultation × 2 membres du personnel = 44 consultations par journée de travail

Grâce aux registres de patients : Déterminez le nombre moyen de consultations par jour pour l'ES. Ce nombre est-il constant toute l'année ? Y a-t'il des mois durant lesquels ce nombre est supérieur ou inférieur ?

Comparaison : Les résultats des registres de patients et du calcul sont-ils similaires ? Dans la négative, discutez des raisons pour lesquelles ils sont différents – cela aidera à mieux comprendre la charge de travail de l'établissement. La méthode de calcul fournit un nombre maximum de patients idéal mais réalisable par jour avec les capacités existantes de l'ES ; le nombre réel de patients vus régulièrement est susceptible d'être beaucoup plus faible.

Résumé

Sur la base de l'évaluation des capacités et des capacités quotidiennes de consultation de patients, tentez de répondre aux questions suivantes :

- Quelle charge de travail et nombre de MAS en charge l'ES devrait-il être en mesure de gérer ?
- Peut-il en faire plus qu'à l'heure actuelle sans être débordé ?
- À quel moment la charge de travail/le nombre de cas seraient-ils excessifs ?

Annexe 4 : Indicateurs proposés pour le suivi et l'évaluation de l'approche Surge :

Il est assumé que l'ensemble des programmes implémentant l'approche Surge dans le cadre de la prise en charge communautaire de la Malnutrition Aigüe (PCCMA) utilise des indicateurs standard de la PCCMA, tel que décrit dans le manuel Sphère ou d'autres directives. Les d'indicateurs, ci-dessous peuvent être utilisés de manière plus spécifique pour évaluer l'approche Surge. Ce sont à la fois des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ; la plupart d'entre eux reposent sur une comparaison d'indicateur pendant les périodes de Surge et les périodes normales, l'un des principaux objectifs de l'approche Surge, étant d'assurer des services continus de qualité de la PCCMA durant toute la année, y compris les mois où le nombre de cas augmentent. Afin de faire cette comparaison, les intervenants devront définir clairement ce qu'ils considèrent comme une période de Surge par rapport à une période normale. L'approche Surge introduisant un nouveau processus d'analyse de la planification et de la prestation des services, le suivi de son succès sera naturellement appuyé fortement sur plusieurs indicateurs basés sur ce processus.

Concern n'ayant pas encore une grande expérience d'utilisation des indicateurs mentionnés ci-dessous, leur utilisation n'est pas davantage détaillée. Toutefois, si vous envisagez de mettre en œuvre l'approche Surge et que vous souhaitez utiliser certains de des indicateurs mentionnés ci-dessous, nous vous encourageons à communiquer avec Concern (kate.golden@concern.net) pour explorer davantage cette question. Concern continuera à développer et à tester cette composante de suivi et d'évaluation dans un avenir proche et appréciera toute contribution. Concern cherche également l'opportunité d'évaluer de manière approfondie l'approche Surge dans un contexte où une comparaison directe peut être faite à une réponse d'urgence traditionnel (par exemple, la prestation de services de PCCMA standard sans les étapes supplémentaires de l'approche dans le cadre de la PCCMA) et un cadre plus détaillé pour cette comparaison est en cours d'élaboration.

Indicateurs quantitatifs

- % d'enfants déchargés des services de PCCMA guéris, décédés, abandons durant les périodes de Surge ou les périodes normales.
- % des établissements de santé (ES) cibles sans rupture des intrants principaux ex: ATPE durant les périodes de Surge ou les périodes normales.
- % des ES cibles avec un calendrier des événements identifiants clairement les facteurs augmentant la MAS (première année) et/ou ajusté (les années suivantes).
- % de ES cibles ayant établis des seuils basés sur une analyse pertinente (ex: basé sur les étapes 1 à 4 du guide opérationnel) de ce qu'est une charge de travail "normale".
- % de ES cibles ayant écrit un accord avec l'EGSD mettant en avant les actions Surge et le support nécessaire en cas de situation Surge devant être implémentées une fois les seuils dépassés.
- % de ES cibles ayant dépassés un seuil qui ont implémenté les actions convenues et qui ont reçu le support nécessaire dans la semaine suivante.
- % de patients des ES cibles étant satisfaits des services reçus dans le cadre de la PCCM (ou de manière plus élargie des services de santé ciblant les enfants) durant une période de Surge et durant une période "normale".
- % de ES cibles pour lequel le support dans le cadre d'une situation de Surge a diminué suite à deux semaines consécutives d'admission en dessous du seuil établis.
- Moyenne d'attente des services de PCCMA pendant une période de Surge versus pendant une période "normale" (cela eux être mesuré par une simple observation lors de l'arrivée des patients et leur départ – le mieux étant d'établir l'échantillon sur plusieurs journées afin d'augmenter la représentativité)

Davantage d'indicateurs quantitatifs à évaluer par le biais de groupe de discussion ou de discussion avec les informateurs clés

- Perceptions des membres du personnel des ES au sujet de leur charge de travail et l'efficacité des services de PCCMA quant à l'approche Surge en comparaison avec les années précédentes (avant la mise en place de l'approche Surge).
- Perceptions des membres du personnel des ES concernant l'ensemble des effets négatifs ou positifs que peut avoir l'approche Surge sur les autres services (autres que les services de PCCMA)
- Perceptions des membres du personnel de l'EGSD concernant la façon dont l'approche Surge dans le cadre de la PCCMA.

Bibliographie

- 1 OMS, UNSCN, UNICEF. Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère. Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance 2007. <http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789280641479/fr/>
- 2 UNICEF. Nutridash Global report 2014. 2016.
<http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/UNICEF-NutriDash2014-Final-Report.pdf>
- 3 Hailey P and Teweldeberha D. Suggested New Design Framework for CMAM Programming. Emergency Nutrition Network, 2010, issue 39.
- 4 Defining Disaster Risk Reduction: What does it mean for DFID? DFID, November 2011, Crown copyright.
- 5 Meeting peaks in demand for nutrition services through government health systems: a description of Concern Kenya's surge model for community-based management of acute malnutrition. Concern Worldwide 2013.
- 6 Erasmus W and Appleford G. Working differently for more effective crisis mitigation and response. Concern Worldwide, Nairobi, Kenya 2013.
- 7 Hailey P. Independent Evaluation of CMAM surge model pilot [Kenya] Centre for Humanitarian Change for Concern Worldwide, 2015.
- 8 Scoping Exercise for Uganda. Centre for Humanitarian Change 2016 – en cours de finalisation

À PROPOS DE CETTE PUBLICATION

Ce document a été développé par ----- par le biais du projet MQSUN. MQSUN fournit une assistance technique ainsi que des connaissances au Département du Développement international (Department for International Development, DFID) du gouvernement britannique et ses partenaires qui soutiennent des programmes de nutrition à l'attention des plus démunis.

MQSUN ne peut être tenu responsable des erreurs ou de toute autre conséquence découlant de l'utilisation des informations contenues dans cette note. Les avis et opinions exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de DFID.

Concern Worldwide

52-55 Lower Camden Street

Dublin 2

00 353 1 417 77 00

info@concern.net

www.concern.net

MQSUN



CONCERN
worldwide