Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication École des sciences politiques et sociales (PSAD)

Dans quelle mesure le RRM Santé-Nutrition s'articule-t-il avec le système de santé nigérien dans les contextes de crise humanitaire aiguë, et quels défis ainsi que quelles limites structurelles et opérationnelles cette articulation met-elle en évidence ?

Auteur : CHEKARAOU Harouna, Rabiou

Promoteur(s) : CHEMOUNI, Benjamin

Année académique : 2025-2026

Master en spécialisation en Action Humanitaire Internationale – HUMA2MC

Tables des matières……1
Liste des abréviations……3
Introduction générale ……...4
1. Définitions des concepts…… 5
1.1. Mécanisme de Réponse Rapide (RRM)……...5
1.2. Système de santé et ses composantes……5
1.3. Soins de santé primaires……...5
1.4. Réponse d'urgence……5
1.5. Coordination humanitaire (Approche Cluster) ……6
1.6. Articulation entre le système de santé et le RRM…… 6
2. Problématique…… 6
3. **Justification scientifique**…… 6
4. **Question de recherche**…… 7
5. Objectif général et objectifs spécifiques…… 7
5.1. Objectif général……7
5.2. Objectifs spécifiques…… 7
6. **Hypothèses de recherche**…… 7
7. **Méthodologie**……... 8
7.1. Revue de la littérature……...8
7.2. Entretiens avec les informateurs clés……... 8
7.3. Limites et difficultés de la recherche……9
8. **Structure du mémoire**…… 10
PARTIE I : CONTEXTE D'ÉTUDE – LE NIGER ET LE RRM SANTÉ-NUTRITION
I.1. Contexte sécuritaire, humanitaire et sanitaire…… 10
I.2. Besoins en santé et nutrition……11
I.3. Organisation du système de santé nigérien…… 13
I.4. Présentation du RRM Santé-Nutrition au Niger……15
I.4.1. Contexte de mise en place…… 15
I.4.2. Objectifs……...16
I.4.3. Mécanisme de fonctionnement……. 16
I.4.4. Modalités d'intervention……. 18
I.4.5. Coordination et acteurs impliqués……19
PARTIE II : ANALYSE DE L'ARTICULATION ENTRE LE RRM SANTÉ-NUTRITION ET LE SYSTÈME DE SANTÉ NIGÉRIEN

II.1. Contributions du RRM Santé-Nutrition……19
II.1.1. Amélioration de l'accès aux soins…….. 19
II.1.2. Renforcement temporaire des capacités sanitaires…… 21
II.1.3. Réponse aux besoins urgents en santé et nutrition……...23
II.2. Mécanismes de gouvernance, de coordination et de complémentarité……24
PARTIE III : DÉFIS ET LIMITES DE L'ARTICULATION ENTRE LE RRM SANTÉ-NUTRITION ET LE SYSTÈME DE SANTÉ NIGÉRIEN
III.1. Défis et limites structurels…… 27
III.1.1. Dépendance aux financements humanitaires et à la durabilité des interventions……27
III.1.2. Verticalisation des interventions et risque de fragmentation du système de santé……29
III.1.3. Défis d'ancrage institutionnel et de durabilité……30
III.1.4. Défis liés à l'alignement des interventions avec les priorités nationales……30
III.1.5. Dépendance aux acteurs internationaux…… 31
III.1.6. Défis liés à l'autonomie opérationnelle du RRM et enjeux d'intégration au système de santé nigérien…… 32
III.2. Défis et limites opérationnels…… 33
III.2.1. Défis liés aux ressources humaines en santé…….. 33
III.2.2. Défis liés au système d'information sanitaire…… 34
III.2.3. Limites liées à la temporalité des interventions…… .35
III.2.4. Défis liés à la logistique, à la sécurité et aux difficultés d'accès……35
III.2.5. Défis liés à la coordination multi-acteurs…….. 37
III.2.6. Défis liés à l'équilibre entre standardisation et adaptation contextuelle……37
III.2.7. Défis liés à la qualité des soins dans le contexte d'urgence……38
III.3. Autres limites de l'articulation…… 39
III.3.1. Limites liées à la faible appropriation communautaire…….. 39
III.3.2. Limites liées à la gratuité des soins……39
Conclusion générale…… 40
Références bibliographiques…….. 42
Annexes…… 48
Annexe 1 : Tableau des seuils d'alerte et modalité d'intervention ……48
Annexe 2 : Guides d'entretiens…… 51
Annexe 3 : Quelques photos illustrant les interventions du RRM Santé-Nutrition au Niger… 53

Liste des abréviations

- *ACF : Action Contre la Faim*
- *ALIMA : Alliance for International Medical Action*
- ASC : Agent de santé communautaire
- *OFDA :Office of U.S. Foreign Disaster Assistance*
- CICR : Comité International de la Croix-Rouge
- *COOPI : Cooperazione Internazionale*
- CSI : Centre de Santé Intégré
- DHIS2 : District Health Information Software 2
- DRSHP : Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique
- ECHO : Direction générale de la protection civile et des opérations d'aide humanitaire européennes
- HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
- *HELP : Hilfe zur Selbsthilfe*
- *HNRP : Humanitarian Needs and Response Plan/Besoins humanitaires et plan de réponse*
- *IASC : Inter-Agency Standing Committee/Comité permanent inter organisations*
- *INEE : Inter-Agency Network for Education in Emergencies*
- MSA : Multi-Sector Assessment/Évaluation multisectorielle rapide
- OCDE (EDCO) : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- *OCHA : Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*
- ODD : Objectif de Développement Durable
- OMS(WHO) : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- PB : Périmètre Brachial
- PDSS : Plan de Développement Sanitaire et Social
- *PIM : Post Intervention Monitoring*
- PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
- *PUI : Première Urgence Internationale*
- *RRM : Rapid Response Mechanism/ Mécanisme de Réponse Rapide*
- SIMR : Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte
- SNIS : Système National d'Information Sanitaire
- SSP : Soins de Santé Primaire
- UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance
- *USAID : United States Agency for International Development*

Introduction

Le Sahel est aujourd'hui confronté à une crise multidimensionnelle en constante aggravation, caractérisée par la persistance des conflits armés, une insécurité généralisée et des effets de plus en plus marqués des changements climatiques (PNUD, 2025). Cette combinaison de facteurs contribue à faire de la région un espace d'instabilité majeure, où les violences connaissent une intensification progressive. Du Mali au Burkina Faso, en passant par le Niger jusqu'au Tchad, le contexte sécuritaire se distingue par la prolifération de groupes extrémistes violents, la récurrence de conflits locaux et l'expansion de divers trafics illicites (Venturi & Touré, 2020). Dans ce cadre, les affrontements répétés entre forces armées étatiques et groupes armés non étatiques ont entraîné des déplacements massifs de populations. Des millions de civils ont ainsi été obligés de fuir leurs terres à travers plusieurs pays de la région (HCR, 2022).

Les populations civiles sont particulièrement affectées par cette insécurité persistante. Elles sont non seulement directement ciblées par des attaques, mais subissent également la destruction de leurs moyens de subsistance, notamment les exploitations agricoles, les récoltes et les réserves alimentaires. Cette situation participe à l'aggravation de l'insécurité alimentaire dans l'ensemble de la région (CICR, 2022).

Ces conflits armés compromettent fortement l'accès des populations aux services essentiels et à l'assistance humanitaire, touchant de manière disproportionnée les groupes les plus vulnérables. Dans ce contexte, les populations sont exposées à des menaces multiples, telles que les attaques terroristes contre les civils, les violences basées sur le genre et les agressions visant les autorités locales et nationales. Cette insécurité chronique entrave également l'accès aux infrastructures de base, notamment les centres de santé, les établissements scolaires, les marchés et les lieux de culte, accentuant ainsi la dégradation des conditions de vie (Venturi & Touré, 2020).

À l'instar des autres pays du Sahel, le Niger est confronté à des crises humanitaires liées aux conflits armés, notamment dans les zones frontalières avec le Mali, le Burkina Faso et le Nigeria ainsi que dans le bassin du Lac Tchad. Ces situations d'insécurité, combinées aux effets du changement climatique, exposent des populations déjà vulnérables à des déplacements forcés, à la malnutrition et aux épidémies (OCHA, 2025a ; Groupe RRM Santé–Nutrition, 2020).

Dans ces contextes, les capacités locales de réponse rapide sont souvent dépassées face à l'ampleur et à la rapidité des besoins. Afin d'appuyer la réponse humanitaire, un mécanisme de réponse rapide (RRM) a été mis en place au Niger pour répondre aux besoins urgents des populations affectées par des chocs tels que les conflits armés, les déplacements de populations, les épidémies et les catastrophes naturelles (Groupe RRM Santé–Nutrition, 2020).

1. Définitions des concepts

1.1. Mécanismes de réponse rapide (RRM)

Les mécanismes de réponse rapide (RRM) désignent des dispositifs opérationnels, programmatiques et partenariaux mis en place afin de renforcer la capacité des acteurs humanitaires à intervenir rapidement face aux besoins urgents des populations vulnérables. Ils reposent généralement sur des procédures d'évaluation rapide, des critères ou seuils de déclenchement, le prépositionnement de ressources essentielles ainsi que la mobilisation d'équipes formées pour assurer une réponse efficace. Ces mécanismes, souvent multisectoriels, facilitent la coordination humanitaire et permettent de déployer rapidement des moyens adaptés lors de situations de crise (INEE, 2022).

1.2. Système de santé et ses composantes

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un système de santé comprend « toutes les organisations, les personnes et les actions dont l'intention première est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé » (OMS, 2000). Il repose sur six composantes : la prestation des services de santé, les ressources humaines pour la santé, le système d'information sanitaire, l'accès aux médicaments et technologies de santé essentiels, le financement de la santé ainsi que la gouvernance et le leadership. L'interaction entre ces différentes composantes conditionne la performance, l'efficacité et la résilience du système de santé (OMS, 2007).

1.3. Soins de santé primaires (SSP)

Les soins de santé primaires (SSP) constituent une approche globale de la santé qui mobilise l'ensemble de la société afin de garantir à tous le meilleur état de santé et de bien-être possible, dans une perspective d'équité. Ils sont centrés sur les besoins et les attentes des individus, des familles et des communautés, et couvrent l'ensemble du continuum des soins, depuis la promotion de la santé et la prévention des maladies jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs. Cette approche privilégie une offre de services de santé accessible et organisée au plus près du cadre de vie des populations (OMS & UNICEF, 2018).

1.4. Réponse d'urgence

La réponse d'urgence désigne l'ensemble des interventions mises en œuvre par les services d'urgence et les acteurs de l'assistance humanitaire pendant ou immédiatement après la survenue d'une crise, afin de sauver des vies, de limiter les conséquences sanitaires, d'assurer la protection des populations et de répondre aux besoins essentiels, notamment alimentaires, des personnes affectées (INEE, 2009).

1.5. Coordination humanitaire (Approche Cluster)

Les clusters sont des groupes sectoriels de coordination qui réunissent les organisations humanitaires intervenant dans un même domaine d'activité afin de planifier, coordonner et harmoniser les interventions. Établis par le Comité permanent inter organisations (IASC), ils visent à renforcer la cohérence, la complémentarité et l'efficacité de la réponse humanitaire sous la coordination du Coordonnateur résident ou du Coordonnateur de l'action humanitaire et de l'Équipe humanitaire du pays (OCHA, 2012).

Au Niger, plusieurs clusters sectoriels assurent la coordination des interventions humanitaires dans différents domaines. Parmi eux, les clusters Santé et Nutrition occupent une place centrale dans cette recherche en raison de leur rôle dans la coordination des actions visant à répondre aux besoins sanitaires et nutritionnels des populations affectées par les crises.

1.6. Articulation entre le système de santé et le RRM

Dans le cadre de cette étude, l'articulation est entendue comme la manière dont le mécanisme de Réponse Rapide Santé-Nutrition (RRM Santé-Nutrition) et le système de santé nigérien s'organisent, interagissent et fonctionnent ensemble dans la mise en œuvre des interventions sanitaires et nutritionnelles. Elle renvoie à l'ensemble des modalités d'interaction entre ces deux dispositifs, notamment en matière de coordination, de circulation de l'information, de répartition des rôles, de collaboration entre les acteurs et de mise en œuvre des activités (AKL, 2015).

2. Problématique

Les performances opérationnelles de ces dispositifs (RRMs) sont régulièrement documentées, mais leur articulation avec le système national de santé demeure peu explorée (Blanchet et al., 2017). Dans un contexte où les interventions humanitaires sont appelées à contribuer au renforcement des systèmes de santé, cette articulation constitue pourtant un enjeu majeur (OMS, 2021). Elle soulève plusieurs interrogations relatives à la coordination des acteurs, à l'intégration institutionnelle, à la continuité des soins, à la durabilité des interventions ainsi qu'aux risques de fragmentation liés à la coexistence de dispositifs humanitaires et de structures publiques.

3. Justification scientifique

Les mécanismes de réponse rapide occupent aujourd'hui une place centrale dans les réponses humanitaires mises en œuvre dans les contextes de crise prolongée. Pourtant, les connaissances disponibles portent principalement sur leur capacité à répondre aux besoins immédiats des populations, tandis que leurs interactions avec les systèmes nationaux de santé restent relativement peu documentées (Blanchet et al, 2017).

Cette recherche vise à combler cette lacune en analysant le RRM Santé-Nutrition non seulement comme un dispositif opérationnel de réponse aux urgences, mais également comme un mécanisme susceptible d'influencer le fonctionnement du système de santé. En s'intéressant aux modalités de coordination, aux dynamiques institutionnelles ainsi qu'aux contraintes structurelles et opérationnelles, cette étude entend apporter une contribution à la compréhension des relations entre action humanitaire et renforcement des systèmes de santé dans les contextes de crise.

4. Question de recherche

Cette recherche s'inscrit dans une réflexion en cherchant à comprendre « Dans quelle mesure le RRM Santé-Nutrition s'articule-t-il avec le système de santé nigérien dans les contextes de crise humanitaire aiguë, et quels défis ainsi que quelles limites structurelles et opérationnelles cette articulation met-elle en évidence ? »

5. Objectif général et objectifs spécifiques

5.1. Objectif général

Analyser l'articulation entre le mécanisme de Réponse Rapide Santé-Nutrition (RRM Santé-Nutrition) et le système de santé nigérien dans les contextes de crise humanitaire aiguë, afin d'identifier ses contributions, ses mécanismes de coordination ainsi que les défis et limites structurelles et opérationnelles qui influencent son intégration et sa durabilité.

5.2. Objectifs spécifiques

- Analyser les contributions du RRM Santé-Nutrition au renforcement de l'accès aux soins, à la réponse aux urgences sanitaires et au fonctionnement du système de santé.
- Examiner les mécanismes de coordination et de complémentarité entre le RRM Santé-Nutrition, les autorités sanitaires et les autres acteurs humanitaires.
- Identifier les principaux défis et limites structurelles et opérationnelles qui influencent l'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien.

6. Hypothèse de recherche

H1. Le RRM Santé-Nutrition contribue à améliorer l'accès rapide aux services de santé et de nutrition dans les zones affectées par les crises humanitaires.

H2. Les mécanismes de coordination entre le RRM Santé-Nutrition, les autorités sanitaires et les partenaires humanitaires favorisent la complémentarité des interventions, mais présentent encore des insuffisances.

H3. La dépendance aux financements humanitaires, les contraintes de ressources humaines et les limites des systèmes d'information sanitaire constituent des obstacles majeurs à l'intégration durable du RRM Santé-Nutrition dans le système de santé nigérien.
H4. Les contraintes sécuritaires, logistiques et la durée limitée des interventions réduisent la continuité des soins et l'efficacité opérationnelle du mécanisme.

7. Méthodologie de la recherche

La méthodologie adoptée pour ce travail de fin d'études repose sur une approche combinant une revue de la littérature et des entretiens semi-directifs auprès d'informateurs clés, afin de recueillir les données nécessaires et de répondre aux objectifs de cette recherche.

7.1. Revue de la littérature

La première phase de cette étude a consisté en une revue de la littérature scientifique et documentaire portant sur le mécanisme de réponse rapide (RRM) dans le domaine de la santé et de la nutrition. Une recherche documentaire a été réalisée à partir de mots-clés tels que réponse rapide, riposte, surveillance, cliniques mobiles, épidémies etc. L'objectif était d'identifier les publications scientifiques traitant du mécanisme de réponse rapide et de son articulation avec les interventions de santé et de nutrition.
Cette recherche a été complétée par une revue de la littérature grise, incluant les rapports d'organisations non gouvernementales, d'agences des Nations Unies et d'autres partenaires techniques et financiers. Cette étape a permis d'obtenir une compréhension globale du sujet et d'orienter la phase qualitative de l'étude.

7.2. Entretien avec les informateurs clés

La deuxième phase de l'étude reposait sur une approche qualitative basée sur des entretiens semi-directifs réalisés à l'aide de guides d'entretiens élaborés autour de plusieurs thématiques (voir guides d'entretien en annexe). Les entretiens visaient à recueillir les perceptions et les expériences d'acteurs impliqués à différents niveaux dans la mise en œuvre du mécanisme de réponse rapide. Trois catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre, la coordination et le suivi du RRM Santé-Nutrition ont été sollicitées dans le cadre de cette étude : les agents de santé, les acteurs de mise en œuvre et les partenaires techniques et financiers.
Au total, neuf entretiens ont pu être réalisés, en raison notamment des difficultés rencontrées dans la mobilisation et la disponibilité des personnes sollicitées.
Les participants ont été sélectionnés de manière raisonnée en fonction de leur profil, de leurs responsabilités et de leur implication dans le mécanisme de réponse rapide, afin de garantir la

diversité des points de vue. Les entretiens ont été réalisés entre février et mai 2026, à distance, par téléphone ou en ligne. Des extraits de verbatim, présentés entre guillemets, ont ensuite été mobilisés afin d'illustrer et d'étayer les résultats. Les guides d'entretien utilisés dans le cadre de cette étude sont présentés en annexe.

7.3. Les limites et difficultés de notre recherche

Les limites rencontrées dans le cadre de cette recherche sont de plusieurs ordres. La première concerne l'accès à certaines sources documentaires. Malgré notre expérience au sein de l'une des organisations non gouvernementales mettant actuellement en œuvre le RRM Santé-Nutrition au Niger, où nous avons assumé les fonctions de coordinateur médical national, l'accès à certains documents nécessaires à la réalisation de cette étude est demeuré difficile. Nous avons ainsi exploité les documents dont nous disposions et auxquels nous avons pu accéder.

La deuxième limite concerne la taille restreinte de notre échantillon d'informateurs clés, en raison notamment de l'indisponibilité de certains d'entre eux, ce qui pourrait avoir limité la diversité des points de vue recueillis.

Enfin, une dernière limite concerne les biais potentiels liés aux réponses des participants, notamment les erreurs, les omissions ou les éventuelles déclarations inexactes lors des entretiens.

Quant aux difficultés rencontrées, la première concerne la disponibilité de la littérature scientifique portant spécifiquement sur le sujet étudié. En effet, il a été difficile d'identifier des articles scientifiques traitant directement de l'articulation entre un mécanisme de réponse rapide en santé-nutrition et un système national de santé dans un contexte de crise humanitaire.

La deuxième difficulté a concerné la réalisation des entretiens auprès des informateurs clés. La disponibilité limitée de certains participants, liée notamment à leurs déplacements sur le terrain ou à leurs contraintes professionnelles, a rendu difficile le respect des rendez-vous initialement prévus. Plusieurs entretiens ont ainsi dû être reportés à plusieurs reprises avant de pouvoir être finalement réalisés.

Enfin, une dernière difficulté était liée aux contraintes techniques, notamment à l'instabilité de la connexion internet, qui a parfois entraîné des interruptions ou des pertes de connexion lors des échanges réalisés à distance.

8. Structure du mémoire

Ce travail est structuré en trois parties principales. La première partie, intitulée « Contexte d'étude – Le Niger et le RRM Santé-Nutrition », est subdivisée en deux sous-parties. La première sous-partie présente le contexte sécuritaire, humanitaire et sanitaire du Niger dans lequel le RRM Santé-Nutrition est mis en œuvre et qui justifie son intervention. Elle aborde également les besoins en santé et en nutrition ainsi que l'organisation du système de santé nigérien. La deuxième sous-partie est consacrée à une présentation du cadre général, de l'architecture et du fonctionnement du RRM Santé-Nutrition.

La deuxième partie, intitulée « Analyse de l'articulation entre le RRM et le système de santé », est consacrée à l'étude des contributions du RRM Santé-Nutrition au système de santé ainsi qu'aux mécanismes de coordination et de complémentarité avec les différents acteurs impliqués.

La troisième partie porte sur les défis et limites structurelles et opérationnelles, ainsi que sur les autres limites identifiées dans le cadre de cette recherche.

Enfin, ce travail sera clôturé par une conclusion générale présentant les principaux enseignements de l'étude, suivie de la bibliographie ayant servi à son élaboration.

PARTIE I : Contexte d'étude – Le Niger et le RRM Santé-Nutrition

I.1. Contexte sécuritaire, humanitaire et sanitaire du Niger

À l'instar de plusieurs pays du Sahel, le Niger est confronté à une dégradation persistante de la situation sécuritaire qui affecte plusieurs régions du pays. Les principales zones touchées sont la région de Tillabéry, située dans la zone des trois frontières entre le Niger, le Mali et le Burkina Faso, la région de Tahoua le long de la frontière malienne au nord, les régions de Dosso et de Maradi partageant la frontière nigériane, ainsi que la région de Diffa, dans le bassin du lac Tchad foyer de la nébuleuse Boko Haram. Le contexte sécuritaire et humanitaire du pays demeure marqué par plusieurs défis majeurs, notamment les conflits armés, l'insécurité alimentaire, la malnutrition, les déplacements forcés de populations, ainsi que les effets des sécheresses, des inondations et des épidémies (UNICEF, 2023 ; Venturi & Touré, 2020). En 2024, ces crises complexes et interdépendantes ont affecté plus de 8 millions de personnes dans les régions de Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua et Tillabéry (OCHA, 2025a).

L'aggravation de l'insécurité continue d'entraîner d'importantes conséquences humanitaires. L'intensification des violences armées pousse de nombreuses familles à abandonner leurs lieux de résidence pour trouver refuge dans des zones jugées plus sûres. Au 31 décembre 2025, le Niger enregistrait 984 366 personnes déplacées de force, comprenant les réfugiés et les

personnes déplacées internes, soit une augmentation d'environ 12 % par rapport à la même période en 2024 (OCHA, 2026). Cette situation accroît la vulnérabilité des femmes, des enfants, des personnes déplacées internes, des réfugiés, des migrants et des communautés d'accueil, tout en générant des besoins humanitaires croissants (OCHA, 2025a).

I.2. Besoins en santé et nutrition

Cette dégradation du contexte sécuritaire et humanitaire exerce une pression considérable sur le système de santé nigérien, déjà confronté à des fragilités structurelles. Elle a conduit à la fermeture de nombreux centres de santé, à une diminution du personnel de santé qualifié et à des obstacles croissants dans l'accès aux soins (Cluster Santé Niger, 2026). En 2021, seulement 49,1% de la population bénéficiait d'une couverture sanitaire (OMS, 2021). Au-delà des difficultés d'accès aux services de santé, la qualité des soins constitue également un défi majeur dans les contextes fragiles et de conflit. La prestation de services de santé se heurte à la perturbation de l'organisation des systèmes de santé, à l'augmentation des besoins sanitaires, à la complexité et à l'imprévisibilité des ressources disponibles, ainsi qu'à la vulnérabilité face aux crises sanitaires multiples. Malgré ces difficultés, les besoins demeurent considérables au regard de l'ampleur des problèmes de santé auxquels sont confrontées les populations concernées (OMS, 2020). Ainsi, ces crises multidimensionnelles persistantes intensifient la pression exercée sur le système de santé nigérien, limitent sa capacité à assurer une offre de soins continue et de qualité et nécessitent la mise en place des actions coordonnées, efficaces et durables incluant les mécanismes de réponse humanitaire rapides, et le renforcement du système national de santé (OCHA, 2026 ; Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

Les crises humanitaires multidimensionnelles que connaît le Niger, alimentées par les conflits armés, les déplacements forcés de populations, les catastrophes naturelles et les chocs climatiques, entraînent une augmentation considérable des besoins sanitaires et nutritionnels (OCHA, 2025a). Selon le Humanitarian Needs and Response Plan (HNRP), environ 1,2 million de personnes avaient besoin d'une assistance sanitaire en 2025, principalement des femmes et des enfants (OCHA, 2025a). Les besoins nutritionnels concernent également environ 2,3 millions de personnes, parmi lesquelles 1,3 million ont été ciblées pour une assistance humanitaire. Les groupes les plus vulnérables comprennent les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes déplacées internes, les réfugiés ainsi que les personnes vivant avec un handicap (OCHA, 2024).

Par ailleurs, cette vulnérabilité est renforcée par la recrudescence des maladies épidémiques favorisée par l'insalubrité, l'accès insuffisant à l'eau potable, les faibles capacités des

infrastructures d’eau, d’hygiène et d’assainissement ainsi que les conditions d’hygiène précaires (OCHA, 2023). En 2025, le pays a été confronté à plusieurs flambées épidémiques simultanées, notamment de poliomyélite, de rougeole, de méningite, de fièvre jaune et de diphtérie (Cluster Santé Niger, 2026). La faible couverture vaccinale demeure également un défi majeur de santé publique. En 2017, seulement 38,2 % des enfants étaient complètement vaccinés et, en 2018, près de 46 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans étaient attribuables à des maladies évitables par la vaccination (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022). Les résultats de l'enquête SMART 2025 indiquent que la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est estimée à 11,1 %, contre 12,2 % en 2022. Bien qu'une légère diminution soit observée, cette évolution n'est pas statistiquement significative et ce niveau demeure supérieur au seuil d'alerte de 10 % défini par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS) est estimée à 2,8 % en 2025, contre 2,4 % en 2022, traduisant une légère augmentation et un niveau supérieur au seuil d'urgence de 2 % établi par l'OMS (Institut National de la Statistique du Niger & Direction de la Nutrition du Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique, 2025). La malnutrition aiguë demeure ainsi un problème majeur de santé publique au Niger. Selon le Humanitarian Needs and Response Plan (HNRP) 2025, plus d'un million et demi d'enfants de moins de cinq ans sont affectés chaque année par la malnutrition aiguë. Cette situation varie selon les régions du pays. Les régions de Diffa, Maradi, Tahoua, Tillabéry et Zinder présentent les prévalences les plus élevées de malnutrition aiguë globale. Toutefois, si les régions de Diffa, Maradi, Tahoua et Tillabéry sont fortement affectées par l'insécurité liée aux conflits armés, la région de Zinder présente également une prévalence élevée malgré l'absence relative de ce facteur. Cette situation met en évidence le caractère multifactoriel de la malnutrition, qui résulte de l'interaction de déterminants alimentaires et non alimentaires, notamment l'insécurité alimentaire et nutritionnelle des ménages, la faible diversification alimentaire, l'accès limité aux services sociaux de base et leur faible utilisation, l'insuffisance des infrastructures sanitaires ainsi que les pratiques inadéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OCHA, 2024 ; Ministère de la Santé publique du Niger, 2022). Ces tendances confirment la gravité de la situation nutritionnelle au Niger, où plus de 47 000 décès annuels sont attribués à la malnutrition, représentant environ 43 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans (UNICEF Niger, 2024).

I.3. Organisation du système de santé nigérien

Pour rappel, le système de santé nigérien est organisé selon une structure pyramidale articulée autour de trois niveaux complémentaires de gouvernance : le niveau central, chargé de la définition des orientations stratégiques, de l'élaboration des politiques nationales de santé, de la planification, de la réglementation, de la coordination des programmes ainsi que du suivi et de l'évaluation ; le niveau régional, qui assure la coordination technique et la mise en œuvre des politiques sanitaires au niveau déconcentré ; et le niveau opérationnel ou périphérique, organisé autour de 72 districts sanitaires et constituant le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. Malgré cette organisation, plusieurs insuffisances persistent, notamment la faiblesse de la coordination entre les différents niveaux et acteurs du système de santé ainsi que l'insuffisance de la participation communautaire dans la gestion et le fonctionnement des services de santé (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022 ; Santé Niger, 2024).

En ce qui concerne les prestations de soins, celles-ci sont organisées selon une structure pyramidale à trois niveaux : tertiaire, régional et périphérique. Le niveau tertiaire assure les soins spécialisés, la formation, la recherche et la prise en charge des pathologies complexes. Le niveau régional constitue un niveau de référence spécialisé pour les régions et complète les prestations des districts sanitaires. Le niveau périphérique, à travers les districts sanitaires, constitue la base opérationnelle et le principal point d'accès aux soins pour les populations, en assurant les soins de santé primaires ainsi que les activités préventives, curatives et promotionnelles. Toutefois, l'ensemble de ces niveaux reste confronté à des contraintes qui affectent la prestation des soins et des services de santé, notamment l'insuffisance des ressources financières et humaines spécialisées, les difficultés de maintenance et de disponibilité des équipements biomédicaux, les insuffisances du système de référence et de contre-référence, ainsi que les problèmes de gouvernance, de coordination et de qualité des soins. (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022).

Les ressources humaines constituent l'un des piliers fondamentaux du système de santé et conditionnent la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé. Malgré les efforts de recrutement entrepris ces dernières années et l'amélioration de la répartition géographique du personnel entre les zones urbaines et rurales, la densité des professionnels de santé demeure inférieure aux normes recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé. Les ressources humaines sont renforcées par un réseau de 25 788 relais communautaires qui assurent la mise en œuvre d'un paquet intégré d'interventions préventives, curatives et promotionnelles au niveau communautaire. Toutefois, les zones affectées par les crises humanitaires continuent de faire face à des pénuries de personnel qualifié, limitant la capacité

du système de santé à répondre efficacement aux besoins des populations (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022).

Par ailleurs, malgré l'existence d'un réseau d'infrastructures sanitaires organisé selon une pyramide de référence, leur fonctionnalité et leur capacité opérationnelle demeurent des défis importants. Les difficultés liées à la fonctionnalité des structures sanitaires existantes, ainsi que le non-respect du plan de couverture sanitaire, expliquent en partie la faible progression de la couverture sanitaire. Ces contraintes sont renforcées par l'insuffisance des équipements, les difficultés de maintenance et la faible disponibilité des moyens logistiques, qui compromettent la continuité des soins et certaines activités essentielles telles que la vaccination de routine. Les capacités de maintenance demeurent également limitées, ce qui réduit la disponibilité des équipements biomédicaux, particulièrement dans les régions affectées par les crises humanitaires (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022).

Le fonctionnement du système de santé repose également sur la disponibilité d'informations sanitaires fiables permettant d'orienter les décisions de santé publique. Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), organisé selon les trois niveaux de la pyramide sanitaire, assure la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion des données sanitaires au moyen de la plateforme District Health Information Software 2 (DHIS2), qui constitue le principal outil national de gestion des données sanitaires et d'appui à la prise de décision (Direction des Statistiques, Ministère de la Santé Publique du Niger, 2023). Malgré les progrès réalisés dans son déploiement, plusieurs défis persistent, notamment la qualité variable des données, leur faible utilisation dans la prise de décision, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, les difficultés de connectivité ainsi que la disponibilité limitée des outils de collecte. Dans ce contexte, ces insuffisances limitent la capacité du système à détecter précocement les alertes sanitaires, à assurer un suivi régulier des indicateurs et à orienter efficacement les interventions (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022).

Le financement constitue également une contrainte majeure du système de santé nigérien. Les ressources publiques consacrées à la santé représentent à peine 7 % des dépenses publiques, demeurent insuffisantes et restent en deçà de l’engagement pris dans la Déclaration d’Abuja, qui est de 15 % (Santé Niger, 2024). Cette insuffisance est en partie compensée par les partenaires techniques et financiers, dont les contributions jouent un rôle important dans le financement des programmes de santé. Par ailleurs, les paiements directs des ménages continuent de représenter une part importante des dépenses de santé, limitant l'accès aux soins et exposant de nombreux ménages à des dépenses catastrophiques. Cette dépendance simultanée aux financements extérieurs et aux paiements directs constitue un défi majeur pour

la résilience et la pérennité du système de santé et entrave l'accès équitable aux soins de santé (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022).

Par ailleurs, la disponibilité des médicaments essentiels et des autres produits de santé demeure un enjeu majeur. Malgré les réformes entreprises, la chaîne nationale d'approvisionnement reste confrontée à des difficultés liées à la gouvernance, à la distribution des produits de santé, à la persistance du marché illicite des médicaments et au recours à l'automédication. Ces insuffisances peuvent entraîner des ruptures de stock, compromettant la continuité des soins, particulièrement dans les zones affectées par les crises humanitaires où les contraintes logistiques et sécuritaires compliquent davantage l'approvisionnement des structures sanitaires (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022).

Dans ce contexte, le système de santé nigérien est confronté à un double défi. D'une part, il doit répondre aux besoins courants de la population dans un environnement marqué par des ressources limitées et des contraintes structurelles persistantes. D'autre part, il doit faire face à des crises humanitaires récurrentes caractérisées par des déplacements massifs de populations, des urgences nutritionnelles, des épidémies et des difficultés d'accès aux services de santé. Ces différentes contraintes mettent en évidence les limites du système à répondre seul à l'ensemble des besoins sanitaires dans les zones les plus affectées et soulignent la nécessité de mécanismes complémentaires capables d'apporter une réponse rapide tout en s'intégrant aux dispositifs existants. C'est dans cette perspective que le mécanisme de Réponse Rapide Santé-Nutrition (RRM Santé-Nutrition) a été développé afin de répondre aux besoins immédiats des populations touchées par les crises tout en s'articulant avec le système national de santé (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022 ; Groupe RRM Santé–Nutrition, 2020).

I.4. Présentation du RRM Santé-Nutrition au Niger

La présentation du mécanisme RRM Santé-Nutrition au Niger dans cette section s'appuie principalement sur le document institutionnel *Stratégie et mécanisme RRM Santé et Nutrition au Niger*, élaboré par les acteurs humanitaires impliqués dans sa mise en œuvre (ACF, ALIMA/BEFEN, COOPI, HELP et PUI), avec l'appui des partenaires ECHO et OFDA/USAID (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

I.4.1. Contexte de mise en place du RRM

Depuis plusieurs années, le Niger, à l'instar des autres pays du Sahel, est confronté aux effets des conflits armés, de l'insécurité et des changements climatiques, entraînant des déplacements forcés de populations, une aggravation de la malnutrition et la survenue d'épidémies. Face à l'ampleur et à la rapidité des besoins humanitaires, les capacités locales de réponse demeurent

souvent insuffisantes. C'est dans ce contexte qu'un mécanisme de réponse rapide (RRM) a été mis en place avec l'appui des acteurs humanitaires afin d'apporter une réponse rapide aux populations affectées (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

Au Niger, le RRM a été mis en œuvre par ACTED dans la région de Diffa en 2017, avec le soutien financier d'ECHO, dans un contexte marqué par les attaques de Boko Haram et d'importants déplacements de populations. La réponse s'appuyait sur une évaluation multisectorielle des besoins, notamment dans les domaines de l'abri, des biens non alimentaires, de la sécurité alimentaire, de la protection, de la santé et de l'éducation. Les premières interventions ont principalement porté sur les abris et les biens non alimentaires, puis sur l'hygiène-assainissement et la sécurité alimentaire (ACTED, 2017).

Lors de l'atelier stratégique du RRM organisé en 2019, un déficit a toutefois été relevé dans la réponse en matière de santé-nutrition, d'épidémies et d'inondations. Il a alors été recommandé de renforcer les partenariats entre les acteurs afin de compléter le dispositif existant (ALIMA, COOPI, & ACF, 2020). Dans cette perspective, COOPI, ALIMA et PUI ont mis en œuvre, avec le financement de l'OFDA/USAID, une première phase d'activité RRM Santé à partir de septembre 2019. À partir de 2020, les partenaires soutenus par ECHO et OFDA ont progressivement renforcé l'harmonisation de leurs approches et de leurs outils, notamment à travers des analyses conjointes des besoins urgents en santé et nutrition (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

Cette dynamique a conduit à envisager l'intégration des projets RRM Santé financés par ECHO et l'OFDA dans le cadre commun du RRM existant au Niger, sous la coordination d'OCHA, afin d'éviter la coexistence de mécanismes parallèles. Les partenaires ont ainsi élaboré un cadre logique commun et poursuivi l'harmonisation des pratiques, notamment à travers la collecte et l'analyse conjointes des alertes, les évaluations MSA et l'élaboration de rapports communs (ALIMA, COOPI, & ACF, 2020 ; Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

I.4.2. Objectifs et populations cibles

L'objectif général du RRM Santé-Nutrition est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des personnes vulnérables affectées par un choc, notamment les conflits armés, les déplacements de populations, les épidémies et les catastrophes naturelles.

De manière spécifique, le mécanisme vise à assurer une présence opérationnelle des acteurs humanitaires ainsi qu'un prépositionnement des intrants nécessaires afin de permettre une assistance rapide et coordonnée en santé et nutrition.

Les populations ciblées comprennent les personnes déplacées et retournées, les populations touchées par des catastrophes naturelles ou des épidémies, les familles d'accueil dont la vulnérabilité augmente du fait de la crise, ainsi que les populations réfugiées en coordination avec le Haut-Commissariat pour les Réfugiés (HCR) (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

I.4.3. Mécanisme de fonctionnement : alerte, évaluation multisectorielle et réponse

Le fonctionnement du RRM Santé-Nutrition repose sur un système de veille humanitaire permettant d'identifier rapidement les situations nécessitant une intervention, depuis la détection de l'évènement qui déclenche l'alerte jusqu'à la mise en œuvre de la réponse et le suivi.

Cette veille comprend la surveillance des maladies à potentiel épidémique, la surveillance nutritionnelle, le suivi des mouvements de populations ainsi que le suivi des catastrophes naturelles. La surveillance épidémiologique s'appuie sur le système de Surveillance intégrée des maladies et la riposte (SIMR), renforcé par l'implication des acteurs communautaires et la transmission des informations sanitaires.

La surveillance nutritionnelle repose sur le dépistage précoce au niveau communautaire à travers la stratégie PB mère et les activités des équipes mobiles. Au niveau des structures sanitaires, elle s'appuie sur l'approche Health Surge, avec une définition des seuils d'intervention réalisée conjointement avec les autorités concernées.

Le dispositif d'alerte repose sur des acteurs communautaires identifiés comme lanceurs d'alerte, notamment les leaders communautaires, les enseignants, les maires et certains agents de santé. Les informations suivent le circuit de la pyramide sanitaire allant de la case de santé jusqu'à la direction régionale de la santé publique.

Aussitôt une alerte déclenchée, l'information est triangulée avec d'autres sources et cette investigation permet de confirmer l'alerte.

Après confirmation d'une alerte, une évaluation multisectorielle rapide (MSA) est diligentée par OCHA et réalisée afin d'apprécier le niveau de vulnérabilité des populations affectées et d'orienter la réponse. Cette évaluation ne vise pas une analyse exhaustive des besoins, mais permet d'identifier rapidement les besoins prioritaires en santé et nutrition.

Pour les alertes sanitaires, l'équipe RRM Santé assure le leadership de l'évaluation en collaboration avec les autres secteurs concernés (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020). La MSA est couplée à la mission explo-action et doit être réalisée dans les 72 heures suivant la confirmation de l'alerte, et la réponse est déclenchée lorsque les seuils d'intervention définis sont atteints, suivant le processus ci-dessous (Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2020) :

- Seuil d'alerte : ≥ 35 ménages des déplacés affectés ;
- Entre l'alerte (triangulation du choc) et le début de la MSA = 1 jour
- Entre la fin de la MSA et la diffusion du rapport = 3 jours
- Entre la diffusion du rapport et le début de l'intervention = 3 jours
- Entre alerte et début de l'intervention = 7 jours (+ le temps de réalisation de la MSA)
- Entre le début de la MSA et la clôture de l'intervention = 90 jours
- Entre la fin de l'intervention et le PIM (Post Intervention Monitoring) = 30 jours

S'agissant des urgences sanitaires, les seuils d'alerte varient selon le type de maladie et le niveau de létalité des épidémies concernées. Les acteurs du RRM Santé au Niger disposent de scénarios et de critères d'intervention harmonisés, qui sont présentés dans un tableau figurant en annexe.

I.4.4. Modalités d'intervention : cliniques mobiles et appui institutionnel

La mise en œuvre du paquet Santé-Nutrition du RRM repose sur la mobilisation communautaire, l'ancrage avec les autorités sanitaires et les deux principales modalités d'intervention : les cliniques mobiles et l'appui institutionnel temporaire.

La mobilisation communautaire vise à renforcer l'implication des acteurs locaux dans la surveillance, la détection des alertes, la collecte d'informations et la sensibilisation des populations. Elle repose notamment sur l'identification et la formation des relais communautaires et les PB mères.

Lorsque les personnes affectées ont accès facile et libre à une structure de santé existante et fonctionnelle, le RRM procède au renforcement des capacités de ladite structure, c'est l'approche appui institutionnel temporaire. Mais si le nombre des personnes affectées dépasse les capacités de la structure ou si aucune structure opérationnelle n'est pas accessible, les cliniques mobiles sont déployées pour assister les personnes affectées.

L'ancrage avec les autorités sanitaires constitue un élément essentiel du dispositif. Il repose sur une collaboration avec les districts sanitaires et les directions régionales de santé publique, une planification conjointe des activités ainsi que l'intégration des données issues des interventions RRM dans les statistiques sanitaires.

La stratégie mobile est principalement utilisée lors de déplacements massifs de populations. Elle consiste à déployer des cliniques mobiles dans les sites de déplacés ou dans les villages d'accueil lorsque les structures sanitaires existantes ne peuvent pas répondre aux besoins. Ces équipes assurent des consultations, la prise en charge des maladies courantes, les activités nutritionnelles, la santé sexuelle et reproductive ainsi que le soutien psychosocial.

L’appui institutionnel temporaire vise à renforcer les structures sanitaires existantes dont les capacités sont dépassées à la suite d’un choc. Il peut inclure un appui en intrants et équipements, les renforcements des capacités des agents, un appui temporaire en ressources humaines et un soutien au référencement des cas graves.

L’ensemble des interventions repose sur le principe de gratuité totale des soins et est limité à une durée maximale de trois mois (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

I.4.5. Coordination et acteurs impliqués

La coordination constitue un élément central du RRM Santé-Nutrition. Elle vise à assurer la cohérence des interventions entre les différents acteurs humanitaires et leur articulation avec l’architecture humanitaire nationale.

Elle est assurée par un coordinateur RRM Santé qui facilite la collaboration entre les organisations partenaires ACF, ALIMA/BEFEN, COOPI, HELP et PUI ainsi qu’avec les autres acteurs impliqués dans la réponse humanitaire.

Le RRM Santé-Nutrition travaille également en lien avec le RRM multisectoriel à travers la coordination des alertes, les évaluations multisectorielles communes et le partage des informations.

Enfin, le mécanisme prévoit une articulation avec les directions et programmes spécialisées du ministère de la santé afin de favoriser la continuité des services après l’intervention. La stratégie de sortie est anticipée avec les autorités sanitaires afin de limiter les ruptures dans l’offre de soins auprès des populations affectées (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

PARTIE II : Analyse de l’articulation entre RRM et système de santé

II.1. Contributions du RRM au système de santé

II.1.1. Amélioration de l’accessibilité aux soins

Le PDSS du Niger en sa page 114 stipule que 47% de la population nigérienne doit parcourir une distance supérieure à 5 kilomètres pour accéder à un paquet de soins complets, dans un contexte de mauvais réseaux routier (Ministère de la Santé Publique du Niger, 2022). Cette situation montre que la distance peut dissuader les patients à recourir aux soins de santé.

Au-delà des barrières géographiques, l'accessibilité financière constitue un défi majeur au Niger. Selon la Banque mondiale, plus de la moitié de la population (60.49%) vit en situation d'extrême pauvreté, ce qui limite considérablement la capacité des ménages à supporter les dépenses de santé. En outre, les paiements directs par les ménages demeurent une source importante de financement des soins, exposant les populations à un risque d'appauvrissement

lors de chaque épisode de maladie. Le faible développement des mécanismes de protection financière, notamment de l'assurance maladie (seulement 1 nigérien sur 10, constitue ainsi un obstacle supplémentaire à l'accès effectif aux soins (World Bank, 2026 ; Ministère de la Santé Publique du Niger, 2022**).**

Dans ce contexte, les projets RRM Santé-Nutrition contribuent à réduire ces barrières d'accès aux soins et à limiter les inégalités d'accès aux services de santé. D'une part, le déploiement d'équipes mobiles, dont l'objectif est d'aller vers les populations vivant dans des zones difficiles d'accès, permet de réduire les barrières géographiques en rapprochant l'offre de soins des bénéficiaires. D'autre part, la gratuité des prestations proposées dans le cadre de ces interventions contribue à lever les barrières financières et permet aux populations les plus vulnérables d'accéder aux soins.

Alors, on peut dire que les interventions du RRM Santé-Nutrition figurent parmi celles qui contribuent à l'amélioration de l'accessibilité aux soins, le renforcement de leur disponibilité et, dans certains contextes, l'amélioration de leur qualité. Une évaluation réalisée en 2022 par l'ONG COOPI une des organisations mettant en œuvre le RRM Santé-Nutrition a mis en évidence une amélioration des indicateurs d'accessibilité, y compris dans les zones les plus reculées, tant pour les personnes déplacées internes que pour les populations hôtes (COOPI, 2022).

Ces résultats suggèrent que l'action concertée des différents partenaires impliqués dans le RRM Santé-Nutrition contribue à améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services de santé. Selon cette même évaluation, cette amélioration ne se limite pas à la réduction des barrières géographiques ; elle s'étend également à l'accessibilité financière, toutes les prestations offertes dans le cadre du RRM Santé-Nutrition étant fournies gratuitement aux bénéficiaires. L'ensemble de ces mécanismes contribue ainsi à rapprocher les services de santé des populations et à améliorer l'accès effectif aux soins, en particulier dans les zones les plus vulnérables (COOPI, 2022).

Le RRM Santé-Nutrition favorise ainsi une meilleure continuité des soins entre le niveau communautaire et les formations sanitaires, tout en maintenant l'intégration des interventions d'urgence dans l'organisation du système de santé national.

C'est ainsi qu'un responsable d'une ONG de mise en œuvre, lors de notre entretien affirme que « *Le RRM améliore l'accès aux soins en apportant des services gratuits et immédiats dans des zones souvent enclavées ou abandonnées. Il permet de couvrir des populations déplacées ou isolées, de réduire les délais de prise en charge, et de détecter précocement les cas de*

malnutrition ou de maladies. Les stratégies mobiles sont particulièrement importantes pour atteindre les zones sans structures de santé fonctionnelles. »

II.1.2. Renforcement temporaire des capacités sanitaires

Les interventions du RRM Santé-Nutrition répondent directement à plusieurs insuffisances identifiées dans le système de santé nigérien. En effet, le Plan de Développement Sanitaire et Social souligne les difficultés persistantes liées à la disponibilité des médicaments essentiels, aux ruptures de stock, aux insuffisances des équipements, ainsi qu'au déficit de ressources humaines qualifiées (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022).

Le RRM Santé-Nutrition vient répondre à ces insuffisances à travers un appui institutionnel temporaire visant à renforcer les capacités opérationnelles des structures sanitaires affectées par les crises. Cet appui consiste notamment à approvisionner régulièrement les formations sanitaires en médicaments essentiels, en consommables, en matériels et en kits d'urgence, afin de limiter les ruptures de stock, d'assurer la continuité de la prise en charge des populations dont les cas sont référés par les cliniques mobiles, mais aussi et surtout d'assurer l'accessibilité à des soins de santé de qualité. De même, la mise à disposition temporaire d'équipements et de ressources humaines additionnelles permet d'accompagner les structures sanitaires confrontées à une augmentation des besoins liée aux déplacements de populations et aux situations d'urgence (Groupe RRM Santé-Nutrition Niger, 2020 ; Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021).

Au-delà de l'appui matériel, le RRM Santé-Nutrition contribue également au renforcement des compétences des agents de santé à travers des formations et des supervisions formatives organisées conjointement avec les équipes des districts sanitaires. Ces activités portent sur plusieurs domaines prioritaires de santé publique, notamment la surveillance des maladies à déclaration obligatoire et à potentiel épidémique, la prise en charge des pathologies courantes, le dépistage et le référencement des cas de violences basées sur le genre, ainsi que la prise en charge communautaire de la malnutrition. Elles concernent également la santé maternelle, sexuelle et reproductive, notamment à travers le renforcement des compétences des sage-femmes (Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021).

La mobilisation des relais communautaires constitue également un élément important du renforcement des capacités du dispositif RRM Santé-Nutrition. Dans le contexte nigérien, ces relais sont généralement issus des communautés elles-mêmes et disposent d'une connaissance fine de leur environnement social et sanitaire. Cette proximité leur permet d'identifier rapidement certaines situations préoccupantes, de conduire des activités de sensibilisation et

d'orienter les cas suspects vers les structures de santé conformément au circuit national de prise en charge (OMS, 2018 ; Ministère de la Santé publique du Niger, 2022 ; Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021).

Toutefois, cette approche soulève également des questions relatives à la capacité opérationnelle des relais communautaires. En raison de leurs niveaux d'instruction généralement bas, certains relais communautaires peuvent rencontrer des difficultés dans l'utilisation des outils de communication ou de collecte d'information. Afin de faciliter leur intervention, ils sont généralement formés à l'utilisation d'outils simplifiés, de supports visuels ou de boîtes à images leur permettant de mener des activités de sensibilisation et de repérage au niveau communautaire (Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021 ; OMS, 2018).

Ainsi, la mobilisation des relais communautaires met en évidence une double dimension du dispositif RRM Santé-Nutrition. D'une part, elle permet d'améliorer la détection précoce des cas et de renforcer le lien entre les communautés et les structures sanitaires. D'autre part, elle interroge la capacité de ces relais à identifier correctement les signes d'alerte, à distinguer les situations nécessitant un référencement immédiat de celles pouvant être suivies au niveau communautaire, et à éviter des référencements excessifs vers des structures sanitaires déjà confrontées à une insuffisance de personnel.

Cette dynamique illustre une articulation fonctionnelle entre les interventions du RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien. Le RRM Santé-Nutrition ne se substitue pas aux structures sanitaires existantes, mais contribue à renforcer temporairement leurs capacités afin d'améliorer l'accès aux soins, notamment dans les zones affectées par les crises. Comme l'a souligné un agent de santé interrogé lors des entretiens : « *Dans un contexte comme celui de Balleyara, où l'arrivée massive de populations déplacées a généré une augmentation de la demande en soins, le dispositif RRM a permis d'apporter une réponse rapide et adaptée en soutenant temporairement les capacités de prise en charge du district* ». Il ajoute que « *D'autre part, l'appui en ressources humaines additionnelles a renforcé la capacité d'absorption des structures sanitaires, notamment dans les zones les plus affectées par la pression démographique et sanitaire* ».

Toutefois, cette articulation met également en évidence certaines limites. L'implication du réseau d'acteurs communautaires dans la détection et l'orientation des cas peut entrainer une augmentation de la demande des soins au-delà de la cible calculée. Cette situation peut générer une surcharge de travail pour les agents de santé lorsque les ressources humaines, les médicaments, les équipements et les mécanismes de coordination ne sont pas renforcés parallèlement. Sans mécanismes efficaces de tri, de supervision et de coordination avec les

agents de santé, l'amélioration de la détection communautaire pourrait accentuer la charge de travail des formations sanitaires. L'efficacité du dispositif dépend donc de sa capacité à concilier la rapidité d'identification des besoins au niveau communautaire avec la faisabilité de leur prise en charge par un système de santé déjà soumis à de fortes contraintes.

Enfin, l'action du RRM Santé-Nutrition constitue un appui temporaire qui vient renforcer le mécanisme local de réponse à une crise sans prétention de se substituer au système national de santé. Son appui permet de maintenir la continuité des services essentiels dans les contextes de crise en compensant, pour une durée limitée, certaines insuffisances identifiées au niveau des structures sanitaires, notamment en matière de ressources humaines, de médicaments, d'équipements et de fonctionnement des services de santé (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022 ; Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

II.1.3. Réponse aux besoins urgents en santé et nutrition

L'une des principales caractéristiques des interventions du RRM Santé-Nutrition réside dans sa capacité à répondre rapidement aux besoins sanitaires et nutritionnels prioritaires identifiés lors d'une urgence humanitaire. Contrairement aux interventions de développement, qui s'inscrivent dans une perspective de long terme, le RRM Santé-Nutrition intervient de manière ponctuelle afin d'apporter un appui aux structures sanitaires lorsque celles-ci ne disposent pas des capacités nécessaires pour faire face à une situation exceptionnelle (Groupe RRM Santé-Nutrition Niger, 2020).

Cette réponse repose sur un prépositionnement sur mesure, prêt à être déployé, organisé autour d'acteurs humanitaires et de ressources financières, matérielles et humaines coordonnées et adaptées aux diverses situations de dépassement des seuils prédéfinis. Elle peut notamment inclure la mise à disposition de consommables et d'intrants médicaux indispensables à la prise en charge des patients, l'approvisionnement en équipements spécifiques, ainsi que le renforcement des moyens logistiques nécessaires à la gestion des urgences. À titre d'exemple, lors de la survenue d'une épidémie, le RRM Santé-Nutrition prévoit les ressources nécessaires pour permettre aux équipes des districts sanitaires de réaliser rapidement les investigations de terrain, les prélèvements biologiques et les activités de surveillance épidémiologique (COOPI, 2021).

Lorsque la situation l'exige, le RRM Santé-Nutrition dans sa logique peut également soutenir l'organisation temporaire des dispositifs de prise en charge, notamment à travers l'équipement d'espaces destinés à accueillir les patients ou à faciliter l'organisation des circuits de soins lors d'un afflux important de cas. Ces appuis permettent d'augmenter temporairement les capacités

opérationnelles des structures sanitaires afin de faire face à une situation d'urgence sans modifier durablement leur organisation (Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021**).**

Selon les besoins identifiés, le soutien porte enfin sur la mise à disposition ou la réparation d'équipements essentiels, tels que les ambulances ou d'autres matériels nécessaires à la réponse sanitaire. Toutefois, l'ensemble de ces appuis demeure conditionné par les résultats des évaluations rapides réalisées sur le terrain ainsi que par les activités prévues dans le cadre des projets financés (Consortium COOPI, ALIMA, & PUI, 2021).

Cette capacité de mobilisation rapide illustre le rôle complémentaire du RRM Santé-Nutrition dans le système de santé nigérien. Le mécanisme ne se substitue pas aux structures sanitaires ni aux districts sanitaires, mais apporte un soutien ponctuel permettant de renforcer leur capacité de réponse face aux situations de crise. En apportant rapidement des ressources logistiques, matérielles et techniques adaptées aux besoins identifiés, le RRM contribue à limiter les interruptions de services essentiels et à maintenir la continuité de la prise en charge des populations affectées.

Cette analyse est également corroborée par les propos d'un acteur de terrain interrogé lors des entretiens : « *Parfois, le RRM apporte un appui technique ou sous forme d'intrants. Cela peut consister aussi à payer les primes des personnels additionnels que le système de santé peut recruter pour faire face à une situation d'urgence humanitaire ou la prise en charge des agents de santé participants aux sorties mobiles* ».

Ainsi, le RRM Santé-Nutrition constitue un mécanisme flexible permettant d'apporter une réponse adaptée aux besoins immédiats des populations affectées par les crises humanitaires. Sa valeur ajoutée repose sur sa capacité à mobiliser rapidement des ressources et à soutenir les acteurs sanitaires existants dans des contextes où les contraintes sécuritaires, logistiques et sanitaires limitent la capacité de réponse du système de santé.

II.2. Mécanismes de gouvernance, coordination et complémentarité

Le PDSS 2022-2026 du Niger en son point 6.1 met en évidence des insuffisances relatives à la coordination du système de santé, à l'alignement des partenaires ainsi qu'à la prévisibilité du financement (Ministère de la Santé publique du Niger, 2022). Dans ce contexte, l'articulation entre les interventions du RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien constitue un enjeu majeur afin d'assurer une réponse efficace aux urgences tout en contribuant au renforcement du système de santé.

L'articulation entre ces deux dispositifs repose sur une complémentarité entre les missions régaliennes du système de santé et les interventions spécifiques du RRM Santé-Nutrition. D'une

part, le système de santé assure les activités de routine conformément aux orientations nationales définies dans le PDSS. D'autre part, le RRM Santé-Nutrition met en œuvre des interventions ciblées destinées à répondre rapidement aux besoins des populations affectées par les crises humanitaires. L'enjeu n'est donc pas uniquement de coordonner deux dispositifs distincts, mais de favoriser une complémentarité permettant d'améliorer la réponse sanitaire globale.

Cette articulation repose avant tout sur des mécanismes de coordination clairement définis. La coexistence d'acteurs aux mandats parfois différents autorités sanitaires, ONG nationales et internationales, agences des Nations Unies et partenaires techniques et financiers nécessite une clarification des rôles et des responsabilités de chacun. La coordination ne consiste pas uniquement à répartir les activités entre les partenaires ; elle implique également de définir les mécanismes de prise de décision, les responsabilités en matière de suivi-évaluation, les circuits de redevabilité ainsi que les modalités de partage de l'information (AKL et al., 2015 ; Lokot et al., 2022 ; Jarrett et al., 2021).

Au-delà de la coordination opérationnelle, une véritable synergie est indispensable entre les interventions du RRM Santé-Nutrition et les priorités nationales afin de favoriser une réponse humanitaire cohérente avec le renforcement du système de santé (OMS, 2007 ; Jarrett et al., 2021). Bien que les organisations mettant en œuvre le RRM Santé-Nutrition répondent aux exigences des bailleurs de fonds, leurs activités contribuent également à l'atteinte des objectifs du Plan de Développement Sanitaire et Social (Ministère de la Santé Publique du Niger, 2022). Cette convergence constitue un levier important pour améliorer la cohérence et la complémentarité des interventions et renforcer leur contribution au fonctionnement du système de santé dans les contextes de crise (Akl et al., 2015).

Cette complémentarité repose également sur une collaboration étroite entre les différents acteurs impliqués. Celle-ci concerne aussi bien les relations entre les ONG et les autorités sanitaires que la coopération entre les différentes organisations mettant en œuvre le RRM. Les supervisions conjointes réalisées avec les districts sanitaires, les Directions Régionales de la Santé et les partenaires techniques contribuent l'harmonisation des pratiques, le partage des informations et l'amélioration continue de la qualité des interventions (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020 ; OMS, 2025 ; OMS 2023).

Comme l'a souligné un informateur clé interrogé dans le cadre de cette recherche : « *Le RRM Santé-Nutrition s'intègre dans le système de santé de manière complémentaire et subsidiaire…* ». Il précise également que « *il existe des mécanismes formalisés de coordination entre le RRM et les autorités sanitaires. Cette coordination s'appuie notamment sur les cadres existants tels*

que les clusters sectoriels et le comité One Health, qui constituent des espaces de concertation, de planification et de suivi des interventions ».

Cependant, l'analyse met en évidence une réalité plus nuancée. En pratique, les organisations mettant en œuvre le RRM Santé-Nutrition disposent d'une autonomie opérationnelle importante. Elles bénéficient de financements spécifiques, recrutent leurs équipes, mobilisent leurs moyens logistiques et organisent leurs activités selon les exigences des bailleurs. Cette autonomie peut, à première vue, donner l'impression d'un fonctionnement parallèle au système public de santé.

Toutefois, cette autonomie opérationnelle ne signifie pas que le RRM Santé-Nutrition évolue indépendamment du système de santé. Les interventions sont généralement mises en œuvre en collaboration avec les autorités sanitaires, les données produites contribuent au Système National d'Information Sanitaire, les mécanismes de référencement reposent sur les structures publiques existantes et les activités de supervision sont souvent réalisées conjointement avec les responsables sanitaires (Consortium COOPI, ALIMA, & PUI ; 2021).

Le RRM Santé-Nutrition fonctionne ainsi selon une logique opérationnelle propre tout en demeurant institutionnellement articulé et cohérent au système de santé. Il ne constitue donc ni une intégration complète ni un dispositif totalement parallèle, mais plutôt un mécanisme hybride dont le niveau d'intégration dépend de la qualité des mécanismes de coordination et de gouvernance mis en place.

Cette situation soulève plusieurs interrogations importantes. La première concerne la durabilité financière des interventions. Les projets RRM Santé-Nutrition reposent principalement sur des financements internationaux limités dans le temps. À l'issue de ces financements, la poursuite des activités dépendra de la capacité du système de santé national à mobiliser les ressources nécessaires pour maintenir certains acquis.

Une deuxième interrogation porte sur l'alignement des interventions avec les priorités nationales. Les activités du RRM Santé-Nutrition sont-elles principalement définies par les besoins exprimés par les autorités sanitaires ou répondent-elles avant tout aux priorités programmatiques des bailleurs de fonds ? Si les priorités sont essentiellement dictées par les financements extérieurs, il existe un risque que l'État, faute de ressources suffisantes, soit conduit à adapter ses priorités aux projets disponibles plutôt que l'inverse.

Enfin, l'ancrage institutionnel constitue probablement l'un des déterminants majeurs de la pérennité des interventions (Schell, 2013 ; Shelton, 2018 ; Word Bank, 2017). La question centrale demeure celle du niveau institutionnel auquel les projets RRM doivent être rattachés afin de favoriser leur appropriation par les autorités nationales et renforcer leur durabilité. Selon

que cet ancrage relève d'une direction centrale du ministère, d'une direction régionale de la santé, d'un district sanitaire ou d'un autre niveau de gouvernance, les perspectives de coordination, d'appropriation et de pérennisation peuvent être très différentes.

Ainsi, l'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien ne peut être appréhendée comme une simple juxtaposition d'interventions. Elle résulte d'un équilibre permanent entre autonomie opérationnelle et intégration institutionnelle. Toute la question est alors de savoir dans quelle mesure cette autonomie contribue effectivement au renforcement du système de santé ou, au contraire, risque de favoriser le développement progressif d'un système parallèle fortement dépendant des financements humanitaires. Cette tension constitue un enjeu majeur de gouvernance et de durabilité qui mérite d'être discuté au regard des résultats de cette recherche.

PARTIE III : Défis et limites structurels et opérationnels

L'analyse des interventions du RRM Santé-Nutrition montre que leur articulation avec le système de santé nigérien ne se limite pas à une simple complémentarité opérationnelle. Si ces interventions contribuent à améliorer l'accès aux soins, à renforcer temporairement les capacités des ressources humaines et à soutenir la réponse aux urgences sanitaires, leur mise en œuvre soulève également plusieurs défis susceptibles d'influencer leur efficacité, leur appropriation institutionnelle et leur pérennité. Ces défis concernent notamment la gouvernance des interventions, la coordination des acteurs, l'alignement avec les priorités nationales, la dépendance aux financements extérieurs, l'ancrage institutionnel ainsi que la durabilité des acquis.

III.1. Défis et limites structurels

III.1.1. Dépendance aux financements humanitaires et à la durabilité des interventions

Le financement constitue l'un des principaux défis de l'articulation entre les interventions du RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien. Au-delà de la disponibilité immédiate des ressources, cette problématique soulève la question de la continuité des interventions après la fin des projets et de leur capacité à produire des effets durables sur le système de santé.

Les interventions du RRM Santé-Nutrition sont principalement financées par des partenaires techniques et financiers internationaux **(**Consortium COOPI, ALIMA, & PUI, 2021 **;** COOPI, 2021**).** Cette dépendance implique que les activités sont limitées à l'enveloppe octroyée et la durée des financements disponibles. À la fin du projet, les organisations se retirent

progressivement de leurs zones d'intervention, laissant au système de santé la responsabilité d'assurer la continuité des services le plus souvent sans préparation préalable.

Ce constat est appuyé par un partenaire technique et financier qui disait en ces termes « *Le RRM est soutenu dans la quasi-totalité des cas par les financements extérieurs. En dépit de plusieurs efforts et tentatives de mise en place des fonds domestiques pour initier une amorce d'appropriation, aucune réaction majeure des autorités locales encore moins des Gouvernements n'a été enregistrée* ».

Cette situation soulève plusieurs interrogations. Que deviennent les populations ayant bénéficié de prestations gratuites lorsque le projet prend fin ? Comment le système de santé absorbe-t-il cette transition ? Les structures sanitaires disposent-elles des ressources nécessaires pour maintenir le niveau de services précédemment offert par le RRM Santé-Nutrition ?

L'un des principaux risques concerne la rupture de la continuité des soins. Pendant la durée du projet, toutes les prestations sont offertes gratuitement aux bénéficiaires (Consortium COOPI, ALIMA, & PUI, 2021). À la fin des interventions, les patients sont orientés vers les structures sanitaires habituelles, où certaines prestations redeviennent payantes conformément au fonctionnement du système national de santé (Ministère de la Santé Publique du Niger, 2022). Cette transition peut entraîner une diminution du recours aux soins, notamment parmi les populations les plus vulnérables, qui avaient pris l'habitude de bénéficier d'une prise en charge gratuite. Dans ce sens, le RRM n'a pas vocation de se substituer à l'état national qui devrait préparer la relève pendant que le RRM assure les premiers soins.

Cette analyse est corroborée par les propos recueillis auprès des informateurs clés. Un partenaire technique et financier souligne que : « *La période Post-RRM se présente le plus souvent sans provision solide devant garantir le maintien de la qualité de l'offre des soins et services de santé aux populations du fait de la reprise en main des interventions par les partenaires de proximité et par l'État.* ». De son côté, un responsable d'une structure sanitaire affirme qu'« *…il existe un risque de vide opérationnel si aucun acteur ne prend le relais, ce qui peut entraîner une dégradation rapide de la situation sanitaire* ».

Par ailleurs, la fin des interventions peut modifier l'organisation habituelle de l'offre de soins. Durant la mise en œuvre du projet, une partie importante des patients est pris en charge par les cliniques mobiles du RRM. Une fois le projet terminé, ces patients reviennent vers les structures sanitaires publiques, qui doivent absorber une demande supplémentaire sans que leurs ressources humaines, financières ou matérielles n'aient nécessairement été renforcées (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020 ; Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021). Cette évolution est

susceptible d'exercer une pression supplémentaire sur un système de santé déjà confronté à d'importantes contraintes.

Au-delà de la question financière, ce défi interroge également la capacité du système de santé à assurer la pérennité des acquis du RRM Santé-Nutrition. La continuité des activités, le maintien des services, la prise en charge des populations et l'intégration des mécanismes développés pendant les interventions constituent autant d'enjeux qui conditionnent la durabilité des effets du projet après le retrait des partenaires humanitaires.

Ainsi, le financement ne constitue pas uniquement une question de mobilisation des ressources. Il représente également un enjeu majeur de transition entre une réponse humanitaire temporaire et la capacité du système de santé à assurer durablement les services auparavant soutenus par le RRM Santé-Nutrition.

III.1.2. Verticalisation des interventions et risque de fragmentation du système de santé

La mise en œuvre des interventions du RRM Santé-Nutrition peut également soulever la question de la verticalisation des activités. Bien que les projets s'inscrivent dans une logique d'appui au système de santé, ils fonctionnent selon des modalités organisationnelles spécifiques, avec des ressources humaines, des financements et des procédures propres **(**Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021 ; COOPI, 2021).

Dans ce contexte, certaines activités peuvent être perçues comme venant se superposer au fonctionnement habituel du système de santé. Il ne s'agit pas nécessairement d'un système parallèle au sens strict, mais d'un dispositif spécifique qui intervient temporairement au sein d'un système déjà existant.

Cette organisation peut entraîner plusieurs conséquences. L'une d'elles concerne les mécanismes de motivation mis en place dans le cadre des projets. Les agents de santé impliqués dans les activités du RRM Santé-Nutrition peuvent bénéficier de certaines formes d'appui ou de motivation liées au projet. Ces avantages, bien que justifiés dans le cadre des interventions d'urgence, peuvent créer des différences avec les autres structures ou les autres professionnels qui ne bénéficient pas des mêmes dispositifs **(**Pavignani et al., 2013, Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021)**.**

À long terme, cette situation est susceptible de générer des tensions entre les structures appuyées par le projet et celles qui ne le sont pas. Elle peut également contribuer à une fragmentation progressive de l'organisation des services, notamment lorsque certaines activités deviennent fortement dépendantes des financements humanitaires ou des mécanismes spécifiques mis en place par les partenaires (OMS, 2007 ; Atun et al., 2010).

La question centrale n'est donc pas de savoir si le RRM Santé-Nutrition crée un système parallèle, mais plutôt d'évaluer dans quelle mesure les modalités de fonctionnement propres au projet peuvent influencer l'organisation, l'équilibre et la cohérence du système de santé existant.

III.1.3. Défis d'ancrage institutionnel et de durabilité

L'ancrage institutionnel constitue probablement l'un des déterminants majeurs de la durabilité des interventions. La question centrale n'est pas uniquement de savoir si les projets sont coordonnés avec le système de santé, mais également à quel niveau institutionnel ils sont intégrés.

Le rattachement des interventions à une direction centrale du ministère, à une direction régionale de la Santé ou à un district sanitaire n'est pas neutre. Chaque niveau de gouvernance présente des avantages et des limites en matière de leadership, de coordination, d'appropriation institutionnelle et de continuité des interventions. Au niveau opérationnel, par exemple, le RRM Santé Nutrition repose sur le réseau national des agents de santé communautaire (ASC) pour garantir la surveillance épidémiologique, le référencement des cas graves et la sensibilisation des populations (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020). À ce niveau, le défi réside dans la capacité des ASC à accomplir pleinement leurs missions, notamment en ce qui concerne la collecte de données précises, la communication efficace avec les communautés et la gestion des cas identifiés.

Un ancrage institutionnel solide favorise l'appropriation des projets par les autorités nationales, facilite leur intégration dans les politiques publiques et augmente les probabilités de maintenir les acquis après le retrait des partenaires techniques et financiers (OMS, 2007).

À l'inverse, un ancrage insuffisamment institutionnalisé expose les interventions à une forte dépendance vis-à-vis des personnes, des financements ou des structures temporaires, avec un risque accru de disparition des acquis à la fin des projets (Atun et al., 2009).

III.1.4. Défis liés à l'alignement des interventions avec les priorités nationales

Au-delà de l'intégration institutionnelle, un autre défi structurel concerne l'alignement des interventions du RRM Santé-Nutrition avec les priorités nationales de santé. En théorie, les projets sont développés pour contribuer à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) ainsi qu'à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable. Toutefois, les organisations mettant en œuvre le RRM Santé-Nutrition restent avant tout redevables envers les bailleurs de fonds, qui définissent les orientations stratégiques, les indicateurs de

performance, les modalités de financement et les exigences de reporting (Groupe RRM Santé-Nutrition Niger, 2020 ; Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021 ; COOPI, 2021).

Cette double redevabilité soulève une question fondamentale de gouvernance : les priorités opérationnelles du RRM sont-elles principalement déterminées par les besoins identifiés par le système de santé nigérien ou par les exigences programmatiques des bailleurs internationaux ? Dans un contexte où les capacités financières de l'État demeurent limitées, cette situation peut progressivement déplacer le centre de décision stratégique vers les partenaires extérieurs, au risque d'affaiblir le leadership national dans la définition des priorités sanitaires (Pavignani et al., 2013 ; Jarrett et al., 2021).

Cette interrogation s'inscrit dans un débat largement documenté en santé mondiale autour de l'appropriation nationale (*country ownership*) et de l'alignement des partenaires sur les politiques publiques nationales (OECD, 2011 ; OMS, 2016).

III.1.5. Dépendance aux acteurs internationaux

Dans la pratique, la mise en œuvre du RRM Santé-Nutrition repose largement sur l'intervention des organisations humanitaires et sur des financements extérieurs, qui contribuent à la planification, à la mobilisation des ressources et à la conduite des activités dans les zones affectées par les crises (Groupe RRM Santé-Nutrition Niger, 2020 ; Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021). Cette configuration s'inscrit plus largement dans un système humanitaire international où les ressources et capacités des acteurs internationaux jouent un rôle important lorsque les capacités locales et nationales ne permettent pas, à elles seules, de répondre aux besoins des populations affectées (ALNAP, 2022).

Cette situation soulève une interrogation importante quant à la capacité du système de santé nigérien à poursuivre ces interventions. Si les acteurs internationaux se retiraient, les structures nationales disposeraient-elles des capacités suffisantes, notamment en termes de compétences techniques, de ressources humaines et de moyens opérationnels, pour assurer efficacement la mise en œuvre des interventions RRM ?

Cette dépendance soulève des interrogations importantes concernant l'appropriation nationale des mécanismes développés dans le cadre du RRM Santé-Nutrition. En effet, lorsque les interventions reposent principalement sur des capacités externes, le défi consiste à garantir une implication suffisante des institutions nationales afin que les approches développées puissent être progressivement intégrées dans les dispositifs existants (Pavignani et al., 2013 ; Jarrett et al., 2021 ; Atun et al., 2009).

Cette question est d'autant plus importante que les besoins humanitaires persistent dans plusieurs régions du pays (OCHA, 2025a).

Au-delà de la dépendance opérationnelle, cette réalité interroge également les relations entre les bailleurs de fonds, les organisations de mise en œuvre et les institutions nationales. Les partenaires financiers disposent généralement de leurs propres priorités, calendriers de financement, indicateurs de performance et exigences en matière de redevabilité. Le défi consiste donc à maintenir un équilibre entre les exigences des bailleurs et les priorités définies par les autorités sanitaires nationales (Pavignani et al., 2013).

Ainsi, la dépendance aux partenaires internationaux apparaît comme un défi majeur pour la durabilité des interventions, mais également pour l'appropriation nationale et le renforcement progressif des capacités du système de santé.

III.1.6. Défis liés à l'autonomie opérationnelle du RRM et enjeux d'intégration au système de santé nigérien

L'analyse réalisée dans le cadre de cette recherche met en évidence une caractéristique majeure de l'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien. Les organisations mettant en œuvre le RRM disposent de procédures opérationnelles, de mécanismes de gestion et de modalités d'intervention spécifiques leur permettant de répondre rapidement aux situations de crise (Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2020 ; COOPI, 2021). À première vue, ces caractéristiques peuvent laisser penser à l'existence d'un système parallèle de prestation des services de santé.

Toutefois, cette autonomie ne signifie pas que le RRM fonctionne indépendamment du système de santé. Les interventions sont mises en œuvre en coordination avec les autorités sanitaires, les données produites alimentent le Système National d'Information Sanitaire, les mécanismes de référencement s'appuient sur les structures publiques existantes et les supervisions sont fréquemment réalisées conjointement avec les districts sanitaires et les Directions Régionales de la Santé (Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2020 ; COOPI, 2021).

Le RRM Santé-Nutrition apparaît ainsi comme un dispositif hybride, situé à l'interface entre un système humanitaire disposant de ses propres mécanismes de fonctionnement et un système de santé national auquel il demeure étroitement connecté. Cette double appartenance soulève une interrogation majeure : dans quelle mesure l'autonomie opérationnelle du RRM contribue-t-elle au renforcement du système de santé, et à partir de quel niveau risque-t-elle de favoriser une fragmentation des services ou l'émergence d'un dispositif parallèle ?

Cette réflexion s'inscrit dans les débats relatifs au Humanitarian–Development Nexus, qui visent à promouvoir des interventions humanitaires capables de répondre aux urgences tout en contribuant au renforcement durable des systèmes nationaux de santé (OCDE, 2019 ; OMS, 2016).

III.2. Défis et limites opérationnelles

III.2.1. Limites liées aux ressources humaines en santé

Les ressources humaines constituent également un défi majeur pour la mise en œuvre des interventions du RRM Santé-Nutrition. À l'instar du système de santé nigérien, les projets humanitaires sont confrontés à une insuffisance de personnel qualifié, particulièrement dans les zones les plus reculées où les contraintes sécuritaires et géographiques limitent davantage la disponibilité des professionnels de santé (Ministère de la Santé Publique du Niger, 2022). Au niveau mondial, cette problématique rejoint les défis identifiés concernant la disponibilité, la distribution et la fidélisation des ressources humaines en santé (OMS, 2016).

Dans plusieurs localités, certaines catégories de professionnels, notamment les sage-femmes ou les infirmiers qualifiés, sont insuffisamment représentées au sein des structures sanitaires (Ministère de la Santé Publique du Niger, 2022). Cette situation constitue une contrainte importante pour le déploiement rapide des équipes dans les zones d'intervention.

Cette problématique est également ressortie lors des entretiens réalisés auprès des acteurs impliqués dans la réponse. Comme l'a souligné un agent de santé : « *Le district sanitaire (...) fait face à un déficit de personnel (...). Même si le RRM permet de renforcer temporairement les équipes, cet appui ne règle pas de manière structurelle le problème du sous-effectif* ».

Afin de limiter ces difficultés, les organisations privilégient, dans la mesure du possible, le recrutement de personnel résidant déjà dans les zones concernées (Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021). Cette stratégie peut contribuer à réduire les contraintes liées au déploiement du personnel sur de longues distances et à faciliter l'intégration des équipes au sein des communautés bénéficiaires. Toutefois, cette stratégie présente une limite importante : la disponibilité locale de professionnels disposant des qualifications et de l'expérience nécessaires peut être insuffisante. Le recours prioritaire au personnel local peut ainsi se heurter à un déficit de compétences spécialisées nécessaires à la conduite d'interventions humanitaires en contexte d'urgence. En effet, travailler dans une situation d'urgence nécessite non seulement des compétences techniques, mais également une capacité d'adaptation, une réactivité importante et une aptitude à exercer dans des environnements particulièrement contraints.

Lorsque les ressources humaines sont disponibles, elles peuvent être mobilisées selon différentes modalités. Certains professionnels sont intégrés temporairement au sein des structures sanitaires dans le cadre d'un appui institutionnel, tandis que d'autres rejoignent directement les équipes mobiles du RRM Santé-Nutrition afin d'assurer les activités de prise en charge dans les différentes aires de santé (Consortium COOPI, ALIMA & PUI, 2021).

Ainsi, au-delà du nombre de professionnels disponibles, le défi réside également dans leur qualification, leur disponibilité et leur capacité à intervenir efficacement dans un contexte d'urgence. Bien que le RRM Santé-Nutrition permette de répondre temporairement aux besoins liés aux crises, il ne peut toutefois pas résoudre de manière structurelle les insuffisances chroniques du système de santé en matière de ressources humaines, car cela ne fait pas partie de son mandat.

III.2.2. Défis liés au système d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire constitue également un défi important dans l'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien. Les différentes évaluations du système de santé ainsi que les rapports nationaux soulignent régulièrement des insuffisances dans la qualité des données produites. Ces insuffisances concernent notamment les données manquantes, les erreurs de saisie et les doublons (Direction des Statistiques, Ministère de la Santé Publique du Niger,2023).

Dans le cadre du RRM Santé-Nutrition, la problématique des doublons est particulièrement cruciale. Bien que les acteurs du RRM soient tenus d'utiliser les supports de collecte de données fournis par les aires de santé pour que ces données soient restituées et prises en compte dans le SIS, des situations problématiques peuvent survenir (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020). Par exemple, un même patient peut être pris en charge dans un site de consultation du RRM, puis être orienté vers une structure de santé classique pour la poursuite de sa prise en charge. Si les deux structures enregistrent indépendamment ce patient comme un nouveau cas, celui-ci est alors comptabilisé deux fois dans le système d'information.

Cette situation peut entraîner une surestimation du nombre réel de cas pris en charge et affecter la qualité des données utilisées pour le suivi des activités, la planification des interventions et l'allocation des ressources. Elle complique également l'évaluation précise de la contribution respective du RRM Santé-Nutrition et des structures sanitaires classiques dans la prise en charge des populations (COOPI, 2022).

Ainsi, au-delà de la production des données, le principal défi réside dans la capacité à assurer leur qualité, leur harmonisation et leur intégration dans le système national d'information

sanitaire, afin de disposer d'informations fiables pour la prise de décision (Direction des Statistiques, Ministère de la Santé Publique du Niger,2023).

III.2.3. Limites liées à la temporalité des interventions

La temporalité des interventions constitue un défi important dans l'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien. Par nature, le RRM Santé Nutrition est conçu comme un mécanisme de réponse rapide destiné à apporter une assistance immédiate face à une urgence sanitaire, nutritionnelle ou humanitaire. Ses interventions sont donc limitées dans le temps et visent principalement à répondre à des besoins ponctuels identifiés lors des crises (Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020).

Cette logique d'intervention diffère toutefois de celle du système de santé, dont la mission repose sur la continuité et la permanence de l'offre de soins. Cette différence de temporalité peut créer des difficultés lors de la transition entre la phase d'urgence et le retour au fonctionnement habituel des structures sanitaires. Les expériences dans les contextes fragiles montrent en effet que les interventions humanitaires temporaires peuvent rencontrer des difficultés d'intégration et de continuité lorsqu'elles ne sont pas suffisamment articulées avec les dispositifs nationaux existants (Kruk et al., 2015).

En effet, certaines activités mises en œuvre dans le cadre du RRM prennent fin lorsque les critères de sortie du projet sont atteints, alors que les besoins sanitaires peuvent persister au-delà de cette période. Les populations continuent de nécessiter des soins, de suivi nutritionnel ou d'un accompagnement communautaire, tandis que les ressources mobilisées dans le cadre de l'urgence ne sont plus disponibles **(**Groupe RRM Santé-Nutrition, 2020 ; OCHA, 2025a).

Cette situation soulève ainsi la question de la continuité des interventions et de la capacité du système de santé à assurer le relais après le retrait des équipes du RRM Santé-Nutrition. Elle interroge également les modalités de transfert des acquis, des compétences et des activités vers les structures sanitaires afin de garantir la poursuite des services au bénéfice des populations.

III.2.4. Défis liés à la logistique, la sécurité et aux difficultés d'accès

Les contraintes logistiques et sécuritaires constituent un autre défi majeur pour la mise en œuvre des interventions du RRM Santé-Nutrition au Niger. Depuis plusieurs années, le pays est confronté à une dégradation du contexte sécuritaire, caractérisée par la présence de zones affectées par l'insécurité, ce qui limite considérablement l'accès humanitaire à certaines populations (OCHA, 2025b).

Les régions de Tillabéri, Diffa et certaines zones de Tahoua concentrent à la fois des niveaux élevés de vulnérabilité, des déplacements de populations et des contraintes importantes d'accès humanitaire (OCHA, 2025a ; OCHA, 2025b). Cette situation crée un décalage entre l'ampleur des besoins et les possibilités d'intervention des acteurs humanitaires.

Dans certaines situations, malgré l'identification de besoins importants, l'accès des organisations humanitaires à certaines localités peut être limité par les contraintes sécuritaires et administratives. La persistance des activités des groupes armés non étatiques, les incidents de criminalité et la présence d'engins explosifs improvisés sur certains axes routiers limitent les mouvements du personnel humanitaire. Les procédures d'autorisation des mouvements, les restrictions de déplacement et l'imposition d'escortes armées dans certaines zones influencent également les conditions d'intervention et peuvent réduire la fréquence des missions ainsi que l'accès à certaines localités (OCHA, 2025b). Ainsi, des populations ayant des besoins importants peuvent temporairement rester sans assistance, en raison des contraintes d'accès liées au contexte sécuritaire et opérationnel.

Ces difficultés d'accès contribuent également à accentuer les inégalités territoriales. Les zones qui concentrent les niveaux les plus élevés de besoins humanitaires sont également celles où les contraintes d'accès sont considérées comme les plus importantes, notamment à Tillabéri, Diffa et dans certaines zones de Tahoua (OCHA, 2025a ; OCHA, 2025b). Cette situation limite la couverture géographique des interventions et complique l'objectif d'assurer un accès équitable aux soins pour l'ensemble des populations concernées.

Au-delà des contraintes sécuritaires, les conditions logistiques représentent également un défi opérationnel. La dégradation des infrastructures routières, les longues distances à parcourir, les difficultés de transport ainsi que les perturbations des chaînes d'approvisionnement peuvent limiter la capacité des équipes à rejoindre rapidement certaines localités et à maintenir des interventions régulières (OCHA, 2025b ; COOPI, 2021). Dans plusieurs zones, l'accès dépend fortement des conditions du terrain, qui peuvent varier selon les saisons ou les conditions climatiques.

Ces contraintes sont également confirmées par un acteur local interrogé lors des entretiens « *Les principales contraintes sont liées à l'insécurité (accès limité à certaines zones, escortes obligatoires), aux difficultés logistiques (état des routes, saison des pluies, approvisionnement), et à l'accès humanitaire. Il y a aussi des défis liés à l'acceptation communautaire dans certaines zones et à la mobilité des populations* ».

Par conséquent, la planification des interventions ne repose pas uniquement sur l'existence de besoins sanitaires. Elle doit également tenir compte des contraintes logistiques, sécuritaires et

géographiques, qui influencent directement la faisabilité des activités et la rapidité de la réponse.

III.2.5. Défis liés à la coordination multi-acteurs

L'un des premiers défis réside dans la coordination d'un nombre important d'acteurs intervenant simultanément dans les mêmes espaces sanitaires. Les interventions du RRM Santé-Nutrition mobilisent généralement plusieurs organisations non gouvernementales internationales, les Directions Régionales de la Santé, les districts sanitaires (DS), les Centres de Santé Intégrés (CSI), les cases de santé ainsi que les relais communautaires (Groupe RRM Santé-Nutrition Niger, 2020). Cette diversité constitue une richesse en termes de compétences et de ressources, mais elle complexifie également la gouvernance des interventions.

Dans les contextes humanitaires complexes, la multiplication des acteurs peut rendre nécessaire la mise en place de mécanismes solides de coordination afin d'éviter les chevauchements, améliorer la complémentarité et favoriser l'utilisation optimale des ressources disponibles (OCHA, 2019).

Dans un tel contexte, la coordination dépasse largement la simple répartition des activités. Elle suppose une clarification préalable des rôles et des responsabilités, la définition de mécanismes communs de prise de décision, la mise en place de dispositifs de suivi-évaluation harmonisés, des circuits de redevabilité clairement établis ainsi que des systèmes de partage de l'information entre les partenaires (Akl et al., 2015 ; Jarrett et al., 2021). À défaut, le risque est celui d'une fragmentation des interventions, caractérisée par des chevauchements d'activités, des duplications de ressources, voire des incohérences dans les modalités de prise en charge des populations (Atun et al., 2010).

Cette réflexion conduit à s'interroger sur l'efficacité des plateformes de coordination existantes. Les mécanismes actuellement mis en place permettent-ils réellement d'assurer une coordination stratégique entre l'ensemble des partenaires ou répondent-ils essentiellement à des exigences administratives et de redevabilité envers les bailleurs ? Les recommandations formulées au cours des réunions de coordination sont-elles effectivement intégrées dans les décisions des autorités sanitaires ou demeurent-elles principalement utilisées dans le cadre du suivi interne des projets ?

III.2.6. Défis liés à l'équilibre entre standardisation versus adaptation contextuelle

Les interventions du RRM reposent sur des procédures relativement standardisées afin de garantir une réponse rapide et harmonisée (Groupe RRM santé-nutrition Niger, 2020).

Toutefois, les réalités rencontrées sur le terrain varient considérablement selon les régions, les contextes sécuritaires, les caractéristiques des populations et les capacités des structures sanitaires.

Dans ce cadre, chaque zone d'intervention présente des spécificités qui nécessitent une adaptation des modalités de mise en œuvre. Les besoins sanitaires, les contraintes d'accès, les ressources disponibles et les dynamiques communautaires peuvent différer largement d'une localité à une autre. Il est donc essentiel que chaque acteur adapte ses approches aux réalités du terrain, tout en s'efforçant de respecter les normes standardisées, ce qui peut garantir un suivi cohérent et une collecte de données fiables.

Le principal défi consiste donc à maintenir un cadre d'intervention suffisamment standardisé pour assurer la qualité et la cohérence des activités, tout en laissant aux équipes la flexibilité nécessaire pour répondre efficacement aux besoins locaux. Cette tension entre harmonisation des procédures et flexibilité opérationnelle représente un enjeu majeur pour les mécanismes de réponse rapide. Elle s'inscrit dans les principes de résilience des systèmes de santé, qui soulignent l'importance de capacités d'adaptation face aux crises tout en préservant les fonctions essentielles du système (Kruk et al., 2015).

Ainsi, la capacité d'adaptation se révèle être un élément clé de l'efficacité opérationnelle du RRM dans des contextes humanitaires en constante évolution.

III.2.7. Défis liés à la qualité des soins dans le contexte d'urgence

L'un des principaux objectifs du RRM Santé-Nutrition est d'apporter une réponse rapide aux besoins des populations affectées par une crise. Toutefois, cette exigence de rapidité peut parfois entrer en tension avec les exigences habituelles en matière de qualité des soins.

Les équipes interviennent souvent dans des contextes marqués par des contraintes logistiques, sécuritaires et organisationnelles importantes. Elles doivent mettre en place des dispositifs de prise en charge dans des délais très courts, parfois dans des infrastructures temporaires ou dans des zones où les ressources disponibles sont limitées. Ces conditions peuvent représenter un défi pour le maintien des standards de qualité attendus dans l'organisation et la prestation des services de santé (OMS, 2019 ; Groupe RRM Santé-Nutrition Niger, 2020).

Dans ce contexte, le défi consiste à garantir que la rapidité de la réponse ne compromette pas la qualité des prestations offertes. Les protocoles de prise en charge, les mécanismes de supervision, la disponibilité des intrants ainsi que les compétences des équipes doivent permettre de maintenir des standards de qualité comparables à ceux attendus dans le système de santé (OMS, 2016).

L'enjeu est ainsi de concilier deux exigences parfois difficiles à équilibrer : répondre rapidement aux urgences tout en assurant des soins sûrs, efficaces et conformes aux recommandations nationales.

III.3. Autres limites de l'articulation

III.3.1. Limites liées à la faible appropriation communautaire

Bien que le RRM Santé-Nutrition s'appuie largement sur les relais communautaires et les structures locales, l'appropriation des interventions par les communautés demeure parfois limitée. Les activités sont généralement conçues dans un contexte d'urgence, où la priorité est de répondre rapidement aux besoins identifiés (Groupe RRM Santé-Nutrition au Niger, 2020). Cette exigence de rapidité laisse parfois peu de temps pour favoriser une implication approfondie des communautés dans les différentes étapes des interventions, notamment la planification, la mise en œuvre et l'évaluation.

Or, la participation communautaire constitue un élément essentiel de la durabilité des interventions. Une implication accrue des communautés favorise non seulement l'acceptabilité des actions mises en œuvre, mais également leur appropriation et leur continuité après le retrait des partenaires techniques et financiers (OMS, 2020).

Ainsi, l'une des limites du RRM Santé-Nutrition réside dans la difficulté à trouver un équilibre entre la rapidité imposée par les situations d'urgence et la nécessité d'associer davantage les communautés aux différentes étapes des interventions. Cette situation peut limiter l'appropriation locale des actions mises en œuvre et compromettre, à terme, la pérennisation des acquis au-delà de la période d'intervention humanitaire.

III.3.2. Limites liées à la gratuité des soins

La gratuité des prestations constitue l'une des principales stratégies utilisées par le RRM Santé-Nutrition pour améliorer l'accès aux soins des populations affectées par une crise. En supprimant les barrières financières, elle permet aux ménages les plus vulnérables de bénéficier rapidement des services de santé **(**Groupe RRM Santé-Nutrition au Niger, 2020**).** Ce constat est également ressorti des entretiens réalisés auprès des acteurs impliqués dans la réponse. Comme l'a souligné un responsable d'une structure sanitaire *:* « *L'approche RRM s'inscrit souvent dans une logique de gratuité des soins (...) »*

Toutefois, cette gratuité soulève plusieurs interrogations lorsque les interventions prennent fin. Les bénéficiaires ayant bénéficié gratuitement des services dans le cadre du projet peuvent rencontrer des difficultés lorsqu'ils sont réorientés vers les structures sanitaires habituelles, où

certaines prestations sont payantes (Ministère de la Santé Publique du Niger, 2022). Les expériences observées dans différents contextes de crise montrent que les mécanismes temporaires de gratuité peuvent générer des attentes importantes auprès des populations et nécessitent une stratégie claire de transition afin de prévenir une rupture dans l'accès aux soins. Cette situation peut entraîner une diminution du recours aux services de santé ou une incompréhension de la part des populations, qui ne perçoivent pas toujours les différences entre les prestations offertes dans le cadre du RRM Santé-Nutrition et celles proposées par le système de santé ordinaire. Ainsi, la principale limite ne réside pas dans le principe de la gratuité des soins, qui constitue une réponse essentielle pour les populations vulnérables en contexte de crise, mais dans la capacité à organiser une transition progressive vers les mécanismes habituels de financement des soins, tout en maintenant l'accès aux services pour les populations les plus vulnérables.

Conclusion générale

Les résultats de cette recherche montrent que l'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien ne peut être réduite à une simple question de coordination opérationnelle. Elle constitue un processus complexe impliquant des enjeux de gouvernance, de leadership institutionnel, de financement, d'alignement stratégique, d'appropriation nationale et de pérennisation des interventions.

L'analyse documentaire, complétée par les données issues des entretiens et leur triangulation, met en évidence les principaux axes d'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé. Le RRM Santé-Nutrition joue un rôle essentiel dans la réponse aux crises humanitaires en permettant une réponse rapide, le maintien de l'accès aux soins des populations affectées et un appui temporaire aux capacités des structures sanitaires. Toutefois, cette contribution demeure principalement complémentaire et limitée dans le temps. Les défis identifiés, notamment la dépendance aux financements extérieurs, les difficultés d'ancrage institutionnel, les contraintes opérationnelles et les limites liées à la durabilité des acquis, soulignent les tensions entre la logique d'urgence humanitaire et les exigences de renforcement durable du système de santé.

Ainsi, si le RRM apporte une valeur ajoutée dans la gestion des urgences sanitaires, son impact à long terme dépend de la capacité des différents acteurs à dépasser une logique de juxtaposition des interventions pour construire une véritable intégration institutionnelle, fondée sur les priorités nationales et portée par les autorités sanitaires nigériennes. Cela implique notamment de renforcer l'appropriation nationale, d'améliorer l'alignement des interventions avec les

politiques publiques de santé et d'anticiper les stratégies de transition permettant de préserver les acquis après le retrait des partenaires humanitaires.

Enfin, cette recherche a mis en évidence la relative pauvreté des documents et des travaux consacrés aux RRM Santé-Nutrition et à leur articulation avec les systèmes de santé. Elle ouvre ainsi la voie à d'autres études visant à approfondir cette articulation dans les pays confrontés à des crises prolongées. Le cas du Niger montre que, malgré les différents axes d'articulation identifiés, celle-ci demeure marquée par de nombreux défis et limites. En définitive, le RRM Santé-Nutrition apparaît comme un mécanisme indispensable dans les contextes de crise aiguë, mais son véritable potentiel de contribution au système de santé nigérien réside dans sa capacité à évoluer d'un dispositif principalement orienté vers la réponse d'urgence vers un levier complémentaire de renforcement durable des capacités nationales.

Références bibliographiques

ACTED. (2017, 26 juin). *Premier déclenchement du mécanisme de réponse rapide (RRM) à Diffa, entre crise sécuritaire et déplacement de populations*. ACTED – Premier déclenchement du RRM à Diffa

Akl, E. A., El-Jardali, F., Bou Karroum, L., El-Eid, J., Brax, H., Akik, C., Osman, M., Hassan, G., Itani, M., Farha, A., Pottie, K., & Oliver, S. (2015). *Effectiveness of mechanisms and models of coordination between organizations, agencies and bodies providing or financing health services in humanitarian crises: A systematic review*. *PLoS ONE, 10*(9), e0137159. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137159.

Alima, COOPI, & ACF. (2020). *Cadre logique commun (ALIMA/COOPI/ACF)* [Document de projet]. Groupe RRM Santé-Nutrition.

Alnap. (2022). *The State of the Humanitarian System 2022*. ALNAP/ODI. https://www.alnap.org/our-topical-work/state-of-the-humanitarian-system

Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2009). *Integration of targeted health interventions into health systems: A conceptual framework for analysis*. *Health Policy, 93*(2–3), 185–196. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.07.012

Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2010). *Integration of targeted health interventions into health systems: A conceptual framework for analysis*. *Health Policy and Planning, 25*(2), 104–111. https://doi.org/10.1093/heapol/czp055

Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management, 6*(8), 431–435. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.97

Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies. (2023). *Niger : Aperçu des besoins humanitaires – Janvier 2023*. https://www.unocha.org/publications/report/niger/niger-apercu-des-besoins-humanitaires-2023-janvier-2023

Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies. (2024). *Niger – Aperçu des besoins et plan de réponse humanitaire : Cluster Nutrition*. https://www.unocha.org/publications/report/niger/niger-aper%C3%A7u-des-besoins-et-plan-de-r%C3%A9ponse-humanitaire-cluster-nutrition-march-2024

Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies. (2026). *Niger : Besoins humanitaires et plan de réponse 2026 (Humanitarian Needs and Response Plan – HNRP 2026).*

Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA). (2025a). *Niger : Besoins humanitaires et plan de réponse (février 2025).* https://www.unocha.org/publications/report/niger/niger-besoins-humanitaires-et-plan-de-reponse-fevrier-2025

Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA). (2025b). *Rapport annuel sur les contraintes d'accès humanitaire au Niger : Année 2025*. OCHA.

Cluster Santé Niger. (2026, 9 avril). *Bulletin mensuel du Cluster Santé – N°1*. Organisation mondiale de la Santé. https://healthcluster.who.int/countries-and-regions/niger.

Cluster Santé Niger. (2026, 17 juillet). *Bulletin mensuel du Cluster Santé – N° 3*. ReliefWeb. https://reliefweb.int/report/niger/niger-bulletin-mensuel-du-cluster-sante-ndeg3-du-17-juillet-2026

Comité international de la Croix-Rouge. (2022, 10 février). *Après dix ans de violences armées au Sahel, il est encore temps de faire preuve d'humanité* [Déclaration]. https://www.icrc.org/fr/document/apres-dix-ans-de-violences-armees-au-sahel-il-est-encore-temps-de-faire-preuve-dhumanite

Consortium COOPI, ALIMA, & PUI. (2021). *Rapport narratif final du projet : Réponse aux besoins en soins de santé primaires et en santé mentale des populations touchées par la crise dans les régions de Tillabéri et de Tahoua (à la frontière entre le Mali et le Burkina Faso) au Niger, par le biais d'un mécanisme de réponse rapide (RRM) et d'un appui aux services existants.*

Consortium COOPI, ALIMA, & PUI. (2021). *Réponse aux besoins en soins de santé primaires et en santé mentale des populations affectées par la crise dans les régions de Tillabéri et de Tahoua (zones frontalières du Mali et du Burkina Faso) à travers un mécanisme de réponse rapide (RRM) et un appui aux services existants – Phase 3 : Description technique du projet*. Projet financé par l'USAID Bureau for Humanitarian Assistance (BHA).

Cooperazione Internazionale (COOPI). (2021). *Réponse d'urgence (RRM) aux besoins en soins de santé, nutrition et soutien psychosocial des populations vulnérables, déplacées et d'accueil dans les régions touchées par les conflits au Niger : Single Form 2021.*

Cooperazione Internazionale (COOPI). (2022). *Rapport d'évaluation de l'efficacité et de l'efficience du projet « Réponse d'urgence (RRM) aux besoins en soins de santé, nutrition et soutien psychosocial des populations vulnérables, déplacées et d'accueil dans les régions touchées par les conflits au Niger » (ECHO/-AF/BUD/2021/92035).*

Cooperazione Internazionale (COOPI). (2022). *Réponse d'urgence (RRM) aux besoins en soins de santé, nutrition et soutien psychosocial des populations vulnérables, déplacées et d'accueil dans les régions touchées par les conflits au Niger : Single Form 2022.*

Direction des Statistiques, Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires sociales du Niger. (2023). *Plan stratégique du Système national d'information sanitaire (SNIS) 2023–2026*. https://snis.ne/documents-du-snis

Groupe RRM Santé-Nutrition Niger. (2020). *Stratégie et mécanisme RRM Santé-Nutrition au Niger.*

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2022, 14 janvier). *La dernière décennie de conflits au Sahel a entraîné le déplacement de 2,5 millions de personnes*. https://www.unhcr.org/fr-fr/actualites/points-de-presse/la-derniere-decennie-de-conflits-au-sahel-entraine-le-deplacement-de-2

Institut National de la Statistique du Niger, & Direction de la Nutrition du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2025). *Enquête nutritionnelle nationale selon la méthodologie SMART/SENS, Niger 2025 : Rapport final*. https://data.unhcr.org/fr/documents/details/120669

Inter-agency Network for Education in Emergencies. (2009). *Réponse/intervention*. Glossaire de l'éducation en situation d'urgence. https://inee.org/fr/eie-glossary/reponseintervention

Inter-agency Network for Education in Emergencies. (2022). *Mécanisme de réponse rapide*. Glossaire de l'éducation en situation d'urgence. https://inee.org/fr/glossaire-ESU/mecanisme-de-reponse-rapide

Jarrett, P., Fozdar, Y., Abdelmagid, N., & Checchi, F. (2021). Healthcare governance during humanitarian responses: A survey of current practice among international humanitarian actors. *Conflict and Health, 15*, Article 25. https://doi.org/10.1186/s13031-021-00355-8

Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet, 385*(9980), 1910–1912. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3

Lokot, M., Bou-Orm, I., Zreik, T., Kik, N., Fuhr, D. C., El Masri, R., Meagher, K., Smith, J., Kosremelli Asmar, M., McKee, M., & Roberts, B. (2022). Health system governance in settings with conflict-affected populations: A systematic review. *Health Policy and Planning, 37*(5), 655–674. https://doi.org/10.1093/heapol/czac027

Ministère de la Santé publique, de la Population et des Affaires sociales de la République du Niger. (2022). *Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026 : Accélérer les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle*. Niamey, Niger.

https://extranet.who.int/cpcd/sites/default/files/public_file_repository/NER_Niger_Plan-de-Developpement-Sanitaire-et-Social_2022-2026.pdf

Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). (2012). *OCHA d'une seule voix : L'approche cluster*. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. https://www.unocha.org/publications/report/world/ocha-d-une-seule-voix-l-approche-cluster.

Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2019). *Humanitarian coordination: Principles and mechanisms*. https://www.unocha.org

Organisation de coopération et de développement économiques. (2011). *Busan partnership for effective development co-operation*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/dac/effectiveness/busanpartnership.htm

Organisation de coopération et de développement économiques. (2019). *DAC recommendation on the humanitarian-development-peace nexus*. OECD. https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-5019

Organisation mondiale de la Santé. (2000). *The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance*. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business---strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes

Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241549713

Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*.

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369

Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Quality, equity, dignity: Network for improving quality of care for maternal, newborn and child health*.

Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people*.

Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Quality of care in fragile, conflict-affected and vulnerable settings: Taking action*.

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Health systems for health security and resilience: Building a sustainable health emergency preparedness, response and resilience.*

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Rapport annuel d'activités 2021 de l'OMS Niger*. https://www.afro.who.int/fr/countries/niger/publication/rapport-annuel-dactivites-2021-de-loms-niger

Organisation mondiale de la Santé, & Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.*

Pavignani, E., Colombo, S., Bazerghi, C., & O'Neill, M. (2013). *Health systems in fragile states : An introduction*. World Health Organization. https://www.who.int/publications.

Programme des Nations Unies pour le développement. (2025). *Climat, paix et sécurité dans les contextes de stabilisation au Sahel*. PNUD. https://www.undp.org/fr/africa/waca/publications/climat-paix-et-securite-dans-les-contextes-de-stabilisation-au-sahel.

Santé Niger. (2024). *Le système national de santé au Niger : Défis, réalités et espoirs d'un avenir meilleur*. https://santeniger.com/le-systeme-national-de-sante-au-niger-defis-realites-et-espoirs-dun-avenir-meilleur/.

Schell, S. F., Luke, D. A., Schooley, M. W., Elliott, M. B., Herbers, S. H., Mueller, N. B., & Bunger, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability: A new framework. *Implementation Science, 8*, 15. https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-15

Shelton, R. C., Cooper, B. R., & Stirman, S. W. (2018). The sustainability of evidence-based interventions and practices in public health and health care. *Annual Review of Public Health, 39*, 55–76. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014731

UNICEF Niger. (2024). *Stratégie EAH–Nutrition au Niger*. https://knowledge.unicef.org/wash/resource/strategie-eah-nutrition-au-niger.

UNICEF Suisse. (2023, 11 août). *Niger : crise humanitaire dans la région du Sahel*. UNICEF Suisse.https://www.unicef.ch/fr/actualites/news/2023-08-11/niger-crise-humanitaire-dans-la-region-du-sahel.

Venturi, B., & Touré, N. A. (2020). *Levée du blocage sécuritaire : Défis et choix au Sahel*. Istituto Affari Internazionali (IAI) & Foundation for European Progressive Studies (FEPS). https://www.iai.it/sites/default/files/venturi_toure_fr.pdf

World Bank. (2017). *Governance and the law*. *World Development Report 2017*. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0950-7

World Bank. (2026). *Poverty and Inequality Platform: Niger country profile* (version 20260324_2021_01_02_PROD). https://pip.worldbank.org/country-profiles/NER

World Health Organization. (2023). *Development partners work together to follow country priorities and achieve the health-related Sustainable Development Goals*. https://www.who.int/news/item/19-01-2023-development-partners-work-together-follow-country-priorities-achieve-health-sdgs

World Health Organization. (2025). *Framework for health in the humanitarian-development-peace nexus in Africa*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240104556

Annexes

Annexe 1 : Tableau des seuils et modalités d'intervention

Tableau des seuil d'alerte et modalités d'intervention pour le RRM santé au Niger

Scénario	Facteur de risque	Seuil d'alerte	Seuil d'intervention	Critère d'intervention	Condition de sortie
Dégradation subite de la situation nutritionnelle	Mouvements de population	Nombre de nouveaux cas MAS à définir selon la zone d'intervention > 10% seuil d'alerte	15% seuil d'urgence de l'OMS	● Préparation à la réponse sous 7 jours après confirmation ; ● Réponse aux urgences : 8 semaines ; ● Fermeture ou passation : 4 semaines	< Au seuil d'alerte pendant 3 semaines consécutives
	Accès difficile aux services de santé	Toute épidémie (rougeole, paludisme et maladies diarrhéiques…) avec forte mortalité chez les < 5 ans > 4/10 000 hbts/J	Données ENR - base screening - (MUAC + Œdèmes) disponible : MAS : PB (<115mm°/Œdèmes:>3%		
	Pénuries alimentaires	Si MAS >2 - 5 % (P/T avec Z-score)	Données EN (P/T et Z-Score) disponible : MAS : P/T (< -3 Z-score) >3%		
	Absence d'eau salubre, hygiène défectueuse et assainissement	Informations contextuelles : zone de conflit, de catastrophes, d'épidémie			
	Insécurités alimentaires	Hausse des prix des denrées et indisponibilités, évolutions des prix de bétails (pouvoir d'achat de ménage)			
Méningite	Mouvements de population	1 cas probable et/ou confirmé dans une semaine	Pas d'épidémie pendant 3 ans et la couverture vaccinale <80 % ;	● Préparation à la réponse sous 7 jours ; ● Réponse aux urgences : 8 semaines ;	Dès la déclaration de la fin de l'épidémie par les autorités sanitaires
	Promiscuité	Cas suspect fièvre brutale et un ou plusieurs des signes suivants : raideur de la nuque, altération de la conscience.	-Le seuil d'alerte a été franchi au début de la saison sèche. -Population >30 000 : 5 cas pour 100 000 habitants par		

			semaine ou un groupe de cas dans une zone. -Population <30 000 : 2 cas en une semaine ou une augmentation du nombre de cas par rapport aux années sans épidémie précédentes.	● Fermeture ou passation : 4 semaines.	
	●Structure de Santé ne réalise même pas de vaccination de routine	1 cas confirmé ou notification d'un cas suspect : fièvre et éruption cutanée maculopapulaire non vésiculaire avec au moins un des signes suivants : toux, ou conjonctivite (yeux rouges), ou rhinite (écoulement nasal)	Seuil épidémique défini par le MoH par au moins 3 confirmés dans le mois dans un district.	● Préparation à la réponse sous 7 jours après confirmation ● Réponse aux urgences : 8 semaines ; ● Fermeture ou passation : 4 semaines.	

Rougeole	● Promiscuité ● Mouvements de population		● Une augmentation toujours croissante du nombre de cas et décès notifiés ; ● Nombre des centres de santé fonctionnels en PEV < à 50% ou en difficulté de fonctionnement dans la zone de santé ; ● Dernière campagne de vaccination de masse VAR datant d'au moins 3 ans (normalement campagne de suivi du MoH chaque après 3 ans) ; ● Absence des partenaires pour l'organisation d'une riposte ; ● Une létalité supérieure à 3% sur l'ensemble des cas dans la zone de santé		Dès la déclaration de la fin de l'épidémie par les autorités sanitaires
			1 cas dans un camp de déplacés/réfugiés	0	
Choléra	Absence d'eau salubre, hygiène défectueuse et assainissement médiocre	Notification d'un cas suspect : Apparition brutale d'une diarrhée aqueuse non douloureuse	● Un seul cas est une épidémie ● Une confirmation biologique par isolement du V.cholerae	● Préparation à la réponse sous 7 jours après confirmation	● Capacité locale à continuer la lutte contre la maladie (surveillance, RH et intrants disponibles)

	Promiscuité	Selles riziformes et vomissements susceptibles de provoquer une déshydratation rapide et grave.	● Létalité élevée ou égale à 1 % après évaluation ● Capacité de riposte locale minime ou faible face à la maladie ● Absence d'un partenaire dans la zone	● Réponse aux urgences : 8 semaines ● Fermeture ou passation : 4 semaines	● Annonce de la fin de l'épidémie par les autorités sanitaires.
Mouvement de population	Insécurités, conflits	≥ 50 ménages	En fonction de la MSA ou l'évaluation flash, selon les cas et décrivant une difficulté d'accès aux soins de santé.	● Préparation à la réponse sous 7 jours après confirmation ; ● Réponse aux urgences : 8 semaines ; ● Fermeture ou passation : 4 semaines	● Létalité liée aux principales maladies dans les structures appuyées acceptable (à définir en fonction des critères d'entrée) ; ● Bon contrôle des maladies à risque épidémique pour les personnes déplacées (et résidentes selon les cas) et pré-identifiées avant l'intervention ; ● Passation des activités à un autre partenaire ; ● Situation sécuritaire stabilisée
	Accès difficile aux services de santé	Décès des moins de 5 ans et des femmes enceintes >50% du total des décès	Poids démographique des déplacés entre 30% à 40% de la population autochtone		
	Pénuries alimentaires	Suspicion de maladie épidémique chez les déplacés	MAS (PB) > 3%		
	Promiscuité	Violences rapportées chez les déplacés	Violences rapportées chez les déplacés		
	Absence d'eau salubre, hygiène défectueuse et assainissement médiocre	Désertion des acteurs de santé	Désertion des acteurs de santé/ Fermeture du centre de santé		
	Insécurité, conflits	Pas de critères clairs pour ce cas précis, tout dépend de l'analyse contextuelle			

Afflux massif de blessés	Accès difficile aux services de santé	● Violences rapportées chez les déplacés ; ● Absence de partenaires intervenant dans le champ d'action ; ● Risque élevé d'insécurité des populations déplacées (tensions ethniques, présence de groupe armé...) ; ● Affrontements armés entre les groupes.	Réception de blessés par une structure sanitaires de la zone	● Préparation à la réponse sous 7 jours après confirmation ; ● Réponse aux urgences : 8 semaines ; ● Fermeture ou passation : 4 semaines.	En fonction du contexte et de l'évolution de la situation.
VBG	● Insécurités, conflits ; ● Accès difficile aux services de santé ; ● Déplacement de populations ; ● Promiscuité	Pas de critères clairs pour ce cas précis, tout dépend de l'analyse contextuelle	Réception de cas de VBG par une structure sanitaire de la zone	Kit PEP, Appui psycho-social	Pas de condition précise pour ce cas

Sources : Groupe RRM Santé-Nutrition Niger

Annexe 2 : Guides d'entretiens

- ✓ **Acteurs ONG**

Ce guide d'entretien destiné aux acteurs ONG/personnels RRM (terrain) vise à recueillir des données qualitatives sur l'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien dans les contextes de crise humanitaire aiguë.

Objectif : comprendre la mise en œuvre concrète

Questions :

1. Pouvez-vous décrire brièvement le fonctionnement du RRM dans votre zone d'intervention ?
2. Comment le RRM collabore-t-il avec les structures de santé locales ?
3. Le RRM agit-il en complément ou en parallèle du système de santé ?
4. En quoi le RRM améliore-t-il l'accès aux soins pour les populations ?
5. Quelles sont les principales contraintes rencontrées sur le terrain (sécurité, logistique, accès) ?
6. Comment la durée limitée des interventions affecte-t-elle la continuité des soins ?
7. Existe-t-il des chevauchements avec d'autres acteurs ?
8. Que se passe-t-il après la fin des interventions RRM dans une zone ?

- ✓ **Partenaires techniques et financiers**

Ce guide d'entretien destiné aux partenaires techniques et financiers vise à recueillir des données qualitatives sur l'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien dans les contextes de crise humanitaire aiguë.

Objectif : comprendre la logique stratégique et financière

Questions :

1. Quels sont les objectifs du RRM dans le secteur santé-nutrition ?
2. Comment évaluez-vous son articulation avec le système de santé national ?
3. Quels sont les principaux défis liés au financement du RRM ?
4. Comment concilier réponse d'urgence et renforcement durable du système de santé ?
5. Existe-t-il des mécanismes pour assurer la durabilité des interventions ?
6. Quels sont les risques de dépendance aux financements humanitaires ?
7. Quelles améliorations pourraient renforcer l'intégration du RRM ?

- ✓ **Responsables des structures sanitaires :**

Ce guide d'entretien destiné aux responsables sanitaires (district/ministère) vise à recueillir des données qualitatives sur l'articulation entre le RRM Santé-Nutrition et le système de santé nigérien dans les contextes de crise humanitaire aiguë.

Objectif : analyser l'intégration institutionnelle

Questions clés :

1. Comment le RRM s'intègre-t-il dans le système de santé nigérien ?
2. Existe-t-il des mécanismes formalisés de coordination avec les autorités sanitaires ?
3. Le RRM contribue-t-il au renforcement des capacités du système de santé ?
4. Observez-vous des duplications ou des incohérences dans les interventions ?
5. Dans quelle mesure les activités du RRM sont-elles alignées avec les politiques nationales ?
6. Les autorités locales s'approprient-elles les interventions du RRM ?
7. Quelles sont les principales limites structurelles de ce dispositif ?

<u>Annexe 3</u> : Quelques photos illustrant les interventions du RRM Santé-Nutrition au Niger

<u>Source : (</u>Cluster santé Niger, 2026)



Consultation curative, avec l'infirmière de la clinique mobile de l'ONG COOPI, à Dogon Tapki/Dan Kassari/ Dogon Doutchi 30/03/2026



Photos : Donation d'un lot de médicaments au CSI Ganki Bassarou (DS Say) et au CSI urbain Téra pour un mois de gratuité totale.



Enfant bénéficiant de la pesée lors de la mesure de ses paramètres anthropométrique dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition au village de Ko Gorou dans la commune de Loga.



Photo : *Animation d'une Séance de sensibilisation par un relais communautaire au niveau site PDI Garbey Hinza/ /Torodi*



***Photo** : Consultation clinique mobile RRM sur le site de Guidan Kadji, commune de Mainé-Soroa.*



***Photo** : Consultation clinique mobile RRM sur le site de Ariguirguidi, commune de Diffa*



***Photo** : Admission d'un enfant en unité de soins intensifs du CRENI de Mirriah Avril2026*

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)
Place Montesquieu, 1 bte L2.08.05, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | **www.uclouvain.be/psad**