

La gestion et la diffusion des connaissances en santé & nutrition au sein de l'ONG Action contre la Faim

Virginie Biau

▶ **To cite this version:**

Virginie Biau. La gestion et la diffusion des connaissances en santé & nutrition au sein de l'ONG Action contre la Faim. Santé publique et épidémiologie. 2019. dumas-02446299

HAL Id: dumas-02446299

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02446299

Submitted on 20 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

1ère année du Master Sciences, Technologies, Santé

Mention Santé Publique

Promotion 2018-2019

La gestion et la diffusion des connaissances en santé & nutrition au sein de l'ONG *Action contre la Faim*

Virginie Biau

Née le 21/12/1982

Du 8 avril au 7 juin 2019

Action Contre la Faim

Maître de stage : Danka Pantchova, Référente Nutrition & Surveillance

Remerciements

Je tenais à exprimer ma gratitude à l'ensemble des équipes d'ACF-France pour leur accueil et plus particulièrement remercier les membres du département Expertise et Plaidoyer notamment Mme Caroline Antoine et Danka Pantchova pour le temps consacré à l'encadrement dans le cadre ce stage, leurs conseils, et les échanges précieux qui m'ont permis d'appréhender au mieux les missions de stage.

Mes remerciements vont également à Mr Mathias Altmann, et à l'ensemble des membres de l'ISPED plus généralement pour l'accompagnement et les enseignements dispensés cette année dans la cadre du master.

« *Nous savons plus que ce que nous pouvons dire.* »

Michael Polanyi

Table des matières

Introduction 5
1. Présentation du contexte et justification de la mission 6
1.1 Présentation de la structure d'accueil 6
1.1.1 Historique et cadre légal des ONG en France 6
1.1.2 Action contre la Faim 8
1.2 Contexte et justification de la mission 11
1.2.1 Contexte de la mission 11
1.2.2 Définition et intérêt de la gestion de connaissances au sein d'une structure 13
1.2.3 La stratégie de gestion des connaissances chez ACF-France 16
2. Démarche méthodologique pour la construction des outils 19
3. Résultats : Présentation des outils et modes de dissémination 21
3.1 Rédaction et présentation des outils 21
3.2 Modes de dissémination 29
3.1.1 Typologie de dissémination 29
3.1.2 Proposition des modes de dissémination des outils 30
4. Discussions 32
Conclusion 35
Références bibliographique 36
Annexes 39
Annexe I : Entretien pour évaluer les besoins en gestion de connaissance pour secteur Nutrition et Santé 40
Entretien pour évaluer les besoins en gestion de connaissance pour secteur Nutrition et Santé 40
Objectifs de l'entretien 40
Synthèse des entretiens 40
Annexe II : synthèse des entretiens 58
Annexe III : Organigramme ACF International 60
Annexe IV : Carte mission ACF France siège 61
Annexe V : Organigramme simplifié du siège de ACF Paris 62
Annexe VI : Organigramme du Département Expertise et Plaidoyer 63
Annexe VII : Interface Intranet NHF 64
Annexe VIII : Interface Toolbox 65
Annexe IX : Interface plateforme E-learning Talent Bridge 66
Annexe X : Planning projet « Package opérationnel en nutrition et santé » ACF 67
Annexe XI : Outil Fiche programmatique pour les interventions en Santé de l'enfant 68
Annexe XII : Outil Fiche programmatique « Concevoir un projet en santé et Nutrition » 69

Annexe XIII : Outil Zoom Clinique mobile.....70

Annexe XIV : Plaquette de présentation du projet « Package opérationnel en nutrition et santé » 71

Liste des abréviations

ACF : Action contre la Faim

ARC : Département Audit, Risque et Conformité

CICR : Comité international de la Croix-Rouge

DAF : Direction Administration et Finance

DEP : Département Expertise & Plaidoyer

DRM : Gestion des Risques aux Désastres

ECHO : European Commission Humanitarian Office

MOOC : Massive Open Online Courses

NHF : No Hunger Forum

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non gouvernementale

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

SAME : Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence

SMPS : Santé Mentale et Pratique de Soins

SpeC : Specialized course

SPOC : Small Private Oneline Classes

TICE : Technologie de l'information et de la communication pour l'enseignement

UNICEF : United Nations of International Children Emergency's Fund (en Français Fonds des Nations Unies pour l'enfance)

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

WASH : Eau, Assainissement et Hygiène

Introduction

Dans le cadre du Master Sciences, Technologies, Santé mention Santé Publique de 1ère année en enseignement à distance, j'ai accompli un stage au sein du département Expertise et Plaidoyer (DEP) dans la section Santé Nutrition de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Action Contre la Faim (ACF) du 8 avril au 7 juin 2019. Ce stage s'inscrivait dans le cadre du projet intitulé « *Package opérationnel en nutrition et santé* » initié en 2018 au sein de ce département afin d'aligner la gestion des connaissances sur le concept de continuum des soins d'une part, et d'autre part, améliorer l'accès à l'information pour les responsables de projet santé Nutrition ou leur adjoint lors de la mise en œuvre des activités opérationnelles sur le terrain. Ce projet s'inscrit donc dans le cadre de la gestion et de la diffusion des connaissances Santé Nutrition au sein de l'ONG ACF-France.

En effet, la gestion de la connaissance du personnel est centrale dans le cadre de la mise en œuvre des activités humanitaires des ONG.

ACF dispose d'une plateforme interne appelée « Toolbox » qui met à disposition du personnel en charge des programmes Nutrition et Santé des documents cadre et outils permettant d'aider et d'améliorer l'implémentation et le suivi des projet santé Nutrition dans l'ensemble des pays d'intervention.

Le projet développé par le Département Expertise & Plaidoyer (DEP) a donc pour objectif principal d'améliorer la gestion et l'accès de la connaissance pour les responsables de projet Santé Nutrition. Afin la problématique de transmission et de capitalisation du savoir spécifique nécessaire à la gestion d'un projet en santé et nutrition au sein des ONG est très présent au vu de la rotation des équipes. Cette problématique est également présente chez ACF, puisque l'ONG doit permettre de doter en connaissance les personnels afin d'exécuter et de concevoir au mieux les projets santé& nutrition d'ACF et d'améliorer la qualité de ces derniers.

Le stage s'insère donc dans ce projet « Package opérationnel en nutrition santé » visant la mise à jour des connaissances et la dissémination de l'approche santé nutrition au sein d'ACF. Ainsi, le sujet de stage retenu est la gestion des connaissances dans le cadre de la nouvelle approche « Continuum de soins » relatifs à la santé infantile et de leur dissémination au sein d'Action Contre la Faim. Afin de contribuer à ce projet dans le cadre du stage, des missions ont été clairement identifiées, il s'agit donc de :

- **Participer à la formalisation, à la structuration et à la gestion des connaissances institutionnelles liées au secteur santé nutrition selon la nouvelle approche « Continuum de soins[1] » pour développer une méthodologie pour la création des fiches programmatiques relatives à la conception d'un projet en Santé & Nutrition et à la santé de l'enfant et proposer différentes méthodes et canaux de dissémination.**

[1] Le « continuum des soins » est un concept développé par l'OMS qui a pour vocation de fournir les soins essentiels en santé tout au long de la vie des individus et de manière coordonnée entre les différents niveaux de soins.

- **Créer les outils programmatiques relatifs aux soins de santé de l'enfant et à la conception d'un projet en santé et nutrition ainsi qu'un zoom spécifique détaillant la démarche pour la mise en œuvre d'un projet de clinique mobile ou unité mobile de santé[2].**

Pour mener à bien ces missions, une méthodologie a été appliquée. Elle a visé dans un premier temps à s'intéresser à la gestion des connaissances par l'organisation afin d'établir un premier état des lieux ; pour ensuite comprendre comment elle est exploitée à travers ses différentes méthodes et canaux de dissémination. De plus, afin de répondre aux objectifs du stage, deux fiches programmatiques l'un traitant de la santé de l'enfant et le second de la conception d'un projet en santé nutrition. Finalement un zoom spécifique relatif à la démarche de mise en place d'une clinique mobile sera créé.

Pour ce faire, il convient tout d'abord de présenter le contexte et la justification de la mission (I) avant de développer la partie méthodologique du travail relative à la gestion et la diffusion des connaissances et à la création des documents (II) puis les résultats (III) et pour finir la discussion (IV).

1. Présentation du contexte et justification de la mission

Afin de mieux comprendre la structure d'accueil et l'environnement dans lequel ce projet s'inscrit, une présentation générale des ONG est nécessaire avant de s'attacher à leur cadre légal puis de présenter plus particulièrement la structure d'accueil et la justification de la mission.

1.1Présentation de la structure d'accueil

Une présentation de la structure d'accueil et de son environnement est nécessaire à la compréhension de la mission de stage confiée.

1.1.1 Historique et cadre légal des ONG en France

Historique et évolution des ONG en France

Les actions en aide aux plus démunis ont pris naissance en Europe avec la notion de « charité chrétienne » au Moyen-Âge. En effet, la charité est considérée par la religion chrétienne comme une des trois vertus théologales à côté de la foi et l'espérance même si celle-ci préexistait à cette époque. En effet, la charité était déjà considérée comme une vertu chez les philosophes grecs mais c'est au moyen-âge qu'elle prend réellement essor et permet de

[2] « Les unités mobiles de santé sont une stratégie à utiliser en derniers recours pour atteindre les populations isolées sur le plan sanitaire. Le principal objectif de la mise en place des unités mobiles de santé est d'améliorer l'accès de ces populations au système de santé » Les unités mobiles de santé Approche méthodologique CIC, mai 2016

construire un embryon d'assistance sanitaire avec la création des hospices sous l'impulsion de Saint-Vincent de Paul qui prend en charge les indigents.

Cette notion se développe et s'étend à l'assistance des blessés de guerre sur les champs de batailles avec la création du Comité International de la Croix-Rouge. En effet, c'est la Croix-Rouge, fondée à la suite de l'ouvrage « *Un souvenir de Solférino* » publié par Henry Dunant qui « *inaugure l'ère de l'humanitaire moderne où l'action humanitaire vise à sauver et préserver la vie et la dignité des victimes de conflits ou de catastrophes*[3] » sans distinction de nationalité.

C'est lors de la guerre du Biafra (1967-1970) et sa médiatisation internationale qu'un tournant s'opère dans l'action humanitaire. En effet, un petit groupe de médecins envoyés en mission humanitaire par la Croix-Rouge pour secourir les blessés aux conflits décident de médiatiser et de témoigner des situations vécues contrairement aux principes de neutralité prévues par les statuts de la Croix-Rouge. A partir de cette date, de nombreuses ONG dont ACF en 1979 voient le jour à côté de Médecins Sans Frontières en 1971, Handicap International en 1982 et ou encore Aide Médicale Internationale en 1979 avec cette spécificité de « témoignage » et de droit de dénoncer les situations et d'alerter le grand public grâce à la démocratisation de la télévision. (1)

A la suite de cet événement, le nombre d'ONG Internationales se multiplie à partir des années 1980 pour atteindre à ce jour en France environ 450 structures. Certaines se consacrent spécifiquement à des causes comme l'écologie ou à un certain type de populations comme par exemple les patients atteints du virus d'immunodéficience humaine (VIH).

Enfin, un second tournant s'opère dans les années 1990, à la suite du conflit en Bosnie faisant suite à de profonds changements du contexte géopolitique, des perceptions de l'action humanitaire et avec l'instrumentalisation de certaines ONG. L'action humanitaire se modifie avec une confusion et des frontières de plus en plus étroites entre aide humanitaire et interventions militarisées avec l'émergence du concept « d'ingérence humanitaire » qui prône l'utilisation de moyens coercitifs pour déployer une intervention humanitaire.

Par ces profondes modifications du contexte et sous l'impulsion des bailleurs de fonds institutionnels internationaux comme l'office d'aide humanitaire de la commission européenne ou European Commission Humanitarian Office (ECHO), l'action humanitaire se professionnalise dans ces années 1990. Le monde associatif se rapproche du monde entreprenariat sur certains aspects et problématiques de ressources humaines. (1)

En effet, avec la professionnalisation du secteur humanitaire les questions de recrutement deviennent centrales avec la nécessité pour les ONG de maintenir un personnel suffisant et qualifié avec un savoir-faire opérationnel pour réaliser les interventions humanitaires.

[3] Coconnier M-LL, Pommier B. Introduction. Que sais-je? 2017 Jun 15;3e éd.:3–4.

Définition des ONG et cadre légal en France

Il convient après avoir présenté rapidement l'historique et les origines des ONG en France, de les définir et de préciser leur statut juridique. Pour Philippe Ryfman « *une ONG est une association à but non lucratif, constituant un espace autonome face à l'Etat ou aux puissances privées, mue par une dimension citoyenne porteuse d'un cadre démocratique (l'ONG devenant un segment de ce qu'on appelle « la société civile ») et dont l'action possède un caractère transnational*[4] ».

Cette définition peut être complétée par l'article 71 du chapitre 10 de la Charte des Nations Unies de 1945 dans des dispositions consacrées au Conseil Economique et Social de la résolution du 25 juillet 1996 qui précise qu'une ONG est « *une organisation qui n'est pas constituée par une entité publique ou par voie d'un accord intergouvernemental, même si elle accepte des membres désignés par les autorités publiques, à condition que ceux-ci ne nuisent pas à sa liberté d'expression. Ses moyens financiers doivent provenir essentiellement des cotisations de ses affiliés. Toute contribution financière reçue directement ou indirectement d'un gouvernement doit être déclarée à l'Organisation des Nations Unies*[5] ».

En France, la majorité des ONG y compris ACF ont un statut d'association, dont l'article 1 de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association dispose que cette dernière est « *la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente et une durée définie, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices*[6] ».

Ce statut légal permet aux ONG qui le demandent de jouir de la personnalité morale et à ce titre de réaliser leurs activités en étant doté d'une personnalité juridique en droit français, ce qui leur permet par exemple d'agir en justice ou d'acquérir des biens, etc.

Après cette présentation de l'histoire, de l'évolution et du cadre légal des ONG en France, il convient de s'intéresser plus spécifiquement à la structure d'accueil ACF.

1.1.2 Action contre la Faim

Comme nous l'avons vu précédemment, ACF est une ONG fondée en 1979 qui a pour mission de « *lutter contre la faim dans le monde. Sa mission est de sauver des vies en éliminant la faim par la prévention, la détection et le traitement de la sous-nutrition, en particulier pendant et après les situations d'urgence liées aux conflits et aux catastrophes naturelles*[7] ». Nous nous intéresserons dans un premier temps à ACF International avant de présenter ACF France puis le département Expertise & Plaidoyer de cette structure.

---

[4] Ryfman P. Les ONG. Repères. 2016 Jul 7;3e éd.:7–63.

[5] Ryfman P. Les ONG. Repères. 2016 Jul 7;3e éd.:7–63.

[6] Légifrance. Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.

[7] Action contre la Faim. Découvrir ACF

ACF-International

ACF est une ONG transfrontalière fondée suite à la guerre au Biafra dans une logique de témoignage et d'assistance aux victimes qui intervient à ce jour dans 50 pays à travers le monde (4).

ACF est une organisation privée à but non lucratif, non-confessionnelle, apolitique qui agit soit « *en cas de crise grave, d'origine naturelle ou humaine, menaçant la sécurité alimentaire ou provoquant une situation de famine, soit en cas de destruction du tissu social, liée à des raisons intérieures ou extérieures, plaçant certaines populations dans une situation d'extrême vulnérabilité soit là où l'assistance humanitaire est affaire de survie* [8]».

ACF-International présente sept domaines d'expertise qui s'inscrivent dans son plan stratégique international qui sont la Nutrition – Santé, la sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence, l'Eau, Assainissement et Hygiène (WASH), la santé Mentale et les pratiques de soins, le Plaidoyer, la gestion des risques et désastres et enfin la recherche (4).

En 2017, ACF-International a réalisé 578 projets et a porté assistance à 9.9 millions de personnes avec un budget total de 412 millions d'euros dont 78,03% de fonds publics. Ces ressources publiques sont constituées de financements octroyés par des bailleurs institutionnels européens ou des Nations Unies. ACF International est composé de 7869 employés à travers le monde (4).

L'ONG s'est dotée d'une charte dont les principes sont l'indépendance, la neutralité, la transparence, le professionnalisme, la non-discrimination et l'accès libre et direct aux victimes et applicable à l'ensemble du réseau ACF.

ACF International se compose de sept sièges (annexe II) dont celui de Paris dénommé ACF-France que nous allons présenter.

ACF-France

ACF-France, association loi 1901 reconnue d'utilité publique, intervient dans le cadre de sa mission de lutte contre la faim à travers le monde (Annexe III). Ainsi, les équipes d'ACF-France sont présentes dans 21 pays dont l'Afghanistan, au Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ethiopie, Inde, Indonésie, Irak, Jordanie, Libéria, Madagascar, Myanmar, Népal, République Centrafricaine, Sierra Leone, Somalie, Tchad, Ukraine, Yémen et au Zimbabwe afin d'apporter une aide humanitaire à 5,4 millions de personnes. En 2017, ACF France a permis d'apporter une aide alimentaire à 2 153 821 bénéficiaires dans le cadre de ses projets nutrition et a construit 11 998 latrines dans le cadre des projets d'accès à l'eau, d'hygiène et d'assainissement (4).

[8] Action contre la Faim. Découvrir ACF.

Le siège basé au 14 - 16, Boulevard de Douaumont dans le 17ème arrondissement de Paris compte un peu plus de 300 salariés qui ont pour mission d'appuyer et de soutenir le personnel menant les opérations dans les pays d'intervention.

ACF-France dispose d'un conseil d'administration et est dirigé par une directrice générale et un Président.

Le siège d'ACF-France se compose de sept départements comme précisé dans l'organigramme simplifié (annexe IV). Ces directions sont réparties comme suit : le département Opérations composé en quatre pools (Asie/Moyen-Orient/ Afrique Centrale/ Afrique de l'Ouest et Sud) avec un service dédié à la Sécurité et aux Urgences, le département Expertise et Plaidoyer (DEP), le département Audit, Risque et Conformité (ARC), les Services Généraux, la Direction Administration et Finance (DAF), la direction des Ressources Humaines, la direction Logistique et Systèmes d'Information.

Le département Expertise & Plaidoyer est donc l'un de ces sept départements.

Le département Expertise & Plaidoyer

Au sein de ACF-France, le département Expertise et Plaidoyer est en charge de la mise en œuvre de la politique « Sécurité Nutritionnelle » et est composé de 54 personnes répartis en sept services. Le service Nutrition Santé est l'un des sept services à côté de la Sécurité Alimentaire et Moyen d'Existence (SAME), Santé Mentale et Pratique de Soins (SMPS), de l'Eau, Assainissement et Hygiène & Gestion des Risques aux Désastres, la Recherche et Analyse, le Plaidoyer, Positionnement et Approches Techniques Transversales et enfin le Plaidoyer et Policy Humanitaire (Annexe IV).

Quatre services sur les sept précités sont considérés comme des services d'expertise technique, incluant le service Nutrition et Santé, alors que les autres services sont dits « transversaux ». Les services dits d'expertise technique, sont la SAME, SMPS, Nutrition et Santé, WASH et DRM et sont liés à ces autres services dits « transversaux » c'est-à-dire commun à l'ensemble des thématiques techniques.

Le stage se déroule donc au sein de ce département dans le service Nutrition et Santé, qui est composé de 13 personnes ayant pour objectif d'appuyer les missions d'ACF-France et la coordination internationale. Ses missions vont de la participation aux clusters au renforcement des capacités des équipes via des formations globales, régionales et locales, mais également à l'appui aux conférences des différents réseaux de coordination nationaux et internationaux afin de renforcer les échanges et d'apporter un appui technique en santé nutrition.

L'appui technique apporté par le service Santé & Nutrition se concrétise donc par la formation des responsables de projets ou leur adjoint mais également au travers de la production d'outils et de guides opérationnels et stratégiques en Santé & Nutrition. L'ensemble de cette gestion et diffusion des informations et connaissances spécifiques est l'une des activités du département.

1.2 Contexte et justification de la mission

1.2.1 Contexte de la mission

« La gestion et la diffusion des connaissances » ou « *knowledge management* » en anglais, sont devenus depuis quelques années un enjeu majeur au sein des structures. C'est également le cas pour les ONG qui doivent capitaliser leurs connaissances afin d'accéder et de sécuriser leurs financements d'une part (5) et d'autre part diffuser les informations nécessaires à leurs salariés pour garantir l'efficience des activités dans le cadre de l'implémentation des projets humanitaires. En effet, les ONG doivent assurer à la fois la production, la collecte mais aussi le partage de leurs savoir-faire, leurs stratégies, leurs politiques internes sur des sujets spécifiques pour le bon déroulement de leurs actions humanitaires. La connaissance dans une ONG dépend fortement du degré de capitalisation des savoirs au sein de la structure.

Ainsi, le personnel en charge de l'implémentation du projet doit en plus de ses connaissances propres, s'approprier la vision, le savoir-faire opérationnel d'ACF et disposer de certaines informations spécifiques pour réaliser au mieux ses missions. Si les entreprises du secteur privé s'intéressent depuis un long moment à la gestion et à la diffusion des connaissances pour améliorer leur compétitivité sur le marché, elle intéresse également les ONG dans la mesure où cela « *regroupe (…) l'ensemble des procédures visant à créer, acquérir, partager et appliquer des connaissances*[9] ».

Les ONG disposent tout comme les entreprises de fonds et des ressources humaines importantes, elles sont impactées par les mêmes problématiques de « surinformation » (7) et de renouvellement de leur personnel et soumises aux mêmes contraintes de diffusion des connaissances envers leurs salariés.

En effet, le phénomène de « renouvellement des équipes » désigné en anglais sous le terme de « *turnover »* est de plus en plus important en France puisque selon une étude menée par HayGroup (31), cette tendance est en constante augmentation chez les salariés avec une progression de deux points entre 2013 et 2018.

Les ONG sont comme les autres structures également touchées par ce phénomène. De plus, cet aspect est renforcé par la spécificité même de leurs activités qui nécessite des contrats à durée déterminée et une expatriation. Enfin, la professionnalisation du secteur a entraîné une « concurrence inter-ONG » avec une diminution du militantisme chez les salariés (1) ce qui accroît encore le risque de renouvellement des équipes au sein de l'organisation.

De ce fait, la durée moyenne d'un salarié travaillant chez ACF-France est de deux ans de présence pour le personnel basé au siège contre huit mois pour le personnel expatrié en

[9] Meda Adama TY. Facteurs clés de succès de la gestion des connaissances et capacités d'innovation des entreprises nigériennes. La revue gestion et organisation 9.2017 11 :24

mission humanitaire avec en moyenne 60 à 70% de non renouvellement après la première mission (6).

Ces durées moyennes relativement faibles au sein de la structure sont similaires aux autres ONG (6) et renforcent la nécessité de gérer et diffuser au mieux les connaissances et les informations envers les salariés.

L'organisation est donc confrontée à un défi, celui de transmettre toutes les connaissances nécessaires aux salariés afin d'assurer l'efficience des projets humanitaires et de capitaliser les bonnes pratiques dans un laps de temps relativement court. En effet, les interventions menées en santé et nutrition par ACF suivent les objectifs du millénaire pour le développement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) notamment le quatrième objectif qui vise à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Ce défi renvoi à la démarche de gestion et de diffusion des connaissances qui a pour objectif principal d'améliorer les performances, l'efficience et la qualité des projets humanitaires implémentés sur le terrain dans les différents pays d'intervention ainsi que de favoriser la capitalisation des informations relatives à ces activités.

Dans ce contexte et sous l'impulsion de la mise en place d'une nouvelle stratégie chez ACF-France, le département Santé & Nutrition a mis en œuvre un projet intitulé « **Package opérationnel en nutrition et santé** » initié en 2018. Ce projet vise à réviser la plateforme existante en ligne et les outils et documents hébergés sur celle-ci pour d'une part, adapter ces derniers à la nouvelle stratégie intégrant le concept de « continuum des soins » et d'autre part améliorer l'accès à l'information pour les responsables de projet santé Nutrition ou adjoints pour la mise en œuvre des activités opérationnelles sur le terrain.

De plus, le fonctionnement chez ACF-France, comme dans la plupart des ONG, est affecté par la « *surinformation* » ou « *l'infobésité* » (7-8). En effet, l'essor ces dernières années des technologies de l'information avec la démocratisation d'Internet mais également la mise en place des espaces web interne aux entreprises a conduit à une situation de surcharge informationnelle ou « surinformation » qui peut être délétère pour le travail des équipes terrain et plus globalement pour l'organisation (9).

L'expression anglophone « *big data »* a été consacrée à ce phénomène, apparu au début des années 1990 qui a pour conséquence de produire un allongement du temps de travail des salariés car cela nécessite pour eux un temps supplémentaire pour trier, vérifier, classer et conserver les informations utiles à leurs activités.

Le « *big data »* peut ainsi être défini comme « *à la fois l'explosion du nombre d'informations produites, la multiplication des renseignements disponibles pour tous, mais aussi la capacité à traiter les données en nombre élevé*[10] ». Cette surabondance d'informations engendre un temps de traitement de plus en plus long pour les salariés (7).

[10] Legavre J-B, Rieffel R. Les 100 mots des sciences de l'information et de la communication. Que sais-je? 2017 Sep 8;7–116.

Cette situation se vérifie chez ACF dans le cadre de l'écriture et la gestion des propositions de projet soumis aux bailleurs de fonds, qui doivent être conçues dans des délais de plus en plus court et dans un contexte de surinformation généralisé. Le délai d'écriture d'une proposition de projet en Santé & Nutrition peut ainsi varier entre quelques semaines et plusieurs mois, alors que ce travail doit être réalisé en addition des missions d'urgence et des activités quotidiennes à traiter par les équipes en mission humanitaire.

Dans ce contexte et afin d'adapter au mieux l'offre stockée sur la plateforme interne d'ACF intitulée « Toolbox » une enquête a été mené après des responsables de projet Nutrition et Santé ou leurs adjoints pour recueillir leurs besoins et attentes en connaissance, notamment dans le cadre de la conception et de la gestion des projets en Santé & Nutrition et d'apprécier la fonctionnalité et l'utilisation de celle-ci.

Cette enquête a permis de mettre en évidence le besoin de disposer d'outils plus adaptés à destination des responsables de projet ou de département santé & nutrition chez ACF-France.

Face à ce constat, et dans le cadre du projet « Package opérationnel en Nutrition Santé », ma mission s'est focalisée sur la conception de trois outils, incluant deux fiches programmatiques, l'une relative à la conception d'un projet en Santé & Nutrition et l'autre plus spécifique à la santé de l'enfant ainsi qu'une fiche zoom traitant des unités mobiles de santé appelées aussi « cliniques mobiles ».

Afin de mener à bien cette mission, je me suis concentrée dans un premier temps sur les notions de gestion et de dissémination des connaissances au sein de la structure, avant de m'intéresser à la méthodologie et à la production des outils à proprement parlé.

1.2.2 Définition et intérêt de la gestion de connaissances au sein d'une structure

Avant de présenter la stratégie de gestion des connaissances chez ACF-France, il convient dans une première partie de définir et d'introduire ce concept de gestion de connaissances.

Qu'est-ce que la connaissance ?

La connaissance est définie par l'encyclopédie Universalis comme « *un rapport de la pensée à la réalité extérieure et engage la notion de vérité comme adéquation de l'esprit et de la chose. Par extension, le terme connaissance désigne le contenu de la pensée qui correspond à la nature de la chose visée, et s'oppose à erreur ou illusion*[11] ».

La connaissance est un concept complexe mais essentiel dans le cadre des ressources au sein des entreprises y compris pour les structures comme les ONG puisque les

[11] Foessel M, Gingras Y, Ladrière J. Connaissance. Encyclopædia Universalis; [cited 2019 May 20]. Available from: http://www.universalis.edu.com/encyclopedie/connaissance/

connaissances permettent le bon fonctionnement des activités de celle-ci, étant directement liée à la capacité de l'individu à réaliser une mission.

Cette notion de connaissance touche à des disciplines variées telles que la science de l'information et de la communication, la sociologie, la psychologie, ou encore la science de gestion, la philosophie etc. Selon R. Senapathi la connaissance peut être définie comme *« l'information dans laquelle les individus ajoutent l'expérience, le contexte, l'interprétation et la réflexion*[12]». Ainsi, la connaissance se distingue de la simple donnée ou de l'information puisqu'elle nécessite une activité cognitive de l'individu (13-14). Il existe donc une interaction entre les données, informations et connaissances. Ainsi, une donnée doit être interprétée pour être traduite en information qui, à son tour doit être transformé en connaissance pour pouvoir se transformer en une action. Ainsi, une hiérarchie de la connaissance peut être établie comme représenté dans le schéma ci-dessous.

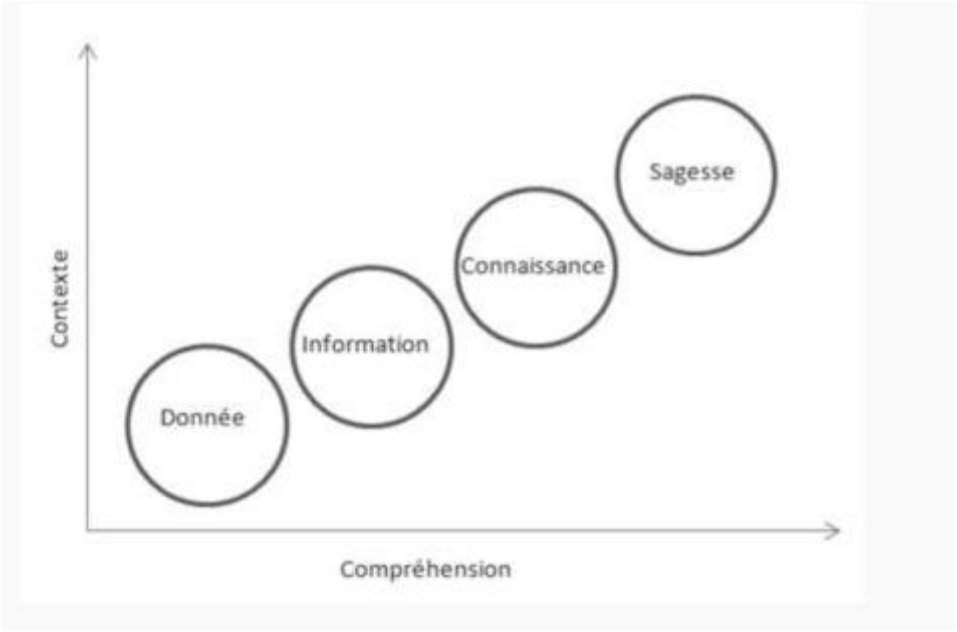


Figure 1 : Hiérarchie de la connaissance Adapté de R. Senapathi, 2011.

Classiquement, on distingue deux types de connaissances différentes même si elles sont indissociables (12). D'une part, la connaissance tacite qui peut être défini comme *« un savoir connu mais qui ne peut pas être exprimé. La connaissance tacite ne peut être articulée car elle fait partie de notre inconscient (..) est inaccessible à notre conscience. Contrairement à la connaissance explicite qui peut être facilement communiquée ou partagée*[13] ». Cette distinction est importante à prendre en compte car cela détermine la typologie et le canal le

[12] Dutot V, Safraou I.Transfert intergénérationnel des connaissances et technologies de l'information (TI) : Vers un modèle intégrateur des dynamiques junior-senior. La revue des sciences de gestion. 2012; Volume 253(1):89-97.

[13] Catinaud R. Sur la distinction entre les connaissances explicites et les connaissances tacites. Philosophia Scientiae. 2015 Jun 24;19–2(2):197–220.

plus adapté pour transmettre la connaissance comme nous le verrons dans la partie « Mode de dissémination » (10).

Pour résumer et selon Françoise Barthelme Trapp « *la gestion des connaissances recouvre un ensemble de modèles ou méthodologies pouvant mettre en œuvre des outils de traitement de l'information et de communication visant à structurer, valoriser et permettre un accès par toute l'organisation aux connaissances qui y ont été développées et qui y ont été ou sont encore mises en pratique en son sein*[14] ».

La connaissance intègre donc la notion d'informations, de savoirs qui doivent être maitrisés afin de pouvoir les partager et réutiliser cette connaissance au sein des structures. La gestion de cette connaissance apparaît essentielle afin d'éviter « la perte de mémoire » dans l'organisation, notamment liée au départ des salariés (14). De cette nécessité de limiter la perte de mémoire dans les structures, a été développée la gestion de la connaissance et la capitalisation de celle-ci.

Gestion et capitalisation des connaissances

Comme nous l'avons mentionné, le savoir et la connaissance peuvent être considérés comme des ressources de l'organisation (17) et doivent être capitalisés afin de limiter la perte de mémoire dans la structure lors du départ de ses salariés.

Depuis les années 1990, le concept « *knowledge management* » en anglais traduit en français par « la gestion et la diffusion des connaissances » ou encore « management des connaissances » est donc essentiel pour les organisations car chaque individu et structure sont porteurs de connaissances qui doivent être collectées, stockées puis diffusées afin de répondre aux préoccupations et aux besoins stratégiques et opérationnels des entreprises comme des ONG.

Ce besoin de compilation des connaissances n'est pas réellement nouveau car il remonte à des temps plus anciens avec par exemple dès le XVII^{e} siècle la nécessité d'utiliser les savoirs spécifiques en botanique dans le cadre du développement de la pharmacopée (11-13). Les connaissances sont ainsi « capitalisées » afin de les amasser et de les accroître. Ce processus et ce besoin de gestion des connaissances est présent depuis des siècles dans le cadre de la démarche et recherche scientifique mais il s'est renforcé avec le développement des sciences de l'information et les nouvelles capacités technologiques de stockage de l'information et touche à présent le secteur des entreprises et des organisations.

La connaissance représente comme nous l'avons vu précédemment une ressource spécifique et cruciale pour une organisation mais celle-ci reste difficile à contrôler avec des modalités de diffusion et d'absorption de l'information propres à chaque structure et à chaque individu.

[14] Françoise B-T, Béatrice V. Analyse comparée de méthodes de Gestion des connaissances pour une approche managériale.

Ainsi, un individu peut disposer de connaissances sans que celles-ci soient valorisées et diffusées au niveau collectif dans une structure et inversement. Le but de la « gestion de connaissance » est donc de permettre la diffusion de cette connaissance dans les deux sens en garantissant « **une sorte de mémoire cognitive** » (10,15) de la structure afin d'éviter comme déjà mentionné la perte d'information mais aussi pour valoriser le partage des savoirs au sein de la structure pour augmenter la performance de ses salariés.

Cette gestion de la connaissance a été conceptualisé et s'accompagne d'un processus de capitalisation qui suit les étapes suivantes comme indiqué sur le schéma ci-dessous:

- Identifier, localiser les connaissances/ informations
- Formaliser ces connaissances et les archiver dans un système
- Diffuser les connaissances et les actualiser

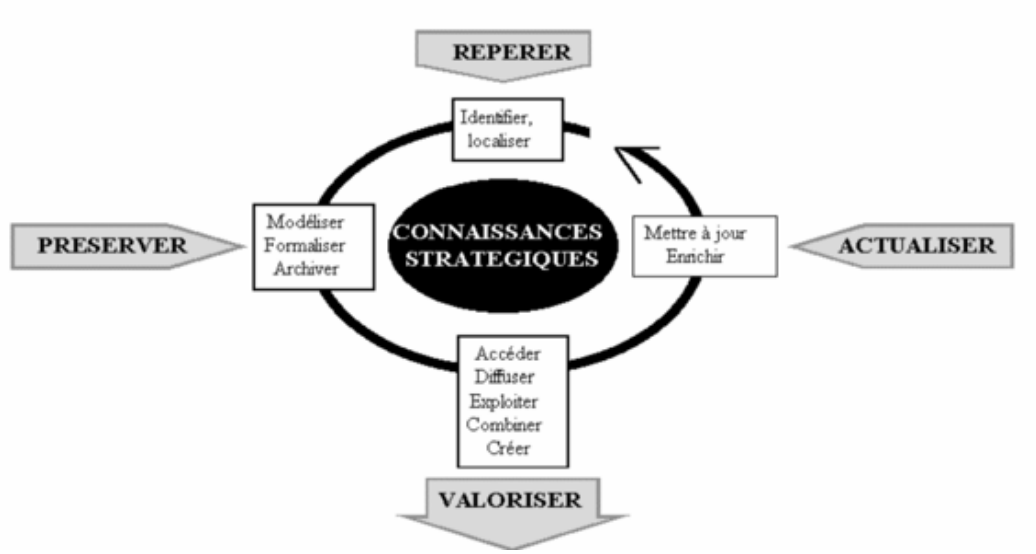


Figure 2. Processus de capitalisation des connaissances. Source « Mettre en place une démarche de gestion des connaissances en entreprises », Ehret Fanny.

La gestion ou « management » des connaissances est donc un processus de gestion consciente qui requière une coordination et un savoir-faire spécifique au sein de l'organisation. Pour pouvoir traiter cette connaissance, celle-ci doit être caractérisée transférable en plus d'être explicite et codifiable. (12)

1.2.3 La stratégie de gestion des connaissances chez ACF-France

Pour les ONG, et plus spécifiquement pour ACF-France, la gestion des connaissances a pour objectif d'une part de conserver la mémoire des projets et d'autre part d'améliorer la formation des nouveaux salariés afin que ces derniers puissent maîtriser un certain nombre de connaissances pour réaliser de manière optimale leurs missions et garantir la qualité et les normes imposées par l'ONG.

Cette gestion des connaissances a donc pour double objectif de :

- capitaliser les expériences issues des nouvelles connaissances détenues par ses employés
- transmettre ces connaissances à l'ensemble des salariés concernés.

Pour ce faire, ACF dispose de différents outils et modes de diffusion sans pour autant présenter une stratégie globale clairement identifiée. En effet, à ce jour, il n'existe pas de politique de gestion et de diffusion des connaissances ni de parcours obligatoire lors de la prise de poste d'un responsable de projet Santé & Nutrition chez ACF-France.

Les salariés, notamment les responsables de projet ou de département Santé & Nutrition ont à leur disposition différentes sources d'informations :

- Les guides techniques (« guidelines » en anglais), manuel, boîtes à outils ainsi que les publications réalisées par le département recherche en matière de Santé & Nutrition, les documents de capitalisation et autres données comme les rapports d'activités, etc. actuellement stockés sur deux outils en ligne Le type de documents basé sur ces deux plateformes est dit de type « texte ».
  Face à cette multitude de documents, il est apparu nécessaire pour ACF de structurer ces informations et documents au sein d'un système de connaissances internes. Il s'agit pour ACF de l'espace web interne de l'ONG appelé « No Hunger Forum » (NHF) et la toolbox spécifique au département santé et nutrition. L'interface de ces deux plateformes sont présentées en annexe (annexes VI et VII). NHF est une plateforme collaborative permettant de partager les documents à l'ensemble du réseau.

- Les entretiens de départ et de retour de mission (en anglais « briefing » et « débriefing »), réunions et autres discussions informelles qui se déroulent au niveau du siège ou directement sur le lieu de mission avec des référents ou les autres salariés d'ACF.

- La plateforme E-learning ACF intitulé « Talent Bridge » (annexe VIII) avec des formations en ligne.

- Il existe d'autres formations en interne qui s'effectuent en présentiel, il s'agit notamment du « *Specialized course »* (SpeC) en Nutrition & Santé. Cette formation vise l'amélioration des savoirs et savoir-faire des responsables projet ou département en santé et nutrition et se déroule durant cinq jours. Elle est organisée selon les besoins entre une session à deux par an. L'objectif de cette SpeC est d'autonomiser les responsables de projet ou de département dans le cadre de la mise en œuvre des activités sur les processus organisationnels d'ACF, l'utilisation des outils et la compréhension de la stratégie et de la politique en santé et nutrition.

A côté des documents, et autres outils disponibles sur les supports mis en place par ACF, il existe également des documents ou informations accessible en ligne sur internet. En effet, le « web » permet d'accéder à des articles scientifiques, des documents de référence en santé et nutrition notamment via les sites de l'OMS ou encore de l'UNICEF mais également à l'ensemble des contenus proposé par d'autres structures ou hébergeur de site. Ce type de contenu est qualifié d'information « ouverte », très abondante et accessible gratuitement en ligne et sans restriction d'accès.

Ainsi, les responsables de projets ou de départements Santé & Nutrition disposent d'un nombre important de contenu, informations, documentation interne ou externe à ACF afin de mener à bien leurs activités et missions. En effet, les spécialistes en technologie de

l'information et de la communication estiment que comme à ACF 95% des informations nécessaires aux salariés sont disponibles et déjà publiées au sein de la structure qui les emploient (14,15). Néanmoins, malgré cette disponibilité, les salariés se déclarent lors de cette enquête interne non satisfaits à 70% (15) d'entre eux des documents et outils proposés sur leur réseau interne. Cette insatisfaction a été constatée lors des entretiens préalables pour les responsables des projets ou des départements Santé & Nutrition qui évoquaient une inadéquation entre leurs besoins et les documents ou outils proposés. La synthèse de cette enquête est présentée en annexe I.

Il ressort de cette enquête qualitative menée préalablement au stage par la référente Santé & Nutrition de ACF-France via une grille d'entretien (annexe II) auprès des responsables ou des adjoints des départements ou programmes Santé & Nutrition basés dans divers pays, un taux d'insatisfaction important par rapport à la gestion et la diffusion des connaissances pour ces thématiques. En effet, les principales critiques exprimées par les personnes interrogées étaient une absence de connaissance de l'existence de la plateforme et des outils mis à leur disposition d'une part et une absence d'utilisation des outils soit du fait de dysfonctionnement ou par manque d'opérationnalité des documents. Les deux arguments d'insatisfaction avancés par les personnes interrogées sont donc :

- L'impossibilité de trouver le document recherché
- Le manque de pertinence des documents proposés pour permettre de répondre aux besoins des responsables de projet ou de départements santé & nutrition.

En effet, une part importante des individus interviewés signale l'inadéquation des documents présent sur la plateforme « toolbox » ou l'absence de connaissances de cette plateforme.

De plus, les enquêtés ont évoqué la présence et la multiplicité de bases de données mais des difficultés à analyser les données recueillies et enregistrées dans ces dernières.

Ces constatations ont donc conduit à une réflexion sur le canal de diffusion et le type de document à mettre à la disposition des responsables projets ou département Santé & Nutrition.

Les critères essentiels pour les outils et la plateforme cités lors des entretiens sont :

- La fonctionnalité
- La praticité
- L'utilité
- La diffusion large

Concernant le « management des connaissances », il existe quatre phases successives afin de mettre en place un système de gestion et de diffusion des connaissances dans une structure.

Il s'agit de :

- La mise en place d'un réseau internet
- La mise à disposition de ce réseau
- La création d'outils disponibles sur le réseau améliorant la performance des salariés

[15] ACF France. Compte rendu interne enquête qualitative projet « Package opérationnel en Santé & Nutrition »

- L'animation du réseau.

S'agissant d'ACF, l'ONG a déjà réalisé l'ensemble de ces phases avec la mise en place de son réseau intranet NHF dont l'interface est présentée en annexe VI.

Le projet « package opérationnel en Santé & Nutrition » a donc été initié dans le cadre de l'amélioration de la troisième phase c'est-à-dire la création d'outils disponibles sur le réseau. Ainsi, en 2018, le département expertise et plaidoyer a initié le projet « package opérationnel en Nutrition et Santé » pour améliorer et rendre disponible des outils et guides spécifiques à la santé & nutrition selon un planning présenté en annexe IX. Les outils ainsi élaborés ont pour vocation d'être à disposition des responsables de projet ou de département Santé & Nutrition ainsi qu'à l'ensemble du personnel concerné par cette thématique afin de les aider dans le cadre de la conception et de la gestion des activités en Santé & Nutrition menées par ACF-France.

Au sein de ce projet, une structure a été conçue prévoyant 3 niveaux de connaissances. Le projet prévoit ainsi le premier niveau qui comprend les documents en lien avec la stratégique et la politique d'ACF. Le second niveau est composé quant à lui des guides appelés fiches programmatiques qui traitent des différentes thématiques en Santé et Nutrition. Enfin, le troisième niveau dans lequel se trouve des documents appelés « zooms » s'intéresse plus spécifiquement à un sujet technique en santé ou nutrition.

Pour présenter et communiquer au mieux sur ce projet, j'ai réalisé une plaquette de présentation afin d'améliorer la visibilité et la communication de ce projet (annexe XII).

Ce document de communication a été construit avec le logiciel Canva et en conformité avec la charte graphique d'ACF et permet de présenter l'objectif et le contenu du kit opérationnel ainsi que sa structuration.

Les missions de stage se situent donc dans cette phase qui consiste à la réalisation de deux fiches programmatiques et d'un zoom sur les thématiques de la santé et de la nutrition et proposer un mode de dissémination adapté aux besoins des salariés et aux contraintes d'ACF-France.

2. Démarche méthodologique pour la construction des outils

Afin de construire les outils demandés dans le cadre de cette mission de stage, il a été nécessaire dans un premier temps d'élaborer une méthodologie de travail et de rencontrer les salariés en charge de la formation et les référents techniques opérationnels en Santé et Nutrition. Ainsi, afin de réaliser ces missions il a été essentiel de prendre connaissance de l'évaluation des besoins réalisés préalablement au début du stage et d'identifier les attentes des personnes cibles du projet.

État des lieux et recensement des outils existants

La méthodologie employée et la démarche ont été identique pour la construction de l'ensemble des documents.

1°) Cette démarche a consisté à d'abord collecter et lire les documents existants puis sélectionner des éléments clés avant de procéder à la rédaction de la première version des documents.

2°) La version a ensuite été transmise aux personnes clés du département des opérations afin de la tester et de récolter des recommandations pour l'adapter au mieux aux besoins des responsables de département et de projet santé & nutrition.

3°) Enfin, une dernière étape a consisté à prendre en compte l'ensemble de ces retours et à modifier le document. L'ensemble de cette démarche est représenté par le schéma ci-dessous :



Figure 3. Démarche et méthodologie appliquée dans le cadre de la création des outils

Cette méthodologie a donc permis de collecter les documents déjà existants sur les différents supports.

Concernant les documents disponibles sur la plateforme « toolbox », ils sont organisés au sein de dossiers qui suivent les étapes du cycle de projet comme suit :

- Identifications des besoins
- Formulation de projet
- Mise en œuvre
- Suivi et évaluation
- Ressources par thématique

Ces dossiers contiennent des sous-dossiers avec notamment les principes clés et les guides et outils.

S'agissant de la santé de l'enfant, dix documents existent. Il s'agit de documents de présentation des soins de santé primaire, la malnutrition, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'approche communautaire, le nouveau-né et ses complications, la consultation préventive, le paludisme, l'anémie, la méningite, la pneumonie et la diarrhée, la rougeole et les soins dermatologique de base.

D'autres outils sont disponibles via NHF, il s'agit notamment des guides « Santé Nutrition » et de l'ensemble des procédures et documents de gestion pour les produits pharmaceutiques. Des documents de cadrage comme « les fondamentaux de l'alignement de la santé et de la nutrition » ou encore « la politique sécurité nutritionnelle » sont également disponibles en versions papier et numérique afin de comprendre la politique et la stratégie d'intervention d'ACF en matière de Santé & Nutrition.

D'autres documents externes à ACF ont été utilisés, incluant le guide « *les unités mobiles de santé, Approche méthodologique* » publié par le Comité International de la Croix-Rouge (CICR). En effet, des documents de référence issu notamment de l'OMS et de l'UNICEF ont été requis pour la construction et la rédaction des documents dans le cadre de cette mission de stage.

Cette phase de collecte et de lecture des documents existants sera explicitée pour chaque outil lors des premières phases de la construction des fiches programmatiques.

Afin de conduire cette mission et produire les fiches programmatiques relatives à la santé de l'enfant et à la conception d'un projet Santé & Nutrition ainsi qu'un zoom Clinique mobile, une méthodologie de travail a été appliquée.

3. Résultats : Présentation des outils et modes de dissémination

3.1 Rédaction et présentation des outils

La méthodologie afin de rédiger les outils, quel que soit leur thème, a consisté à rechercher les informations puis à sélectionner les éléments essentiels à inscrire dans les guides. A la suite de cette étape, une phase d'écriture et une première validation par le maître de stage ont été nécéssaires, avant de partager l'outil à quelques salariés pour le tester sur un petit échantillon. Cette étape a permis de prendre en compte leur retour et de réaliser les modifications nécessaires avant la validation finale.

Outil 1 : Conception d'un projet en santé et nutrition

- **1ère étape : Collecte et lecture des documents existants**

La première étape commune à toutes les productions d'outils a donc consisté à collecter et lire les documents de référence chez ACF mais également dans la littérature. Concernant les documents clés chez ACF, il s'agit du Manuel Nutrition en urgence (16), du guide de l'apprenant (18) et l'Essentiel en Nutrition et Santé (17). La lecture de ces textes m'a permis de prendre connaissance de la stratégie et des principes d'ACF pour les interventions en Santé

et Nutrition. Certaines références m'ont ainsi renseignée sur la démarche fondamentale à appliquer dans le cadre de la gestion de projet (19).

- **2ème étape : Sélection des éléments à intégrer dans l'outil « Conception d'un projet en santé et nutrition »**

Cette étape de sélection a été essentielle à la construction et à la rédaction de la fiche programmatique. Ainsi, la fiche a été construite selon les étapes du cycle de projet, divisé classiquement en quatre phases. Il s'agit tout d'abord de l'analyse et du diagnostic de la situation avant de déterminer les choix stratégiques pour la partie conception du projet comme indiqué sur le schéma ci-dessous. La mise en œuvre du projet et la gestion des écarts entre le réalisé et le conçu (19) sont directement rattaché à la partie réalisation du projet.

Ce choix de présentation et de structure a été sélectionné pour l'outil car il est apparu nécessaire de présenter une démarche fondamentalement méthodologique afin d'éviter l'anarchie et l'incompréhension de l'outil.

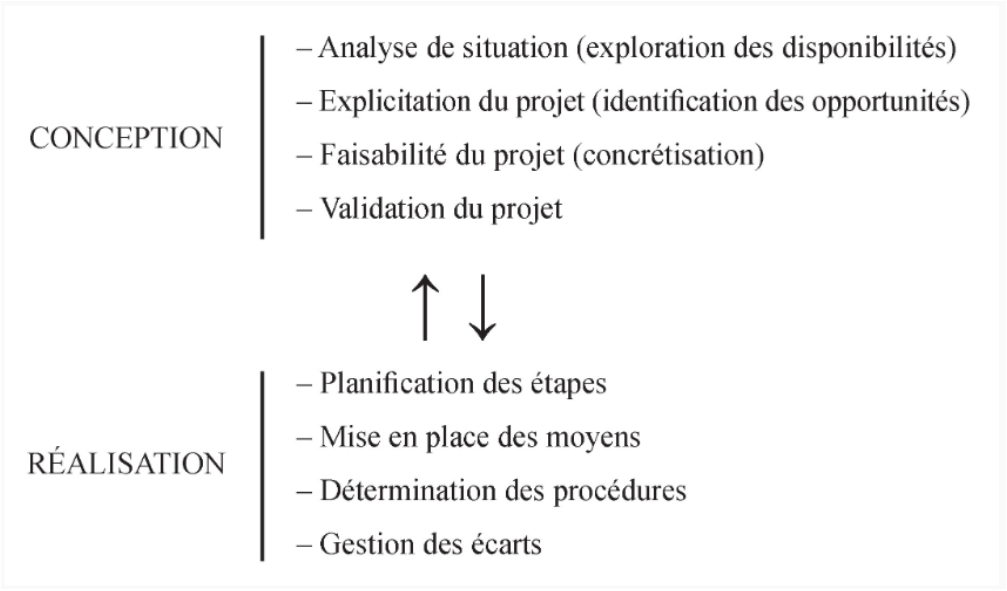


Figure 4. Le cycle de projet, Source Boutinet J-P. Éléments méthodologiques d'élaboration et de réalisation des projets, 2014.

Concernant la thématique en elle-même de conception d'une intervention en Santé & Nutrition, deux concepts fondamentaux ont été sélectionné et développé dans la fiche programmatique l de part leur importance dans le cadre de la santé publique.

Il s'agit tout d'abord du concept de « continuum de soins » qui s'intéresse à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et enfin celui de la « théorie du changement » en santé.

S'agissant du premier concept de « continuum des soins » développé par l'OMS, il a pour objectif de « *sauver la vie de mères et d'enfants en fournissant à tous des interventions*

essentielles tout au long du cycle de vie[16] ». Ainsi, ce concept vise à prendre en considération la dimension de temps et de lieu comme indiqué sur le schéma ci-dessous.

Le « **continuum des soins** » a pour vocation de fournir les soins essentiels en santé tout au long de la vie des individus et de manière coordonné entre les différents niveaux de soins comme mentionné schématiquement sur la figure ci-dessous (20).

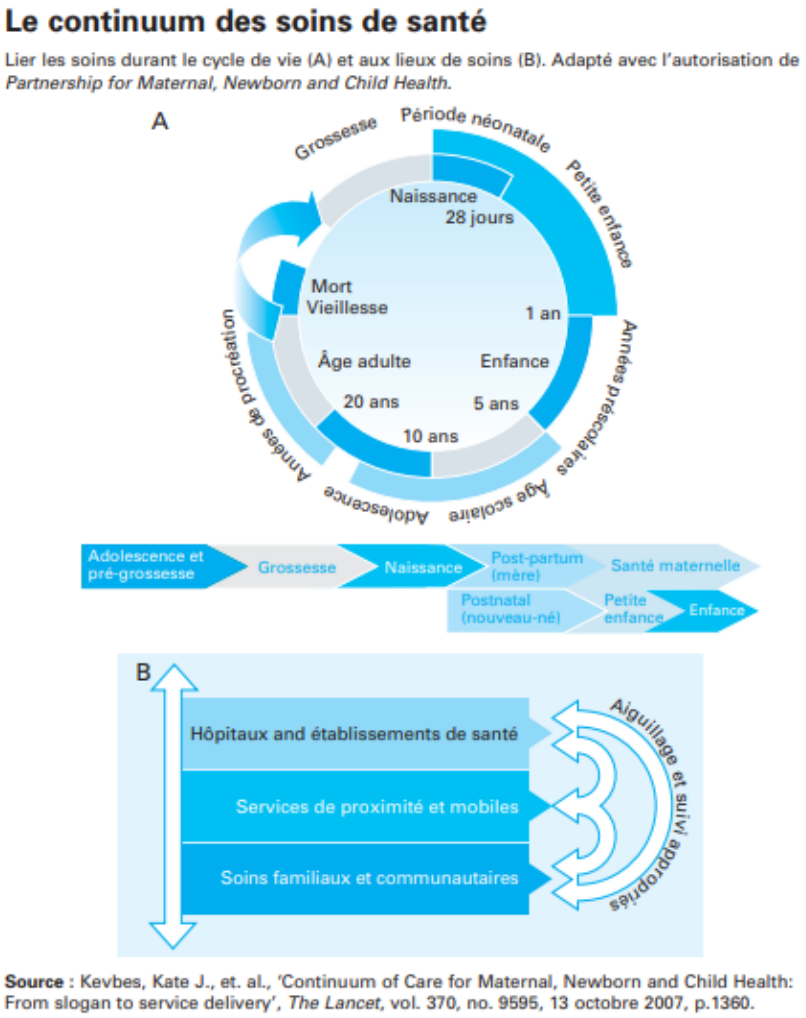


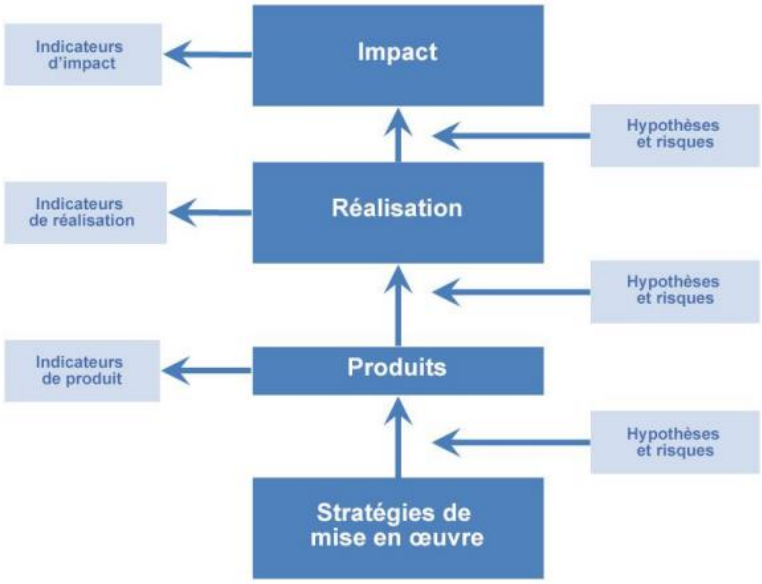
Figure 5. Représentation schématique du concept de « Continuum de soins », The Lancet 2007.

Le second concept retenu et également inclu dans la fiche programmatique « Concevoir une intervention en santé & nutrition » est celui de la « **théorie du changement** ». Cette théorie « *explique comment les activités sont censées produire un ensemble de résultats qui contribuent à la réalisation des impacts finaux prévus* [17]». Cette théorie permet donc de

[16]OMS, Enfants: Faire reculer la mortalité, 2018. [cited 2019 May 20]. Available from: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality

[17] Rogers P. Théorie du changement, Note méthodologique n°2. 2014 ; [cited 2019 May 20]. Available from: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/MB2FR.pdf

planifier les activités et interventions en santé au mieux pour atteindre les effets souhaités (22,23).



Source : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Supplementary Programme Note on the Theory of Change, réunion du groupe d'examen par les pairs, 11 mars 2014, UNICEF, New York, 2014, p. 4. Disponible à l'adresse : www.unicef.org/about/execboard/files/PRG-overview_10Mar2014.pdf

Figure 6. Représentation schématique de la théorie du changement en santé, UNICEF, 2014.

- **3ème étape : Rédaction de la première version**

A la suite de cette étape de sélection et de recherche, une première version de la fiche programmatique « Concevoir une intervention en Santé et Nutrition » a été rédigé. Cette première version a été régulièrement transmise au maître de stage afin de corriger et d'amender le document dans le cadre d'un échange continu. Une fois cette première version de travail réalisé, le document a été soumis par courriel à quelques référents techniques opérationnels afin d'obtenir leurs commentaires et de modifier certains points.

- **4ème étape : Révision de l'outil**

Les commentaires et propositions des différents référents techniques opérationnels en Santé et Nutrition ont été pris en compte et ont permis d'aboutir à une dernière version de la fiche programmatique pour concevoir un projet en Santé & Nutrition. Cette version a été mise en forme sous le logiciel Canva en utilisant la charte graphique d'ACF.

Le document final est présenté en annexe X mais n'a pas pu être validé à ce jour. En effet, la durée du stage n'a pas permis de finaliser le processus de validation de la fiche programmatique qui requiert un délai plus conséquent. La fiche programmatique pourra être validé suite à une réunion de travail entre les différents experts santé et nutrition et référents opérationnels afin de finaliser le processus.

Outil 2 : La santé infantile

- **1ère étape : Collecte et lecture des documents existants**

La première étape a consisté comme pour la fiche programmatique « concevoir un projet en Santé & Nutrition », à collecter et prendre connaissance des documents relatifs à la santé de l'enfant. Pour ce faire, les mêmes documents et guides ACF ont été utilisés.

S'agissant des documents externes certains documents de référence de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres articles issus par exemple du Lancet ont été nécessaires pour sélectionner et appréhender les éléments et concepts indispensables à la construction de la fiche programmatique pour des interventions en santé de l'enfant.

- **2ème étape : Sélection des éléments à intégrer dans l'outil « Interventions en santé de l'enfant »**

Le référentiel a été construit, comme le précédent, en suivant les étapes du cycle de projet.

Concernant la thématique en elle-même, la démarche a consisté dans un premier temps à s'interroger sur l'importance de la morbi-mortalité des enfants dans le monde et à identifier les principales causes de mortalité.

Ainsi, la mortalité des enfants dans le monde et plus spécifiquement dans les pays à faible revenu constitue un problème de santé publique puisqu'en 2016, 5,6 millions d'enfants sont décédés (21,24).

Les enfants les plus à risques de mortalité sont principalement ceux âgés de moins de 5 ans vivant dans les pays à faible revenu du fait de la faiblesse de leur système immunitaire durant les premières années de vie et de l'insuffisance de performance du système de santé en terme d'accessibilité et de ressources.

Ainsi, les principales pathologies en cause identifiées dans la mortalité juvéno-infantile sont selon l'OMS la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la malnutrition comme représenté sur le schéma ci-dessous.

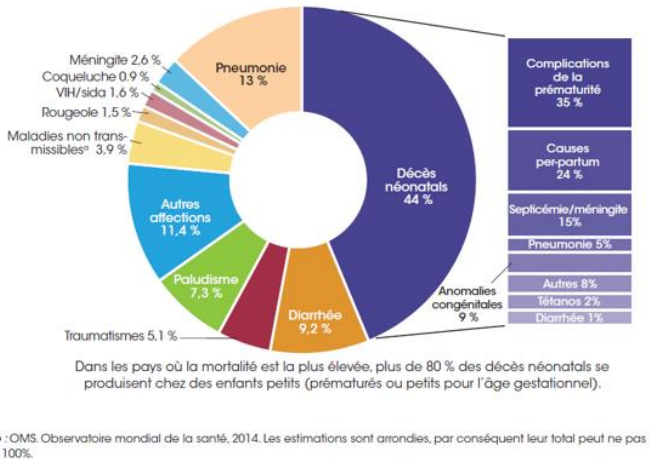


Figure 7. Principales causes de décès infanto-juvénile, source OMS 2014.

Afin de répondre à ce problème de santé publique, l'OMS et l'UNICEF en 1995 ont développé une nouvelle stratégie intitulée « prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » (PCIME) ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge des enfants et ainsi réduire la mortalité juvéno-infantile (26,28) même si dans certains pays les résultats escomptés ne sont pas encore atteints (27). La PCIME vise donc une approche globale pour réduire la mortalité infantile en agissant sur 3 composantes fondamentales comme représenté dans le schéma de la figure 8 (28) :

- L'amélioration du système de santé avec notamment le renforcement des capacité d'approvisionnement en médicament.

- La formation des soignants à la prise en chargée intégrée des maladies de l'enfant dans les structures de soins.

Cette formation permet aux agents de santé de trier et classifier les patients en fonction de critères cliniques simples et de les prendre en charge avec l'application d'algorithmes médicaux comme représenté sur le schéma ci-dessous (figure 9).

- La mise en place d'intervention au niveau communautaire et familiale avec des interventions basées sur la promotion de la santé.

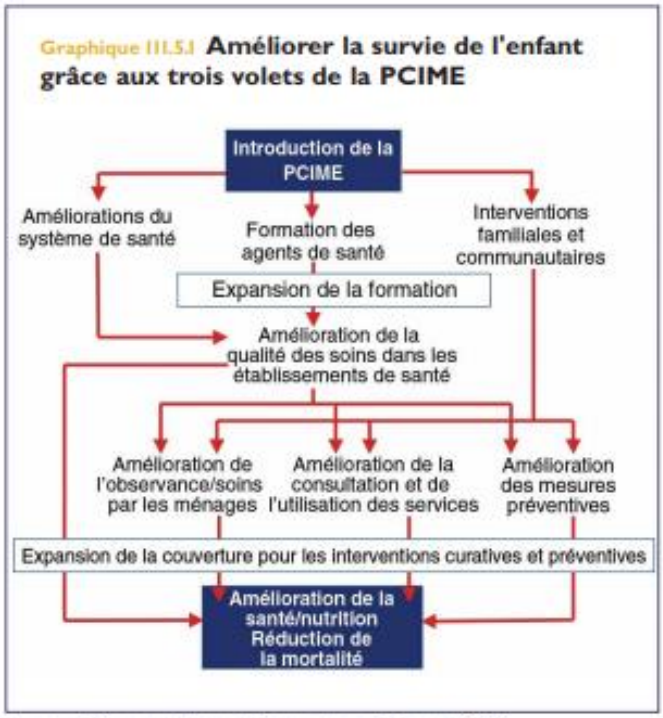


Figure 8 : Les 3 composantes de la PCIME Source : Chapitre 5 Pris en charge intégrée des maladies de l'enfant, OMS, 2006.

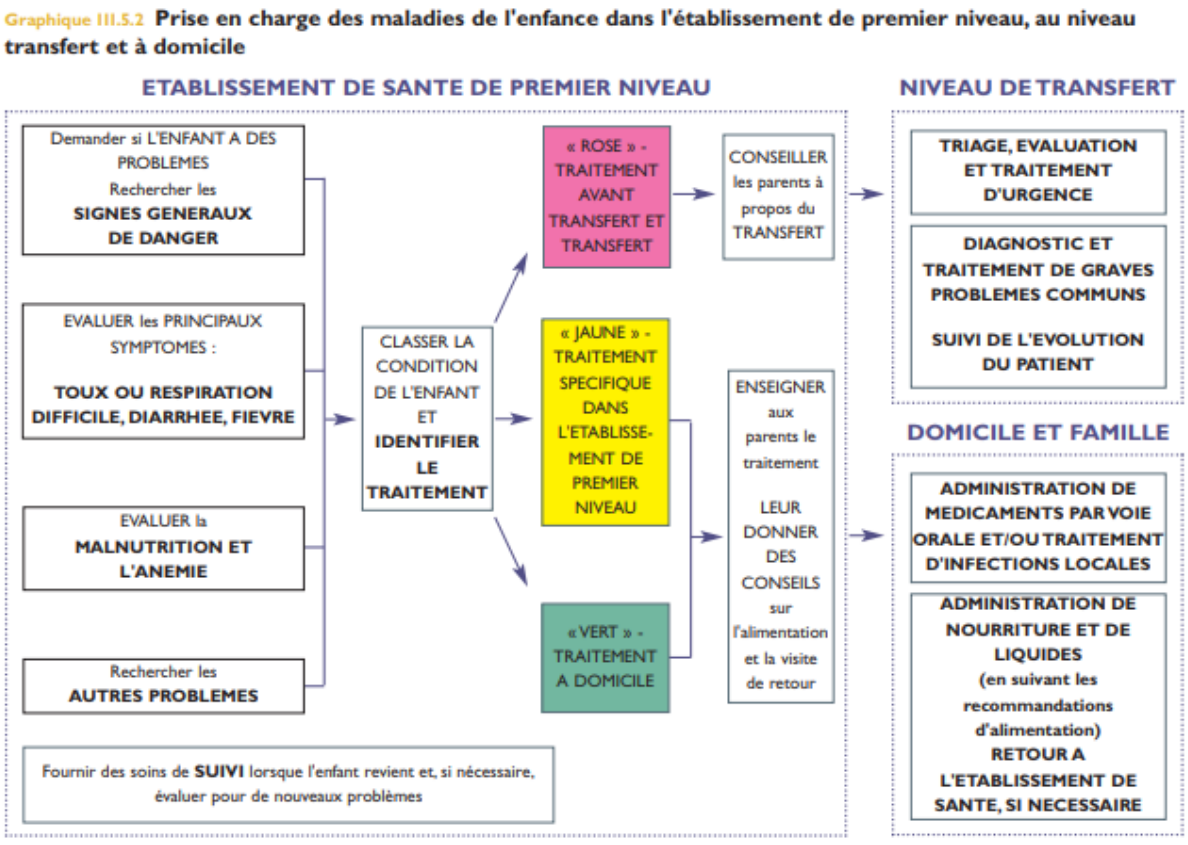


Figure 9 : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Source OMS, 2006.

Ces éléments ont donc été inclus dans la fiche programmatique afin de présenter les points clés de la santé de l'enfant dans le monde.

- **3ème étape : Rédaction de la première version**

A la suite de cette étape de sélection et de recherche, une première version de la fiche programmatique des interventions en santé de l'enfant a été rédigé. Cette première version a été régulièrement transmise au maître de stage afin de commenter et d'améliorer celle-ci dans un processus continu. Une fois cette première version de travail consolidée, le document a été soumis par courriel à quelques référents techniques opérationnels pour obtenir leurs avis et commentaires afin de l'améliorer.

- **4ème étape : Révision de l'outil**

Comme pour la fiche programmatique « Concevoir une intervention en Santé & Nutrition », les commentaires des référents techniques opérationnels ont été pris en considération afin d'aboutir à une version finale et la mettre en forme sous le logiciel Canva en utilisant la charte graphique d'ACF.

Le document final est présenté en annexe XI même si ce dernier n'a pu été validé. En effet, le processus de conception et de validation des fiches programmatiques demandent un laps de temps supérieur au temps du stage effectué.

Néanmoins, ce document servira de base de travail dans le cadre de la poursuite et la finalisation de ce projet.

Outil 3 : Zoom « Clinique mobile »

Ces mêmes démarches et méthodologie ont été utilisées pour la création de la fiche zoom intitulée « Clinique mobile ».

- **1ère étape : Collecte et lecture des documents existants**

La première étape a consisté à collecter et prendre connaissance des documents relatifs à une unité mobile de santé aussi appelée clinique mobile[18].

- **2ème étape : Sélection des éléments à intégrer dans le zoom « Clinique mobile »**

[18] « Les unités mobiles de santé sont une stratégie à utiliser en derniers recours pour atteindre les populations isolées sur le plan sanitaire. Le principal objectif de la mise en place des unités mobiles de santé est d'améliorer l'accès de ces populations au système de santé » Les unités mobiles de santé Approche méthodologique CIC, mai 2016

Cet outil a été construit, comme le précédent, selon les étapes du cycle de projet en commençant par la définition d'une clinique mobile et son cadre d'intervention avant de détailler la mise en œuvre de ce type d'intervention.

Ainsi, la fiche zoom explicite et développe la définition, les étapes et la mise en œuvre de ce type d'activité.

- **3ème étape : Rédaction de la première version**

A la suite de cette étape de sélection et de recherche, une première version du zoom « clinique mobile » a été rédigée et régulièrement transmise au maître de stage afin de corriger et d'amender le document au fur et à mesure de la construction. Une fois cette première version de travail réalisée, comme pour les autres documents, le zoom a été transmis par courriel à quelques référents techniques opérationnels afin d'obtenir leurs commentaires pour améliorer le document.

- **4ème étape : Révision de l'outil**

Les commentaires et propositions des différents référents techniques opérationnels en santé et nutrition ont été pris en compte et ont permis d'aboutir à une version finalisée qui est présentée dans l'annexe XII.

Cette étape qui a permis de rédiger les outils, a été suivi d'une seconde phase qui a consisté à déterminer et proposer le canal le plus adapté pour la dissémination de ces documents.

3.2 Modes de dissémination

Après avoir créé les outils, il a été nécessaire de s'interroger sur les modes et canaux de dissémination afin de proposer la voie la plus adaptée pour diffuser et transmettre et qu'ils soient accessibles pour les responsables de projet ou de département Santé & Nutrition.

La première étape a donc consisté à définir et identifier les différentes méthodes de dissémination pour pouvoir proposer le canal les plus adapté pour les fiches programmatiques et le zoom au sein de ACF-France.

3.1.1 Typologie de dissémination

La question de dissémination des connaissances au sein des structures fait partie intégrante de la gestion des connaissances. Ainsi, selon les travaux de Kogut et Zander en 1993, une distinction doit être faite entre les connaissances entrantes et sortantes. Ainsi, selon ces auteurs *« les flux sortant de connaissances dépendent du stock de connaissances et de la richesse des canaux de transmission alors que les flux entrant de connaissances dépendent de la richesse des canaux de transmission , de la motivation à acquérir des connaissances et de la capacité à absorber ces connaissances*[19] *».* Dans le cadre ce stage, je me suis

[19] Noblet J-P, Simon É. Le rôle de la capacité de dissémination dans le partage des connaissances : ce qui

exclusivement intéressée aux flux sortant de connaissances c'est-à-dire lorsque la structure est émettrice de l'information et le salarié récepteur du message.

Classiquement, la littérature distingue 4 typologies de dissémination (10) différentes en fonction de l'objectif recherché comme indiqué ci-dessous :

La diffusion qui peut être définit comme « *La diffusion à sens unique ou la distribution d'informations vers un récepteur unique*[20]*. »*

Le choix déterminé comme « *l'aide aux utilisateurs pour chercher et acquérir des sources alternatives d'informations et sélectionner leurs options. »*

L'échange caractérisé comme le *« développement d'interactions entre les individus et un flux multidirectionnel d'informations*[20]*. »*

La mise en œuvre qui « *inclut l'aide technique, la formation et les activités interpersonnelles conçues pour augmenter l'utilisation des connaissances, changer les attitudes ou le comportement d'organisations ou d'individus*[20]*. »*

Le type de la transmission de connaissances pour les outils créés est caractérisé par une transmission en flux sortant de type diffusion puisqu'il s'agit bien de transmettre une information à un ou plusieurs individus ciblés.

En effet, il s'agit dans le cadre de cette mission de stage de mettre à disposition des connaissances sur des supports qui excluent l'échange. Ainsi, la diffusion de ces connaissances sera « à sens unique » car l'essence même de ces documents est de divulguer de l'information vers les salariés considérés comme « récepteur » de cette information. Dans ce type de dissémination, il n'existe donc pas d'interaction entre les émetteurs du document et les récepteurs. Cette interaction pourra être proposée en complément via un autre canal comme nous le verrons dans la partie suivante.

3.1.2 Proposition des modes de dissémination des outils

Canal de diffusion des outils

Il existe 4 types différents de canal pour transmettre une connaissance. (32) Il s'agit du :

- canal informel
- canal formel
- canal personnel
- canal impersonnel

différencie la PME de la grande entreprise. Gestion 2000. 2014;Volume 31(5):87–108.

[20] Dutot V, Safraou I.Transfert intergénérationnel des connaissances et technologies de l'information (TI) : Vers un modèle intégrateur des dynamiques junior-senior. La revue des sciences de gestion. 2012; Volume 253(1):89-97.

Le canal de diffusion identifié et proposé est un canal de type impersonnel puisqu'il s'agit du web interne de ACF c'est-à-dire NHF. En effet, cette intranet ou plateforme collaborative permet de diffuser des documents en version numérique à l'ensemble du réseau et des salariés de ACF-France.

Cette proposition fait suite à un entretien avec un personnel du service informatique ainsi que des recommandations qui visent à encourager l'utilisation de cette intranet interne et collaboratif dans le but limiter la multiplication d'autres sites. L'objectif étant de disposer d'un seul outil et ainsi de limiter la dispersion des informations nécessaires aux salariés de ACF.

La plateforme initiale, appelée Toolbox, propre à la Santé & Nutrition devrait donc être abandonné au profit de l'intranet NHF pour des raisons de simplification et de regroupement des informations d'une part et d'autre part du fait de l'absence de « fonction de recherche ». En effet, la plateforme Toolbox ne dispose pas d'une « fonction recherche » essentielle pour garantir un accès simple aux documents internes.

Afin de rendre ces documents plus accessibles sous NHF, une proposition a été faite pour référencer ces documents avec des métadonnées. Ces métadonnées permettront d'identifier au mieux ces documents pour faciliter la recherche et l'accès de ceux-ci. Les métadonnées joueront donc un rôle essentiel dans l'organisation et l'amélioration du stockage des documents électroniques.

Ces documents et ses connaissances peuvent également être transmis via un canal formel par des sessions de formation de type SpeC mais également par un canal de type personnel lors des réunions ou discussions informelles avec le référent technique opérationnel ou les autres salariés.

Cette proposition de diffusion est fonction du support des documents crées mais d'autres types de supports pour ces documents peuvent être proposés.

Les autres supports possibles

Afin d'améliorer la diffusion et le transfert des connaissances, il paraît essentiel de s'intéresser à l'apprentissage des adultes au sein des organisations ou structures.

En effet, la question de gestion et de diffusion des connaissances va de pair avec la question d'apprentissage au sein d'une structure.

Les travaux de Lindeman (33,34) ont permis de mettre en exergue l'importance de co-construire les modalités de formation avec les apprenants en leur laissant la possibilité de choisir les thématiques et de les mettre au centre de l'apprentissage. Il paraît également essentiel de faire-faire et d'axer sur des modalités d'apprentissage dynamique, sur divers supports et personnalisé.

Ainsi, les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement permettent de proposer des formations en ligne tels que le « Massive Open Online Courses » (MOOC) que l'on peut traduire comme « Cours en ligne ouvert et massif » ou les « Small Private Oneline Classes » (SPOC) permettant de transmettre un cours, un contenu sur internet en libre accès.

Les SPOC permettent un suivi plus personnalisé que les MOOC car ils sont limités en terme d'accès et de nombre de participants ce qui semblent être un avantage par rapport au MOOC. En effet, le principe inconvénient de ce type d'enseignement est un fort taux d'abandon.

Au regard de ces caractéristiques, il pourrait être intéressant de proposer des SPOC reprenant le contenu des guides programmatiques et de les proposer sur la plateforme de formation interne à ACF « Talent Bridge » avec un suivi personnalisé par les référents Santé & Nutrition néanmoins ce suivi et cette personnalisation est difficile à mettre en œuvre dans les faits à cause du manque de temps des référents Santé & Nutrition.

L'ensemble de ces propositions pour la gestion et la diffusion des connaissances en Santé & Nutrition au sein de ACF-France doivent être discuté.

4. Discussions

Après avoir développé le contenu technique et proposé un type de diffusion, il convient maintenant de discuter ces propositions et d'amener une réflexion plus globale sur l'apprentissage et la gestion des connaissances au sein de ACF-France.

En effet, le premier point qui doit être mentionné dans le cadre de la création d'outils et de référentiels est qu'un élément fondamental de l'apprentissage des salariés dans une structure n'a pas été pris en considération, il s'agit de la notion de « boucle de régulation de l'apprentissage » développé suite aux travaux de Chrys Argyris et Donald Schön (35).

Ces auteurs insistent sur la nécessité de concevoir et mettre en place des mécanismes de régulation par « feed-back » ou retour d'information en français. Ainsi, « *pour un système, l'apprentissage organisationnel est un phénomène collectif d'acquisition de compétences susceptibles de pouvoir agir de façon plus appropriée et durable sur les situations rencontrées ou à venir. Afin d'évoluer positivement le système doit rechercher les boucles de causalité, les distinguer et, surtout, les utiliser*[21]*.»*

Or ces capacités de régulation et de « double boucle » qui a pour objectif d'analyser et de « *remettre en question des objectifs, des procédures, des processus, des savoirs admis*[21] » n'est pas réellement opérationnel au sein de ACF-France.

En effet, l'absence de cohérence de stratégie commune entre les différents sièges d'ACF International sur la gestion et la diffusion des connaissances pour le personnel ne permet pas de mettre en place un système apprenant au sein de la structure avec une double boucle de régulation continue. Un retour d'information sur la gestion et la diffusion des connaissances au sein de ACF-France est réalisé de manière ponctuelle en fonction des projets et des financements disponibles.

Or cette démarche n'a pas été pensé ni intégré dans le cadre plus global du changement opérationnel de ACF lors de la rédaction du plan stratégique 2021 -2025. Pourtant cette

[21] Bouvier A. Les systèmes apprenants. Que sais-je? 2009;4e éd.(3711):48–88.

question d'accompagnement et d'apprentissage dus salariés est essentielle pour limiter les effets de rotation de personnels et conserver une « mémoire collective de l'ONG ». Cette question est plus globale car elle touche à la politique et la gestion des ressources humaines, de l'intégration des nouvelles recrues à leur parcours de formation et carrière au sein de ACF-France.

Cette démarche de gestion et de diffusion des connaissances au sein de ACF doit être pensé de manière commune entre les différents sièges et prendre en compte un certain nombre d'éléments. En effet, il est essentiel d'intégrer les contraintes financières de temps et de ressources internes.

De plus, cette stratégie de gestion et diffusion des connaissances doit prendre en compte la motivation et le profil des salariés. En effet, selon l'âge et la formation initiale de l'apprenant, les besoins et les supports en formation devraient être plus variés. Ainsi, le support informatique n'est pas nécessairement adapté à l'ensemble de la population ciblée par ce projet de diffusion des savoirs.

Enfin, afin d'être acquise, ces nouvelles connaissances apprises doivent être mobilisées et utilisées (36) et ainsi rentrer dans un environnement « capacitant ».

Un second point doit être mentionné dans le cadre de la discussion de ces outils, il s'agit de la confusion entre performance et transmission des savoirs.

En effet, la transmission de savoirs et de connaissances ne va pas toujours de pair avec l'amélioration de la performance du salarié. Un certain nombre de conditions sont nécessaires et doivent être remplies pour que transmission de connaissances rime avec amélioration des performances. La première a déjà été mentionné précédemment, il s'agit de mettre en pratique et d'utiliser cette nouvelle connaissance (37). La seconde est plus complexe car « *la façon dont les adultes apprennent dans et par le travail est enracinée dans des trajectoires éducatives et leur intrication complexe avec des institutions sociales (marché du travail, organisation, communauté) et des rôles sociaux (d'employé, de citoyen, familiaux) à différentes étapes du cycle de vie*[22] *».*

Néanmoins, ce projet a été initié face aux besoins et attentes des responsables de projets et de département Nutrition & Santé chez ACF, et répond en grande partie à cette demande en créant des documents standards et normalisés.

En effet, les premiers retours exprimés par le personnel au niveau des missions ont été positif même si les outils ne sont pas validés et totalement finalisés pour le moment. Ainsi, ce travail doit se poursuivre afin d'apprécier au mieux les retombés d'un tel projet et de proposer d'éventuels réajustements.

De plus, ce projet va être poursuivi et un personnel dédié sera affecté sur un poste au sein du département Expertise & Plaidoyer pour finaliser l'ensemble des documents.

Ce stage m'a permis d'identifier et de mieux appréhender la construction de guides ou de référentiels techniques en santé et nutrition dans le cadre des missions de solidarités

[22] Malloch, Cairns, Evans et al, 2013 p356.

internationales et de mettre en pratique les enseignements reçus dans le cadre du master de santé publique.

Conclusion

Les transformations sociétales et les mutations du contexte humanitaire amènent à repenser et à optimiser la gestion et la diffusion des connaissances afin d'accompagner au mieux les équipes et de simplifier leur travail dans le cadre de la conception et la gestion des projets en Santé & Nutrition chez ACF-France.

Cette démarche de gestion et de diffusion des connaissances n'est pas nouvelle au sein de ACF-France même si celle-ci ne rentre pas dans un cadre plus global d'environnement capacitant ou de structure apprenante.

Ce projet « Package opérationnel en Santé & Nutrition » a été initié pour répondre aux besoins et attentes des équipes santé & Nutrition et semble être conforme à son objectif au regard des premiers retours des responsables de projet et de départements Santé & Nutrition interrogés.

Références bibliographiques

1. Ryfman P. Les ONG. 3ème ed. Paris: La Découverte; 2016 (Repères)

2. Action contre la Faim. Découvrir ACF (Cited 2019 April 17) Available from : https://www.actioncontrelafaim.org/nous-decouvrir/

3. Action contre la faim. Eau – Assainissement – Hygiène pour les populations à risques. 2e éd. Paris: Hermann; 2016.

4. Action contre la faim. Rapport annuel 2017 (cited 2019 Avril 17) Available from : https://www.actioncontrelafaim.org/wp-content/uploads/2019/01/RA-2017.pdf

5. Béguin-Verbrugge A. L'information dans les organisations : dynamique et complexité. In : Entre modélisation et représentation : le knowledge management, un défi pour les SIC. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2013. p. 149–61.

6. Blasco P, Gagnayre R. Opinion de volontaires sur leur première mission d'aide humanitaire. Sante Publique. 2002;14(3):289–99.

7. Vulbeau A. Contrepoint - L'infobésité et les risques de la surinformation. Informations sociales. 2015;191(5):35–35.

8. Legavre J-B, Rieffel R. Les 100 mots des sciences de l'information et de la communication. Paris: PUF ;2017. (Que sais-je?).

9. Le Coadic Y-F. La science de l'information. Paris: PUF; 2004.(Que sais-je?)

10. Dutot V, Safraou I. Transfert intergénérationnel des connaissances et technologies de l'information (TI) : Vers un modèle intégrateur des dynamiques junior-senior. La revue des sciences de gestion. 2012;253(1):89-97.

11. Doria OD. Contribution de la classification à facettes pour l'organisation des connaissances dans les organisations. Études de communication. 2012;39(2):173–98.

12. Ferchaud B. De la gestion de l'information à la gestion des connaissances. Documentaliste-Sciences de l'Information. 2001;38(1):43.

13. Fillol C. Organisation apprenante et knowledge management. In : Apprendre au travail. Paris: Presses Universitaires de France; 2012

14. Rouach D. L'information « vivante » et « ouverte ». Paris: PUF; 2010. (Que sais-je?).

15. Slouma M. Aspect évolutif et incrémental du knowledge management. Les Cahiers du numérique. 2018;14(1):25–62.

16. ACF International Network. La nutrition en urgence. Un manuel pour guider l'élaboration d'une stratégie d'interventions nutritionnelles en situation d'urgence. 2012. (Document interne ACF).

17. ACF International. L'essentiel – Nutrition et santé. Des clés pour comprendre la nutrition-santé et le positionnement d'ACF.2012. (Document interne ACF).

18. ACF Département Expertise et Plaidoyer. Le guide de l'apprenant. 2016. (Document interne ACF).

19. Boutinet J-P. Éléments méthodologiques d'élaboration et de réalisation des projets. . Paris: PUF ;2014. (Que sais-je?).

20. Kerber KJ1, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for Maternal, Newborn and Child Health : From slogan to service delivery. Lancet. 2007 Oct 13;370(9595):1358-69.

21. Staff U. La Situation des enfants dans le monde 2008 - Résumé: La survie de L'enfant. Paris: UNICEF; 2007. 44 p.

22. Rogers P. Théorie du changement, Note méthodologique n°2. 2014 ; [cited 2019 May 20]. Available from: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/MB2FR.pdf

23. Ridde V, Haddad S. Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013 Jun;61 Suppl 2:S95-106.

24. Kremp O. Roussey M. Mortalité et morbidité en France et dans le monde In : Pédiatrie. Paris : Elsevier-Masson ; 2011. p 167:172.

25. OMS. Enfants: Faire reculer la mortalité, 2018. [cited 2019 May 20]. Available from: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality

26. El Rhazi K, El Kandoussi N, Amazian K, Abda N, Obtel M, Bendahou K, et al. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : résultats d'une étude transversale dans la province de Meknès. Rev d'Épidémiol Santé Publique. 2009 May 1;57:S24.

27. Arrivé É, Perez F, Pierre LMW. The integrated management of childhood illness: Haiti's example. Cahiers Sante. 2004;14(3):137–42.

28. Ketsela T, Habimana P, Martines J, Mbewe A, Williams A, Sabiiti JN, et al. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). 2006 ; [cited 2019 May 29]. Available from: https://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfr_III_5.pdf

29. Elissalde J, Gaudet J, Renaud L. Circulation des connaissances : modèle et stratégies. Note de recherche. Communiquer Revue de communication sociale et publique. 2010 Jan 1;(3–4):135–49.

30. Noblet J-P, Simon É. Le rôle de la capacité de dissémination dans le partage des connaissances : ce qui différencie la PME de la grande entreprise. Gestion 2000. 2014;31(5):87–108.

31. Hay Group, Centre for Economics and Business Research (CEBR). Étude engagement des salariés [Internet] [cited 2019 May 22]. Available from: https://creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/engagement-des-salaries.pdf

32. Rowe, Kalika, Fallery, Reix. Systèmes d'information et management. Paris: Vuibert; 2016. 660 p

33. Marchand CD et L. e-learning et formation des adultes en contexte professionnel. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2002.

34. Eneau J, Simonian S. Un scénario collaboratif pour développer l'apprentissage d'adultes, en ligne et à distance. Recherche et formation. 2011 Dec 1;(68):95–108.

35. Bouvier A. Les systèmes apprenants. Paris: PUF; 2009. (Que sais-je? 3711).

36. Oudet SF. Apprendre au travail. Chapitre 14. Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. Paris : Presses Universitaires de France; 2012.

37. Carré P. De l'apprentissage à la formation. Pour une nouvelle psychopédagogie des adultes. Revue française de pédagogie. 2015;190(1):29–40.

Annexes

Entretien pour évaluer les besoins en gestion de connaissance pour secteur Nutrition et Santé

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

- Comprendre quels sont les besoins actuels en termes de gestion de connaissances pour la mise en place de programmes efficaces et de qualité en nutrition et santé
- Identifier ces besoins selon processus du cycle de projet :
    - Analyse de contextes / besoins pour la traduction en stratégies d'intervention formulation de stratégies d'intervention,
    - mise en œuvre et suivi / évaluation

SYNTHESE DES ENTRETIENS

Définitions de la stratégie d'intervention

Données utilisées pour analyser des besoins/contextes

- Infos sur les guidelines disponibles en capitale
- Pour analyse du problème sous-jacent : données secondaires auprès des autres secteurs, cluster, internet, ou bien collectes de données primaires à travers des SMART, FOSA
- Données hors ACF : rapports d'évaluation d'autres ONG, informations du système de santé publique (ERAMS, MICS). Données secondaires collectées ne sont pas toujours fiables (besoin de trianguler), manque d'information pré-crise. En contexte d'urgence, les données peuvent être collectées trop rapidement et manquer de pertinence
- Données ACF : enquêtes réalisées pour d'autres zones (SMART, enquête nut, évaluations rapides)

Outils/ressources utilisées pour l'analyse des besoins

- Besoins en accompagnement à des moments précis (évaluations rapides multisectoriels)
- Outils ACF : CMM, indicateurs SN, doc alignement SN, washinut, E-IYCF book, toolbox (fiches techniques)
- Documents externes : guidelines et politiques nationales, guidelines des bailleurs pour les stratégies d'intervention. HIP ECHO pour l'estimation des médicaments. Guidelines UNICEF, OMS
- Ressources : RTO, Health advisor

Toolbox

- Points négatifs: peu pratique, nombreux liens ne fonctionnent pas, outils peu vivant, documents pas faciles à trouver
- Pas utilisée par tous
- Pour que ça fonctionne : tous les RDD en partance doivent avoir cet outil qui lui soit présenté. Faire chaque année des webinars pour présenter l'approche santé avec les staffs terrain (pas que PM). Rendre la toolbox plus interactive, avec des liens sur des références

Défis/lacunes pour faire une bonne analyse

- Délais très courts de réponse pour les propales. RTO n'ont pas toujours le temps de répondre.
- Mieux définir : les besoins d'informations, les méthodologies, mettre des exemples d'outils de collecte, trouver les arguments santé pour mieux nourrir les propales.
- Manque de données en amont sur le contexte

Mise en œuvre

Les besoins en médicaments sont estimés avec soit :

- Des outils ACF : données de morbidité, CMM, SOP, nombre de bénéficiaires. Pas d'outils spécifiques pour les intrants nut
- Des outils externes : documents nationaux (IMNCI guidelines et BPHS)

La qualité des projets est évaluée à travers les APR, PQMT, les données programmes avec les bases de données (IMCI, OTP, Drug Monthly Consumption, ANC, PLW), et parfois l'évaluation des performances de la FOSA. Il y a aussi le suivi des financements (BFU) et la comparaison avec les objectifs du projet. Des supervisions PM/DPM/HoD, et visites terrain régulières permettent d'améliorer la qualité aussi.

Difficultés/contraintes pour la meo :

- Contraintes externes : sécurité, accès difficile dues aux conditions climatiques
- Contraintes internes : niveau de compétence des staffs insuffisant, retard livraison médicaments, recrutement, faible gestion de projet, faible analyse des données/APR. Manque de ressources pour les données à collecter et pour faire les supervisions sur l'ensemble du paquet d'activités.
  RP focalise sur les résultats nut pas sur la santé, soit par manque de formation soit pas que.
- Manque de données qualitatives et de baseline. A besoin de savoir quels éléments que nous devons prioriser, quelles méthodologies pour prioriser comment agencer. Et surtout comment interpreter les données.
- Besoin de préciser 'éventail d'activités en santé d'ACF, cadre d'intervention, clarifier le positionnement d'ACF, capitalisation d'évidences dans le réseau pour définir les bonnes pratiques
- Ne connait pas toujours le paquet d'activités santé (au Myanmar, où ils ne font pas de santé)

Solutions : formation sur talent bridge, visites de personnes du siège ou de la coordination, besoins de méthodologie pour des analyses en particulier. Réunion/atelier de travail en équipe pour le remplissage de l'APR.

Qualité des interventions dépend de la qualité du staff et du management. Ressources financières ne sont pas toujours adaptées aux ambitions. Protocoles pas toujours suivis

Toolbox peu mentionnée pour la mise en oeuvre

M&E

Outils utilisés pour le suivi : APR et utilisation des bases de données (IMCI, OTP, ANC, PLW, drugs monthly consumption) pour utiliser la qualité des activités, respect du planning. Le DHIS2 du District peut être utilisé.

Manque d'outils standardisés (le système actuel dépend trop de la personne en charge), de méthodologie, manque de capitalisation. Manque d'outils sur le MEAL et manque d'analyse des (bases de) données (pas sûre qui est responsable sur le mission).

Au Myanmar, ils utilisent une checklist développée par le HoD directement.

Format

Pour les RP et ARP nécessité d'avoir des documents courts qui vont à l'essentiel.
Difficultés à faire le lien entre la policy et la mise en œuvre pratique parfois

Knowledge pathway:

Recommendations

- Practical documents
- Short documents or synthethic ones to go along with a more detailed one
- Qualitative information
- Contextualized documents
- Various languages
- Support is needed when receiving technical document (MOOC, webinar/e-learning, short video, training, follow-up and communication, etc.)
- Preferred interactive formats : digital, video, webinars accompanying the document and hardcopy
- Sharing of information : Community of Practice, Facebook pages are a good solution, webinar are a good one shot option but need to be done regularly.

ANALYSE DE CONTEXTES / BESOINS POUR LA TRADUCTION EN STRATEGIES D'INTERVENTION

- **Comment le problème sous-jacent à l'intervention a-t-il été identifié, à travers quelle analyse et quelles données ?**

Caroline Favas	Croisement des info de la part des interventions FSL, wash, cluster, bulletins hebdomadaires de OCHA, websites (mapping) Sinon, SMART avec indicateurs, récolter les infos en remote Gap/besoins : si absence d'équipe ACF déjà en place, difficulté d'envoyer une équipe pour une évaluation/récolter les besoins réels du terrain
HoD Cameroun	Déclaration de crise humanitaire, l'équipe a fait une évaluation sur une zone précise, collecte d'informations : données de morbidité, structures de santé, quel est le paquet d'activités qui a été fait.
RP Tchad	Base de Bouar, projet 6 mois PCIME / PCIMAS. D'abord lancé l'équipe de nut santé urgence, ou avait été ciblé un certain nb de fosas. Peu de données en nutrition. Donc ce sont positionnés pour mieux voir quelle était la situation. C'est à ce moment que le projet a été écrit.
HoD Yémen Beka	Look at surveys that have been conducted by ACF and other actors, programs data like admissions rates, etc. data from the cluster reports (M&E humanitarian response plan) Use or perform rapid needs assessment, or look at those performed by the other organizations Look at repsonse plan, humanitarian plan, strategy and priority developed by the cluster. Lack of survey and assessment for health, but can look at SMART survey. More difficult for health, because new and have less information
HOD Myanmar - Than Htut Aung	
DPM RCA	Depuis juillet 2017 a commencé par superviseurs, puis adjoint RP, Bangui en province mobile sur les situations d'urgence. Alindao surtout en ce moment. Outils ACF donné par le RDD pour le bilan de la situation. Utilise les outils logistiques ACF aussi (SFU). APR pour aider à l'évaluation de la situation. Collecte des données au niveau du CS, mais il n'y a pas d'outils précis pour faire ces questions. Utilise les outils ACF pour les médicaments. M&E : utilisation des fiches ACF pour évaluer les activités toutes les semaines. Utilisation du SNIS. Ne connaissait pas la toolbox Utilise le protocole national qui est très proche de celui d'ACF. Plus pratique d'avoir un gros document. Aurait besoin de plus de guides pratiques pour l'implémentation directe. *Peu d'exemple concrets de documents qu'il utilise (difficile d'avoir des informations précises)*
PM Indonesia	Health activities Did'nt conduct assessment. No tools available. CMAM project data (developed in the same area) were used. Collected secondary data from DHO or government (common diseases, MCH). Collected data for numbers of HF, basic information in order to double check the data from DHO. Developped tools based on DHO tools, and elaborated on it to fit the needs for neonatal emergency to assess the puskesmas.

	Need tools for MCH assessment regarding activities for maternal and child health.
DPA RCA Hala	Intégration insuffisante des nouveaux staff (surtout des RP): - Manque de préparation au départ (briefing) - Ne reçoivent pas les outils institutionnels/ technique pour bien faire leur travail - Pas de suivi des staffs - Manque de dissémination globale des outils/documents, etc. car tout le monde n'est pas toujours informé. La dissémination des outils de gestion des médicaments n'est pas suffisante Besoins en outils : - Papier qui présente le système de santé du pays - Guideline sur les minimums standards UNT/UNA - Boîte à outils pour la mobilisation communautaire (guidelines, training package, etc.) Idées : - Avoir un kit NS, comme on a le kit logistique

➔ Collecte de données déjà existantes auprès des autres secteurs, cluster, internet.

➔ Collectes de données primaires à travers des SMART, ou données dans les FOSA (morbidité, état FOSA, paquet d'activités, etc.). Si une équipe ACF n'est pas déjà en place, difficulté pour collecter des nouvelles informations

- **Existe-t-il des gaps d'informations concernant le contexte / analyse des besoins Que devrait-on savoir ? Qu'est-ce que l'on ne sait pas ? Pourquoi ne le sait-on pas ?**

Un type d'info est disponible, mais nécessité (++) de les croiser (par exemple accès à un centre de santé, accès à la communauté etc.) Les data sur les incidences des patho des régions sont souvent erronées. Gap sur les acteurs présents : qui fait quoi et où ? Concernant les guidelines, les infos sont disponibles au niveau de la capitale.
Ce qui a manqué c'était d'avoir les données factuelles avant la situation d'urgence. Donc difficile de montrer l'excès de morbidité ou a difficulté liée au contexte d'urgence. Peut-être était deja comme cela avant l'urgence, c'est-à-dire un problème fonctionnel. Difficile de quantifier les pertes de recettes liée la gratuité. Ces données sur avant la crise, ne sont pas retrouvées au niveau du district ; peu de recul sur avant sur des bases factuelles. Analyse des causes dans le dysfonctionnement : personnels de santé est partie, pillage de matériel, la demande s'est ciblée au niveau agents de santé. Focus group au niveau des centres de santé. Comme collecte rapide nous n'avons pas vraiment associé les populations éloignées. C'était une insuffisance car on s'est rendu compte qu'une population éloignée n'avait pas accès donc cela a nécessité l'adaptation du projet avec mise en place (stratégies avancées). Mais pour la nouvelle proposition ils ont carrément revu avec la mep d'une clinique mobile
Urgence Lindao : écriture d'un projet ou nous n'avions pas de projet. C'était une zone d'urgence avec déplacement d'infos. Aucune d'infos des rapports SNIS car collapse du système de santé.

Bouar : il y avait quand même certains rapports SNIS, mais pas bien remplis et peu fréquent En plus cela demande du temps de faire ces analyses, alors que pour écrire ces projets d'urgence nous avons que très peu de temps pour faire cette écriture et cette analyse, donc au final les choses s'affinent plus après. De plus il y a question de l'inaccessibilité des axes pour Bouar. On va rester sur de faire ressortir les critères d'urgence.

➔ Infos sur les guidelines disponibles en capitale

➔ Données secondaires collectées ne sont pas toujours fiables, manque d'information pré-crise qui permettent de mettre en évidence les besoins. En contexte d'urgence, les données peuvent être collectées trop rapidement sous la contrainte de temps et manquer de pertinence

- **Quelles sont les ressources et outils dont vous disposez qui vous aident dans cette analyse du contexte / besoins ? (Préciser qu'il peut s'agir d'outils, de documents ou études, de méthodologies, de personnes, etc. Que ce soit chez ACF ou en externe).**

On s'est servi de Bouar et un peu pour Alindao : on s'est servi des enquêtes nut ; il y avait eu des SMART rapides + évaluation rapides (outil réalisé par la mission) A utilisé les rapports ERAMS, elle s'est servie de l'enquête MICS C'est Caroline qui a fait la compilation des données car pas de RP
- Rapid needs assessment : ACF tool to be adjusted by the mission, because it is not very easy to use - Health Facilty Assessment : use ACF and national tools
HOD Myanmar - Than Htut Aung Gather secondary information available SMART and SQUEAC survey as part of assessment but more for a monitoring process than for the proposal Toolbox HSS can be used Food security policy will be used Emergency: use the rapid needs assessment → not sufficient Use MIRA for nutrition but had to add questions Plan international document for NCA

➔ Utilisation des enquêtes réalisées pour d'autres zones (SMART, enquête nut, évaluations rapides), et utilisation des informations du système de santé publique (ERAMS, MICS)

- **Qu'est-ce que vous utilisez ou au contraire n'utilisez pas (pourquoi) ?**

Guidelines protocoles de prise en charge, survey, SMART, data provenant de la food sec, documents permettant de quantifier les besoins en produits médicaux (CMM+++)
Ils ont utilisé le Kit Toolbox : analyse des structures de santé et analyse au niveau du district et ont ajouté questions sur l'allaitement. Dès qu'il arrive sur une mission en tout cas pour le côté santé : c'est la Toolbox. Tout ce qui est utilisé ce sont les fiches techniques

Ils utilisent aussi les algoritmes médicaux : pecime, SR
A utilisé un doc Excel qui liste les indicateurs santé

➔ Indicateurs santé, toolbox (fiches techniques), protocoles de prise en charge, données de la SMART et autres secteurs

➔ Toolbox n'est pas mentionnée par tous

- **Comment vous les procurez-vous ?**

Via internet, les différents cluster, documents ACF reçus par mail Toolbox peu pratique, incompréhension sur la fréquence des mise-à-jours, perte du réflexe de l'utiliser Pour la toolbox, l'impression remontée est : • Beaucoup de liens ne fonctionnent pas C'est peut être aussi un pb de connexion • Pas/peu de mises à jour outil perçu comme non vivant J'ai l'impression que ça décourage
Via la toolbox sur internet
Ne connaît pas la toolbox
Myanmar NHF Informal from the Hod and other colleagues, RTO
Indonesia **Look on ACF website/NHF**

➔ Toolbox est utilisée

➔ Points négatifs de la toolbox : peu pratique, nombreux liens ne fonctionnent pas, outils peu vivant, documents pas faciles à trouver

- **Est-ce qu'il vous manque des ressources, des appuis ?**

Délai de soumission des projets souvent très court : nécessité d'avoir un appui et une communication très rapide Travail souvent en collaboration avec d'autres partenaires, ce qui diminue aussi les délais permettant un échange avec le siège Ces délais très courts empêchent un retour complétement opérationnel de la part d'un support siège (RTO) Même si les besoins sont anticipés de la part de la mission : le RTO est prévenu qu'il va recevoir des questions/doc à revoir par exemple Pour les délais sur les propales, il y a a priori beaucoup de dépôts aux alentours de noël et pendant l'été (=absence du siège ou en tout cas perçu comme tel). Mon ressenti est qu'il y a une crainte au niveau mission de ne pas avoir des retours suffisamment rapides et directs de la part du siège (advisor absent, back up pas toujours à l'aise avec le contexte etc.). La HoD semble anticiper systématiquement les besoins supports HQ en avertissant sur l'arrivée d'une propale mais malgré ça, ça semble compliqué.

⍰Probablement un aspect à creuser de notre côté
Accompagnement pour les évaluations rapides multisectoriel, la capacité de réaction et notamment l'analyse de ce qu'on a produit. Feedback faire des articulations avec d'autres secteurs d'ACF, mais dans ce cas besoin d'être accompagné. Pour le moment ce qu'on utilise c'est complet.
Oui un outil assez simple à utiliser sur les données de base à récolter Pas facile de trouver les documents sur la Toolbox santé mais difficile
Program data very useful to justify and analyse the data of the mission. They are used. General assessment for health could be useeful, but needs to be developed. Robust methodology is needed.
Myanmar : Standardized approach to make solid reference

- ➔ Délais très courts de réponse, difficultés amplifiées lorsque les propositions doivent s'écrire avec des partenaires. RTO n'ont pas toujours le temps de répondre. HoD anticipe les propales et prévient le siège, mais ça ne suffit pas toujours, manque d'appui pour l'écriture à la fin.
- ➔ Pour les évaluations rapides mutlisectoriels, besoins en accompagnement.
- ➔ IL semble qu'il y ait un besoin d'accompagnement de la part du siège à des moments précis.
- ➔ **Analyse des besoins** : Quels besoins d'informations, quelles méthodologies, mettre des exemples d'outils de collecte. En terme d'estimation des besoins : trouver les arguments santé pour mieux nourrir les propals, comment on trouve des infos comment intégrer cela.

- **Précisez les outils/ressources chez ACF qu'est ce qui est utilisé ensuite hors ACF. Outils pour la stratégie d'intervention**

Quantification des besoins médicaux sur base de la CMM (annexe SOP Achats méd) Health indicators (sous la toolbox santé) La plupart des guidelines sur les protocoles de traitements utilisés sont nationaux Pour la stratégie d'intervention : • La plupart des guidelines est fait lors de la mise en œuvre du projet, pour aider les équipes dans la mise en œuvre. • Nouvelles activités ANC et vaccination basées sur la stratégie « alignement nut santé ACF »+fort encouragement de la RTO • Pas vraiment d'outils clés, mais plus une réflexion avec les équipes. Pour exprimer la stratégie aux bailleurs : guidelines du bailleur pour utiliser leur vocabulaire Briefing paper sur l'alignement NS, documents sur les approches multisectorielles (Washnnut) E-IYCF book
Des rapports d'évaluation d'autres ONG Pour la stratégie d'intervention : Il regarde la note de briefing alignement santé et nutrition afin de voir les composantes de réponse qu'ils sont dedans. Il donne les grandes lignes mais le contenu on essaie de l'adapter en fonction du contexte. Ce document alignement santé et nutrition, le HIP ECHO, pour estimer les besoins en médicaments ils utilisent le document sur l'estimation des besoins basés sur l'épidémiologie.

Tu as été informé par Olivia de l'existence de cette Toolbox, reçu par email et session Webinar + sessions effectuées par Olivia Pour que ça fonctionne : tous les RDD en partance doivent avoir ce document présenté. Faire chaque année des webinars pour présenter l'approche santé avec les staffs terrain (pas que PM)
Outils sur les Indicateurs a été utilisé car c'est un outil qui a répondu à un besoin un moment T et qui a été répondu Pour la stratégie d'intervention : Outils indicateurs (doc Excel), brainstorming avec les équipes en utilisant arbre à problèmes à solutions mais sans vraiment le formaliser. Ressources dont tu as connaissance : 1ère ressource c'est la RTO, en plus Caroline a pas mal utilisée le papier de positionnement ACF santé pour voir Utilisation des guidelines et politiques nationales, notamment des projets de relèvement afin que cela s'inscrive dans la politique nationale. Beaucoup navigué sur Internet : doc OMS et UNICEF, guideline d'autres pays, articles.

➔ Dépend selon les besoins spécifiques du moment
➔ Documents ACF : CMM, health indicators, alignement nut-santé, wahsinut, E-IYCF book
➔ Ressources : RTO, Health advisor
➔ Documents externes : rapports d'évaluation d'autres ONG, guidelines et politiques nationales, guidelines des bailleurs pour les stratégies d'intervention. HIP ECHO pour l'estimation des médicaments. Guidelines UNICEF, OMS

- **Comment jugez-vous de la fiabilité des connaissances sur lesquelles vous vous appuyez pour concevoir votre stratégie d'intervention ? Quel degré de fiabilité / validité est nécessaire ? Dans quels cas ?**

• Les data venant des organismes nationaux sont systématiquement et dans la mesure du possible triangulés • Par exemple : suite au manque de neige durant l'hiver, la sècheresse est déclarée mais les informations sur le degré de sécheresse et d'urgence varient d'un organisme à l'autre. • Certitude sur les info ACF
Un trop au feeling, Lindao il y avait vraiment des énormes besoins, mais on sait qu'il y a des énormes besoins. Bouar : on ne s'est pas laissé suffisamment le temps de creuser les besoins. Donc est-ce qu'il y vraiment une augmentation des besoins par rapport à d'autres. Difficulté à avoir pu à démontrer la surmortalité et morbidité mais de données précises qui te le démontrent ;

➔ Triangulation des données venant des organismes nationaux. Manque de données en amont peut rendre difficile l'évaluation d'une nouvelle situation (urgence)
➔ Fiabilité des données provenant d'ACF

MISE EN ŒUVRE DU PROJET

- **Avez-vous une connaissance détaillée du contenu du package d'interventions essentielles pour la santé et la nutrition de la mère et l'enfant ?**

Guidelines étatiques relativement exhaustifs : cf Maternal Child Health
Oui
Yes. Follow national guidelines for health, and complement them with the WHO guidelines. Tools from ACF are used as well
Myanmar Package of activities from the government of Myanmar, but not within ACF. Will as khis RTO to find it
Indonesia **Yes know the activities, has one document ACF alignement NS**

- **Sur quoi vous appuyez-vous pour définir les besoins en médicaments, intrants nutritionnels et équipements ?**

Morbidity data de la mission, outil de quantification des besoins (CMM), doc étatique (IMNCI guidelines et BPHS)
Outil estimation des besoins selon base épidémio, ou selon CMM. Pour les intrants nut on n'utilise pas d'outils spécifiques.
Les médocs : estimation des besoins SOPs, très peu sur la base épidémio (car pas d'info sur les maladies). Utilisation de celui basé sur la CMM. Même si pas CMM précise elle comparait avec d'autres projets. Intrants nut : CMM et nb de bénef
Program standard list of medecines from ACF, SOP very useful Support from HQ very valuable on this
Myanmar : For RUTF nutrition only use monthly consumption average or prevalence based consumption provided by ACF. National guidelines.

➔ ACF : données de morbidité, CMM, SOP, nombre de bénéficiaires. Pas d'outils spécifiques pour les intrants nut

➔ Externes : documents nationaux (IMNCI guidelines et BPHS)

- **Sur quoi vous appuyez-vous pour implémenter les programmes en SN (guidelines, protocoles, etc.) ?**
- **Comment évaluez-vous la qualité des projets => sur quelles connaissances / méthodo / outils / ressources vous appuyez-vous (chez ACF ou hors ACF) ?/ Lesquelles manquent ?**

- APR, IMCI database, OTP database, Drug Monthly Consumption database, ANC database, PLW database
- Comparaison avec les targets du projet
- Permet de comparer, grâce à ces éléments, la qualité et quantité du projet
- Supervision (PM, DPM, HOD)

Outils : base de données SPP et morbidité, qui est remplie et suivie. APR quantitatif. Early stat évolution admission, gain de poids, etc.
Suivi des financements (BFU) et chronogramme.
Vous faites des points RP chaque semaine, visite terrain tous les deux mois dont un bilan avec toute l'équipe c'est-à-dire superviseurs
Un autre outil que nous n'avons pas pu développer entièrement c'est le PQMT (remplissage au début, en cours du projet et à la fin) - > évalue la qualité.
Le problème c'est que c'est assez long, par ailleurs, la personne qui met en œuvre n'est pas la personne qui a fait l'évaluation donc difficile à remplir. Mais personne ne s'intéresse à cela.

Surtout on se basait sur les données programmes avec les BDD, indicateur avec un échantillon des enfants venus en cs. Pertinence du diagnostic et cohérence du traitement -> service PECIME
Outils de supervision développée en nutrition sur la mission. Evaluation des performances de la formation sanitaire sur le service de pec de la sous-nutrition.

Also use ACF tools for nutrition, but not aware if there are some for health in addition to national tools/guidelines.

Myanmar
ACF international guidelines for treatment of Acute malnutrtion. And is going to change for the national protocol.
Aligning of Health and nutrtion, washinut
Would need more detailed info about protocole treatment eventually

Indonesia
IMCI protocol from national protocol/guidelines
Doesn't have ACF guidelines
Didn't find guidelines for HIV ACF.

Would need guidelines from ACF to compare with the national guidelines

➔ APR, PQMT
➔ Données programmes avec les bases de données : IMCI, OTP, Drug Monthly Consumption, ANC, PLW. Evaluation des performances de la FOSA.
➔ Suivi des financements (BFU)
➔ Comparaison avec les objectifs du projet
➔ Supervisions PM/DPM/HoD, visites terrain régulières

- **Comment les chefs de projets ou staff terrain organisent-ils leur travail au quotidien, qu'est-ce qui influe sur leurs priorités, leurs décisions, qu'est-ce qui leur prend du temps, quelles normes / codes les contraignent ?**

Contraintes : sécurité, accès dû aux conditions climatiques, approvisionnement des médic, retards de MoU

Demande du temps : recrutement Présence d'un chronogramme des activités pour les cliniques mobiles Capacité technique des staffs plutôt faible à Ghor
C'est sur l'évolution de l'indicateur, tous les RP ont au moins une réunion mensuelle avec l'équipe, au remplissage de l'APR c'est une analyse qui est faite sur la non atteinte des résultats et donc potentiellement d'envisager des activités non prévues. Atelier régulier avec toute l'équipe est vraiment productif
Grosse contrainte par la gestion de projet, la plupart ne font que très peu d'analyse. Complétement bouffé par leur quotidien (DSS, etc.) donc pas de temps à l'analyse, faire des propositions pour réorienter les décisions. Par contre cela ressortait lors des échanges avec la coordination. Beaucoup de choses pourraient ressortir de l'analyse des APR mais pas de temps car cela prend beaucoup de temps rien qu'à le produire

➔ Contraintes externes : sécurité, accès difficile dues aux conditions climatiques

➔ Contraintes internes : niveau de compétence des staffs insuffisants, retard MoU, retard livraison médicaments, recrutement, faible gestion de projet et absorbé par leur quotidien, faible analyse des APR

➔ Réunion/atelier de travail en équipe pour le remplissage de l'APR, sont productifs.

- **Quelles solutions pourraient être apportées pour les aider ?**

• Mise en place d'un Buffer stock à Kabul pour démarrer rapidement les activités
La formation continue. Certains sont inscrits à talent Bridge, beaucoup utilisé. Important d'avoir des personnes extérieures et notamment des personnes du siège. Besoin de Methodologie pour conduire des ateliers sur analyse des problèmes (juste SWAP)

➔ Solutions : formation sur talent bridge, visites de personnes du siège, besoins de méthodologie pour des analyses en particulier

- **A quelles difficultés / dysfonctionnements ces personnels acteurs sont-ils confrontés ? Comment cherchent-ils à y répondre ?**

C'est lourd ce qui est demandé en même temps, notamment avec le continuum de soins de la mère et l'enfant. Beaucoup de données à récolter en même temps, à analyser, alors que nous n'avons pas les ressources suffisantes qui vont avec. Par exemple : 3 superviseurs pour faire 3 ou 4 CS pour faire tout le paquet infantile (PECIME, PECIMAS, pharmacie) alors qu'avant 1 superviseur juste pour activité de nutrition.
Très pris par le quotidien Les RP ont du mal avec l'approche santé restent très focalisés sur l'approche nutrition. Ils vont considérer l'atteinte des objectifs du bailleur mais ne vont pas regarder la pertinence de ce que nous sommes en train de faire Est-ce un problème de formation ? Pour certains oui mais pour d'autres pas seulement

➔ Manque de ressources pour l'importante quantité de données à collecter. Manque de personnel pour faire les supervisions sur l'ensemble du paquet d'activitié

➔ Certains RP regardent juste l'atteinte des objectifs bailleurs et ne questionnent pas la pertinence de l'intervention

- **Quelles solutions sont trouvées ou non ? Pourquoi ?**

Problèmes de contraintes budgétaires donc on limite le nombre de superviseurs, donc pouvoir couvrir l'ensemble du district.
Visite terrain de la coordination, ces points quotidiens.

➔ Visites régulières de la coordination sur le terrain

- **A quel niveau de qualité/efficacité les activités sont-elles réalisées, Lesquelles ne le sont pas et pourquoi ?**

Taux efficacité des cliniques mobiles à Helmand environ 80% et 60% pour Ghor Différences dues à la qualité technique du staff (besoin de support++) et du management De moins en moins d'expat au niveau PM : standards et exigence moins élevés au niveau de la supervision Par exemple, suspicion de cas de rougeole rapportés seulement dans les APR or le moindre cas doit immédiatement être signalé (faute professionnel)
60% de qualité : insuffisance de temps pour vraiment évaluer la qualité de la méthode de conduite du remplissage des outils. Mais un processus est en cours pour arriver à plus checker l'aspect qualitatif. 70% d'efficacité : on arrive à faire appliquer les protocoles de soins. Utilise les fiches PECIME, partogramme,
Un projet sur la base de Sibut qui a complétement foiré, qualité et efficacité nulle. Le design du projet n'était pas le bon sur l'opérationnalité. Aucun retour sur ce qui se passait. Trop ambitieux par rapport aux ressources disponibles. Le montant a été coupé par les bailleurs mais on a gardé les mm activités avec moitié moins d'argent. Bouar : design du départ est adapté. Problématique de l'approvisionnement ++++ Besoin d'avoir un pharmacien sur cette mission pendant 6 mois. Les RP prescrivent selon leurs habitudes, et non sur les protocoles nationaux.

➔ Qualité des interventions dépend de la qualité du staff et du management. Ressources financières ne sont pas toujours adaptées aux ambitions

➔ Standards moins élevés au niveau de la supervision. Protocoles pas toujours suivis

- **Quelles informations / données manquantes souhaiteriez-vous avoir pour améliorer la mise en œuvre ?**

Avoir de données qualitatives ;
Il n'y a pas de manque d'infos mais c'est plutôt qu'on les traite mal.

Nous n'avons pas de baseline, donc difficile de mesurer l'impact. On récolte beaucoup de données on ne le traite pas assez, par manque de temps, de priorisation. Par ailleurs, on ne sait pas aussi bien le faire : comment interpréter. A ce jour il y a un énorme problème dans l'approvisionnement en médicaments et donc a un impact très fort dans les programmes.
Tools are present for most of our intervention Missing : treatment of common communicable diseases management for children above 5, and elderly.
Myanmar No specific idea Difficulties to analyse the data for a quality purpose, due to a lack of time

- ➔ Manque de données qualitatives. Absence de baseline
- ➔ Données sont mal traitées
- ➔ **Planification** : savoir quels éléments que nous devons prioriser, quelles méthodologies pour prioriser comment agencer.

MECANISMES DE SUIVI DU PROJET

- **Comment assurez-vous le suivi de vos projets (via quels outils, méthodes, ressources, etc.)**

APR, IMCI database, OTP database, Drug Monthly Consumption database, ANC database, PLW database +Sitrep
- APR developped for each project, with database Monthly technical report QL. - Data collected during supervisions - Drug/equipment consumption report - Coordination meeting to discuss the issues
Myanmar Monitoring checklist developped by HoD. Not sure it is standard APR is also used.
Indonesia Tools for monitoring IMCI/MCH national tools APR Quantitative was developed based on the template. Lack tools and guidelines on MEAL. Very challenging and difficult for M&E

- ➔ APR et utilisation des bases de données (IMCI, OTP, ANC, PLW, drugs monthly consumption)
- **Qu'est-ce que vous suivez à travers ces outils ?**

Qualité, quantité, respect du timelime, MEAL plan APR qualitatif : analyse, challenge, solutions possibles
Un suivi mais l'analyse de ces BDD est insuffisante et notamment avoir un feedback de la part du siège pour améliorer la capacité d'analyse de l'équipe terrain. Par exemple pour alerter etc.

- ➔ Qualité des activités, respect du planning, quantité
- ➔ L'analyse des bases de données est insuffisante

- **Avez-vous mis en place d'autres outils pour suivre d'autres points concernant le projet qui vous semblaient importants (lesquels et pourquoi) ?**

Autres commentaires Les BDD sont intéressantes, mais souhaiterait avoir plus de feedback et nous faire sortir de la routine, mettre l'accent sur des choses à prendre en compte. Utilise le DHIS2, mais au niveau du district donc données par centre comment on l'utilise.
APR quand il est bien désigné à la base : indicateurs projets + certains indicateurs autres qui proviennent des autres BDD. BDD SNIS qui permet de fouiller. Révision des outils de suivi il y en a vraiment bcp, certains peuvent etre amélioré, notamment tout ce qui touche au communautaire. Commentaire général : Notre grosse faiblesse se situe à deux niveaux : - Dans le design des projets : manque d'outils, manque de temps car doit etre écrit en 3 jours et donc d'etre sur d'être vraiment pertinent ? → méthodologie sur comment choper quels type de faiblesse - Bcp de choses sont faites mais on ne capitalise pas, manque de standardisation et de capitalisation. Ancrage institutionnel à place que ce soit personnes dépendantes. → tout ce qui est MEAL nous ne sommes pas bon, problème de temps disponible. En plus positionnement du RP : R&R sur cette question d'analyse - RP profil médical sont très très dans le clinique mais pas assez dans l'analyse globale dans le suivi de projet. Mais on perd ce côté clinique avec le paquet minimum d'activité.

- → Peut utiliser le DHIS2 du District
- → Les outils de suivi doivent être améliorer par rapport au contexte. Manque d'outils pour le design de projet
- → Manque d'outils standardisés (le système actuel dépend trop de la personne en charge) et de méthodologie, manque de capitalisation. Manque d'outils sur le MEAL
- → Manque d'analyse des données (pas sûre qui est responsable sur le mission)

Ajouter questions sur la toolbox

- Connaissez-vous la toolbox ? Comment l'avez-vous connu ?
- Est-ce-que ça répondrait à leur besoin ? pourquoi ?
- Qu'est-ce-qui manque ?
- Interface

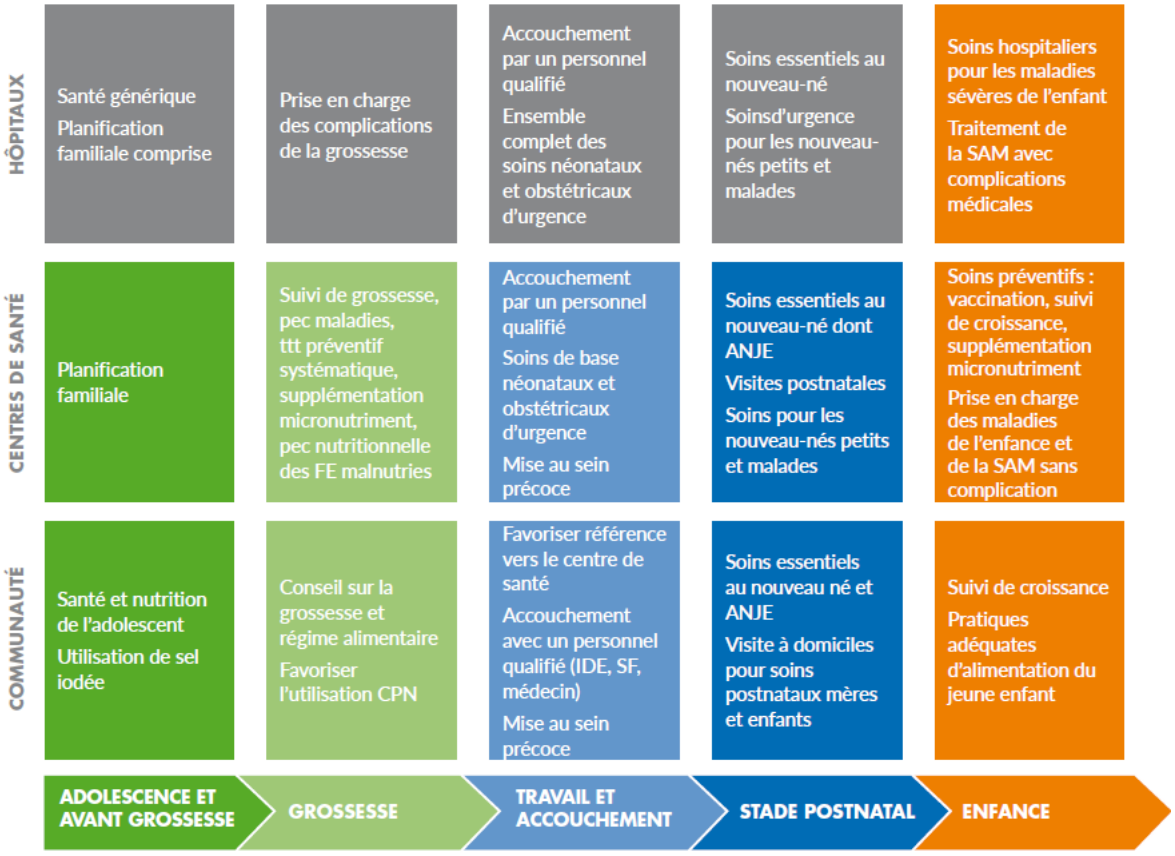
(Siriki)

Pour lui c'est comme si ce n'est pas finalisé car certains éléments ne sont pas accessibles. Expliqué comment fonctionne la toolbox et comment est-ce qu'on utilise ->
Toolbox : doesn't know the toolbox Take the information from NHF or from his OTA
Myanmar : Use it from time to time, very unfrequent. Because Works more with NHF and national documents Toolbox is useful, but it would be good to create automatic links for references, more dynamic. Manage to find the info he was looking for.

Sous quelle forme voudriez-vous avoir les informations (guidelines, vidéo, plateforme, etc.) ?

Need to be very simple at the beginning, and then more detailed annexes to refer to.
Myanmar For PM and DPM documents shouldn't be too heavy. Short documents are better. Health online training was good idea and informative, but didn't manage to finish because too time consuming. It should be more flexible in term of time and formating.
Indonesia Short document is better, easy to understand, NEed directions to explain the content of the document and how to use it. It has to be operational Online content can be handy, but due to connexion issues not always easy to use.

Sur le continuum de soin, quels sont les services pour lesquels il vous manque des documents/outils ?



Services around delivery need more guidelines, tools for complications and more advanced steps. Need to be holistic in the delivery of services and provide all types of services that can be offered Use the indicators suggested by ACF Communicable diseases also needs to be adddressed with more precise guidelines. Generally for yemen: Conduct review of the health data available, secondary data, and eventually conduct assessment Nutrition it is already avalaible and known
Myanmar : Tools are enough for the needs of the mission Problem in the linkage between the various tools, meaning linking policy to practical implementation sometimes.
Indonesia Needs protocols for IMCI

Format :

Plutôt sous forme de fiche techniques, aide mémoires, que ce soit sur un guide mais aussi en ligne.

Annexe II : synthèse des entretiens

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

- Comprendre quels sont les besoins actuels en termes de gestion de connaissances pour la mise en place de programmes efficaces et de qualité en nutrition et santé
- Identifier ces besoins selon processus du cycle de projet :
    - Analyse de contextes / besoins pour la traduction en stratégies d'intervention formulation de stratégies d'intervention,
    - mise en œuvre et suivi / évaluation

PERSONNES CIBLES : responsable de programme, adjoint responsable de programme, responsable de département nutrition et santé

DUREE : 1heure. Pensez à enregistrer l'entretien cela sera plus facile pour garder une fluidité lors de l'échange et ainsi mieux analyser les réponses apportées.

TRAME DE L'ENTRETIEN SOUS LA FORME D'UN CAS CONCRET

Partir d'une introduction du type, au cours de l'année écoulée votre mission s'est positionnée sur un programme d'appui à l'accès aux soins de santé reproductive et de l'enfant (incluant traitement de la sous-nutrition) ou bien sur un programme ciblant seulement le traitement de la sous-nutrition. Dans ce cadre nous allons passer en revue les différentes étapes de la programmation qui ont été réalisées.

ANALYSE DE CONTEXTES / BESOINS POUR LA TRADUCTION EN STRATEGIES D'INTERVENTION

Comment le problème sous-jacent à l'intervention a-t-il été identifié, à travers quelle analyse et quelles données ?

Existe-t-il des gaps d'informations concernant le contexte / analyse des besoins Que devrait-on savoir ? Qu'est-ce que l'on ne sait pas ? Pourquoi ne le sait-on pas ?

Quelles sont les ressources dont vous disposez qui vous aident dans cette analyse du contexte / besoins ? *(Préciser qu'il peut s'agir d'outils, de documents ou études, de méthodologies, de personnes, etc. Que ce soit chez ACF ou en externe).*

- Qu'est-ce que vous utilisez ou au contraire n'utilisez pas (pourquoi) ?
- Comment vous les procurez-vous ?
- Est-ce qu'il vous manque des ressources, des appuis ?
- Précisez les outils chez ACF qu'est ce qui est utilisé ensuite hors ACF

Comment jugez-vous de la fiabilité des connaissances sur lesquelles vous vous appuyez pour concevoir votre stratégie d'intervention ? Quel degré de fiabilité / validité est nécessaire ? Dans quels cas ?

Quels sont les outils clés pour vous que vous utilisez pour formuler la stratégie d'intervention?

Quelles sont les ressources dont vous disposez (chez ACF) dont vous avez connaissance qui vous aident dans la formulation de stratégie d'intervention ? Lesquelles utilisez-vous ? Si vous ne les utilisez pas quelles sont les raisons ?

MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Avez-vous une connaissance détaillée du contenu du package d'interventions essentielles pour la santé et la nutrition de la mère et l'enfant ?

Sur quoi vous appuyez-vous pour définir les besoins en médicaments, intrants nutritionnels et équipements ?

Sur quoi vous appuyez-vous pour implémenter les programmes en SN (guidelines, protocoles, etc.) ?

Comment évaluez-vous la qualité des projets => sur quelles connaissances / méthodo / outils / ressources vous appuyez-vous (chez ACF ou hors ACF) ?/ Lesquelles manquent ?

Comment les chefs de projets ou staff terrain organisent-ils leur travail au quotidien, qu'est-ce qui influe sur leurs priorités, leurs décisions, qu'est-ce qui leur prend du temps, quelles normes / codes les contraignent ?

Quelles solutions pourraient être apportées pour les aider ?

A quelles difficultés / dysfonctionnements ces personnels acteurs sont-ils confrontés ? Comment cherchent-ils à y répondre ?

Quelles solutions sont trouvées ou non ? Pourquoi ?

A quel niveau de qualité/efficacité les activités sont-elles réalisées, Lesquelles ne le sont pas et pourquoi ?

Quelles informations / données manquantes souhaiteriez-vous avoir pour améliorer la mise en œuvre ?

MECANISMES DE SUIVI DU PROJET

Comment assurez-vous le suivi de vos projets (via quels outils, méthodes, ressources, etc.)

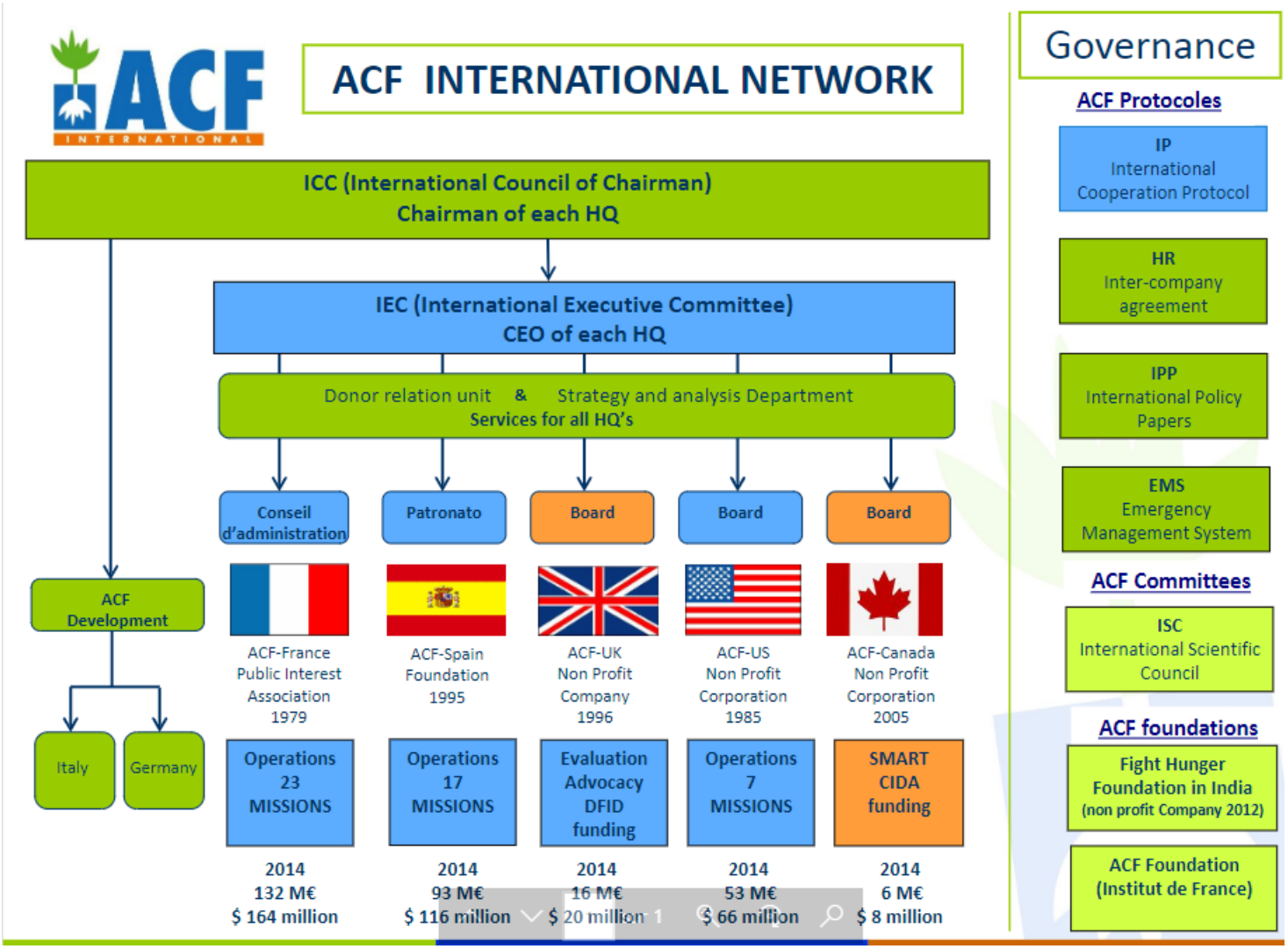
Qu'est-ce que vous suivez à travers ces outils ?

Avez-vous mis en place d'autres outils pour suivre d'autres points concernant le projet qui vous semblaient importants (lesquels et pourquoi) ?

Ajouter questions sur la toolbox

- Connaissez-vous la toolbox ? Comment l'avez-vous connu ?
- Est-ce-que ça répondrait à leur besoin ? pourquoi ?
- Qu'est-ce-qui manque ?
- Interface

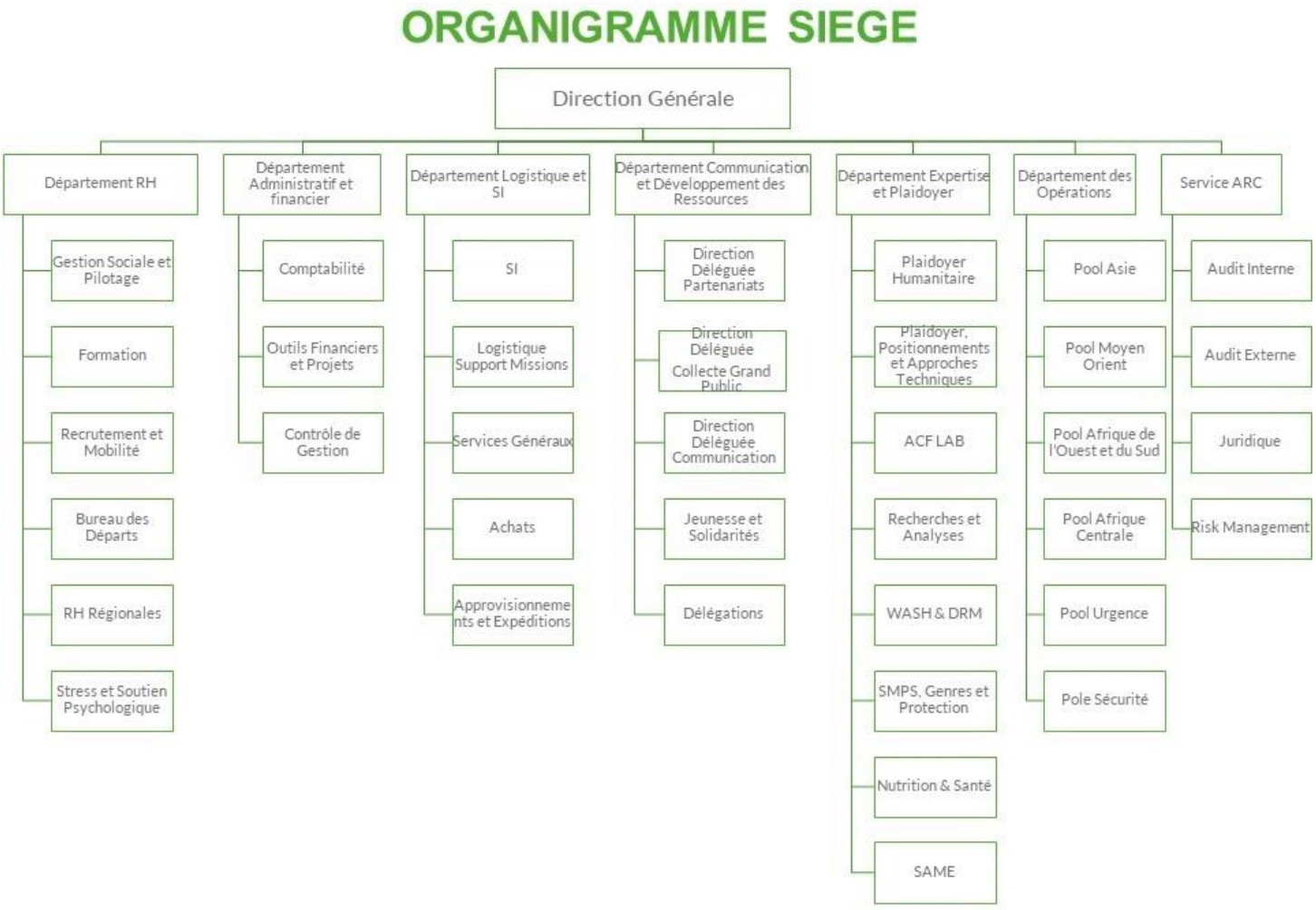
Annexe III : Organigramme ACF International



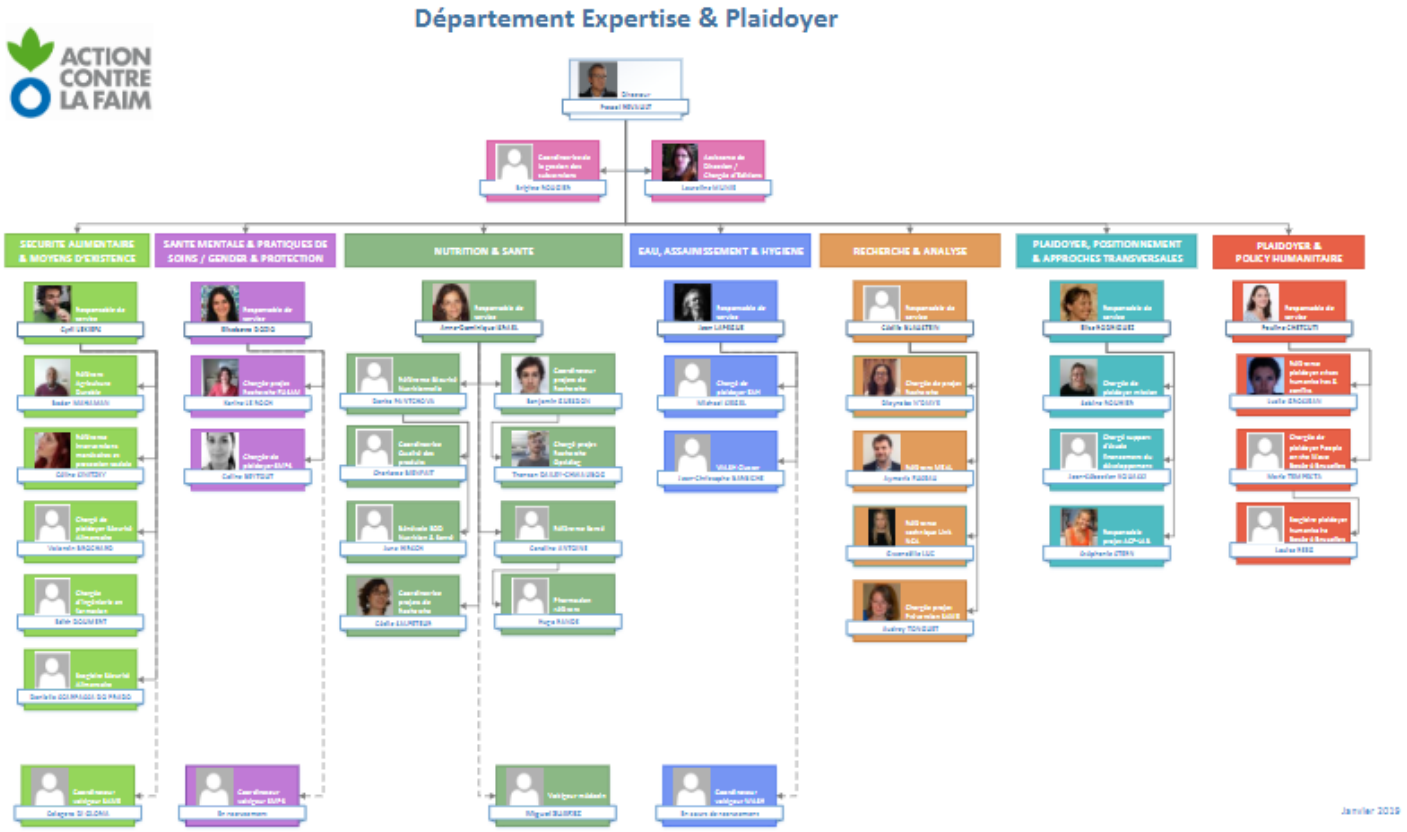
Annexe IV : Carte mission ACF France siège



Annexe V : Organigramme simplifié du siège de ACF Paris



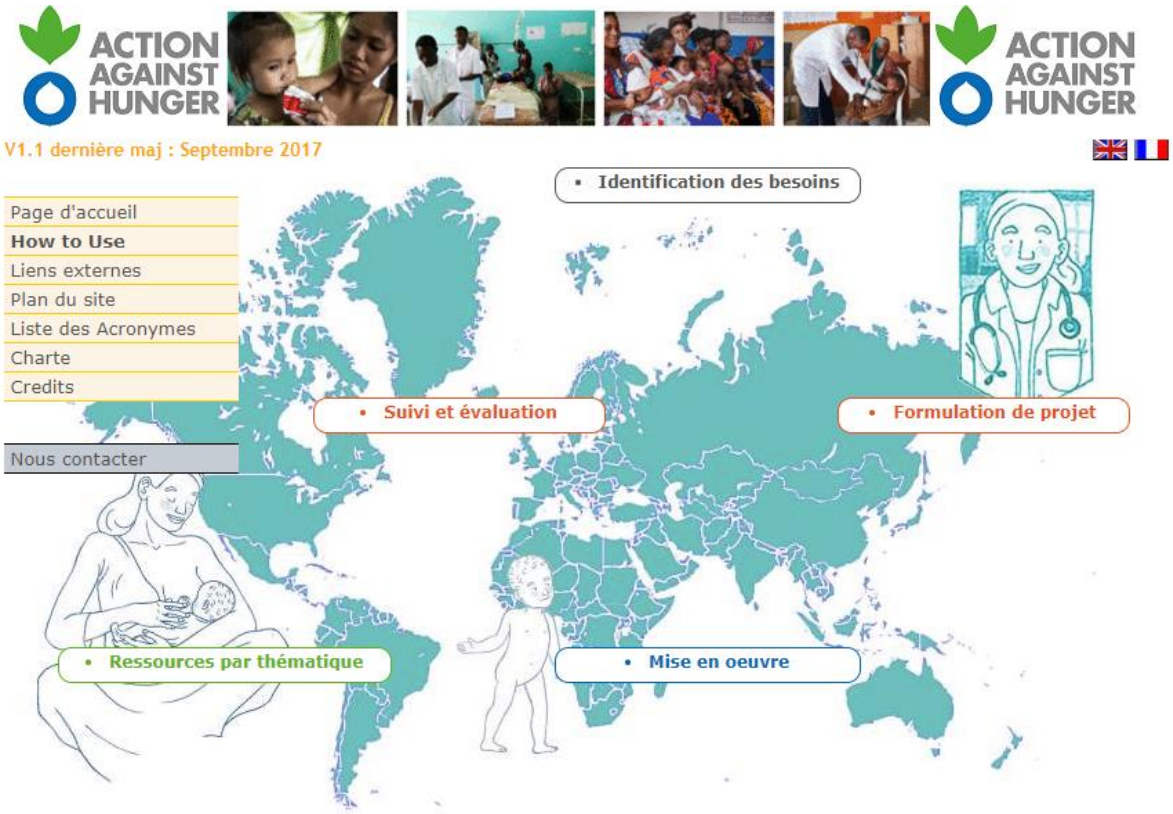
Annexe VI : Organigramme du Département Expertise et Plaidoyer



Annexe VII : Interface Intranet NHF



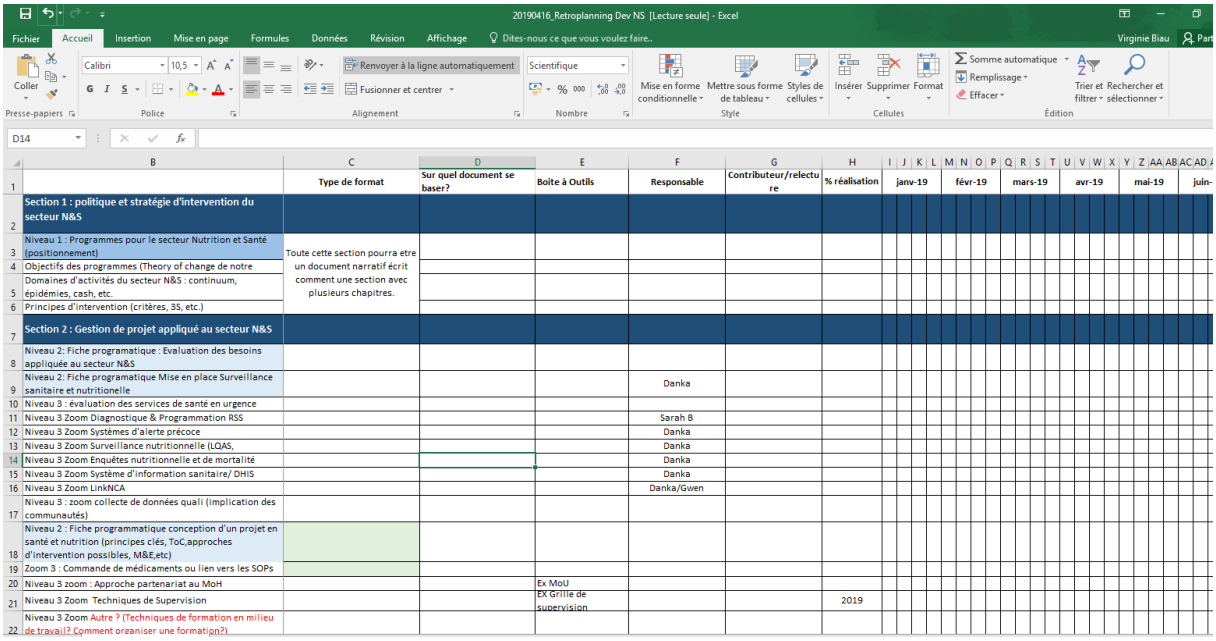
Annexe VIII : Interface Toolbox



Annexe IX : Interface plateforme E-learning Talent Bridge



Annexe X : Planning projet « Package opérationnel en nutrition et santé » ACF



20190416_Retroplanning Dev NS [Lecture seule] - Excel

	B	C	D	E	F	G	H	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-
1		Type de format	Sur quel document se baser?	Boite à Outils	Responsable	Contributeur/relecture	% réalisation						
2	**Section 1 : politique et stratégie d'intervention du secteur N&S**												
3	Niveau 1 : Programmes pour le secteur Nutrition et Santé (positionnement)	Toute cette section pourra etre un document narratif écrit comment une section avec plusieurs chapitres.											
4	Objectifs des programmes (Theory of change de notre												
5	Domaines d'activités du secteur N&S : continuum, épidémies, cash, etc.												
6	Principes d'intervention (critères, 3S, etc.)												
7	**Section 2 : Gestion de projet appliqué au secteur N&S**												
8	Niveau 2: Fiche programatique : Evaluation des besoins appliquée au secteur N&S												
9	Niveau 2: Fiche programatique Mise en place Surveillance sanitaire et nutritionelle				Danka								
10	Niveau 3 : évaluation des services de santé en urgence												
11	Niveau 3 Zoom Diagnostique & Programmation RSS				Sarah B								
12	Niveau 3 Zoom Systèmes d'alerte précoce				Danka								
13	Niveau 3 Zoom Surveillance nutritionnelle (LQAS,				Danka								
14	Niveau 3 Zoom Enquêtes nutritionnelle et de mortalité				Danka								
15	Niveau 3 Zoom Système d'information sanitaire/ DHIS				Danka								
16	Niveau 3 Zoom LinkNCA				Danka/Gwen								
17	Niveau 3 : zoom collecte de données quali (implication des communautés)												
18	Niveau 2 : Fiche programmatique conception d'un projet en santé et nutrition (principes clés, ToC,approches d'intervention possibles, M&E,etc)												
19	Zoom 3 : Commande de médicaments ou lien vers les SOPs												
20	Niveau 3 zoom : Approche partenariat au MoH			Ex MoU									
21	Niveau 3 Zoom Techniques de Supervision			EX Grille de supervision			2019						
22	Niveau 3 Zoom Autre ? (Techniques de formation en milieu de travail? Comment organiser une formation?)												

Annexe XI : Outil Fiche programmatique pour les interventions en Santé de l'enfant

Annexe XII : Outil Fiche programmatique « Concevoir un projet en santé et Nutrition »

Annexe XIII : Outil Zoom Clinique mobile

Annexe XIV : Plaquette de présentation du projet « Package opérationnel en nutrition et santé »



RÉSUMÉ DU KIT OPÉRATIONNEL

Pourquoi ? Pour Qui?

Le kit opérationnel en Santé & Nutrition a été conçu pour accompagner et aider les responsables de projet Santé & Nutrition d'ACF dans la démarche de conception et de mise en œuvre des programmes sur le terrain.

Pour faire quoi ?

Le kit opérationnel traite les différentes thématiques en santé & nutrition chez ACF. Les principaux thèmes sont :
· Concevoir un projet en santé & Nutrition
· Santé de l'enfant
· Santé reproductive
· Soins de santé primaire
· Prise en charge de la Malnutrition Aiguë
· Réponse aux épidémies
· CASH & Nutrition
· Mise en place d'un système de surveillance sanitaire et nutritionnelle
· Changement des comportements

POUR L'EAU
POUR LA SANTÉ
POUR LA NUTRITION
POUR LA VIE
POUR LES DROITS
POUR LA SOLIDARITÉ
POUR LES ENFANTS
POUR L'ACTION
CONTRE LAFAIM

INFOS CONTACT
MAIL :
CANTOINE@ACTIONCONTRELAFAIM.ORG

14/16 BOULEVARD DOUAUMONT
75 017 PARIS

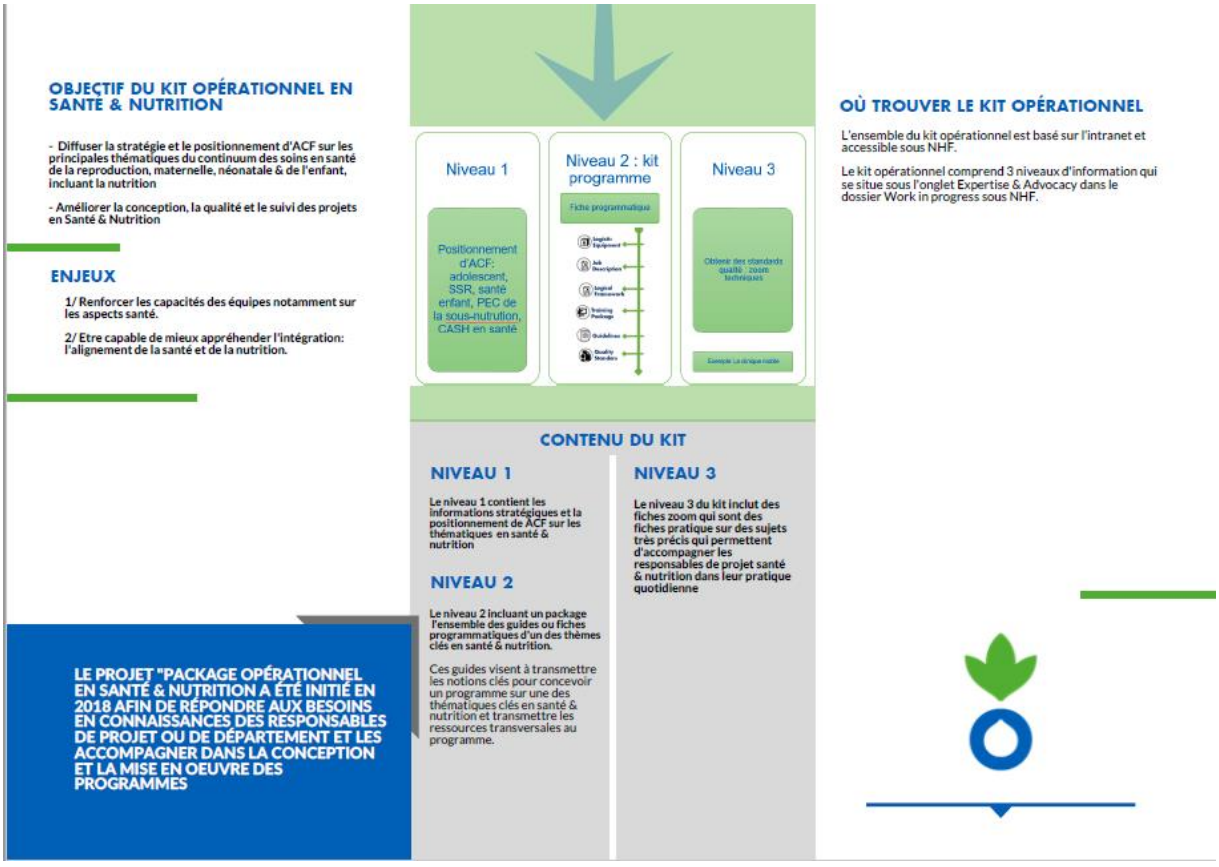
ACTION CONTRE LA FAIM

ACTION CONTRE LA FAIM

KIT OPERATIONNEL EN SANTÉ NUTRITION

DÉPARTEMENT EXPERTISE ET PLAIDOYER

"Un kit conçu pour les interventions en santé Nutrition."



OBJECTIF DU KIT OPÉRATIONNEL EN SANTÉ & NUTRITION

- Diffuser la stratégie et le positionnement d'ACF sur les principales thématiques du continuum des soins en santé de la reproduction, maternelle, néonatale & de l'enfant, incluant la nutrition

- Améliorer la conception, la qualité et le suivi des projets en Santé & Nutrition

ENJEUX

1/ Renforcer les capacités des équipes notamment sur les aspects santé.

2/ Etre capable de mieux appréhender l'intégration: l'alignement de la santé et de la nutrition.

LE PROJET "PACKAGE OPÉRATIONNEL EN SANTÉ & NUTRITION A ÉTÉ INITIÉ EN 2018 AFIN DE RÉPONDRE AUX BESOINS EN CONNAISSANCES DES RESPONSABLES DE PROJET OU DE DÉPARTEMENT ET LES ACCOMPAGNER DANS LA CONCEPTION ET LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES

Niveau 1

Positionnement d'ACF: adolescent, SSR, santé enfant, PEC de la sous-nutrition, CASH en santé

Niveau 2 : kit programme

Fiche programmatique

Niveau 3

CONTENU DU KIT

NIVEAU 1

Le niveau 1 contient les informations stratégiques et la positionnement de ACF sur les thématiques en santé & nutrition

NIVEAU 2

Le niveau 2 incluant un package l'ensemble des guides ou fiches programmatiques d'un des thèmes clés en santé & nutrition.

Ces guides visent à transmettre les notions clés pour concevoir un programme sur une des thématiques clés en santé & nutrition et transmettre les ressources transversales au programme.

NIVEAU 3

Le niveau 3 du kit inclut des fiches zoom qui sont des fiches pratique sur des sujets très précis qui permettent d'accompagner les responsables de projet santé & nutrition dans leur pratique quotidienne

OÙ TROUVER LE KIT OPÉRATIONNEL

L'ensemble du kit opérationnel est basé sur l'intranet et accessible sous NHF.

Le kit opérationnel comprend 3 niveaux d'information qui se situe sous l'onglet Expertise & Advocacy dans le dossier Work in progress sous NHF.

Résumé

Ce rapport rend compte des missions réalisées dans le cadre d'un stage effectué au sein du Département Expertise et Plaidoyer de l'organisation non gouvernemental Action contre la Faim pour contribuer au projet « Package opérationnel en Santé & Nutrition ». Ce projet vise à développer un paquet de documents technique sur les thématiques de santé et de la nutrition afin de les mettre à disposition du personnel afin de renforcer leurs connaissances sur ces thèmes. Ce stage réalisé dans le cadre du Master 1 en Santé Publique a permis de contribuer à ce projet via la création de trois documents. Les outils ainsi crées sont deux fiches programmatiques relatives à la santé de l'enfant et à la conception d'un projet Santé & Nutrition et un zoom technique qui s'intéresse aux unités mobiles en santé.

Ce rapport rend compte de ce travail et de la méthodologie appliquée pour la création de ces outils ainsi que des propositions faites pour les disséminer au mieux au sein du réseau d'Action contre la Faim.

Abstract

This report gives an account of the missions carried out within the framework of an internship carried out within the Expertise and Advocacy Department of the non-governmental organization Action Against Hunger to contribute to the project "Operational Package in Health & Nutrition". This project aims to develop a package of technical documents on health and nutrition topics in order to make them available to staff to strengthen their knowledge on these topics. This internship, carried out as part of the Master 1 in Public Health, made it possible to contribute to this project by creating three documents. The tools thus created are two programmatic sheets on child health and the design of a Health & Nutrition project and a technical zoom on healthy mobile units.

This report explains this work and the methodology used to create these tools as well as the proposals made to disseminate them as best as possible within the Action Against Hunger network.

Mots clés: Organisation non gouvernementale, Santé et Nutrition, Conception de projet, Santé de l'enfant, connaissances, unités mobiles en santé.