



ÉTUDES ET TRAVAUX
N° 136

MAMAN SANI SOULEY ISSOUFOU & JEAN-FRANÇOIS CAREMEL

AVEC LA COLLABORATION DE : NAPIOU MAHAMANE OUMAROU, HAMISSOU LAOUALI
IBRAHIM, HANNA OUSSEINI, SAIDOU OUMAROU MAHAMANE, TÉOMA MAMADOU
OUSSEINI, FALMATA HAMED MALLAM ABBA

UN MODÈLE VOYAGEUR EN SANTÉ À L'ÉPREUVE DES
CONTEXTES NIGÉRIENS

L'APPROCHE « SURGE » DANS LA LUTTE CONTRE LA
MALNUTRITION

2025 (ÉCRIT EN 2020)

Sommaire

Introduction	5
Questions de recherche & méthodologie	9
Questions de recherche	9
Méthodologie de la recherche	9
Limites et contraintes	11
Surge : un objet à la trajectoire complexe, aux définitions multiples et aux niveaux de mise en œuvre variables	13
Premiers pas globaux et locaux d'un modèle voyageur	13
L'importance de l'intéressement et de la mise en réseau locale et globale	16
La transition vers Health Surge, une difficile mais nécessaire évolution	17
Au niveau national, des motifs d'engagement multiples des acteurs d'appui	19
Au niveau local, des réalités multiples et nuancées	21
Méconnaissance importante de Surge par les agents des structures sanitaires où il devrait être déployé	21
Diversité des définitions, appréciations et des motivations pour Surge	21
Un niveau de mise en œuvre incomplet et donc faible	22
Analyse des causes du déploiement incomplet de l'approche Surge	25
Problèmes des formations initiales et des briefings sur site	27
Le défi de la mobilité des agents de santé et des personnels d'encadrement	29
Des tentatives imparfaites d'ajustement pour répondre aux problèmes essentiels	30
Les limites de l'accompagnement par les partenaires de proximité.	31
Les problèmes du passage à l'échelle	35
Lorsque « l'alignement de planètes » s'opère autour d'un réformateur	37
Un acteur décisif : le réformateur	40
Des compétences clefs spécifiques au Surge	42
Des alliances essentielles	43
Innovations amélioratives et palliatives	45
L'articulation de Surge avec des innovations préexistantes	47
Des innovations sociales et managériales dans le déploiement de Surge	48
Des réussites dans le déploiement de Surge mais un impact limité	48
Les prénotions erronées de Surge sur la participation locale	48
Des solutions officielles qui restent très partielles et fragiles	49
Quand les experts contextuels font évoluer radicalement Surge	51
Une base de départ identique... mais différente	54
Une clé du changement: du réformateur à l'expert contextuel	55
Des alliances locales habituelles mais spécifiques aux experts contextuels et aux structures dans lesquelles ils exercent	56
Des spécificités contextuelles qui expliquent la trajectoire particulière de Surge	57
Consolider les acquis ?	61
Les deux écoles de mise en œuvre de la fonction de veille de SURGE	61
Les limites d'un bon outil : les fonctions de veille et de réponse	62
Les 4 angles morts de l'analyse des problèmes des structures dans Surge	64
Des pratiques innovantes à reconnaître et diffuser via SURGE	67

UN MODÈLE VOYAGEUR EN SANTÉ À L'ÉPREUVE DES CONTEXTES NIGÉRIENS. L'APPROCHE « SURGE » DANS LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION

Maman Sani Souley Issoufou et Jean-François Caremel

Introduction

L'approche CMAM SURGE contre la malnutrition a été introduite au Niger en 2014, dans 11 Centres de Santé Intégrée (CSI) et le CRENI du CHR (Centre Hospitalier Régional) de Tahoua. Depuis lors, l'approche a été étendue à 5 régions et 434 structures de santé. Elle s'articule autour des 8 étapes suivantes :

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

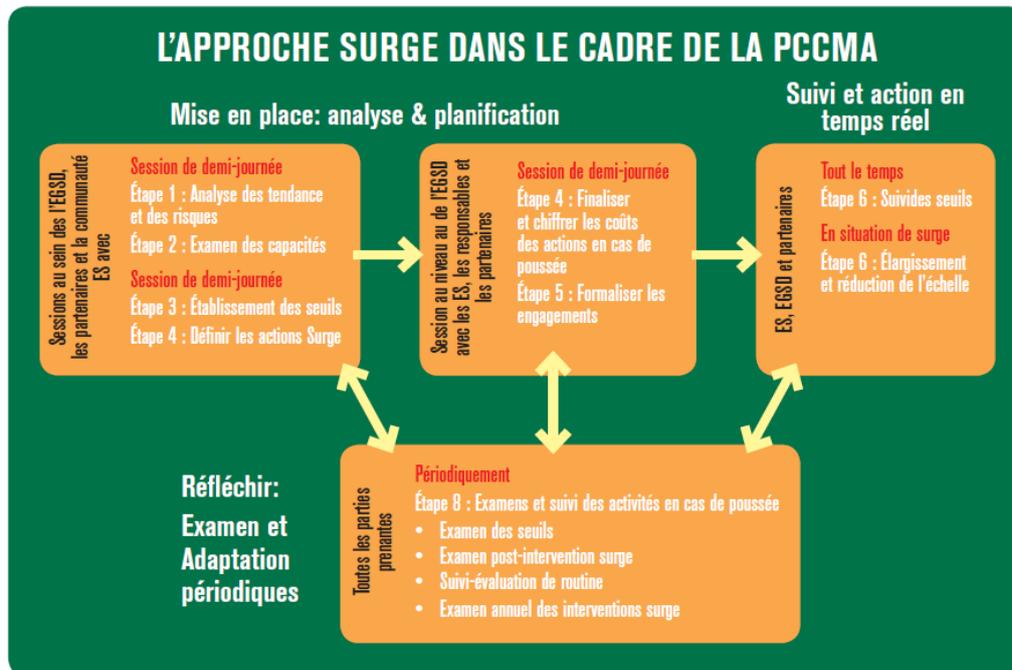


Figure 1: Les 8 étapes de SURGE (extrait du manuel de formation Surge – Concern Worldwide)

Les modalités de déploiement sont encadrées par 8 principes sous-jacents qui doivent servir de boussole à l'ensemble de la démarche :

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.



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.

Le concept de SURGE est un acronyme anglais qui signifie : *Scale-Up Urgency Response Growth Efficiency*. Il fait référence à la capacité de préparation et de réponses à une crise. Cela peut être une crise sanitaire (réponse rapide à une urgence épidémique) ou humanitaire (déploiement rapide en cas de guerre, déplacements forcés des populations, etc). Le CMAM SURGE (*Community-Based Management of Acute Malnutrition*, Gestion Communautaire de la Malnutrition Aiguë) consiste en l'application de SURGE au domaine spécifique de la malnutrition. Autrement dit, il s'agit de la capacité du système de santé à anticiper et à se préparer à faire face à une hausse subite des cas de malnutrition.

Comme tel, le CMAM Surge peut être considéré comme un modèle voyageur qui s'applique dans des pays submergés par la malnutrition, c'est-à-dire des pays pauvres. Quant au Health Surge, il s'applique au système de santé dans son ensemble pour renforcer la capacité du système à anticiper, planifier et mettre en œuvre un plan d'action pour répondre à une forte et soudaine demande de soins tout en maintenant leur qualité.

En 2019, le LASDEL a réalisé une évaluation autour de l'efficacité, de l'impact, de l'efficience, de la pertinence et de la soutenabilité de l'approche CMAM Surge. Cette évaluation a conclu que l'approche Surge, telle que mise en œuvre au Niger, peut renforcer la capacité des structures de santé à gérer l'augmentation périodique du nombre de cas de malnutrition pendant un choc ou un stress tout en maintenant la qualité d'une manière durable et acceptable pour les patients/clients et les prestataires de services. Il ressort clairement de l'évaluation que le personnel des structures de santé considère que l'approche est utile, mais les obstacles et les succès d'appropriation de l'approche ne sont pas bien identifiés.

Il est donc apparu nécessaire de mieux identifier les conditions clés (chemin critique, contextes, processus), et les principaux facteurs et obstacles à la réussite et à la durabilité de la mise en œuvre et de l'appropriation de l'approche Surge au niveau des différentes structures et du système sanitaire.

L'analyse des résultats de données collectées sur le terrain au cours de cette recherche est à l'image du déploiement du Surge¹ au Niger : paradoxale. D'un côté l'adhésion à Surge du haut niveau de la santé publique au Niger est effective ; l'approche, qui fédère des partenaires techniques et financiers multiples, s'appuie pour préparer la gestion locale des pics d'activité de prise en charge de la malnutrition sur des logiques pertinentes, de participation locale et de subsidiarité, et des outils simples et familiers. Assez logiquement la démarche devrait concourir à l'amélioration de l'offre de soins et contribuer au renforcement du système de santé. Pourtant, si l'on retient la définition de Surge qui est au cœur du manuel de formation, il s'avère que moins d'un tiers des structures visitées (dans un échantillonnage raisonné qui tend à sur-représenter les réformateurs/ bonnes pratiques) l'ont réellement déployé.

La répartition spatiale de ces structures semble échapper à toute logique (à l'exception d'un district sanitaire qui enregistre un haut niveau de déploiement de Surge dans ses structures, ce qui souligne l'importance du portage par un Médecin Chef de District réformateur). On retrouve en effet des structures qui ont effectivement déployé Surge dans son intégralité (8 étapes) en respectant du mieux possible les principes directeurs dans 4 des 7 districts visités. Celles-ci jouxtent souvent des structures où Surge reste en jachère. Ce constat tend à invalider l'idée d'un modèle de déploiement uniforme, d'une maîtrise / recette particulière en matière d'accompagnement d'une ONG (même si certaines semblent enregistrer un niveau de déploiement plus élevé que les autres). Il invite finalement à étudier « par le bas » les causes de l'échec autant que celles du succès pour lutter contre les premières et promouvoir, si cela est possible, les secondes.

Ce constat conduit, après une sociohistoire de l'approche, à une analyse détaillée de Surge, ses perceptions (partie 1), ses modes de mise en œuvre, ses réalités et dynamiques multiples, ses fonctionnements et dysfonctionnements quotidiens. A travers cette lecture peuvent être interrogées, de manière critique, certaines des logiques de l'approche, sa cible, ses outils et de ses modalités. La compréhension fine des échecs mais surtout des succès

¹ Surge fait référence dans ce rapport à l'approche CMAM SURGE.

permet de proposer une grille d'analyse nouvelle, centrée sur des acteurs clés, réformateurs de l'intérieur et experts contextuels (partie 2), et leurs pratiques innovantes. La compréhension plus fine des dynamiques quotidiennes de l'approche permet de décentrer la lecture du Surge, et invite à distinguer les fonctions de veille-alerte et de préparation et réponse (partie 3).

Questions de recherche & méthodologie

Questions de recherche

Les analyses qui suivent sont le fruit d'un travail de recherche mixte conduit par 2 chercheurs du LASDEL et 6 assistants de recherche au cours d'une période de 3 semaines de terrain.

Elles sont à l'intersection :

- D'enjeux opérationnels et d'un besoin de capitalisation de l'approche avec un regard de sciences sociales exprimé par l'ONG Concern et appuyé par son bailleur, ECHO ;
- De recherches sur l'anthropologie de la santé et notamment l'analyse du fonctionnement des systèmes de santé au Niger conduites depuis 20 ans qui ont pris ces dernières années pour objet l'analyse des modèles voyageurs de la santé globale et des alternatives ou approches complémentaires possibles, notamment via des approches de réforme par le bas, initiées par des réformateurs de l'intérieurs/experts contextuels². C'est notamment dans le cadre de ces recherches que nous nous étions intéressés, depuis 2019, à Surge et notamment à la manière dont il était déployé par des réformateurs travaillant au CHR et au CSME de Tahoua.

A l'interface de cet intérêt commun pour le Surge par Concern et le LASDEL, l'objectif de cette recherche a été co-construit pour prendre en compte des besoins opérationnels, de Concern, et de recherche, du LASDEL :

« 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 ».

Cet objectif a décliné en trois questions principales, largement imbriquées et assez vaste pour ne pas être limitatives.

- Quelle est la trajectoire socio-historique de la mise en œuvre du SURGE au niveau région / district / structure sanitaire ?
- Quelle est la perception des agents de santé et les autorités sanitaires par rapport l'approche CMAM Surge (valeur ajoutées, défis, 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 ?

Méthodologie de la recherche

Pour apporter des éléments de réponses à ces questions, l'analyse s'appuie sur une démarche de recherche construite sur une série longue d'entretiens (160), conduits à différents niveaux, de la Direction de la Nutrition (DN) aux structures de santé en périphérie, des bailleurs aux acteurs de mise en œuvre. Le travail de terrain a été conduit à partir d'un échantillonnage raisonné qui a permis d'étudier le CMAM SURGE dans 3 régions, 7 districts et 26 structures (CSI, HD, CSME, CHR). Le choix de ces structures et districts a été opéré de manière à prendre en compte la diversité des partenaires de mise

² Pour une synthèse articulée de l'ensemble de ces recherches, nous renvoyons vers l'ouvrage « La revanche des contextes » (Olivier de Sardan, 2021, Karthala) que certaines analyses du présent rapport, notamment sur la typologie des réformateurs et leur rôle inattendu d'adaptation créative dans le déploiement/success story des modèles voyageurs, viennent préciser.

en œuvre (5 ONG), de leurs approches et de leurs contextes de déploiement de Surge (zones stables/insécures, faible/forte prévalence de malnutrition, haut/bas niveau d'admission, durée de déploiement...)³. Une variable, qui s'est révélée décisive, issue des dernières recherches et publications du LASDEL a été ajoutée pour sélectionner les structures visitées : la présence (ou non) d'agents réformateurs/d'« experts contextuels ».

	Partenaire	Type structure			Environnement		Contexte		Niveau d'activité MAS/MAM			Durée de déploiement SURGE		Présence de réformateurs connus	
		CHR/CSME	HD	CSI	Rural	Urbain	Urgence	Stable	Fort	Moyen	Faible	Longue	Courte	Oui	Non
Tahoua											x	x		x	
Tahoua Commune + CRENI CHR et CSME	Concern	x		x		x		x			x	x			
Tahoua Département	Concern			x	x			x				x		x	
Keita	ACF		x	x	x			x		x					
Maradi															
Dakoro	ALIMA		x	x	x			x	x			x			
Mayahi	ACF		x	x	x			x	x			x		x	
Aguier	SC		x	x	x	x		x		x					
Tillabéri															
Tillabéri	COOPI						x			x		x			

Figure 2: Critères de sélection des districts de l'étude.

Une cartographie des « groupes stratégiques » a été développée et explorée de manière systématique dans le cadre des entretiens, jusqu'à saturation. Il s'agit : des agents de santé au niveau des CSI et des structures hospitalières (CSME, CHR, HD), des relais communautaires, des bénévoles, des maires, des cadres de la DN, de ECHO et des acteurs partenaires de la mise en œuvre (les ONG Concern, Save-the-Children International, COOPI, Befen-Alima).

Les entretiens, conduits en langue locale aussi souvent que possible, si nécessaire en passages répétés pour assurer la complétude des informations à mobiliser, ont été doublés d'observations, d'analyses de la matérialité de Surge dans les structures (formes intermédiaires, formations, affichage, formalisation des engagements...) et en dehors (rapports, cadres logiques, réunions...). Ces éléments mobilisés sur le terrain ont fait l'objet de débriefings journaliers par l'équipe, qui étaient ouverts aux équipes des projets visités⁴. Ces séances de travail ont permis d'identifier les études de cas à réaliser (18).

Cette méthode qui articule un travail d'entretien individuel ou en binôme, et un traitement des données en vue de leur présentation aux autres membres de l'équipe dans des réunions journalières, contribue à une triangulation des données et à une saturation rapide. Elle permet la confrontation des données et des analyses et avec elles l'identification en continu

³ Les trois régions parcourues dans le cadre de cette étude sont couvertes par cinq des neuf ONG internationales qui déploient Surge dans tout le pays.

⁴ La disponibilité des équipes des acteurs de mise en œuvre mais aussi parfois les horaires tardifs de ces débriefings ont souvent empêché la participation des personnels des ONG aux débriefings. Dans les rares cas où leur présence a été effective, elle a été riche de contributions et d'orientations pour la suite du travail de collecte de données.

de nouvelles pistes de recherches et d'hypothèses de travail qui viennent alimenter la collecte des données et l'analyse, l'enrichissant et la rendant plus complexe/nuancée.

Ces restitutions régulières permettent aussi d'échanger sur les modes de collecte/production des données et d'en assurer la cohérence et un perfectionnement continu, garantie de qualité des données, et de leur analyse.

L'ouverture des séances de débriefing de terrain aux partenaires s'est doublée de séances de restitution en clôture des séjours en région. Ces restitutions ont également été conduites à Niamey au niveau des coordinations au sortir de la première phase de travail de terrain (Tahoua et Maradi). Ces moments d'échange ont été considérés comme des phases de partage mais aussi de production de nouvelles données et des étapes importantes dans l'appropriation progressive des résultats de la recherche⁵.

Ce travail qualitatif a été complété par le remplissage d'un questionnaire au niveau de chaque structure. Celui-ci a été adressé après les entretiens pour assurer une véracité des réponses apportées

L'ensemble de ces données ont été intégrées dans une base de données, articulant information de terrain et verbatim, qui a été analysée et dont certains éléments viennent alimenter / illustrer le rapport complet.

Limites et contraintes

La plupart des hypothèses de départ, à l'exception de la variable « réformateur local », qui sont à la base de l'échantillonnage raisonné ont été infirmées par le terrain. Ceci est une donnée heuristique importante tant elle invalide les présupposés d'un modèle plus performant que les autres ou de contextes plus favorables dans le déploiement de Surge.

L'approche méthodologique retenue et les modalités d'échantillonnage raisonné conduisent en outre à une surreprésentation des réformateurs et avec eux du nombre de structures visitées ayant déployé intégralement Surge. Cette surreprésentation statistique probable permet une analyse plus fine des dynamiques de déploiement/succès de Surge. Elle est donc pertinente d'un point de vue heuristique et ne constitue en aucun cas une anticipation auto réalisatrice. Elle constitue au contraire la seule hypothèse / clé d'analyse qui ait survécu à l'épreuve du terrain.

Le fait que nous ayons recouru à un questionnaire nous permet de proposer quelques données chiffrées brutes (effectifs). Malgré la demande faite par les partenaires, nous ne présentons pas de données statistiques en raison du faible nombre de questionnaires, et du biais d'échantillonnage évoqué ci-dessus. C'est également pour ces raisons que nous avons pris le parti de ne pas présenter les données chiffrées en dehors du texte, sous la forme d'un tableau.

Une part importante des questions adressées dans le cadre du questionnaire a fait l'objet de réponses doublement discordantes :

- Entre elles, avec des réponses similaires à des questions différentes et/ou des réponses contradictoires au sein du même questionnaire (problème de cohérence du discours des interviewés),
- Entre les réponses au questionnaire et les données collectées par des approches qualitatives (entretiens, observations...). En cas de discordance nous avons

⁵ Ici encore, les partenaires de mise en œuvre de Surge qui étaient invités ont été peu présents, ce qui a été regretté par Concern comme par le LASDEL.

privilegié le contenu des entretiens/observations qui étaient plus riches et plus facilement triangulables du fait de notre approche méthodologique.

Ces éléments apportent une justification supplémentaire à l'absence de présentation sous forme de tableau/de recours et d'analyse fine des données quantitatives.

En plus du cadrage général, des objectifs et des questions spécifiques, repris au début de cette partie, Concern avait proposé dans les termes de référence une liste de questions visant à documenter les résultats opérationnels. Nous y apportons un certain nombre de réponses à partir de l'analyse du fonctionnement quotidien de Surge. La lecture « par le bas », depuis les réalités de terrain conduit à compléter les questions posées par Concern. Nous avons pris le parti dans les développements qui suivent d'une analyse fine à partir des réalités quotidiennes de Surge. Cela nous permet de porter une attention symétrique aux motifs d'échec et de succès. Ce parti pris explique le format, l'organisation et la longueur du présent rapport qui va bien au-delà des questionnements initiaux et du format de 30 pages demandées par Concern.

La spécificité de certaines analyses est limitée par l'anonymisation des études de cas et des verbatim qui ponctuent ce rapport. Pour des raisons de cohérence et d'éthique nous avons choisi une anonymisation intégrale y compris pour les informations positives/non problématiques. Cela est la contrepartie d'un engagement vis-à-vis des interviewés, qui est une condition d'une parole libre au cours des entretiens.

Surge : un objet à la trajectoire complexe, aux définitions multiples et aux niveaux de mise en œuvre variables

Diverses analyses des innovations, proposées par les sciences sociales, invitent à lire leurs trajectoires comme des processus de traductions et d'intéressements multiples. Ces approches invitent à s'intéresser aux acteurs de mise en œuvre « par le bas », à leurs pratiques quotidiennes, en prenant en compte la diversité des perceptions et des motifs d'engagement ; mais aussi à l'innovation en elle-même, à ses différentes modalités, en en faisant un acteur à part entière, avec une matérialité, des effets, des potentialités, réalisées ou non, imaginaires ou réelles. Cette lecture est symétrique à de multiples niveaux : entre objets et humains, entre différents groupes d'acteurs, entre attentes et résultats. C'est à l'aune de leurs lectures, des usages et des motifs d'engagement (ou non) qu'il est possible d'esquisser une compréhension de la trajectoire de ces démarches et objets. C'est cette démarche analytique que nous remobilisons dans l'étude de Surge.

Nous proposons de commencer cette analyse par une lecture de l'histoire longue de Surge.

Premiers pas globaux et locaux d'un modèle voyageur

Parce qu'il est déployé de manière globale, de pays en pays, parce qu'il propose une démarche, une mécanique et une ingénierie standardisées, alimentées par le développement d'une expertise transnationale, et parce que sa trajectoire est au cœur d'une mise en récit /success story par ses porteurs, Surge peut être analysé comme un « modèle voyageur »⁶. Ce récit, reconstruit au fil des entretiens et validé par la littérature, inscrit Surge au Niger dans un processus long qu'il convient d'analyser pour en comprendre les dynamiques actuelles.

Les premiers pas d'un modèle voyageur

Le développement de Surge s'inscrit dans le cadre de réflexions sur les modalités de réponses aux variations saisonnières de la malnutrition tout en répondant aux enjeux de renforcement des systèmes de santé. Ces enjeux font depuis 10 ans l'objet de tests et de modèles concurrents portés par différentes ONG.⁷

Les premiers pas de Surge varient en fonction de nos interlocuteurs. Pour certains, les idées à la base de l'approche ont été testées et organisées pour la première fois en 2009 en Ouganda. Pour d'autres, le point de départ est le premier projet Surge déployé par Concern au Kenya en 2012. Dans tous les récits, le Kenya reste le pays de référence et le point de départ de la success story. Ceci s'explique selon nos interlocuteurs par le fait que le Kenya a été le premier pays à déployer l'approche à l'échelle nationale, avec un relais central du Ministère de la Santé. Le modèle s'est déployé ensuite progressivement, puis de plus en plus rapidement sur le continent, notamment en Afrique de l'Ouest.

La diffusion et la success story de Surge masquent le fait que le modèle est devenu dominant au prix de l'exclusion d'autres modèles qui avaient d'autres spécificités/avantages. C'est ce que constate les cadres d'une ONG :

⁶ « Toute intervention institutionnelle standardisée (une politique publique, un programme, une réforme, un projet, un protocole, selon les échelles ou les domaines), en vue de produire un quelconque changement social, et qui repose sur un « mécanisme » et des « dispositifs » censés avoir des propriétés intrinsèques permettant d'induire ce changement dans des contextes de mise en œuvre variés » (...) « chaque modèle voyageur est spécifique, et repose, sur un mécanisme et des dispositifs ayant leurs caractéristiques propres, qui en font un modèle unique. Mais tous ont en commun la foi des experts en l'efficacité intrinsèque du mécanisme et tous reposent sur un processus de standardisation en vue de l'implantation dans des contextes multiples ». (Olivier de Sardan 2021, op. cit.)

⁷ Yourchuck, A. and Golden, K. 2021. "The 'CMAM Surge' approach: setting the scene". Emergency nutrition network/

« C'est le modèle (Surge) qui domine aujourd'hui. Dans le temps, il y en avait d'autres. ACF était plutôt sur le renforcement des systèmes de santé par la nutrition par exemple. Le Surge est plutôt la gestion des pics » (responsable nutrition d'une ONG internationale).

La primauté actuelle du modèle Surge n'est pas nécessairement expliquée par ses performances absolues, son efficacité... il tient aussi à la capacité d'intéressement et de diffusion de ses porteurs, à leur capacité à faire émerger une expertise forte et mobile, à mobiliser des financements pour en assurer la diffusion. Bref, la trajectoire internationale de Surge tient aussi, comme ce sera le cas pour l'analyse de son succès sur le terrain, à sa capacité à densifier ses réseaux, à intéresser toujours plus d'acteurs. Cet objectif de diffusion rapide à une échelle globale, qui se retrouve au Niger dans la « mise à l'échelle », constitue une des explications des difficultés rencontrées au Niger comme nous l'analyserons plus bas. Celle-ci a largement été poussée par les bailleurs de fonds humanitaires, comme ECHO, qui a fait de Surge une condition de son financement.

Le succès construit sur un pilote local...

Ce sont les personnes qui ont commencé à le déployer en Afrique de l'Est que l'on retrouve dans les ateliers de lancement de Surge qui se tiennent au Niger en 2014.

« Un expert international, qui parlait même anglais, est venu pour implémenter et générer quelques évidences »

La réunion de lancement qu'a organisée cet expert international anglophone a été le point de départ de l'inscription locale et l'amorce de l'intéressement des acteurs qui encore aujourd'hui constitue l'épicentre du réseau d'acteurs transnationaux.

"Les débuts de Surge au Niger, c'est en 2014. Il y a une formation organisée par ECHO au Grand Hôtel. Concern ou Save, je ne sais plus, voulait exporter le modèle du Soudan et du Kenya. Concern a pris l'initiative et l'a déployé à Tahoua. Déjà, à l'époque, les enjeux c'est autour des seuils et de l'engagement communautaire."

L'engagement de Concern prend la forme d'un projet pilote. Le personnel de l'ONG est formé ainsi que certains des cadres du ministère. Malgré les débuts difficiles, ce sont ces personnes qui vont déployer et faire le succès de Surge à Tahoua puis au niveau national.

Le pilote ne concerne initialement qu'un petit nombre de CSI (5) et la pédiatrie du CHR. Ce choix tient au dynamisme des équipes de ces structures. Alors que l'approche semble commencer à porter ses fruits, une période de latence survient. Le financement est réduit et le projet ne fait plus l'objet de la même attention, ce qui en fragilise la dynamique.

En 2016, sur des fonds ECHO, le projet est relancé, au Niger et dans d'autres pays du Sahel. Certains responsables des structures formées dans la phase précédente deviennent des formateurs. La motivation est importante et débouche sur une mise au point rapide de guides et d'outils qui sont validés en 2017, année où le projet entame une première phase de croissance avec le passage de 11 à 30 CSI appuyés dans le district urbain et rural de Tahoua.

Les modalités et défis du passage à l'échelle

2018 marque un tournant dans l'approche, avec la sortie du projet pilote et le développement d'une ambition d'extension avec des partenaires et des zones de déploiements multiples. Cette transition qui est poussée par les bailleurs dans un contexte de réduction des financements dédiés à la prise en charge de la malnutrition et dans la

perspective d'une « responsabilisation de la partie nationale » et d'« amélioration de l'efficacité des financements ».

« Après l'expérience de Concern, les bailleurs sont inscrits sur cette lignée et nous ont exhorté à nous engager, on l'a fait progressivement à Bouza, Mayahi, Keita et depuis mars 2019 »

Mais cette extension est complexe, comme nous le verrons plus bas, les partenaires ne déploient pas tous Surge pour les mêmes raisons et il s'ensuit des niveaux d'implication variables comme le souligne en entretien un cadre d'ONG.

« En 2018, c'est une formation à Tahoua avec les ONG comme IRC, ACF, COOPI. Il y a aussi UNICEF. Le CSME y a aussi été invité. À la fin de la formation chacun devait proposer un plan d'action et de mettre en œuvre. Mais il y avait des intérêts vraiment différents selon les participants. »

Les agents des CSI de la zone pilote sont mobilisés et constituent un pool de formateurs pour accompagner les ONG dans l'extension. Ceux-ci sont relayés par une logique de pools de formateurs régionaux issus du management des directions régionales et des équipes cadres de districts.

Mais cette extension du nombre de districts couverts, malgré une approche progressive (nombre de structures restreint dans chaque district initialement) débouche assez vite sur des problèmes de moyens, notamment humains, dans l'accompagnement. Les ratios agent d'appui / nombre de structures supervisées pose des problèmes à tous les partenaires et impacte la qualité de l'activité.

Les sites pilotes appuyés par CONCERN ne sont pas épargnés. Les cadres de CONCERN qui portaient la phase pilote sont mobilisés avec l'appui des partenaires et la construction d'une architecture nationale de Surge, comme le souligne un cadre de l'ONG :

« Pendant 3 ans, à CONCERN, on s'est attelé à apprendre aux autres ce que c'est Surge, nous avons délaissé notre marmite pour aider les autres à préparer la leur ».

Ce travail impacte fortement la qualité du déploiement dans les districts appuyés par CONCERN dont le nombre augmente.

« Si je prends les 90 centres de santé qu'on appuie, on est devant (les autres ONG, en termes de nombre/couverture). Mais si on va au fond... Ok, dans certains CSI ils ont été formés par leurs pairs. Ils ont pour certains développé une expertise. Mais si on part dans les détails, sur 40 CSI dans le district de T., c'est 10 seulement qui mettent en œuvre l'approche pour de vrai, c'est insignifiant. Mais c'est bien là tout le problème de l'expertise de Concern... il faut évaluer notre travail en prenant en compte les gaps dans le suivi (du fait de l'appui aux autres ONG) et de financement. (...) Sur Surge, Concern (la coordination/ siège) a planifié des actions qui nous dépassent »

Ce constat du déclin de l'appui est souligné par les équipes des différentes structures de santé à Tahoua.

« Concern, ils sont partis, on ne les sent déjà plus. »

Ce retrait de fait, par la faiblesse du suivi apporté par les agents de Concern, ne pose pas de problème dans les structures minoritaires pilotées par des réformateurs qui se sont appropriés la démarche depuis la phase pilote.

« Heureusement qu'on ne les a pas attendus (CONCERN). On a été plus loin (que le CMAM SURGE). Il voulait un truc très vertical mais ça ne tient pas, ce n'est pas notre intérêt... »

« À notre niveau, on n'a pas besoin de CONCERN. Si l'administration et les autorités comprennent l'approche, la situation est passée. »

L'extension du nombre de structures à appuyer, non accompagnée d'une évolution des moyens humains, met les structures nouvellement appuyées, où dont l'équipe vient de changer, dans des difficultés importantes.

Finalement l'expertise d'appui sur le terrain semble se déplacer de CONCERN vers une autre ONG qui développe des approches intéressantes et bénéficie, notamment avec le district de Tahoua, d'une zone de démonstration où s'opère un alignement de facteurs : un MCD très engagé et membre du pool de formateurs régionaux qui fait de Surge une priorité, ce qui impose une mobilisation de la plupart de ses majors, eux-mêmes bien appuyés par un agent de l'ONG parfaitement intégré à l'ECD.

Cette réussite est reconnue, enviée et expliquée par des agents de Concern :

« (ONG), pourquoi ça a réussi, ils ont des agents sur le terrain, ils ont un agent spécialisé par district sanitaire (à la différence de X dont les agents de terrain sont multitâches), qui ne se déplace ni à Niamey, ni à Zinder... »

Cette différence est également soulignée par les membres du pool de formateurs régionaux que Concern a mis en place et qui ont été témoin des changements opérés entre la phase pilote et la mise à l'échelle :

« J'ai vu une différence entre ce que ONG1 et ONG2 fait. ONG1: les agents sont plus sur le terrain, plus concrets. Ici, l'ONG2 c'est plus... presque philosophique. Quand je vois (ONG1) je leur dis « c'est vous qui faites le Surge ». C'est ce que j'ai dit à l'experte (de CONCERN) (il sort son smartphone pour me montrer un message écrit sur WhatsApp): "l'impression générale sur Surge n'est pas bonne." On recule même... »

«, Eux ils parlent plus qu'ils n'agissent, c'est ce que je vois. De l'autre côté (ONG2) j'ai vu un travail de proximité et sur le plan pratique, c'est eux les experts ».

L'importance de l'intéressement et de la mise en réseau locale et globale

Ces critiques fondées tendent à ignorer le rôle central qu'a joué l'investissement des équipes de Concern dans l'inscription nationale de Surge et l'intérêt à long terme de ce travail. Une des réussites notables à ce jour de Surge est sa reconnaissance comme une stratégie nationale. Cette reconnaissance est le fruit d'un travail d'intéressement progressif des cadres techniques du ministère de la Santé et notamment de la Direction de la Nutrition.

Ce travail a été initié par les équipes de Concern autour des personnels de première ligne réformateurs qui ont déployé Surge dans leur structure et qui bénéficient d'une forte visibilité technique et politique et du relais des pools de formateurs, membres des équipes des directions régionales et des districts.

L'approche projet⁸ a permis de constituer des binômes partenaires techniques de mise en œuvre- à différents niveaux. Le choix des personnes-ressource et leur engagement a

⁸ Celle-ci pose un certain nombre de problèmes dans la mise en œuvre pratique de Surge sur le terrain, comme nous l'avons évoqué et comme nous le développerons plus tard,

contribué à une appropriation effective et un portage technique de haut niveau par des cadres de la DN.

Enfin, l'articulation de ces deux facteurs et l'ouverture de certains bailleurs, notamment le Fond Commun, ont permis d'inscrire le passage progressif de Surge à l'échelle, dans un premier temps au niveau des CRENI. Dans un contexte où la mobilisation des bailleurs de développement est difficile sur les enjeux de malnutrition, ce point doit être souligné.

La transition vers Health Surge, une difficile mais nécessaire évolution

Concern conserve un leadership sur l'approche Surge, notamment grâce à une expertise reconnue de ses cadres, à l'accompagnement des partenaires qu'ils ont opéré, au rôle central qu'ils ont joué dans l'impulsion et l'accompagnement de Surge comme stratégie nationale, et à l'animation de la task force. Les éléments développés ci-dessus, notamment la fragilité du dispositif lié aux modalités de mise à l'échelle expliquent en partie l'incompréhension de certains partenaires sur les délais de passage à Health Surge.

" Ce n'est pas compliqué d'intégrer les données, mais CONCERN s'en fait tout une montagne. Ils sont dans une approche pilote et se posent plein de questions... trop de questions (à la différence du Mali où les partenaires sont déjà dans une logique de mise à l'échelle) »

C'est ce que confirment des acteurs de mise en œuvre opérationnelle. Ils soulignent en entretien que la trajectoire complexe de Surge et notamment les difficultés rencontrées lors du passage à l'échelle peuvent expliquer, en grande partie, certains attermoissements de l'ONG :

« Ce sont ces limites (de mise en œuvre de Surge) qui expliquent la logique pilote de Concern sur le Health Surge. »

Le Health Surge constitue un triple défi pour Concern, mais aussi pour les autres partenaires de proximité (s'ils sont réellement intéressés au succès de l'approche et à ses effets positifs attendus sur le système de santé). La réussite de cette transition a des implications évidentes sur la position de l'ONG comme leader du processus. Elle nécessite la reconstitution rapide d'une capacité opérationnelle d'accompagnement et une remise à niveau des structures qui déploient Surge, notamment en termes de formations. On a vu comment le projet pilote a sélectionné des structures plus avancées et actives. Le test des outils et de l'approche a été opéré dans des structures où des réformateurs sont présents, qui ont porté Surge jusqu'à maintenant tout en engageant un travail de fond sur les structures qui sont à la peine avec les bases de l'approche Surge.

Comme dans la phase initiale du déploiement Surge en tant que projet pilote, le risque est grand de tirer des conclusions sur la pertinence de l'approche hors des contextes réels de mise en œuvre, c'est-à-dire à partir de structures de santé dont le fonctionnement constitue d'ores et déjà une exception.

Nous chercherons dans les développements qui suivent à éclairer les dynamiques sous-jacentes de Surge, qui en expliquent les succès et les limites, en vue d'alimenter les réflexions des acteurs et de leur proposer des pistes de travail / orientations.

Au niveau national, des motifs d'engagement multiples des acteurs d'appui

Les motifs d'engagement dans le déploiement de Surge par les acteurs internationaux sont multiples et diffèrent de l'un à l'autre. Cela a des implications fortes sur la logique de Surge mais aussi sur les modalités de déploiements qui peuvent varier d'une ONG à l'autre.

Si les discours dominants en début d'entretien viennent tous présenter Surge comme un outil d'amélioration et de renforcement des systèmes de santé (RSS), assez vite ces arguments sont nuancés, rappelant la diversité des modèles et le caractère finalement restreint du Surge sur la dimension RSS

« Avec le RSS on se base sur les 6 piliers, ils sont bien décortiqués... Surge c'est différent, l'analyse des piliers c'est moins fin, on suit surtout les seuils à la hausse, mais jamais à la baisse... là où je critique Surge, c'est que l'on ne s'intéresse pas assez ce qui se passe dans les structures (de santé) et dans la communauté. Les RH sont-elles là, payées, combien, comment le CSI est organisé, est-ce que le dépistage est actif ? Ça on ne le sait pas... de la même façon, la problématique des évacuations n'est pas prise en charge dans Surge.. »

Le déploiement de Surge est expliqué aussi par d'autres arguments.

Pour nombre d'acteurs, bailleurs et ONG, il s'agit d'une activité clef dans le cadre de la réduction des financements et du transferts des activités. La stratégie vient à point nommé pour proposer une stratégie de sortie et un transfert de responsabilité des acteurs internationaux vers les acteurs locaux dans un contexte de raréfaction des financements.

« Surge prend place dans le cadre du travail d'intégration que ECHO a voulu accompagner au fil du temps en passant progressivement d'un travail sur la couverture géographique, qui vise une augmentation du nombre d'enfants pris en charge, pour révéler le problème de la malnutrition, à un accroissement de l'intégration et de l'appropriation par l'État, même en cas de stratégies de retrait des partenaires techniques et financiers. »

Dans la pratique, Surge est déployé à l'échelle au moment de la phase de réduction rapide des financements d'urgence. Il est un outil clef de l'articulation et de l'orientation des fonds de « la feuille de route nutrition » comme le souligne un cadre d'un PTF du MSP :

« C'est dans ce cadre que s'inscrit le plan de retrait des PTF, autrement dit le plan de transition, au niveau global, et Surge, au niveau local. »

A ce moment dans les entretiens, Surge est fréquemment justifié et réinscrit dans une série de stratégies et politiques nationales, qui ne sont pas nécessairement des réalités pratiques ou qui font l'objet d'une mise en œuvre encore très partielle (gratuités, rôle central des communes et des régions dans la santé, décentralisation des crédits, feuille de route nutrition, ICCM...)

Ces justifications partagées par la plupart de nos interlocuteurs ne doivent pas masquer des approches et niveaux d'engagement très différents que reconnaissent les acteurs en off.

« Deux faiblesses majeures de Surge: les différences de philosophie d'intervention des ONG et les différences en termes d'appropriation par les ECD »

Le risque est donc connu et reconnu d'un décalage entre les engagements pris et les pratiques et solutions déployées. Les différents points de blocage de Surge sont parfois mieux articulés par des acteurs extérieurs, la DN et les bailleurs que par les équipes des projets eux-mêmes.

Sont ainsi soulignés :

- Les goulots d'étranglement que constituent la qualité et la disponibilité des données de prise en charge de la malnutrition :

« Ils sont censés (les ECD) être capables d'une lecture et de déploiement de moyens... mais le nœud du problème est lié au DIHS2 et aux problèmes de remontées des données »

- Les décalages entre normes officielles et normes pratiques en ce qui concerne le rôle des plans de contingence dans la gestion des districts sanitaires :

« Le problème c'est que le plan est en règle générale dans les tiroirs des districts sanitaires. Par ailleurs, le plan Surge tel qu'il a été construit avec le partenaire en dernier recours, en pratique, c'est bien souvent le partenaire qui apporte en premier son appui... »

La qualité variable de l'appui des partenaires n'est pas ignorée. Pour certaines ONG Surge constitue une activité dans un projet, pour d'autres il s'agit d'une stratégie intégrée, enfin pour certains il s'agit d'un projet à part entière. Si les moyens mobilisés varient, la qualité du déploiement de Surge n'est pas systématiquement corrélée aux moyens qui sont mobilisés mais plus souvent à la place qui y est octroyée et aux modalités d'organisation des équipes projets (cf. ci-dessous).

Ainsi, pour certains partenaires, Surge est une activité imposée, qui conditionne l'accès à des financements. Il n'est pas central dans les stratégies et objectifs de l'ONG et donc ne fait pas l'objet d'une attention particulière. C'est ce qu'illustre un entretien conduit avec un responsable terrain d'ONG qui n'était pas au courant du déploiement de Surge dans les structures appuyées par son ONG.

A l'inverse, d'autres structures investissent dans Surge et construisent une partie de leur légitimité technique ou opérationnelle sur les succès enregistrés.

Enfin, dernièrement, certains partenaires, qui ne sont pas forcément ceux qui ont le plus investi ou rencontré le plus de succès dans la mise en place de Surge, l'ont utilisé comme un outil de mobilisation de fonds et l'ont inscrit dans des réponses à de grands appels à projets, qu'ils ont remportés et dans le cadre desquels ils vont devoir déployer Surge à très grande échelle.

Au niveau local, des réalités multiples et nuancées

Qu'en est-il des perceptions et des motifs d'engagement des acteurs locaux, notamment des structures de santé, dans Surge ? Qu'en attendent-ils ? Qu'en retirent ils ?

Si 24 des 27 structures visitées ont initié Surge, à peine un peu plus d'1/3 d'entre elles ont été au bout de la démarche, se la sont appropriée et en assurent une animation inclusive⁹. Il faut ici noter que notre échantillonnage raisonné et notre démarche par saturation visait à saisir la diversité des situations et des motifs de succès et d'échec du CMAM SURGE. Ce faisant, il tendait très probablement à une sur représentation des succès.

Méconnaissance importante de Surge par les agents des structures sanitaires où il devrait être déployé

Le premier constat fait au fil des entretiens et questionnaires est qu'il existe tout à la fois une diversité de définitions et d'attentes vis-à-vis de Surge mais surtout que plus de 25% de nos interlocuteurs dans les structures sanitaires ne savent pas proposer une définition de Surge et/ou en expliquer le fonctionnement¹⁰. Cette incapacité à proposer une définition ou à expliquer le fonctionnement du SURGE s'explique par le fait que :

- Le nombre de personnes formées lors des formations initiales est faible et comme nous le verrons plus bas les recyclages sur site sont largement perfectibles ;
- Les restitutions par les personnes formées sont rares et mobilisent peu les personnels des structures de santé ;
- Le fait que les formations soient considérées comme un complément de salaire du fait des perdiems qui y sont versés conduit parfois ceux qui n'y ont pas assisté à considérer que la personne formée a reçu de l'argent pour apprendre et gagner des compétences, « c'est à elle de travailler » en mettant en œuvre ce qu'elle a appris ;
- Inversement certains chefs CSI considèrent que le fait de ne pas partager leur savoir les rend centraux et pourra les conduire à de nouvelles formations.

Il faut noter également que certaines personnes formées, en charge des activités de CRENAS, ne savaient pas proposer de définition en français, mais aussi en langue locale, ce qui peut conduire à interroger le choix des personnes formées, le contenu des formations et la langue d'enseignement.

Diversité des définitions, appréciations et des motivations pour Surge

Les 3/4 des personnels des centres de santé interviewés par questionnaire (18/27) peuvent donner une définition et/ou décrire le fonctionnement basique de Surge. Les définitions qu'ils en proposent sont assez variées mais renvoient la plupart du temps à un mécanisme de réponse aux pics d'activité. Certains soulignent que Surge compile des exercices et des outils qui existaient avant, les organise et les rend plus fonctionnels, permettant de mieux s'organiser en cas de pic. Par cette définition, à minima, ils laissent bien souvent de côté le travail de préparation en amont (hors pic, en phase « normale »), hormis les exercices liés à la démarche de Surge, et la dimension participative et ascendante de la démarche.

85% des personnes qui savent donner une définition de Surge (n=18) pensent que c'est une approche utile. Parmi eux, plus de la moitié (n=10) ne considèrent pas qu'il a une

⁹ Parmi les 27 structures visitées 24 déclarent avoir développé SURGE mais seulement 8 ont été au bout des étapes dans la lettre et l'esprit prévu par le guide

¹⁰ Tous les agents de santé interrogés à propos de cette question ont été formés sur l'approche. Tous sont des agents de santé qui exercent dans des formations sanitaires où Surge est mis en œuvre.

influence sur leur travail au quotidien et ceux qui le pensent ont du mal à préciser cette influence ou proposent des explications qui ne renvoient pas à des effets quotidiens de Surge (amélioration de la prise en charge de la MAS, suivi des données et des seuils).

Parmi les structures qui déclarent déployer Surge (n=24/27), un peu plus des 2/3 (n=15/24) considèrent qu'il a eu une influence sur leur organisation. Mais le détail des réponses sur les changements principaux qui ont été opérés manque de cohérence.

Parmi les répondants (par ordre décroissant de fréquence des réponses) :

- 1/3 (5) ne peuvent pas citer une transformation majeure liée à Surge.

Les autres soulignent (question ouverte / possibilité de réponses multiples) :

- Une meilleure connaissance des forces et des faiblesses de la structure (ce qui n'est pas vraiment une évolution de leur organisation) ;
- Le suivi régulier des indicateurs ;
- L'amélioration de l'organisation du service (sans préciser laquelle) ;
- L'aménagement des plannings de travail, notamment avec la fin des congés administratifs durant le pic ;
- La prise de décision en temps réel ;
- La tenue des réunions.

Ce sont souvent ces mêmes réponses que l'on retrouve dans l'analyse des forces et faiblesses de l'approche. Selon les déclarations des personnes qui savent donner une définition de Surge et/ou décrire son fonctionnement et qui ont déployé Surge dans leur structure, la force de Surge est (par ordre décroissant de fréquence des réponses):

- La meilleure connaissance des forces et faiblesses de la structure ;
- La meilleure connaissance des cibles des programmes nutritionnels ;
- La capacité à anticiper les événements ;
- L'amélioration de l'organisation ;
- Le renforcement du lien entre les structures et leur hiérarchie, les autorités politiques ou la communauté.

Seules les deux dernières réponses, les moins fréquentes, laissent augurer d'une évolution potentielle du fonctionnement réel des services de prise en charge, notamment dans la gestion du pic.

A l'inverse, les faiblesses de l'approche quant à elles renvoient à (par ordre décroissant de fréquence des réponses):

- La non prise en compte de certains indicateurs / problèmes (ruptures, paludisme) ;
- La faible implication de la communauté ;
- Le faible niveau de formation à Surge ;
- La faiblesse de l'appropriation et de l'engagement des agents ;
- Le manque de moyens pour pallier à certains problèmes (logistiques et RH).

Ces limites soulignent finalement le caractère partiel du déploiement Surge .

Un niveau de mise en œuvre incomplet et donc faible

Mais au-delà de ces réponses, capitaliser sur les réussites et échecs doit conduire à analyser la mise en œuvre pratique et les résultats concrets du Surge. Pour ce faire, l'analyse doit porter non plus sur les structures qui ont initié la mise en place de Surge (24/27) mais sur celles qui l'ont déployé dans leur intégralité, en respectant a minima l'esprit, c'est-à-dire

avec un portage central par les agents et un soutien effectif des acteurs locaux selon une approche de subsidiarité. Dans la pratique, un peu plus d'1/3 des structures visitées (8/27) ont été au bout de la démarche. Toutes sont des structures animées par des agents réformateurs ou supervisées par un cadre réformateur^{11, 12}.

C'est ce faible niveau de déploiement et les succès rencontrés par un nombre réduit de structures que la partie suivante cherche à expliquer.

¹¹ Ici encore il faut tenir compte du fait que l'échantillonnage raisonné sur-représente les structures qui réussissent.

¹² Les réformateurs sont des agents/cadres des services de santé qui essayent de délivrer les services en innovant, en proposant de nouvelles façons de travailler, sans forcément tenir compte des normes officielles, qui réussissent, en dépit des difficultés/dénuement auxquels ils font face. Les réformateurs participent activement à délivrer de meilleurs services/soins (cf. partie suivante pour plus de détails sur la définition du réformateur). Pour de plus amples informations sur les réformateurs « par le bas », nous renvoyons à « La revanche des contextes » (Olivier de Sardan 2021, op. cit.).

Analyse des causes du déploiement incomplet de l'approche Surge

La diversité des situations observées sur le terrain invite à proposer une typologie des structures en fonction de leur degré de déploiement de Surge. Cette typologie permet de cerner tout à la fois les causes multiples du déploiement incomplet de Surge dans la plupart d'entre elles, les conditions particulières des quelques réussites du déploiement et les raisons qui font que certaines structures vont s'appropriier le modèle et le dépasser, esquissant des pistes d'évolution du Surge.

Comprendre en détails la diversité des facteurs qui peuvent conduire à l'échec comme au succès de l'approche permet d'envisager un certain nombre de solutions et d'esquisser, dans la partie suivante, les pistes de certaines évolutions souhaitables du SURGE.

Etude de cas 1 : Le déploiement de Surge, les affectations et l'insuffisance des briefings

Au CSI de B., deux agents sont formés sur l'approche Surge: le major du CSI et de la responsable du CRENAS. Quelques mois seulement après cette formation, tous deux ont été affectés dans d'autres formations sanitaires. Aucun d'eux n'a restitué la formation à son remplaçant ou à d'autres agents du CSI, ni transmis le guide/support. Pour l'infirmière ayant remplacé l'ancien responsable du CSI :

« On entend parler de Surge, on pensait que Surge est autre chose, mais Surge ici c'est loin (nous avons du chemin à faire). J'ai compris cela avec le briefing »(infirmière du CSI).

La rétention d'informations et l'absence du partage de la formation n'ont pas permis aux autres agents de connaître Surge ou de s'approprier ses outils.

« On voyait des affiches dans son bureau, on ne savait pas de quoi il s'agissait. Quand il avait quitté le CSI, il a emballé toutes ces affiches et parti avec » (infirmière du CSI).

La responsable du CRENAS, quant à elle, n'a pas assimilé le contenu de la formation. Elle ne participe pas au remplissage des courbes avec le major formé. Elle a donc complètement désappris.

« Cela fait plus de deux ans que nous étions formés. Je ne me rappelle de rien »(responsable CRENAS).

Le départ du seul major formé a conduit à la suspension de fait du déploiement de l'approche Surge dans le CSI pendant plus d'un an. Du coup les superviseurs (point focal Surge, agent ONG) ont jugé nécessaire de briefier quelques agents sur place. Le briefing, organisé dans les locaux du CSI et adressé au médecin, à la sage-femme et à l'infirmière du CSI, a duré six heures. Le major est quant à lui empêché par la campagne de vaccination. De l'avis des agents briefés, l'accent était beaucoup mis sur le remplissage des données épidémiologiques et donc statistiques plus que sur l'approche Surge.

Le paper board, qui a servi de support au briefing et qui trône toujours dans le bureau où le major assure les consultations, atteste de ce focus sur les calculs d'effectifs de cas attendus et de seuil... 4 des 6 pages griffonnées traitent de ces sujets.

Logiquement le seul point retenu par les agents de ces 6 heures de formation dans le CSI est la procédure de la définition des seuils et de l'établissement des courbes. De l'avis de tous les participants, le format et le contenu du briefing n'était suffisant pour comprendre les enjeux et l'utilité réelle de Surge d'autant plus que le briefing n'a pas intégré d'exercices pratiques qui auraient permis une meilleure compréhension et une appropriation de l'approche.

« SURGE c'est difficile. C'est le calcul des courbes qui le rend difficile » (infirmière du CSI).

Par ailleurs, en dépit de l'existence d'une case de passage pour les agents de l'ONG dans le chef-lieu du CSI, depuis cette formation voilà plusieurs mois, Surge n'a pas fait l'objet d'un suivi par les agents de l'ONG au cours de leur visite mensuelle.

Etude de cas 2: l'impossible déploiement de Surge avec les partenaires

Le CSI de G. est une formation sanitaire de type I qui se trouve à 50 Km du chef-lieu de la commune de Y. Il dispose de trois agents (le major, son adjointe et une sage-femme affectée récemment). Ces derniers sont épaulés par quatre stagiaires. Le major et son adjointe s'occupent respectivement du tri et de la prise en charge nutritionnelle dans le CRENAS. Quant à la sage-femme, elle s'occupe de la CPN-R et des accouchements.

Dans ce CSI, les admissions pour les patients souffrant de malnutrition sont possibles tous les jours, avec un pic d'activité les samedis, jour de marché dans le village¹³. Mercredi est le seul jour de suivi ou de visite retour CRENAS; c'est mardi pour le CRENAM.

« On admet, on enregistre, on donne la ration et on donne un rendez-vous toujours le mercredi. Par exemple en cas d'admission le lundi, si la femme est dans un rayon de 0-5 km, on lui donne une ration de 2 jours et elle revient le mercredi pour le suivi. Par contre, si elle vient d'un rayon de 6 à 15 km ou plus, on ne peut lui demander de revenir 2 jours après. Donc, on lui donne une ration de 2 jours plus une ration d'une semaine et son RDV tombe le mercredi. » (Responsable CRENAS).

La prise en charge se déroule normalement en dépit d'un contexte sécuritaire fragile. Aussi, le CSI n'enregistre-t-il pas des ruptures des PPN (Plumpy nut)sauf pour les produits de traitement systématique (amoxicilline et antipaludéens). Les agents de l'ONG XX viennent avec ces produits le jour de la prise en charge, c'est-à-dire les mercredis. Dès qu'ils finissent, ils rentrent avec à Tillabéry. Au-delà de cet appui, les ONG XX et YY distribuent des kits WASH aux parents des enfants malnutris à la sortie du programme dans le CRENAS. Le kit est composé d'une bouilloire pour le lavage des mains, d'un seau (pour les femmes qui boivent de l'eau du robinet ou issu des forages) ou un bidon d'une capacité de 25 litres (pour celles qui utilisent l'eau du fleuve ou des marigots), des produits aqua-tab pour filtrer l'eau en particulier l'eau du fleuve, d'un tissu pour tamiser l'eau, de savons, de gels hydro alcooliques et de bavettes pour prévenir le coronavirus. Ce kit est donné aux femmes comme « ration de sortie ». Mais plutôt que de permettre un accompagnement heureux, surtout quand on considère le CSI où Surge est mis en œuvre, il crée parfois quelques mécompréhensions voire des agitations. En effet, le fait que le kit soit prisé par femmes pousse ces dernières à venir massivement dans l'espoir de voir leurs enfants inclus dans le programme. Pour le major du CSI

« La ration de sortie crée de la malnutrition. » :

C'est ce qu'explique en détails son adjointe, responsable du CRENAS

« Une semaine, j'ai reçu deux femmes qui sont venues mais leurs enfants étaient des "normaux-nutris". Je les ai renvoyés et j'ai expliqué que leurs enfants n'ont pas de malnutrition. La semaine d'après, les deux femmes me sont revenues avec des enfants qui sont devenus des malnutris. Ces femmes font tout pour que leurs enfants puissent intégrer le système afin de bénéficier du kit qu'elles peuvent vendre et avoir un peu d'argent ».

¹³ C'est le jour du marché du village

Par ailleurs, la présence de kits crée également des mésententes voire des conflits ouverts entre les agents de santé et les mères qui en réclament, en l'absence des agents de l'ONG qui ne sont pas présents tous les jours et repartent toujours avec leurs kits à la descente.

« Un jour je me suis bagarrée avec une femme à cause du savon. Elle m'a demandé de lui donner du savon alors que je ne l'ai pas. C'est l'ONG XX qui les distribue et si la femme rate le suivi ou bien que son suivi ne coïncide pas avec le jour où l'ONG XX vient en appui, elle ne reçoit pas le kit ». (Responsable CRENAS)

L'absence de coordination des ONG entre elles et avec les agents de santé conduit à des mécompréhensions : les femmes accusent les agents de traitement non équitable dans la distribution des kits. Logiquement elles ne comprennent pas pourquoi, alors que toutes boivent l'eau de la mare ou du puits, seulement celles qui ont des enfants malnutris ont accès aux kits et pourquoi, alors que les agents disent que la malnutrition c'est aussi la diarrhée et la qualité de l'eau, ces kits sont donnés seulement au moment de la sortie...

Du coup, selon le responsable du CSI, les mères accusent les agents de santé de détourner leurs kits. Cela s'explique par le fait que, l'année passée, le kit était déposé dans les CSI et les agents les distribuaient et remplissaient les fiches des bénéficiaires que l'ONG XX venait chercher. Les kits, et surtout cette évolution de leur mode de gestion, génère des tensions et des effets délétères :

« Ce kit crée des abandons, une chose qu'il n'y a pas dans le CSI avant le don de ce kit de sortie ».

Le problème lié aux kits est accentué par certaines actions engagées par les ONG dans la communauté, en particulier le dépistage assuré par les relais communautaires qui réfèrent vers le CSI :

« Un PB jaune n'est pas forcément égal à la malnutrition (sic). Mais quand les mères viennent et que leurs enfants ne sont pas admis dans le programme, ce sont des problèmes, et tout cela à cause du kit là qu'on donne. La grande partie de la population de cette aire de santé est nomade. Si une femme reçoit quelque chose, sa voisine va tout faire pour avoir la même chose »

Dans ce CSI, impossible de parler de Surge...

« Il faut leur dire de régler ces problèmes là (de cohérence entre activités et d'articulation des ONG avec les agents du CSI), parce que sinon, là, ce n'est même pas la peine de s'embêter avec Surge. Aujourd'hui, c'est eux même le problème. Si ça ne tient qu'à moi, je dirai au MCD que je ne veux même plus de ce projet (distribution kit Wash) et de ce partenaire ici »

Comme l'illustrent les études de cas ci-dessus, les faibles performances du Surge dans ces structures sont multiples. Nous en proposons une rapide analyse.

Problèmes des formations initiales et des briefings sur site

La formation initiale et les délais dans la mise en œuvre des savoirs acquis

Tous les partenaires de mise en œuvre ont mis en place des formations en salle comme étape préliminaire au déploiement de Surge dans les structures de santé. Ce déploiement repose sur une logique de formation en cascade. Des membres des DRSP et ECD, mais aussi des hôpitaux régionaux, sont formés. Ils constituent le pool régional de formateurs qui est composé de ces acteurs ainsi que des agents des ONG partenaires. Ils sont en charge d'organiser les formations et d'accompagner les personnels des structures sanitaires dans le déploiement de Surge. Les majors des CSI, parfois accompagnés de leurs adjoints, sont regroupés au niveau du chef-lieu de district pour assister à une formation en salle. Celle-ci

a, en général, une durée de 5 jours. Mais les agents formés ne relaient pas la formation reçue. En général, ils ne forment pas les autres agents qui sont sous leur responsabilité. Quand ils le font, c'est de façon expéditive.

Malheureusement, dans un nombre important de districts visités, les personnels de santé formés soulignent les longs délais entre les phases de formation et celles de déploiement, qui sont conditionnées aux visites d'accompagnement des personnels de l'ONG partenaire et/ou du district (voir les développements ci-dessous sur les problèmes de volume des équipes d'accompagnement et de leur organisation et les problèmes de sécurité/mobilité des personnels).

Dans un des districts visités, il y a eu un délai de 5 mois entre la formation et le déploiement en raison d'une interruption du financement du projet. Les agents soulignent souvent que durant cette période les connaissances acquises par les personnes formées se sont envolées... ce qui a conduit à l'organisation d'une nouvelle formation, de trois jours cette fois-ci.

Le caractère théorique et mathématique de certaines formations

Le contenu et la pédagogie des formations est elle-même montrée du doigt par les personnes formées. Elles sont considérées comme trop théoriques, pas assez ancrées dans les réalités quotidiennes des structures. Est également soulignée la part importante du temps consacré aux questions de définition des seuils, et de calcul des cas attendus. Dans ce cas, l'absence de support (documentation, outils) pour relire et comprendre certains aspects qui ont pu échapper au moment de la formation sont pointés du doigt.

Il faut noter que ces critiques, basées sur la perception des personnels formés, tranchent avec l'esprit et la structure attendue des formations, telles que présentées dans le guide Surge.

Certains partenaires ont engagé un travail, encore trop localisé, pour rendre les formations plus pratiques et vivantes (jeux de rôle, visites des CSI, ...). Selon un des médecins, ces jeux de rôle et les exercices pratiques qui ont été initiés pour que les participants comprennent mieux les enjeux du déploiement de Surge portent leurs fruits. Sont notamment appréciées les approches des formateurs qui basent leurs formations sur les données des CSI des apprenants, qui partent des situations et problèmes évoqués par les majors pour nourrir leur formation, et qui présentent pour les pédiatres la manière dont ils ont utilisé Surge pour réorganiser leurs admissions en période de pic, et les stratégies qu'ils ont déployées pour motiver leur personnel, et faire passer certaines mesures impopulaires (suppression des congés et des formations)...

De façon générale, les gens estiment que la durée des formations est insuffisante compte tenu des défis réels du déploiement de Surge. L'exemple de bonnes pratiques évoqué ci-dessus ne concerne que les médecins du CRENI qui ont un niveau de compréhension plus élevé que celui des infirmiers. Un responsable de CSI urbain souligne le défi que Surge représente pour les agents de première ligne en raison de leurs faiblesses en calcul:

« Le Surge là, ce n'est pas facile. Moi-même, je me suis auto-formé à travers les supports. Les autres agents n'aiment du tout entendre parler de Surge. A chaque fois que je demande pourquoi, ils disent, hé major, on a vu lors de la formation que même les médecins ne comprennent pas ce que ça veut dire, à plus forte raison nous. Quand tu parles aux agents d'aller en formation, ils te disent que tout sauf le Surge »

Dans un autre district, la formation a été encore plus réduite comme le souligne le major d'un CRENI :

« La formation est reçue de façon ramassée en deux jours. Nous faisons juste la lecture simple (du guide), vraiment c'est n'était pas une formation. Au CRENI nous sommes que deux à être formé. Les agents n'ont pas maîtrisé l'outil, il manque le suivi, il manque le financement, (l'ONG) ce n'est pas la peine »

Les insuffisances des formations décrites par les agents de santé expliquent en partie leur faible compréhension et la non appropriation de l'approche. Dans les faits, au moment du déploiement de l'activité, il est fréquent que ce soit les agents des ONG qui participent ou font eux-mêmes les calculs des différents seuils, qui tracent eux-mêmes les courbes de suivi et décrivent les actions à prévoir en cas du dépassement d'un seuil. C'est ce que souligne un autre major qui a reçu la formation en 2018 et qui a déployé Surge dans sa structure en 2019 :

« Je n'ai même pas bien suivi la formation jusqu'à la fin. Mais vraiment elle a été moyennement satisfaisante. Maintenant il faut que je regarde mon document de Surge (pour répondre à vos questions). Il y avait un agent (de l'ONG partenaire) qui avait tracé les courbes pour tous les centres. »

Dans un CSME visité, l'absence de formation et du suivi des activités, auxquels s'ajoutent d'autres dysfonctionnements internes à la structure, font que Surge n'existe que de nom. Il ne se matérialise qu'à travers des affiches que personne ne comprend, ni ne regarde, à l'exception de la médecin du CRENI, elle-même recrutée et mise à disposition par l'ONG. Au moment de notre passage, la majeure de l'unité est la seule personne qui a reçu une formation. Elle ne se souvient que de la phase alerte sans savoir ce que cela implique et comment on passe de la phase normale à celle-ci. Elle se rappelle « qu'il faut faire des nuages' » dans les affiches pour faire référence au calendrier saisonnier.

Le défi de la mobilité des agents de santé et des personnels d'encadrement

Le défi que constituent des formations moins théoriques et mathématiques et plus interactives n'est pas le seul. Quand bien même cet objectif serait atteint, le déploiement de Surge se heurterait à la grande mobilité des agents de première ligne comme des cadres de district et régionaux. La mobilité des personnels de santé, d'un CSI à un autre, voire de districts ou de zones à d'autres, déstabilise fortement le dispositif local de déploiement de Surge.

En effet, lorsqu'un chef de CSI quitte sa structure il ne rejoint pas forcément un CSI où l'outil est mis en œuvre. Son départ est souvent celui de la personne formée qui porte Surge. Avec lui disparaît du CSI le savoir théorique, le savoir-faire pratique, l'expérience et parfois les outils. Les outils de Surge sont parfois victime des mésententes au sein de l'équipe soignante. Les membres de l'équipe d'un CSI rural nous racontent ainsi qu'à son départ le major de la structure est parti avec les supports de formation mais a aussi arraché toutes les affiches (dont on voit encore sur le mur les coins déchirés retenus par des morceaux de scotch) :

« En partant, l'ancien major arraché les documents présentant le Surge et est parti avec le guide de formation. Il est sorti avec un sac rempli de papier »

Celui qui remplace l'agent affecté peut être un profane de Surge.

La situation de Surge dans ces structures est complexe. Dans certains districts, l'ECD se plaint de la faiblesse du partenaire.

« On nous dit que c'est en place (Surge) mais nous même on ne voit rien et nous ne sommes pas associés. Rien, même pas une visite de supervision (de la part de l'ECD payée prévue par l'ONG d'appui) »

Les affectations des agents sont aussi pointées du doigt comme frein à la continuité des activités, par les ONG... mais aussi par les ECD et les personnels de santé de première ligne, comme le souligne un médecin affecté dans un CSI dans lequel les 3 agents formés et recyclés par le partenaire ont tous été affectés il y a plus de 7 mois, avant son arrivée :

« On m'a confié un CSI agonisant! On est en train de tout mettre en place pour rattraper ce que les gens ont perdu. Et le plus grand problème c'est le déplacement des agents surtout les femmes (personnels de santé féminins), quand elles se marient elles ne vous appartiennent plus. A cause de tout ça, formation Surge à (CSI) = Zéro agent! »

Des tentatives imparfaites d'ajustement pour répondre aux problèmes essentiels

Face à cette situation de mobilité des agents et de faiblesse de la formation initiale, qui entrave fortement le déploiement et la mise en œuvre de Surge, quasiment toutes les ONG de mise en œuvre ont proposé des approches complémentaires.

Certaines procèdent au recensement de tous les nouveaux agents affectés qui ne sont pas formés pour prendre charge leur formation initiale en les regroupant lorsqu'ils atteignent un nombre suffisant pour organiser une session.

« Il y a ceux qui viennent et qui ne connaissent pas l'approche, c'est des problèmes pour la continuation. On a pris ceux qui ne sont pas formés pour les amener tous à (chef-lieu de district) et prendre en charge leur formation pendant 5 jours comme les autres »

Mais cette solution se heurte parfois à la mobilité non plus des agents de terrain mais des membres de l'ECD.

« Notre problème maintenant, c'est le changement de l'équipe cadre du district. Si eux-mêmes, ils ne sont pas formés, ça dévient un problème »

Pour pallier au plus pressé, une stratégie de briefing sur site a été déployée par presque tous les partenaires. Mais celle-ci ressemble bien souvent à un pansement sur une jambe de bois du fait du nombre insuffisant d'agents d'accompagnement au niveau des ECD et de l'ONG de proximité. Ces briefings sont de ce fait très rares. Et lorsqu'ils se font, la formation est souvent ramassée en deux heures de temps voir moins ce qui conduit à survoler l'approche, avec toujours un temps important consacré aux calculs qui constituent dans la pratique des agents de terrain le cœur de Surge.

D'autres approches, complémentaires, ont été déployées, mais elles restent exceptionnelles et dépendantes des personnes, comme ce briefing opéré au moment d'une supervision par l'équipe régionale dans un CSI

« Le directeur du CHR nous a demandé si on applique Surge. On a dit qu'on ne connaît pas. Et delà, il a profité pour nous briefer et il nous a parlé de Surge. Mais le problème on ne maîtrise pas le calcul des seuils » .

Si les briefings sont partout privilégiés, même s'ils ne suffisent pas à assurer la continuité de l'approche, la plupart des agents interviewés notent qu'il serait mieux de réorganiser le dispositif de formation pour former un plus grand nombre d'agents, comme le soulignent ces deux majors de CSI

« Il faut former le maximum d'agents au niveau des CSI, 2 à 3 agents par CSI. On donne la latitude au chef CSI de désigner la 2ème et la 3ème personne qui va être formée. S'il y a d'autres agents les chefs CSI doivent les briefer pour qu'elles sachent que Surge est mis en œuvre »

« On (le partenaire) doit former les agents, un seul agent formé dans un gros CSI comme le nôtre, c'est insuffisant »

Pour un autre, médecin dans un CSI rural, il est nécessaire d'articuler les deux approches, formation initiale et briefing.

« S'il est difficile de former tous les agents d'un CSI, les partenaires du district peuvent former deux ou trois agents. Ces derniers doivent à leur tour s'assurer que tous les autres agents disponibles dans la formation sanitaire soient longuement briefés pour que ça fonctionne au quotidien et surtout pour faciliter le redéploiement en cas de hausse d'admissions. Au moins si tout le monde est au courant, il n'y aura pas de problème de redéploiement »

Les limites de l'accompagnement par les partenaires de proximité.

Dans la plupart des sites visitées, et de manière systématique dans celles qui ne l'ont déployé que de manière partielle, Surge reste présenté comme un « projet » c'est-à-dire largement porté par un partenaire qui assure un suivi et un accompagnement des acteurs de santé de « sa » zone. Or cet accompagnement est souvent mis en défaut. Ce bilan est corrélé au faible nombre de personnels d'accompagnement mobilisés par les ONG, mais aussi aux modèles d'organisation de ceux-ci.

La plupart des partenaires ont déployé des catégories d'agents d'appui en charge de l'accompagnement global des structures sanitaires. Ce sont des Conseillers en Soins de santé Primaires et en Nutrition (CSPN). Sur le terrain, un CSPN est chargé:

- D'assurer l'encadrement des agents de santé des différents CSI qui lui sont affectés
- De faire le suivi de toutes les activités qui ont un rapport avec la thématique
- De répondre aux sollicitations des agents de santé.

Pour ce faire, les CSPN disposent en principe d'une planification mensuelle et d'un calendrier précis de leur passage dans les différents CSI qu'ils doivent appuyer et superviser. Au moment de notre passage (première semaine du mois de février), la répartition des CSPN était telle que chaque couvrait à lui seul en moyenne 14 CSI. Or, les activités de Surge ne constituent qu'une partie de leur cahier des charges. En effet, ils couvrent les différents axes du projet « Santé & nutrition » mis en œuvre par l'ONG. De l'avis même des CSPN interviewés, un seul agent ne peut à lui seul à assurer le suivi et l'encadrement de Surge dans une quinzaine de CSI alors qu'il est chargé d'autres activités de prise en charge nutritionnelle.

Cette situation était particulièrement critique dans les premières semaines et premiers mois du déploiement de Surge. Pour un CSPN, il faut plus d'une journée dans un CSI pour assurer la mise en œuvre des bases de l'approche. Celle-ci lancée, les suivis doivent être réguliers ensuite. Cette charge de travail liée au volume d'accompagnement par structure et au nombre de structures à appuyer explique des absences plus ou moins longues avant

d'atteindre tous les CSI, et les délais observés entre la formation et le lancement des activités dans certaines structures. Autrement dit, un conseiller en nutrition réellement assidu passe mathématiquement dans un CSI en moyenne une fois tous les 20 jours, et s'il le fait à un rythme plus soutenu ses visites sont courtes du fait des distances entre les structures et leurs horaires de fonctionnement réduits.

Cette fréquence rapprochée et ce temps de présence court dans les structures sont potentiellement pertinents pour un suivi si les activités sont bien maîtrisées et que l'équipe du CSI est formée et autonome (ce qui, nous venons de le voir, est rarement le cas). Mais dans la pratique, la construction de cette autonomisation des équipes soignantes demande un temps important pour que les choses se mettent en place. Surge implique un travail d'accompagnement dans l'organisation et la tenue de réunions, la mise en place d'affiches décrivant les différentes étapes à suivre et les actions à réaliser, le tracé des courbes, la formalisation des engagements... Le nombre de structures à visiter pour chaque agent d'appui rend l'équation impossible. Cet impératif de visites conduit, en règle générale, à accroître la fréquence des visites au prix de passages rapides sur un rythme plus rapproché qui ne permet pas un suivi en profondeur, ce qui handicape les avancées et explique en partie le déploiement partiel et la faible maîtrise du Surge dans les structures de santé que nous avons visitées.

L'appui n'est finalement effectif que pour les chefs CSI qui sont dans une démarche d'appropriation et qui appellent les CSPN pour solliciter un appui. Le téléphone semble devenir un palliatif : il est mobilisé pour des appuis à distance, pour le suivi des données, pour chercher à comprendre des données incohérentes qui ont été transmises, pour relancer les agents démotivés... Mais cette stratégie a des limites évidentes et ne peut remplacer le suivi en personne et fin :

« Si on ne suit pas, ils ne sont pas motivés pour continuer. Quand ils ne nous voient pas, ils nous oublient » (un CSPN).

Par ailleurs est régulièrement souligné un effet de ciseaux entre l'évolution du nombre de CSI à appuyer dans le cadre du passage à l'échelle et les effectifs de personnels d'appui, au gré souvent des financements que l'ONG d'appui peut mobiliser. Pendant 6 mois dans un des districts visités, il n'y avait que deux conseillers en nutrition pour couvrir 50 CSI.

C'est ce type de situation de sous-effectif des agents d'accompagnement qui explique que l'on retrouve les mêmes problèmes en cas de franchissement des seuils dans des CSI qui sont souvent différents. Le recrutement de nouveaux agents, qui ramène aux ratios antérieurs d'un CSPN pour 13 à 15 CSI, donnent l'impression d'un retour au point de départ, tellement les structures ont souffert de la faiblesse de l'appui durant la période entre les deux financements.

Dans d'autres districts, certains partenaires ont fait le choix de d'une organisation différentes des ressources humaines en charge du déploiement de Surge. En effet, un médecin est engagé pour conduire le projet. En tant que responsable du projet qui se déploie sur 4 districts sanitaires de 2 régions différentes, ce médecin est cheffe d'une équipe composée de dix superviseurs. Son cahier de charge comme cheffe d'équipe est d'assurer :

- La formation sur le déploiement de Surge.
- Le suivi de la mise en œuvre de l'outil
- La mobilisation sociale et communautaire

Il faut noter qu'ici encore cette personne doit assumer d'autres fonctions. Elle s'occupe entre autres de la surveillance de la COVID-19, du contrôle et de la prévention des infections. Quelques mois après la mise en œuvre du projet, la surcharge du travail du terrain à laquelle s'ajoutaient les sollicitations administratives a conduit au recrutement d'un agent supplémentaire appelé « Assistant Technique CMAM-SURGE ». Celui-ci assure la présence et le suivi de terrain et le rapprochement entre l'ONG et les agents de santé, les ECD et les acteurs communautaires.

La mise en œuvre de cet « encadrement de proximité » de la soixantaine de CSI « couverts » par l'ONG est assurée initialement par dix superviseurs repartis dans les quatre districts. Malheureusement quelques mois après leur recrutement et avant que Surge ne soit déployé complètement et de manière satisfaisante, l'équipe est réduite à 4 personnes (soit en moyenne de 15 CSI par superviseur). Cette réduction de 10 à 4 superviseurs, trop rapide et trop précoce, est justifiée par l'ONG au nom du « transfert des responsabilités et l'intégration des activités » de l'ONG vers les formations sanitaires.

Dans la pratique, la réduction à 4 agents coïncide avec le nombre de districts appuyés, mais recouvre des variations importantes du nombre de structures à appuyer (de 11 à 20 par agent). Les mêmes causes entraînent les mêmes effets : les superviseurs n'arrivent plus garantir une présence suffisante sur le terrain, au moment où les responsables de certains CSI commencent à comprendre les enjeux et l'utilité de Surge et sont aux premières étapes de son déploiement. Et un des superviseurs de cette ONG de conclure, dubitatif :

« Finalement, comme souvent, on commence les choses mais on ne les finit pas par manque de suivi »

Dans les CSI, les agents se plaignent, parfois avec des mots très durs, de l'absence des superviseurs et se détournent de Surge. C'est ce qu'explique l'ancien point focal nutrition d'une équipe cadre de district :

« Au début ils ont pris un échantillon (de CSI), mais même avec cet échantillon le DS n'avait pas les moyens de faire le suivi... et le partenaire n'a pas appuyé... Après, ils sont revenus (passage à l'échelle). A la dernière formation, on a dit « cette fois-ci on espère que vous allez suivre ! ». Mais ils ont fait défaut encore. C'est vrai que c'est aux chefs CSI de faire les dessins (sic), mais (l'ONG) doit les aider, les accompagner. Encore une fois, après la formation, quand il a été question d'aller mettre ça en place, c'est ce qui a manqué. Ils ont été sur le terrain. Ils ont mis en place les tableaux (en bois pour tracer les graphiques) et après c'est tombé dans l'eau. Le Surge, là, c'est ça, c'est comme si c'était de l'argent tombé dans l'eau... »

« Dans l'année, on arrive à avoir une ou deux supervisions du district, le partenaire, jamais. »

« Ce qui est pire, c'est que parfois ils viennent sans dire bonjour. Ils passent au CRENAS directement collecter les données. Si ce n'est pas à cause de Docteur (responsable du centre), je ne veux plus jamais travailler avec eux »

Cette problématique est générale, et le cas le plus illustratif se retrouve chez un autre partenaire qui fait assurer le suivi de son projet par un seul agent, basé en capitale. Il incombe à ce technicien de faire le suivi et l'encadrement de proximité des agents des CSI et du CSME, d'accompagner l'équipe cadre du district lors des supervisions et de la formation des agents, et de centraliser toutes les données à collecter dans les 42 structures

sanitaires où l'ONG dit déployer Surge. Ce pilotage se fait « à distance » comme il le dit lui-même :

« On n'est pas obligé d'aller sur le terrain chaque jour. On a une base de données qui nous permet de suivre tous les CSI. Dès qu'il y a alerte, ils (CSI) sont censés appeler le district" "c'est un suivi formatif que je fais. Chaque semaine je fais un planning de sortie. Parfois je programme de visiter un seul CSI »

Cette approche est, encore une fois, justifiée par la responsabilité du district et la fonction d'appui de l'ONG :

« Il y a un souci des fois chez certains chefs CSI. De fois il y a des chefs CSI qui ne mettent pas à jour les courbes. Mais il y a ceux qui sont dynamiques aussi. La formation et le suivi, tout cela, c'est le district qui doit le faire. Nous sommes là pour l'appui technique et financier. Mais le district a un calendrier surchargé, c'est très difficile de se concentrer sur une activité ».

A une exception près, le déploiement de Surge par les partenaires s'est fait en sous-estimant considérablement les ressources humaines à engager pour la réussite du projet. Les agents déployés pour assurer le suivi de proximité ne peuvent techniquement pas parcourir autant de CSI et de zones et s'assurer que les agents ont bien assimilés les principes élémentaires de Surge. C'est pourquoi dans certaines aires de santé les agents interviewés, bien que formés et ayant tracé les courbes de Surge, nous ont déclaré que pour eux Surge n'existe pas dans leur structure.

Ce constat illustre les attentes des agents de santé parfois plus élevées que celles des personnels de certains partenaires d'appui. Sur les 5 ONG suivies, 2 seulement semblent vouloir pousser Surge jusqu'à l'étape finale des engagements et de l'évaluation. Les autres semblent s'être fixé comme objectif l'atteinte de la 4ème étape. Il s'agit pour certains d'une stratégie qui consiste déployer l'outil de façon progressive, et s'assurer une meilleure compréhension avant d'aller à l'étape suivante. Pour d'autres, il faut juste s'arrêter à l'étape 4 et laisser les formations sanitaires travailler avec la communauté et les responsables des districts pour faire l'expérience de l'outil dans un contexte de retrait progressif. Dans un cas comme dans l'autre, l'absence du partenaire de mise en œuvre à partir d'une étape a rendu caduque Surge.

Se contenter des 4 premières étapes explique finalement le focus sur les affiches, la définition des seuils et le tracé des courbes. Ce sont finalement ces indicateurs qui sont le plus monitorés par les partenaires d'appui et qui surdéterminent l'appréciation mesurable de l'atteinte des objectifs du projet et son succès/échec. Dans les conditions de déploiement que nous avons illustrées plus haut, ce focus sur les indicateurs chiffrés conduit fréquemment à des logiques de substitution plus que d'accompagnement comme le souligne un responsable de terrain d'une ONG :

« Tu sais, SURGE a juste été rattaché (aux activités antérieures des agents). Avec le nombre de structures que je suis, techniquement 2 visites par mois, c'est impossible ; les agents (des CSI) sont souvent débordés dans la matinée, mais quand ils sont libres l'après-midi, ils ne sont pas intéressés. Et nous, pendant les supervisions, on gère plusieurs activités. L'activité principale de la supervision ce n'est pas Surge, il faut le dire. C'est tout ça qui fait que l'on participe au remplissage des données, avec ou à la place des agents du CSI »

« Tu sais (l'ONG) ne travaille qu'avec les PV. Mais c'est difficile de formaliser (s'engager par écrit) car souvent les gens qui doivent s'engager ne sont pas là et personne ne s'engage à la place d'un autre. Et puis finalement on se dit que les problèmes sont partout, donc

partout c'est les mêmes solutions. Tout ça fait que les agents de santé ne considèrent pas Surge comme leur activité, mais celle du partenaire. »

Cette lecture mécanique de Surge dénature l'approche et explique certaines attitudes :

« En réalité, Surge c'est comme la micro-planification, c'est fait juste dans un bureau pour qu'on voit que tu as fait »

Même la partie « engagement », censée formaliser l'approche « participative et locale » est peu effective. C'est ce que souligne un major de CSI :

« La formalisation des engagements c'est juste des verbes qu'on dit (...) Ce n'est pas un problème car tu sais, c'est difficilement qu'on franchira les seuils d'alerte. On écrit ça car on sait que (l'ONG) et le DS vont regarder »

On atteint ici les limites d'une « approche projet », monitorée par des indicateurs chiffrés, et ses influences négatives sur la durabilité et l'appropriation.

« Et puis tu sais, on les connaît (les ONG), ils implémentent l'approche et après ils disparaissent »

Les problèmes du passage à l'échelle

Ces contraintes ne sont pas nouvelles. Certains interlocuteurs soulignent qu'elles existaient dans les phases antérieures de déploiement mais qu'elles ont été accentuées dans le cadre du passage à l'échelle.

Dans la mise en perspective historique de Surge racontée par des acteurs qui s'y sont engagés depuis les premiers pas, la plupart d'entre eux rappellent que le déploiement de Surge a été initialement progressif, inscrit dans une approche par étapes. Ils distinguent notamment la phase pilote, qui a constitué un apprentissage pour l'ONG et ses équipes, et qui a permis le développement des outils. Celle-ci a été suivie, très rapidement, par une phase de mise à l'échelle.

Le passage de la phase pilote à la mise à l'échelle semble assez logique et naturel pour les personnels cadres des ONG. Il apparaît moins évident aux agents de terrain et aux personnels de santé qui soulignent souvent la faiblesse de l'évaluation de la phase pilote et le caractère finalement artificiel de celle-ci (concentration de ressources humaines et de moyens d'accompagnement).

« La particularité de Surge, et aussi un de ses inconvénients, c'est que s'il y a de l'accompagnement ça marchera. Sinon sur le terrain ça ne va pas porter ses fruits »

Ils soulignent également le potentiel de l'approche mais aussi les limites de sa concentration sur la malnutrition :

« La première fois que j'ai entendu parler de Surge, je me suis dit que c'est de la prévision des risques, que ça va nous permettre d'arrêter d'avancer en aveugle. Mais très vite, on a vu que Surge, centré sur la malnutrition, c'est une perte de temps et de moyens, car ce n'est pas là qu'est le problème de mortalité et de morbidité. Tu le sais, toujours la mortalité de la malnutrition, elle est liée au palu. »

Et finalement les interviewés soulignent les correctifs qu'il aurait fallu apporter si une évaluation participative des phases préliminaires avait été conduite :

« Bref, sur la mise à l'échelle, si réellement une étude approfondie avait été faite, dans laquelle on parle comme avec vous, on ne serait pas passé à l'échelle. On se serait dit on fait une erreur et on l'aurait adapté au palu. Et puis à la fin (de la phase pilote) on aurait voulu une vraie évaluation où on aurait pu dire qu'on a mis trop d'indicateurs. (A la fin de la phase pilote) On aurait dû s'asseoir et s'entendre avec eux (ONG) »

Les personnes interviewées n'ont quasiment jamais pu citer des exemples d'aménagement des pratiques et des outils entre la phase pilote et celle de mise à l'échelle. Elles soulignent seulement la hausse du nombre de structures à accompagner avec une évolution beaucoup plus faible du nombre de personnels d'appui, et l'accroissement de la pression sur ceux-ci.

Lorsque « l'alignement de planètes » s'opère autour d'un réformateur

Si Surge peine à être déployé dans son intégralité dans près des 2/3 des structures que nous avons visitées, il est essentiel non seulement d'identifier les causes / problèmes, mais aussi de comprendre les conditions dans lesquels il s'est parfois déployé pleinement, afin de contribuer à identifier des solutions. C'est ce que nous allons essayer de faire dans les développements qui suivent à partir de deux nouvelles études de cas.

Etude de cas 3: L'appropriation de Surge à travers l'intéressement optimisé des acteurs communautaires

A XX, Surge est mis en place depuis 2018 avec l'appui de (partenaire de proximité) qui a formé les 20 responsables des 20 CSI et les agents du CRENI du district sur l'importance de l'outil et son déploiement. La formation est suivie d'un accompagnement pratique de l'organisation pour faciliter la mise forme de ses premières étapes.

« Nous partons avec le point focal nutrition du District pour aider les CSI dans la mise en œuvre de 4 premières étapes de Surge. A partir de la 4ème étape on appelle la communauté (le COGES, le chef de village, les relais communautaires) pour les préparer à l'étape 5 qui est la formalisation des engagements. On leur explique l'approche Surge » (point focal, Surge Partenaire de Proximité)

Durant les deux premières années de déploiement de Surge la question de la formalisation des engagements et de l'exécution/financement des actions définies dans le cadre de mise œuvre du CMAM-Surge étaient problématiques. Il n'existait pas de réelle mobilisation formelle des acteurs communautaires en faveur des formations sanitaires dans la prise en charge de la malnutrition. Les engagements pris restaient verbaux et souvent sans suite. Ceci limitait la mise en œuvre des actions nécessaires en cas de dépassements de seuil.

« Tenir les engagements c'est difficile. Encore si les rencontres (ateliers) ne sont pas financées, c'est difficile de se réunir et prendre des engagements » (Président du COGES du CSI Urbain).

« On a trouvé que la formalisation des engagements avec la communauté c'est insuffisant. Il faut donc s'ouvrir et avoir une formalisation plus large. (...) C'est vide de sens qu'il y ait des engagements sans formalisation et leur inscription dans les Plan d'Investissement Annuel (PIA) des communes" (A. I., point focal, Surge Partenaire de Proximité)

C'est ainsi que l'ECD et le Partenaire de Proximité ont organisé un atelier de formation et de mobilisation des acteurs communautaires, dédié à la formalisation des engagements Surge. L'atelier a eu lieu dans le chef-lieu de département.

« L'idée est venue de moi et de l'ECD. On s'est dit qu'on devrait aller vers les communes, les chefs de canton et les COGES. On a eu l'idée depuis janvier 2020. L'atelier n'est pas prévu dans le cadre du projet. Mais j'ai pris l'initiative d'expliquer à ma hiérarchie la nécessité de l'organiser pour la réussite de Surge. Convaincue de la pertinence de l'atelier, il m'a été demandé de faire un TDR qui a été financé » (A. I., point focal Surge, Partenaire de Proximité)

Cet atelier s'est tenu du 23-26 Novembre 2020 dans les locaux du district sanitaire du département. Il a réuni le préfet du département, les 4 conseils communaux, l'ECD, les chefs de villages, les chefs CSI, les COGES et les représentants de la diaspora. L'atelier fut un cadre d'échanges sur l'offre des services de santé et des difficultés rencontrées par les professionnels. Comme prévu, il a largement été question de mobiliser les acteurs locaux à s'approprier la réalisation des actions prévues dans le cadre la mise en œuvre de Surge.

« En ce qui concerne les collectivités, tout est question d'approche. C'est mon 4ème poste mais je n'ai jamais eu des problèmes à mobiliser les collectivités. Il ne faut pas demander aux collectivités de

l'argent. D'abord tu leur expliques les choses et tu leur demandes de financer telle activité. Ça ils vont le faire » (MCD)

Avant même la tenue de l'atelier, les chefs CSI du district ont été invités à l'initiative de l'ECD et du partenaire de proximité. Munis de leurs documents d'évaluation des capacités de leurs formations sanitaires respectives, ils ont réalisé un travail de groupe à la suite duquel une synthèse destinée aux conseils communaux du district a été faite. La synthèse détaille les problèmes des CSI en termes notamment du transport des intrants et des problèmes de ressources humaines. Elle discute également des problèmes spécifiques à certaines collectivités. C'est le cas des sorties foraines.

L'atelier a débuté par une présentation sur le modèle CMAM-Surge. Il s'agissait pour les organisateurs d'amener les participants à comprendre les enjeux du déploiement de l'outil. Ensuite un représentant des CSI a présenté la synthèse du travail de groupe effectué en amont de l'atelier. Dans un premier temps, son intervention fait état des lieux des atouts et des faiblesses communes aux différents CSI. Les différents plans d'action du déploiement de Surge ont également été discutés ainsi que la réorganisation du travail en cas de pic malnutrition jusqu'à l'expression des besoins.

« C'est ça qui a touché la corde sensible des conseils communaux qui ont manifesté leur intérêt et une envie de contribuer proportionnellement à leur capacité financière. (A. I., point focal Surge Partenaire de proximité)

« La formalisation des engagements, ce sont des propositions des attentes que les centres de santé présentent et la mairie prend en charge ce qu'elle peut prendre à L. Une formalisation avec des papiers signés est faite et le moment venu, les services vont présenter leurs requêtes et on exécute. La formalisation a eu lieu lors d'un atelier qui s'est tenu au district » (Maire)

Après des échanges particulièrement intéressants, les 4 communes présentes, les COGES et la diaspora ont pris des engagements qui sont formalisés et signés. Ces engagements se présentent comme suit :

Acheminement des intrants :

Les 4 communes s'engagent à assurer l'acheminement des intrants du district vers les CSI chaque trimestre

La mairie de XX s'engage à assurer le transport des intrants de ses CSI vers les cases de santé de son aire.

Appui au système d'évacuation sanitaire :

La diaspora s'engage pour achat des batteries pour le compte des CSI de X et Y (commune d'X)

Réparation de l'ambulance du CSI de L par la mairie et la diaspora (commune de G)

Appui en ressources humaines :

Recrutement de 6 infirmiers pour le compte des 6 CSI de la Commune I pendant deux mois en période de pic de malnutrition.

Recrutement d'un infirmier pendant 4 mois pour le compte du CRENI par la mairie de L

Amélioration des conditions du travail :

Construction de 2 hangars aux CSI de B et A par le COGES

Construction de 3 hangars par le COGES aux CSI de L pour servir d'espaces de test d'appétit, de démonstration culinaire et d'abris pour les mères accompagnantes en période de pic

Amélioration des indicateurs :

Financement des sorties foraines des 4 CSI de G par la mairie de G, pendant trois mois

Un comité de 4 membres est mis en place pour veiller aux respects des engagements pris par les différentes parties et leurs exécutions dans les délais. Il s'agit du point focal nutrition

du DS de Keita, un conseiller communal, un membre des COGES, et un représentant d'ACF. Ils sont tous signataires de l'accord.

Etude de cas 4 : les angles morts de Surge et les solutions via des innovations palliatives

Créé en 1995, le centre de santé de XX est devenu Centre de Santé Intégré (CSI) type 2 avec la création d'une maternité en son sein en 2015. C'est une formation sanitaire de première ligne située en plein centre-ville de XX (préfecture). Son aire de santé regroupe 6 quartiers populaires avec un total de 37.559 habitants. Comme la plupart des CSI urbains, l'institution sanitaire dispose d'un nombre suffisant de professionnels de soins. En effet, on dénombre 19 agents qualifiés dont 1 médecin, 16 infirmiers et 2 sages-femmes. Tous ces agents sont régulièrement assistés par 7 autres agents bénévoles qui sont pris en compte dans le planning. Le CSI est organisé en 4 unités avec les services de tri, des accouchements, des Consultations des Nourrissons (CN) et des CREN (MAS et MAM). Chaque unité est gérée par un agent responsable accompagné par plusieurs agents. Le tri et la maternité fonctionnent en permanence et sont organisés selon un système planning en trois temps. Quatre équipes de 2 voire 3 agents sont en rotation : matinée, soirée et garde. Les services de CN et de CREN fonctionnent habituellement dans les matinées du lundi au vendredi. Ils sont gérés par un seul agent qualifié et accompagné d'un relais.

Malgré la mise en œuvre du CMAM-Surge dans ce CSI, le service de CREN éprouve des difficultés à assurer l'offre des soins aux enfants souffrant de malnutrition aigüe. D'abord, se pose un problème de gouvernance des agents. Il existe des disparités en termes de nombre d'agents affectés dans les différentes unités. Le CREN est régulièrement géré par une seule infirmière qui est assistée par un relais pour les mesures anthropométriques. La responsable est seule à faire les consultations médicales pour les nouvelles admissions, le suivi des enfants et à observer le test d'appétit. Elle affirme être débordée, en dépit de la présence du relais, même si elle n'a jamais franchi le seuil d'alerte.

« Quand je franchis déjà 40 cas, je suis déjà en alerte car je suis seule à faire la MAS et MAM. Et quand tu fais cas de la situation, l'administration dit que tu n'as pas franchi le seuil » (Responsable CREN, CSI)

De même, il n'existe pas de rotation entre les agents, contrairement aux engagements internes pris par l'équipe. En période de pic, il est prévu un appui en ressources humaines. Un agent de la maternité doit être détaché pour renforcer le CRENAS en principe. Ce qui est difficile parce que les autres agents ne veulent pas venir aider au niveau du CREN du fait de la charge de travail.

Ensuite, à l'instar de la plupart des centres de santé visités, le CSI fait face aux ruptures répétitives du PPN. Sur la fiche de gestion de stock du produit, on constate que le CREN a été en rupture d'ATPE du 24 Décembre 2020 jusqu'au 11 Février 2021¹⁴. Ce problème de disponibilité de PPN constitue un angle mort de Surge. Il a pourtant des conséquences majeures, notamment une baisse drastique de fréquentation des CREN. L'exemple du CSI voisin est révélateur de la problématique. Le CREN du CSI YY n'a enregistré qu'une admission est enregistrée entre 1er Janvier et le 13 février (jour de notre passage)

Les CSI XX comme de YY n'intègrent pas les ruptures de PPN dans les priorités et les indicateurs de Surge pour engager de réponses. Pourtant, de façon prosaïque, les acteurs locaux du CSI de XX ont inventé et mis en œuvre des normes pratiques pour pallier aux ruptures et aux insuffisances de Surge.

D'abord la responsable du CREN du CSI de XX initie les enfants MAS au Misola afin de les aider à récupérer. Ce produit, initialement destiné aux les enfants normo-nutris qui

¹⁴ Jour de notre passage au CSI

viennent pour des consultations nourrissons, devient de fait une supplémentation alimentaire pour les cas de MAS:

« Tu as des enfants malnutris qui viennent pour le suivi et il n'y a pas de PPN, comment tu vas faire ? Tu ne peux pas les laisser comme ça, ils risquent de se faire référer au CRENI. Donc je pars à la CN (l'Unité de Consultation des Nourrissons) pour prendre des sachets de Misola pour donner. (...) c'est comme ça je fais depuis, je donne deux sachets de Misola et demande à la mère d'acheter si c'est fini. (...) et on a constaté que dans deux semaines, les enfants récupèrent et sortent du programme » (Responsable CRENAS du CSI).

Cette initiative est soutenue par l'équipe et le COGES du CSI lors d'une réunion mensuelle. Pour compléter la supplémentation alimentaire fournie au CREN, les agents de santé recommandent aux femmes d'acheter le produit dans les boutiques des quartiers.

Face à cette rupture d'ATPE, une deuxième stratégie é été déployée dans le CSI de XX : la multiplication des séances des recettes culinaires au CSI. D'une séance de démonstration culinaire, le CSI est passé à deux séances par semaine. L'objectif de ces séances est d'apprendre aux femmes à préparer les différentes recettes nutritives pour la santé des jeunes enfants. Le financement de cette activité est assuré par les usagères elles-mêmes avec un appui ponctuel des agents de santé. Les cotisations sont libres et sont passées de 50 FCFA à 100 FCFA par femme.

Les séances culinaires se font aussi dans les quartiers de l'aire de santé du CSI.

« Nous avons repris ce projet de "foyers de sensibilisation"¹⁵ suite à des sollicitations des femmes. Ces dernières achètent elles-mêmes les produits nécessaires pour la recette choisie et invitent le relais pour les aider bénévolement à pratiquer la recette. Cela permet aux mères qui n'ont pas bénéficié du projet au moment de World Vision d'apprendre des recettes utiles pour leurs enfants. C'est très important parce que si les mères apprennent à le faire, ils peuvent le faire chez elles parce que avec peu de moyens elles ont accès aux nécessaires » (Major du CSI)

Ces normes pratiques qui constituent des réponses aux angles morts de Surge permettent de maintenir efficacement les relations avec les usagers des services du CREN. En effet, en dépit de la rupture prolongée du PPN depuis le 24 décembre 2020, les mères accompagnantes continuent de venir pour le suivi nutritionnel de leurs enfants.

Ces stratégies de débrouille permettent d'assurer la continuité des soins et l'appropriation par les mères des recettes culinaires. Elles constituent des normes pratiques développées localement par les agents afin de pallier aux problèmes contextuels de la structure. Elles ne figurent aucunement dans le micro plan des actions de l'outil. Elles restent des petites innovations déployées par les agents et qui font marcher le service quelque part malgré les problèmes de Surge.

Un acteur décisif : le réformateur

Le déploiement réussi de Surge est dépendant de la présence d'un réformateur, un agent de « première ligne », souvent un major de CSI, plus rarement un médecin ou un responsable de service hospitalier. Il faut néanmoins noter une exception notable, le succès local de Surge grâce à un MCD réformateur, que nous qualifions de « manager

¹⁵L'objectif du projet était de former les mères sur diverses recettes culinaires destinées aux enfants. Il a commencé en 2015 et a pris fin en 2019. Le projet a choisi un relais dans chacun des 6 quartiers de l'aire de santé du CSI. Chaque relais dispose d'un kit de travail et des céréales nécessaires aux démonstrations communautaires. Elle fait le dépistage et recrute 10 enfants dans son programme qui dure 12 jours. Le poids de chaque enfant est mesuré à l'entrée comme à la sortie du programme. Chaque jour le relais fait une démonstration culinaire sous l'observation directe des mères inscrites pendant 12 jours. La recette ainsi faite est consommée par les enfants qui y sont enrôlés. Au bout de 12 jours, le relais mesure le poids des enfants afin de voir leur évolution, les faire sortir (« décharge ») afin de recruter d'autres. Chaque mère sort avec une moustiquaire et quatre morceaux de savon de Marseille. Les relais quant à elles reçoivent une rémunération de 30.000 FCFA pour chaque cohorte.

réformateur » et qui pourrait être inclus dans la catégorie des « experts contextuels » que nous développerons dans la partie suivante.

Avant d'aller plus loin, il convient de proposer de clarifier ce qui nous entendons par réformateurs. Cette notion est issue des recherches du LASDEL et part d'un constat issu de la pratique de recherche de terrain. Nous avons largement, au fil des 20 dernières années, documentés les (dis/dys) fonctionnements des systèmes de santé, parlant de « médecine inhospitalière »¹⁶. Pourtant, au fil des recherches, comme le souligne J-P Olivier de Sardan (2021 :) :

« Nous avons rencontré des « exceptions admirables », des infirmiers ou des médecins, des instituteurs ou des inspecteurs d'enseignement, des magistrats, des gestionnaires, des cadres de terrain, qui tentaient tant bien que mal d'améliorer la qualité des services délivrés aux populations, qui cherchaient des solutions adaptées au dénuement régnant, qui bricolaient ou inventaient de meilleures formes d'organisation, de meilleures procédures, de meilleures relations avec les usagers. »

Au-delà de leur volonté de reformer le fonctionnement de leurs services « par le bas », souvent avec « les moyens du bord », ces réformateurs et leurs innovations partagent un certain nombre de caractéristiques :

« Ces réformateurs et innovateurs de l'intérieur ne sont pas enfermés dans le respect scrupuleux des normes et procédures officielles. Ils savent que, dans les contextes locaux et compte tenu des normes pratiques des personnels, elles sont souvent inapplicables telles quelles. Ils partent des contraintes quotidiennes, et tentent de faire bouger les lignes, d'apporter quelques améliorations réalistes, qui peuvent apparaître comme minimales vues d'un ministère (et plus encore vues de Genève ou de Washington), mais qui sont néanmoins des pas en avant à l'échelle d'un service, d'une commune, d'un dispensaire, d'un collège.

Autrement dit, ils partent des normes pratiques, pour induire un changement progressif de celles-ci, en améliorer certaines, mettre fin à d'autres, en introduire de nouvelles. Leurs « bonnes pratiques » ne sont pas des « bonnes pratiques » de « bons élèves » des organisations internationales (c'est le sens habituel de cette expression), ce sont des innovations et des improvisations avant tout adaptées aux contextes réels de travail. Elles sont ignorées des experts nationaux et internationaux. » (idem)

Cette recherche sur la mise en œuvre de Surge permet d'aller plus loin dans l'analyse critique des modèles voyageurs et dans la contribution des réformateurs à la réforme « par le bas » des systèmes de santé. Cette recherche nous permet de nous intéresser à une configuration inédite pour les recherches conduites jusqu'alors : l'influence des réformateurs sur la trajectoire des modèles voyageurs. Le fait que le déploiement intégral de Surge soit conduit, dans les 28 structures visitées, uniquement dans celles qui sont pilotées par des réformateurs illustre paradoxalement que ces derniers contribuent tout à la fois à la réforme par le bas des systèmes de santé par l'introduction de réformes pragmatiques et à bas cout, ancrées dans leurs contextes, mais qu'ils sont aussi, au moins pour Surge, les clés de voute du déploiement des modèles voyageurs.

Il est intéressant alors de comprendre quelles capacités et quelles ressources ils mobilisent et qui sont ces réformateurs.

¹⁶ Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala

Les modes de déploiement de Surge observés sur le terrain invitent à distinguer deux types de réformateurs, qui ne sont pas exclusifs l'un de l'autre mais qui, au contraire, peuvent potentialiser leurs effets.

- Réformateurs de première ligne, la plupart du temps majors de CSI ou responsables d'un CRENAS, ils déploient souvent avant l'arrivée de Surge un certain nombre de pratiques visant à améliorer le fonctionnement de leur structure. Ils voient dans Surge un outil et une occasion de continuer à améliorer le fonctionnement de la structure de santé dont ils ont la charge. Ils utilisent Surge et mobilisent des moyens exclusivement locaux, avec souvent des ressources très limitées.
- Managers réformateurs, qui du fait de leur position, MCD ou directeurs d'hôpital, peuvent impulser des dynamiques sur un ensemble de services ou de CSI. Du fait de leur position administrative, technique et politique, ces réformateurs de niveau intermédiaire disposent de capacités et de ressources, humaines, matérielles, financières et de réseaux, et mais aussi de points de leviers plus importants (mais aussi parfois complexes à actionner) auprès d'une diversité de partenaires.

Il convient de noter que tous les réformateurs que nous avons identifiés dans d'autres recherches conduites par le LASDEL ne sont pas forcément des réformateurs dans le cadre du Surge car celui-ci demande des compétences particulières dont tous ne disposent pas.

Des compétences clefs spécifiques au Surge

Les réformateurs qui déploient Surge intégralement s'appuient, en plus de la maîtrise et de l'intérêt pour l'approche, sur 3 compétences principales qui ne sont pas au cœur des formations et de l'accompagnement déployés par les personnels des ONG.

- La première de ces compétences est la capacité à construire, entretenir et mobiliser des réseaux politiques mais aussi techniques, au profit de la structure de santé. Cette mobilisation des acteurs locaux reste trop souvent centrée sur les seules mairies dans l'approche déployée par les partenaires d'appui. Les deux études de cas ci-dessus soulignent la capacité des réformateurs à mobiliser des réseaux plus larges à l'échelle locale.
- Une seconde compétence clef est la capacité de construire des dossiers pour la mobilisation de partenaires, c'est-à-dire de mobiliser les données pertinentes, les organiser et produire sur cette base un argumentaire cohérent, souvent à travers une mise en récit. La plupart des réformateurs qui déploient Surge parviennent à susciter une volonté d'engagement et d'appui dans des réseaux externes.
- La troisième compétence, essentielle, qui articule les deux premières, est la capacité à intéresser, dans le temps, ces partenaires et à assurer que leur mobilisation perdure et se transcrive en appui.

Dans ce cadre, la logique de la formalisation des engagements qui prévaut dans l'approche Surge, à travers « la signature des morceaux de papiers » ne constitue qu'une étape, qui n'est pas forcément toujours nécessaire et jamais suffisante. C'est ici un décalage important entre les logiques de projets et les réalités locales. Ce formalisme incarné par « la signature des morceaux de papier » qui sont souvent accrochés sur les panneaux d'affichage « Surge » des structures de santé contribue à faire des mairies la cible principale de Surge. En effet, ce sont souvent les seuls acteurs locaux qui peuvent souscrire à ce type de légitimité « administrative ».

Mais ce formalisme, s'il répond aux indicateurs objectivables et quantifiables chers au cadre logique, a des implications et des limites majeures :

- Il est souvent justifié par l'intégration de Surge dans une stratégie de décentralisation dont la réalité, notamment l'accompagnement du transfert de compétences par un transfert de moyens, reste à établir,
- Il ignore les asymétries de pouvoir et les dynamiques sociales locales. Le fait de disposer d'un engagement écrit ne le rend pas opposable. Pour matérialiser cet engagement, il faut que celui-ci ne soit pas que formel mais le fruit d'une stratégie de mise en réseau, de mobilisation et de relations continues entre le responsable de la structure sanitaire et ses partenaires locaux,
- Il conduit à ignorer les autres partenaires potentiels et d'autres formes d'engagement possibles et nécessaires, car complémentaires, mais qui peinent à être formalisés selon les critères des cadres logiques des projets Surge.

Des alliances essentielles

L'analyse des modes de fonctionnement des réformateurs et de leurs stratégies de déploiement du Surge souligne à quel point l'approche est avant tout une dynamique interpersonnelle. Surge, comme la plupart des modèles voyageurs, n'enregistre des succès que par sa capacité à s'inscrire localement, à trouver des relais et intéresser des acteurs.

Le lien avec la mairie ou d'autres acteurs de proximité

Le focus sur l'engagement des maires est souvent justifié par nos interlocuteurs, notamment les porteurs du projet, par la logique de décentralisation et le fait que ce sont les acteurs qui mobilisent des moyens locaux (impôts) et jouissent d'une légitimité (élection). Ces deux justifications sont largement erronées : à quelques exceptions près, la plupart des communes peinent à mobiliser l'impôt, pour différentes raisons, et la légitimité des maires ces dernières années a été entachée par l'absence et le report des élections communales.

Les sites dans lesquels Surge est déployé intégralement et avec succès sont souvent des arènes où les réformateurs ont réussi à mobiliser au-delà des mairies, en s'appuyant sur d'autres acteurs, d'autres formes de légitimité et de ressources. Ainsi, dans les zones d'exode important, les associations de migrants constituent parfois des acteurs plus facilement mobilisables disposant de moyens conséquents ; ailleurs ce sont les chefs des villages qui peuvent servir de levier de relais à la mobilisation de moyens, parfois en nature plus que financier. Enfin, les études de cas ci-dessus soulignent les ressources que peuvent mobiliser les maires, les solutions qui peuvent résider au sein de la structure via le détournement d'usage de certains produits ou personnels.

La diversité des acteurs et ressources potentiels rend Surge plus complexe et souligne à quel point la compétence des acteurs de première ligne à développer des réseaux, produire des dossiers de plaidoyer spécifique, intéresser les acteurs locaux, sont centrales. Ces éléments invitent à réfléchir les formats et les objectifs des formations et accompagnements de terrain mais aussi à faire évoluer/introduire des outils ad hoc dans la boîte à outils du Surge.

Le support et le rôle central de la hiérarchie

C'est à l'aune de cette complexité et de cette diversité d'acteurs que doit être saisi le rôle central de la hiérarchie. Un des districts visités dont le médecin-chef est un réformateur de niveau intermédiaire (manager réformateur) illustre bien la capacité de démultiplication et de relais des initiatives locales, voire d'impulsion de stratégies nouvelles qu'ont ce type d'acteurs de changement. À l'inverse, un autre district visité dont l'ensemble de l'équipe

cadre a été changée souligne l'impact négatif de l'absence de cadres de district réformateurs dans la continuité et l'animation du Surge.

Le déploiement de Surge sous l'impulsion d'un médecin chef de district réformateur contribue à différentes avancées notables :

- Un déploiement et un suivi rapproché de Surge qui enregistre des succès y compris dans les structures sans réformateurs,

- Une articulation optimisée entre les moyens du district et ceux du partenaire de proximité, et un pilotage global et intégré de l'appui aux structures de santé,

- Un intéressement technique et politique à différentes échelles :

- o Facilitation de la relation avec les maires et autres autorités politiques locales, dépassement des seules relations bilatérales entre un district et la mairie et possibilité de présenter des vues d'ensemble, d'opérer des restitutions pour entretenir l'engagement des maires dans le processus,

- o Mobilisation si nécessaire du comité de santé départementale, du préfet...

- o Sollicitations et appui renforcé de la part du pool de formateurs régionaux d'autant plus aisé qu'il en fait partie,

- o ...

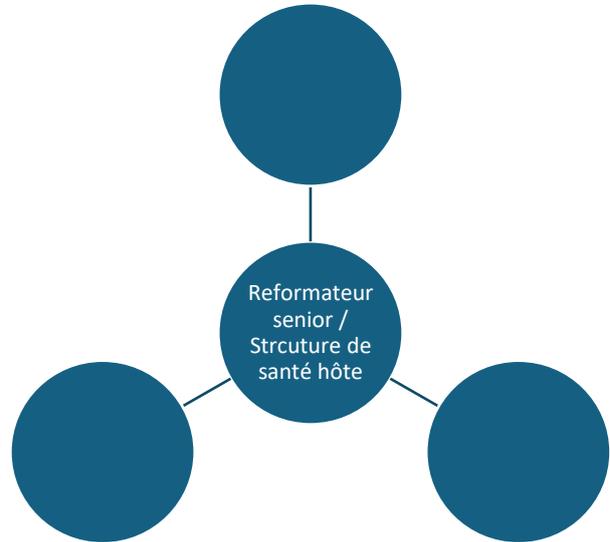
- Mise en œuvre de certaines solutions qui ne sont envisageables qu'au niveau systémique, comme par exemple la mobilisation des ambulances en panne de deux CSI pour en rendre une fonctionnelle, du moins temporairement, comme le souligne le chauffeur en entretien :

« Même le pneu de devant (de l'ambulance) c'est celui de (CSI) I. L'ambulance ça marchait plus. Maintenant avec deux on a fait une (ambulance). Mais même ça, ça n'a tenu qu'un moment, elle est sur calles maintenant. »

Si la mobilisation de la hiérarchie dans le suivi de Surge a eu des effets positifs en termes de continuité des efforts et d'animation d'ensemble, la mobilisation d'un médecin chef de district a potentialisé les effets positifs locaux du Surge, favorisé son déploiement dans des structures sans réformateurs, et permis d'identifier des options et des solutions nouvelles, d'entretenir et de mobiliser des réseaux parfois plus larges et de plus haut niveau.

Nous sommes ici face à une forme particulière d'organisation de l'innovation, une configuration d'innovations structurée autour d'un réformateur senior, ici un cadre administratif et technique, en charge d'une structure, d'un service ou d'une entité administrative, et qui, du fait de ses fonctions, a la latitude pour expérimenter mais aussi imposer aux personnels des solutions innovantes.

Inscrits dans le temps long et développant des modes de management participatifs, ces réformateurs constituent des « anciens » ou des « chefs » qui servent de référents à des



réformateurs plus jeunes qu'ils ont formés ou qu'ils encadrent de manière directe au quotidien ou dans leur fonction de cadre, qui se sont saisis de réformes et d'innovations dans leur structure, les déploient, les portent et les répliquent dans les structures où ils sont affectés au cours de leur carrière. Ce faisant, les réformateurs « seniors » constituent le centre d'un réseau où sont diffusés et adaptés les innovations qu'ils ont mis en place dans leur structure. Ils peuvent constituer un point d'appui clef pour Surge.

Le rôle du partenaire de proximité

Cette fonction de chef d'orchestre du médecin chef de district peut être relayée et appuyée par les moyens mis à disposition par le partenaire de proximité dans l'accompagnement de Surge. Le succès de l'approche tient alors à la capacité d'intégration des moyens du partenaire à ceux du district. Les différents districts visités dans le cadre de cette étude soulignent l'intérêt d'avoir un agent de l'ONG de proximité intégré au sein de l'équipe cadre de district, avec une mutualisation la plus avancée possible des bureaux, des moyens logistiques etc. C'est souvent à cette condition que s'opère l'appropriation de la démarche mais aussi que l'ONG peut se saisir des pratiques innovantes envisagées par l'équipe cadre de district et les rendre systématiques sur le terrain. Cette intégration conditionne aussi l'identification par les partenaires des bonnes pratiques en matière de supervision, qui peuvent être relayées par l'agent de l'ONG. Enfin le partage des locaux et des moyens logistiques crée les conditions d'une dépendance mutuelle et d'une influence potentielle des pratiques locales sur les pratiques de l'ONG dans d'autres districts ou de leur partage auprès de la task force nationale à laquelle participent essentiellement les ONG et les acteurs centraux.

La place des normes pratiques et des solutions de débrouille

Néanmoins, comme l'illustrent les études de cas qui ouvrent cette partie, les solutions identifiées retenues par les partenaires de proximité comme par les équipes cadre de district sont souvent réduites à des « bonnes pratiques » d'observance des normes officielles. Les données recueillies sur le terrain auprès des réformateurs soulignent l'importance d'une prise en compte des normes pratiques qu'il défend, qui constituent souvent des solutions ancrées dans le terrain, locale, à bas coût qui font la différence.

Pour répondre à la question « à quoi tient succès d'un modèle voyageur ? » il faut s'intéresser de manière symétrique, c'est-à-dire en apportant une attention identique, aux « bonnes pratiques » officielles mais aussi aux réformes endogènes, aux innovations locales, à bas coût, parfois en marge des pratiques officielles. Comme l'illustrent les études de cas ci-dessus, ces innovations peuvent s'inscrire dans une typologie qui distingue les innovations locales amélioratives, les innovations palliatives mais aussi les innovations préexistantes et celles issues du déploiement de Surge. Cette typologie esquisse une analyse des innovations dans et hors du radar de Surge et illustre que ce sont parfois ces dernières qui sont décisives.

Innovations amélioratives et palliatives

Nous proposons de distinguer deux types d'innovations dans le cadre de notre analyse :

- Les innovations amélioratives qui apportent des solutions nouvelles, sans effet délétère, à des problèmes courants des structures sanitaires,
- Les innovations palliatives face à des dysfonctionnements du système de santé, c'est-à-dire des solutions qui répondent à un problème majeur en introduisant des réponses imparfaites car souvent porteuses de nouveaux problèmes, ou des décalages avec la norme officielle ou les recommandations internationales.

Des innovations locales amélioratives

On retrouve dans les structures qui déploient Surge dans leur intégralité un certain nombre de solutions amélioratives, qui visent à apporter des réponses immédiates et pragmatiques à des problèmes récurrents du système de santé. Dans le cas de la préparation des pics et de leur gestion, des solutions amélioratives consistent par exemple en :

- Le paiement de personnel additionnel par les mairies,
- Le paiement du transport des intrants nutritionnels par les mairies,
- La suspension des congés des personnels durant la période de forte activité,
- La suspension des formations durant cette même période ; il faut ici noter que ce système comporte un décalage important entre la théorie et la pratique car les per diem des formations représentent une part importante de la rémunération des personnels, notamment des contractuels/bénévoles,
 - La mobilisation des bénévoles et des stagiaires, solutions la plupart du temps réservées aux structures urbaines, notamment dans les chefs-lieux de région où sont situées les écoles de formation,
 - La réorganisation complète des équipes et la délégation de la gestion de Surge à l'adjoint major
 - Le redéploiement des ressources humaines du district avec deux modalités différentes :
 - o Le redéploiement des personnels des centres urbains souvent mieux dotés en ressources humaines vers les centres périphériques. Une fois encore, ces redéploiements sont l'exception, les personnels des structures urbaines sont souvent dotés de réseaux de parents, amis et connaissances, ce qui limite la possibilité de leur redéploiement, même ponctuel.
 - o Le redéploiement des personnels des cases de santé vers les CSI. Ces solutions sont parfois déployées, hors Surge, les jours de marché. Ici encore, cela demande aux équipes cadre de district un vrai leadership et une emprise technique et politique importante.

Ces innovations amélioratives sont pour l'essentiel les réponses mentionnées en cas de franchissement de seuils dans le cadre de Surge. Il faut noter dès à présent que certaines d'entre elles restent théoriques.

Des innovations palliatives

A l'opposé, certaines solutions déployées sur le terrain ne figurent pas dans les réponses identifiées par l'approche Surge. Alors qu'elles apportent des réponses efficaces et souvent pérennes, elles restent en marge des solutions retenues car elles vont souvent à l'encontre des normes officielles et des politiques nationales. Ce sont les innovations palliatives. Certaines d'entre elles se retrouvent dans les structures visitées qui déploient Surge :

- La remise d'ordonnances pour pallier à la faiblesse des remboursements de la gratuité des soins et aux ruptures d'intrants et de certaines molécules constitue une pratique courante dans les structures visitées.
- Le recours à une tarification de base pour certains services normalement gratuits a également été observé, notamment autour de la vente des carnets de santé et/ou de leur plastification, ce qui permet de constituer des caisses de financement en vue d'acquiescer un certain nombre de biens de base servant notamment à l'hygiène des structures de santé,

- La farine enrichie de type Misola pour compenser les ruptures d'ATPE et éviter ainsi que les mères se détournent des structures de santé et de la prise en charge des enfants dénutris est mobilisée dans certaines structures visitées,
- Le paiement par les accompagnantes d'une somme forfaitaire pour contribuer aux démonstrations culinaires a également été observé. Cette contribution peut prendre pour certaines femmes la forme d'apports en nature (bois, céréales...)
- La délégation de tâches, de fait, aux accompagnantes, pour faire face à l'insuffisance de personnel : un certain nombre d'activités normalement confiées à des personnels soignants sont déléguées à des assistants nutritionnels qui eux-mêmes délèguent certaines de leurs tâches aux mères. On a ainsi pu observer sur le terrain, dans certains CRENI :
 - o L'administration par les mères du lait thérapeutique par voie nasogastrique,
 - o La réalisation de tâches d'hygiène par les accompagnantes ou les visiteurs
- La formation par le bas ou par les pairs réformateurs a également été déployée dans le passé pour compenser les insuffisances des partenaires de proximité dans l'accompagnement et faciliter le passage à l'échelle de l'activité. Cette stratégie mériterait probablement d'être reconsidérée et appuyée par les acteurs de Surge.

L'articulation de Surge avec des innovations préexistantes

Un élément important pour expliquer le fonctionnement complet de Surge est sa capacité d'articulation avec des innovations antérieures. Celles-ci sont rarement documentées alors que leurs contributions sont parfois décisives et qu'elles pourraient gagner en pérennité en étant appuyée par l'approche Surge.

Les systèmes de centime additionnel qui sont mobilisés pour les évacuations sanitaires, notamment des parturientes, sont parfois utilisés pour assurer l'approvisionnement en intrants des structures de santé au moment du retour de l'ambulance vers le CSI. Cette stratégie réduit fortement les coûts d'approvisionnement et réduit les ruptures d'ATPE mais n'est malheureusement pas systématiquement mobilisée par les équipes cadre de district. Ces synergies devraient être encouragées par Surge.

- Des stratégies locales de motivation des stagiaires et bénévoles sont également déployées notamment via :
 - o Un système de rotation de la participation aux formations pour assurer une distribution plus équitable des per diem qui vont avec,
 - o Le prélèvement forfaitaire sur les per diem des participants à certaines formations qui seront reversés aux personnels bénévoles qui appuient le CSI/service.
- Des systèmes de champs communautaires ont également été déployés pour compléter la rémunération et améliorer le quotidien des agents, et fidéliser certains personnels des CSI.

On perçoit aisément ici la portée potentielle de ce type d'innovations, tout comme la difficulté à les rendre systématiques. Là où elles sont déployées, ces innovations contribuent largement au fonctionnement de la prise en charge de la malnutrition aiguë et, in fine, parce qu'elles répondent à des objectifs de préparation du pic, contribuent au succès de Surge.

Des innovations sociales et managériales dans le déploiement de Surge

Les personnes interviewées ont également mentionné le renforcement et/ou le déploiement de nouvelles pratiques dans le cadre de Surge.

- Les logiques de décentralisation/délégation de tâches dans le cadre du remplissage des supports, mais aussi de leurs compilations pour alimenter le suivi des données, se sont renforcées dans certaines structures, conduisant des agents à gagner en compétences et certains majors à déléguer le suivi de Surge à leur adjoint,

- Surge a pu contribuer également à une réorganisation en profondeur de l'organigramme et de la répartition des tâches dans certains CSI en vue d'assurer un appui en ressources humaines au service de prise en charge de la malnutrition moment du pic

- Enfin, de manière encore plus exceptionnelle, dans l'un des districts visités, il a été mis en place un système de restitution systématique des supervisions Surge au niveau des mairies en vue d'assurer un bon niveau d'information et de garantir leur implication dans le processus au fil du temps.

Des réussites dans le déploiement de Surge mais un impact limité

Les analyses développées ci-dessus soulignent que les succès de Surge ne tiennent pas toujours, voire rarement, aux activités identifiées comme des réponses à engager en cas de dépassement de seuil. Nombre de solutions déployées pour faire face à la hausse des cas ne sont pas saisies par la boîte à outils Surge.

Documenter ces innovations locales, officielles ou officieuses, poussées par Surge ou qui existaient avant lui et le potentialisent est une nécessité. Cette analyse de la diversité des solutions déployées localement doit permettre :

- De souligner :
 - o La dimension largement humaine et locale, autrement dit sociale, de la plupart des solutions à déployer pour atteindre le plein potentiel de Surge
 - o L'absence d'un certain nombre de compétences clefs (développer et entretenir des réseaux locaux, produire des dossiers de plaidoyer et intéresser les acteurs en continu à l'approche) dans la formation et l'accompagnement
- D'améliorer la compréhension des causes des succès et des échecs du Surge

De recenser, documenter et donc diffuser des pratiques locales adaptées qui sont des solutions potentiellement facilement répliquables dans d'autres structures de santé, à bas coût, dans le cadre d'une mise en réseau de pratiques des agents réformateurs engagés dans le déploiement de Surge

Cette lecture plus large des causes du succès de Surge là où il est complètement déployé, conduit à souligner des éléments clefs pour le devenir de l'approche mais invite également à revenir sur de fausses évidences et une mise en perspective des solutions officielles promues par Surge.

Les prénotions erronées de Surge sur la participation locale

Le déploiement de Surge repose sur un certain nombre de prénotions qui ne coïncident pas avec les réalités observées sur le terrain. De manière finalement extrêmement pragmatique, Surge repose de fait sur une mobilisation accrue des ressources locales, notamment des mairies. Il convient ici de rappeler que, au Niger, d'après les comptes nationaux de la santé, la contribution des usagers au financement de la santé, via des

paiements directs, représente plus de 46 % du financement global de la santé. On peut dès lors s'interroger sur les différentes options qui contribuent à accroître cette part de financement, directement par le paiement des soins, ou indirectement par l'impôt.

De la même façon, dans le cadre de la décentralisation qui reste au Niger une politique dépourvue de moyens délégués par l'Etat, le présupposé qui veut que les mairies puissent engager plus de moyens ne va en aucun cas de soi. Différents maires avec lesquels nous avons pu discuter soulignent des situations diverses : une grande partie d'entre eux met en avant la difficulté à mobiliser, pour plusieurs raisons, l'impôt et les taxes et, ce faisant, l'impossibilité d'engager plus de moyens dans la santé. De l'autre côté, quelques communes qui disposent de recettes, souvent liées au bon fonctionnement de certains marchés, ont souvent des niveaux d'engagement financier importants dans le champ de la santé.

C'est par exemple le cas de la commune de T. dont relèvent six centres de santé. Grâce à la culture de l'oignon et à un marché fonctionnel, elle parvient à générer des recettes relativement importantes. De ce fait, elle a pu doter chacun des CSI de ressources humaines de santé additionnelles, à temps plein, tout au long de l'année, mais aussi contribuer au système de centime additionnel en assurant une partie de l'entretien des ambulances. Faire plus est peut-être possible, mais que cet engagement soit orienté exclusivement sur la prise en charge de la malnutrition a, comme nous l'analyserons plus tard, un coût politique qui est difficile à justifier, ce qui est un argument de plus en faveur d'une extension nécessaire de la cible de Surge au paludisme.

Comme nous l'avons souligné, ce focus sur les mairies, expliqué largement par la stratégie de formalisation sur « papier » des engagements, conduit à ignorer un certain nombre d'autres acteurs potentiellement pertinents et complémentaires. Ce constat invite, dans le cadre de la préparation des pics d'activité, à un diagnostic plus fin de la cartographie des acteurs et de leurs ressources et à des stratégies de plaidoyer ad hoc.

Des solutions officielles qui restent très partielles et fragiles

Les innovations, notamment amélioratives dont nous avons commencé à dresser la liste ci-dessus, et notamment les deux engagements clés concernant le recrutement de ressources humaines additionnelles et le financement via les transporteurs privés de l'acheminement des ATPE, doivent être mis en perspective.

Les entretiens conduits sur le terrain soulignent de manière quasi systématique que les fonds engagés par les mairies pour le paiement du personnel supplémentaire en cas de franchissement de seuil sont, dans la pratique, destinés au paiement des personnels bénévoles qui travaillent dans les CSI tout au long de l'année. Cette démarche est pertinente d'un point de vue local dans la mesure où elle permet de fidéliser des personnels déjà intégrés dans les dispositifs. Elle ne constitue malheureusement pas un appoint en ressources humaines pour faire face au pic d'activité.

Le transport des intrants par les commerçants et les voitures de marché constitue potentiellement une solution intéressante mais qui génère un certain nombre de problèmes. Le plus important est probablement quand les fonds sont effectivement décaissés mais que la livraison n'a pas lieu au niveau du CSI mais au niveau du marché du village ce qui génère un certain nombre de coûts pour le transport sur les derniers mètres et des risques pour les intrants.

Enfin, si l'interdiction de la prise des congés durant le pic est globalement respectée, il en va autrement :

- Pour les départs en formations qui constituent bien souvent un complément de salaire essentiel,
- Pour l'absentéisme « social » (baptêmes, mariages, décès) qui semble peu varier en fonction des seuils et qui constitue une part importante de perte de temps de travail effectif.

Les développements qui précèdent soulignent et expliquent le caractère fragile des succès enregistrés dans le cadre du déploiement de Surge. Ceux-ci sont conditionnés à un « alignement des planètes » : acteurs de proximité, hiérarchie mobilisée, partenaires de mise en œuvre, compétences individuelles des réformateurs et leur capacité à articuler des engagements officiels visés par Surge avec une multitude de micro- innovations, amélioratives ou palliatives. On revient ici à une modification du modèle voyageur qui retrouve une dimension artisanale.

Les réformateurs sont à la fois la clé de voûte et le point d'équilibre de ce dispositif. La fragilité inhérente à cet ensemble est renforcée par la mobilité importante des personnels de santé comme nous illustrerons plus en détail la partie suivante.

Quand les experts contextuels font évoluer radicalement Surge

L'analyse du déploiement du Surge que nous proposons s'organise autour de trois espaces: (a) les espaces où Surge est déployé de manière partielle et incomplète dans le cadre d'une approche projet ; (b) les espaces où Surge est déployé intégralement grâce à l'engagement de réformateurs et un alignement de planètes, avec le retour à une logique artisanale dans la mise en œuvre et (c) les structures où Surge est dépassé par ses porteurs, que nous qualifierons d'experts contextuels en opposition aux experts internationaux. Nous avons rencontré au cours de notre visite de terrain deux structures qui relèvent de cette troisième catégorie. La première d'entre elles que présente l'étude de cas ci-dessous fait figure de référence. La seconde, quant à elle, a malheureusement périclité du fait de la mutation de l'expert contextuel dans un autre service de l'hôpital dans lequel il exerce.

Etude de cas 5 : meilleure appropriation et animation du Surge par une structure hospitalière

L'Hôpital de Y est un pôle d'innovations. Depuis une décennie et sous l'impulsion de ses responsables administratifs, y a été initiée une série d'innovations dans le but de rehausser l'offre des services et d'améliorer sensiblement la qualité des soins. Aucun des services de l'hôpital n'est épargné par les mini-reformes, qui font de lui un centre sollicité par diverses formations sanitaires, dont des institutions hospitalières de Niamey et d'ailleurs, pour y former leurs professionnels de santé et s'inspirer de son exemple.

C'est dans cette structure que Surge a été introduit en 2014 avec l'accompagnement d'une ONG internationale en vue d'appuyer l'unité pédiatrique dans la gestion de la prise en charge de la malnutrition sévère. Le début a été marqué par la formation des acteurs de mise en œuvre, en l'occurrence des responsables de l'unité. Ces derniers ont une bonne opinion de l'outil en ce sens qu'il les aide à mieux s'organiser pour gérer la hausse des admissions. C'est d'ailleurs l'une des raisons qui les a fait adhérer à l'outil. Soutenus par l'administration à toutes les étapes, les responsables de la pédiatrie ont articulé leur pratique médicale et leur maîtrise de l'outil pour le déployer sous la forme d'une innovation ouverte, pouvant être modifiée, transformée et négociée en fonction des réalités propres à l'institution et des contextes de son déploiement.

« Surge ce n'est pas compliqué, il s'agit de faire un état des lieux des ressources (humaines, matérielles, intrants, MEG, PPN, etc.) disponibles, ses forces et ses faiblesses et savoir au final comment transformer nos faiblesses en forces. » (Un pédiatre (8/2/2021).

Ainsi, chaque année, le déploiement de Surge est réévalué. Un point important de ces discussions est la fixation des seuils. Elle ne consiste pas en une simple mise à jour via l'intégration des données passées dans la formule que propose l'outil. C'est un moment de discussions et d'échanges autour de l'expérience vécue, de la courbe de morbidité et de mortalité, de la manière dont le dernier pic a été géré. Ce dernier point est central et conduit à inscrire la définition des seuils dans la continuité des staffs matinaux et des réunions d'assurance qualité qui servent à améliorer en continu l'organisation du service et à l'adapter à l'évolution des cas et des moyens, notamment RH.

Avec le temps, grâce à l'expérience mais surtout à la volonté de quelques professionnels de santé de l'unité pédiatrique, le centre de santé est devenu le lieu par excellence de déploiement et d'animation de Surge au Niger. Plusieurs aspects organisationnels, notamment en période de fortes admissions, période qui correspond également à la hausse des cas de paludisme, témoignent d'une appropriation originale de l'outil :

« Le pic palu embête plus que le pic MAS, on ne peut pas avoir plus de 100 cas MAS/jour. On a vu que l'urge peut aider dans la prise en charge du palu et on a dit pourquoi ne pas appliquer Surge au palu »

Si tous ne savent pas expliquer en détail le fonctionnement de Surge, tous les agents, du major général de l'hôpital à la fille de salle, des médecins aux stagiaires et bénévoles qui servent dans la pédiatrie, sont engagés pour faire face au niveau d'alerte.

Réorganisation complète du travail en cas d'urgence: Si les réunions préparatoires des différentes phases du déploiement de Surge sont essentiellement tenues par le pédiatre de l'unité, deux médecins et les responsables des services de réanimation, du tri, du CRENI et de la pédiatrie, les autres personnels s'adaptent et se mettent en ordre de travail conformément au fonctionnement des services. Une formation de trois jours et une mise à jours de nouveaux agents sont aussi organisées par le directeur sur l'assurance qualité et les actions prévues en période de pic.

Parmi ces nombreuses actions, on peut noter : La suspension des congés et du repos: Cette mesure est partout connue. En effet, dans tous les sites visités où Surge est partiellement ou effectivement déployé et bien animé, les congés du personnel sont suspendus. Dans un contexte de pénurie généralisée des agents de santé, il arrive que les agents disponibles ne soient pas suffisant pour prendre en charge l'afflux des patients, à fortiori au moment de fortes admissions. C'est pourquoi, la première action consiste à supprimer officiellement, au moyen d'une note de service de l'administration, les congés des agents.

« Pendant le pic il y a eu un sérieux problème de ressources humaines. Cela a conduit à suspendre les pauses et les congés du personnel, des fois on fait recours même aux agents qui sont malades »

C'est d'ailleurs devenu une norme pratique, une routine. Les agents qui sont absents, en congés ou pour d'autres raisons, s'attendent à être rappelés pour soulager leurs collègues. De même, en cas de dépassement de seuil, les agents qui ont fait la garde sont également privés du repos habituel de 48 heures.

Suspension des pauses : En temps normal, une pause d'une heure voire plus est prévue à partir de 13 heures. Elle est suspendue en temps de pic. Comme la première mesure, celle-ci est également devenue une routine des agents de toutes les unités des services pédiatriques lorsque ceux-ci sont envahis par les patients et les mères/accompagnantes. Sous la pression de leur personnel, l'administration prépare à partir de 2020 un déjeuner pour les agents pour les soulager. La mesure est certes jugée insuffisante par ces derniers en ce sens qu'elle que cet accompagnement n'est pas régulier et ne dure pas. Il témoigne tout de même de l'engagement des différentes parties prenantes, y compris la hiérarchie, dans le déploiement de Surge. Cet effort est salué même si les agents soulignent qu'ils sont tellement débordés qu'ils n'ont pas de temps de manger :

« Moi on m'amenaît de la nourriture depuis la maison. Je rentre toujours à la maison sans rien manger. On n'a même pas le temps de manger ».

Mobilisation d'autres agents : En concertation avec l'administration centrale, le personnel soignant des autres pavillons de l'hôpital peut être mobilisé au-delà de certains seuils. Il s'ajoute au planning des équipes du service.

Mobilisation des bénévoles et recrutement supplémentaire : Face au besoin pressant d'accroître les effectifs de personnels de prise en charge, le CHR fait appel à un de ses partenaires (ONG) pour le recrutement d'agents supplémentaires dont le contrat dure en général 6 mois. Mais cette mesure n'augmente pas la capacité d'accueil du pavillon car, comme ailleurs, ce sont les bénévoles qui y servent déjà qui sont recrutés moyennant 50.000 ou 55.000 par mois selon le partenaire. Un prélèvement est effectué et versé aux autres bénévoles qui n'ont pas eu la chance de bénéficier d'un tel contrat pour les motiver à rester en cette période particulière. Ces derniers reçoivent également des frais de transport de la part de la direction de l'hôpital.

« Ils sont déjà avec nous, donc pas d'ajout en termes d'agents. On ne veut pas les léser en recrutant d'autres parce qu'ils sont toujours avec nous » (une des responsables de la pédiatrie)

« Durant le pic, nous recevons de la collation à travers les ristournes. Ce sont les majors, les contractuels et les agents en service civique qui reçoivent cette récompense compte tenu de la surcharge du travail » (Un agent de la pédiatrie)

Par ailleurs, une collaboration a été envisagée avec une école privée de santé de la ville. Mais la période de pic coïncide avec les vacances. Les écoles sont malheureusement fermées et il est impossible de mobiliser les étudiants de troisième années en soins infirmiers pour être des stagiaires. Néanmoins cette école de santé a mobilisé dans ses ressources de quoi motiver ses meilleurs diplômés et les mettre au service de l'hôpital pendant 3 mois de pic.

Le partage des lits : Au CRENI, au service de réanimation et à la pédiatrie, deux patients, voire trois peuvent occuper un lit.

« Si tu dis qu'il n'y a pas de lits, les patients vont aller où ? Les gens ne savent pas où aller ; Alors on se débrouille, on met plusieurs patients par lit. Tu sais on n'a pas vraiment le choix, il faut accueillir tout le monde » (Un responsable de la pédiatrie)

Les enfants malnutris de moins de cinq ans qui arrivent au centre hospitalier sont pour la plupart dans un état critique. Voilà pourquoi les responsables de la pédiatrie préfèrent tous les accueillir en gérant, de façon assumée, le risque d'infections nosocomiales en cas de dépassement des capacités d'accueil officielle (nombre de lit et ration agents/lit).

Réduction de la durée du séjour et allègement du protocole de prise en charge : Un des modes de gestion du pic, et notamment de sa phase la plus aigüe, celle qui coïncide avec le pic du paludisme, est le raccourcissement de la durée de séjour dans l'hôpital. Pour réduire le risque de décès et de complications liés aux maladies nosocomiales et gérer de manière optimale un espace et un nombre de lits toujours insuffisant sans faire un tri qui conduirait à renvoyer chez eux des enfants à fort risque de mortalité, le choix est fait de renvoyer chez eux les enfants déjà stabilisés après une période d'observation plus courte que d'habitude. Cette libération plus ou moins précoce permet d'avoir de l'espace au profit de nouvelles admissions. Cette mesure s'accompagne de la simplification de certains protocoles de la prise en charge, notamment du remplissage d'informations périphériques dans le dossier de suivi du patient. Le plus important, c'est de sauver le maximum de vies possible et d'agir sur la mortalité des enfants qui sont admis. La mortalité est d'ailleurs un des indicateurs suivis tous les jours par les médecins :

« On fait ça pour se focaliser de ce qu'il faut faire pour que le malade ne meurt pas. Ici (en cas de franchissement de certains seuils), dès que les patients sortent de l'urgence, ils sont mis systématiquement à la voie orale et sont automatiquement libérés pour désengorger l'unité. On explique bien aux parents la voie la voie orale à suivre pour le traitement à la maison »

Demande systématique de groupage au laboratoire : Le laboratoire doit réorganiser son staffing pour répondre aux sollicitations de la pédiatrie. Pour éviter des délais de transfusions dont l'issue pourrait être fatale, le test de groupage devient le besoin prioritaire par rapport à toute autre analyse biologique. Dès qu'un enfant est référé les agents en font systématiquement la demande pour que, au besoin, la transfusion sanguine puisse être satisfaite dans les meilleurs délais. Cette demande d'examen, comme les autres qui sont les plus urgents, font l'objet d'une fiche « rouge » qui est un coupe fil et permet aux laborantins d'identifier les examens prioritaires qui font l'objet d'une rétro-information (sur la communication des résultats) immédiate par la flotte téléphonique mise en place par la direction de l'hôpital.

Cette réactivité du laboratoire de l'hôpital est rendue possible par la disponibilité des réactifs et la fonctionnalité des appareils. Pour garantir cette dernière, les contrats d'entretien signés par l'hôpital avec des prestataires privés ont inclus une clause de formation des laborantins à la maintenance préventive et curative des appareils. Le taux de panne a depuis lors

drastiquement chuté et les économies réalisées ont permis d'assurer la disponibilité des réactifs et des petits matériels et, progressivement de doubler la plupart des appareils, garantissant la disponibilité des résultats d'examen quasiment en tout temps.

L'organisation et la préparation de la délégation des tâches : La délégation de tâches est une pratique courante, pragmatique, et souvent subie dans les structures de santé au Niger. Transversale à tous les échelons professionnels, elle consiste en un glissement des responsabilités et des fonctions vers le bas de la chaîne hiérarchique (Jaffré et Olivier de Sardan 2003). Le seul pédiatre du pavillon délègue une partie de ses activités au médecin qui l'épaulé à travers les visites et les instructions aussi bien dans les services de réanimation pour les cas urgents qu'au niveau du CRENI et de la pédiatrie. Celui-ci délègue une partie de ses tâches aux infirmiers qui, à leur tour font de même avec les assistants nutritionnels et/ou les aides-soignants. Cette organisation existait avant :

« On faisait de la délégation des tâches avant le SURGE maintenant, c'est plus organisé » (La responsable des services de réanimation)

Dans ce service, la délégation de tâches est organisée tout au long de l'année dans le cadre des staffs formatifs où les cas complexes sont présentés à tout le personnel par les personnels ayant assuré la garde. Les prescriptions et conduites à tenir sont discutées par tous en commençant par les auxiliaires, les personnels paramédicaux puis les médecins. Cela contribue au renforcement de compétence et inscrit les agents dans des logiques de formation continue. La délégation des tâches en elle-même se fait au lit du patient sous la forme de formation sur le tas et permet d'autonomiser progressivement les agents. Cette activité est déployée essentiellement « hors pic » car au moment du franchissement des seuils les staffs sont réduits :

« On a même pas le temps de prendre le déjeuner », durant le pic, il n'y a pas de réunions, même les réunions du staff sont suspendues »

Création d'une unité de réanimation Avant le déploiement de Surge, les services de réanimation, le CRENI, et la pédiatrie, étaient regroupés dans le même bloc. Il n'y avait pas de surveillance spécifique pour les cas urgents. Du coup le taux de décès dans les 24 heures suivant l'admission des malades était élevé. Cette situation a été prise en compte lors de l'évaluation des capacités de l'unité, de ses forces et ses faiblesses. C'est ainsi que l'administration a accepté la proposition de transformer un hangar où étaient placés les enfants malades et leurs accompagnants en unité spécifique de réanimation des cas urgents avec son équipement complet. Des agents ont été mis à disposition pour surveiller toutes les heures ces cas grabataires. Ceci a non seulement rendu très fluide la circulation des patients en fonction du niveau d'alerte et permis une meilleure coordination des activités du pavillon mais surtout a réduit sensiblement le taux de décès des nouvelles admissions.

Mobilisation de la préfecture : Pour ce faire, une campagne de sensibilisation et de palidoyer a été réalisée par les responsables de la pédiatrie à destination des autorités politiques, notamment de la préfecture. Elle a consisté à présenter à la préfecture les aménagements réalisés et l'organisation du travail en période de pic à travers une visite du maire et du préfet de la ville. L'objectif était de solliciter l'appui des autorités en vue de bénéficier d'un déploiement des ressources humaines plus importantes. Ce qui fut fait avec l'engagement de 11 agents. Mais, au bout de quelques semaines, les nouveaux agents ont quitté l'institution hospitalière jugée trop pénible en termes de travail.

« Certains agents on constate seulement leur absence et ne reviennent plus. D'autres vont te dire qu'eux ils ne peuvent pas tenir à travailler dans ces conditions de pic. Tu sais les gens ne viennent pas en santé par vocation maintenant ». (Major d'une des unités pédiatriques)

Une base de départ identique... mais différente

Dans les deux structures qui proposent un déploiement de Surge qui va plus loin que sa définition minimale, on retrouve deux éléments identiques aux études de cas présentées

dans la partie précédente. Néanmoins, l'analyse plus fine de ces éléments permet de discerner des nuances qu'il est important de considérer.

L'étude de cas ci-dessus illustre de manière exemplaire une caractéristique clef des réformateurs : leur capacité à déployer des innovations multiples qui sont souvent imbriquées. Essentiellement organisées au sein d'une même structure, ces innovations sont complémentaires sans forcément dépendre les unes des autres. Elles sont le signe d'un engagement dans un processus de réforme et d'amélioration de la qualité des soins.

Pertinentes individuellement, solutionnant chacune tout ou partie d'un problème, les effets de ces innovations multiples se potentialisent. Elles font « système ». Ce fonctionnement en grappe contribue à une amélioration effective et significative de la qualité des soins au niveau d'un service ou d'une structure.

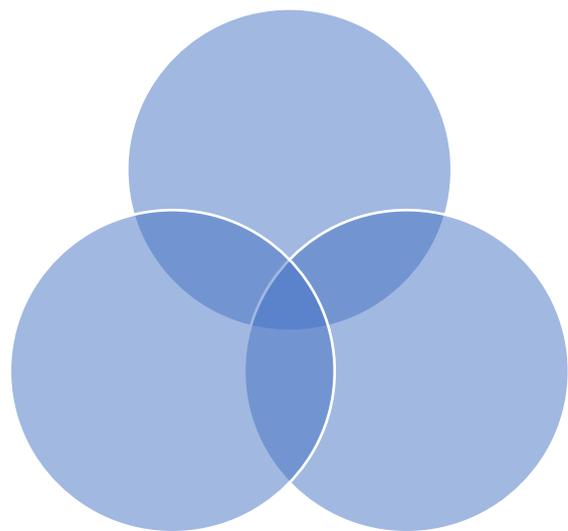
Une clé du changement: du réformateur à l'expert contextuel

Comme dans les autres structures qui ont déployé Surge, on retrouve dans l'étude de cas qui précède un réformateur qui cherche, dans sa structure de santé, à promouvoir des changements et se saisit de Surge comme un outil de réforme potentielle.

Néanmoins, dans ces deux structures, les réformateurs ont un profil particulier. Il s'agit de médecins, exerçant dans des structures de référence, dans un milieu urbain, et qui font partie des pools de formateurs.

Du fait de leur formation initiale, d'un intérêt aiguisé pour les approches innovantes, combiné avec des positions d'influence hiérarchique sur leurs équipes et une légitimité technique, ces acteurs sont un peu plus que des réformateurs « de base ». Nous les qualifions d'experts contextuels. Les contours de cette catégorie d'acteurs ne sont pas distinct des réformateurs dans l'ouvrage « La revanche des contextes » (2021) qui en propose une définition générique:

“Le concept d'expert contextuel, quand cette expertise provient de la pratique, va donc bien au-delà de l'expertise que la perspective de l'agencéité (agency) accorde à tout acteur social. En effet, si chaque individu a des capacités de connaissance et d'action, il peut, à ce titre, être considéré comme un expert de son propre cadre de vie, un expert au minimum de sa propre existence, quelle que soit sa condition, et aussi démuné ou dominé soit-il. Mais l'expertise d'un contexte est plus complexe et plus ciblée. Elle suppose des compétences particulières. Les experts contextuels issus des contextes pragmatiques ont en fait une triple compétence par rapport à leur cadre de travail : a) une connaissance interne et vécue de ce cadre, commune à tous ceux qui partagent ce cadre ; b) une capacité réflexive, moins répandue, qui leur permet une distanciation et une posture critique ; c) une capacité innovante, beaucoup plus rare, qui les amène à tenter des améliorations, à initier des réformes, à mener des expériences, à faire des propositions.” (Olivier de Sardan, 2021)



Cette définition et les éléments de terrain illustrent le fait qu'un expert contextuel est nécessairement un réformateur mais que la réciproque n'est pas nécessairement vraie. Comme nous le verrons dans les développements qui suivent, la différence majeure entre un réformateur et un expert contextuel est la capacité de ce dernier à opérer une analyse critique des modèles voyageurs et à proposer une évolution majeure voir un modèle alternatif, là où le réformateur se saisit de l'outil, le déploie en proposant des ajustements à la marge sans remise en cause radicale de l'approche.

Il faut aussi préciser que les caractéristiques des experts contextuels identifiés ci-dessus ne sont pas limitatives, elles décrivent seulement le profil des experts contextuels identifiés dans la cadre de Surge. Dans d'autres domaines les experts contextuels identifiés au fil des recherches conduites par le LASDEL ont d'autres caractéristiques.

Des alliances locales habituelles mais spécifiques aux experts contextuels et aux structures dans lesquelles ils exercent

Un autre point commun (avec des différences subtiles) entre les réformateurs de première ligne qui déploient Surge et les experts contextuels / managers réformateurs qui en proposent des adaptations majeures concerne les réseaux et l'intéressement des acteurs de proximité. On retrouve dans l'étude de cas précédente la même typologie d'acteurs (proximité, hiérarchie, ONG d'appui). Comme dans les autres études de cas cet alignement est incomplet. Mais les dynamiques engagées par les experts contextuels reposent sur des réseaux dont la particularité est d'être plus denses et rapprochés. Ces particularités s'expliquent notamment par le type de structure où les experts exercent (hôpitaux qui hébergent aussi les ECD/DRSP), le milieu urbain (qui rend les interconnaissances avec les autorités politiques plus faciles), et la sociologie médicale (légitimité technique et symbolique du médecin, surtout s'il est spécialiste). Une dernière spécificité qui favorise la mobilisation des partenaires est la position hiérarchique et technique élevée de ces experts contextuels, membres des pools de formateur régionaux et qui ont accès de ce fait au niveau central du ministère de la Santé

« Avec Surge j'ai vu que mon nom était là-bas (au niveau de la DN) »

La spécificité des réseaux d'acteurs locaux des experts contextuels

Les experts contextuels qui déploient Surge au-delà de sa définition initiale sont inscrits dans les réseaux d'acteurs locaux différents de ce que nous avons étudié précédemment. Les mairies y sont moins centrales, voir absentes. Le nombre et la diversité des acteurs partenaires potentiels sont bien plus importants (pharmacies, écoles de santé et université, notables et grands commerçants, hommes politiques...). Il faut ici également souligner la capacité de mobilisation directe des partenaires techniques et financiers du niveau national.

Ces réseaux particuliers au sein desquels se placent les experts contextuels peuvent faire l'objet d'une animation particulière grâce à une articulation spécifique avec la hiérarchie.

La diversité des liens des experts contextuels avec leur hiérarchie

La mobilisation des acteurs de proximité par les experts contextuels dans le cadre de Surge repose

- pour l'un des deux experts contextuels interviewés, sur son statut de spécialiste et de responsable de service, qui n'est pas relayé par son supérieur,

- pour le second, sur la mobilisation du réseau par le responsable de la structure, lui-même réformateur, qui jouit d'une capacité de leadership, de capacité de communication, de mobilisation et de connexions techniques et politiques sans commune mesure avec celle du technicien. Il peut donc s'opérer, dans ces écosystèmes innovants, une division des rôles entre diagnostic/mise en œuvre des réformes technique et mobilisation de réseaux et de ressources, comme le souligne un médecin :

« (A propos du chiffrage des solutions et de la mobilisation des moyens) ça ne nous concerne pas beaucoup, ça c'est l'administration (...) l'engagement c'est le directeur (de l'hôpital), après même s'il n'y en a pas, il va essayer de faire quand même ».

L'absente présence de suivi des partenaires de proximité du Surge

Les deux experts contextuels qui déploient Surge ne sont aujourd'hui plus guère appuyés par les ONG en charge de l'accompagnement de Surge. Ce déclin de l'appui est sensible mais sans impact majeur sur le déploiement de Surge du fait de leur maîtrise de la démarche, maîtrise qui dépasse parfois celle des personnels mis à disposition par les ONG pour exercer ses fonctions d'accompagnement.

Cette présente absence des partenaires a contribué à une prise de distance, déjà en grande partie effective, vis-à-vis de la définition initiale de l'outil CMAM SURGE.

Des spécificités contextuelles qui expliquent la trajectoire particulière de Surge

Au-delà du fait que les réformateurs portant des évolutions radicales du Surge sont des experts contextuels, d'autres spécificités sont à mentionner pour expliquer ce dépassement du modèle initial.

Un écosystème réformateur

Comprendre la trajectoire particulière et les réussites exceptionnelles de Surge dans les services pilotés par des experts contextuels implique de les réinscrire dans leur environnement. Celui-ci est extrêmement particulier puisqu'il s'agit de systèmes déjà orientés vers l'innovation. On y retrouve une concentration exceptionnelle d'innovations qui nous invite à parler d'un « écosystème réformateur ». Celui-ci préexiste à Surge, qui s'y inscrit, s'articule avec des innovations antérieures et, parfois, en promeut des nouvelles.

On entend par écosystème innovant / réformateur une configuration institutionnelle dont le management est orienté vers l'innovation, voire où l'innovation est plus qu'un objet de mobilisation, et constitue une des méthodes de management. Hôpital, service ou formation sanitaire, ces organisations orientent leur organisation interne vers l'identification, le test, la validation d'améliorations constantes, de réformes « par le bas » pour trouver des solutions aux problèmes quotidiens et proposer des alternatives au discours dominant sur la pénurie des moyens. Cette approche d'équipe propose des innovations locales qui une fois validées sont mises en commun et répliquées par d'autres services. Ces logiques prennent place dans un contexte d'amélioration continue des prestations mais aussi d'émulation entre les équipes, avec des concours d'innovations, des classements et des prix annuels en fonction des performances.

Ces logiques permettent de mutualiser des solutions et d'améliorer de manière radicale le fonctionnement des structures mais aussi les relations et les interactions entre les services. Elles sont également consécutives de la volonté et la capacité d'un réformateur ayant vécu l'expérience ancienne d'un projet assurance qualité mis en œuvre dans la même région, et dont il a récupéré les traces pour transformer sa structure hospitalière.

Cette masse critique d'innovations conduit à l'identification de pôles d'excellence et d'espaces de réforme. La mise en réseau de ces pratiques-individus-structures-systèmes est tout à la fois un moyen de la diffusion des innovations mais aussi une manière de penser autrement la réforme et le renforcement des systèmes de santé. Cette entrée par les dynamiques locales permet d'envisager un modèle qui repose moins sur une exigence de conformité aux interventions d'en haut ou de l'extérieur (ONG, OMS, UNICEF) mais plutôt qui promeut des solutions issues des contextes locaux et s'appuyant sur les potentialités et l'intelligence collective.

On comprend aisément l'intérêt de déployer Surge dans ce type de structure et les raisons de son succès. Ce type de structure constitue une vitrine, largement documentée dans les rapports de capitalisation et les publications, mais difficilement répliquable tant ses conditions de déploiement dans un écosystème innovant constituent l'exception plutôt que la règle dans le système de santé nigérien.

Cette difficulté à répliquer ce niveau de déploiement de Surge dans d'autres structures tient tout à la fois aux particularités du contexte mais aussi à la difficulté pour les acteurs de Surge de saisir, documenter et diffuser leurs innovations que nous listons ci-dessous.

Les améliorations créatives de Surge : une articulation d'innovations amélioratives et palliatives inédites

Pour favoriser la motivation / rétention des ressources humaines

- Leadership par l'exemple de la part des cadres/réformateurs en ce qui concerne la ponctualité, la présence au staff, le respect de la hiérarchie et des consignes...
- L'existence de ristournes qui viennent compléter la rémunération des personnels (spécificité des structures de deuxième référence et plus), y compris des contractuels, et favoriser la permanence des ressources humaines de santé dans ces structures

Sur l'organisation du service de pédiatrie-nutrition pour accroître le nombre de cas pris en charge, notamment les cas les plus sévères

- Investissements pour la construction de salles via la mobilisation des notables et de la diaspora de la région
- Systèmes d'entraide en ligne (groupes WhatsApp) pour permettre aux personnels de poser les questions aux médecins durant leur garde quand ceux-ci ne sont pas présents,
- Acceptation de la baisse de la qualité du remplissage des dossiers au-delà de certains seuils d'activité, afin d'assurer les soins d'urgence
- Accords avec une pharmacie islamique de la ville qui met à disposition gracieusement les intrants et médicaments pour les indigents
- Mise en place de bulletins d'urgence de couleur à traiter en priorité au niveau du laboratoire et dont les résultats doivent être annoncés par téléphone au médecin demandeur pour raccourcir les délais de prise en charge
- Démarche et collectifs d'« assurance qualité », qui consiste à mobiliser toutes unités de la formation sanitaire en vue d'avoir des objectifs chiffrés à atteindre au bout d'une période d'un an.
- Mobilisation du surveillant militaire de l'hôpital pour organiser l'engagement de l'entourage du malade, en cas d'urgence, à rembourser les frais engagés par l'hôpital, en cas d'impossibilité de paiement immédiat pour éviter les retards dans la prise en charge

Cet écosystème favorable à l'innovation, à laquelle l'essentiel des personnels de ces services (hospitaliers) adhère, via l'engagement fort de leurs responsables, apporte un éclairage différent sur les modalités d'engagement du personnel de première ligne (CSI) dans Surge. Alors que dans les CSI on invoque le manque de formation de l'ensemble des personnels pour expliquer la non application de Surge, dans les structures hospitalières, bien que les personnels en charge du traitement des enfants au quotidien ne soient pas plus formés à Surge, la qualité de l'animation et du management des équipes permet le succès de Surge.

Une maîtrise de l'outil qui autorise une critique légitime et pragmatique de Surge et son dépassement

Une autre spécificité du déploiement de Surge par les experts contextuels que nous avons identifiés est leur maîtrise de l'outil, et un regard transversal sur son déploiement, au-delà de leur structure. Parce qu'ils sont intéressés et engagés dans Surge, et qu'ils participent aux formations en tant que membres du pool de formateurs régionaux, les experts contextuels jouissent d'une maîtrise de la démarche au moins égale à celle des formateurs des ONG partenaire qui les appuient.

Cette expertise de l'outil se double d'une maîtrise des arcanes de leur service de prise en charge qui fait défaut aux ONG. Ce positionnement à la fois de praticien et de personne ressource pour le déploiement de l'outil rend possible et légitime une analyse critique de ses performances.

Les experts contextuels proposent ainsi des évolutions des modes de calcul des seuils, une extension du périmètre de Surge de la malnutrition au paludisme ou le déplacement de la cible des services de pédiatrie à ceux de néonatalogie, propositions toujours appuyées et fondées sur les expériences issues de leur pratique quotidienne.

Cette capacité à mettre en lumière, à partir d'exemples concrets, les limites de l'outil et y proposer des correctifs, portés et déployés dans leur structure par des acteurs légitimes dans les deux champs (technique-médical et expertise en ingénierie Surge) permet d'esquisser des évolutions pragmatiques du Surge. Certains de ces correctifs, concourent au dépassement de Surge, et anticipent des développements qui pour une part importante n'ont pas encore été envisagés par les experts internationaux qui portent l'approche.

La fragilité du système qui reste lié et porté par des personnes...

Les performances enregistrées par les experts contextuels sont encourageantes mais elles restent fragiles car attachées une fois de plus à un alignement de planètes et à la merci de la mobilité des acteurs. C'est ce qu'illustre le cas d'un des deux experts contextuels rencontrés au fil de cette recherche et des précédentes, qui a été affecté à un autre service au sein de sa structure. Malgré les dynamiques qu'il avait engagées, Surge n'a pas connu le même engouement de la part de ses successeurs et a donc fortement décliné dans son service initial même si lui-même tente désormais de l'introduire et de l'adapter à son service actuel, la néonatalogie, ouvrant des portes nouvelles à l'approche Surge.

Consolider les acquis ?

Les deux écoles de mise en œuvre de la fonction de veille de SURGE

L'approche standardisée

Le SURGE tel que déployé dans la plupart des structures visitées, notamment dans le cadre d'un passage à l'échelle vers un grand nombre de structures et avec un volume de personnel d'appui réduit, a fait l'objet d'une standardisation progressive. Cette approche, combinée à la faiblesse des supervisions conduit souvent à considérer Surge comme un outil scientifique peu négociable, basé sur une méthode et une formule unique de calcul des seuils. Autrement dit, Surge serait une *innovation fermée, clef en main*. C'est ce que souligne un membre d'un pool de formateurs régional.

« Le problème, c'est que les gens sortent de la formation initiale en se contentant de la formule et là, ça devient aberrant »

C'est ici l'une des conséquences du passage à l'échelle et de la massification du nombre de structures impliquées. Un modèle unique et standardisé s'impose. Le Surge perd alors son caractère flexible et réflexif, son ancrage dans des contextes toujours spécifiques, pour se réduire à une démarche mathématique et des réponses mécaniques. C'est ce que souligne cet extrait d'un entretien avec le major d'un CSI urbain

"SURGE aide à se préparer à l'arrivée d'un pic. Ici on calcule juste les seuils. Très simplement, on respecte la formule... ça n'est pas important. On ne négocie pas. Parce qu'en tous cas on a assez d'agents ici (7 agents plus de bénévoles) et puis en plus on a les relais. »

Dans la plupart des structures visitées, c'est donc un modèle d'innovation fermée, inscrit dans une approche purement technique qui domine. Surge est présenté comme une innovation dont les résultats et la performance tiennent à la qualité supposée intrinsèque de l'outil plus qu'aux processus concrets de mise en œuvre, ce qui conforte l'idée de Surge comme un modèle voyageur de plus.

L'approche artisanale par l'adaptation créative

Pourtant cette approche standardisée n'est pas la seule. D'autres modèles de calcul, concurrents sont déployés par certains partenaires, dont nous n'avons pas visité les projets. Mais ce modèle concurrent apparaît trop complexe pour une mise à l'échelle comme souligne un cadre d'ONG :

« L'autre modèle, c'est (ONG) à (lieu). Mais celui-ci est trop complexe, il faut des calculs de charge de travail, de durée de consultation... Il faut que le calcul des seuils reste simple, basé sur le vécu et la capacité. »

Un autre interviewé, major de CSI, toujours à propos des modèles de définition des seuils, souligne finalement ce qui devrait être au cœur de l'approche dans le passage à l'échelle et que les acteurs ont progressivement perdu de vue :

« C'est plus le processus finalement qui importe que l'exactitude du calcul. SURGE est donc plus un modèle négocié, raisonnable et objectif, surtout un modèle simple; un seul indicateur doit être et rester l'objectif (y compris dans le cadre d'un passage à Health Surge) »

Cette approche était au cœur de certaines phases pilote et reste la clef des approches déployées par les réformateurs dans le cadre de la mise en œuvre de Surge et son

amélioration. Ceux-ci parlent moins de calcul des seuils que de définition des seuils, qui sont et doivent rester un indicateur flexible, issu d'une démarche négociée

« Il faut partir d'une base : les admissions que vous avez sur plusieurs années sur la malnutrition, car le seuil se calcule sur cet indicateur. La formule du guide, ça donne un seuil brut. Il est calculé à titre indicatif. Il doit être discuté en fonction des moyens. Le vrai calcul c'est comment vous avez vécu par le passé et quelles sont vos capacités actuelles. C'est à partir de là on négocie un seuil raisonnable issu de l'expérience, à réajuster, à négocier. »

Cette approche plus artisanale évite de rentrer dans un fétichisme des méthodes de calcul et s'intéresse plus à la démarche, ce que synthétise l'extrait ci-dessous.

« Il n'y a pas de formule magique (dans le calcul des seuils) »

Cette approche artisanale et négociée d'innovation ouverte est celle déployée par les réformateurs et experts contextuels. Elle implique une maîtrise de l'outil, mais surtout une appropriation importante, et des stratégies d'accompagnement rapproché et de responsabilisation progressive. Cette approche nous paraît fidèle à l'idée de base de Surge. C'est seulement à cette condition que cette innovation devient ancrée dans le terrain, basée sur des pratiques contextualisées. C'est à n'en pas douter cette approche qui permet de déployer Surge dans son intégralité et de faire émerger les réponses les plus pertinentes pour la gestion des pics d'activité.

Les limites d'un bon outil : les fonctions de veille et de réponse

Nous prenons ici le parti de distinguer deux fonctions de Surge : celle de veille et alerte d'une part, et celle de préparation et réponse d'autre part. Ces deux fonctions nous paraissent utiles dans le contexte du Niger et donc légitimes. La première, qui est celle dans laquelle la plupart des structures visitées se sont engagées, est plus simple et facilement accessible et peut se satisfaire d'une approche mécanique. La fonction de préparation et de réponse est tout l'inverse.

La fonction de veille et d'alerte

Pour être un outil pertinent de veille et d'alerte, la méthode de définition des seuils n'est pas la seule amélioration qu'il est nécessaire d'apporter au Surge. L'approche peut gagner en sensibilité, en réactivité et surtout en améliorant sa prise en compte de la charge de travail globale de la structure.

Un des points forts de Surge est la relative familiarité dont il jouit. Ses différentes étapes renvoient bien souvent à des activités et des outils qui sont utilisés dans la routine des CSI. Diagnostic des forces et des faiblesses, dessins, graphiques, micro-planification sont des exercices de base de la gestion quotidienne des structures sanitaires. Ces éléments font que Surge apparaît régulièrement dans les entretiens comme une boîte à outils qui propose une synthèse organisée d'outils courants.

« Le SURGE : il est bon, il est beau. Quand il n'est pas adapté à la réalité du terrain, on risque de passer à côté alors qu'il offre beaucoup d'opportunités. »

Sa pertinence potentielle est régulièrement reconnue en entretien

« Beaucoup de chose nous échappaient dans le cadre des pics. Avec l'approche il est question de planifier. Avant ça il fallait faire l'évaluation des capacités, ce que l'on ne fait pas normalement. »

Le fait que les données fassent l'objet d'un suivi a des répercussions sur leur remontée, et la complétude et promptitude

"Ça leur permet plus facilement de produire les rapports qui sont la clé pour le suivi des seuils..."

Néanmoins, même si le suivi est approprié et la démarche conduite à son terme, les agents soulignent une faiblesse importante : la faiblesse de l'articulation entre le suivi et la disponibilité des ATPE.

C'est ce que nous avons pu observer lors de notre visite de terrain dans différents centres de santé.

« Aujourd'hui a été observée une rupture de PPN dans toutes les structures visitées district. Celle-ci dure depuis le mois de novembre. En conséquence les enfants manuscrits aigus sévères ne sont pas pris en charge tandis que les enfants manuscrits aigus modérés reçoivent du SPP. En conséquence, un seul enfant MAS a été enregistré sur le registre du CRENAS de (CSI) depuis le 1er janvier 2021 » (observation – extrait de cahier de terrain)

La disponibilité des intrants est donc à monitorer de manière intégrée, quel que soit le périmètre de déploiement du SURGE (par exemple étendu au paludisme), au même titre que l'évolution des admissions. Surge gagnerait ainsi une fonction d'alerte plus complète et une capacité de monitoring de la disponibilité des intrants de base.

D'autre part le suivi se fait sur une base mensuelle au niveau de tous les CSI visités et sur une base hebdomadaire au niveau de la plupart des CRENI. Cette fréquence mensuelle renvoie à des habitudes prises au fil du temps qui ne semble plus guère questionnées.

« Les gens sont paresseux c'est pour ça qu'on fait les courbes mensuelles c'est aussi la tendance des formateurs... »

Il s'avère que dans certaines structures le franchissement des seuils n'est constaté qu'en fin de mois, c'est-à-dire parfois après plusieurs semaines de mise sous pression des services de prise en charge.

Si l'objectif du SURGE est la veille et la réponse aux pics d'activité pour garantir une prise en charge et une qualité optimale des soins malgré l'afflux de patients, nombre de nos interlocuteurs soulignent que cet objectif n'est pas atteint en raison de la focale exclusive mise sur la MAS (malnutrition sévère).

Si l'objectif est d'assurer la prise en charge de la malnutrition comme l'indique la désignation CMAM SURGE, l'exclusion de la MAM (malnutrition modérée) est questionnable dans la mesure où celle-ci est prise souvent en charge dans les mêmes services, avec les mêmes personnels, qu'elle connaît des problèmes très similaires dans sa mise en œuvre (RHS, intrants...) et qu'elles sont à bien des égards articulés. Par ailleurs, les cas attendus de MAM étant plus élevés que ceux de MAS, le focus de Surge sur ces seuls derniers interroge et semble être le fruit d'arbitrages liés aux bailleurs et à des normes humanitaires plus que de santé publique. C'est ce que rappellent des acteurs historiques de l'approche en soulignant que les deux formes, modérée et sévère, étaient initialement prises en compte.

Cela explique la situation de certains CSI et services pédiatriques qui soulignent que leurs capacités sont dépassées sans que les seuils ne soient systématiquement franchis.

Mais la non prise en compte des cas de MAM n'est probablement pas le facteur explicatif principal de cette situation. En période de pic, l'essentiel des consultations sont liées au paludisme.

Le focus sur une seule pathologie (la malnutrition sévère), et l'absence de prise en compte du paludisme, soulèvent une question centrale dans une approche qui se veut centrée sur le renforcement des systèmes de santé.

« La nutrition et le palu vont de pair, la majorité des cas MAS sont dans le palu »

L'absence de prise en compte de cette pathologie est probablement la principale limite à la fonctionnalité et à la pertinence de Surge.

« Sur la mise à l'échelle, c'est réellement une étude approfondie qui avait été faite, on ne serait pas passé à l'échelle on se serait dit on a fait une erreur et on aurait adapté au palu »

Mais cette nécessité n'est pas seulement épidémiologique et en lien avec le volume de travail des structures de santé. La prise en compte du paludisme qui constitue près de 80% du volume d'activité des structures est aussi un enjeu clef d'appropriation par les acteurs locaux. Car comme le souligne un maire interviewé :

« Si tout le monde n'a pas un cas de malnutrition chez lui, ce n'est pas le cas du paludisme »

La fonction de préparation de SURGE

L'approche mécanique de Surge débouche, dans les différentes structures visitées, ignore bien souvent les spécificités locales mais aussi les alternatives qui ont été déployées par les réformateurs pour apporter des réponses locales, qui restent sous documentées et, de ce fait, peu valorisées alors qu'elles constituent des ressources clefs. Pour rendre plus effective la fonction de préparation du pic, Surge doit tout à la fois :

- Se doter de plus de moyens et en optimiser les usages (approche intégrée et mise en commun des moyens humains et logistiques au niveau district),
- Adopter (adapter) de nouveaux outils et prendre en compte les innovations, amélioratives et palliatives, déployées localement, parfois en marge de Surge mais qui ont une influence sur lui.

La cartographie des événements saisonniers, qui constitue une des étapes initiales de Surge devrait intégrer d'autres événements, notamment les activités du CSI qui peuvent générer des évolutions dans les admissions ou impliquer un travail d'anticipation/ mobilisation.

Les 4 angles morts de l'analyse des problèmes des structures dans Surge

Les données de terrain permettent de distinguer 4 grands types de problèmes qui restent largement hors du périmètre d'analyse de Surge.

1. Une approche de Surge trop centrée sur le fonctionnement de la prise en charge dans les structures et qui ignore largement l'analyse systémique.

Surge ignore les enjeux de référence/ contre référence et d'évacuation. Ces deux fonctions sont structurellement défaillantes au niveau périphérique, pour de multiples raisons. Pourtant des innovations/ solutions empiriques ont été déployées par des réformateurs ou dans le cadre de projets et connaissent un certain succès dans leur mise à l'échelle.

Exemple : le cas des systèmes de centime additionnel pour assurer les évacuations dont l'épicentre du développement actuel au niveau national est la région de Tahoua.

L'intérêt de cette approche pour Surge est qu'elle repose sur des partenaires identiques (les mairies, les chefs de village, les hommes politiques, les grands commerçants...) et qu'elle a su, pour les intéresser, mobiliser les radios communautaires. Par ailleurs, les synergies possibles avec les systèmes d'évacuation basés sur le centime additionnel sont importantes : la mobilité des ambulances positionnées au niveau du district ou des CSI constituent une occasion importante pour l'acheminement des intrants sur le dernier kilomètre.

Exemple : les groupes WhatsApp de référence/ contre référence déployés dans la région de Maradi autour du CSME. La référence/contre référence constitue un outil clé pour la formation à distance des agents en périphérie par les structures de référence, à partir des cas transmis. Dans la pratique, les fiches de référence sont rarement remplies et les retours d'information via les fiches de contre référence lorsqu'elles sont remplies ont tendance à être transmises avec beaucoup de retard et à se perdre. Dès lors, la fonction de formation continue de la référence / contre référence n'est pas remplie. Le CSME de Maradi, notamment le service de gynéco obstétrique, a développé un groupe WhatsApp permettant en cas de référence erronée de faire un retour d'information immédiat, par les gynécologues, aux sage-femmes des maternités. Ce retour anonyme dans un groupe ouvert permet une mise à niveau de groupe et d'engager des discussions techniques au sein d'un collectif. L'absence d'identification de la référence/contre référence comme un problème pour Surge empêche d'identifier ce type d'innovation qui pourrait être transposé à la référence contre référence entre CRENAS et CRENI.

2. Les problèmes liés à une approche « nutritionniste » de la PCIMAS et la faible prise en compte de certains enjeux médicaux clefs

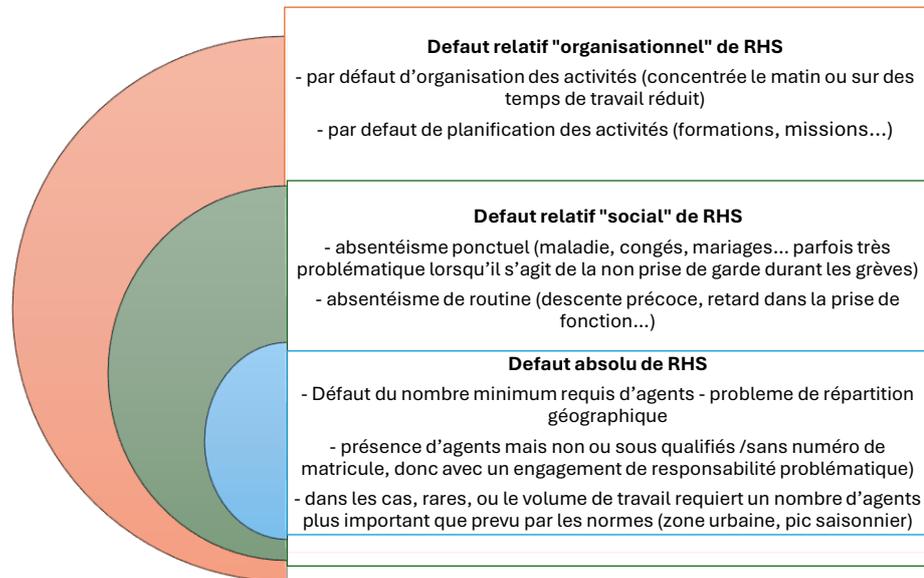
Les observations de la prise en charge dans les CRENI comme les discussions avec les prestataires de soins mettent en lumière le fait que certains problèmes récurrents pour la prise en charge sont absents du fait d'une lecture parfois trop peu médicale.

Exemple : le problème des transfusions au niveau des CRENI et l'enjeu du renouvellement des poches de sang. La concomitance des pics de malnutrition et de paludisme conduit à un nombre de transfusions importantes au niveau des structures de référence. Celles-ci sont régulièrement handicapées par les ruptures de sang. Le recours aux unités du CNTS ne constitue une solution que pour les hôpitaux régionaux et les CSME situés dans les préfectures régionales. Les CRENI des hôpitaux de district doivent se débrouiller. Un certain nombre d'entre eux ont mis en place des systèmes de remboursement par la famille du patient qui permettent de pallier la plupart des problèmes. Ailleurs, les donateurs de sang peuvent bénéficier d'examen de laboratoire gratuits pour eux et certains de leurs dépendants s'ils donnent du sang au moins deux fois dans l'année.

3. Le problème de la prise en compte du décalage entre les normes officielles et les normes pratiques

En distinguant innovations amélioratives et palliatives nous avons insisté sur le décalage entre normes officielles et normes pratiques dans le fonctionnement quotidien des structures de santé. Or, l'approche standardisée d'identification des problèmes et des solutions dans le cadre de Surge reste largement concentrée sur l'application des normes officielles. Ce focus conduit à ignorer la part importante des problèmes mais aussi des solutions que peuvent constituer les normes pratiques.

Exemple des décalages entre normes officielles et normes pratiques dans le cadre de la gestion des ressources humaines de santé. L'offre de soins dans les structures de santé est marquée au quotidien par une pénurie de ressources humaines. Celle-ci a des causes multiples qui sont



reprises dans le schéma ci-dessus. On peut distinguer un défaut relatif de ressources humaines expliqué par une défaillance organisationnelle ou des causes sociales et une pénurie absolue de ressources humaines.

L'analyse des problèmes de ressources humaines déployées par Surge fait l'économie d'une compréhension fine des causes sous-jacentes. Les solutions proposées, essentiellement la suppression des congés et des formations, plus rarement des pauses et surtout le recrutement de personnel additionnel, ne répondent qu'à une partie de ces problèmes. Les causes sociales et managériales de l'absentéisme sont largement laissées de côté.

Ici encore, certains réformateurs ont déployé des débuts de solution, comme par exemple la tournée des services le matin par le responsable.

4. Le problème de prise en compte des « accidents » contextuels.

Un des présupposés de Surge est la mobilisation accrue de moyens locaux, par des acteurs de proximité, notamment les mairies. Or, l'histoire récente de ces institutions peut hypothéquer cet engagement et impacter la bonne marche de Surge.

Exemple de la captation des fonds des centimes additionnels par le compte unique du trésor. Dans les districts visités, la mobilisation des communes a été importante pour le déploiement du système des centimes additionnels pour favoriser des évacuations sanitaires des femmes enceintes mais aussi des cas graves pour les enfants. Les fonds mobilisés depuis plusieurs années avaient permis de constituer un filet de sécurité important qui garantissait la pérennité du système. Malheureusement, la mise en place du compte unique du trésor et une interprétation erronée des instructions du niveau central ont conduit l'équipe cadre de district et le COGES départemental à reverser ses fonds au niveau du compte unique. Le district peine aujourd'hui à assurer le retour de ces fonds sur le compte de gestion des évacuations. Cet « accident » a érodé la confiance et la capacité de mobilisation des acteurs locaux.

Des pratiques innovantes à reconnaître et diffuser via SURGE

La plupart des problèmes que nous venons de présenter sont connus par les différents acteurs avec lesquels nous nous sommes entretenus au cours de cette recherche.

Les limites de Surge invitent à une meilleure prise en compte des innovations, palliatives ou amélioratives, déployées par les réformateurs et experts contextuels, à leur identification, leur documentation fine et leur diffusion dans le cadre de Surge. Le LASDEL dans ses travaux de recherche a développé une méthode de documentation de ces solutions et de mise en réseau des réformateurs en vue de la diffusion de leurs pratiques. Le laboratoire travaille, au Bénin et au Niger, avec une cinquantaine de réformateurs et de plus de 160 innovations. Ces capacités et ressources pourraient servir de base de travail pour améliorer les fonctions de Surge.

Ce rapport est issu d'une recherche financée par Concern

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin, dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, sécurité, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement.

Le LASDEL recourt principalement à des méthodes qualitatives fondées sur des enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été.

La collection « *Etudes et Travaux du LASDEL* » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne (www.lasdel.net) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- N° 135 « « Un partenariat inégal ? Les partenariats entre ONG internationales et ONG nationales. Une étude socio-anthropologique en Côte d'Ivoire dans le domaine de la santé », par C. Bailly, N.E. Sambieni et A. Diarra (2024, écrit en 2022)
- N° 134 « Torodi et l'emprise des jihadistes. Socio-histoire et dynamiques actuelles d'une zone en insécurité au Niger », par M.S. Issoufou Souley et J.F. Caremel (2024, écrit en 2021)
- N° 133 « Les innovations au sein des services publics en Afrique francophone », Actes du colloque international, LASDEL, Niamey 27-29 mars" (2023)