La prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans au (CRENI) de l'hôpital de Zinder à l'épreuve des reformes dans le secteur de santé au Niger.

YAHAYA Badamassi
Chercheur indépendant, Zinder -Niger
yahayabadamassi@gmail.com

Résumé :

Cet article présente l'état de la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans au Centre de Récupération Nutritionnel Intensif (CRENI) de l'hôpital de Zinder et ses implications dans un contexte marqué par les reformes dans le secteur de santé au Niger. Cette recherche purement qualitative vise à mettre en relief la prise en charge de la malnutrition des enfants et la nouvelle politique d'intégration des CRENI dans les structures de santé étatique.
Les résultats de cette recherche ont également révélé que cette décision politique de l'Etat a compliqué, dans une certaine mesure, la gratuité des soins destinés aux enfants de moins de cinq ans en intégrant la prise en charge de la malnutrition aiguë au système de santé existant. Cependant, l'engagement politique croissant en matière de nutrition au Niger et les autres facteurs ont contribué à la réussite du renforcement de la Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë (PCMA) à travers une meilleure coordination des interventions des partenaires. Elle a permis enfin de comprendre le soutien et l'assistance technique des ONG partenaires dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition avec le nouveau système d'intégration des Centres de Récupération Nutritionnel Intensif (CRENI) dans les centres de santé publics.

Mots clés : Prise en charge, malnutrition, protocole de prise en charge, les enfants de moins de cinq ans.

Abstract:

This article presents the state of malnutrition in children under the age of five at the Intensive Nutritional Recovery Center (CRENI) at Zinder hospital and its implications in a context marked by health sector reform in Niger. This purely qualitative research to highlight the management of malnutrition in children and the new policy of integrating CRENI into state health structures. The results of this research also revealed that this political decision by the State complicated, to some extent, the provision of free care for children under five by integrating the management of acute malnutrition into the existing health system. However, the growing political commitment to nutrition in Niger and other factors have contributed to the successful reinforcement of the care of acute Malnutrition (PCMA) through better coordination

of partner interventions. Lastly, it provided an insight into the support and technical assistance provided by partner NGOs in the management of malnutrition, with the new system of integrating Intensive Nutritional Recovery Centers (CRENI) into public health centers.

Key words: Management, malnutrition, management protocol, children under five.

Introduction

Dans la présente recherche, il s'agit d'analyser la situation de la prise en charge de la malnutrition au moment où l'état a entrepris des reformes partant de la révision du protocole national de prise en charge en passant par l'intégration des CRENI dans les centres de santé publique. Des études nationales sur la nutrition réalisée au cours des cinq dernières années mènent toutes à la conclusion suivante, à savoir que l'état nutritionnel des jeunes enfants au Niger reste très préoccupant. Selon l'institut national de la Statistique qui a conduit une étude nationale sur la nutrition (juin 2011) a révélé une moyenne nationale de malnutrition aiguë globale (MAG) de 12.3 % avec une prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS) de 1.9 %. La situation est plus préoccupante chez les enfants âgés de 6 à 23 mois et depuis bientôt 15 ans, la prise en charge de la malnutrition est assurée par les ONG telles Médecins Sans frontière (MSF), Save the children, Goal etc. En 2018, l'Etat du Niger a entrepris des reformes qui visent à réduire les rôles des ONG en tant qu'acteurs de premier plan en matière de prise en charge de la malnutrition à travers « le système d'intégration ».[1] Cette recherche s'inscrit dans ce contexte de mutation et de nouveau mode de fonctionnement des Centres de Récupération Nutritionnel Intensif (CRENI).

I. Problématique

Le Niger a été confronté pendant plusieurs années à une insécurité alimentaire chronique et à des niveaux de malnutrition élevé surtout chez les enfants de moins de cinq ans. Des études nationales sur la nutrition réalisée au cours des cinq dernières années mènent toutes à

[1] *C'est le passage et la gestion des CRENI par les ONG vers la gestion intégrée à travers les structures de santé de l'Etat.*

la conclusion que l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans au Niger reste très préoccupant. Même dans les années de bonnes récoltes, l'état nutritionnel de ces enfants constitue une préoccupation majeure pour les parents et l'Etat. Depuis la crise alimentaire de 2005, la prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants au Niger a toujours été au-dessus du niveau d'alerte de 10%, avec quelques régions dépassant le seuil du niveau d'urgence (15%) fixé par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS). En effet, la dernière étude nationale sur la nutrition conduite en Juin 2011 a révélé que la moyenne nationale de malnutrition aiguë globale (MAG) de 12.3 % avec une prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS) de 1.9 %. Il ressort toujours de cette étude que la situation est plus préoccupante chez les enfants âgés de 6 à 23 mois car la prévalence de la MAG dans ce groupe d'âge est de 20.2 %. En effet, c'est dans ce contexte de forte prévalence de la malnutrition que le système d'intégration est intervenu. L'Hôpital National de Zinder qui constitue notre champ d'étude, n'échappe pas à ce système d'intégration. C'est ainsi qu'en 2012, afin de mieux coordonner les interventions des ONG dans les CRENI et mieux impliquer les services sanitaires étatiques, l'Hôpital National de Zinder a transité de la gestion des ONG à la gestion de l'Etat. Cela n'est pas sans conséquences, notamment par rapport aux données publiées et aux appuis fournis par les ONG dans certaines régions ou départements. C'est dans cette optique que cette recherche vise à trouver des réponses aux questions suivantes :

1. En quoi cette nouvelle approche d'intégration des CRENI aux centres de santé publique peut-elle être un facteur de succès ou d'échec de la prise en charge de la malnutrition au CRENI de l'hopital National de Zinder ?
2. Les acteurs de la prise en charge de la malnutrition respectent-ils les nouvelles normes edictées par le protocole National de prise en charge de la malnutrition ?
3. Comment les mères/accompagnantes des enfants malnutris au CRENI de HNZ percoivent et observent-elles les normes officielles dans les centres de santé étatiques pendant l'hospitalisation ?

Pour trouver des réponses empiriques à ces questions, la méthode qualitative a été utilisée. A cet effet, des entretiens individuels sont

administrés auprès des infirmiers, médecins, mères des enfants malnutris et personnel de l'administration.

II. Méthodologie

Ce point d'analyse se focalise sur les matériels et méthodes, l'échantillonnage et la population de l'étude ainsi que les techniques de collecte de données.

II.1 matériels et méthodes

II.1.1 échantillonnage et population de l'étude

Dans le cadre de cette recherche notre échantillon est constitué de trente (30) personnes dont dix (5) infirmiers, 5 médecins, 10 mères des enfants malnutris, 10 agents de l'administration

Au total, l'étude s'est adressée à cinquante (30) enquêtés. C'est un échantillon de type non probabiliste. Nous avons utilisé la technique du choix raisonné. Les critères d'inclusion de cet échantillon de ces personnes étaient les suivants : Etre une fois hospitalisé au niveau de l'hôpital national de Zinder ou être prestataire de cet hôpital (médecins, des infirmiers et infirmières). Ainsi les personnes qui ne remplissaient pas ces critères ont été exclues de notre échantillon.

II.1.2. Techniques de collecte de données

Notre étude est qualitative en ce sens qu'elle utilise les guides d'entretiens à travers les entretiens semi-directifs à partir d'un guide d'entretien pour les prestataires de soins et un questionnaire pour les personnes ayant été hospitalisées. Nous avons également fait des observations directes. Nous avons également fait recours à la recherche documentaire qui a consisté à sélectionner et parcourir les articles et ouvrages généraux axés sur la prise en charge de la malnutrition. Le recours à cette technique nous a permis de décrire les différentes réformes en cours dans les centres de santé du Niger que nous présentons dans les résultats suivants. Enfin, il a été question pour le chercheur de procéder à l'administration de collecte de données via l'interview. Il faut noter que la collecte s'est déroulée sur une période de deux semaines qui a permis d'atteindre l'objectif fixé lors de l'échantillonnage. La collecte s'est déroulée dans un délai

suffisant et dans les meilleures conditions. C'est pour dire que notre population d'étude avait répondu à 100%.

II.2. Cadre d'analyse

Le matériel recueilli a été traité manuellement selon une démarche inductive (L'Écuyer, 1990) telle que décrite par Mayer et Deslauriers (2000). Ensuite, la méthode de l'analyse de contenu a été sollicitée et a abouti à l'émergence de thèmes qui ont représenté l'ossature de nos résultats. Cette méthode d'analyse de données qualitatives a pour objectif ultime de « déterminer la signification exacte du message étudié » (L'Écuyer, 1990, p 14).

III.1. Résultats

III.1.2. Contexte et approches l'intégration du creni à l'hôpital national de Zinder (HNZ)

Ce point d'analyse s'articule autour du contexte et des approches de la mise en œuvre du protocole national de prise en charge de la malnutrition. Cette présentation permet de mieux comprendre les comportements des acteurs en lien avec le contexte des politiques nationale et internationale de cette mise en œuvre du protocole et de ses différentes approches.

III.1.3. Contexte d'intégration des creni aux hôpitaux

Le Niger a démontré qu'il était conscient du rôle majeur d'une bonne nutrition pour le développement du pays et a indiqué son engagement à s'attaquer au problème de la sous-nutrition, notamment à travers la mise en œuvre du PDES. Preuve de cette volonté, le Niger a adhéré aux engagements de la résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur la Nutrition (2012), aux Objectifs de Développement Durables (2015), à la stratégie de Nutrition de la Région Africaine (2015-2025), et au mouvement global « SUN » (Scaling Up Nutrition). Un autre exemple de l'engagement du Niger dans la lutte contre la malnutrition, est la mise en place en 2005, du Programme de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA). Ce programme, le premier à l'échelle nationale au Niger, a démontré l'impact positif de la prise en charge des cas de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) et de la Malnutrition Aiguë Modérée (MAM) sur la baisse de la mortalité. Cependant, traiter les enfants déjà atteints de MAS ou de

MAM ne permet pas de prévenir ce problème à la source. Ces interventions permettent d'éviter aux enfants de mourir mais laissent le pays dans une dépendance continue par rapport à l'approvisionnement en aliments thérapeutiques prêt à l'emploi (ATPE). Cette politique nationale de sécurité nutritionnelle marque un changement fondamental dans la lutte contre la malnutrition au Niger, en introduisant une approche multisectorielle de la prévention, tout en maintenant une forte capacité de traiter les enfants touchés par la malnutrition aiguë modérée ou sévère. Afin de mettre en place une transition vers une approche multisectorielle de la prévention de la malnutrition au Niger, des changements d'approche, d'orientation, de structures et de responsabilités organisationnelles doivent être opérés. Cette évolution est nécessaire car la nutrition a été trop longtemps perçue comme une priorité relevant seulement du secteur de la santé. Les interventions en nutrition se sont donc surtout focalisées sur la prise en charge de la malnutrition. Pourtant si l'on se réfère au Cadre Conceptuel de la Nutrition élaboré par (l'Unicef, 1990), la nutrition est par définition un domaine multisectoriel et multifactoriel. Améliorer de manière significative et durable le statut nutritionnel des populations implique donc que des actions multisectorielles soient mises en œuvre à l'échelle, soutenues par un engagement politique, une bonne coordination et une implication forte de tous les acteurs du développement. Cela passe aussi par la mise en place d'actions complémentaires qui produisent par synergie des effets directs sur la nutrition.

Depuis les années 1990, les organisations de la santé des différents pays tentent de faire évoluer les modalités de livraison des services ambulatoires offerts principalement par des médecins en cabinet ou en milieu hospitalier, vers des modèles de soins plus intégrés, plus coordonnés et offerts par des équipes de professionnels de la santé. Cette transformation démontre une volonté d'assurer une réponse globale en offrant une gamme de services plus large et plus étendue à travers des approches d'intégration de services de santé.

III.1.4. Approches d'intégration des creni aux hôpitaux

La notion de service de santé intégré est un concept qui n'est pas toujours bien compris et qui donne lieu à des interprétations diverses. Le concept des services intégrés vise à mettre le patient (et sa famille)

au centre du système de santé (*Patient-Centered Care*). De nos jours, il est donc question « d'approche centrée sur le patient » qui consiste à donner au patient les outils nécessaires pour naviguer dans ce système et pour recevoir les services dont il a besoin. Le concept de services intégrés implique également la responsabilisation du patient et lui donne non seulement le pouvoir d'agir sur sa santé, mais aussi les moyens d'y arriver.

Dans le contexte de la transformation des systèmes de santé en réseaux de services plus intégrés, il existe une multitude d'appellations et de définitions pour définir les interfaces entre les différentes composantes du système de santé. Nous notons que ces appellations n'ont pas été utilisées de façon constante : services intégrés, services coordonnés, soins collaboratifs, soins intégrés, etc.

Les soins collaboratifs et les soins intégrés sont les deux appellations fréquemment utilisées en référence aux interfaces entre les soins primaires et les soins spécialisés (comme la santé mentale). Une distinction est proposée par Strosahl (1998). Les soins collaboratifs impliquent un travail de collaboration entre les soins primaires et les soins spécialisés tandis que dans un modèle de soins intégrés, les soins spécialisés sont offerts à l'intérieur et comme une composante des soins primaires. Dans un modèle de soins collaboratifs, le patient perçoit qu'il reçoit un service distinct de la part d'un spécialiste tandis que dans un modèle intégré, les soins spécialisés sont perçus comme faisant partie de ces dits soins de santé.

La mise en œuvre d'un système de soins intégrés est un processus qui demande non seulement un appui aux plans gouvernemental et législatif, mais également la création de partenariats entre les secteurs publics et communautaires ainsi qu'un processus de consultation qui crée l'engagement de la population et des fournisseurs de services autour d'objectifs clairs d'amélioration de la santé de la population.

Les aspects de gouvernance et de leadership sont essentiels pour réussir à transformer une organisation de services de santé vers un modèle plus intégré.

Si les approches en santé publique demeurent encore trop souvent paternalistes, et le dialogue patient/médecin asymétrique, l'approche intégrée en santé a ceci de pertinent qu'elle tente de faire collaborer praticien et patient. De plus, il est intéressant de constater à quel point, dans des sociétés comme la nôtre, furent souvent opposés médecine

dite alternative et modèle biomédical. C'est dans cet esprit d'ouverture que s'inscrit l'approche intégrée en santé qui tente de concilier les deux modèles dans le seul but d'offrir à la personne l'approche la plus adéquate et la plus complète. De la prévention à la guérison, des modèles alternatifs à la médecine de type symptôme-diagnostic-traitement, il est plus que temps d'élargir notre conception de la santé pour y inclure l'ensemble des éléments permettant le mieux-être des personnes. C'est précisément la philosophie de l'approche intégrée en santé.

Ces propos montrent clairement qu'à l'instar des autres services publics, le CRENI n'échappe pas à la règle eu égards au laxisme qui caractérise sa gestion. En termes de la qualité de prise en charge de la malnutrition, il est important de savoir si l'intégration du CRENI au sein de l'hôpital constitue un succès ou un échec.

IV. Discussion

Il existe mille et une manières pour les acteurs de coopération dans toute initiative. Devant la nécessité d'ajuster les comportements des acteurs aux nouvelles situations, celle d'intégration du CRENI au sein de l'hôpital national et celle de réadaptation des certaines règles du protocole aux réalités socioculturelles de la population, des stratégies se créent d'elles-mêmes. Cette logique nous amène à analyser le mode du fonctionnement réel de cette institution dans un contexte marqué par des contradictions internes « *non réglées* ». Elles le sont dans la mesure où les principes initialement prévus n'ont pas été jaugés sur la bannière d'une étude de faisabilité sociale avant la mise en œuvre du protocole de prise en charge et l'intégration du CRENI géré précédemment par l'ONG « Médecins Sans Frontières » (MSF). C'est pourquoi, dans le processus d'adaptation et celui de se conformer aux principes formels (normes officielles) les acteurs se trouvent dans un dilemme entre le respect strict des consignes formelles et la prise en compte des réalités socioculturelles et économiques des patients et de son entourage. D'où l'appropriation de la théorie de Ferrié (2015) de « *falsification des préférences* ». En effet, cette technique consiste à cacher des préférences réelles et à exciper des préférences conformes aux attentes des publics avec lesquels ils sont en interaction. Ces jeux se jouent entre, d'une part, les agents de santé et les accompagnants

du malade qui cachent leurs préférences réelles en faisant recours aux méthodes traditionnelles et les agents de santé entre eux, d'autre part. Un véritable scénario qui parait perplexe aux yeux d'un observateur externe mais dont les réalités internes se justifient par la complexité du système mis en place fortement influencé par les comportements des différents acteurs. C'est là, fondamentalement, l'un des axes de la problématique de cette recherche. Ce qui veut dire que le système du fonctionnement sanitaire au CRENI est un « *espace clos* » pour emprunter le concept de Michel (1991), mais aussi un « *espace ouvert* » symbolisant respectivement les normes officielles et pratiques où les premières sont rigides sous forme de contenu d'une loi sanitaire en matière de prise en charge de la malnutrition et les secondes flexibles et spécifiques justifiant l'action collective d'ordre socioculturel et économique. Cette complexité caractérise les mécanismes du fonctionnement et de la gestion des cas de malnutrition au CRENI de l'hôpital de Zinder. Les coopérations qui se tissent entre les acteurs sont de plusieurs ordres et créent selon l'intérêt de *l'homo économus* au sens donné par Boudon (1975).

Cette situation nous amène à poser cette interrogation : L'intégration du CRENI à l'Hôpital National de Zinder à l'œuvre d'une politique publique ambivalente ?

Pour rappel, l'hôpital national de Zinder est un Établissement Public à caractère Administratif (EPA). Cela suppose que cet établissement a une autonomie de gestion coordonnée par un Directeur Général (DG) nommé par l'État sur décret pris en conseil des ministres. L'autogestion suppose que l'administration possède un dispositif propre autour de la gestion financière et du personnel. Même si l'État ne se désengage pas, la gestion interne de l'hôpital est décidée au conseil d'administration qui oriente les grands axes de la politique du fonctionnement interne et de sa budgétisation. C'est dans ce contexte de gestion de l'hôpital que l'intégration du CRENI a eu lieu. Ce qui suppose évidemment une charge additionnelle aux dirigeants de l'hôpital. La prise en charge du centre précédemment assurée par l'ONG MSF est cédée au compte de cette institution qui assure désormais la prise en charge totale des enfants malnutris. Mais qu'est-ce que l'intégration suppose à l'égard de la gestion de l'hôpital national ? En quoi cette intégration constitue t- elle une charge supplémentaire à l'hôpital ?

L'enjeu d'intégration du CRENI à l'hôpital national de Zinder réside dans l'application du protocole national de prise en charge de la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans. Au Niger, les CRENI sont jadis l'apanage des ONG qui interviennent dans le domaine de la malnutrition. Compte tenu de la production des chiffres voire des statistiques éparses et souvent gonflées (cas du CRENI de Magaria avec 6 décès par jour selon MSF), l'état a prévu de prendre ses responsabilités à travers l'intégration. Dans le protocole national en vigueur, il a été question d'intégrer tous les CRENI au sein des hôpitaux des districts ou nationaux avant 2020 au cas échéant les ONG doivent systématiquement mettre fin aux activités des CRENI. Cependant, les ONG qui désirent continuer leurs activités doivent passer par le canal des structures d'accueil en charge dorénavant de la gestion des CRENI afin de les appuyer. Cette intégration et ce retrait des ONG ont créé d'une certaine mesure une ambivalence dans la gestion des CRENI. A titre d'exemple, à l'hôpital national de Zinder, il existe déjà un pavillon pédiatrique qui s'en charge de la prise en charge gratuite des enfants de moins de cinq ans. Cette « gratuité » est déjà confrontée à d'énormes difficultés relatives à son efficacité et son effectivité. A travers les entretiens de cette recherche et les observations, des ordonnances sont quotidiennement prescrites aux patients y afférents pour se faire soigner. Une incapacité de l'hôpital d'assurer cette prise en charge ou une stratégie pour celui-ci pour régénérer des ressources financières comme les autres services de l'hôpital ? On sait déjà que cette « gratuité » a significativement mis à mal les centres de santé du Niger suite au non versement par l'Etat des redevances dues à cette « gratuité[2] ». Donc l'hôpital fait face à une double prise en charge : celle des enfants souffrant d'autres maladies et celle des enfants malnutris. Or, si la prise en charge du premier cas est plus ou moins relaxe en se dépendant sur les produits disponibles, celle du deuxième cas requiert une prise en charge gratuite sur la base des soins intensifs pendant une durée donnée. Cette prise en charge sous-entend ainsi des dépenses supplémentaires colossales qui pèsent financièrement sur la subvention globale de l'hôpital national et sur les recettes quotidiennes engringées. De ces recettes en découlent les

[2] *Arrêté n°65/MSP/LCE du 26 avril 2006 portant gratuité de la consultation prénatale et des soins aux enfants dans les établissements de santé publics.*

ristournes remises aux agents proportionnément aux responsabilités occupées et de grades. Le budget de prise en charge des cas du centre spécialisé de la malnutrition accroupit les parts distribuées entre les agents dont les hauts responsables sentent les conséquences qui pèsent sur cette redevance. De point de vue social, les parts partagées sont converties en une enveloppe d'assistance sociale puisque la majorité des enfants en situation de malnutrition sont issus des parents défavorisés.

C'est une situation qui plonge les administrateurs de l'hôpital de Zinder, de façon tacite, entre l'obligation d'obéir à l'ordre hiérarchique de l'Etat qui a institué la politique de la « gratuité » et la régénération des recettes propres à l'institution. Deux logiques qui s'enchevêtrent dans le fonctionnement de l'hôpital et par conséquent agissent sur la prise en charge des enfants malnutris : une opposition d'intérêt incarnée par la politique nationale et le mode de fonctionnement d'une institution. L'argent investi dans la prise en charge des enfants, le personnel déployé et la rigueur coûtent chers à l'hôpital.

C'est dans cette optique que nous constatons à travers les données de cette recherche que cette politique embrasse toutes ses contradictions comme l'ont souligné certains chercheurs à la lumière de Olivier De Sardan et Ridde (2012). L'hôpital National de Zinder dont le but est d'offrir un service de santé de qualité à la population, s'engage entre autres dans des politiques de gratuité de soins spécialisés sur la malnutrition en faveur de groupes vulnérables. Certes les effets positifs de ces exemptions de paiement sont soulignés sur la fréquentation des centres de santé par plusieurs recherches d'évaluation, mais on trouve plutôt ici des contradictions, des limites et des incohérences de ces politiques qui ont des effets négatifs sur la délivrance des soins. Dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition, la gratuité des soins est devenue une norme officielle que l'hôpital doit dorénavant ajouter dans son cahier de charge. Dans un contexte de rareté des ressources allouées à titre de subvention à l'hôpital, il serait difficile de faire face à tous défis. C'est pourquoi, une piste de solution est envisagée dans la pratique pour assurer cette nouvelle mission. Celle-ci consiste à prescrire systématiquement les ordonnances aux mères des enfants malnutris même si cela pourrait bien avoir des effets pervers en termes de recours aux soins. Comme

l'état a ôté la gestion des CRENI aux ONG, il lui incombe alors malgré ses moyens limités d'assurer le fonctionnement régulier des CRENI. Cela reviendrait à l'état de recruter plus de personnel qualifié en acquérant du matériel complémentaire du coup l'augmentation des subventions accordées par l'état aux hôpitaux doit nécessairement être revue à la hausse pour assurer la totalité des services. Par ailleurs, il faut relever que la construction du CRENI et une grande partie d'équipement a été assurée par les partenaires qui continuent du reste à appuyer l'état dans cette politique de soins. Certes, les normes officielles sont là appliquées mais on constate une ambivalence quant au choix de cette politique à peine mise en œuvre. D'ores et déjà, cela suscite des interrogations s'il faut laisser les ONG intervenir sous forme de l'ancien schéma (prise en charge à l'externe) ou leur léguer la gestion sous la supervision des structures publiques (prise en charge intégrée). Dans le premier cas, l'état a l'impression que les ONG développent des activités uniquement pour obtenir des financements pour leurs projets mais qu'elles ne réalisent pas pour le bien-être de la population. Les propos du médecin chef du CRENI interviewé sont illustratifs :

> Les ONG humanitaires ont des moyens mais à vrai dire, on ne voit pas concrètement leur apport en termes d'appui conséquent. Beaucoup d'entre elles fabriquent des faux chiffres des malades qu'elles ont traités mais sur le terrain rien. J'apprécie cette vision de l'état bien qu'elle comporte énormément des défis mais l'essentiel c'est notre autonomie qui importe. Tout celui qui désire nous aider doit le faire par notre canal cela va permettre de savoir la situation réelle en termes des données.

Dans le second cas de figure, tout laisse croire que les ONG jouent un rôle important dans la prise en charge de la malnutrition en ce sens que des nouvelles pratiques sont observées depuis l'intégration du CRENI à l'hôpital national de Zinder. Certes ces pratiques concourent à une meilleure prise en charge pour faire face souvent aux goulots d'étranglements liés au manque des certains réactifs ou produits pharmaceutiques (cas du jonglage avec le Nacl).

> Mais le problème c'est le chlorure de sodium (Nacl) 10% qui ne sont disponibles. Comment on fait ? On fait la

> maintenance là est égale à 100 ml, on met un cinquième Nacl, pas les 10% mais les 0,9% et quatre cinquièmes de sérum glucosé. Alors que s'il y a le Nacl, cela ne sera pas la même chose. On va passer le Nacl 10% et on fait 3 ml l'équivalent par kg et par jour. Pour avoir ça en ml on divise par une constante égale 1,8. Maintenant puisque qu'il s'agit de protocole, il y a un autre cas qu'on n'a pas de manière de gérer en J3. Il faut mettre le chlorure de potassium 10%, ce qu'on en n'a pas jusque-là. Il n'y a pas d'alternative, je te dis jusque-là il n'y a aucune alternative. (Médecin au CRENI de Zinder).

Cette situation de débrouille dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition tend à officialiser les normes pratiques.
Les effets négatifs liés à cette intégration sont d'ordre structurel et matériel. L'organisation du CRENI en termes de gestion et de prise en charge coordonnée par l'ONG MSF léguée à l'administration de l'hôpital souffre du laxisme généralisé de l'administration nigérienne. La rigueur longtemps imposée par les responsables MSF ayant pour obligation des résultats palpables et convaincants aux yeux de l'État nigérien s'estompe d'elle-même. Les agents connaissant le mode de fonctionnement de l'administration publique adoptent des comportements de routine non-observants. En ce sens, Olivier De Sardan (2015, p. 5) décrit cet état de fait comme « *une abondance d'éléments concrets sur les normes pratiques* ». On note une mise à l'écart lors de la mise en œuvre de la théorie (normes officielles) qui régit le fonctionnement de l'administration nigérienne. Une étude sous la conduite de l'auteur ci-haut cité a dressé des critiques à l'endroit des comportements des agents de l'Etat dans ce sens. Cependant, certains écarts entre les normes constatés au CRENI relèvent de l'insuffisance des intrants qui conditionnent la prise en charge des cas de malnutrition dans le respect du protocole en vigueur. Comme souligné ci-haut, les intrants nécessaires pour cette prise en charge ne permettent ni de respecter valablement les consignes décrites dans le protocole national de prise en charge, ni de prendre en charge les maladies associées à la malnutrition. Cette non-concordance entre réalité et théorie impacte l'efficacité des mesures sérieusement définies par des experts afin de faire face à la crise de la malnutrition

au Niger et dans les autres pays de l'Afrique. Les agents mis entre « *le marteau et l'enclume* » se trouvent dans l'obligation de prendre les cas des enfants malnutris comme le disent « *à la nigérienne* », autrement dit misent sur la « *jonglerie* » dans le délai et dans les intrants nécessaires pour la maintenance sanitaire en les réduisant quantitativement. C'est une prise en charge qui ne respecte pas la formule officielle, mais qui semble marcher tout en aidant à l'atteinte de l'objectif du poids cible à la sortie comparativement à celui observé à la rentrée. Cette non-observance du protocole arrangerait les accompagnants qui trouvent le délai d'hospitalisation assez long car aucune plainte n'a été observée. Ces derniers, dans la plupart des cas, ignorent également le contenu du protocole pour qu'ils exigent un suivi régulier et conventionnel du protocole. La dérive de la norme officielle est donc favorisée par le manque de la volonté politique mais aussi par des facteurs socioéconomiques et culturels de la population. Aussi, les conséquences de l'intégration du CRENI à l'hôpital de Zinder sont aussi inhérentes à la suppression d'accompagnements externes en kit ration alimentaire qu'offrait l'ONG MSF afin de permettre un redressement effectif des enfants malnutris à la sortie.

De plus, au CRENI de HNZ, les agents de santé n'appliquent pas toujours la stratégie PCIME lors de la consultation des enfants de moins de 5 ans. Au moment de l'enquête seulement deux tiers (2/3) des patients ont été pris en charge selon cette stratégie. Les raisons évoquées par les agents sont d'une part, la lourdeur de la procédure qui demande beaucoup de temps à consacrer au malade. C'est dans cette logique, qu'un médecin du CRENI soutient que : « *En période d'affluence, il est difficile d'appliquer cette stratégie car il faut en moyenne 10 à 15 minutes pour prendre en charge un patient contre moins de 5 minutes en routine et surtout avec le sous-effectif des agents* ». D'autre part, des situations de malaise des personnels hospitaliers, et singulièrement des personnels soignants sont identifiés de plus en plus à travers des témoignages et de travaux de recherche comme ceux de Céline (2009) et de Alexandre (2009).

Depuis l'intégration du CRENI, il était nécessaire de combler les écarts entre le nombre de spécialistes sectoriels sur le terrain et d'assurer une masse critique de professionnels, essentiellement par le redéploiement du personnel. Celui-ci passe inéluctablement par l'affectation du personnel des autres services afin de répondre aux

besoins du CRENI du coup rend d'autres agents mécontents voire frustrés suite à des affectations fantaisistes ou la promotion des agents non méritants pour des raisons subjectives. Cet état de frustration crée une absence de motivation chez les agents et n'arrivent pas à s'acquitter effectivement de leurs charges de travail. En effet, il faut souligner l'instauration du processus de rationalisation des organisations du travail qui se généralise dans le milieu hospitalier comme le souligne Elbaum (2010), à travers les différentes réformes impulsées par le ministère de tutelle. Il s'agit non seulement d'introduire de nouveaux concepts tels que le management ou les démarches qualité, mais les systèmes de régulation des hôpitaux ont été profondément modifiés, à travers notamment un nouveau schéma de tarification notamment la gratuité pour les enfants de moins cinq ans. Notons qu'en parallèle, et peut être également en amont, de nombreuses réformes se sont succédées au sein du secteur hospitalier (intégration des CRENI) plongeant les établissements de santé publics dans de nouvelles conditions de fonctionnement, et les incitant à porter un autre regard sur leurs activités, un regard plus stratégique et organisationnel. En même temps, elles soumettent les établissements de santé à une pression financière forte et à l'adoption de nouvelles logiques, qui étaient restées longtemps à l'écart du monde hospitalier (performances, économiques, efficience, rationalisation, etc.).

Conclusion

À partir des résultats de cette recherche au CRENI de HNZ, on peut sans risque de se tromper affirmer que ce nouveau modèle de santé publique (intégration) par le type d'interventions élaborées et le mécanisme de régulation est bien apprécié par le personnel de santé. Il ressort également que le contexte et les approches d'intégration des CRENI aux hôpitaux relèvent quelques insuffisances tant sur le plan institutionnel que social. Toujours, au rang des inconvénients structurels de l'intégration du CRENI figure l'absence de coordination horizontale entre les acteurs administratifs et une grande fragmentation du savoir. Par ailleurs, outre la faible maîtrise du circuit d'approvisionnement, de distribution et de gestion des intrants au CRENI de HNZ, l'insuffisance de la qualité des soins et des prestations, en particulier pour ce qui est de l'accueil et du

comportement des prestataires vis-à-vis des patients constitue un autre goulot d'étranglement. Du coup, l'on est en droit de s'interroger sur la pérennité de cette réforme sachant bien que la prise en charge de la malnutrition requiert des moyens conséquents et la faible allocation des ressources dans le domaine de la santé et nutrition illustre parfaitement ce point de vue.

En définitive, une attention toute particulière doit être accordée sur la disponibilité permanente des intrants, les ressources humaines et la bonne gouvernance, en dehors desquels on ne peut véritablement pas envisager la réussite du système d'intégration des CRENI aux hôpitaux.

Bibliographie

Alexandre Mallard (200 9), « *La souffrance au travail - Les soignants face au burn-out* », Editions Lamarre, 209 pages.

Céline Beraud (2009), « *Rôle social, représentation et mauvaise foi chez Erving Goffman. Variations sur un thème sartrien* », revue de phénoménologie, Alter, Le monde social17.

Elbaum Mireille (2010), « *La politique familiale : des « retours sur investissements » qui dépendent des choix économiques et sociaux* », Document de travail de l'OFCE, n° 2010-20 ; *Politiques sociales et familiales*, Paris, CNAF, n° 102, décembre.

Férié Jean-Noël (2015), « *Timur KURAN, The Long Divergence. How Islamic Law Held Back the Middle East, Princeton* », Princeton University Press, 2011, 405 p. », *Revue européenne des sciences sociales*, mis en ligne le 12 mars 2015, consulté le 21 décembre 2020. doi.org/10.4000/ress.2943

Jean Piere Olivier De Sardan et Vallery Ridde (2012), « *L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger* ». Afrique Contemporaine 243 (3), p. 11–32.

Jean Piere Olivier De Sardan (2015), « *Practical norms: informal regulations within public bureaucracies (in Africa and beyond)* ». In De Herdt & Olivier de Sardan (eds).

Kirk Strosahl (1998), « *Integrating behavioral health and primary care services: The primary mental health care model. In A. Blount (Ed.), Integrated primary care: The future of medical and mental health collaboration* », W. W. Norton &Company.p.139–166.

Michel Crosier (1991), « *Sociologie de l'acteur réseau* », *Presses des Mines*, p. 267-276.

Raymond Boudon (1975), « *L'inégalité des chances. La mobilité sociale dans les sociétés industrielles* ».
In Revue française de pédagogie, vol. N°32, p.74-78.

René L'Écuyer. (1990), « *Méthodologie de l'analyse développementale du contenu. Méthode GPS et concept de soi. Sillery* »: Presses de l'Université du Québec.

Robert Mayer et Jean Piere Deslauriers (2000), « *Quelques éléments d'analyse qualitative: l'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie* ». In Mayer R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.C.

Stratégie de Nutrition de la Région Africaine (2015-2025), « *Stratégies de mise en œuvre de la SRAN 2015-2025*, In Département de l'économie rurale et de l'agriculture, projet de Plan stratégique et Opérationnel.

Unicef (1990), « *La situation des enfants dans le monde* », rapport de 1990, 116 pages.