



ERNE
Réponses améliorées
aux urgences
nutritionnelles

JUIN 2020 – MAI 2023

CONCERN
worldwide



Financé par
l'Union européenne

PARTENARIAT PROGRAMMATIQUE PILOTE

L'APPROCHE CMAM SURGE AU NIGER: ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE SEPT ANS DE MISE EN ŒUVRE

FÉVRIER 2022



PHOTO 1 : Mohammed Roufai, Technicien Spécialisée CMAM Surge (Concern), explique à l'équipe du CDS Yama le suivi des seuils, étape 6 du modèle CMAM Surge (Tahoua, mai 2021).

PHOTO 2 : Ibrahim GARBA, Chef CSI du CDS Yama et Mohammed Roufai, Technicien Spécialisée CMAM Surge (Concern) pendant un supervision Surge (Tahoua, mai 2021).



POINTS CLÉS À RETENIR

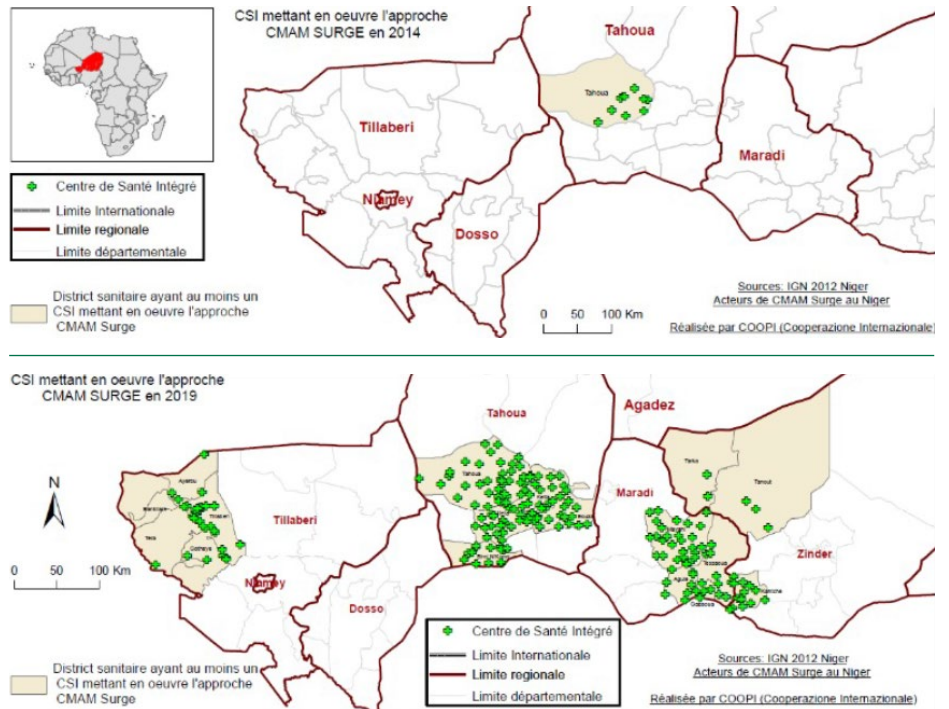
- Une expansion significative a été observée au cours des sept années de mise en œuvre, avec un engagement et un leadership forts de la part du Direction de la Nutrition au cœur de cet élargissement.
- Assurer des seuils dynamiques, basés sur la capacité de l'établissement de santé est essentiel pour la fonctionnalité de l'approche CMAM Surge.
- Le financement des actions Surge et la garantie de réponses rapides restent un défi ; un engagement fort de la communauté dès le début est important pour soutenir cette étape.
- Un leadership au sein de l'établissement de santé qui assure que l'approche est adaptée et est un facteur déterminant du succès de CMAM Surge.
- Des ressources de formation accessibles sont nécessaires pour aider à relever le défi de la rotation élevée du personnel.

1. Introduction

L'approche CMAM Surge a été introduite au Niger en 2014 par Concern Worldwide dans 11 Centres de Santé Intégrés (CSI) et le CRENI (Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive) du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Tahoua. La région de Tahoua a été choisie pour le projet pilote initial en raison de la forte prévalence de la malnutrition aiguë globale (15% en 2014) et des problèmes connus du système de santé, notamment l'insuffisance des ressources humaines, l'insuffisance en matière de gestion des stocks et la gestion des programmes de prise en charge de malnutrition aiguë (PCIMA) dans le contexte du fonctionnement général des structures de santé. Depuis 2018, l'approche CMAM Surge est étendue dans presque tout le pays par les partenaires de l'Alliance Nutrition (sous le financement d'ECHO, OFDA et Fonds commun) en collaboration avec les Equipes Cadres des Districts (ECD). À ce jour, l'approche s'étend sur cinq régions (Tahoua, Tillabéri, Maradi, Zinder et Diffa), couvrant 25 Districts Sanitaires (DS) et environ 434 structures de santé dont 22 CRENI (Figure 1).

En 2019, Concern Worldwide a reçu un financement d'ECHO pour diriger un consortium (en collaboration avec Action Contre la Faim – ACF et *Cooperazione Internazionale* - COOPI) afin de soutenir le renforcement des capacités des structures sanitaires et de la Direction National de la Prévention et la Gestion des Catastrophes et Crises Alimentaires (DNPGCCA) pour la mise à l'échelle de l'approche CMAM Surge et l'appui au programme national d'Alerte Précoce et de Réponse Rapide (SAOURI/WASSI). En 2020, ce projet a été enveloppé par le programme ERNE (*Enhanced Responses to Nutrition Emergencies – Réponses améliorées aux urgences nutritionnelles*), un programme multi-pays de 3 ans dont le but est d'augmenter l'échelle, l'efficacité et l'efficacité des réponses aux urgences nutritionnelles en travaillant avec les services et les communautés locales pour relier des solutions approuvées et innovantes dans les pays fragiles, affectés par des conflits et exposés aux catastrophes. Dans le cadre du résultat 3 (« *les chocs dans les districts appuyés sont anticipés et préparés* ») de ce projet, le consortium soutient la mise en œuvre de l'approche CMAM Surge dans les régions de Tahoua, Maradi et Tillabéri, en plus de soutenir la coordination au niveau national et la mise à l'échelle du Surge par la Direction de la Nutrition (DN).

FIGURE 1 : Evolution spatio-temporelle de la mise en œuvre de l'approche CMAM Surge dans les Centres de Santé Intégrés de 2014 à 2019 au Niger (Carte produite en juin 2020).



2. Aperçu General Des Etudes

Compte tenu de la mise en œuvre de l'approche depuis plus de six ans, avec le soutien de plusieurs partenaires de mise en œuvre, et de l'extension prévu à l'échelle nationale, un besoin de faire le point sur les leçons apprises à ce jour s'est fait sentir. Bien que l'approche soit particulièrement appréciée et portée par les services sanitaires locaux, l'opérationnalisation de certaines étapes reste un chantier qui nécessite des efforts de réflexion et de revue par les acteurs de mise en œuvre. Deux principaux processus d'évaluation ont été menés à bien au cours de l'année 2021. Ce document vise à résumer les principales leçons apprises et les recommandations des deux évaluations.

Premièrement, la capitalisation des expériences de l'approche CMAM Surge au niveau régional et national¹ avec l'objectif de documenter, d'exploiter et de partager les expériences concrètes vécues lors de l'opérationnalisation du CMAM Surge dans les régions de Tahoua, Tillabéri et Maradi.

Ce processus de capitalisation a été mené à travers:

- Une revue documentaire à la suite de laquelle les étapes de fixation des seuils (étape 3), de définition des actions (étape 4) et de formalisation des engagements (étape 5) ont été retenues comme clés pour cette évaluation en raison des défis auxquels elles font face.
- La collecte des données dans les centres de santé identifiés comme « faiseurs » ou « non faiseurs » lors d'une supervision conjointe réalisée en mars 2021.
- La tenue d'atelier régional à Maradi, Tillabéri et Tahoua en collaboration avec ACF, COOPI et les membres des pools régionaux de formateurs CMAM Surge. Partis des données collectées sur le terrain, ces ateliers ont servi de cadres de discussions entre l'ensemble des acteurs concernés pour identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques et pour formuler des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du CMAM Surge.
- La tenue en juillet 2021 d'un atelier national de consolidation des résultats des ateliers régionaux en mettant en exergue les nuances qui existent entre les régions et les structures de santé. Sous le lead de la DN, cet atelier a réuni en plus des acteurs régionaux, certains bailleurs comme ECHO et certaines agences des nations unies (UNICEF et PAM). Cet atelier a abouti à l'élaboration d'un document national de capitalisation de l'approche Surge au Niger.

1. Concern Worldwide Niger. Rapport de capitalisation des connaissances pratiques sur l'approche CMAM Surge au Niger. Juin 2021.

Ensuite, la capitalisation sur l'implémentation et les innovations de l'approche CMAM Surge a Tahoua, Tillabéri et Maradi (zone du programme ERNE)² réalisé par un laboratoire de recherche dénommé « LASDEL ». L'objectif de cette évaluation était d'identifier les conditions clés (chemin critique, contextes, processus), principaux facteurs et obstacles à la réussite et durabilité de la mise en œuvre et de l'appropriation de l'approche Surge au niveau des différentes structures et du système sanitaire. Des étapes similaires ont été suivies par le LASDEL, avec toutefois des entretiens plus détaillés avec les informateurs clés et un ciblage différent (décrits ci-dessous), pour recueillir des informations relatives à ses principales questions de recherche qu'étaient:

- Quelle est la perception des agents de santé et des autorités sanitaires par rapport à l'approche CMAM Surge (valeur ajoutées, défis et utilité)?
- Au sein des établissements de santé qui mettent en œuvre l'approche « Surge », quelles adaptations ou innovations ont été faites et devraient être capitalisées? Quelles améliorations/évolutions du Surge seraient pertinentes?

A la suite d'une revue littéraire, il a été tenue une réunion préparatoire de l'étude entre le laboratoire de recherche « LASDEL » et Concern pour discuter de la méthodologie à adopter et le questionnaire à utiliser. Il a été établi lors de cette réunion les critères de choix des centres de santé à analyser portant sur: le contexte de mise en œuvre du Surge (urgence ou développement, zone urbaine ou rurale); le partenaire de mise en œuvre; la durée de mise en œuvre; le dépassement de seuil Surge; et l'activation ou pas des actions Surge.

La démarche de recherche retenue était essentiellement qualitative et largement décrite dans des documents présentant l'ECRIS³. La collecte des données s'est faite en deux phases auprès des acteurs de mise en œuvre du CMAM Surge et des différentes parties prenantes allant des bailleurs aux autorités de tutelle. La première phase a concerné Niamey, Maradi et Tahoua et la seconde Tillabéri. Il a été ensuite procédé au recoupement et à la consolidation des données collectées qui ont été complétées à distance au besoin. Cette phase de consolidation des données a été suivie d'une analyse et d'une interprétation des informations recueillies ayant abouti à la rédaction du rapport de l'étude.

3. Observations Communes

Les deux processus de capitalisation ont permis de recueillir des informations importantes sur les enseignements tirés, les bonnes pratiques et les défis à relever, dont certains étaient communs aux deux rapports.

Un certain nombre de **bonnes pratique clés** ont été identifiés dans les structures de santé où le CMAM Surge était fonctionnel:

- Un engagement fort et une compréhension de l'approche de la part d'une variété d'acteurs (par exemple, le personnel de l'établissement de santé, l'équipe de santé du district, les ONG, les membres de la communauté);
- Des seuils dynamiques qui sont revus régulièrement et qui reflètent la capacité de l'établissement de santé;
- L'intégration des actions Surge dans les plans d'investissement annuels;
- La notion de personnels de l'établissement de santé qui étaient des « réformateurs » qui ont adapté, innové ou fait progresser de manière significative l'approche Surge pour répondre aux besoins identifiés de l'établissement de santé;
- Supervisions conjointes régulière par l'ECD et l'intégration du CMAM Surge dans le suivi de routine de la PCIMA.

D'autre part, un certain nombre de **tendances communes** ont été observées dans les établissements de santé où le CMAM Surge n'était pas fonctionnel:

- Une appropriation insuffisante et faible motivation dans la mise en œuvre de l'approche par le personnel des structures de santé. Souvent la rotation élevée

2. LASDEL, « Le CMAM Surge au Niger - Une Capitalisation « par le bas » », Novembre 2021

3. Bierschenk et Olivier de Sardan 1994.

PHOTO 3 : Exemple de calendrier des saisons et des événements dans le CDS Founkoye (Tahoua, mai 2021).

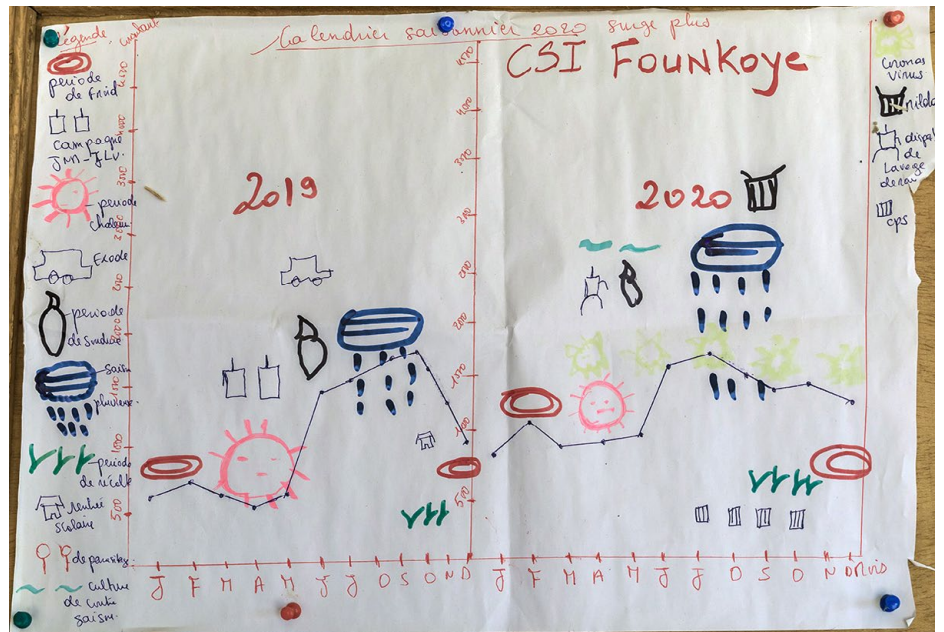


PHOTO 4 : Formation du personnel sanitaire sur l'approche Surge; centre de santé de Founkoye, Niger 2021.



du personnel signifie que personne dans la structure n'a été formé à l'approche, ainsi le progrès est perdu;

- Le Surge est perçu par certains agents comme une « activité des ONG », insuffisamment intégrée lors de la phase de mise en œuvre; cela pourrait poser le risque de non poursuite de l'approche à la fin des projets;
- La mobilité des agents formés sur le Surge posant la problématique de la continuité de la mise en œuvre adéquate de l'approche par les nouveaux agents qui sont souvent sans notion sur le Surge. Cette situation dénote de l'insuffisance dans le transfert de compétences sur l'approche CMAM Surge lors des changements d'équipes;
- Des seuils qui ne reflètent pas la charge de travail et qui ne sont pas révisés régulièrement et les plans d'action Surge sans source de financement.

Un certain nombre **de défis** ont été identifiés comme devant être:

- L'engagement des ECD dans le suivi de l'approche CMAM Surge;
- L'implication des pools de formateurs de la région dans le processus d'implémentation et de suivi du CMAM Surge;
- L'interconnexion et les relations entre les communautés, la diaspora, les collectivités et les autorités sanitaires.

Pour ce qui est des trois étapes Surge, qui étaient spécifiquement ciblées (3, 4 et 5), un certain nombre de bonnes pratiques et de défis ont été identifiés, et sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

TABLEAU 1 : Résumé des principales bonnes pratiques, innovations et défis associés aux étapes de fixation des seuils (Etape 3), de définition et chiffrage des actions Surge (Etape 4) et de formalisation des engagements (Etape 5).

	BONNES PRATIQUES ET INNOVATIONS	GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT
ETAPE 3	<ul style="list-style-type: none"> Fixation des seuils MAS (malnutrition aiguë sévère) en deux phases considérant les demandes de services sur la base des tendances saisonnières des morbidités (<i>exemple: période normale de janvier à juin et période de fortes demandes des services de juillet à décembre</i>); Alerte évolutive - pointage journalier ou hebdomadaire des cas pour le suivi des seuils, plutôt que d'attendre la fin du mois; Suivi des seuils à travers les tableaux de bord (<i>exemple: Base de données digitalisée Surge, utilisation de l'outil informatique pour suivi et affichage plus propre</i>); Analyse des données et des informations Surge de façon régulière (par rapport aux capacités, événements précurseurs de fortes demandes de services avec des comparaisons rétrospectives) pour prendre des décisions de réviser les seuils; Utilisation des papiers millimétrés pour le suivi des seuils et les courbes des morbidités. 	<ul style="list-style-type: none"> Les agents se limitent aux calculs théoriques des seuils (outils 8). Le personnel des établissements de santé comprend mal pourquoi et sur quelle base les seuils sont fixés; Les seuils ne tiennent pas compte de l'augmentation de la charge de travail ou de changement des capacités; Les mêmes seuils sont affichés pendant 2 à 3 années sans trace de révisions des seuils; La non confirmation et validation des seuils par les DS et DRSP (District régional de santé publique); La non implication des autres acteurs dans le processus de fixation et suivi des seuils surtout pour les acteurs communautaires ou les collectivités; Le mauvais archivage des données et insuffisance dans le remplissage des supports.
ETAPE 4	<ul style="list-style-type: none"> Actions Surge planifiées dans les micros plans de certaines structures (<i>exemple: CRENI CSME -Centre santé mère enfant - Tahoua et CRENI du CHR Tahoua</i>); Etablissement d'un lien entre les autres services (RRM⁴) et les plans d'action (<i>exemple: cliniques mobiles à répondre en cas de dépassements des seuils</i>); Déclenchement des actions à temps car elles sont déjà prédéfinies et bien comprises par l'équipe; Utilisation des moyens existants pour l'exécution de certaines actions localement; Actions de préparation et anticipation aux chocs ou fortes demandes de services sur la base du calendrier saisonnier et des événements passés; Analyse et exploitation des données et des informations Surge pour ré-planifier, réadapter ou revoir les actions Surge. 	<ul style="list-style-type: none"> Actions Surge non détaillées et non clairement définies (pas SMART); Les ressources internes et la réorganisation des ressources ne sont pas suffisamment explorées ou détaillées dans le plan d'action; Confusion entre actions de routine (en phase normale), actions de préparation (en phase normale) et actions Surge; La non remontée des informations Surge; Les actions ne sont parfois pas enclenchées lors des dépassements des seuils; Planification des actions à haut montant – non réalisables; La centralisation des actions Surge au niveau des DS n'est pas faite.

ETAPE 5

- Donateurs modèles ou formalisation locale (particuliers comité de gestion, diaspora) et interne à la structure (organisation interne de l'équipe du centre);
 - Actions Surge planifiées dans le Plan d'action annuel et financées par le fond commun (*ex. CSME Tahoua formation des agents en PCIMA et en CMAM Surge*);
 - Ateliers de plaidoyers au niveau des communes pour l'intégration des actions Surge dans les PIAC (Plan d'investissement annuel communal);
 - Sensibilisation des collectivités et diaspora sur l'approche CMAM Surge pour faciliter la formalisation des engagements;
 - Mise en place d'un comité de suivi des engagements;
 - Groupe WhatsApp pour le partage des informations liées à l'approche Surge et présentation des actions Surge dans certains groupes de la diaspora pour financement.
- Non établissement d'un chronogramme des activités;
 - Non fonctionnalité des comités communaux de santé;
 - Non-respect des engagements pris par certaines communes;
 - Non implication des acteurs de la communauté à la base du processus;
 - Non tenue des réunions de formalisation des engagements en faveurs des actions Surge;
 - Prise des engagements au nom des autres sans leur aval;
 - Le manque de financement de la micro planification, qui ne facilite pas la planification des actions Surge;
 - Le cadrage budgétaire qui limite la prise en compte d'autres actions;
 - L'insuffisance dans la participation des agents de santé dans le processus des PIAC/PDC (Plan de développement communal)

4. Recommandations

Un certain nombre de tendances ont été observées dans les deux évaluations, qui font écho aux observations d'autres évaluations dans la région et au niveau globale. Un résumé des recommandations clés et perspectives d'innovation pour la mise en œuvre et mise à l'échelle de l'approche CMAM Surge sont présentées ci-dessous:

Fixation des seuils (étape 3). La fixation des seuils doit considérer les éléments de la fiche technique d'établissement des seuils, élaborés suite à l'atelier d'harmonisation des seuils tenue en septembre 2020 par le TaskForce National CMAM Surge. Les seuils doivent être fixés correctement pour que l'approche Surge fonctionne. Il est essentiel que la fixation des seuils soit un processus multi-acteurs, et que la capacité de l'établissement de santé soit prise en compte. Il est nécessaire de réfléchir à la manière dont le DHIS2 peut être mieux utilisé et renforcé par l'approche Surge. Les réflexions étaient également encouragées autour de l'automatisation des calculs et du traçage des courbes via une application.

Définition et chiffrage des actions Surge (étape 4). Les actions Surge doivent être SMART⁵. C'est de s'assurer que toutes les actions Surge (avec ou sans implications financières) sont clairement définies, réalisables et révisées régulièrement, y compris un calendrier pour les activités sensibles au temps (par exemple, le thème de la campagne de sensibilisation communautaire). Les plans d'action Surge doivent inclure des actions de préparation et prévention en phase normale, ils ne sont pas destinés à remplacer les processus de planification de routine en temps normal. S'assurer que les plans d'action Surge sont réalisés avec les acteurs communautaires et collectivités et que le plan d'action soit partagé. Plus d'informations sont nécessaires sur les réponses « Surge », en pratique qui finance les actions Surge, et quelle proportion est gérée indépendamment par l'établissement de santé (et/ou avec le soutien de DS).

Formalisation des engagements (étape 5). Promouvoir et plaider pour l'inclusion des actions Surge dans les plans d'investissement annuels et les plans d'action des districts. Tenir un atelier de formalisation des engagements en prélude aux PAA/PIAC au niveau des DS/Communes et impliquer en plus des collectivités et des organisations communautaires (COGES/COSAN, représentants de la diaspora, etc.) toutes les autres parties prenantes. Renforcer la collaboration intersectorielle. S'assurer que les engagements informels sont enregistrés. Une autre suggestion à l'appui de la formalisation des engagements était d'élargir le spectre des acteurs engagés sur le terrain et qui mobilisent des moyens de réponse. *Une cartographie/ « mapping » des acteurs / groupes stratégiques pertinents dans la zone/aire de santé, pourrait être conduit dans la phase de diagnostic initial.*

Investir dans la formation et la mise en place de l'approche Surge, en veillant à une forte implication des équipes sanitaires des districts (Equipe cadre du District et pools des formateurs) à ce stade pour garantir l'appropriation de l'approche. Trouver des solutions pérennes pour la formation des agents sur l'approche CMAM Surge, par exemple en créant des matériels de formation audiovisuels, des guides de poche, tutorat etc. En plus l'importance d'assurer l'interactivité était soulevé et garantir qu'un processus de *garder une trace des briefings et d'y revenir en cas d'incertitude.*

Établir et renforcer la capacité des pools de formateurs nationaux et régionaux du CMAM Surge pour promouvoir l'appropriation de l'approche par le gouvernement, et la durabilité après la fin du projet. Ce point pourrait être approfondi, en exploitant le réseau des « réformateurs » qui dans *l'espace et leur mobilité pourrait permettre d'en faire des ambassadeurs* dans le processus d'extension géographique de l'approche Surge.

La supervision conjointe est une opportunité importante pour renforcer les capacités et assurer qualité technique de l'approche Surge. Le personnel des établissements de santé qui n'est pas formé à l'approche devrait être encouragé à participer à des séances de supervisions pour les orienter sur l'approche. Ces supervisions réalisées conjointement par les services techniques de la santé et

5. SMART: Spécifique, Quantifiables, Réalisables, Pertinent, Limité dans le temps

les collectivités pourraient permettre de renforcer le rôle et l'implication de ces structures dans la mise en œuvre et le suivi des activités CMAM Surge. De même, l'intégration de CMAM Surge dans les processus de suivi de routine de la PCIMA est plus efficace en termes de temps et évite la duplication des processus.

Encourager **l'engagement des acteurs communautaires** dans la démarche. Des liens plus étroits devraient être établis avec les relais communautaires et les collectivités pour organiser et prioriser les activités communautaires en fonction de l'analyse des tendances saisonnières et des seuils fixés. Une suggestion a été faite concernant le nom de l'approche « CMAM Surge », qui n'a pas trop de sens en français, de le remplacer par un mot en langue locale qui pourrait peut-être favoriser l'engagement des acteurs communautaires. Par exemple: « *hanguié* » (en haoussa) qui signifie voir loin, voir ce qui va venir et fait référence aux notions de préparation, de vision détaillée/fine (voir au fond des choses) et de préparation/ planification, et « *dogoney* » (zarma) qui renvoi au dépassement/besoin d'appui.

D'autres **pistes d'évolution** ont été citées, dont certaines sont déjà en cours, incluent l'extension de Surge à d'autres morbidités, pour éviter que certaines structures ne soient débordées sans que les seuils ne soient franchis (par exemple avec un pic du paludisme). Deuxièmement, d'explorer et renforcer les liens avec les mécanismes d'alerte précoce et d'action rapide.

Le **processus d'institutionnalisation** de l'approche CMAM Surge porté par la DN a été soutenu par Concern et a abouti à l'élaboration et à la validation d'une « Stratégie nationale de mise à échelle de l'approche Surge appliquée à la nutrition » en 2021. Cette stratégie a vu la prise en compte des recommandations techniques clés faites par les études de capitalisation du CMAM Surge. La prochaine étape consistera à plaider pour l'intégration de l'approche Surge dans le protocole national PCIMA.

Concern, à travers le programme ERNE, continuera à soutenir la DN pour relever les défis, explorer davantage les innovations proposées et mettre en œuvre la recommandation dans les années à venir.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter: cmamsurge@concern.et ou visitez notre [site web](#)

Avertissement: Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés sont toutefois ceux de Concern uniquement et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'UE ou du service de la protection civile et des opérations d'aide humanitaire (ECHO) de l'UE. Ni l'UE ni ECHO ne peuvent en être tenus pour responsables. Ce document est publié dans le cadre du programme Enhanced Responses to Nutrition Emergencies de Concern, financé dans le cadre d'un partenariat programmatique pilote entre Concern et ECHO.