HAL
open science

Le guide des activités médicales chez Première Urgence - Aide Médicale Internationale

Caroline Antoine

To cite this version:

Caroline Antoine. Le guide des activités médicales chez Première Urgence - Aide Médicale Internationale. Santé publique et épidémiologie. 2011. hal-01880123

HAL Id: hal-01880123

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01880123v1

Submitted on 24 Sep 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2010-2011

Le guide des activités médicales chez Première Urgence - Aide Médicale Internationale

Capitalisation des connaissances : défis, enjeux et conduite de projet

Soutenu en juin 2011

Mademoiselle Caroline Antoine

Maître de stage :

Monsieur Hani Fares

Guidant universitaire :

Monsieur Jean François Colin

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Hani Fares le responsable du département médical de PU-AMI, pour son écoute, sa disponibilité et la confiance accordée lors de cette mission.

Je tiens aussi à remercier Jean-François Collin pour nos échanges qui m'ont été d'un précieux soutien dans l'élaboration de ce mémoire.

Différentes personnes ont participé à la construction de ce projet et je tiens à leur exprimer ma reconnaissance : Erwan Legrand, Anne Dutrey, Frédéric Pascal, Annabelle Herbieu et Stephen Cazade.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble de l'équipe d'Aide Médicale Internationale pour l'excellent accueil qui m'a été fait lors de ma mission.

Table des matières

Introduction 7
1 -Contexte 9
1.1 -Aide Médicale Internationale dans le contexte humanitaire 9
1.1.1 -L'évolution du monde humanitaire 9
1.1.2 -Présentation de l'organisation 11
1.1.2.1 -Les missions et activités 11
1.1.2.2 -La fusion avec Première-Urgence 12
1.2 -Les enjeux auxquels fait face l'organisation 12
1.2.1 -Les enjeux externes 12
1.2.2 -Les enjeux internes 13
1.3 -La capitalisation de connaissances dans le milieu humanitaire 15
1.3.1 -La définition du concept de capitalisation de connaissances 15
1.3.2 -La capitalisation des connaissances dans le secteur humanitaire 16
1.3.3 -La capitalisation au sein d'AMI 17
1.4 -Les objectifs de la mission de stage 18
2 -Méthodes 19
2.1 -L'identification du processus à améliorer 20
2.2 -L'analyse du processus à améliorer 20
2.3 -La construction du nouveau processus : un guide des activités médicales 21
2.3.1 -Choix du contenu rédactionnel 22
2.3.1.1 -Le type de contenu 22
2.3.1.2 -Les thèmes 23
2.3.2 -Choix de la forme 23
2.3.2.1 -Architecture du guide 23
2.3.2.2 -Mise en forme du contenu rédactionnel 23
2.4 -La mise en œuvre du guide 24
2.4.1 -Action 1 : élaboration du guide 24
2.4.1.1 -La conception des fiches 24
2.4.1.1.1 -Sélection des auteurs 24
2.4.1.1.2 -La rédaction du contenu 24
2.4.1.1.3 -La relecture des fiches 25
2.4.1.2 -La conception de la rubrique "ressources opérationnelles" 27
2.4.2 -Action 2 : réflexion sur l'animation 28
3 -Résultats 29
3.1 -Identification du processus 29
3.2 -L'analyse du processus 30
3.3 -La construction du nouveau processus : un guide des activités médicales 32
3.3.1 -Choix du contenu rédactionnel 32
3.3.1.1 -Le type de contenu 32
3.3.1.2 -Les thèmes retenus 35
3.3.2 -Choix de la forme 36
3.3.2.1 -Architecture du guide 36
3.3.2.2 -Mise en forme du contenu rédactionnel 37
3.4 -La mise en œuvre du guide 38
3.4.1 -Action 1 : élaboration du contenu du guide 38

3.4.1.1 -La conception des fiches 38
3.4.1.1.1 -La sélection des auteurs 38
3.4.1.1.2 -La rédaction du contenu 38
3.4.1.1.3 -La relecture des fiches 39
3.4.1.2 -La conception de la rubrique "ressources opérationnelles" 39
3.4.2 -Action 2 : réflexion sur l'animation 40
4 -Discussion 41
4.1 -Synthèse des résultats 41
4.2 -Les objectifs et méthodes adoptés 41
4.2.1 -L'évolution des objectifs 41
4.2.2 -La démarche qualité : la méthode PAQ 42
4.2.3 -La participation des acteurs 42
4.2.3.1 -La participation des professionnels au niveau du siège 43
4.2.3.2 -La participation de la population concernée : les acteurs terrains 43
4.2.3.3 -La participation des membres du comité scientifique 44
4.3 -Les résultats obtenus et leurs effets 44
4.3.1 -Le contenu rédactionnel du guide 44
4.3.2 -La continuité du projet : support, animation et diffusion du guide 45
4.4 -Finalité de l'outil de capitalisation : permettra-il une amélioration de la qualité des interventions ? 46
4.5 -Les perspectives : vers une capitalisation continue des connaissances et des savoir-faire ? 48
4.6 - Conclusion 48
Annexe I : organigramme siège I
Annexe 2 : organigramme mission III
Annexe 3 : questionnaire envoyé sur le terrain V
Annexe 4 : calendrier de l'action VII
Annexe 5: rubriques formulaire unique pour l'action humanitaire du bailleur ECHO IX
Annexe 6 : trame fiche programme XI
Annexe 7 : trame fiche technique XIII

1 -INTRODUCTION

Depuis ces dernières années, le monde humanitaire a beaucoup évolué. L'action humanitaire s'est professionnalisée, parmi les nombreuses personnes ayant relevées cette tendance, Cornelio Sommaruga[1], ancien président du comité international de la Croix-Rouge, explique que *"la bonne volonté et les bons sentiments ne suffisent plus à l'efficacité de l'action"*, les exigences demandées aux Organisations Non Gouvernementales (ONG) sont donc beaucoup plus fortes que par le passé (1).
De plus, la multiplication des acteurs ainsi que le tassement des financements institutionnels liés à la crise financière, ont fait considérablement augmenté la compétition entre acteurs humanitaires.

L'ONG Aide Médicale Internationale (AMI) évolue dans le monde humanitaire depuis 1979, c'est une association laïque et indépendante crée par certains initiateurs du mouvement sans-frontièristes.

L'évolution du milieu humanitaire a conduit AMI à entamer un chantier de réflexion stratégique en 2008 et 2009. Un des axes stratégiques retenu consistait à renforcer le cœur de métier de l'ONG qui repose sur le rétablissement de l'accès aux soins de santé primaire des populations exclues.

Le sujet de ce mémoire, "le guide des activités médicales chez Première Urgence- Aide Médicale Internationale", s'inscrit dans cette stratégie comme étant un des moyens permettant de consolider le cœur de métier afin d'améliorer la qualité des programmes de soins de santé primaire.

La gestion des connaissances est une discipline plus que jamais d'actualité, et ce, notamment dans le milieu des entreprises. Les technologies de l'information et de la communication ont ouvert des opportunités importantes pour le partage et la diffusion de connaissances. Ce thème commence à faire son entrée dans le milieu humanitaire, de façon plus importante dans les organisations anglo-saxonnes qui sont plus avancées sur ce sujet que les francophones. Au sein d'AMI, il n'y a pas véritablement de processus de capitalisation structuré, et, à ce jour, il existe peu de documents de référence actualisés et utilisés.

L'objectif général de cette mission était de favoriser la capitalisation des connaissances et des méthodologies d'intervention concernant les activités médicales d'AMI.

Il est toutefois important de préciser qu'un événement récent a changé considérablement le contexte dans lequel s'est effectué ma mission. L'assemblée générale d'AMI a voté favorablement pour la fusion d'AMI avec l'ONG Première-Urgence (PU). Ce vote a fait suite à un projet de rapprochement initié en 2010. A partir du mois d'avril 2011, les associations AMI et PU sont devenues une seule et même entité dénommée Première Urgence - Aide Médicale Internationale. Cependant, la majorité de ce projet de mémoire a été menée au sein de la structure AMI, et l'issue du vote étant incertain, il m'avait été demandé de travailler sur ce sujet sans tenir compte de cette possible perspective.

---

1 président du Comité international de la Croix- Rouge de 1987 à 1999

Contexte

1.1 -Aide Médicale Internationale dans le contexte humanitaire

1.1.1 -L'évolution du monde humanitaire

La création de la Croix-Rouge et des conventions de Genève

La création de la Croix-Rouge en 1863 est l'acte fondateur de "l'humanitaire moderne" et marque le début d'une période qui s'étend de la fin du 19ème siècle jusqu'à la première guerre mondiale. "L'humanitaire moderne", héritier de la charité chrétienne et de l'humanisme du siècle des lumières, naît dans l'idée que les armées doivent être retenues, que l'éclatement des violences de la guerre ne doit pas se faire de façon démesurée. C'est ainsi que naissent les premières conventions diplomatiques internationales qui délimitent des " oasis d'humanité " à l'intérieur d'un espace de violence. L'humanitaire qui voit le jour sur les champs de bataille avec pour mission initiale de soigner les blessés de guerre prend forme en Europe (2).

Structuration de l'humanitaire : naissance des associations humanitaires et de l'ONU.

Dans le sillage de la Croix-Rouge se créent des associations humanitaires d'inspiration religieuse, essentiellement dans le monde anglo-saxon (Save The Children en 1919). Ces associations visent avant tout à venir en aide aux victimes européennes et américaines des deux guerres mondiales et des crises économiques. Les plus grosses ONG voient le jour au cours de la seconde guerre mondiale : International Rescue Committee (IRC), Catholic Relief Service (CRS) Cooperative for American Remittancies Everywhere (CARE) aux USA, et Oxford Committee for Famine Relief (OXFAM) en Grande Bretagne.

Après la deuxième guerre mondiale, les Etats vainqueurs créent l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1945 dans le but de maintenir la paix dans le monde et de faire respecter le droit international humanitaire (conventions de Genève). En 1947, l'UNICEF, agence de l'ONU pour les enfants, voit le jour (2).

La fin du silence et de la neutralité: le conflit du Biafra (1969) et la création de MSF

La deuxième phase de l'humanitaire moderne commence au Biafra, à la fin des années 60 dans le contexte de la décolonisation. Les médecins français (« French doctors ») qui agissent pour la Croix-Rouge ou les organisations internationales décident de rompre la tradition solidement ancrée de la neutralité et du silence. Ils ont en mémoire le silence coupable de la Croix-Rouge face à Auschwitz et au nazisme. Ils dénoncent ce qu'ils croient être un génocide. L'analyse historique a posteriori montre qu'il s'agissait d'une guerre totale mais pas d'un génocide. En mettant l'individu "victimisé" au centre du débat, l'humanitaire s'éloigne progressivement du militantisme politique.

Suite au Biafra, les "French doctors" fondent le mouvement des « Sans frontièristes » et créent Médecins Sans Frontières (MSF) en 1971. Le projet du mouvement des sans frontièristes est de rendre l'aide humanitaire indépendante des États en s'appuyant sur l'opinion publique prise à témoin, d'où l'importance accordée à la médiatisation de ses interventions. L'humanitaire s'installe alors durablement dans le tiers-monde et s'inscrit dans une perspective Nord-Sud (2).

Le succès de l'humanitaire puis la scission de MSF

Dans la deuxième moitié des années 1970, la multiplication des conflits périphériques et l'expansionnisme soviétique créent de nouveaux foyers de violence (Angola, Cambodge, Afghanistan...). La plupart sont des "guerres internes" dans lesquelles ne peuvent intervenir les institutions humanitaires classiques comme la Croix-Rouge. Les associations humanitaires se développent donc "là où les autres ne peuvent aller", dans les maquis, au côté des mouvements de résistance "de droite" comme "de gauche".

En 1979, des divergences apparaissent à l'occasion de l'opération "Un bateau pour le Vietnam", Bernard Kouchner défendant l'idée qu'il faut affréter un navire, avec à son bord médecins et journalistes, afin de pouvoir soigner mais aussi témoigner des violations des droits de l'homme sur le terrain. Cette opération est jugée trop médiatique par les autres dirigeants: Kouchner et quelques responsable quittent l'association, parmi eux certains vont fonder Médecins Du Monde et d'autres Aide Médicale Internationale.

A la fin de l'année 1984, sous le coup de l'émotion internationale suscitée par les images de la famine en Éthiopie, les humanitaires interviennent en masse et participent, à leur insu, au déplacement forcé des victimes qu'ils venaient aider. 200 000 personnes meurent au cours de ces déplacements tandis que le monde s'attendrit de sa propre générosité en chantant "We are the world". Les associations humanitaires sur lesquelles pleuvent alors les financements se laissent porter par le mouvement sans esprit critique. L'euphorie médiatique réduit la crise à des images symboliques en jouant sur le registre de l'émotion. Si bien qu'il n'y a aucun débat sur la réalité des faits. Seule MSF parmi les ONG présentes dénoncera la situation et refusera de cautionner les agissements du gouvernement éthiopien (2).

Les années 90

Dans la période post-communiste des années 90, les grandes puissances (essentiellement les USA) retrouvent les champs de bataille et parlent de nouvel ordre mondial (plus juste). Les justifications idéologiques de la guerre sont difficilement tenables. L'humanitaire devient alors un élément central de la rhétorique politique. Il n'y a plus d'intervention militaire sans justification "humanitaire". Il en est ainsi des interventions militaires en Somalie, Rwanda, Kosovo et Afghanistan (2).

L'action humanitaire aujourd'hui

L'humanitaire évolue aujourd'hui dans un monde divisé entre grandes puissances et réseaux moins identifiés. L'humanitaire indépendant, ou qui se veut l'être pour certaines ONG, n'a plus rien de comparable à l'humanitaire « étatique » ou encore à celui des grandes institutions internationales. A la mobilité et la capacité rapide d'intervention de l'un s'oppose la lourdeur administrative et politique de l'autre. Le milieu humanitaire aujourd'hui est composé de nombreux acteurs et représente un enjeu économique et politique important. D'autre part, une évolution profonde marque le secteur humanitaire, il est effectivement en train de sortir du tropisme très "occidentalo-centré", pour s'ouvrir vers d'autres organisations issues des pays émergents qui travaillent sur les mêmes terrains que les "humanitaires modernes" historiques (3).

1.1.2 -Présentation de l'organisation

1.1.2.1 -Les missions et activités

Aide Médicale Internationale (AMI), association humanitaire française apolitique et laïque, créée en 1979, œuvre pour le rétablissement de l'accès aux soins des populations exclues de tout système de santé.

Historique

Dans les années 70 naissait en France une conception nouvelle de l'aide humanitaire médicale jusqu'alors représentée par la Croix-Rouge Internationale. Cette conception s'appuie sur deux notions fondamentales : passer outre l'autorisation des États pour aller là où il y a besoin, et témoigner des atteintes aux droits de l'Homme. En 1979, AMI débutait son action corrélée à cette nouvelle éthique. Les premières missions auprès des populations civiles soutenant la résistance cambodgienne, laotienne, afghane, kurde montrent que le choix des missions se fait en fonction d'une situation politique isolant une population opprimée, et subissant une situation sanitaire dramatique. Très vite, d'autres équipes partent au Cambodge, en Afghanistan et au Liban. Des médecins, des infirmiers, des sages-femmes partent sur ces terrains d'intervention, parfois dans la clandestinité, par équipes légères de deux ou trois personnes : ils soignent et apportent médicaments et matériel médical. Rapidement, ils feront le choix de former des personnels de santé locaux. Si la crainte de ne pouvoir revenir dans ces régions difficiles d'accès motive tout d'abord cette démarche, la formation deviendra rapidement un élément fondamental de l'approche opérationnelle d'AMI. Le choix de privilégier l'accompagnement et le soutien aux structures et acteurs locaux aura dès lors pour objectif premier de bâtir, avec les personnels des pays d'intervention, des dispositifs pérennes et autonomes (4).

En trois décennies, ses équipes sont intervenues dans 33 pays et régions pour soutenir des systèmes de santé défaillants.

En 2011

AMI intervient dans des situations de post-urgence, auprès des populations oubliées en vue de rétablir l'accès à un système de soins. L'objectif principal est de permettre l'accès à la prévention et aux soins de santé primaire de qualité. L'organisation forme du personnel médical local et réhabilite des centres de soins en s'appuyant sur les spécificités culturelles de chaque région. AMI intervient dans 8 pays grâce à la présence de 75 expatriés sur le terrain et plus de 1 500 collaborateurs locaux. Ces programmes touchent 1 800 000 bénéficiaires.

L'organisation est structurée de la façon suivante :

–le siège compte 14 salariés, l'organigramme est présenté en annexe1. Le département médical comprend depuis fin 2010, une seule personne. Il est en charge de la politique médicale et de veiller à la qualité des interventions médicales.

–les missions sont constituées la plupart du temps d'une équipe de coordination et d'une ou plusieurs équipes opérationnelles, en charge de la mise en place et du suivi des activités sur le terrain. Un organigramme type est présenté en annexe 2.

1.1.2.2 -La fusion avec Première-Urgence

De 2008 à 2009, de nombreux débats et ateliers menés à tous les échelons (terrain, siège et conseil d'administration) de l'association, ont fait émerger des contraintes internes et externes qui posaient problèmes et étaient un frein au développement d'Aide Médicale Internationale.

Les éléments de réflexion issus de ces débats ont permis de construire les orientations stratégiques validées en assemblée générale en juin 2009. Les deux axes stratégiques retenus ont été :

-Axe 1 : Consolider le cœur de métier d'AMI qui repose sur l'accès aux soins de santé primaire pour les populations les plus démunies, en favorisant l'autonomisation des acteurs, et particulièrement par la formation et la formation de formateurs.

-Axe 2 : Saisir les opportunités d'intervention et de financement à travers un positionnement urgence / post-urgence qui permettra d'être plus réactif sur les actions d'urgence pour mieux mobiliser les bailleurs sur nos champs d'action traditionnels.

Afin de se positionner de manière plus importante dans la phase "urgence", les réflexions se sont orientées vers des alliances avec d'autres acteurs.

Au cours de l'année 2010, des discussions ont eu lieu entre Première Urgence (PU) et AMI dans un objectif de rapprochement. PU est une ONG crée en 1992 qui intervient dans les situations de conflit ou catastrophes naturelles, en mettant en œuvre des programmes de distributions alimentaires, de relance agricole et relance économique, d'eau et assainissement, de réhabilitation et de reconstruction.

Les deux assemblées générales respectives ont approuvé cette fusion au cours du mois de mars 2011, et, depuis le 1er avril 2011, AMI et PU ne sont plus qu'une seule et même entité. L'objectif de cette fusion est de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins fondamentaux des victimes de situations de crise. Grâce aux expertises complémentaires de chaque association, PU-AMI apportera une réponse plus globale à des populations en situation d'urgence et œuvrera avec elles de la sortie de crise à leur retour à l'autonomie. En effet, cette nouvelle organisation intervient dans des domaines diversifiés : la santé, la sécurité alimentaire, la nutrition, l'eau et l'assainissement, la gestion de camps, la reconstruction et la relance économique.

1.2 -Les enjeux auxquels fait face l'organisation

Pour accompagner les évolutions du milieu humanitaire, AMI a entrepris un chantier stratégique en 2008 et 2009, mené avec la participation d'un cabinet de conseil spécialisé dans le domaine de la solidarité internationale. Des débats ont été conduits au niveau des terrains d'intervention, du siège de l'organisation et de son conseil d'administration. Une synthèse présentée en assemblée générale en 2009 a permis le vote de la stratégie 2010-2015 de l'organisation.

1.2.1 -Les enjeux externes

La survenue de contraintes extérieures ont fait apparaître de nouveaux enjeux auxquels l'ONG doit faire face pour continuer à travailler.

Lors de son étude, le cabinet de conseil a mis en lumière les contraintes externes principales qui caractérisent le milieu humanitaire aujourd'hui :

•La professionnalisation du milieu humanitaire et du développement a profondément élevé l'exigence en terme de qualité et la complexité des interventions.

•La multiplication des ONG internationales et le tassement des financements institutionnels ont fait augmenter la compétition entre acteurs humanitaires et de développement.

•Les acteurs locaux (gouvernements, autorités sanitaires locales, structures de santé, personnels de santé, ONG locales, etc.) ont eux aussi élevé leur niveau d'exigence.

•Les standards internationaux en matière d'expertise médicale et de santé publique se sont globalisés.

•Les ONG internationales sont de plus en plus amenées à faire partie des débats en tant qu'acteur de plaidoyer pour se faire connaître sur les questions de santé publique.

Ces constats ont également été décrits par d'autre institutions, que ce soit par exemple le CICR ou le Haut Conseil de la Coopération Internationale (1,5).

Nous pouvons également ajouter une contrainte relative au fait qu'AMI possède peu de fonds propres (environ 10% de son budget), elle doit donc s'en remettre à des bailleurs pour financer ses interventions, il s'agit essentiellement d'institutions intergouvernementales et principalement du bailleur d'urgence de la commission européenne (ECHO). La contractualisation qui lie les ONG aux bailleurs est relativement contraignante et les normes qualitatives sont de plus en plus fortes (5).

Ces différentes contraintes externes sont des enjeux importants pour les acteurs humanitaires et notamment pour Aide Médicale Internationale dont la taille est assez critique pour pouvoir y faire face.

1.2.2 -Les enjeux internes

Les enjeux auxquels AMI doit faire face sont aussi dépendant de contraintes internes présentes dans l'organisation. Les débats et ateliers menés à tous les échelons de l'ONG par le cabinet de conseil ont donné lieu à une synthèse des ces contraintes.

Le premier point évoque que, malgré une identité clairement définie et le partage d'une cohésion forte autour des valeurs, il existe de divergences internes sur les limites des champs d'intervention de l'organisation. Les avis sont partagés entre les partisans d'un mandat resserré autour des soins, et ceux qui plébiscitent l'intégration des « nouveaux champs d'intervention » dans le mandat de l'association.

Le second constat évoque qu'AMI bénéficie d'une réputation solide avec une compétence avérée dans le domaine de la formation, et pourtant des faiblesses existent sur le cœur de métier. «Aidons-les à se passer de nous » est la clef de la stratégie de déploiement des programmes. Il devrait en découler une double priorité sur les outils de formation des acteurs locaux de santé, et sur les moyens de parvenir à l'autonomisation des structures. Or, les outils méthodologiques manquent sur ces deux aspects. De ce constat, découle l'objectif de consolider le cœur de

métier sur lequel doit s'appuyer la notoriété d'AMI (image basée sur la spécificité et la qualité des programmes AMI) et sa croissance.

Le troisième point porte sur le positionnement d'AMI en post-urgence (zone grise) dans le rétablissement de l'accès aux soins de santé primaire, qui cause un décalage avec les financeurs. En effet, les fonds généralement disponibles sont, pour les bailleurs de développement, des financements thématiques, alors que les bailleurs d'urgence versent des fonds non "fléchés" en privilégiant quelques ONG très réactives.

La priorité des moyens financiers systématiquement donnée pour les missions, est un des obstacles identifiés comme un frein limitant les capacités de développement, de capitalisation et de recherche. Par ailleurs, au regard de contraintes budgétaires fortes, le siège a subi un très important manque de ressources humaines salariées. Cela s'est particulièrement ressenti au niveau du département médical qui ne comptait, fin 2010, plus qu'une seule personne. Ce manque de ressources humaines médicales se ressent également sur le terrain, que ce soit au niveau des expatriés mais également au niveau du personnel national.

Face à cette exigence croissante du niveau d'expertise du cœur de métier et à cette impossibilité structurelle de faire appel à des ressources humaines permanentes au siège ou sur les missions, une réponse a émergé.
En effet, le recours au bénévolat de compétence et d'expertise a été identifié comme pouvant y répondre. Ce bénévolat, modernisé et structuré sous la forme d'engagement d'experts au sein d'**un comité scientifique**, permet à AMI de se doter de ressources additionnelles pour avancer face aux blocages cités précédemment ainsi que sur l'exigence de plus en plus grande demandée en externe.
Le comité scientifique a été créé en décembre 2010, il est composé d'experts dans le champ de la santé (pharmaciens, sages-femmes, médecins spécialisés en VIH, santé maternelle et infantile, économiste de la santé, psychologue...). La mise en place de ce comité a pour objectif principal d'améliorer la qualité des programmes en apportant un appui d'expertise au niveau du siège et ponctuellement sur les missions.
Ce projet s'inscrit dans l'axe 1 de la stratégie 2010-2105 «Consolider le cœur de métier d'AMI qui repose sur l'accès aux soins de santé primaire pour les populations les plus démunies en favorisant l'autonomisation des acteurs, et particulièrement par la formation et la formation de formateurs ».

Ce comité doit contribuer à la mise en place des réponses suivantes :

•Capitaliser les savoir-faire liés au cœur de métier ;

•Évaluer les programmes existants et suivre les anciens programmes ;

•Développer des réponses originales, adaptées et spécifiques ;

•Innover et aborder les nouvelles thématiques dans une logique de recherche-action ;

•Participer à des forums de discussion thématiques ou politiques internationaux.

1.3 -La capitalisation de connaissances dans le milieu humanitaire

1.3.1 -La définition du concept de capitalisation de connaissances

La **capitalisation des connaissances** est un processus dont l'objet est de constituer un capital à partir des informations ou connaissances disponibles dans une organisation afin de les valoriser par leur mise à disposition auprès d'autres institutions ou acteurs. Elle est conçue pour que l'expérience de chacun ne reste pas confinée au niveau individuel, mais serve le collectif dans un mouvement de partage des connaissances, ce qui lui confère un aspect participatif dans son déroulement. La préservation et la transmission de l'expérience et des savoirs acquis facilitent la mise en œuvre de nouveaux projets ou la conduite de nouvelles actions (6).

Étymologiquement, **la capitalisation** est l'action de constituer un ensemble de ressources (monétaires, intellectuelles, morales, etc.) que l'on fait fructifier. Il s'agit en fait d'un processus de valorisation des acquis qui vise la rentabilité, comme une activité économique. Cependant, appliquée aux projets et programmes humanitaires, la capitalisation des expériences vise non pas des biens matériels ou financiers, mais des savoirs, des connaissances, des informations provenant des expériences et leçons tirées de la mise en œuvre des activités menées (6).

Pour l'institut de recherche URD (Urgence Réhabilitation et développement) **capitaliser** signifie pour l'institut formaliser/mettre en forme une information (connaissance, expérience…) détenue par une personne ou un groupe de personnes, puis la mettre à disposition de manière volontariste, régulière et structurée au sein d'une institution. (7)

La notion de **connaissance** est définit par le dictionnaire Hachette comme « une idée exacte d'une réalité, de sa situation, de son sens, de ses caractères, de son fonctionnement » et au pluriel comme des « notions acquises ». D'après le Petit Robert, la connaissance est « ce qui est connu, ce que l'on sait pour l'avoir appris ». Le dictionnaire Larousse définit les connaissances comme « ce que l'on a acquis par l'étude ou la pratique ».

<u>La capitalisation, une composition de la gestion des connaissances</u>

Les connaissances sont un ensemble précis et circonscrit d'informations, susceptibles d'apporter un changement ou d'inspirer des actions plus efficaces dans un contexte élargi pouvant alimenter un nouvel apprentissage et de nouvelles connaissances. Elles proviennent des expériences et leçons tirées de la mise en œuvre d'activités. Les connaissances d'une organisation se répartissent en connaissances explicites qui sont déjà exprimées et conservées sur un support documentaire, et les connaissances tacites, implicites ou diffuses qui sont les savoirs, savoir-faire et savoir être non écrits qui se transmettent de bouche à oreille, et qui résident dans la tête des agents. La gestion des connaissances suppose que l'on suscite, partage et mette à jour ces savoirs (6).

La gestion de la connaissance (Knowledge Management) peut se définir comme l'action de capitaliser des connaissances et de les partager. (7)

Dans toutes les activités humaines, et en particulier dans les entreprises, quelles que soient leur statut et leur fonction, la question de la capitalisation et de la transmission de l'expérience et des connaissances est fondamentale pour assurer la transmission du savoir-faire, la capacité

de changer et d'évoluer, et enfin la qualité et le progrès dans la réalisation des biens et services produits.

1.3.2 -La capitalisation des connaissances dans le secteur humanitaire

Dans les entreprises à caractère « social », comme dans le secteur humanitaire, cette fonction de capitalisation/ transmission est bien souvent négligée.

Dans un article, Hugues Maury, chercheur au sein du groupe Urgence Réhabilitation Développement (URD), explique que la fonction de capitalisation/transmission dans le secteur humanitaire est bien souvent négligée (7). En effet, il explique que le turnover très important des opérateurs de terrain notamment, ne permet pas un gain d'expérience sur ce même terrain. Même si ce turnover amène souvent une acquisition rapide d'expérience, cette dernière reste à des niveaux individuels et ne s'inscrit pas dans des mécanismes institutionnels (les expatriés « zappent » d'une agence à une autre) . De plus, selon lui, la question du management de la connaissance est rarement prise en sérieuse considération dans la politique et la gestion des ressources humaines, tant chez les opérateurs que chez les bailleurs (7).

Marc Antoine Pérouse de Montclos, chercheur à l'Institut de Recherche et Développement (IRD), évoque un constat assez similaire, il explique que *« la mémoire institutionnelle d'une ONG est structurellement très faible au vu du fort taux de rotation des volontaires sur le terrain. La rétention des rapports d'évaluation entre les mains de leurs commanditaires empêche de corriger le tir. Pour reprendre la formule du livre de Fiona Terry, elle condamne les acteurs humanitaires à répéter indéfiniment les mêmes erreurs »* (8).

La professionnalisation de l'humanitaire et la multiplication des acteurs a fait prendre conscience de l'importance de l'amélioration continue de la qualité, et du retard considérable que les ONG avaient dans ce domaine, et ce, notamment dans les ONG françaises.

Les ONG anglo-saxonnes sont plus avancées dans le domaine du « knowledge management » avec la création du groupe ANALP (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action) en 1997, réseau humanitaire international dont le but est de promouvoir la culture d'apprentissage dans l'ensemble du secteur humanitaire et d'en améliorer la performance. De plus, l'approche « évaluation-recherche action » permettant l'acquisition de connaissances, est particulièrement avancée au sein d'Humanitarian Practice Group (HPG) de l'Overseas Development Institute (ODI) de Londres. Fortement soutenu par l'administration britannique et par les grandes ONG anglaises (dont la plupart des staffs d'HPG/ODI sont issus), HPG/ODI est devenu maintenant le principal « think tank » sur le sujet, avec une reconnaissance et une capacité de mobilisation de ressources internationales importantes. De facto, HPG/ODI est en situation de quasi-monopole, et la pensée anglo-saxonne modèle de façon déterminante la pensée du « système humanitaire international » (9).

En France, le Groupe URD tente d'émerger comme structure alternative en conduisant de nombreuses recherches sur le terrain. C'est un institut associatif de recherche, d'évaluation et de formation sur l'action humanitaire et la reconstruction post-crise. Ils travaillent sur l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité notamment avec la mise en œuvre de la méthode COMPAS. C'est une méthode d'Assurance Qualité spécifiquement conçue pour l'aide

humanitaire. Elle a deux usages, le pilotage du projet et son évaluation, et a pour but d'améliorer en permanence la qualité du service rendu aux populations affectées par les crises. Cependant, l'URD a reçu jusqu'ici un faible soutien des pouvoirs publics français et des ONG françaises, dont la faible volonté de travail en collectif est bien connue. Ceci est apparemment en train de changer, grâce à l'émergence de Coordination SUD dans le secteur humanitaire (9).

1.3.3 -La capitalisation au sein d'AMI

Au sein de l'organisation, il n'existe pas de réelle politique de capitalisation, qu'elle soit centralisée au siège ou particulière à chaque mission
A ce jour, il n'y a pas de guide spécifique pour les activités médicales. Les ouvrages utilisés sur le terrain sont les protocoles de l'OMS et les guides réalisés par Médecins Sans Frontières (MSF). Des tentatives de centralisation de connaissances et/ou d'outils méthodologiques ont pourtant été entreprises au cours de ces dernières années. Elles n'ont soit pas abouties, soit ont rapidement été oubliées. En effet, un CD-Rom avait été conçu en 2008 regroupant différents protocoles d'enquête, des exemples de base de données et des formations mises en place par les missions. A ce jour, cet outil n'est, d'une part, pas utilisé mais, surtout, il n'est même pas connu des professionnels. En retrouvant ce support dans un tiroir de bureau, nous avons questionné certains salariés déjà présents à cette époque, et ils ont avoué se souvenir vaguement de son existence. Alors qu'un consensus est présent sur le besoin d'outils capitalisant les connaissances acquises, cet outil, qui allait pourtant dans ce sens, est tombé dans l'oubli très rapidement. L' hypothèse formulée pour expliquer cet échec est que cet outil semble avoir été initié et conçu sur une initiative uniquement individuelle. Il devient donc identifié comme le "CD-Rom de Sandrine" et non une documentation de référence de l'organisation.

Ce besoin de capitalisation avait été évoqué lors des débats et ateliers menés en 2008, les acteurs terrains ont de nombreuses fois regretté l'absence de documents AMI auxquels se référer lors de la mise en place de nouvelles activités médicales. En 32 ans d'expériences, les différents terrains d'intervention au sein d'AMI ont développé un savoir-faire et ont créé différents ressources méthodologiques et pédagogiques. Ces ressources ne sont donc pas réutilisées par d'autres missions, parfois ne sont même pas réutilisés au sein de la même mission car les expatriés changent et la mémoire se perd.

Dans les réponses à apporter dans le cadre de stratégie 1 «consolider le cœur de métier d'AMI», le conseil d'administration avait identifié le besoin de capitaliser les savoir-faire et connaissances acquises en lien avec le cœur de métier.

Ce projet de capitalisation, faisant parti d'une stratégie plus globale décidée par l'association, a été initié par le responsable du département médical qui en a fait une de ces priorités lors de sa prise de poste pour l'année 2010-2011.

1.4 -Les objectifs de la mission de stage

La mission principale du stage était de « favoriser la capitalisation des savoirs faire et

méthodologies d'intervention des activités médicales au sein d'AMI » telle qu'indiquée sur la fiche de profil de poste de l'annonce du stage. Par ailleurs, le responsable du département médical souhaitait la mise en place d'un outil permettant cette capitalisation des connaissances sous la forme d'un guide.

L'objectif réel est donc de concevoir un outil de référence concernant les activités médicales chez AMI.

Méthodes

La mise en place d'un outil de capitalisation vise comme effet à long terme l'amélioration de la qualité des interventions médicales sur le terrain. En cela, le projet s'apparente à une démarche d'amélioration de qualité de l'organisation. Cette action nécessite l'utilisation de méthodes qui favorisent une démarche cohérente et logique.

Le choix de la méthode s'est porté sur le Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ). C'est une méthode d'amélioration de la qualité élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et testée dans 64 établissements de santé français entre 1995 et 1997, dans le cadre du PAQ développé à l'initiative de la Direction des Hôpitaux et de l'HAS. Cette méthode est inspirée du FOCUS-PDCA (Find, Organise, Clarify, Understand, Select - Plan Do Check Act) (10).

Cette méthode nous a semblé la plus appropriée en fonction de l'objectif du projet et du contexte. Tout d'abord, selon une étude de la HAS concernant les différentes méthodes d'amélioration de la qualité des établissements de santé (10), la méthode PAQ fait partie des "méthodes de première intention", jugées les plus simples, les plus légitimes et qui sont à privilégier pour la conduite des premières démarches d'amélioration de la qualité.

De plus, cette méthode utilise une "approche par processus", c'est à dire qui analyse l'ensemble complexe de tâches à effectuer pour réaliser une activité. Cette approche est effectivement adaptée car notre projet de capitalisation doit permettre d'améliorer un ensemble de tâches aboutissant à la mise en place d'activités médicales sur le terrain (10).

Enfin, le PAQ est une méthode généraliste organisée en grandes étapes permettant de conduire un projet. Lors de leur déroulement, il est possible d'utiliser, à certaines étapes, d'autres méthodes en fonction des besoins ressentis. Ce qui nous a ainsi permis de l'associer avec une des méthodes utilisées dans le management des connaissances, la méthode KALAM (Knowledge And Learning in Action Mapping). Cette méthode, inventée par Jean-Yves Prax[2], a été utilisée par de nombreuses entreprises ayant entrepris une démarche de knowledge managment comme AREVA, la Société Générale, Pechiney, etc (11).

Sur le plan méthodologique le PAQ comprend 4 étapes :

-Identification du processus à améliorer

-Analyse du processus / ou description du processus

-Construction du nouveau processus

-Amélioration du nouveau processus

2 Docteur ès-sciences, PDG de Polia Consulting, est l'un des premiers consultants à s'être spécialisé dans le Knowledge Management, dès 1993.

1.5 -L'identification du processus à améliorer

Le responsable du département médical a endossé la responsabilité de ce projet et une stagiaire en master en santé publique a été recrutée à cet effet.

La première tâche a été d'identifier clairement le processus auquel l'outil de capitalisation devait apporter une amélioration. Pour choisir le processus, nous nous sommes basés sur l'importance qu'il représente dans l'activité de l'ONG (11).

Nous l'avons ensuite dessiné et avons posé un cadre qui décrivait les activités concernées dans ce processus et celles qui ne l'étaient pas.

Nous avons également identifié les acteurs impliqués afin de mettre en place une équipe projet. Cette identification a permis de définir clairement les objectifs attendus et d'élaborer un calendrier d'action.

1.6 -L'analyse du processus à améliorer

Description du processus

Nous avons tout d'abord procédé à une description détaillée du processus en identifiant le circuit de fonctionnement lors de la mise en place de nouvelles activités ou programmes médicaux.

Cette description s'est faite à l'aide d'un logigramme, outil se présentant sous la forme d'une représentation linéaire simple de l'enchaînement des différentes étapes qui constituent un processus (10). Cette représentation schématique permet de visualiser l'enchaînement chronologique des différentes étapes aboutissant à la mise en place d'un nouveau programme médical, de l'analyse des besoins à la mise en œuvre sur le terrain. Il permet également de visualiser les acteurs intervenants à chaque étape.

Identification et description des dysfonctionnements

Une fois le circuit de fonctionnement décrit, il s'agissait d'identifier les dysfonctionnements existants au cours de cet enchaînement d'étapes.

La méthode choisie a été le recueil des données par entretien individuel avec différents professionnels de l'organisation.

Le choix des personnes s'est porté sur :

–le responsable du développement opérationnel qui est un salarié du siège. Il a pour fonction l'ouverture de nouvelles missions en fonction des besoins humanitaires.

–Le responsable du département médical en charge du suivi de la qualité des programmes médicaux.

–Le responsable de programme, salarié du siège, qui est en charge du suivi opérationnel des missions. C'est un gestionnaire de projet ne nécessitant pas une formation médicale.

–Le délégué général qui dirige l'organisation, qui occupa à plusieurs reprises le poste de chef

de mission dans diverses ONG dont AMI.

–Un responsable de projet expatrié qui venait de participer à la mise en œuvre d'un programme d'appui aux soins de santé primaire en République Démocratique du Congo.

–Une coordinatrice médicale en charge de la coordination des activités médicales d'un camp de réfugiés en Thaïlande.

Nous avons sélectionné les personnes en essayant d'avoir un échantillon représentatif avec des personnels de terrain et du siège, des profils médicaux et des profils plus gestionnaires et administratifs. Nous espérions dégager une vision plus objective du problème en prenant en compte le ressenti de chacun face à ce processus.

Le déroulement de l'entretien se faisait comme suit :

–Présentation du projet dans son ensemble.

–Présentation de notre rôle.

–Présentation du logigramme représentant le circuit de fonctionnement.

–1ère question posée : existent-ils des dysfonctionnements lors de la mise en place de nouvelles activités parmi les étapes détaillées le processus de décision ? Si oui, lesquels ?

–2ème question posée : quelles sont les causes de ces dysfonctionnements ?

Chaque entretien a fait l'objet d'un compte rendu écrit, décrypté ensuite pour réaliser une synthèse des réponses obtenues.

Une fois les problèmes identifiés, l'analyse de ces dysfonctionnements s'est fait à l'aide de l'outil QQOQCP, technique de structuration de l'information sur la base des questions : quoi, qui, où, quand, comment, et pourquoi. L'utilisation de cette technique avait pour objectif de mieux cerner et comprendre les dysfonctionnements repérés en précisant la cause principale, les acteurs concernés, le contexte et les temps du processus. Cette description permet également d'apporter des éléments dans le choix de la solution à envisager (10).

1.7 -La construction du nouveau processus : un guide des activités médicales

Lors de l'analyse du processus, deux dysfonctionnements très largement partagés par les différentes personnes interrogées ont été identifiés. L'équipe projet a été réunie pour une présentation des résultats qui ont été jugés comme étant effectivement des dysfonctionnements prioritaires pour lesquels le guide devait apporter des réponses.

Au cours de cette réunion, nous avons décidé, au regard des précédentes tentatives rapidement "oubliées", de construire ce guide de manière participative, en incluant les salariés du siège, une personne du conseil d'administration et les membres les plus actifs du comité scientifique.

1.7.1 -Choix du contenu rédactionnel

1.7.1.1 -Le type de contenu

Pour définir le type de contenu, nous avons utilisé deux procédés. D'une part, nous avons souhaité définir ce contenu en sollicitant l'avis des personnes terrains. Un questionnaire succinct, réalisé avec le responsable du département médical, a été envoyé au :

–coordinateur médical qui participe à la planification et à la définition de la stratégie médicale de l'ensemble de la mission.

–référent médical qui s'assure de la mise en œuvre et du suivi des activités médicales sur le terrain.

Ces profils ont été choisis sur la base de deux critères, leur champ d'activité en lien direct avec les activités médicales ; et leur fonction qu'ils exercent à des niveaux différents, le coordinateur a un rôle plus stratégique et le référent un rôle opérationnel.

Le questionnaire comportait 4 questions et un 5ème item "remarques", prévue pour des suggestions éventuelles (annexe3). Les questions portaient sur :

–l'objectif qu'il voyait dans la mise en place d'un guide, ce qui permettait de renseigner de l'usage qu'il comptait en faire ;

–le type de contenu qu'il souhaitait trouver dans le guide ;

–à quel professionnel ce guide devait être destiné ;

–à quel niveau d'action ce guide devait être utilisé.

Le choix s'est porté sur des questions ouvertes pour ne pas orienter les réponses et laisser libre cours à des remarques qui n'auraient pas été envisagées dans les phases précédentes. Ce choix a été possible car le nombre de questionnaires à envoyer était faible, seulement 10 questionnaires. L'exploitation des questionnaires s'est faite en regroupant les réponses par famille. Ensuite une synthèse a été envoyée aux missions ainsi qu'à l'équipe projet afin de favoriser la participation de tous.

D'autre part, nous nous sommes inspirés d'une technique décrite dans la méthode KALAM qui consiste à faire « une cartographie des connaissances spécifiques à la tâche » en se posant la question «quelles sont les connaissance nécessaires à l'agent pour être efficace dans sa tâche ? » (11). Nous avons d'abord étudié les tableaux QQOQCP, réalisés précédemment, qui décrivaient les deux dysfonctionnements, afin de bien comprendre la tâche concernée par le dysfonctionnement, le but de celle-ci ainsi que les personnes qui l'effectuaient. Puis nous avons identifié la nature des informations et le type de documents nécessaires. Nous nous sommes basés sur ces éléments pour juger le contenu prioritaire qui devait figurer dans le guide.

Cette analyse, complétée par le recueil des réponses aux questionnaires, nous a permis de définir le type de contenu adapté à l'utilisation, que ce soit au niveau de la tâche ou du profil de l'utilisateur.

1.7.1.2 -Les thèmes

La partie du guide concernant les stratégies d'intervention

Avec le responsable du département médical, nous avons choisi les thèmes selon les critères suivants :

•toutes les thématiques médicales que comprend les soins de santé primaire en se basant sur la déclaration d'Alma-Ata (12).

En y ajoutant, si celles ci étaient différentes :

•les thématiques des programmes actuellement en place,

•les thématiques des programmes qui ont pu exister dans le passé,

•les thématiques pouvant porter un intérêt particulier si la fusion avait lieu.

La partie du guide concernant les ressources opérationnelles

Les thèmes de cette rubrique ont été identifiés essentiellement en se basant sur l'analyse du recueil de données effectué auprès des personnels de terrain.

1.7.2 -Choix de la forme

1.7.2.1 -Architecture du guide

Pour définir la structure et l'organisation de l'outil, nous avons étudié les différents guides existants chez d'autres ONG et notamment chez Première-Urgence (PU) avec qui nous étions en discussion à cette époque. Nous avons étudié les guides produits par Médecins Sans frontières, le guide à destination des logisticiens chez Action Contre la Faim (ACF), l'outil numérique présenté sur un CD-Rom chez PU concernant la réhabilitation de différents ouvrages.

Nous avons ensuite eu un entretien avec un ancien salarié ayant travaillé de nombreuses années chez AMI sur le terrain et au siège et qui avait commencé un travail de capitalisation « Health Manager ». Ce travail n'avait pas été terminé car cette personne avait quitté l'organisation et n'avait pas été remplacée. Cet entretien nous a permis de discuter avec lui sur le choix de la structure et les interactions possibles entre les différentes données.

Avec le responsable du service médical, nous avons défini une architecture et l'avons présenté à l'équipe projet avec qui nous avons validé une forme définitive.

1.7.2.2 -Mise en forme du contenu rédactionnel

Pour décider du contenu, nous nous sommes inspirés des trames qui avaient été conçues lors du travail de capitalisation inachevé, le "Health Manager".

Nous avons discuté avec un membre du comité scientifique travaillant sur la formation dans le domaine du VIH. Nous avons souhaité mettre à profit son expertise en terme de connaissance pédagogique afin d'évoquer avec elle, la structuration des données, le style rédactionnel et la mise en forme du contenu. Nous lui avons également soumis cette trame élaborée pour le "Health Manager"

1.8 -La mise en œuvre du guide

Les actions prévues permettant la mise en place d'un guide capitalisant les connaissances et méthodologies d'intervention des activités médicales d'AMI ont été listées.

La 1ère action consiste à l'élaboration du contenu et la seconde action est la réflexion sur les modes d'animation de l'outil.

Pour chacune de ces actions envisagées, nous avons identifié :

–les personnes en charge et les personnes impliquées,

–les échéances,

–un indicateur de suivi.

1.8.1 -Action 1 : élaboration du guide

1.8.1.1 -La conception des fiches

1.8.1.1.1 -Sélection des auteurs

Afin d'avoir un guide reconnu et crédible, nous avons souhaité nous doter d'un contenu scientifique exigeant. Nous nous sommes appuyés sur le comité scientifique qui était en train de se mettre en place en appui au département médical. Ce comité scientifique a pour objectif d'apporter un appui d'expertise au niveau du siège et ponctuellement sur les missions afin d'améliorer les pratiques d'AMI sur les terrains d'intervention (extrait de la stratégie du CA).

Ce comité est composé d'un noyau de coordination de 5 personnes et d'une assemblée élargie de personnes qui peuvent être sollicitées occasionnellement. Les membres sont composés d'experts sur différentes thématiques (santé publique, VIH, économie de la santé, biologie, santé maternelle et infantile, santé mentale...)

Avec le responsable du département médical, nous avons posé les critères suivants pour la sélection des auteurs :

–une expertise reconnue dans le domaine de la fiche à rédiger: soit par leur formation, soit par leur activité professionnelle passée ou en cours,

–une expérience dans l'humanitaire avec AMI.

Nous souhaitions également que parmi les auteurs, figurent des personnels d'AMI issues du terrain et du siège pour poursuivre l'implication de tous au fil du projet.

Parmi le noyau du comité scientifique un des membres a été nommé référent pour ce travail de capitalisation, il est devenu notre interlocuteur et a fait le lien avec les autres membres du comité.

1.8.1.1.2 -La rédaction du contenu

Une fois les auteurs sélectionnés, nous nous sommes répartis le travail entre le référent du comité scientifique qui était chargé de contacter les personnes sélectionnées au sein du comité, et le département médical chargé de contacter les autres personnes (expatriés, personnalités

du CA, personnes extérieures).

Le contact se faisait la plupart du temps par mail, la demande comportait les éléments suivants :

–une présentation qui rappelait l'objet du guide, le type de contenu, les consignes de rédaction ainsi que le délai ;

–un fichier présentant les thèmes contenus dans le guide ;

–la trame d'une fiche programme ;

–la trame d'une fiche technique ;

–l'exemple d'une fiche programme réalisée sur le thème de la *« santé maternelle »* et une fiche technique sur *« la consultation prénatale ».*

Les consignes de rédaction étaient de :

–respecter la trame de la fiche en prenant exemple sur les modèles déjà rédigés,

–indiquer les références bibliographiques utilisées pour la rédaction.

Nous partagions un tableau de suivi avec le référent du comité scientifique pour noter les personnes ayant acceptées, et le cas échéant, nous devions rechercher un nouvel auteur.

La rédaction de 11 fiches programmes et 25 fiches techniques étaient prévues. Nous avons sollicité au total 15 auteurs potentiels, dont 7 membres du comité scientifique, 4 personnels AMI (2 siège et 2 sur le terrain), 2 membres du CA et 2 anciens expatriés AMI.

1.8.1.1.3 -La relecture des fiches

Deux types de relecture ont été effectués :

–une première relecture sur le fond pour vérifier le contenu scientifique,

–une seconde relecture sur la forme pour harmoniser le style d'écriture entre les différents auteurs.

Relecture sur le fond

Nous avons sélectionné les personnes pour la relecture selon les critères suivants :

–avoir des connaissances significatives sur la thématique de la fiche acquises par sa formation et/ou son expérience professionnelle ;

–avoir une expérience professionnelle dans l'humanitaire.

Certains experts étaient sollicités pour relire plusieurs fiches. Au total, nous avons demandé à 15 personnes, dont 8 issues du comité scientifique, 4 issues d'AMI (toutes issues du siège), 1 membre du CA, 1 ancien expatrié et 1personnel terrain. La relecture des fiches s'est faite selon deux modes en fonction du type de fiche.

Le processus pour les modes de relecture en fonction du type de fiche est présenté dans le schéma ci-dessous.

Processus pour la fiche programme

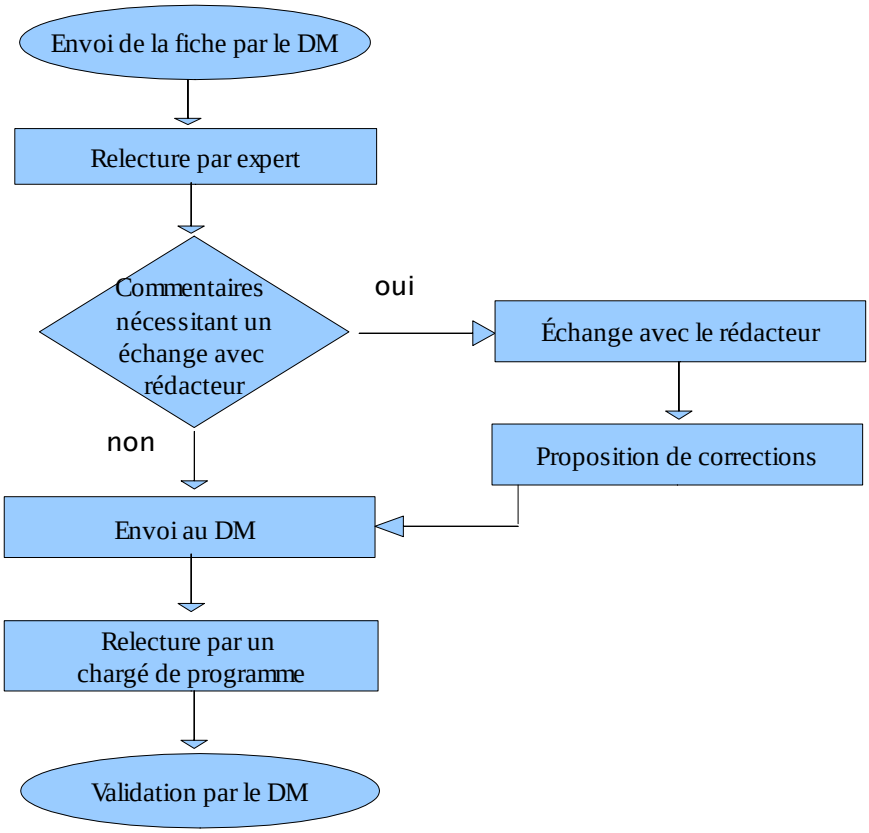


Illustration 1 : mode de relecture d'une fiche programme

Processus pour la fiche technique

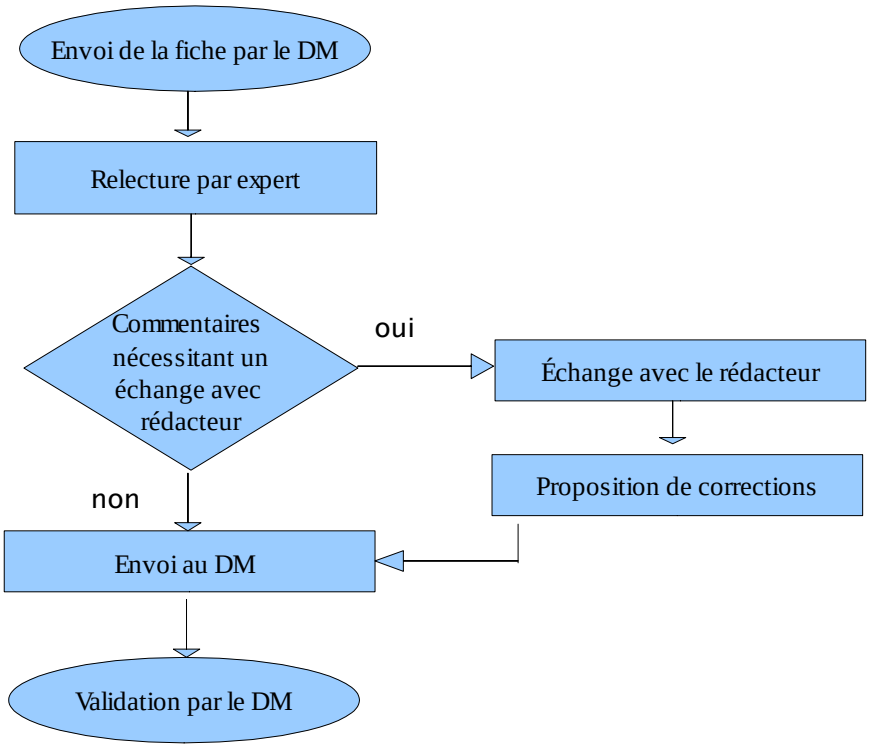


Illustration 2 : mode de relecture d'une fiche technique

Relecture sur la forme

Nous avons effectué la relecture sur la forme de toutes les fiches qui consistait à la correction des fautes d'orthographes et à l'harmonisation du style d'écriture, notamment sur la forme des différentes rubriques.

Validation définitive

Une fois le processus de lecture terminé, chaque fiche devait être validée par le responsable du département médical.

1.8.1.2 -La conception de la rubrique ''ressources opérationnelles''

Un mail a été envoyé au coordinateur médical, en copie au chef de mission, pour demander de nous faire parvenir, selon une liste définie, les outils qu'ils jugeaient pouvoir apporter *une plus value et était selon eux intéressant à partager*.

Un délai pour le retour de ces outils a également été donné.

La liste indicative comportait des thèmes ainsi que des exemples d'outils se rapportant à ces thèmes pour aiguiller les professionnels. Concernant les « modules de formation » et « les protocoles médicaux », il était précisé que la date de création de ces deux documents ne devait pas dépasser deux ans.

Tableau I: Liste de documents demandés aux terrains pour la boite à outils

Gestion des structures de santé	Grille d'évaluation centre de santé, d'un hôpital, grille de calcul de primes, outil de supervisions par activités...
Autorités sanitaires	Exemples de protocole d'accord dans le cadre d'appui aux soins de santé primaire, de programmes VIH, de formations…
Education à la santé	Outils d'éducation à la santé, images supports de sensibilisation...
Épidémiologie	Outils de collecte de données, bases de données, rapport hebdomadaire de suivi des données...
Rapports	Rapports mensuels référents médicaux, staff national (infirmier superviseur, sages-femmes, médecin), coordinateur médical..
Pharmacie	Outils de supervision, outils de gestion de la pharmacie, base de données, liste type de médicaments, de matériel médical...
Ressources humaines	Profils de poste, grille d'évaluation staff national...
Formation	Modules de formation effectués datant de moins de 2 ans.
Protocoles médicaux	Exemple de protocole médical validé datant de moins de 2 ans.

Les critères pour sélectionner les documents reçus étaient :

–la pertinence,

–leur capacité à être transposable,

–pour les formations et protocoles médicaux : le respect des dates, les sources bibliographiques citées.

1.8.2 -Action 2 : réflexion sur l'animation

De la même manière que pour l'action 1, un tableau a été réalisé précisant :

–les personnes en charge et les personnes impliquées,

–l'échéancier,

–un indicateur de suivi.

L'objectif de cette seconde partie était de poser des recommandations sur l'animation de l'outil, sa mise en œuvre se faisant dans un second temps. Cependant, il était important d'y réfléchir en même temps que nous concevions le guide car la stratégie d'animation de l'outil pouvait impacter sur cette phase de conception.
Nous avons mené ce travail de réflexion en échangeant avec différentes personnes.

Tout d'abord, nous avons discuté du mode de réactualisation avec le noyau du comité scientifique. Ensuite nous avons de nouveau échangé avec la personne qui avait imaginé le "Health Manager". Puis enfin, nous nous sommes réunis avec l'équipe projet et le service communication pour évoquer les différents types de supports possibles au regard du travail d'animation que cela demandait.

Résultats

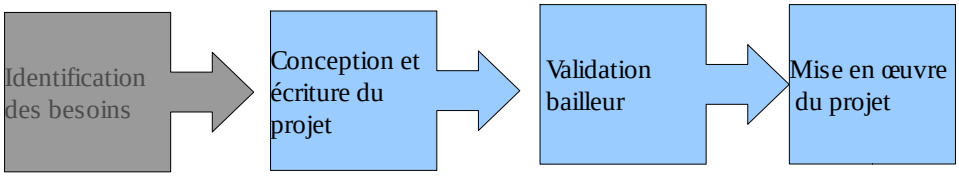
1.9 -Identification du processus

Le processus identifié porte sur la **succession d'étapes qui conduit à la mise en place de nouvelles activités médicales dans le cadre de missions existantes ou de nouvelles missions**. Ce processus se limite à l'étape de la définition des objectifs et stratégies du projet jusqu'à la mise en œuvre (partie bleu du schéma).

En effet, dans le cas où une mission existe déjà, les professionnels sur le terrain participent à des réunions de coordination organisées par le bureau de coordination des actions humanitaire OCHA (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). Cette instance a pour fonction principale l'identification des besoins non couverts concernant différentes thématiques (santé, réhabilitation, protection...).

Dans le cas d'une ouverture de mission, l'identification des besoins se fait par le biais d'une mission exploratoire, qui est une activité bien spécifique mobilisant des compétences logistiques et médicales. Un travail de formalisation de connaissances sur ce sujet est prévu prochainement. Nous avons donc décidé de choisir ce processus, particulièrement important pour l'ONG, qui est la mise en place de nouveaux projets médicaux représentant une charge de travail importante et précieuse pour l'ONG.

Les grandes étapes pour la mise en place d'un programme :



Les personnes en charge de la conduite du projet de capitalisation, sont la stagiaire du département médical ainsi que le responsable du département.

L'équipe projet mise en place est composée du :

–délégué général d'AMI,

–responsable du département médical d'AMI,

–un responsable de programme,

–la stagiaire du département médical.

Le calendrier des grandes étapes de l'action (annexe 4) prévoyait la fin de l'action pour le début du mois de mai 2011.

Le programme d'amélioration de la qualité a pour objectif d'élaborer un guide qui va permettre :

–d'apporter un contenu scientifique concernant les stratégies d'intervention ;

–de faciliter la mise en place de nouvelles activités en évitant la perte de temps dans la recherche de littérature et dans la création d'outils déjà existants.

La réalisation de la mise en forme ne fait pas partie du projet et sera réalisé dans un second temps par le service communication.

1.10 -L'analyse du processus

Description du processus étudié

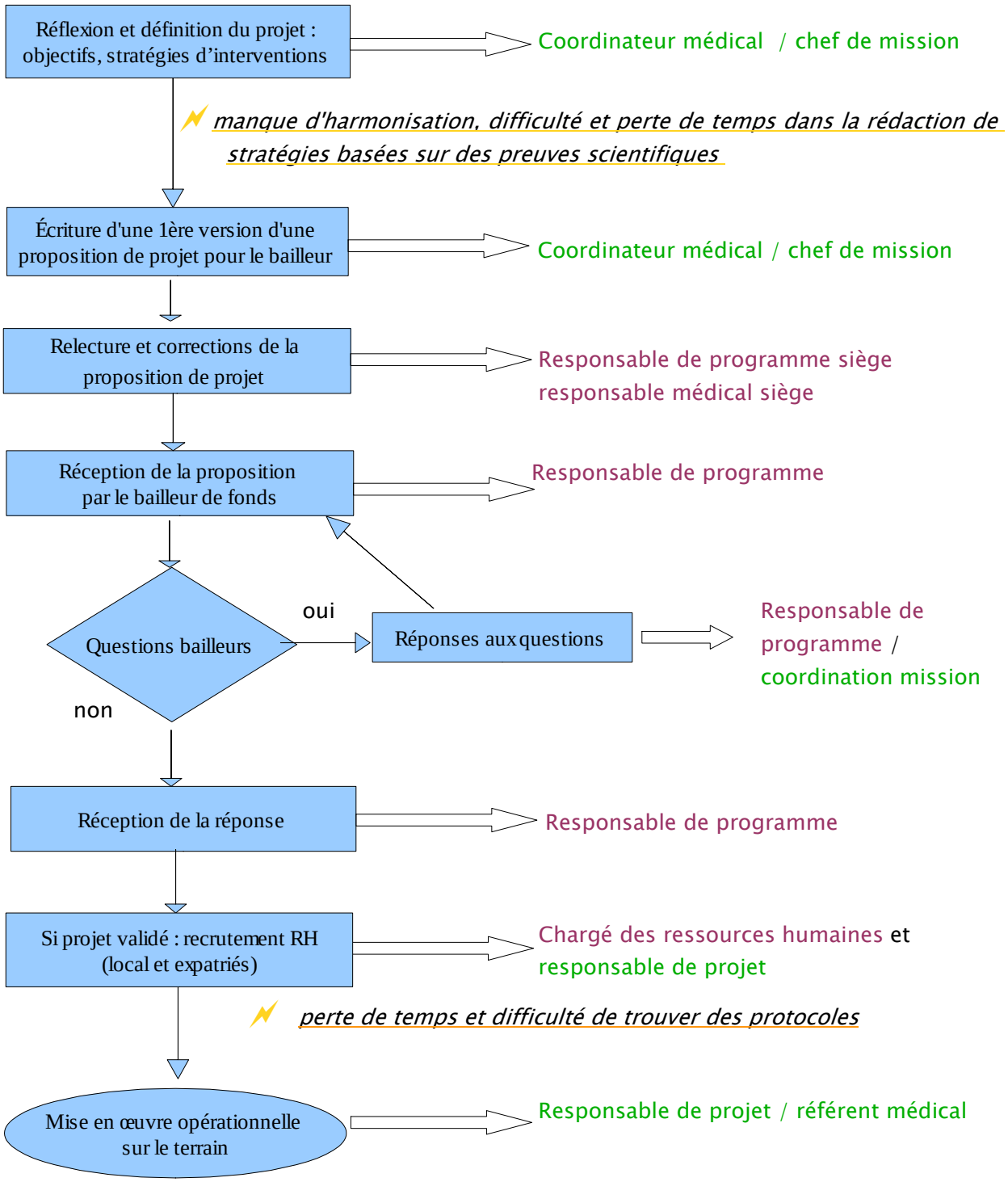


Illustration 3 : Logigramme du processus étudié dans la mise en place d'un projet médical

⚡ : dysfonctionnement vert : terrain bordeaux : siège

Identification et description des dysfonctionnements

Les entretiens menés avec des expatriés terrains et des salariés du siège, concernant les dysfonctionnements dans le processus de mise en place des activités, ont fait ressortir deux principaux dysfonctionnements à deux étapes différentes du processus. Ils sont représentés dans le logigramme ci-dessus.

D'une part, lors de la conception du projet, les personnes interrogées ont évoqué *"le manque de méthodologie sur la planification de projet", "des difficultés dans la compréhension du sens de l'appui, ce que l'on cherche à obtenir par le programme mis en place", "des difficultés lors de l'élaboration des stratégies pour trouver des références sur les stratégies opérationnelles privilégiées au regard d'évidences scientifiques et de choix de l'ONG".*

D'autre part, lors de la mise en place des activités, les difficultés décrites étaient très similaires parmi l'ensemble des personnes interrogées, *"la perte de temps à recréer des outils, existants pourtant sur d'autres terrains", "la difficulté de trouver des protocoles types (hygiène, liste types de matériels...)", "l'absence de documentation à laquelle se référer lors de mise en place de nouvelles activités".*

La problématique du "*manque d'harmonisation"* entre les missions a été, également fréquemment, soulevée. Cependant, ce manque d'harmonisation n'a pas été considéré comme un dysfonctionnement en soi par l'équipe projet car il n'y a pas un souhait d'aller vers des pratiques standardisées. C'est plutôt considéré comme un problème entravant l'efficacité et l'efficience, avec la perte de temps qu'entraîne le fait de recréer perpétuellement des outils déjà existants.

Les deux dysfonctionnements ont été décrits avec la technique QQOQCP.

Tableau II: Dysfonctionnement 1 difficultés rencontrées lors de la conception de projet

Quoi ?	Difficulté dans la définition des stratégies opérationnelles du projet en lien avec des références AMI.
Qui ?	Coordinateur médical, coordinateur programme, chef de mission.
Où ?	En premier lieu sur le terrain au niveau de la coordination de la mission, puis au siège lors de la relecture.
Quand ?	Lors de la définition du projet pour l'écriture de la proposition au bailleur.
Comment ?	La définition du projet se fait en se basant sur les protocoles nationaux, les protocoles OMS.
Pourquoi ?	Renouvellement de financement pour un projet, émergence de nouveaux besoins sur une mission existante.

Tableau III: Dysfonctionnement 2 perte d'efficacité lors de mise en œuvre d'activités

Quoi ?	Perte d'efficacité dans la mise en œuvre de nouvelles activités médicales.
Qui ?	Responsable de base, référent médicaux.
Où ?	Sur le terrain au niveau des bases opérationnelles.
Quand ?	Lors de la mise en œuvre de nouvelles activités médicales.
Comment ?	Recherche de documents OMS, protocoles nationaux, demande d'appui au service médical.
Pourquoi ?	Mise en œuvre d'un projet dont le financement a été validé pour répondre à une problématique de santé.

1.11 -La construction du nouveau processus : un guide des activités médicales

Lors de la réunion de l'équipe projet, nous avons présenté les deux dysfonctionnements repérés. Dans l'objectif de construire un guide adapté et utilisé par les acteurs, les principes suivants ont été posés.

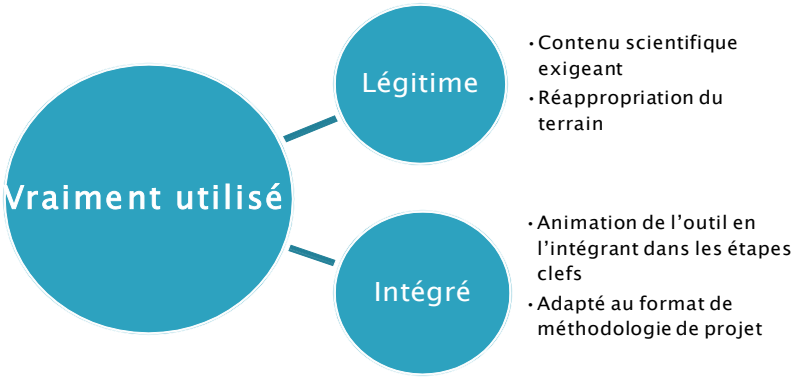


Illustration 4: Principes pour la conception du guide

1.11.1 -Choix du contenu rédactionnel

1.11.1.1 -Le type de contenu

Résultats sur l'analyse des dysfonctionnements

Le dysfonctionnement 1 concerne prioritairement les personnels de coordination des missions, ayant un rôle dans la définition de la stratégie de la mission. La définition et l'écriture d'un programme se fait selon les protocoles nationaux et ceux de l'OMS, cependant, il est capital de pouvoir se repérer parmi tous ces documents et d'identifier les stratégies adaptées au contexte

et de les formaliser pour l'écriture.

La réponse à la question *« quelles sont les connaissances nécessaires à l'agent pour être efficace dans sa tâche ? »*

Les membres de la coordination ont besoin de bien comprendre le contexte agissant sur la problématique, les objectifs attendus lorsqu'on souhaite répondre à cette problématique, les stratégies reconnues pertinentes dans le milieu et la pratique d'AMI dans ce genre de situation. Ce besoin intervient lors de l'écriture de propositions de projet, il est donc également nécessaire d'avoir des informations structurées de la même façon que les "formats de proposition" des bailleurs.

Un exemple des rubriques du "formulaire unique pour les actions humanitaires" provenant de la direction générale de l'aide humanitaire, ECHO, au sein de la commission européenne est présenté en annexe 5.

Les connaissances à apporter pour résoudre ce dysfonctionnement sont relatives à :

•l'analyse du contexte : problèmes posés, causes, contraintes et opportunités ;

•la planification de ce type de programme : les objectifs, les stratégies d'intervention, les actions envisagées, les indicateurs ;

•l'évaluation : des éléments sur la mesure des effets attendus et non attendus.

Le dysfonctionnement 2 concerne la perte d'efficacité dans la mise en œuvre des activités une fois que le financement a été accepté. Il n'y a pas de centralisation de documents ou d'outils de suivi des activités. La mise en œuvre d'un projet se fait au niveau des bases par les responsables de projet en charge de l'ensemble d'activités, et les référents médicaux en charge du suivi et de la qualité des activités médicales.

La réponse à la question *« quelles sont les connaissances nécessaires à l'agent pour être efficace dans sa tâche ?*

A ce niveau, les agents ont besoin de comprendre assez succinctement le sens de l'action, c'est à dire dans quelle problématique celle-ci s'insère, et, surtout, d'avoir des informations sur la mise en œuvre. Des exemples d'outils ou de protocoles médicaux permettront de gagner du temps en diminuant le temps de recherche et en évitant de commencer à partir de rien.

Résultats des questionnaires

Les résultats des questionnaires nous ont permis de compléter cette analyse et de se rendre compte si nous étions en phase avec les acteurs concernés.

Nous avons reçu 7 questionnaires sur les 10 envoyés. Pour traiter les données nous avons regroupé les réponses par grande famille, elles sont présentées ci-dessous, plusieurs réponses étaient possibles. Les graphiques présentent le nombre de fois que les différentes réponses ont été citées.

« Selon vous, quel serait l'objectif de ce guide ? »

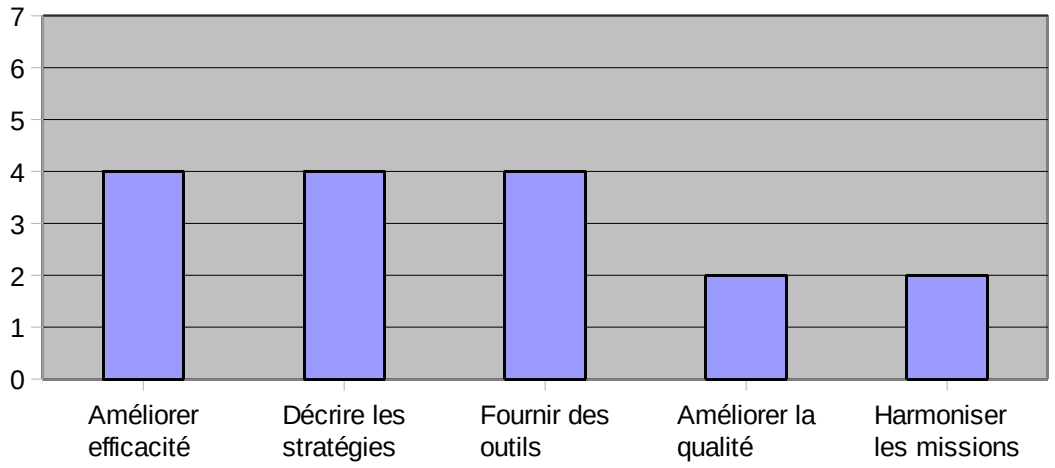


Illustration 5: Résultats du questionnaire sur l'objectif du guide

« Selon vous, quel type de contenu doit figurer dans ce guide ? »

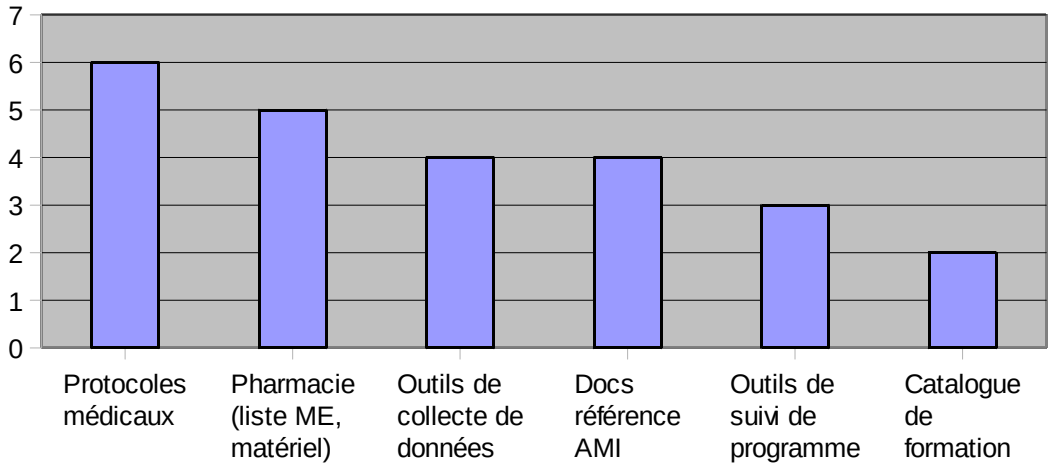


Illustration 6: Résultats du questionnaire sur le type de contenu figurant dans le guide

« Selon vous, à quel professionnel ce guide est destiné »

L'ensemble des réponses ont été unanimes, ce guide doit être destiné aux différents acteurs que ce soit à la coordination ou bien sur les bases, aux acteurs médicaux (coordinateur et référent médical) comme aux non médicaux (chef de mission, coordinateur programme, responsable de base).

« Selon vous à quel niveau d'action ce guide doit être utilisé »

Parmi les réponses recueillies, « lors de la mise en place des activités » a été cité trois fois, « lors du suivi d'activités » trois fois également et une réponse a été « à tous les niveaux ».

« Autres remarques »

Sur les sept questionnaires reçus, cette rubrique a été remplie 4 fois, les réponses recueillies étaient :

–la suggestion d'une rencontre des coordinateurs médicaux annuellement afin de discuter et d'améliorer le guide ;

–la traduction du guide en anglais et en français ;

–inclure une partie sur la promotion de l'hygiène à la santé ;

–mettre en place un guide pour chaque mission adapté au contexte d'intervention (procédures administratives, sécurité).

A la lumière de l'analyse des dysfonctionnements et des réponses aux questionnaires, nous pouvons résumer les types d'informations qui seront présents dans le guide.

Tableau IV : Synthèse du type de contenu présent dans le guide

Dysfonctionnements		Réponses apportées
Difficulté dans la définition des stratégies opérationnelles à l'égard de références AMI.	→	Informations sur la planification de programme
Perte d'efficacité dans la mise en œuvre de nouvelles activités médicales.	→	Informations sur la mise en œuvre Exemples d'outils opérationnels

1.11.1.2 -Les thèmes retenus

Les champs d'activités couverts par les soins de santé primaire, selon la déclaration d'Alma-Ata sont au minium de :

–l'éducation à la santé,

–la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,

–la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale,

–la vaccination contre les grandes maladies infectieuses,

–la prévention et le contrôle des endémies locales,

–le traitement des maladies et lésions courantes,

–la fourniture des médicaments essentiels.

En s'appuyant sur ces domaines d'activités décrits dans la déclaration d'Alma-Ata et sur l'analyse des programmes actuels, passés et potentiels dans la perspective de la fusion, nous avons arrêté les thèmes présentés dans l'illustration ci-dessous. Les données en bleu correspondent à des thèmes pour les informations sur la planification de programmes et les données en vert correspondent aux thèmes des fiches sur la mise en œuvre d'activités.

Programmes verticaux	Santé maternelle	Consultations prénatales
		Accouchement (simple)
		Soins postnatals
		Planification familiale
	Santé infantile	Vaccination
		Soins aux nouveaux nés
		Consultation préscolaire
	VIH	Sensibilisation
		Dépistage
		Prise en charge curative
		Suivi psychosocial
		PTME
	Epidémies	Choléra
		Méningite
		Rougeole
		H1N1
	Nutrition	Protocoles de prises en charge
		Suivi dans la communauté
	Tuberculose	Prise en charge curative
		Suivi dans la communauté
	Santé mentale	Différentes pathologies
	VVS	Prise en charge médicale
		Prise en charge psychosociale
Soins de santé primaire	Soins de santé primaire : généralités	Principales pathologies
		La clinique mobile
		Le centre de santé
Soins de santé secondaire	Soins de santé secondaires : généralités	Chirurgie générale
		Chirurgie obstétrique
		Appui à un hôpital
Santé communautaire	Santé communautaire : généralités	

Illustration 7: Thèmes des programmes et activités retenus

Les thèmes choisis pour la rubrique "ressources opérationnelles"

Ressources opérationnelles	Protocoles médicaux	Protocoles OMS, AMI, MSF
	Pharmacie	Liste type de médicaments, matériels médicaux, outils de gestion
	Gestion structure de santé	Grille d'évaluation centre de santé, d'un hôpital, outil de supervisions par activités.
	Autorités sanitaires	Exemples de protocole d'accord programmes soins de santé primaire, de programmes VIH…
	Education à la santé	Outils d'éducation à la santé, images
	Épidémiologie/monitoring	Outils de recueil de données, bases de données, listes d'indicateurs
	Modèles de rapports	Différents types de modèles de rapports médicaux, staff...
	Ressources humaines	Profils de poste, grille d'évaluation staff national
	Formation	Modules de formation
	Évaluation	Méthodologie d'évaluation, rapports d'évaluation externes de missions

Illustration 8: Thèmes des items figurant dans les ressources opérationnelles

1.11.2 -Choix de la forme

1.11.2.1 -Architecture du guide

L'étude des différents guides nous a permis d'observer les éléments qui rendaient le guide attractif et facile à utiliser. Nous avons pu constater que les guides qui nous demandaient du temps pour trouver l'information nous lassaient rapidement. Nous nous sommes donc inspirés de la présentation attractive sous forme de menus déroulants du guide de PU, ainsi que de la

forme dynamique permettant des liens entre les différents contenus (fiches et outils) qui avait été imaginée pour le Health Manager.

L'architecture se présente sous la forme suivante :

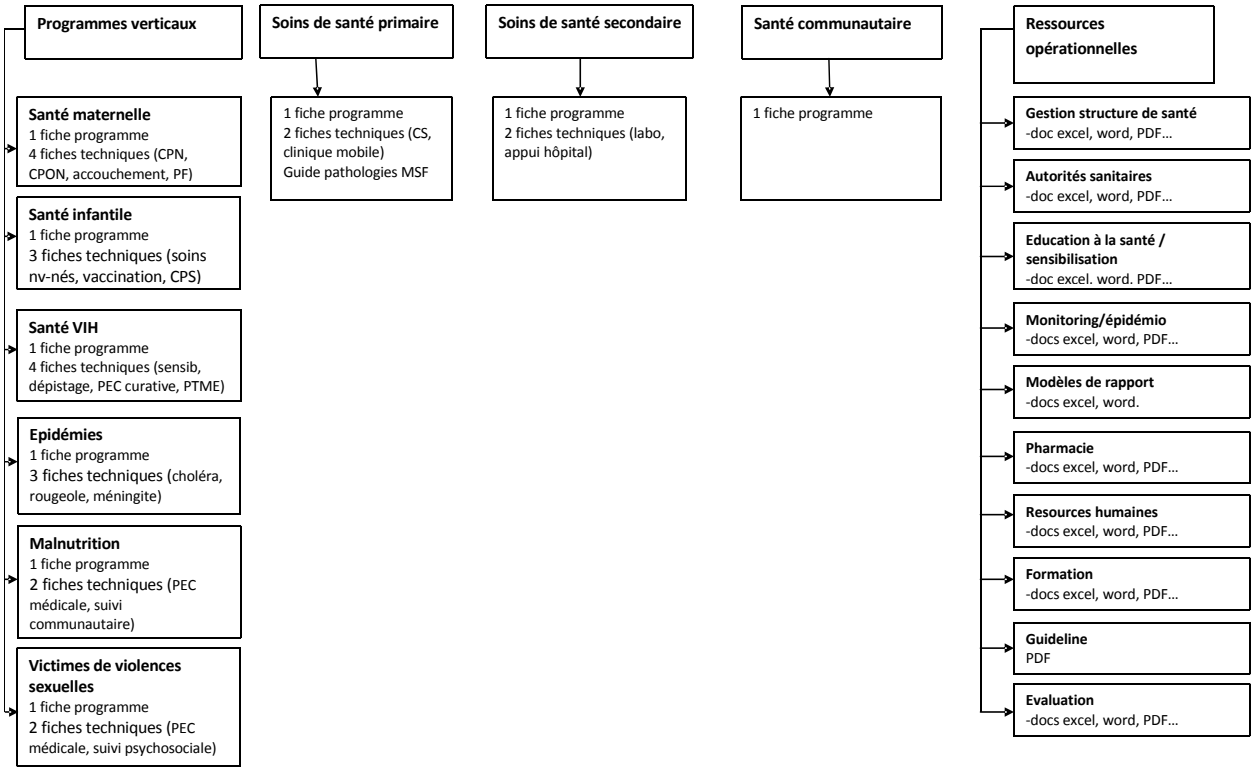


Illustration 9: Architecture du guide des activités médicales

1.11.2.2 -Mise en forme du contenu rédactionnel

Nous avons décidé de produire un contenu harmonisé, quelques soient les thèmes abordés, présenté sous forme de fiches.

Une fiche programme pour le contenu destiné aux informations sur la planification de projet et une fiche technique pour les informations sur la mise en œuvre d'activités.

Une présentation standardisée permettra au lecteur de s'y retrouver plus facilement dans la fiche. le modèle d'une fiche programme et d'une fiche technique sont présentées respectivement en annexe 6 et 7.

1.12 -La mise en œuvre du guide

Pour mettre en œuvre le guide des activités médicales, nous avons décidé de travailler sur deux actions distinctes :

–l'élaboration du contenu du guide,

–la réflexion sur les modes d'animation du guide.

La mise en forme sera effectuée par le service communication.

1.12.1 -Action 1 : élaboration du contenu du guide

Ce tableau présente la description de l'action.

Tableau V: Élaboration du contenu du guide de référence pour les activités médicales d'AMI

Personnes en charge Personnes impliquées	La stagiaire et le responsable du département médical. L'équipe projet, des membres du comité scientifique, le personnel terrain.
Échéances	01/05/11
Indicateurs de suivi	Proportion de fiches réalisées / fiches prévues.

1.12.1.1 -La conception des fiches

1.12.1.1.1 -La sélection des auteurs

La sélection des personnes s'est faite parmi les personnels du siège, du terrain, du comité scientifique et du conseil d'administration. Nous avions sollicité au total 15 personnes, parmi elles, 3 ont refusé. Nous avons donc eu 12 auteurs qui ont accepté la rédaction d'une ou plusieurs fiches. Certains n'ont pas effectué complètement leurs missions, ils ont, par exemple, rédigé seulement une fiche sur les deux dont ils avaient la charge.

Les critères de sélection étaient de posséder une expertise en lien avec une formation ou une expérience professionnelle et d'avoir travaillé avec AMI. Sur les 12 auteurs, un ne répondait pas à ces deux critères car il n'avait jamais eu d'expérience avec AMI, mais avec d'autres ONG.

1.12.1.1.2 -La rédaction du contenu

Sur les 11 fiches programmes et 25 fiches techniques prévues, 9 fiches programmes ont été réalisées ainsi que 20 fiches techniques.

Concernant l'indicateur de suivi, nous avons atteint 90% de fiches réalisées, pour les fiches programmes, et 80% pour les fiches techniques. Cependant, dans de plusieurs cas les délais n'ont pas été respectés, en effet, la moitié des fiches ont été retournées après le délai prévu.

1.12.1.1.3 -La relecture des fiches

Relecture sur le fond

Parmi les 15 personnes sélectionnées, 14 ont accepté de relire les fiches dont 8 sont issues du comité scientifique, 4 du siège, 1 du CA et 1 ancien expatrié. Les 14 relecteurs retenus correspondent tous aux critères de sélection. Toutes les fiches ont été relues selon le protocole prévu. Cependant, la processus de relecture a pris un peu plus de temps que prévu.

Relecture sur la forme

L'ensemble des fiches ont été relues sur la forme en ce qui concerne l'orthographe et le style rédactionnel.

1.12.1.2 -La conception de la rubrique ''ressources opérationnelles''

Nous avions demandé à l'ensemble des missions des exemples d'outils suivant une liste de 9 thèmes.

Nous avons reçu des outils provenant de l'ensemble des terrains, ceux-ci ne concernaient pas l'ensemble des thèmes abordés. Nous avons reçu de nombreuses bases de données, outils de collecte de données, des modules de formations, des modèles de rapport, des profils de poste médicaux et quelques outils de supervisions d'activités.

Le tri des documents reçus a été assez long et fastidieux, de nombreux documents n'étaient pas datés, et pour certains outils il était assez difficile de cerner leur utilisation dans un autre contexte.

Au final, seulement 30% des outils reçus ont été intégrés dans cette rubrique. Ce qui représente une trentaine d'outils et une dizaine de protocoles ou 'guideline'. Nous avons également eu l'autorisation du service de publication de Médecins sans Frontières d'insérer certain de leurs guides dans notre outil de capitalisation. Ces ouvrages sont destinés aux personnels de santé (infirmiers, médecins, sage femmes) exerçant dans les dispensaires de santé. Les ouvrages qui seront présents dans les ressources opérationnelles sont :

-"Guide clinique et thérapeutique" qui présente les principales pathologies rencontrées dans les pays en voie de développement.

-"Médicaments essentiels" qui présente l'emploi et la gestion des médicaments susceptibles d'être rencontrés dans un dispensaire de santé.

-"Obstétrique en situation d'isolement" qui présente les pathologies obstétriques.

-"Tuberculose" qui explique la pathologie, les moyens diagnostics et curatifs à mettre en œuvre.

-"La prise en charge d'une épidémie à méningocoque" qui expose la conduite à tenir face à cette épidémie.

1.12.2 -Action 2 : réflexion sur l'animation

Ce tableau présente la description de l'action.

Tableau VI: Réflexion sur l'animation de l'outil

Personnes en charge Personnes impliquées	La stagiaire et le responsable du département médical. L'équipe projet, des membres du comité scientifique, le personnel terrain, le service communication.
Échéances	01/05/11
Indicateurs de suivi	Respect de l'échéance pour l'élaboration des recommandations

La finalité de l'action consistait à élaborer des recommandations concernant les modes d'animation. Concernant l'indicateur de suivi l'échéance a été respectée.

Suite à nos discussions au sein du noyau du comité scientifique et à l'observation des tentatives précédentes, nous avons posé quelques principes.
Tout d'abord, ce guide doit être actualisé, les recommandations scientifiques évoluant rapidement, nous devons prévoir sa mise à jour. Dans un premier temps, il est prévu que les différents membres du comité scientifique alertent le département médical lors de formulations de nouvelles recommandations modifiant les précédentes, concernant leur champ d'expetise. Ensuite, il est prévu que la relecture de fiches se fasse une fois par an par les membres du comité scientifique. Nous devons donc concevoir un support facilement modifiable.
Le second point important est relatif au mode de consultation, l'outil doit être "dynamique", et "instinctif", c'est à dire qu'en lisant une fiche technique, il doit être possible d'accéder directement aux outils correspondants grâce à des liens. Le guide sera sous format numérique, le format papier rendant le guide plus statique et pouvant encombrer l'expatrié qui part déjà bien chargé.

Un troisième point qui nous a semblé important est de réussir à en faire un outil vivant, qui puisse évoluer dans le temps, ce qui suppose une présentation sous forme d'un site intranet. Nous souhaiterions, trimestriellement, récupérer les formations ou autres documents issus des missions et pouvant être partagés afin de les ajouter à la rubrique "ressources opérationnelles". Suite à ces ajouts, un mail serait envoyé aux terrains pour leurs signaler la mise en ligne d'un nouveau document afin de maintenir une certaine attractivité.

Le quatrième point porte sur l'intégration de l'outil aux étapes clefs de la mission, nous souhaitions présenter ce guide lors de la semaine de préparation au départ et l'utiliser comme support de formation. Nous avons d'autres pistes qui sont pour l'instant restées à l'état de réflexion comme par exemple l'utiliser comme support lors de débriefing des expatriés médicaux.

Discussion

1.13 -Synthèse des résultats

A la suite de cet projet, le contenu définitif comprend :

–9 fiches programmes,

–20 fiches techniques,

–une rubrique "ressources opérationnelles" structurée en 10 items comprenant des outils réalisés sur le terrain, certains protocoles OMS, certains guides MSF (guide clinique, guide des médicaments...), les protocoles médicaux AMI (protocole VIH Birmanie, protocole prise en charge de victimes de violences sexuelles en RDC...).

Le guide se présentera sous la forme d'un site intranet. Cependant, une version offline sera mise sur une clef USB, donnée avant le départ de l'expatrié, où figurent d'autres documents de référence (procédures logistiques,..), provenant essentiellement du fonctionnement de PU.

Les démarches, effectuées par le service communication, pour la conception du site intranet sont en cours.

Ensuite, il est envisagé qu'à partir du mois de juillet le guide soit diffusé au niveau des missions.

1.14 -Les objectifs et méthodes adoptés

1.14.1 -L'évolution des objectifs

L'objectif général de la mission de stage était de favoriser la capitalisation des méthodologies d'intervention et des savoir-faire d'AMI. Cette capitalisation s'inscrivait dans une problématique plus large, le besoin de renforcer le cœur de métier d'AMI. En cela, cet objectif s'apparente à une démarche continue d'amélioration de la qualité de l'organisation. Il a donc été nécessaire d'affiner et préciser les objectifs.

La démarche qualité avait pour objectif d'élaborer un guide qui permettrait :

–d'apporter un contenu scientifique sur les thématiques dans lesquelles intervient AMI,

–de faciliter la mise en place des nouvelles activités en évitant la perte de temps dans la recherche de littérature et dans la création d'outils déjà existants.

La réalisation de ce guide était l'objectif de la mission de stage. Initialement, l'organisation souhaitait qu'il soit prêt pour le début du mois de mai, ce qui supposait l'élaboration d'un produit fini incluant la mise en forme.

Cependant, assez rapidement après avoir lancé le PAQ, il a été clair que la réalisation du support du guide n'était pas faisable, et ce pour deux raisons, le temps insuffisant et le manque de compétences en interne permettant de produire ce type de travail.

Dans les premières semaines, les objectifs ont évolué, il a fallu replacer chaque objectif au bon

niveau d'intervention, d'affiner et de préciser un attendu réalisable.

Cette précision des objectifs est un des facteurs de réussite de la démarche du PAQ (13).

1.14.2 -La démarche qualité : la méthode PAQ

La méthode choisie pour entreprendre cette démarche qualité s'est portée sur le PAQ de l'HAS pour différentes raisons. En premier lieu, la méthode PAQ fait partie des "méthodes de première intention", décrites comme étant « *les plus simples, les plus connues, les plus couramment utilisées, les plus légitimes. […] Elles sont à privilégier pour la conduite des premières démarches d'amélioration de la qualité* » (4).

D'autre part, nous avons privilégié une méthode utilisant une "approche par processus" plutôt que par "résolution de problème" car l'objectif énoncé (favoriser la capitalisation des savoir-faire par la mise en place d'un guide) devait répondre à une problématique générale de l'organisation, plus qu'à un problème clairement défini.

Nous avons également employé certaines techniques utilisées dans la méthode de gestion des connaissances KALAM. Cette méthode a pour objectif d'assister le professionnel détenant un savoir-faire, plus ou moins tacite, à le formaliser sous une forme explicite, donc plus facilement diffusable, réutilisable et apte à être enrichi par les autres experts. Cette une méthode reconnue, qui a été utilisée par de grands entreprises telles qu'AREVA ou la Société Générale. La conduite de cette méthode KALAM se fait selon une approche par processus (11). La première étape consiste à définir le processus particulièrement important dans l'activité de la compagnie en le décrivant de manière participative avec un logigramme. Sur ce schéma figure l'enchaînement des tâches ou activités dans le temps en précisant le département affecté. Cette application est similaire à l'approche utilisée dans la méthode PAQ qui est mise en œuvre dans ce projet.

L'utilisation de la méthode PAQ permet une approche transversale dans la compréhension de la problématique, avec sa description du circuit de fonctionnement, des professionnels impliqués et du niveau de la chaîne concerné. Ceci permet de créer une interface entre les acteurs et les tâches. La transversalité permet de favoriser le décloisonnement des services (13).

Les difficultés rencontrées ont été au départ de s'approprier cette méthode. Cette démarche est considérée comme assez simple, cependant, l'utilisant pour la première fois, un temps d'adaptation a été nécessaire pour en comprendre la logique et le contenu des différentes étapes.

1.14.3 -La participation des acteurs

La participation des acteurs est un facteur de réussite important pour pourvoir, in fine, répondre de manière pertinente au besoin de contenu sur les stratégies efficaces lors de la conception d'un projet ainsi que pour faciliter la mise en œuvre de ce programme. Selon Jean Yves Prax, la démarche doit émaner d'une vision participative et la dimension humaine doit y prendre une place significative. Cette participation doit se faire à différents niveaux et dans toutes les étapes de la démarche.

1.14.3.1 -La participation des professionnels au niveau du siège

Dans son rapport qui décrit la mise en place d'un PAQ (13), l'HAS cite comme facteur de réussite l'implication directe de la direction lors de l'initiation du projet ainsi qu'une information clairement exprimée et argumentée en interne concernant la démarche qualité.
Dans ce projet, la direction a été impliquée depuis le choix du processus à améliorer jusqu'à sa mise en œuvre.
Nous avons impliqué également les responsables de programmes (RP) des deux desks. Ils faisaient partis de l'équipe projet qui a contribué à l'analyse du processus et de ses dysfonctionnements, et à la construction du guide.
Cette participation pluridisciplinaire au sein du siège a été extrêmement enrichissante pour le projet, il est important de souligner l'implication assez remarquable de la direction.
Cependant, l'implication des RP est plus nuancée leur niveau de participation se situait plus sur un mode consultatif, que sur un niveau considéré comme de la participation-action selon l'échelle de participation de Hance (14). Des raisons externes à la façon de gérer le projet peuvent être tout d'abord évoquées. D'une part, la charge de travail très importante, notamment avec le projet de fusion qui était extrêmement chronophage, et d'autre part le départ imminent des deux RP de l'organisation. Une demande plus explicite de la part des responsables du projet, sur le niveau de participation attendu, aurait peut être favorisé une implication un peu plus importante.
Cependant, lors de la phase de relecture, la participation des RP (dont un qui venait de prendre son poste) s'est située à un niveau de participation-action. Ce niveau de participation devant permettre une meilleure réappropriation du projet.
Enfin, il est important de souligner que ce type démarche incluant le service médical et les services opérationnels favorise le décloisonnement souvent rencontré entre ces deux services.

1.14.3.2 -La participation de la population concernée : les acteurs terrains

La participation de la population concernée est un gage de réussite important (13). Les acteurs terrain ont été impliqués tout au long du processus, lors de l'analyse des dysfonctionnements par le biais des entretiens, lors de la construction du guide avec les questionnaires, et dans la mise en œuvre par l'envoi des outils ou par la rédaction de fiches pour certains.

Lorsque cette participation se situait à niveau de consultation, celle-ci s'est déroulée d'une façon très positive et efficace. Par contre, certaines difficultés sont apparues lorsque la participation était plus dans un niveau de participation-action. En effet, certains délais pour la rédaction des fiches n'ont pas été respectés, et pour quelques fiches la qualité du rédactionnel était insuffisante en termes de style et de pauvreté dans le contenu.

Ceci peut être expliqué par la différence de temporalité, pour les personnes du siège ou externes il est plus facile de préserver un temps pour la réflexion et d'avoir du recul par rapport au terrain. Contrairement aux personnes sur les missions qui sont plus dans l'action, l'immédiateté. Le contexte est donc moins propice à la réalisation d'une revue de littérature. Dans ce cas, la rédaction a donc été finalisée au département médical, enfin cela n'a concerné qu'un nombre très faible de fiches.

Quelques retards concernant le tri et l'envoi des outils destinés à la rubrique "ressources opérationnelles" ont également été rencontrés

1.14.3.3 -La participation des membres du comité scientifique

La participation du comité s'est également située à différents niveaux, dans la construction du processus et dans la mise en œuvre.

On peut également souligner la participation du noyau de coordination, notamment le "référent guide", qui a été forte. Le noyau du comité a contribué de manière significative à la réflexion dans la construction du processus.

Ensuite, des membres élargis du comité scientifique ont, eux, participé à la rédaction. D'une manière générale, ce choix a été positif car nous avons bénéficié de l'expertise de ces personnes apportant ainsi une plus value importante à ce guide. Nous avons pu également observé pour certains l'attachement qu'ils avaient à l'organisation.

Toutefois, nous avons observé les limites du bénévolat, avec des retards de certains auteurs ou même parfois l'absence de retours qui nous ont obligés à supprimer certaines fiches prévues, pour celles jugées moins prioritaires.

1.15 -Les résultats obtenus et leurs effets

1.15.1 -Le contenu rédactionnel du guide

La définition du contenu du guide s'est faite en deux temps, tout d'abord en définissant le type de connaissances nécessaires en fonction de son utilité, puis en déterminant les thèmes de programmes et d'activités qui seraient traités. Pour le premier point, deux méthodes ont été utilisés : l'analyse des dysfonctionnements avec la technique QQCOQP associée à une question *"sur les connaissances nécessaires à l'agent pour réaliser la tâche"* et un recueil d'information du terrain via un questionnaire. Cette deuxième méthode avait pour objectif d'impliquer les acteurs terrain et de percevoir leurs besoins. Il est intéressant d'observer que les réponses issues de l'analyse des dysfonctionnements et celles exprimées par les bénéficiaires se rejoignent, ce qui est un élément positif pour la réussite du projet.

La production du contenu s'est faite selon deux modes, les fiches ont été créées selon une analyse de la revue de la littérature et la formalisation des savoir-faire du rédacteur.
Les outils opérationnels, quant à eux, étaient déjà crées, un travail de tri s'est fait en deux temps, d'abord sur le terrain puis au niveau du siège. La sélection de ces outils a posé certaines difficultés que nous n'avions pas imaginé. En effet, il est assez difficile de comprendre l'utilité et cerner la pertinence de certains outils une fois qu'il sont sortis de leur contexte. Une note explicative sur le contexte et l'objectif permettrait plus facilement son utilisation dans un autre contexte, et ce, notamment pour les modules de formation.

Un format de fiche explicative standard aurait dû être envoyé avec la liste des outils demandés, cette fiche aurait été remplie pour chaque outil envoyé, notamment pour les modules de formation. Cependant, même si nous avions prévu ce dispositif, avec la surcharge de travail que cela aurait entraînée, nous aurions sûrement accentué le retard quant à l'envoi de ces outils.

Au final nous avons tout de même récupéré un nombre non négligeable de documents et notamment d'outils standards de suivi épidémiologique, de protocoles médicaux, de modèles de rapport, des outils et supports pour l'éducation à la santé, des profils de poste, etc.

La version définitive du guide comporte deux fiches programmes et cinq fiches techniques de moins que prévu initialement. En effet, suite à l'autorisation d'intégrer le guide MSF "Tuberculose", nous n'avons plus souhaité, avec le responsable du département médical, réaliser une fiche programme et deux fiches techniques sur ce thème. Pour les autres fiches manquantes, nous n'avons pas réussi à trouver un expert répondant aux critères et qui accepte ce travail de rédaction.

Des modifications sont survenues concernent la traduction du guide, en effet, suite au retard accusé dans l'élaboration du rédactionnel, le guide sera lancé dans un premier temps en français et non dans les deux langues (anglais et français) comme prévu initialement.

Nous avons déjà évoqué certaines raisons précédemment, liées aux limites du bénévolat, et à la différence en terme de temporalité dans laquelle se trouvent les professionnels terrain. Cependant, il devient assez évident qu'il y a eu une insuffisance concernant l'anticipation de ces deux facteurs dans la conception du projet.

1.15.2 -La continuité du projet : support, animation et diffusion du guide

Les principes identifiés pour que l'utilisation de ce guide soit pérenne, en dehors du contenu de départ, porte sur sa capacité a être attractif et à évoluer.

Au regard des expériences malheureuses passées, la réflexion menée sur l'animation de l'outil, c'est-à-dire son mode de présentation et d'actualisation, nous a paru extrêmement importante.

Concernant l'animation de l'outil, les éléments retenus étaient le choix d'un support attractif, dynamique, évolutif, et simple. Un site intranet nous a semblé la meilleur solution permettant d'offrir toutes ces possibilités. Nous souhaitions également utiliser la structure de ce site pour mettre une version offline sur une clé USB donnée au départ de l'expatrié dans le cas où la connexion internet serait difficile.

Pour continuer à attirer les utilisateurs à se rendre sur le site intranet, nous envisagions d'enrichir de façon continue la rubrique « ressources opérationnelles » et de prévenir les personnels de la mise en ligne de nouveautés par mail. Ceci supposera de mettre en place un dispositif en collaboration avec les responsables de programmes, permettant de récupérer trimestriellement les outils, les formations effectuées, des rapports d'évaluation, etc. Il sera nécessaire de formaliser un processus et de standardiser le format des documents à envoyer. Par exemple pour le recueil de support de formation, une fiche présentant les points clés (public visé, durée, objectifs, références...) devra accompagner l'envoi du module.

L'enrichissement de la rubrique « ressources opérationnelles » suppose que le site intranet soit modifiable par une personne en interne à l'ONG, afin de ne pas alourdir le processus et de minimiser les frais. Ce travail fera, a priori, parti des fonctions du prochain stagiaire au sein du département médical.

Concernant la diffusion, il est envisagé un "lancement officiel" afin de valoriser ce guide auprès des utilisateurs, ceci serait également l'occasion de rendre hommage aux rédacteurs.

1.16 -Finalité de l'outil de capitalisation : permettra-il une amélioration de la qualité des interventions ?

Le guide des activités médicales de PU-AMI est un outil de partage des connaissances. Cette capitalisation des connaissances est une composante du concept de Knowledge Management (6), concept actuellement porteur dans le milieu des entreprises.

Pour définir en quoi cet outil de partage, ayant capitalisé des savoir-faire et des connaissances, peut améliorer la qualité des interventions au sein de PU-AMI, il faut déjà s'intéresser aux potentiels effets des dysfonctionnements, en d'autres termes, en quoi l'absence de ce guide peut avoir des effets sur la qualité des interventions ?

Pour ce faire, on peut utiliser l'indice de "criticité" développé dans la méthode KALAM (11). Il s'agit, au sein du processus, de quantifier l'importance de la tâche concernée, c'est-à-dire qu'en cas de défaillance, se trouve-t-on dans une situation de crise importante ou bien une situation à laquelle on pourra remédier ultérieurement ?

Concernant notre projet de guide, la tâche correspondant au dysfonctionnement 1 est la définition de programme. Un programme définit de manière défaillante peut ne pas être approuvé par le bailleur et donc ne pas se faire. Cependant, ce risque est atténué car une seconde lecture est effectuée au sein du siège avant l'envoi au bailleur. Il est clair par contre que cela va demander un travail de réécriture considérable et vu le nombre de dossiers à traiter, le temps qui pourra y être consacré ne suffira pas à le rendre correct. Dans l'éventualité où ce projet est accepté par le bailleur, ce qui est parfois le cas, les résultats seront difficilement à la hauteur des objectifs fixés et ce sont les bénéficiaires qui en pâtiront.

Concernant le dysfonctionnement 2, la perte d'efficacité lors de mise en œuvre d'activités, les conséquences sont un peu moins importantes. Cependant, une mise en œuvre mal effectuée peut entraîner du retard dans les activités ou bien pire des activités réalisées avec une qualité très insuffisante, ce qui est préjudiciable dans le domaine de la santé. Dans la majorité des cas, la réalisation correcte de ces tâches (définition du projet et sa mise en œuvre) repose sur les connaissances et expériences des expatriés sur le terrain acquises lors de missions antérieures.

Ce qui nous amène à la mesure de la vulnérabilité de l'organisation par rapport aux compétences disponibles, dans notre cas les tâches en question reposent beaucoup sur les connaissances de l'expatrié, ce qui pose un problème non négligeable au regard du turnover très important dans l'humanitaire.

Après avoir montré que l'absence d'un outil de capitalisation pouvait avoir des effets négatifs sur la qualité, il faut s'intéresser à ce que peut apporter la mise en place de cet outil dans l'amélioration de la qualité.

Dans un rapport « Gérer les connaissances » publié par le CIGREF (Club Informatique des Grandes Entreprises Françaises) (15), les auteurs expliquent les raisons de l'intérêt des grandes entreprises dans la gestion des connaissances.
Tout d'abord, le fait que le besoin de performance beaucoup plus grand que par le passé passe essentiellement par une plus grande réactivité. *« L'entreprise qui sera en mesure de réutiliser tout ou partie d'une expérience similaire aura une longueur d'avance : si cette expérience a été une réussite, elle permettra à l'entreprise une réduction des coûts ou une accélération des travaux ; dans le cas contraire, l'entreprise pourra, au moins, s'assurer de ne pas refaire deux*

fois de suite les mêmes erreurs (réduction des risques) ».

La seconde raison évoquée résulte de la perte des compétences liée à des départs en retraite imminents ou à un turnover accéléré des spécialistes et des experts.

Une autre raison résulte de la prise de conscience que l'on entre dans une phase de sur-information. Cette situation s'accélère notamment du fait du développement d'internet (messagerie électronique et web), et de la bureautique (traitement de texte, transparents Powerpoint, tableaux Excel, images et son des CD-ROM…), *« il devient de plus en plus difficile d'exploiter efficacement toutes ces informations qui sont, pour l'essentiel, non structurées, hétérogènes et contextuelles (c'est-à-dire liées au contexte local et particulier d'utilisation)».*

Les raisons présentées dans ce rapport sont tout à fait transposables au milieu humanitaire. Il existe aussi une compétition de plus importante entre les ONG pour l'attribution de financements entraînant la nécessité d'être extrêmement réactif. On rencontre également la problématique du turnover des expatriés effectuant des carrières courtes sur le terrain, ainsi que le problème engendré par le développement d'informations disponibles sur le Web très hétérogènes et la difficulté de les réutiliser dans nos propositions de projets.

Les auteurs de ce rapport se sont intéressés au retour sur investissement de la gestion des connaissances, il est expliqué *« qu'une justification économique n'est pas possible a priori. […] il faut se consacrer à la valeur apportée par la réutilisation des connaissances par les collaborateurs (économie de 3 mois d'études…) peut être une des pistes intéressantes. » (15).*

Dans un guide des "outils du knowledge management", l'auteur explique que les finalités du management sont principalement d'ordre économique, organisationnel et social (16):

•**Optimiser les processus** : Les processus peuvent être optimisés par la capitalisation et la réutilisation des savoirs et savoir-faire, par un meilleur partage des pratiques.

•**Développer l'innovation** : stimuler l'innovation par l'acquisition de connaissances nouvelles en ayant recours à des référentiels de connaissances et favoriser les échanges porteurs d'idées nouvelles et la constitution d'un réseau d'experts, en d'autres termes : « niveler savoirs et savoir-faire vers le haut », repérer les connaissances nouvelles, les valider et les transformer en un projet industriel.

•**Optimiser le cycle de décision (gain de temps)** : réduire le cycle de décision est possible par la mise à disposition des meilleures pratiques et des retours d'expériences grâce aux outils de partage des connaissances. La connaissance des processus y contribue également.

•**Réduire la subjectivité** : Les techniques Knowledge Management de traitement de l'information reposent sur une démarche de traitement « intelligente » de l'information (traitement documentaire et technique). Elles ont vocation à décontextualiser l'information. Ces techniques spécifiques au Knowledge Management contribuent également au traitement de données pertinentes en équilibrant le rapport bruit/silence.

Ce guide repose sur la diffusion de savoirs sous forme de fiches qui ont été conçues par une revue de littérature et rédigées puis relues par des experts. Nous pouvons supposer que ce guide favorisera l'adoption de nouvelles stratégies, la réduction de la subjectivité dans le choix

de ces stratégies, et optimisera la mise en œuvre des activités.

1.17 -Les perspectives : vers une capitalisation continue des connaissances et des savoir-faire ?

Dans son rapport, le CIGREF cite en préalable que *"toutes les entreprises font de la gestion des connaissances sans le savoir. L'enjeu et la difficulté sont d'en prendre conscience et de systématiser les pratiques existantes afin de les optimiser" (15).*

Un des enjeux est de savoir si la mise en place de ce guide, va entraîner l'ONG dans un processus de capitalisation continu, c'est-à-dire intégré au fonctionnement de l'organisation.
Selon Prax, l'intérêt d'utiliser une démarche basée sur le processus pour la mise en œuvre de cette gestion des connaissances, est de progressivement réintégrer l'acte de capitalisation dans le processus d'action pour obtenir une mise à jour permanente. « *En effet, la capitalisation après coup est perçue comme une tâche supplémentaire, sans valeur ajoutée, sans motivation et soumise à des arbitrages difficiles »*. Pour lui, l'idée est donc d'intégrer les actions de capitalisation (indexation, documentation,etc.) dans la tâche elle-même. C'est à l'outil de gérer ensuite les informations et de les agréger en une «mémoire collective».

La volonté du département médical est d'entrer dans ce processus de capitalisation continu en utilisant ce guide comme "propulseur" de cette démarche. Nous avons expérimenté le fait qu'une capitalisation après coup est perçue comme une surcharge de travail, nous sommes donc convaincus de l'utilité de l'intégrer au fonctionnement même de l'organisation.
Les pistes proposées dans l'action numéro 2 vont tout à fait dans ce sens. En effet, la mise en place d'un dispositif permettant de récupérer les outils de façon continue, selon une méthode standardisée, fait parti des recommandations pour le futur.

De plus, les dirigeants de la structure issus d'AMI sont conscients du risque que l'outil devienne obsolète à terme et ne soit plus utilisé, ce qui est un argument important en faveur d'un processus continu.

1.18 - Conclusion

Cette démarche menée au sein de l'organisation a donné lieu à des échanges constructifs entre les différents membres, et a contribué à lancer le comité scientifique qui a entrepris son premier chantier.

De plus, la réalisation de ce guide s'est inscrit dans une stratégie plus globale de l'organisation, en répondant à l'exigence de renforcement de son cœur de métier.

Nous avons toutes les raisons de penser que ce guide va contribuer à l'amélioration de nos programmes et optimiser la mise en place de nouvelles activités sur le terrain. Néanmoins cette amélioration de la qualité sur le long terme passe forcément par la mise en place de modalités garantissant la pérennité de cet outil de capitalisation.

A terme cette pérennité passe essentiellement par la mise en place d'un système de gestion des connaissances institutionnalisé.
Nous pensons que cet intérêt stratégique est, à ce jour, bien compris par l'ancienne direction d'AMI. Cependant le défi reste entier, car si cette question était susceptible de devenir une des

priorités chez AMI, la création de la nouvelle structure PU-AMI modifie la donne.

Les membres et la direction de PU n'ont pas été impliqués dans cette démarche, à présent, nous devons être particulièrement attentif à bien les intégrer dans ce projet de guide et à terme les convaincre de l'intérêt stratégique, pour la nouvelle entité, d'instituer la gestion des connaissances dans le processus de l'organisation.

Index des tables

Tableau I: Liste de documents demandés aux terrains pour la boite à outils 27
Tableau II: Dysfonctionnement 1 difficultés rencontrées lors de la conception de projet 31
Tableau III: Dysfonctionnement 2 perte d'efficacité lors de mise en œuvre d'activités 32
Tableau IV : Synthèse du type de contenu présent dans le guide 35
Tableau V: Élaboration du contenu du guide de référence pour les activités médicales d'AMI 38
Tableau VI: Réflexion sur l'animation de l'outil 40

Index des illustrations

Illustration 1: Mode de relecture d'une fiche programme 26
Illustration 2: Mode de relecture d'une fiche programme 26
Illustration 3: Logigramme du processus étudié dans la mise en place d'un projet médical 30
Illustration 4: Principes pour la conception du guide 32
Illustration 5: Résultats du questionnaire sur l'objectif du guide 34
Illustration 6: Résultats du questionnaire sur le type de contenu figurant dans le guide 34
Illustration 7: Thèmes des programmes et activités retenus 36
Illustration 8: Thèmes des items figurant dans les ressources opérationnelles 36
Illustration 9: Architecture du guide des activités médicales 37

Bibliographie

(1) Sommaruga C. Réflexions et convictions sur l'humanitaire d'aujourd'hui et de demain. Revue internationale de la Croix-Rouge. 2000 Jun 30;(838):295-310.

(2) Blackburn P. Humanitaire pour quelles humanités ?. Congrès de l'association Francophone pour le savoir d'Ottawa; 2009 May. Canada, Ottawa 2009.
Accessible en ligne:
http://www.humanitaire.ws/download/Humanitaire_pour_quelle_humanite.pdf

(3) Joli F. Le CICR et l'humanitaire d'aujourd'hui [Vidéo]. Affaires - stratégiques info : un autre regard sur les relations internationales [en ligne]. 2009, [consulté le 17 mai 2011].
Accessible en ligne http://www.affaires-strategiques.info/spip.php?article1139

(4) Aide Médicale Internationale. (page consultée le 15 mai 2011). Historique, [en ligne]. http://www.amifrance.org/30ans/

(5) Brugière M, rapporteur. Les acteurs français dans le "post-conflit". Rapport de la Comission "Crises, prévention des crises et reconstruction". Paris: La Documentation Française; 2005. Commandité par le Haut conseil de la coopération nationale.

(6) Fall NC, Ndiaye AA, Fall A, Timera OT, Mbao N, Barret T. Capitalisation et valorisation des expériences des projets de développement : Guide Méthodologique. Dakar: FRAO/WARF; 2009. 80 p.

(7) Maury H, A Quoi sert l'évaluation ? Les chaînons manquants de l'évolution des acteurs humanitaires. Humanitaires en Mouvement [en ligne]. 10 avril 2009, n°2, [consulté le 6/05/2011]. Accessible en ligne : http://www.urd.org/spip.php?article58&artpage=2-5

(8) Pérousse de Montclos A. Évaluation, notation, accréditation : quelques pistes de réflexions à propos des ONG humanitaires. Conférence de l'Association Africaine d'Évaluation; 2007 Jan 15-21; Niamey, Niger.

(9) Grünewald F. Évaluer l'action humanitaire : état des lieux des réflexions et pratiques [en ligne]. Texte préparé pour le groupe de travail sur les évaluations de la Délégation à l'Action Humanitaire. [consulté le 10 avril 2011].
Accessible en ligne : http://www.urd.org/IMG/pdf/Eval_action_hum.pdf

(10) Erbault M, Glikman, J, Ravineau MJ, Lajzerowicz N. Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: Haute Autorité de Santé; 2000.

(11) Prax J-Y. Le manuel du Knowledge Management. Paris: Dunod; 2003. p273-281

(12) Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire. Conférence sur les soins de santé primaire; 1978 Sep 12, Alma-Ata, URSS. Accessible en ligne : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/index.html

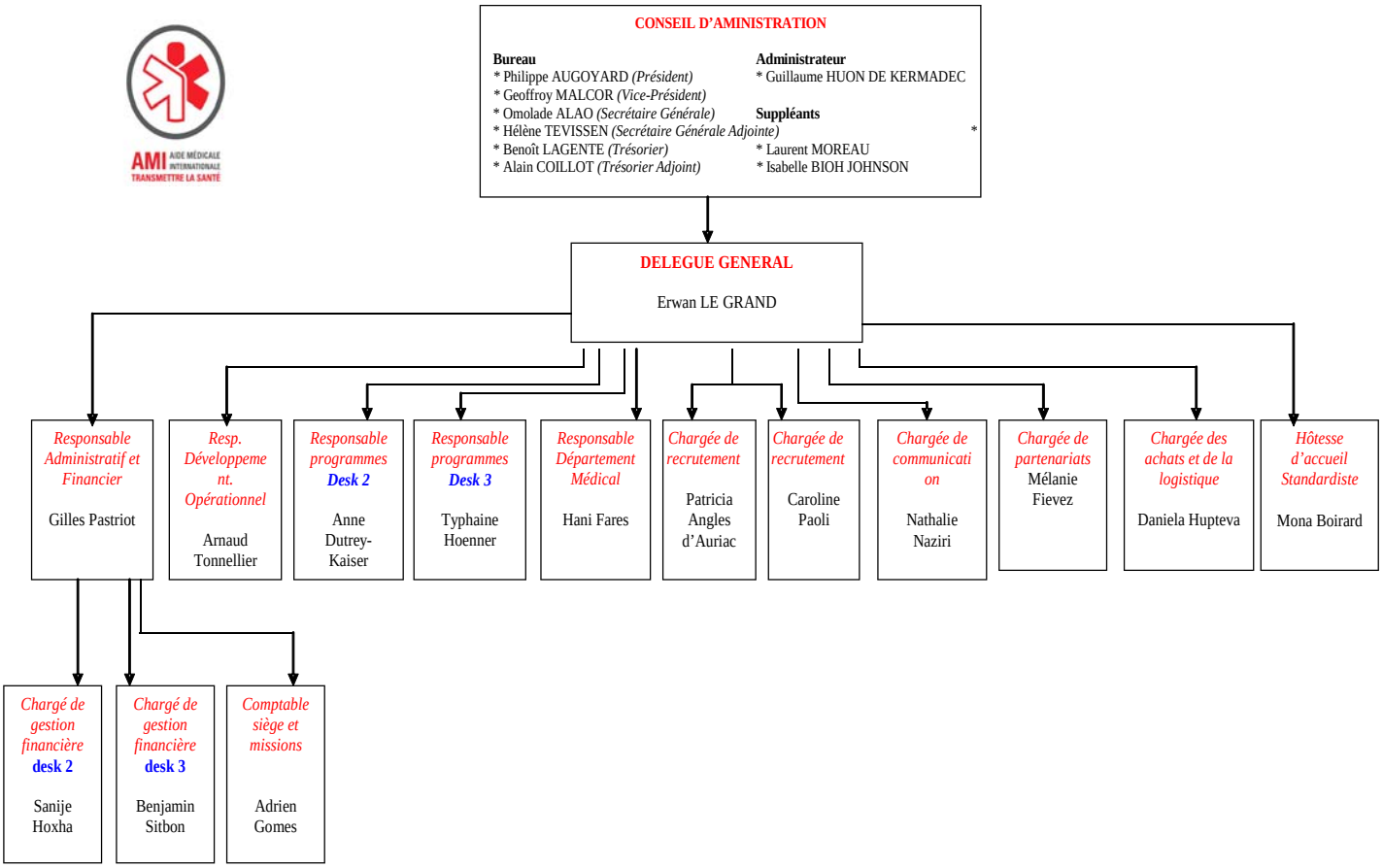
(13) Fourcade A, Maguerez G, Mounic V, rédacteurs. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris: Haute Autorité de Santé; 1996.

(14) Hance BJ, Chess C, Sandman TM. Industry risk communication manual : improving dialog with community. Boca Raton: Lewis Publisher; 1990.

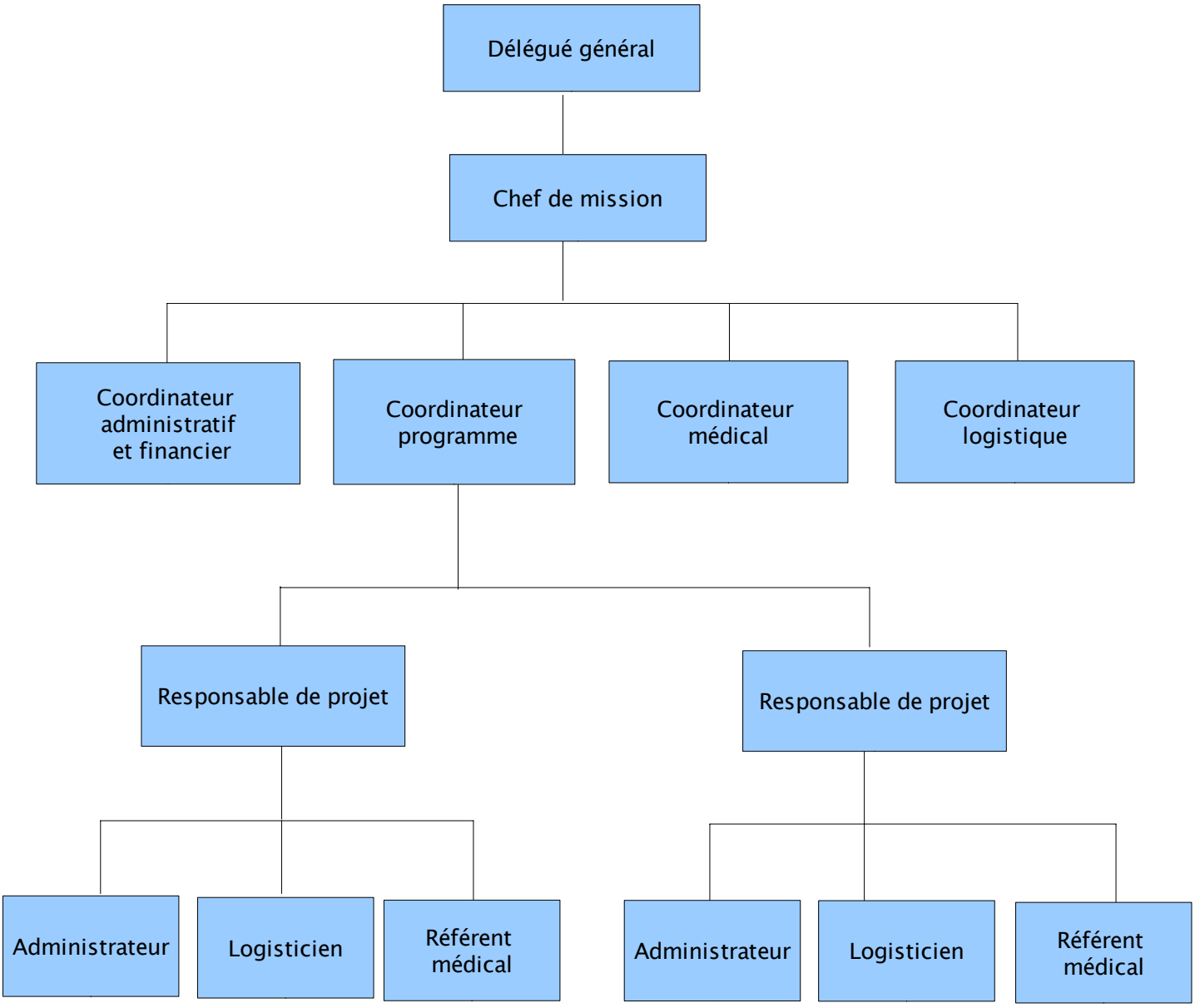
(15) Bauvais V, rédacteur. Gérer les connaissances : défis, enjeux et conduite de projet. Paris: Club informatique des grandes entreprises françaises; 2000.

(16) BALMISSE G. Guide des outils du Knowledge Management. Paris: Vuibert; 2007. 315 p.

2 -ANNEXE I : ORGANIGRAMME SIÈGE



3 -ANNEXE 2 : ORGANIGRAMME MISSION



4 -ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ENVOYÉ SUR LE TERRAIN

La nécessité d'un outil de référence qui capitalise les savoir-faire et méthodologies d'intervention a été souvent exprimée à différents niveaux de l'organisation (siège et terrain). Un travail dans ce sens est actuellement entamé au sein du service médical.

Afin d'adapter cet outil au plus près de vos besoins nous sollicitons votre avis.

Selon vous,

- Quel serait l'objectif(s) d'un guide capitalisant les connaissances et savoir-faire pour les activités médicales?

……

……

……

- Quel(s) type(s) de contenu doit figurer dans ce guide ?

……

……

……

- A qui ce guide doit être destiné (membres de la coordination, des bases, médicaux, opérationnels..) ?

……

……

- A quel(s) niveau(x) d'action ce guide doit-il être utilisé ?

……

……

……

- Autres remarques.

……

……

……

5 -ANNEXE 4 : CALENDRIER DE L'ACTION

	Décembre				Janvier				Février				Mars					Avril				Mai				
	S 49	S 50	S 51	S 52	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15	S 16	S 17	S 18	S 19	S 19	S 20	S 21
Analyse du processus à améliorer																										
Description du processus																										
Identif /analyse des dysfonctionnements (desks, terrains..)																										
Construction du processus : l'outil de capitalisation																										
Terrain																										
Mail d'information aux missions																										
Envoi d'un questionnaire au CM et RM																										
Analyse des questionnaires																										
Envoi de la synthèse des questionnaires																										
Siège																										
Présentation du projet réunion hebdo																										
Définition des réponses / dysfonctionnements prioritaires																										
Définition du type de contenu rédactionnel																										
Définition de la forme du guide																										
Comité scientifique																										
Définition rôle du comité scientifique																										
Mise en œuvre du nouveau processus : élaboration du guide																										
Élaboration du contenu du guide																										
Sélection des rédacteurs																										
Rédaction du contenu du guide																										
Relecture des experts																										
Relecture fiches programme par le Desk																										
Récolte des outils utilisé sur le terrain																										
Tri et sélection des outils																										
Validation du contenu par le responsable med																										
Traduction du contenu en anglais																										
Mise en forme du guide																										
Réflexion sur l'animation et support																										
Mise en forme des liens																										
Réalisation du support																										

6 -ANNEXE 5: RUBRIQUES FORMULAIRE UNIQUE POUR L'ACTION HUMANITAIRE DU BAILLEUR ECHO

1 Informations générales

2 Évaluation des besoins

2.1 Méthodologie et sources d'information utilisées

2.2 Exposé du problème et analyse des parties prenantes

2.3 Veuillez résumer les résultats de l'évaluation (le cas échéant, annexer un rapport complet) en établissant un lien avec l'action

3 Organisation humanitaire dans la zone d'intervention

3.1 Présence de l'ONG

3.2 Actions en cours et demandes de financement

4 Cadre opérationnel

4.1 Localisation de l'intervention

4.2 Bénéficiaires

4.2.1 Nombre
4.2.2 Statut
4.2.3 Mécanismes et critères d'identification

4.3 Objectifs, résultats et activités

4.3.1 Aperçu opérationnel : cadre logique

•Objectif spécifique avec indicateurs

•Résultats (équivalent stratégies d'intervention) avec indicateurs

4.3.1 Informations détaillées par résultats : moyens financiers et activités prévues

4.4 Plan de travail

4.5 Suivi et évaluation des résultats

5 Questions transversales

5.1 Niveau de durabilité escompté

5.2 Stratégie de continuité (urgence, réhabilitation, développement)

5.3 Intégration

6 Coordination sur le terrain

Puis d'autres rubriques ayant attrait à des éléments administratifs du partenaire de mise en œuvre, et de sécurité du personnel.

7 -ANNEXE 6 : TRAME FICHE PROGRAMME

Les rubriques de cette fiche sont organisées selon le modèle de cycle projet. Elles sont destinées au coordinateur médical e et chefs de mission. Le contenu de cette fiche doit être envisagé sous un angle planification de programmes et stratégies d'intervention.

1) <u>Introduction</u>

   a) Définition de la thématique

      i) Identifier les Bénéficiaires

      ii) Identifier les intervenants

   b) Contextualisation avec la pratique AMI

2) <u>Analyse du contexte</u>

   a) Problèmes clefs

   b) Contraintes et opportunités possibles

3) <u>Planification</u>

   a) Les objectifs à atteindre

   b) Les stratégies d'intervention

   c) Le type d'actions envisagées

   d) Les indicateurs

4) <u>Évaluation</u>

   a) Analyse des résultats attendus.

   b) Analyse des impacts

<u>Références bibliographiques</u>

8 -ANNEXE 7 : TRAME FICHE TECHNIQUE

La fiche technique aborde une thématique d'une façon concrète et opérationnelle pour permettre la mise en place technique sur le terrain. Elle est destinée aux acteurs terrains qui sont dans la mise en œuvre.

1) **Définition**

2) **Planification**

a) Contexte : seuils, méthodes de calcul

b) Objectifs

3) **Mise en œuvre**

a) Type d'activités

b) Ressources humaines

c) Logistique : équipements (liens avec une liste minimum)

d) Intrants : médicaments, consommables (liens avec une liste minimum)

e) Les formations : objectifs, trame de contenu, personnes concernées (lien avec des modules de formation)

f) Les outils (liens)

4) **Suivi et évaluation**

Les indicateurs pour le suivi et pour l'évaluation des activités

Références bibliographiques

RÉSUMÉ

Dans un contexte de professionnalisation du milieu humanitaire et d'une augmentation de la compétition entre les acteurs, comment mettre en place un outil de capitalisation permettant d'améliorer la qualité des programmes d'intervention en renforçant le cœur de métier d'Aide Médicale Internationale ?

Une démarche qualité axée sur l'analyse des processus a permis de situer les principaux dysfonctionnements rencontrés.

Les observations et les analyses effectuées distinguent deux besoins, la nécessité d'apporter des connaissances sur les stratégies d'intervention basées sur des évidences scientifiques, le besoin de partager les outils opérationnels.

Axé sur une approche pragmatique, ce mémoire poursuit la réflexion sur la pérennité de la démarche et sur les dispositifs permettant d'installer une culture de la capitalisation au sein de l'organisation.

MOTS CLEFS : GUIDE, AIDE MÉDICALE INTERNATIONALE, ACTION HUMANITAIRE, GESTION DES CONNAISSANCES, QUALITÉ, ONG

ABSTRACT

Today, the humanitarian sector is professionalizing and highly competitive. How to establish a capitalization tool to improve the quality of programs intervention and to strengthen the know-how of the organization "Aide Medical Internationale": restoring access to primary health care. ? .

A quality-based process analysis, has identified the location of the main problems encountered.

The observations and the analysis allowed to identify two necessities, the need to provide knowledge about evidence-based intervention strategies, and the need to exchange operational tools.

Focused on a pragmatic approach, this study extends the discussion on sustainability of process and on the "way" to install a culture of capitalization within the organization.

KEYWORDS : GUIDE, INTERNATIONAL MEDICAL AID, HUMANITARIAN ACTION, KNOWLEDGE MANAGEMENT, QUALITY, NGO

INTITULÉ ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Première Urgence – Aide Médicale Internationale
9 bis, rue Georges
92 250 La Garenne-Colombes