

Université de Montréal

La coopération internationale en santé comme catalyseur d'innovations

à l'Université fédérale de Pernambuco

par

Ronice Maria Pereira Franco de Sá

Département d'Administration des services de santé

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

Mai, 1999

© Ronice Maria Pereira Franco de Sá, 1999



2-2295 WNE

WA
525
U58
1999
V.006

Université de Montréal

Le Directeur Général de l'Université de Montréal

1999

Montréal, le 19 septembre 1999

Le Directeur Général de l'Université de Montréal

Montréal, Québec

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute estime et de mon profond respect.

En votre fidèle et dévoué serviteur,

Yves Lévesque

1999



Le Directeur Général de l'Université de Montréal

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

La coopération internationale en santé comme catalyseur d'innovations
à l'Université fédérale de Pernambuco

présenté par

Ronice Maria Pereira Franco de Sá

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Président-rapporteur :	Pierre Fournier
Directeur de recherche :	Gilles Dussault
Codirecteur de recherche :	Jean-Louis Denis
Membre du Jury :	Enis Baris

Mémoire accepté le:99-11-11.....

Table des matières

Sommaire.....	vii
Remerciements.....	ix
Dédicace.....	xii
Introduction.....	1
Chapitre premier: La problématique.....	6
I.1- Un survol contextuel.....	6
I.2- L'état des connaissances.....	8
I.2.1- Un regard sur quelques expériences de coopération internationale....	9
1.2.1.1- Quelques expériences de coopération internationale en santé publique, par le monde.....	10
a) Développement de l'enseignement d'une nouvelle santé publique en Hongrie.....	10
b)Coopération internationale en Tanzanie.....	14
c) Coopération interdisciplinaire au Sri Lanka.....	15
d) L'aide internationale au Tchad.....	16
e) Conclusion.....	17
I.2.1.2- La coopération internationale envisagée par l'étude: la coopération japonaise.....	18
a) Données générales.....	18

b) Coopération Japon-Brésil.....	22
I.2.2- Le contexte organisationnel de l'étude: les universités brésiliennes...	23
I.2.3- Le rôle de la coopération dans la production d'innovation.....	28
I.2.4- L'action collective et les relations interorganisationnelles.....	32
I.3. Modèle théorique.....	36
I.4- Question de recherche.....	39
Chapitre II: Méthodologie.....	41
II.1- Orientation paradigmatique.....	42
II.2- Orientation méthodologique: l'étude de cas	43
II.3- La cueillette de données.....	47
II.3.1- Les entrevues.....	48
a) Déroulement des entrevues.....	50
b) Les interviewés.....	51
II.3.2- L'observation participante.....	54
II.3.3- L'analyse des documents.....	55
II.4- Stratégie d'analyse des données.....	56
II.5- Stratégie de présentation des résultats.....	58
II.6- Validité et crédibilité.....	59
Chapitre III: Le projet de santé publique au Nord-Est du Brési: l'expérience de Pernambuco.....	62
III.1- Un bref historique.....	62

III.2- Le plan majeur.....	64
III.2.1- La gestion du projet.....	66
a) L'outil de gestion.....	66
b) L'équipe d'administration.....	69
III.3- Les aires-pilotes.....	71
a) Le quartier de Ibura (Recife).....	71
b) Macaparana.....	72
c) Brejo da Madre de Deus.....	73
III.4- Les activités déjà réalisées et celles encore en développement.....	73
III.5- Les innovations à l'université dans les pratiques de santé publique.....	75
Chapitre IV: Le rôle de la coopération internationale japonaise selon l'analyse des données.....	83
IV.1- Discussion.....	84
a) Contexte relationnel.....	85
b) Contexte organisationnel.....	86
c) Contexte cognitif.....	87
IV.2- Facteurs analysés.....	90
IV.2.1- Facteurs facilitateurs.....	90
IV.2.2- Facteurs qui ont fait et/ou qui font l'obstacle.....	93
IV.3- Le rôle attribué à la coopération internationale japonaise.....	98
Chapitre V: Conclusion.....	101

Bibliographie.....	108
---------------------------	------------

Annexes

Annexe 1 - The Record of Discussions- The Public Health Development Project for the North-East Brazil in Pernambuco	
--	--

Annexe 2- Projets de coopération internationale Japon-Brésil	
---	--

Annexe 3- Guide des entrevues	
--------------------------------------	--

Annexe 4 - Liste des principaux documents analysés	
---	--

Annexe 5- Project Design Matrix (3 versions)	
---	--

Annexe 6- Activités réalisées par le projet	
--	--

Tableaux

Tableau I: Le cheminement de l'UFPE pendant la coopération internationale en santé publique.....	38
---	-----------

Tableau II: Présentation des interviewés selon différentes répartitions.....	53
---	-----------

Tableau III: Matrice de gestion du projet.....	69
---	-----------

Tableau IV: Les innovations perçues dans le secteur de la santé publique de l'UFPE selon leurs sources d'évidence.....	82
---	-----------

Figures

Figure 1: Représentation de la gestion du projet.....	68
--	-----------

Figure 2: La coopération internationale en catalysant...des innovations.....	89
---	-----------

Sommaire

Cette étude de cas a prétendu connaître le rôle de la coopération internationale japonaise à l'Université fédérale de Pernambuco-Brésil, dans le secteur de la santé publique. La cueillette de données a été faite à partir d'entrevues semi-structurées, de l'observation participante et de l'analyse de documents à propos du «Projet de santé publique au Nord-Est du Brésil:l'expérience de Pernambuco». Ce projet est fondé sur un partenariat entre les agences de coopération internationale japonaise et brésilienne, l'université citée, le Secrétariat de la santé de l'état (province) et les Secrétariats de la santé des trois aires-pilotes. Les aires-pilote sont deux villes éloignées et un quartier pauvre de Recife, capitale de Pernambuco. L'analyse stratégique, l'apprentissage organisationnel et les théories sur l'action collective dans les organisations ont servi de repère pour l'analyse des données.

La confrontation systématique des savoirs et des différentes approches des intervenants aussi bien que le caractère médiateur de conflits de la coopération internationale ont apparu comme les rôles les plus importants pour la réussite de ce projet. De plus, l'appui institutionnel sous les formes, soit de crédibilité pour l'organisation, soit de renforcement de l'infrastructure a servi à promouvoir un changement des valeurs et le développement d'une toute nouvelle manière de gestion dans le secteur de la santé publique à l'université.

Les innovations les plus importantes apportées pour cette coopération ont été: la multidisciplinarité/transdisciplinarité dans le secteur de la santé publique, l'interrelation

entre la pratique, la formation et la recherche, les recherches contextualisées, l'intégration université/services, le processus de travail et les projets interdisciplinaires.

Dans notre revue de littérature, nous avons vérifié que l'unification de vision et de concept sur la santé publique a été citée comme un facteur fondamental pour la réussite des projets de coopération internationale. Cependant, notre étude nous a montré que l'intériorisation des buts communs représente un facteur de réussite plus important que l'unification de vision et de concept. Car, les partenaires de cette coopération internationale continuent à présenter des visions et des approches différentes sur la santé, tout comme au début de la mise en oeuvre du projet. La confrontation systématique de savoirs et la médiation dialogique des conflits, des connaissances spécifiques, des croyances et des cultures hétérogènes ont conduit les participants à une réflexion continue de leur pratique et de leur but dans le projet.

Remerciements

J'ai toujours aimé lire les pages de remerciements des mémoires, des thèses, des livres. Je les lisais en me demandant: si c'était moi, qui remercierais-je? Compte tenu que nous sommes tous interdépendants les uns des autres, les remerciements devraient être implicites à chaque action accomplie. Mais, malgré cela, il y a toujours des personnes qui méritent d'être mentionnées d'une façon spéciale car elles nous ont donné la main, nous ont fait confiance et ont marché à notre côté.

Tout d'abord un merci bien spécial à mes fils, Arthur, Rafael et Caio ainsi qu'à mes beaux-fils Jimmy et Diogo, pour m'avoir compris et m'avoir fait confiance avec tendresse ce qui m'a rendu moins pénible le déménagement à Montréal pendant presque une année. Je vous aime.

Mon estime et mon amour à Jimmy, mon copain de vie et de travail, qui m'a écouté, m'a soutenu et m'assisté durant toute cette période de maîtrise.

Pendant la rédaction de ce mémoire, j'ai vécu deux épreuves qui m'ont terriblement bouleversé: d'abord, un temps de maladie suivi d'une rechute à cause de la mort de mon père, au Brésil. Ces événements m'ont perturbé au point de m'obliger à suspendre mes activités académiques pendant huit mois. Mes amies Maria Luiza Pires (Milu) et Carmen Allen, principalement, aussi bien que Zuleica Marciano, ont fait preuve de grande compréhension et de générosité. Elles m'ont donné l'appui, la force, la confiance et l'accompagnement dont j'avais besoin pour m'en sortir. Je ne les oublierai jamais.

Toute ma reconnaissance à M. Gilles Dussault, mon directeur de recherche, la première personne à me recevoir et à me donner la main à l'Université de Montréal. Merci pour m'avoir immédiatement accepté comme étudiante à la maîtrise d'Administration en services de santé de la Faculté de médecine et pour m'avoir orienté pendant cette étape.

À M. Jean-Louis Denis, mon co-directeur de recherche et «mon inspiration» pendant ce cheminement. Mes remerciements pour m'avoir soutenu assidûment avec sagesse et modestie. Merci aussi pour votre démarche auprès de la Faculté des études supérieures de manière à me faire bénéficier d'une bourse d'exemptions des frais majorés.

Merci à la Faculté des études supérieures de l'Université pour m'avoir accordé une bourse d'exemption des frais majorés, ce qui m'a permis de finir la maîtrise.

Mon merci à Mme. Nicole Roberge pour sa correction, son amitié et sa discrétion.

Ma reconnaissance va aussi aux membres de ma famille qui vivent au Brésil, particulièrement ma mère et mes frères. Merci à mon amie, Teresinha Maranhão qui en mon absence a soigné et soutenu ma famille pendant les moments difficiles.

J'aimerais, avec tout mon coeur, remercier les amis de l'Université fédérale de Pernambuco qui m'ont permis d'être ici et de faire cette maîtrise. Merci, prof. Geraldo Pereira, vice-Recteur de l'Université, homme de science et de sagesse. Merci, prof. Rosa Carneiro, coordinatrice du NUSP, amie et conseillère. Merci, prof. Waldmiro Diégues, mon représentant légal à l'Université et directeur de la Faculté de médecine. Merci, Jacy Borba, mon deuxième représentante légale à l'Université et amie. Merci, prof. Seiki Tateno et Harumi Royama, coordinateurs japonais de la coopération internationale, aussi amis. Merci Mariza. Merci beaucoup à tous les amis du

NUSP/UFPE, du SES-PE, du District sanitaire 6, de Brejo da Madre de Deus et de Macaparana pour m'avoir aidé dans cette démarche.

Les amitiés faites au Québec, pendant ce séjour, ont aussi contribué à terminer ce travail. Merci spécial à M.Paul et Monique Prévost, de vrais amis, modèles de sagesse et d'amitié. Ma gratitude va aussi aux amis Paul et Nancy Jollez, Louis et Giosete Lemay, François et Rosário Drouin, Everaldo Marciano. Je veux remercier aussi Marie-Louise Jovian pour la correction de ce mémoire.

À la mémoire de mon père
Roberto Pinto Franco de Sá
et à celle de mon frère Edgard.

INTRODUCTION

Selon Buarque (1993) les universités possèdent une caractéristique historique: celle «d'être attachée aux dogmes de leur époque et d'avoir peur de commettre des erreurs et peur des aventures» (p.14). Cependant, des changements importants sont attendus aujourd'hui, dans les systèmes d'éducation de manière à ce qu'ils puissent répondre aux demandes de la société qui exige des citoyens capables de comprendre des processus complexes et capables de s'adapter à des changements rapides et permanents (Tedesco, 1997). Pour cela, il faut promouvoir un rapprochement entre l'université et la société, de manière à ce que la mission sociale soit une mission clé pour la nouvelle université (Morin, 1997). La réévaluation du rôle et des priorités des universités est proposée comme une des pistes pour intégrer l'éducation à la pratique et à la recherche d'après plusieurs auteurs comme Allègre et Morin (1997), Alvarenga et Bastos (1993), Argyris et Schön (1978), Bandaranayake (1993), Blacklow, Boex et Gerson (1993), Boelen (1992 et 1993), Buarque (1993), Cavanaugh (1993), Chaves et Rosa (1990), Limoges (1995), Marsiglia (1995), Morin (1997), Neufeld (1993), Nicolescu (1997), Passet (1997), Ribeiro (1982), Schraiber (1989), Serre (1993), pour ne citer que ceux-là. Ce constat est inscrit dans un débat encore plus large envisageant les finalités de l'éducation elle-même, l'éducation en tant que processus de socialisation et l'éducation en tant que processus cognitif (Tedesco, 1997).

Une des façons d'innover est d'apporter d'autres expériences qui puissent enrichir et élargir notre univers, par l'incorporation, l'intégration et/ou le changement de valeurs, de fonctions, de savoirs, de technologies. Ainsi, plusieurs expériences de coopération

internationale ont été mises à l'essai comme une réponse au besoin de retrouver soit «la fonction de socialisation dans les universités¹» à partir de l'intégration entre la recherche, la formation et l'apprentissage axé sur la pratique (Bryant, 1993), soit l'aide au développement des sciences et des pratiques des pays de coopération (Jeans et Heseltine, 1993; Norman *et al.*, 1995), soit l'intégration et l'échange culturel et scientifique (Østbye *et al.*, 1995; Sampedro *et al.*, 1995; Imperato, 1996).

Comprendre comment la coopération internationale réussit à apporter de l'aide, un renforcement institutionnel et par conséquent, des innovations et des changements aux universités des pays de coopération est un sujet tout à fait pertinent. Étant donné que les universités sont des organisations professionnelles (Mintzberg, 1990), «fondées sur les connaissances et les expertises que chacun apporte aux fins de l'organisation», (Allaire et Firsirotu, 1993, p.381) ainsi que des organisations «aux structures fluides, aux finalités et aux moyens incertains que Cohen et March (1986) qualifient "d'anarchies organisées"» (Denis, Langley et Cazale, 1995), comment et pourquoi la coopération internationale interagit-elle au sein de ces anarchies organisées ? Qu'est-ce qui motive l'engagement des universités dans la coopération? Quels sont les processus mis en oeuvre dans l'université au cours de l'expérience de coopération?

Après avoir déjà eu une expérience de coopération ponctuelle² avec l'Université fédérale de Pernambuco, l'Agence de coopération japonaise (JICA) et des partenaires

¹ Selon Berger et Luckman (1986, p.189), la socialisation dans les universités représente une socialisation du type secondaire définie comme «intériorisation de sous-mondes institutionnels spécialisés» et «acquisition de savoirs spécifiques et de rôles directement ou indirectement enracinés dans la division du travail». C'est à travers le processus de socialisation secondaire que nous construisons notre identité sociale et professionnelle axée sur des valeurs (Dubar, 1996).

² La création du Laboratoire d'Immunopathologie Keiso Asami et d'autres échanges depuis les années 60.

brésiliens ont proposé la mise en oeuvre d'un nouveau projet plus large envisageant d'appuyer à la construction du nouveau système de santé du Brésil, ainsi que prévu par la nouvelle constitution brésilienne de 1988. C'est ainsi que l'Université fédérale de Pernambuco (UFPE) au Brésil, a reçu une mission de la coopération internationale japonaise (JICA) en 1992. Par le biais de la santé publique, cette coopération bilatérale projetait aussi un rapprochement entre l'université et la société à travers le «Projet de santé publique au Nord-Est du Brésil: l'expérience de Pernambuco».

Ce projet, signé en décembre 1994, a débuté en février 1995 (annexe 1). Sa mise en oeuvre, a nécessité un partenariat entre l'université concernée, le Secrétariat de la santé de l'état de Pernambuco et les trois Secrétariats municipaux de santé des villes-pilote³. En vertu des changements politiques causés par les élections à tous les deux ans⁴ et les discontinuités administratives qui en résultent, la coordination brésilienne a été accordée à l'université, une décision stratégique pour assurer la continuité du projet sur le terrain.

Cette étude vise à déterminer l'influence de cette intervention sur les changements qui ont eu lieu au sein de l'Université fédérale de Pernambuco, particulièrement au Centre des sciences de la santé. Quelles ont été les innovations déjà apportées? Quels ont été les facteurs-clé de ces changements d'après les intervenants? Que peut-on apprendre à partir de cette expérience?

³Villes de Brejo da Madre de Deus, Macaparana et le quartier de Ibura à Recife (la capitale de l'état de Pernambuco).

⁴ Des élections majeures pour élire le président du pays, les gouverneurs des états, les sénateurs, les députés des états (provinciaux) et les députés fédéraux ont lieu tous les quatre ans. Cependant, elles alternent avec des élections mineures pour les maires et les élus des villes. Ainsi il y a des changements administratifs à tous les deux ans.

En adoptant une approche d'analyse du processus, nous tenterons de cerner l'influence des facteurs contextuels sur les effets du projet (Denis et Champagne, 1990), c'est-à-dire que nous ferons une analyse de l'implantation. Notre étude du contexte est centrée sur une perspective de l'apprentissage et aussi sur une perspective politique, c'est-à-dire sur le rôle des acteurs, des conflits, du pouvoir lui-même et des stratégies qui ont été établies par les acteurs de façon à favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis par le projet ou même à s'y opposer. La stratégie de recherche retenue est l'étude de cas unique. La collecte de données s'est faite à partir d'entrevues semi-structurées enregistrées, de conversations ouvertes informelles, d'analyse de documents et d'observation participante au sein du Noyau de santé publique (NUSP) lors de réunions, de rencontres et, au quotidien du travail des acteurs pendant 17 jours consécutifs. Un journal de bord a été tenu à cette fin. Les entrevues, soit 18, ont été menées jusqu'au point de saturation des réponses ou des opinions volontaires. Les interviewés comprennent les dirigeants de l'Université, les dirigeants de l'Agence de coopération internationale japonaise, les coordonnateurs du projet, les professionnels des villes-pilotes, les organisations non gouvernementales concernées, les professeurs/chercheurs, le personnel de soutien administratif du projet, les ex-dirigeants du Noyau de santé publique, les responsables des organisations partenaires.

Le cadre théorique est inspiré des propositions de Friedberg et Crozier (1977), de Friedberg (1997) et de Charue-Duboc (1995), autour de l'analyse stratégique, de l'apprentissage organisationnel et de l'interaction des acteurs dans les systèmes d'action concrets. D'autre part, les écrits de Greenwoods et Hinnings (1996) montrent

l'importance de l'interaction entre les acteurs organisationnels et les contextes institutionnels pour expliquer, soit les changements, soit la stabilité au sein des organisations. Ainsi, les valeurs, les intérêts et le pouvoir seraient les moteurs impulsant l'action dans les organisations en changement, à partir de leur recontextualisation dans l'histoire. Compte tenu que notre étude concerne plusieurs partenaires à une même coopération, cette analyse nous semble appropriée. D'un autre côté, si on considère la «nature complexe, systémique et multidimensionnelle de tout ce qui touche l'humain et les groupes humains, (...) y compris la vie des organisations» (Aktouf, 1994, p.658) les écrits sur l'apprentissage organisationnel, la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité et la dialectique seront mises à contribution lorsqu'on va décrire les innovations au sein de l'université.

Chapitre premier: La problématique

I.1- Un survol contextuel

Les universités brésiliennes, comme la majorité des universités du monde, ont un urgent besoin de changer, afin qu'elles puissent accompagner les nouvelles tendances internationales reliées aux changements complexes que nous vivons actuellement (Buarque, 1993; Morin, 1997; Tedesco, 1997). L'environnement dynamique, fruit des changements économiques, démographiques et politiques, amène les universités à changer, de manière à pouvoir suivre l'action continue du monde environnant.

Selon Boelen (1993, p.234):

«Les droits de l'homme et la recherche de la justice sociale et la qualité des soins sont des valeurs universelles. En conséquence, l'ensemble des efforts qui visent à réorienter les systèmes de santé, les systèmes sociaux et les systèmes d'enseignement en vue d'un plus grand bien-être de l'individu et de la collectivité méritent eux aussi une attention universelle».

Ainsi, le changement de l'enseignement supérieur qui vise son rapprochement de la réalité environnante de manière à promouvoir le bien-être individuel et collectif, doit aussi être fait à l'échelle mondiale (Boellen, 1993). En vertu des différentes réalités sociales, culturelles et économiques des pays, les expériences de coopération internationale seraient des noyaux d'échanges privilégiés dans les contextes des universités conservatrices et axées sur la disciplinarisation. Car les activités de coopération internationale dans les universités présupposent des échanges principalement de savoirs, compte tenu que les universités représentent des organisations professionnelles où les compétences distinctives, les savoirs et les

diplômes (les ressources cognitives) forment les principales ressources existentes. L'échange étant assuré, cela ne signifie pas que des changements soient faits. Nous considérons la coopération internationale dans les universités qui ont besoin de changer, comme un moyen par lequel ces changements peuvent être faits.

Mais, quel serait le vrai rôle des projets de coopération internationale dans le domaine de la santé publique dans les universités? En quoi seraient-ils différents des autres projets? La position conservatrice de nos universités a rendu difficiles les tentatives de changement et d'innovation (Ribeiro, 1982; Buarque, 1993). Cependant, on a pu vérifier qu'à partir d'un projet de coopération internationale bilatérale Japon-Brésil, l'Université fédérale de Pernambuco, tenue longtemps comme conservatrice dans le secteur de la santé publique, a commencé à s'ouvrir à la possibilité de changement dans ce secteur. C'est-à-dire que cette université (plus spécifiquement le secteur relié aux études de médecine) a commencé à s'exprimer et à participer à des événements multidisciplinaires, à sortir des réalités fermées des départements académiques et même à apprendre sur le système de santé publique en vigueur au pays depuis 1988. À partir de cette découverte de la réalité, les participants du projet ont tenté de construire ensemble le Système unifié de santé (SUS) du pays- une réalité encore sur papier- avec leurs partenaires des services de santé. En effet, le travail en partenariat avec des services de santé est une innovation incontestable qui a débuté avec le lancement de ce projet de coopération internationale.

Essayer de comprendre comment se constitue et comment s'organise cet espace d'action entre des acteurs mutuellement dépendants; essayer encore de comprendre comment se constitue cette coopération entre les partenaires de manière à promouvoir

les changements dont l'université et la société ont besoin, ainsi que connaître le rôle de la coopération internationale dans cette dynamique s'avère bien la problématique dans laquelle nous nous sommes proposé de plonger.

Notre étude vise le développement des connaissances sur le rôle des projets de coopération internationale comme agents d'innovations et de réflexions au sein des organisations universitaires. Elle vise aussi à utiliser ces connaissances pour induire des modifications dans la pratique des acteurs placés dans le contexte concerné (Friedberg, 1997, p.394), puisque «la production de la connaissance et sa mise en oeuvre dans l'action sont intimement liées.»

I.2- L'état des connaissances

Cette section débutera par un survol sur quelques expériences de coopération internationale en santé publique de par le monde, sur la coopération internationale japonaise et plus spécifiquement sur la coopération Japon-Brésil. Ensuite, nous abordons la réalité des universités brésiliennes et le rôle de la coopération internationale dans la production d'innovations et nous finissons notre revue de littérature par l'action collective des acteurs et les relations interorganisationnelles.

I.2.1- Un regard sur quelques expériences de coopération internationale

Selon Contandriopoulos *et al.* (1992) cité par Avocksouma *et al.* (1995) «d'aide internationale peut être conçue conceptuellement comme une intervention, c'est-à-dire comme un ensemble d'objectifs, de ressources et de programmes, destinés à corriger des problèmes (...) dans un contexte donné».

Les projets de coopération internationale sont mis sur pied, entre autres, pour apporter un appui ou un renforcement institutionnel, culturel, intellectuel à d'autres peuples, à d'autres pays qui en ont besoin. Dans la documentation consultée, nous avons pu constater que le renforcement institutionnel par rapport à l'infrastructure, à l'information et aux échanges de connaissances et de valeurs, a été cité comme étant le facteur le plus important de l'aide internationale ainsi que la base des importants changements remarquables (McKee, White, Bojan et Østbye, 1995; Silva, Peeters et Lewis, 1994; Lansang et Olveda, 1994; Tanner, Kitua et Degremont, 1994; Amoussou, 1991; Bhagavan, 1992; Alvarez, 1994; Black, 1980; Avocksouma, Dussault, Champagne, Nour et Ourmaye, 1995).

Par renforcement, appui ou développement institutionnel, nous nous entendons, selon la définition citée par Avocksouma *et al.* (1995):

«...the planning, structuring, and guidance of new or reconstructed organizations which (a) embody changes in values, functions, physical, and/or social technologies, (b) establish, foster, and protect new normative relationships and actions patterns, and (c) obtain support and complementarity in the environment.» (Esman, 1972, p.22)

Ainsi, lorsqu'on propose des changements autant sur le plan des valeurs qu'à celui des structures physiques et/ou sociotechnologiques, le renforcement institutionnel peut

aussi se définir comme un facteur de changement organisationnel radical (Allaire et Firsirotu, 1988).

Ces interventions seraient la porte d'entrée pour des innovations et des changements importants au sein des organisations et des pays concernés. Pour connaître un peu «comment» ces interventions agissent dans la vie, nous proposons un petit survol de quelques expériences déjà étudiées. Les projets de coopération cités ci-dessous sont en majorité reliés à notre étude, soit qu'ils se rapportent à des universités, soit qu'ils visent la santé publique.

I.2.1.1- Quelques expériences de coopération internationale en santé publique de par le monde.

a) Développement de l'enseignement d'une nouvelle santé publique en Hongrie

Selon des études présentées par Østbye et Rodrigues (1994) et McKee, White, Bojan et Østbye (1995), une restructuration de l'enseignement en santé en Hongrie a été soutenu par l'Union Européenne (TEMPUS- Trans European Mobility Scheme for University Studies) ainsi que par les pays de l'Europe de l'Ouest et le Canada, entre les années 1991 et 1994.

En 1991, en Hongrie l'espérance de vie à la naissance était inférieure de cinq ans à la moyenne européenne, le taux de mortalité infantile était de 15,8/1000 en comparaison du taux moyen de 10,7/1000 en Europe de l'Ouest. Il existait de graves problèmes écologiques, une grande prévalence de fumeurs et une consommation d'alcool élevée (Østbye et Rodrigues, 1994, p. 378).

Ainsi, une réforme majeure du système de santé eut lieu à partir de mars 1991. «La réforme impliquait le remplacement des méthodes d'enseignement de type magistral traditionnel par l'approche par problèmes et la priorité accordée à la promotion de la santé de la population» (Østbye et Rodrigues, 1994). Ce n'est que par la coopération internationale entre le Canada, la Communauté Européenne (où l'Angleterre a fortement participé) et les pays de l'Ouest avec l'Hongrie qu'on a commencé à changer la réalité de l'enseignement supérieur en santé à travers la santé publique. Ce projet a débuté en septembre 1991; il proposait trois étapes:

1) Identification des besoins et des significations;

Le projet a commencé par l'identification des besoins par les partenaires de l'Ouest à partir de visites et de rencontres entre les recteurs des universités concernées, le personnel des centres de santé publique et les représentants gouvernementaux. Ces informations ont été reprises comme recommandations pour les cinq ans d'activité.

2) Développement d'une vision commune;

Le développement d'une vision partagée a servi à clarifier le terme «santé publique» entre les partenaires, entre les universités et même entre les départements des universités. Cet exercice a apporté des implications soit pour les facultés de médecine, soit pour la communauté concernée. La vision finale du concept partagé a été la suivante: «santé publique implique multidisciplinarité, approches intersectorielles et pratique. Ses buts sont la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prolongation d'une vie de bonne qualité. Pour sa mise en oeuvre, il faut des efforts organisés et l'usage efficace des ressources matérielles et intellectuelles de la société ainsi que des initiatives individuelles. La santé publique est en rapport avec les

problèmes de santé de la population et sa pratique s'appuie sur des bases scientifiques⁵».

Il faut souligner que Gioia et Thomas (1996) nous parlent aussi d'une vision partagée de l'image souhaitée de l'université future construite par des membres du «*top management*», vision considérée comme le facteur-clé des changements stratégiques dans les universités, ou au moins pour ceux qui sont sensés.

3) Établissement d'une structure de management.

Une structure de management combinant la rapidité de la prise de décision et la participation des membres était nécessaire. Ainsi, deux centres responsables ont été désignés:

Debrecen- le management quotidien du projet;

London- les arrangements financiers.

Un réseau a été installé sur Internet et une liste de serveurs a été établie à l'Université de l'Ouest de l'Ontario, ce qui facilitait la communication instantanée et simultanée entre tous les participants.

Le changement a été introduit à partir d'une évaluation de la nature didactique de l'enseignement des universités où les étudiants n'avaient ni l'occasion de résoudre des problèmes ni celle de changer le savoir établi. La demande visait à changer le curriculum à travers un tronc commun pour toutes les universités de médecine de Hongrie. Ainsi, des approches innovatrices axées sur les travaux par projet et sur des méthodes d'évaluation nouvelles ont été instaurées. L'introduction des projets d'abord à Debrecen et ensuite à Budapest est vue, aujourd'hui, comme étant l'innovation

⁵ Traduction faite à partir de l'anglais, par l'auteure.

majeure. Les projets ont renforcé le développement des capacités analytiques, interprétatives et représentatives. L'émergence de la santé publique et l'appui institutionnel reçu des organismes internationaux ont apporté des changements au niveau des cours offerts dans les universités. Pour assurer et soutenir ces changements, la Banque mondiale et le British Council ont apporté des appuis additionnels pour habiliter le personnel des universités. Ainsi, deux secteurs ont été privilégiés:

- a) Des cours spécifiques en santé publique, comme épidémiologie, santé et environnement, informatique, promotion de la santé et utilisation du logiciel EPI-INFO;
- b) Des habilités générales au plan académique, comme apprentissage par résolution de problèmes, enseignement en petits groupes et management des fonctions académiques.

Le Royaume Uni a offert aussi des cours de deux semaines sur le leadership, la formation de groupes, l'évaluation du personnel et la qualité de l'enseignement. L'habitude d'évaluation à tous les niveaux est un des résultats attribués à cette coopération internationale.

Le renforcement institutionnel s'est fait également dans l'installation d'équipements de communication électronique, du soutien aux bibliothèques (acquisition de revues, journaux, bases de données sur disque optique compact et livres sur les méthodes d'éducation et le management académique).

Selon McKee, White, Bojan et Østbye (1995) le projet a réussi à intéresser les départements académiques aux nouvelles approches, aux recherches internationales en collaboration, au rapprochement entre l'université et les services, entre autres.

L'Association hongroise de santé publique a été créée avec 500 membres de l'académie, des services et du gouvernement. La coopération internationale a adopté l'approche préconisée par Handy (1984) sur le changement organisationnel. Les auteurs affirment même que «la reconnaissance du besoin explicite du développement d'une vision partagée a été le facteur-clé de la réussite de la coopération internationale». Ainsi, une même vision de la santé publique s'est révélé le point de départ pour parvenir à un diagnostic commun et trouver une stratégie de base. La motivation des membres du personnel local, lorsqu'ils sont devenus des agents de changement ainsi que la reconnaissance des points signalés dans l'approche choisie pour le changement organisationnel ont aussi été fondamentaux pour l'obtention d'un résultat positif.

Le projet a profité de l'existence de trois processus parallèles: le programme de la Banque mondiale, la création de l'Association hongroise de santé publique et la nouvelle loi de santé publique de 1991.

b) Coopération internationale suisse en Tanzanie

Selon Tanner, Kitua et Degremont (1994), le «Swiss Tropical Institute Field Laboratory» a été fondé à Ifakara au Sud-Est de la Tanzanie, en 1957. Cet institut était responsable des recherches sur les systèmes de santé, les formations et les activités de soutien à la gestion des systèmes de santé. Depuis 1991, l'Institut est devenu plus autonome, alors qu'il s'est affilié à l'Institut national de recherches médicales de Tanzanie. Ainsi, il a commencé à développer des recherches de plus haute qualité. Malgré un début marqué par les recherches biomédicales et les formations continues,

ce fruit d'une coopération internationale a élargi son univers aux disciplines de sciences sociales, incluant l'économie. Les facteurs considérés comme déterminants pour la réussite de la coopération s'énumèrent comme suit:

- a) Le partenariat à long terme responsable de l'établissement de la confiance: l'élargissement au niveau national;
- b) Le soutien apporté par l'engagement à long terme: la consolidation des liens;
- c) Le concept selon lequel les priorités locales ont été à la base de toutes les activités;
- d) L'intégration de la recherche, l'enseignement et l'action en santé publique.

Les deux derniers éléments ont été classés comme fondamentaux pour la multidisciplinarité du centre, approche privilégiée pour les recherches et les appuis dans le domaine de la santé publique, soit en Tanzanie, soit au sud et à l'est de l'Afrique.

c) Collaboration interdisciplinaire au Sri Lanka

Silva, Peeters et Lewis (1994) ont analysé le «Triangle Programme 1989-1992») implanté au Sri Lanka. Ce programme avait comme but le renforcement de la capacité institutionnelle pour le développement de la recherche sur la santé en sciences sociales ainsi que pour les interventions de promotion de partenariats autant nationaux qu'internationaux. Ce programme a commencé d'abord par le partenariat international (Triangle 1) entre deux universités du monde dit «développé»: l'Université d'Anvers en Belgique et l'Université de Connecticut aux États-Unis et une université du monde dit «en développement»: L'Université de Peranedyya, au Sri Lanka. Ce partenariat a amené des importants échanges ainsi que des transferts de connaissances, d'expérience, des habiletés. À partir de cela, la deuxième partie (Triangle 2) a développé un

partenariat local/national entre les facultés des Arts, d'Agriculture et de Médecine de l'Université de Peradenya. Ainsi, ces facultés ont participé conjointement à un programme de recherche en santé et sciences sociales et en formation continue. La divulgation des résultats s'est faite sous la responsabilité des facultés concernées. Le point le plus important remarqué par Silva et al. (1994) nous amène à l'échange entre les facultés et le développement d'une interdisciplinarité bénéfique aux recherches en santé publique dans les pays en voie de développement. Selon les auteurs, les expériences des universités collaboratrices en Belgique et aux États-Unis sur l'interdisciplinarité ont été fondamentales pour le changement observé dans l'Université de Peradenya.

d) L'aide internationale au Tchad

L'aide internationale au Tchad finançait plus de 80% des dépenses annuelles de santé (Avocksouma, Dussault, Champagne, Nour et Ourmaye, 1995), de 1988 à 1992. Soixante-dix-neuf projets et programmes de santé étaient financés par les communautés internationales, c'est-à-dire, sept organisations multilatérales étaient responsables de trente-cinq projets, six organisations bilatérales de quinze et quinze organisations non gouvernementales de vingt-neuf. En vertu de leur caractère pluraliste, les projets ne présentent pas des intérêts convergents entre les acteurs aussi bien internes qu'externes. Selon Avocksouma et al. (1995), les projets financés au Tchad sont difficiles à comprendre parce qu'on ne peut pas identifier leurs limites à cause de la multiplicité des ressources engagées. Un autre facteur rendant difficile l'intervention internationale et la compréhension des projets est la nature très politique des interventions. On ne

peut pas non plus mesurer l'adéquation entre les besoins ressentis par la population et les ressources allouées à cause du manque de précision sur les montants destinés aux populations puisque les données sur les ressources n'existent que sous la forme brute. Il manque une interaction et une intégration entre les acteurs concernés: responsables nationaux, coopérants étrangers, population bénéficiaire. Pour éviter la fragmentation des ressources rares, il faut avoir une bonne gestion de l'aide ainsi que l'appui de l'environnement politique. Ainsi, une planification et une coordination entre les donateurs sont nécessaires.

D'après ce qu'on a appris, le manque d'interaction et d'intégration entre les acteurs concernés, l'absence d'informations, ainsi que le manque d'une gestion appropriée et d'engagement de la population bénéficiaire et des milieux politiques sont les principales causes des résultats difficiles à établir en ce qui concerne l'expérience au Tchad.

e) Conclusion

Après avoir survolé quelques projets de coopération internationale nous pouvons dire que les facteurs de réussite de ces projets sont:

- a) la reconnaissance du besoin d'intégration et d'interaction entre les acteurs;
- b) l'adoption d'une vision partagée et même d'un concept unifié de santé publique (Hongrie);
- c) le respect des priorités locales (besoins ressentis);
- d) le caractère multidisciplinaire⁶ et même interdisciplinaire⁷;

⁶ Par multidisciplinarité, on comprend: «l'approche centrée sur la juxtaposition de plusieurs disciplines ou matières exploitées parallèlement». R. Legendre (1993, 889).

⁷ Par interdisciplinarité, on comprend: «l'interaction entre deux ou plusieurs disciplines ou matières (...) qui s'enrichissent mutuellement» R. Legendre, *op. cit.* p. 749-750.

- e) la bonne gestion (un groupe de support);
- f) avoir la confiance et la crédibilité entre les partenaires;
- g) le renforcement institutionnel à travers l'appui structurel, l'échange des connaissances et l'adoption d'un système d'information compatible pour assurer la bonne marche du projet.

Ainsi, après ces constatations, nous éprouvons le besoin de connaître les particularités de la coopération internationale japonaise en fonction de l'objet de notre étude.

I.2.1.2- La coopération internationale envisagée par l'étude: la coopération japonaise

a) Données générales

L'Agence de coopération internationale japonaise (JICA) est une agence rattachée au Ministère des affaires étrangères du Japon. Même si la coopération internationale japonaise a commencé en 1954, la JICA comme telle n'a été créée qu'en 1974. Cette agence est responsable de la mise en oeuvre des programmes et des projets de coopération technique avec les pays en développement. Pour cela, elle reçoit un budget de l'ODA (Aide officielle au développement) du gouvernement japonais, sous la forme de «*grant aid*». Actuellement, on retrouve la JICA dans 50 pays.

La JICA tient comme un de ses principes le plus important le renforcement institutionnel des pays de coopération en considérant les conditions nécessaires à la

poursuite de l'action concernée. Chargée de la majorité des projets de coopération bilatérale au Japon, la JICA observe les trois principes fondamentaux de l'ODA:

- a) le développement durable;
- b) la paix et la stabilité du monde;
- c) l'économie de marché orientée vers la bonne gestion (JICA, 1997).

Les secteurs prioritaires pour l'aide sont les besoins humains essentiels (l'aide est particulièrement dirigée vers l'élimination de la pauvreté), le développement des ressources humaines suivi du perfectionnement et aussi de la diffusion de la technologie, l'amélioration de l'infrastructure nécessaire au développement des conditions socio-économiques des pays en voie de développement ainsi que d'autres secteurs plus répandus globalement, comme l'environnement et la croissance des populations. Une caractéristique très particulière de l'aide japonaise vient du fait que ce pays a commencé à offrir de l'aide internationale quand il était encore en train de reconstruire son économie (pendant les années cinquante) et qu'il recevait encore de l'aide de la part de la Banque mondiale (Internet, 1997). En dépit de cette constatation, selon Japan's official development assistance (Internet -site officiel, 1997), le Japon est le pays qui dépensait le plus pour l'aide internationale (11 151 millions \$US, entre 1982-1992) suivi des États-Unis (10 762 millions \$US), la France, l'Allemagne, l'Italie, l'Angleterre et le Canada (2 518 millions \$US) au septième rang.

La coopération technique fournie pour la JICA est fondée sur trois piliers:

-a) Habilitation au Japon - Des institutions japonaises coordonnées par la JICA reçoivent des spécialistes des pays en voie de développement, soit pour participer à des cours existants déjà (en groupe), soit pour participer à des cours spécifiques.

- b) Envoi d'experts japonais- Les experts japonais sont envoyés avec pour but de transférer la technologie japonaise aux techniciens des institutions participant aux projets de coopération.

- c) Don d'équipements- Cette modalité vise à favoriser le processus de transfert de technologie.

En fonction de la manière selon laquelle la coopération est fournie, on peut trouver les points décrits ci-dessus, soit séparément, soit de façon combinée. De plus, la coopération internationale à travers la JICA nous offre les options suivantes:

- d) Coopération technique «projet-type» - Cette coopération est celle dont nous traitons dans cette étude. Les trois modalités citées ci-dessus sont ici combinées. Le projet dure environ cinq ans, Il nécessite la présence quotidienne de deux ou trois experts japonais à long-terme⁸. Le nombre de personnes habilitées au Japon peut aller jusqu'à cinq par année. Des équipements d'une valeur allant jusqu'à deux millions de dollars américains⁹ peuvent être donnés pendant le projet.

-e) Mini-projet - Cette modalité, semblable à la précédente, présente une ampleur moindre. La durée d'un mini-projet varie de deux à trois années. Un seul expert à long terme est prévu, avec deux à trois à court terme. Le Japon reçoit un à deux techniciens

⁸ Les experts à long-terme demeurent au moins deux ans dans le pays avec lequel se fait le projet de coopération et ont la possibilité de renouveler leur séjour.

⁹ Dans le cas de notre étude, la valeur du don d'équipements prévu peut aller jusqu'à sept millions de dollars américains pendant les cinq ans de la durée du projet.

du pays aidé pour être habilité, à chaque année. Pendant le projet, des équipements coûtant jusqu'à deux cent dix mille dollars américains pourront être donnés.

-f) Coopération en recherche - Vise le développement de recherches conjointes entre des chercheurs locaux et des chercheurs japonais.

-g) Programme d'Habilitation pour les Troisièmes Pays (TCTP) - Comprend la mise en place de cours d'habilitation destinés aux techniciens des pays voisins au pays aidé ayant des bases sociales, culturelles et linguistiques semblables au premier. Les pays ayant déjà bénéficié de la coopération de la JICA sont les responsables de la divulgation de la technologie reçue.

- h) Études pour favoriser le développement - Selon la JICA (1994) cette modalité est considérée comme un important levier pour le progrès des pays en voie de développement. Des experts japonais envoyés dans les pays de coopération proposent des plans-directeurs, des études de faisabilité, des diagnostics des ressources naturelles, des études hydrographiques, des études topographiques et nautiques ainsi que l'identification et l'élaboration de projets à partir de ces études sur place.

- i) Envoie de volontaires - Le JOVC (Japan Overseas Cooperation Volunteers) est un programme de la JICA spécifique pour des jeunes volontaires (entre 25 et 40 ans) qui veulent travailler pour des institutions responsables des communautés démunies. Ces jeunes connaîtront les besoins du pays concerné ainsi que ses traditions et sa culture et pourront mieux comprendre leur propre communauté. Ainsi, pour l'avenir de la coopération internationale ils deviendront de futurs spécialistes du pays visité.

b) Coopération Japon-Brésil

Les relations diplomatiques entre le Brésil et le Japon ont été établies depuis le 5 novembre 1895, à partir de la signature du «Traité d'Amitié de Navigation et de Commerce» entre les deux pays. L'énorme contingent de Japonais qui ont immigré au Brésil depuis le dix-neuvième siècle était déjà important, le Japon a envoyé encore soixante-et-onze mille personnes de plus pendant les années 50 en raison de ses grandes difficultés internes. Les liens entre ces deux pays sont étroits en fonction de la grande quantité de Brésiliens d'origine japonaise.

En dépit d'un PIB (produit interne brut) d'environ 269 \$US par personne, le Japon faisait déjà de la coopération internationale dans les années 50. Cependant, la coopération technique Japon-Brésil a été établie pendant la décennie soixante à partir de l'arrivée de boursiers brésiliens au Japon et de l'envoi d'experts japonais au Brésil. Le premier projet Japon-Brésil a été le «Centre d'habilitation des industries textiles», qui a été réalisé au SENAI¹⁰ de l'État de Pernambouc, de mars 1962 à novembre 1973 (JICA, 1994).

La JICA a des sièges dans trois villes au Brésil: à Brasília (la capitale du pays - région Centre-Ouest), Belém (État du Pará - région Nord) et São Paulo (État du São Paulo - région Sud-Est). Le programme de coopération entre ces deux pays est réglé par l'«Accord fondamental de coopération technique», signé en septembre 1970. Annuellement, une réunion intergouvernementale de coopération technique est tenue en alternance à Tokyo et Brasília. C'est l'Agence brésilienne de coopération (ABC)

¹⁰ SENAI- Service National de l'Industrie.

rattachée au Ministère des relations extérieures du Brésil, qui coordonne cette coopération. Les principaux domaines pour lesquels le Brésil demande de l'aide sont: l'agriculture, l'industrie, la santé et l'environnement. Les projets de coopération entre ces deux pays en activité maintenant sont décrits dans l'annexe 2.

En vertu de l'augmentation du PIB brésilien par habitant (environ 4.345\$ US¹¹, en 1995), le gouvernement japonais a restreint la coopération financière au secteur de l'environnement (le plus important pour le Brésil, selon l'ODA japonaise) et de plus, il a annulé la coopération financière non remboursable pour ce pays.

Notre étude concerne connaître le rôle de la coopération internationale japonaise dans le contexte de l'UFPE, une parmi les 32 universités fédérales brésiliennes. Ainsi, pour mieux connaître ce contexte, nous voulons maintenant présenter notre revue de la littérature sur ce sujet.

I.2.2- Le contexte organisationnel de l'étude : les universités brésiliennes

Dans un pays si segmenté en classes diversifiées, la quête pour la liberté, pour l'équité ainsi que pour l'engagement social demande aux universités un échange intense avec le monde extérieur à travers des programmes variés agissant en deux sens: de l'université à la réalité

¹¹ Données officielles du Consulat du Brésil à Montréal.

environnante et de cette réalité à l'université¹². (Buarque, 1993, p.137)

Au Brésil, les institutions d'enseignement supérieur présentent aujourd'hui des organisations aux statuts juridiques les plus divers, selon la nature des organismes qui les subventionnent. Onze types d'institutions chargées d'enseignement supérieur sont actuellement dénombrées. La législation qui concerne ces 851 institutions (MEC, 1994) définit la forme et les conditions de création de chaque type d'institution et les classe en trois grands groupes: les universités (127), les fédérations d'écoles et/ou les facultés intégrées (87) et les institutions isolées (637). Ces trois catégories se divisent en sous-groupes qui identifient les ressources issues d'un pourvoyeur, en général le gouvernement fédéral (le cas de notre étude), le gouvernement de chaque état brésilien, les municipalités ainsi que des associations privées, soit laïques, soit confessionnelles. Le type d'université étudiée dans ce document, fait partie des 32 universités fédérales du pays (MEC, 1995).

Selon Alvarenga Bastos (1993) dans son étude sur le rôle de l'université dans la dynamique de la société brésilienne: " L'enseignement supérieur brésilien n'est satisfaisant ni dans ses fins, ni dans ses moyens, ni dans ses méthodes, ni dans ses contenus, ni même non plus dans son fonctionnement". La majorité des universités ne commencent que depuis peu à s'intéresser à la société environnante et aux processus de changements sociaux qui ont eu lieu au pays depuis les années 80.

Afin de rapprocher l'enseignement tant des services que de la communauté, particulièrement dans le secteur de la santé, des projets les plus variés ont été mis en

¹² Traduction libre à partir du portugais.

oeuvre au Brésil au cours des dernières années, comme le réseau IDA (intégration entre les professeurs et les professionnels de la santé), les projets UNI¹³, la proposition de l'Universidade Solidária, le réseau IDA-UNI (ou UNIDA).

Selon l'évaluation faite par Marsiglia (1995) portant sur l'intégration entre les professeurs et les services de santé (IDA), plusieurs changements ont été vécus dans les universités concernées par le réseau IDA. Depuis les années quatre-vingts, ces changements peuvent être observés au plan de l'enseignement lui-même, de la grille du curriculum, de la création de nouvelles disciplines universitaires de premier, deuxième et de troisième cycle, de l'intégration entre des facultés différentes, des modifications dans les relations étudiants-patients, de l'emphase sur la dimension sociale de la santé et de la création de forums de débats. En dépit de ces constats généraux, l'Université fédérale de Pernambuco (UFPE) n'a vécu aucun des changements soulignés puisqu'elle n'a pas participé au réseau IDA dans le domaine de la santé. Marsiglia (1995) remarque encore la faible importance donnée à la formation continue et à l'habilitation des professionnels déjà insérés dans le réseau de santé (5,6% des projets étudiés) par l'ensemble des universités brésiliennes.

Araújo, Teixeira & Rangel (1996) montrent que la réduction de la distance entre l'université et les services, d'une part, et entre ces derniers et la communauté, d'autre part, ne s'accomplira qu'à partir de la réorientation de l'enseignement et des pratiques de santé ainsi qu'à partir de la prise de conscience de la citoyenneté. Cette «*conscientisation*» serait réalisée à partir de trois volets:

¹³ Projet UNI - Fondation W.K.Kellogg. Projet appuyé sur des équipes multiprofessionnelles visant à développer des relations entre l'université et la société de manière à favoriser le développement des leaderships locaux.

- a) la création des systèmes locaux de santé avec la participation des universités;
- b) la révision des activités d'enseignement (adoption d'activités du type Pratique réflexive¹⁴);
- c) l'analyse du rôle des universités face aux mouvements sociaux.

Encore selon Araújo, Teixeira & Rangel (1996), les universités brésiliennes pourraient jouer un rôle plus fondamental pour la communauté, dans le cas où elles accepteraient de:

- a) participer à la réorientation des pratiques de promotion de la santé;
- b) diffuser et à élaborer des critiques et des renseignements relatifs au système de santé;
- c) comprendre les déterminants économiques, politiques et culturels de la santé;
- d) établir des réseaux de communication qui contribuent à élever la prise de conscience par rapport à la citoyenneté.

Cependant, selon Buarque (1993), les universités ont toujours présenté deux vices historiques auxquels on devrait tenter d'échapper: la pensée conservatrice et l'arrogance du monopole du savoir. La hiérarchisation du travail intellectuel sur le manuel a transformé la classe universitaire en une élite privilégiée. Pour maintenir le privilège, le savoir a été monopolisé. Ainsi, en dépit d'avoir été créée pour lutter contre les dogmes de l'époque, l'université a créé son dogme à son tour: celui à partir duquel tout le savoir non-académique serait un mythe en lui-même et ainsi l'université est demeurée prisonnière de son propre mythe (Buarque, 1993). De cette manière on comprend l'affirmation selon laquelle tous les changements qui ont eu lieu dans les

¹⁴ Schön, D.A . (1982), *The reflective Practitioner: How Professions Think in Action*. New York: Basic Books

universités ont été déclenchés à partir de stimuli externes (Buarque, 1993, p.52). Dans ce même ordre d'idées, Ribeiro (1982, p.122) nous dit que la principale force rénovatrice de l'Université latino-américaine est la réforme qui a eu lieu à Córdoba en 1918. L'idéal de réforme admirablement bien décrit dans le «Manifesto de Córdoba» correspondait sûrement au moment historique où le mouvement a été déclenché ainsi qu'au contexte social latino-américain dont les élites intellectuelles ont pris conscience de leur retard par rapport à d'autres nations. En même temps, elles ont compris la responsabilité sociale de l'Université en demandant un certain degré de modernisation de façon à la rendre plus démocratique, plus efficace et plus active pour la société¹⁵.

La structure par départements découverte neuf-cents ans après la création des universités, amène à développer la connaissance à partir de la production spécialisée par catégorie de savoir. Aucun aspect de la crise actuelle ne prévoit la fin de cette structure, tenue comme élément-clé du processus universitaire engagé dans la qualité des catégories spécifiques du savoir. Pourtant, cette structure éloigne l'université de la société. Elle n'est pas suffisante pour rapprocher l'université de la société. Les problèmes de la réalité concrète ne seront vraiment abordés qu'à partir d'un axe au moins multidisciplinaire, de façon à envisager et à comprendre les nuances et les défis de saisir les problèmes thématiques. Une solution serait la création de noyaux thématiques multidisciplinaires qui agiraient comme des secteurs des départements en offrant des solutions de rechange au travail de chaque chercheur, professeur, étudiant, de façon à rejoindre les collègues des autres départements lors d'études sur des thèmes spécifiques (Buarque, 1993). Ces noyaux permettraient aussi d'attirer la collaboration

¹⁵ Traduction libre faite à partir du portugais.

de professionnels externes à l'université. De plus, au Brésil, ces noyaux sont faits pour accomplir et pour intégrer la triade des universités: la recherche, l'enseignement et l'engagement envers la collectivité.

Aujourd'hui, perdues dans leurs propres problèmes et cherchant des réponses à leur question d'autonomie, les universités brésiliennes n'ont pas non plus l'appui ni du gouvernement ni des organisations non gouvernementales pour tenter des changements afin de devenir une organisation plus structurante pour la société. Ainsi, d'après nos observations ci-dessus, les projets de coopération internationale sont bienvenus pour renforcer ces organisations professionnelles en leur apportant d'importantes ressources financières, matérielles et cognitives ainsi qu'en soutenant des modifications de leur rôle social.

Ainsi, si on postule que les projets de coopération internationale sont d'importantes portes d'entrée aux changements dans les universités, comment ces innovations sont produites? Qu'est-ce qui signifie l'innovation au sein d'une université ? Nous essayerons d'ébaucher une réponse dans la prochaine section.

I.2.3 - Le rôle de la coopération dans la production d'innovations

D'après Denis *et al.* (1997, p.100), l'innovation est définie ainsi:

«D'un point de vue organisationnel, l'innovation est une dynamique conduisant à une interrogation continuelle des pratiques et des modes d'interaction entre les acteurs. Elle prend forme dans une mobilisation des savoirs visant la formulation des problèmes pertinents pour l'évolution des individus et des organisations et ne peut se résumer à la recherche de nouvelles techniques ou de nouveaux dispositifs. La valeur d'innovation de ces objets repose sur les problèmes qu'ils permettent de rendre manifestes et sur leur capacité à transformer les interrelations entre les acteurs.»

Les auteurs considèrent aussi comme des innovations «des projets ou les initiatives qui remettent en cause les arrangements actuels et rendent explicite la nature fondamentalement paradoxale des ensembles organisés». De cette façon, on postule que notre intervention favorise l'innovation dans le contexte de l'université à l'étude.

Langley (1995), inspirée des études de Burgelman (1991)¹⁶ et de Van de Ven et Grazman (1994)¹⁷, compare les systèmes publics à des écosystèmes où l'innovation peut être présentée sous trois façons distinctes qui peuvent aussi cohabiter en équilibre. Ainsi, les façons décrites sont: la variation (l'entrée dans le système de nouvelles idées venues de l'extérieur), la sélection (le choix de la meilleure idée) et la rétention (la stabilité, l'essai pour obtenir une bonne performance et l'adaptabilité à l'environnement).

Schein (1996) nous parle du besoin d'avoir une sécurité psychologique et de surmonter l'anxiété d'apprendre pour être motivé à changer car, selon lui, la motivation seule n'est pas suffisante pour réussir à changer les organisations. Après la motivation, il faut vivre une redéfinition cognitive pour vouloir apprendre et être ouvert(e) aux nouvelles informations à partir d'une redéfinition sémantique, d'un élargissement cognitif et de l'acquisition de nouveaux standards de jugement et d'évaluation. Les projets de coopération internationale représentent-ils une voie de motivation et de redéfinition cognitive?

¹⁶ Apud Langley (1995)

¹⁷ Idem

Dans la majorité des articles et des documents sur la coopération internationale, nous avons pu constater l'importance du renforcement institutionnel apporté aux organisations formatrices des pays qui accueillent des projets de coopération internationale (McKee, White, Bojan et Østbye, 1995; Silva, Peeters et Lewis, 1994; Lansang et Olveda, 1994; Tanner, Kitua et Degremont, 1994), ou aux secteurs publics en général (Avocksouma, Dussault, Champagne, Nour et Ourmaye, 1995; Amoussou, 1991; Bhagavan, 1992; Alvarez, 1994; Black, 1980). La majorité de ces études soulignent l'appui institutionnel comme étant la base des changements vécus dans les pays aidés.

Si nous considérons ce que soulignent Avocksouma *et al.* (1995), nous voyons l'importance accordée «aux problèmes organisationnels, c'est-à-dire à ceux qui portent attention à la capacité du système à faire face aux grands problèmes de santé». De cette façon, la coopération internationale bilatérale visée par cette étude met l'accent sur l'appui institutionnel, un des problèmes considérés comme des plus importants. Cet appui ou renforcement institutionnel doit être vu aussi comme une stratégie pour encourager le changement des valeurs et le développement des nouvelles capacités de gestion à partir de l'engagement des états aidés (Avocksouma *et al.*, 1995).

Dans la perspective sus-mentionnée, nous pouvons dire que l'appui aux organisations formatrices se montre comme une voie encore plus florissante, compte tenu de son caractère formateur d'opinion. Fournier (1995) montre l'importance de la participation des universités à la coopération internationale, particulièrement celles dirigées vers les questions de la santé internationale. De plus, selon la typologie des pays et l'aide internationale de Henin (1993), le Brésil étant classé dans le type II (pays ayant une

structure gouvernementale mais incapable de subvenir aux besoins des citoyens), l'aide à son développement est souvent orientée vers les secteurs publics formels contrôlés par la classe politique (Avocksouma *et al.* 1995) dont on explique le choix dirigé vers une université publique. Car malgré le fait qu'elle représente le secteur public, on sait qu'elle est beaucoup moins contrôlée par la classe politique, compte tenu de son caractère académique. Ainsi, en considérant l'université comme point de départ des opinions novatrices, nous considérons que les projets de coopération internationale dirigés vers les universités sont pertinents. Alors, ce n'est pas par hasard si l'Organisation mondiale de la santé préconise une stratégie d'envergure mondiale vers un changement radical de l'enseignement médical (Boelen, 1990). «Les pays, les établissements et les individualités engagés sur la voie du changement doivent tirer profit de l'expérience d'autrui et, grâce à la solidarité, se sentir encouragés à poursuivre leur propre action novatrice.»(Boelen, 1993, p.234).

Tout comme nous l'avons vu précédemment, Mc Kee, White, Bojan et Østbye (1995) notent que suivre une grille pré-établie pour le changement managérial s'est avéré un facteur important pour le succès du projet de coopération internationale *TransEuropean* qui a changé les universités en Hongrie. L'appui institutionnel par rapport à l'infrastructure, à l'information et aux échanges de connaissances et de valeurs a été à la base des changements remarquables. De même, Silva, Peeters et Lewis (1994) soulignent l'importance du renforcement des capacités de l'Université de Peradeniya au Sri Lanka, comme un facteur de succès pour le programme Triangle. Lansang et Olveda (1994) nous disent que l'établissement et le renforcement des capacités des institutions de recherche dans les pays en voie de développement est

d'une importance primordiale, par rapport à leur expérience aux Philippines. D'après McKee *et al.* (1995), le projet de coopération internationale en santé dans les universités de Hongrie, soutenu par TEMPUS, a suivi une approche standard pour le changement managérial inspiré par Handy (1984). Les diverses étapes ont commencé par le partage de la vision et du concept de santé, facteur qui s'est présenté, selon eux, comme le facteur-clé de la réussite du projet. Dans un deuxième temps, la naissance de la conscience d'un besoin de changement à partir de conférences et de dialogues avec les individus-clés a connu aussi du succès. Les membres du «*staff*» local ont été identifiés comme des agents de support et de changement, un processus pour conférer des pouvoirs aux jeunes cadres a vu le jour ainsi que plusieurs autres actions qui ont demandé la participation de tous les niveaux dans l'université. La coopération internationale implique une nouvelle configuration organisationnelle, relationnelle et cognitive au sein de l'université. Des apprentissages sont nécessaires pour ce changement. Pour la réussite de cette transformation, une action collective bien structurée et des relations interorganisationnelles bien établies sont nécessaires. Mais comment les reconnaître? Il faut exposer ci-dessous ce qui nous avons retenu dans notre revue de littérature.

I. 2. 4. L'action collective et les relations interorganisationnelles

Pour mieux comprendre le déroulement et la dynamique de l'action collective, les travaux de Friedberg (1997), Crozier et Friedberg (1977) ainsi que de Charue-Duboc (1995) ont été revus.

D'après Crozier et Friedberg (1977, p. 30), les changements dans les organisations ne peuvent se comprendre que :

«comme un processus de création collective à travers lequel les membres d'une collectivité donnée **apprennent** ensemble, c'est-à-dire **inventent et fixent** de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit, bref, une nouvelle praxis sociale, et acquièrent les capacités **cognitives, relationnelles et organisationnelles** correspondantes. C'est un **processus d'apprentissage collectif** permettant d'instituer de nouveaux construits d'action collective qui créent et expriment à la fois une nouvelle structuration du ou des champs.»

Ainsi, nous comprenons les programmes de coopération internationale réussis comme des systèmes d'action concrets où se sont bien développés les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles qui ont dû être reconstruites. Les innovations et les changements entraînent l'invention de «nouveaux construits d'action collective», et avec eux, «l'affirmation de nouveaux instruments intellectuels, de nouvelles rationalités et de nouveaux objectifs pour l'action» (Crozier et Friedberg, 1977, p.31). Pour cela, «il devient urgent de *connaître* ces construits et les pratiques et comportements réels qu'ils recouvrent afin de comprendre le rôle et la signification dans l'ensemble social.» Toujours selon Crozier et Friedberg (1977), ce renouvellement conceptuel et pratique doit passer par «la reconnaissance de la réalité et de l'universalité des phénomènes de pouvoir qui constituent le fondement même de l'action organisée.» Friedberg (1997, p.121) mentionne que «l'action sociale, quel que soit le champ concret dans lequel elle se déploie, est conceptualisée comme toujours, médiatisée par

un ensemble plus ou moins stabilisé et articulé de jeux (...), c'est-à-dire d'échange et de négociation, à travers lesquels les acteurs concernés règlent et gèrent les dépendances mutuelles qui ont donné naissance à leur coopération.» Nous pouvons dire que cet énoncé suit les propos de Bourdieu (Accardo et Corcuff, 1986) relatifs au concept de champ et les rapports de force, de pouvoir symbolique et de sens qui interagissent dans ces champs quels qu'ils soient.

Si on continue à parler de l'interaction des acteurs dans des contextes d'action structurés, on parlera d'interdépendance, d'échange négocié et d'interchangeabilité des acteurs (Friedberg, 1997). Le passage de la non-coopération et du conflit entre les acteurs par leur coexistence dans une collusion tacite, est la première étape de l'émergence d'un système d'action concret. La prise de conscience de la coopération, l'intériorisation et l'acceptation des buts communs par tous les participants en constituent ainsi la deuxième étape. La troisième étape «est atteinte lorsque les parties prenantes acceptent de déléguer explicitement un certain degré de responsabilité pour la régulation et le pilotage du système» (Friedberg, 1997). Il faut remarquer que ces étapes représentent un continuum et qu'il n'y a pas de hiérarchie parmi ces dernières.

Le projet de coopération internationale à l'étude compte plusieurs partenaires: l'Agence de coopération internationale japonaise, l'Université fédérale de Pernambouc, le Secrétariat de la santé de Pernambouc et les trois Secrétariats municipaux des aires-pilotes. Nous avons ainsi des savoirs différents à l'intérieur et entre les organisations qui devraient s'articuler pour engendrer de nouveaux savoirs et de nouvelles connaissances chez tous les participants. Un groupe d'acteurs porteurs de logiques

différentes a été constitué. Selon Charue-Duboc (1995), on est dans la deuxième configuration d'utilisation de savoirs, c'est-à-dire on est dans la configuration où «*les savoirs se heurtent aux processus de décision en place*». Dans ce type de contexte, on a besoin de réunions régulières pour stimuler la confrontation systématique. C'est ainsi, en constituant une instance de médiation qu'on permet l'imbrication des processus de synthèse et l'acquisition de nouvelles connaissances.

Benson (1975) souligne qu'en ce qui concerne les relations interorganisationnelles, il faut tenir compte autant des sentiments que des interactions, de façon à obtenir l'équilibre souhaitable. Pour lui, les quatre composants de cet équilibre sont: le consensus sur les domaines, le consensus idéologique, l'évaluation positive et la coordination du travail. Les composants de l'équilibre interorganisationnel tendent à varier ensemble. Le système concourt à l'équilibre dans le sens où le haut niveau d'une des composantes tend à être associé aux hauts niveaux des autres composantes. Ainsi, des bas niveaux correspondants à toutes les composantes indiquent également un système équilibré. Chacune des dimensions de l'équilibre interorganisationnel est réglée selon les conditions de la politique économique (Kenneth Benson, 1975).

D'après ce qui nous venons de présenter, les organisations de notre étude sont d'accord sur l'évaluation positive de la coopération ainsi que sur une certaine coordination du travail et délimitation des domaines. Néanmoins, le consensus idéologique (au sens politique) est loin d'être attendu. Ainsi, l'équilibre interorganisationnel existe. Il est réglé principalement par le pouvoir économique du

groupe japonais même si celui est d'accord pour une coordination partagée et participante.

Nous souhaitons analyser les changements qui ont eu lieu dans le domaine de la santé publique dans l'UFPE à partir des capacités organisationnelles, cognitives et relationnelles des acteurs. Pourquoi les vrais changements des champs d'action collective passent par l'apprentissage et par l'acquisition de ces nouvelles capacités? Or, la transformation de nos modes d'action collective ne dépend pas seulement de l'utilisation de nouvelles techniques, ou encore de l'utilisation de nouvelles procédures de travail, de prise de décision, d'information ou de désignation des responsabilités. Il faut mettre en place une nouvelle construction systémique permettant à la fois le développement de nouvelles capacités relationnelles chez les acteurs individuels et collectifs (Crozier et Friedberg, 1977). De plus, il devient urgent de connaître ces nouveaux construits, ces nouvelles pratiques et ces nouveaux comportements organisationnels et relationnels. Alors, la constitution de cette nouvelle connaissance et son utilisation par les acteurs n'est possible que par une profonde transformation du mode de raisonnement et de la méthodologie de l'action, ce qui demande un apprentissage organisationnel continu et qui implique des nouvelles capacités cognitives.

I.3 - Modèle théorique

Notre modèle théorique prend forme à partir de la reconnaissance des innovations importantes qu'un projet de coopération internationale a apportées au sein d'une

université, innovations que nous décrirons dans les prochains chapitres. Notre objectif maintenant est de comprendre comment la coopération internationale a réussi à introduire des changements dans le secteur de la santé de l'Université fédérale de Pernambuco.

Selon notre revue de la littérature, il faudrait d'abord que les partenaires aient une vision partagée sur leur concept de santé. Ils devraient être en mesure d'adopter un plan de gestion compatible avec les objectifs du projet, de respecter les besoins et les priorités locales, d'échanger connaissance et culture selon l'approche adoptée du renforcement institutionnel (Esman, 1970). Pour l'établissement d'une relation interorganisationnelle équilibrée, il faudrait observer le niveau du consensus dans les domaines de chacune de ces organisations, du consensus idéologique, du niveau d'évaluation et de coordination du travail. De plus, et principalement, la disposition à échanger, à confronter des opinions lors de rencontres régulières et la façon dont les acteurs apprennent et construisent des nouvelles relations et des nouvelles manières de s'organiser est en vérité notre but. Car c'est dans le domaine de la construction des nouveaux savoirs que nous postulons que réside le rôle primordial de la coopération internationale en tant que responsable de la configuration de notre projet de santé publique en un système d'action concret (Friedberg, 1997), ceci le met en mesure d'apporter des innovations dans une «anarchie organisée» conservatrice.

D'après toute la revue de littérature présentée ci-dessus et inspirée des modèles présentés par Denis, Langley et Cazale (1995), nous proposons notre modèle théorique pour cette étude dans le tableau I ci-dessous.

Tableau I: Le cheminement de l'UFPE pendant la coopération internationale en santé publique

Contextes	Avant	Pendant l'établissement de la coopération	Après
Contexte relationnel	-Acteurs isolés; -Projets isolés; -Unidisciplinarité; -Éloignement des besoins de la société.	- Rassemblement des acteurs-clé motivés p/r leurs valeurs, leur histoire et leurs intérêts; - Confrontation systématique	-Acteurs intégrés; -Projets collectifs; -Multidisciplinarité; -Intégration selon les besoins de la société; -Apprentissage continu.
Contexte cognitif	-Autosuffisance; -Domaines défensifs; -Recherches individualistes; -Manque de connaissance du rôle de la santé publique; -Vision organique de la santé; -Rigidité et ambiguïté.	- Prise de conscience du besoin de coopération et de partenariat; - Élargissement cognitif; - Intériorisation des buts communs.	-Auto-réflexion et auto-évaluation; -Domaines prospectifs; -Recherches contextualisées; -Reconnaissance du rôle de la santé publique; Visions multiples et partagées de la santé.
Contexte organisationnel	-Gestion conflictuelle; -Recrutement selon des intérêts personnels; -Administration passive; - Faible intégration; -Décisions centralisées; - Caractère non-coopérateur	-Établissement de confiance et de crédibilité par rapport à la coopération; -Appui institutionnel.	-Responsabilités et pilotage délégués et partagés; -Groupe diversifié et intégré; -Gestion proactive; -Recrutement et évaluation basés sur la compétence et les objectifs communs

L'intégration faite dans ce tableau sera reprise plus tard lorsque nous analyserons les données à l'étude, au point IV.1-Discussion.

I.4- Question de recherche

Dans l'ensemble, à travers la problématique, l'état des connaissances et le modèle théorique, il nous semble avoir montré que non seulement la coopération internationale dans les universités est une question qui concerne changements organisationnels, relations interorganisationnelles et d'actions collectives, mais aussi que les acteurs concernés par ces projets et la manière dont ils construisent de nouvelles relations, cognitions et de nouveaux contextes organisationnels occupent un rôle de première importance dans cette recherche.

Notre intention est d'étudier le rôle de la coopération internationale comme agent de changement au sein de l'université concernée. Bien que les préoccupations et les questionnements sur le besoin d'intégrer les universités par rapport à la recherche, à l'enseignement et à la pratique dans le domaine de la santé publique soit tenu comme un compromis et un défi universel (Boelen, 1993), l'étude sur le «comment» ce rôle doit être joué par les programmes de coopération internationale a été absente dans notre revue de littérature. En fait, il ressort que les auteurs consultés se sont davantage centrés sur le «que faire?» plutôt que sur le «comment jouer et en quoi consiste le rôle à jouer».

Cette brèche dans la documentation ainsi que le besoin de traiter les actions collectives et les savoirs en action dans les relations interorganisationnelles confirment la pertinence et la nécessité de mener cette étude de cas afin de comprendre et de clarifier le rôle de cette coopération internationale. Sa réussite a consisté à avoir apporté des

innovations dans une université conservatrice dans le domaine de la santé. Ainsi, toutes ces considérations nous amènent à poursuivre dans cette recherche la question suivante:

Quelle a été l'influence (le rôle) de la coopération internationale japonaise dans la dynamique de l'action collective établie dans le «Projet de santé publique au Nord-Est du Brésil: L'expérience de Pernambouc» à l'Université fédérale de Pernambouc, qui a conduit à des innovations au sein de l'université concernée ?

Chapitre II: Méthodologie

Ce chapitre de notre mémoire traite de la méthodologie. Tout d'abord, nous présentons notre orientation paradigmatique et notre choix méthodologique et stratégique de recherche. Nous expliquons en quoi elle se veut cohérente avec la finalité recherchée et susceptible de nous fournir les données dont nous avons besoin pour comprendre la complexité des interrelations des acteurs dans un projet de coopération internationale et le rôle spécifique joué pour cela lorsqu'il apporte des pratiques en santé innovatrices au sein d'une «anarchie organisée», comme c'est le cas de l'Université-cible de notre étude. Ainsi, notre cas représente un cas extrême ou révélateur dont nous voulons, par cette étude, retracer le processus qui a conduit à des «outcomes» favorables. Puis, nous traitons plus spécifiquement des techniques de cueillette de données utilisées, soit principalement l'entrevue semi-structurée ainsi que l'observation directe et l'analyse documentaire, de façon complémentaire. Les deux dernières méthodes de cueillette de données ont été utilisées de manière à promouvoir une triangulation des données (Yin, 1994). Par la suite, nous présentons la démarche de sélection, de même que le profil des interviewés et nous explicitons la stratégie retenue pour l'analyse des données recueillies. Nous terminons en exposant les précautions prises afin d'assurer la crédibilité de notre recherche.

II.1 Orientation paradigmatique

Selon Guba et Lincoln (1994), cette étude est orientée vers un paradigme constructiviste. En premier, notre orientation ontologique peut être représentée par un certain «relativisme complice» représentant le rapport entre l'agent social et le monde qui l'entoure. Dans *Choses dites*, Bourdieu (1987) écrit: « J'ai voulu rompre avec la représentation réaliste de la classe comme groupe bien délimité, existant dans la réalité comme réalité compacte bien découpée...» (Ansart, 1990, p.237). Et c'est dans ce sens de constructions sociales remplies de rapports, soit de sens, soit de forces entre les capitaux symboliques, économiques, culturels et sociaux que nous nous positionnons en vertu d'un champ ontologique.

Deuxièmement, notre orientation d'ordre épistémologique présuppose un lien entre le «sujet» et «l'objet»: un espace transactionnel. Parce que «l'objet et le sujet, livrés à eux-mêmes, sont des concepts insuffisants» (Morin, 1990, p.57).

Pour ce qui est de l'ordre méthodologique, nous travaillons selon la perspective d'une dialectique continue. Ainsi, nous avons travaillé, construit et reconstruit ce cas plusieurs fois à partir des analyses et des réanalyses conduites et ancrées dans les théories qui y seront explicitées. D'après Guba et Lincoln (1989), cette méthodologie est appelée « une méthodologie herméneutique » et comme telle, elle fait partie des postulats du courant constructiviste.

Nous avons voulu étudier la coopération internationale au sein de l'université à partir du concept de système d'action concret (Crozier et Friedberg, 1977). Ainsi, le caractère relationnel des acteurs est devenu très important et comme tel, il a pris place dans cette étude.

Selon Laflamme (1993), il nous faut encore expliquer notre conception de la société (Laflamme, 1993) pour renforcer notre orientation paradigmatique. Ainsi, nous comprenons la société comme le résultat des rapports de force qui existent à l'intérieur de l'espace social et entre celui-ci et l'environnement. Ces rapports de force sont fondés sur des capitaux symboliques, culturels, économiques et sociaux dans des champs donnés. Ainsi, le pouvoir résultant de ces rapports de force constitue le fondement-même des actions organisées. Le pouvoir «est un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre» (Crozier et Friedberg, 1977, p.59). Ainsi, dans une société, le pouvoir réside dans «la marge de liberté» dont disposent les acteurs, c'est-à-dire «dans sa possibilité plus ou moins grande de refuser ce que l'autre demande» (Crozier et Friedberg, 1977, p.60). Or, c'est à cause de cette marge de manoeuvre (source d'incertitude pour les autres acteurs) que chaque acteur dispose de pouvoir sur les autres. Nous parlons alors de conflits, de besoin de négociation, de transaction et d'échange continue dans les sociétés.

II.2 Orientation méthodologique: l'étude de cas

La documentation que nous avons consultée nous a permis de proposer une ébauche schématique du rôle joué par la coopération internationale au sein de notre organisation professionnelle ainsi que de son importance dans le contexte étudié. Cette documentation se caractérise par la reconnaissance de l'importance des rapports de force (des aspects relationnels) entre les acteurs dans des systèmes d'action concrets. Le caractère relationnel dynamique, l'échange, l'apprentissage continu et le pouvoir surtout symbolique de ces coopérations a été soulevé. En dépit de ce constat, la littérature consultée met généralement l'emphase, soit sur le pouvoir économique, soit sur le renforcement institutionnel spécifique de l'infrastructure, soit sur le caractère normatif de la coopération internationale dans les pays en voie de développement. L'historique de ces interventions est aussi rapporté dans ces documents. Mais, nous n'avons répertorié aucun écrit concernant l'approche proposée, le rôle joué par la coopération internationale en tant que porteuse d'un pouvoir symbolique favorisant le dialogue et réduisant les conflits entre les acteurs concernés, de manière qu'ils puissent, apporter eux-mêmes les innovations souhaitables.

Il nous est donc apparu tout à fait approprié d'interpeller des informateurs-clé et d'autres personnes directement et indirectement concernées par l'intervention étudiée, ainsi que d'étudier quelques documents et encore d'observer quelques jours de travail, afin d'en dégager des réponses à nos questions.

Étant donné notre intention de répondre à une question visant à comprendre des significations, des influences, des relations entre des acteurs, nous prétendons que l'approche qualitative est tout à fait appropriée. La recherche qualitative dont on parle est celle guidée par des principes épistémologiques, par des valeurs socialement

construites et par des solutions qui émergent à partir des méthodes d'analyse reprises et comparées de façon dynamique et continue (Oldfather et West, 1994). Cette approche tient compte de la signification que les personnes donnent à leurs actions. Son objectif est aussi la compréhension en profondeur d'une situation sociale, d'un groupe de personnes, d'un individu, d'une institution, d'un phénomène historique ou de tout autre réalité sociale.

Dans le contexte de notre étude, une recherche de type qualitatif s'avère appropriée puisque:

- a) il s'agit d'une recherche qui veut comprendre la complexité des relations organisationnelles entre des acteurs de contextes différents par le biais de ceux et celles qui vivent cette relation;
- b) il s'agit d'une recherche qui veut comprendre la coopération internationale selon un point de vue peu abordé dans la littérature.

Notre stratégie de recherche est celle d'une étude de cas. D'après une traduction de Yin (1989): «Une étude de cas est une recherche empirique qui s'attarde à un phénomène contemporain dans son contexte; alors que les frontières entre le contexte et le phénomène ne sont pas clairement évidentes et qui fait appel à des sources multiples d'évidence». La puissance explicative de cette stratégie découle de la profondeur de l'analyse du cas. Selon Contandriopoulos *et al.* (1991), cette stratégie présente une limite de validité externe parce que le chercheur travaille avec une seule unité d'analyse. Cependant, nous espérons qu'à partir de notre explication exhaustive et détaillée sur le « comment » nous avons construit notre étude, les lecteurs puissent

être capables d'appliquer notre expérience à d'autres travaux concernés (Guba et Lincoln, 1989 et Yin, 1994).

Selon Guba et Lincoln (1989), l'étude devra convaincre à partir de sa véracité, de son applicabilité, de sa consistance et de sa neutralité. Seront observés les critères de:

- a) crédibilité à partir de l'immersion et de l'approfondissement de l'observation;
- b) transférabilité;
- c) imputabilité procédurale et
- d) potentiel confirmatif.

Les données seront recueillies à partir de recherches documentaires, d'observation sur place et lors d'entrevues semi-structurées enregistrées auprès des informateurs-clés, choisis selon leur degré de représentativité de l'ensemble de l'université, de leur connaissance du projet autant que de la coopération internationale et selon leur implication dans l'intervention cible. L'utilisation de multiples sources de données prétend assurer la validité du construit et la crédibilité de l'étude (Yin, 1994).

L'unité d'analyse est le Noyau de santé publique (NUSP) de l'Université fédérale de Pernambuco (UFPE) en tant que siège du projet de coopération internationale japonaise à l'étude, tandis que l'unité d'observation est composée des professeurs, des chercheurs et des comités participants au Noyau de santé publique, soit de manière directe, soit indirecte. Pour être considéré dans l'unité d'observation, il faut avoir participé aux activités du Noyau de Santé Publique ou aux résultats et impacts de ces activités.

Compte tenu de l'orientation de l'Organisation mondiale de la santé demandant d'apporter des changements dans l'enseignement de la santé à partir de la modification du concept et de la vision de la santé, particulièrement dans les cours de médecine, ainsi que du besoin d'un engagement mondial pour y réussir, nous prétendons que la connaissance des facteurs favorables à l'apport des innovations dans les milieux universitaires par le biais de la coopération internationale est pertinente et actuelle. Par rapport à la transférabilité, nous espérons que notre puissance explicative pourra, elle aussi, guider les chercheurs intéressés à transférer notre expérience. Il faut tenir compte d'un contexte concernant plusieurs facultés représentants des groupes hétérogènes de personnes. Nous espérons que notre étude sera représentative pour les universités qui présentent un contexte (relations, leadership, groupes de support), des valeurs et une réalité sociale et culturelle semblables à celle de notre étude.

II.3- La cueillette de données

Compte tenu de l'objectif poursuivi dans les limites de cette recherche, nous notons la pertinence de l'entrevue semi-structurée comme outil central de cueillette de données. Daunais (1993, p.274) a écrit que recourir à l'entrevue, c'est «primordialement choisir d'entrer en contact direct et personnel avec des sujets pour obtenir des données de recherche, c'est considérer qu'il est plus pertinent d'interpeller les individus eux-mêmes que d'observer leur conduite...». Afin de bien comprendre la pertinence de cette

technique à l'occasion de notre étude, il est nécessaire de la définir ainsi que de préciser ses conditions de réalisations, ses forces, ses limites et ses faiblesses.

II.3.1- Les entrevues

Selon Yin (1994, p.84), les entrevues sont une des plus importantes sources d'information dans les études de cas ainsi que les informateurs-clé. Deslauriers (1991, p. 33) indique que «l'entrevue de recherche est une interaction limitée et spécialisée, conduite dans un but spécifique et centrée sur un sujet particulier». Dans le même ordre d'idées, Brimo (1972, p.207) mentionne que l'entrevue est une technique qui a pour «but d'organiser un rapport de communication verbale entre deux personnes (le chercheur et l'interviewé) afin de permettre au chercheur de recueillir certaines informations(...) concernant un objet précis». Ainsi, il se dégage que les entrevues prétendent savoir ce que la personne interpellée pense et apprendre ce qu'on ne peut observer directement, comme les intentions, les opinions, les idées, le bagage apporté par les vécus dans le passé, les sentiments et l'interrelation de ces «choses» entre les acteurs, enfin la complexité de ce qui est «tissé ensemble». Le plus important, selon Deslauriers (1991) c'est que les personnes puissent s'exprimer dans leurs propres termes.

Yin (1994) nous présente trois types d'entrevues utilisées dans les études de cas: l'entrevue ouverte (en profondeur), l'entrevue guidée (semi-structurée) et un certain type de *survey* formel. Cependant, d'autres auteurs comme Lessard-Hébert, Goyette et

Boutin (1990), Mayer et Ouellet (1991) et Paillé (1991) ne distinguent que les deux premiers types d'entrevues pour les recherches en général. L'entrevue en profondeur est non directive et non structurée. Ce type d'entrevue vise à recueillir des renseignements sans tenir compte de l'ordre d'apparition des informations; le thème est proposé et l'interlocuteur peut s'exprimer librement et de façon personnelle. Quant aux entrevues semi-structurées, la technique retenue, ce sont des entrevues centrées sur des questions soulevées pendant l'élaboration du protocole en fonction de notre état de connaissances. Cette technique doit s'appuyer sur un guide d'entrevue ou une liste de contrôle servant de points de repère que le chercheur a la faculté de modifier au cours de l'entrevue.

Paillé (1991) nous propose la distinction suivante:

« Ce type d'entrevue est véritablement semi-: semi-préparée, semi-structurée, semi-dirigée. Ce qui signifie que le chercheur prépare son entrevue, quoique de manière non-fermée, qu'il propose un ordre des interrogations et guide la conversation, sans toutefois l'imposer. Bref, l'entrevue est préparée mais elle demeure ouverte à la spécificité des cas et à la réalité de l'acteur» (Paillé, 1991, p.4).

Ainsi, compte tenu de la possibilité d'entrevoir des limites à l'intérieur desquelles l'entrevue devra avoir lieu en utilisant un guide d'entrevue (la rendant plus prévisible et mieux contrôlable), compte tenu de la possibilité de limiter la quantité de renseignements par rapport aux entrevues ouvertes, et encore, en considérant la possibilité d'obtenir sensiblement des informations semblables d'une entrevue à l'autre, ce qui nous donne des avantages relativement à la validité des résultats (Paillé, 1991), nous avons retenu l'entrevue semi-structurée. Il faut souligner aussi que l'utilisation d'un guide d'entrevue permet de couvrir, de façon générale, les mêmes éléments avec

toutes les personnes interviewées en facilitant, par le fait même, l'analyse des données recueillies.

a) Déroulement des entrevues

Le fait d'avoir déjà travaillé à l'intérieur de ce projet de coopération internationale, nous a ouvert des portes et nous a facilité l'accès aux gens. La distance et la séparation de plus de deux ans, nous ont permis de mieux saisir les changements, les réponses reçues et de respecter encore plus les opinions, les idées, les sentiments et les représentations de chaque participant et chaque participante.

Daunais (1993), Deslauriers (1991) et Mayer et Ouellet (1991) soulèvent le fait selon lequel, en matière d'entrevue les attitudes et la relation du chercheur avec les interlocuteurs expliquent mieux le succès de l'entrevue que les connaissances et la technique. Ainsi, sans oublier les faiblesses des entrevues remarquées par Yin (1994), c'est-à-dire les biais dus à la pauvreté de construction des questions, aux difficultés de se souvenir des interviewés, au désir de plaire au chercheur, nous avons mis nos efforts dans le climat des entrevues. Nous avons fait des entrevues, chez les personnes, dans le salon de réunion du Noyau de santé publique, toujours d'une façon intime et privée. Nous avons eu le souci de motiver les personnes à s'exprimer, soit par la reprise des derniers mots, le regard ou même par l'expression du visage (Daunais, 1993). L'ouverture à l'autre a été un important point de repère dans notre cheminement. Nous avons veillé à l'approfondissement des thèmes par des questions d'éclaircissement, de précision ou de relance. D'une manière générale, nous avons reformulé ainsi que résumé les propos des interlocuteurs de façon à permettre de compléter et de les

nuancer. En même temps que nous pouvions montrer à chaque interviewé que nous en avions bien suivi et avons respecté les renseignements reçus.

L'attention continue aux limites imposées par cette technique, nous a amené à expliquer, dès le début de chaque rencontre, le but de notre recherche, nos objectifs, en insistant particulièrement sur le caractère confidentiel et anonyme des informations (Brimo, 1972; Mayer et Ouellet, 1991). De plus, la réalisation de plusieurs entrevues (18) fait en sorte que les propos limités ou erronés d'un informateur (Lecompte et Goetz, 1982) à l'égard d'une ou de plusieurs interrogations sont contrebalancés par le discours des autres informateurs pour la même interrogation. Le guide d'entrevue a été construit à partir des points soulevés pendant la revue de littérature.

Les entrevues dans le cadre de cette recherche se sont déroulées pendant le mois de janvier 1998, à Recife, capitale de l'État de Pernambuco, au Brésil. Connaissant déjà la majorité des interviewés il n'a pas fallu «briser la glace» avant l'enregistrement de la bande audio (avec la permission de chacun et chacune).

b) Les interviewés

Le choix des interviewés s'est fait dans le souci qu'ils puissent rendre compte du processus et des pratiques de l'étude. Ainsi, en considérant les différents partenaires concernés par cette coopération internationale, nous avons décidé dans un premier temps d'interviewer:

- Des représentants de l'agence de coopération internationale japonaise (JICA);
- Des représentants de l'Université fédérale de Pernambuco (UFPE);

- Des représentants du Secrétariat de la santé de l'état de Pernambuco (SES-PE);
- Des représentants des trois Secrétariats de la santé des villes-pilotes;
- Des chercheurs, des professeurs et des professionnels de la santé engagés.

Après une analyse plus minutieuse, nous avons décidé d'augmenter notre échantillon. Il faut souligner que la confidentialité a été promise par rapport aux informations et aux enregistrements, l'anonymat n'étant jamais demandé. Au contraire même, les gens ont eu plaisir à participer. Mais, par souci d'éthique nous présentons nos participants selon différentes répartitions de façon à préserver leur anonymat (tableau II).

Nous avons essayé de suivre ce que dit Lehoux (1996) des échantillons dans une perspective qualitative. Ainsi, nous avons donné accès à notre sujet de recherche aux individus qui ont constitué nos sources de données. Le choix de notre échantillonnage s'est fait d'après ce que nous avons déjà étudié de notre cadre théorique. Les entrevues ont été menées jusqu'au point de saturation des réponses au regard de ce que nous cherchions. Nous avons toujours eu l'intention, soit de faire émerger, d'étayer ou de confirmer les concepts selon l'état de nos connaissances. Le guide d'entrevue utilisé constitue l'annexe 3 de cette étude.

TABLEAU II
PRÉSENTATION DES INTERVIEWÉS SELON DIFFÉRENTES
RÉPARTITIONS

A) Selon le sexe

Hommes	10	Femmes	08
--------	----	--------	----

B) Selon l'institution d'origine

JICA- Agence de coopération internationale japonaise	03
UFPE- Université fédérale de Pernambuco	06
SES-PE - Secrétariat de la santé de Pernambuco	03
ONG - Organisations non gouvernementales	02
SMS- M - Secrétariat de la santé de la ville de Macaparana	01
SMS-B - Secrétariat de la santé de la ville de Brejo da Madre de Deus	01
SMS-R - Secrétariat de la santé de la ville de Recife	01
COSAPE- Commission des usagers du système de santé de Pernambuco	01

c) Selon la durée de rattachement au projet

* 5 ans et plus	- 03	(le projet était encore sur papier)
* 4 ans	- 05	(période des missions d'élaboration)
* 3 ans	- 05	
* 2 ans	- 05	

d) Selon la disponibilité accordée au projet

Plein temps -	05
Temps partiel -	06
Eventuel -	06
Ex-participants à plein temps *-	03

* Une personne a quitté le projet et d'autres y sont maintenant à temps partiel.

II.3.2- L'observation participante

D'après Yin (1994), l'observation participante nous fournit la couverture d'un événement dans son temps réel ainsi que le contexte où il se déroule. Ces caractéristiques sont décrites comme des forces de l'observation participante. Par contre, le temps consacré à l'observation aussi bien que la possibilité de biais de sélectivité, de réflexivité (l'événement changeant à cause de son observation), de coût horaire et de manipulation des événements par le chercheur sont considérés comme des faiblesses.

Puisque nous avons déjà travaillé au lieu de la recherche, l'observation a été tranquille et naturelle. C'est la troisième force de l'observation participante. En dépit du désir de déclencher une observation de type directe, le degré relationnel ne nous a pas permis ce type de cueillette de données. Ainsi, l'observation participante a été la solution retenue. Notre présence pendant 17 jours ouvrables au NUSP a été vécue comme un retour au travail. Nous pouvions nous déplacer partout, fréquenter des réunions, partager les travaux, bavarder, avoir accès aux documents. La confiance établie par le passé était fortement présente. L'esprit de collaboration et la bonne volonté des gens ont beaucoup facilité ce processus d'observation. La connaissance antérieure de la majorité des personnes nous a permis d'identifier la sincérité, les changements de relations, les omissions, les doutes. Le climat de respect et d'amitié a été un facteur qui a facilité notre travail.

Toujours attentive au danger de manipuler les événements, nous n'avons pas assumé la position d'un observateur passif et distancé en fonction des relations établies dans le passé. Nous n'avons pas non plus assumé des travaux ni des obligations durant ces

jours-là. Nous étions libre et nous pouvions noter et prendre notre recul lorsque nous en avions besoin. Un autre danger auquel nous étions aussi attentive était la possibilité de jouer des rôles pour ou contre des groupes internes. Mais, heureusement, nous n'avons pas eu à vivre ces situations délicates.

Ainsi, nous avons couvert trois réunions se rapportant à des petits projets rattachés au grand projet de coopération internationale, soit une réunion sur les projets de coopératives pour Macaparana, une autre sur celui de formation de conseiller en santé et une troisième sur celui de mortalité infantile. Nous avons participé au quotidien du NUSP durant une période de vacances d'été (le mois janvier 1998). Les activités étaient donc réduites à cette époque, malgré la présence au travail de presque tous les membres. Le fait le plus important qu'il nous a été possible de bien observer, est l'action entre les acteurs, c'est-à-dire le «comment» s'établissait la coopération entre eux ainsi que le changement de leurs relations dans le temps.

II. 3.3- L'analyse des documents

Ayant déjà accès aux documents, la seule contrainte fut la quantité de documents en japonais, dont l'usage était exclusif aux membres parlant cette langue. Cependant, la presque totalité des documents était en portugais, malgré la décision prise lors de l'élaboration du projet d'adopter l'anglais comme langue neutre. Cette décision n'a été suivie que pendant les négociations d'élaboration. Après la mise en oeuvre du projet, tous les documents concernés le furent en portugais, sauf quelques-uns dits «internes» destinés aux Japonais.

Ainsi, nous avons eu accès aux documents qui nous intéressaient, comme la modification du PDM (Programme Design Matrix) ainsi que son original, les rapports du projet, les publications scientifiques, les bulletins internes et ce qui avait paru dans le média.

Yin (1994) considère l'analyse des documents comme une importante source de données pour augmenter les évidences venues d'autres sources. Ses forces étant la stabilité des données, le manque d'obstruction, la précision des descriptions et l'ample couverture. Par contre, la possibilité de sélection, de biais de la part de l'auteur aussi bien que la difficulté d'accès peuvent s'avérer des faiblesses à noter. Les principaux documents analysés sont en liste dans l'annexe 4.

II.4- Stratégie d'analyse des données

La stratégie d'analyse retenue est une de celles présentées par Yin (1994) pour analyser les évidences des études de cas, c'est-à-dire la stratégie d'inférences à des propositions théoriques. La meilleure des stratégies, selon cet auteur, propose le développement d'un cadre théorique antérieur nous guidant dès la cueillette de nos données jusqu'à leur analyse. Nous avons aussi essayé de suivre la majorité des tactiques d'interprétation des données proposées par Huberman et Milles (1991), soit le comptage, la réparation des «patterns», la recherche de plausibilité, le regroupement, la factorisation, la recherche d'une cohérence conceptuelle et théorique, ainsi que les tactiques de vérification des résultats comme la triangulation, le contrôle possible sur

les effets du chercheur, la sollicitation des réactions des informateurs, l'utilisation d'un cas extrême.

Dans cette étude, nous visons une analyse où l'ensemble des catégories sera bien défini, puis où elles seront mises en relation par un schéma. Inspirée des écrits de Huberman et Miles (1991) et par ceux de Strauss et Corbin (1990) nous avons mené cette analyse en quatre étapes:

a) La codification- première mise en forme des données pouvant parvenir soit d'une liste préliminaire établie à partir du cadre conceptuel ou des guides d'entrevues, soit, de façon émergente, du fond de vocabulaire du chercheur (Paillé, 1994). Nous avons travaillé un peu avec les deux processus. Le but de cette étape, d'après Paillé (1994), est de classifier, découper ou étiqueter les informations obtenues à l'aide de mots ou d'expressions de façon à passer à la deuxième étape: la catégorisation. Dans la codification, on compte aussi et on commence à vérifier les «patterns» ou thèmes répétés.

b) La catégorisation - L'étape consacrée à l'identification des thèmes, des phénomènes, des explications locales restreintes, des relations entre événements ou entre individus, des construits théoriques. C'est la réduction à un deuxième niveau et c'est l'étape dans laquelle on commence à toucher de façon significative à la compréhension du rôle joué par notre coopération internationale en tant que facteur de facilitation de la mise en oeuvre des innovations à partir de son importance au plan des relations entre les acteurs concernés. C'est le regroupement et la recherche de plausibilité d'après Huberman et Miles (1991).

c) La mise en relation - à cette étape on trouve les liens. Elle nous permet de raffiner notre analyse en mettant en relation des catégories qui étaient indépendantes les unes des autres. Ici, on factorise et on vérifie les relations entre les données de façon à pouvoir construire une chaîne logique. Cette étape marque le passage de la description à l'explication et conduit à celle d'intégration.

d) L'intégration ou l'atteinte d'une cohérence conceptuelle/théorique

Ces étapes, quoique présentées dans un ordre chronologique, ne s'excluent pas les unes des autres et ne représentent pas une progression parfaitement linéaire; elles peuvent être réalisées avec une certaine concomitance, s'alimentant les unes aux autres, surtout au début (codification et catégorisation). Les schémas explicatifs sont construits et reconstruits plusieurs fois, les codes sont constamment améliorés ainsi que les catégories et les relations au long des mois d'analyse.

II.5- Stratégie de présentation des résultats

Pour présenter les résultats de l'étude, nous prétendons utiliser le tableau I, synthèse du modèle théorique présenté à la page 38 ainsi que la figure 2, conséquente au tableau I (page 89) de manière à intégrer les résultats et les classer selon les contextes concernés. Les contextes relationnel, cognitif et organisationnel sont les dimensions d'intérêt, ressorties de notre état de connaissances. Ainsi, nous classerons les données selon les contextes en relief, en essayant en même temps, de démontrer le rôle de la coopération internationale par rapport aux changements observées dans la dynamique d'action à chaque dimension étudiée.

II .6- Validité et crédibilité

Lecompte et Goetz (1982) soutiennent que la valeur d'une recherche scientifique dépend en partie de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes. Les critères de crédibilité en recherche qualitative et en recherche quantitative reçoivent généralement la même dénomination: il s'agit principalement des critères de rigueur et de validité. Qu'en est-il de ces critères?

La validité renvoie habituellement au degré selon lequel les résultats sont interprétés correctement. Elle consiste à démontrer que les théories engendrées ou les phénomènes mis en lumière représentent bien la réalité empirique. Lecompte et Goetz (1982) nous conseillent de nous demander si ce qu'on observe ou mesure correspond effectivement à ce qu'on peut observer ou mesurer. Ainsi, la validité interne représente le degré d'authenticité par laquelle nos observations ou mesures représentent la réalité. La validité externe représente pour sa part, la possibilité, pour le chercheur, d'étendre ou d'appliquer les résultats à d'autres groupes ou à d'autres contextes, ou encore à la capacité de bien expliquer ses résultats de façon que d'autres chercheurs puissent trouver la manière de les transférer à d'autres contextes.

Relativement à l'étude de cas, Guba et Lincoln nous parlent du besoin de persuader les lecteurs et les pairs. Ils nous présentent 4 questions auxquelles il faut répondre si on veut avoir une étude valide. La validité interne sera accordée si on présente véracité et crédibilité à partir de l'immersion dans le cas (nous vivons avec notre sujet de recherche depuis presque deux ans), de la profondeur de l'observation et de la triangulation des sources d'évidence (ce qu'on a bien observé). La validité externe se

rapporte à l'applicabilité et à la transférabilité de l'intervention étudiée. Cette transférabilité sera atteinte à partir de la richesse de la description ou du principe de l'explication (ce qu'on observera dans le corps de notre étude). La fiabilité est testée par la consistance ou par l'imputabilité procédurale de l'étude signifiant que les changements dans l'objet et la démarche de recherche ont été documentés systématiquement. Compte tenu de plusieurs changements, toujours autour d'un thème central, nous avons saisi sur ordinateur toutes les versions des protocoles. Enfin, pour tester si la recherche est objective, il faut observer la neutralité et le potentiel confirmatif à partir de la vérification de l'adéquation des inférences tirées de l'étude.

Yin (1994) nous donne aussi une liste d'orientations à suivre de manière à assurer la validité et la fiabilité de notre étude. La validité du construit est assurée par l'utilisation de multiples sources d'évidences, par l'établissement d'une chaîne d'évidences et par la consultation des informateurs-clé. Tous ces points ont été observés pendant la cueillette des données. Nous pouvons dire que nous avons noté tous ces points dans notre cueillette de données. La validité interne est soulignée pendant l'analyse des données, à partir de la construction de l'analyse du cas. La validité externe est observée dans le souci de bien expliquer chaque étape de façon à faciliter le travail de quelqu'un qui veut transférer notre expérience. Nous avons aussi observé l'utilisation du protocole et le développement d'une base de données pendant la cueillette des données.

Pour maximiser la validité interne d'une recherche qualitative, Lecompte et Goetz (1982) insistent sur la nécessité de considérer les effets possibles et probables de la présence du chercheur sur la nature des données recueillies. En effet, ce biais peut intervenir à l'occasion des entrevues: les personnes interrogées peuvent mentir, omettre

des données importantes. Cependant, le fait d'avoir interviewé séparément plusieurs personnes (18) jusqu'au point de saturation, d'avoir transcrit les données au fur et à mesure qu'elles s'amoncelaient et d'avoir débuté à la suite des entrevues, le processus de codification ainsi que les nouvelles analyses et les retours sur le terrain nécessaires à la méthodologie herméneutique sont les techniques utilisées pour tenter de contrôler l'exactitude des données.

De plus, le fait d'avoir employé le même guide d'entrevue auprès de toutes les personnes interrogées ainsi que le souci de demander des précisions ou des explications dans l'éventualité où les participants ne répondraient pas de façon appropriée au premier coup, nous a permis d'obtenir sensiblement les mêmes informations d'une entrevue à l'autre. Sans oublier qu'au fur et à mesure que celles-ci étaient accomplies nous avons noté le besoin d'apporter quelques modifications au guide initial.

Chapitre III : Le projet de santé publique au Nord-Est du Brésil: l'expérience de Pernambouc

Dans ce troisième chapitre, nous décrivons le projet central de coopération internationale entre le Brésil et le Japon, c'est-à-dire le «Projet de santé publique au Nord-Est du Brésil: l'expérience de Pernambouc». En premier, nous exposerons un bref historique mettant en relief les relations antérieures entre les institutions concernées et les négociations politiques. Ensuite, nous ferons un survol du plan majeur du projet, des outils de gestion prévus ainsi que de l'organigramme établi au départ. Les documents concernant ces points seront mis en annexe. Le troisième point exploré est en rapport avec la description des aires-pilotes faisant partie du projet. Les activités déjà réalisées et celles en cours de réalisation (en 1998) seront aussi décrites, à la quatrième section de ce chapitre. À la fin, nous énumérerons les innovations déjà apportées par le projet, selon les propos des gens qui ont été interviewés aussi bien qu'à partir de l'observation et de l'analyse des documents faite pendant cette étude de cas.

III.1- Un bref historique

En 1992, quelques représentants de l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) ont entrepris des discussions avec des dirigeants du Centre des sciences de la santé de l'UFPE désireux de développer un projet en santé publique. Issus d'un projet réussi entre l'UFPE et JICA portant sur l'immunopathologie, les Japonais et les

Brésiliens avaient envie de se plonger dans le sujet de la santé publique afin d'aider cette université à rétablir et renforcer les liens entre la société, l'enseignement et la recherche.

Depuis le début des discussions, les intervenants s'étaient concertés sur la multidisciplinarité du projet comme point de départ vers une possible interdisciplinarité future. Connu comme orthodoxe et conservateur, le Centre des sciences de la santé a dû surmonter de grandes résistances internes avant de commencer à travailler en partenariat avec d'autres centres¹⁸ et services.

D'après la nouvelle Constitution fédérale du Brésil, de 1988, il fallait travailler en partenariat avec les Secrétariats municipaux de santé. Puis le secteur de la santé a été décentralisé et chaque ville avait un certain degré d'autonomie selon son niveau de participation populaire, d'organisation et de gestion des services. Ainsi, les intervenants japonais et brésiliens ont choisi deux villes et un quartier de la capitale de l'état¹⁹ comme aires-pilotes afin de mettre en oeuvre ce projet encore indéfini dans les détails mais ayant des intentions bien précises. Au début, les intentions étaient le rétablissement d'un lien entre l'université et la société par le biais de l'intégration de l'enseignement, la recherche et l'action ainsi que par l'intégration des divers secteurs concernés par une amélioration de la qualité de vie des habitants des aires-pilotes. Le renforcement du Système unique de santé (SUS) établi à partir de la Constitution

¹⁸ L'Université Fédérale de Pernambuco (UFPE) possède 9 Centres: Centre des sciences de la santé (CCS), Centre des sciences biologiques (CCB), Centre d'éducation (CE), Centre des sciences juridiques (CCJ), Centre des sciences exactes de la nature (CCEN), Centre des sciences sociales appliquées (CCSA), Centre de technologie (CT), Centre de philosophie et sciences humaines (CFCH) et Centre des arts et de communication (CAC).

¹⁹ Villes: Macaparana et Brejo da Madre de Deus. Quartier de la ville de Recife (capital de Pernambuco): Ibura.

fédérale brésilienne de 1988 et légalisé par les Lois 8080 et 8122, a été adopté comme porte d'entrée à ce projet de coopération internationale d'une durée de 5 ans, signé en novembre 1994.

Point de départ du projet, la création du Noyau de santé publique (NUSP) s'est faite le 29 mai 1995. Il est le siège de cette coopération internationale. Alors, des équipes brésiennes et japonaises se sont installées pour mettre en oeuvre le projet.

III .2 - Le plan majeur

D'après l'annexe I du document « The Record of Discussions» établi entre JICA, UFPE et SES-PE, au 29 novembre 1994, le plan guide de ce projet présente comme but l'amélioration de la santé de la population du Nord-Est du Brésil (annexe1). Il proposait d'aider et de collaborer à la construction du SUS de l'état du Pernambouc.

Les extrants attendus étaient a) le renforcement des institutions; b) le perfectionnement des services primaires de santé dans les aires-pilotes; c) le développement des ressources humaines; d) la surveillance, la recherche et le développement de systèmes d'information.

Les activités prévues pour chaque extrant:

- a) - L'établissement et l'administration du Noyau de santé publique, situé à l'UFPE;
 - Formation continue, cours et entraînement pour les professionnels de la santé et les étudiants universitaires;
 - Coordination de séminaires et de forums sur la santé publique;
 - Système de «monitoring» du projet;

-Établissement d'un centre d'informations et de promotion de la recherche en santé publique;

b) - Établissement d'un système de maintien des équipements;

- Formation continue pour les cadres de la santé;
- Amélioration du système de distribution des services;
- Implantation de programmes en santé primaire;
- Amélioration des systèmes d'information épidémiologique;
- Promotion de rencontres avec les membres des communautés concernées pour assurer la participation populaire au projet.

c) -Formation continue des professionnels de la santé des aires-pilote;

- Formation des professionnels du niveau moyen (secondaire);
- Promotion des cours de l'UFPE dans les aires-pilotes;
- Incorporation des principes du SUS dans les cours offerts par l'UFPE;
- Formation à la recherche pour des étudiants de l'UFPE dans les aires-pilotes.

d) - Planification des programmes de santé pour les aires-pilotes fondée sur des analyses continues des situations;

- Promotion de complémentarité entre les systèmes de surveillance épidémiologique de la SES-PE et ceux des SMS;
- Développement de recherches axées sur les besoins des aires-pilotes.

III.2.1. La gestion du projet

a) L'outil de gestion

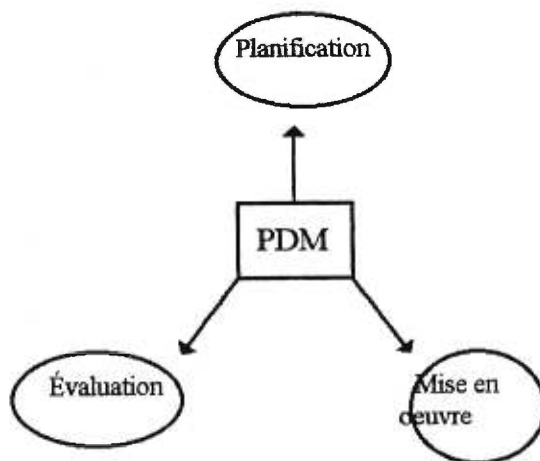
Selon la proposition de JICA, le projet a été élaboré sous la forme de PDM (Plan Design Matrix). Une troisième version de ce PDM (annexe 5) a été élaborée après une semaine d'évaluation du projet en 1997. D'après la première version, le but du projet était de contribuer au développement de la santé au Nord-Est du Brésil, à partir de l'expérience de l'État de Pernambuco et l'objectif était la promotion de la mise en oeuvre du Système unique de santé²⁰ (SUS) de l'État de Pernambuco à travers les aires-pilotes choisies par le gouvernement de l'état (province). Dans sa deuxième version écrite en 19 novembre 1996, le but était de soutenir la restructuration et le développement du système de santé public dans l'État de Pernambuco. L'objectif était l'intégration et le rapprochement de l'université du système public de santé à travers la création et la structuration du NUSP comme point central des discussions et de définition des actions des sous-projets spécifiques.

La troisième et dernière version élaborée au 24 novembre 1997 mentionne comme but: l'utilisation de l'expérience et de la méthodologie du projet par d'autres municipalités de l'État et même de la région Nord-Est. L'objectif est maintenant l'amélioration de la santé de la population des aires-pilotes à travers le renforcement du système de santé.

²⁰ Système unique de santé (SUS)- Système de santé au Brésil après la Constitution fédérative du Brésil de 1988. En dépit du nom UNIQUE, ce système ne se rapporte qu'au système public de santé dans un pays où la santé fonctionne à plusieurs vitesses. Ainsi, le système public soigne les couches les plus pauvres du pays. Ce système est aussi le responsable des traitements du cancer, du SIDA, des hémodyalyses, des greffes et des transplantations et des maladies infectio-contagieuses puisque les puissants systèmes privés multinationaux n'acceptent pas de fournir les soins pour les maladies citées ci-dessus.

Les modifications du Plan guidant le projet chaque année montrent, l'arène de débat et de confrontations continues entre les divers groupes issus des différentes institutions, des différents champs professionnels, idéologiques et culturels. En dépit de ces modifications officielles, le projet et les sous-projets suivent bien les routines établies dès le début. Le changement des énoncés dans la matrice du design du projet vise à répondre aux différents points de vue des acteurs concernés. Il faut souligner que tous les buts et objectifs cités sont envisagés quelque part dans le corps des PDM. Orienté vers le modèle PCM (Project Cycle Management), le projet présente la structure logique ci-dessous, où le Project Design Matrix (PDM) est divisé en une équipe de planification, une d'évaluation et une troisième de mise-en-oeuvre.

Figure 1 - Représentation de la gestion du projet²¹



Le cadre logique (PDM) utilisé est l'outil de formulation et de gestion de projet développé par l'Agence officielle des États-Unis pour le développement international (USAID) depuis le milieu des années 1970.

Le cadre logique se présente sous la forme d'une matrice:

²¹ La figure est illustrée telle qu'elle est présentée dans les documents de JICA.

Tableau III- Matrice de gestion du projet

Résumé narratif	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Conditions critiques
But			
Objectif			
Extrants			
Activités	Ressources		Pré-requis

Les trois PDM du projet sont présentés dans l'annexe 5.

b) L'équipe de gestion

D'après l'annexe VI du «The Record of Discussions» déjà mentionné en point III.2, un comité de coordination devrait être responsable de la formulation de plans de travail annuels, de la révision et l'accompagnement de la coopération technique, des discussions majeures concernant les changements pendant le projet et de la discussion des matières de intérêt mutuel en cas de besoin.

Ce Comité était composé du:

1)Président: Le Directeur du Projet

2)Membres:

Côté brésilien: a) Le Coordinateur du projet

b) Le Secrétaire de la santé de l'État de Pernambuco

c) Le Directeur du Centre des sciences de la santé de l'UFPE

d) Le Directeur du Centre hospitalier universitaire de l'UFPE

e) Le Secrétaire de la santé de la ville de Recife

f) Le Secrétaire de la santé de la municipalité de Macaparana

g) Le Secrétaire de la santé de la municipalité de Brejo da

Madre de Deus

h) Un représentant de l'Agence brésilienne de coopération (ABC)

i) D'autres personnes, selon le besoin.

Côté japonais: a) Le leader du groupe

b) Le coordinateur Administratif

c) Des experts japonais

d) Un représentant du bureau de JICA au Brésil

e) D'autres personnes, au besoin.

En dépit de ce comité formel prévu dans le corps du document majeur, la coordination et gestion du projet se font de façon prioritaire par le leader du groupe japonais, la coordinatrice administrative japonaise, la coordinatrice générale du NUSP (Brésil), la coordinatrice technique du NUSP (Brésil) au niveau du NUSP, siège du projet. Le vice-recteur de l'UFPE exerce un rôle de conseiller et de mentor. Pour les grandes discussions, des réunions, avant hebdomadaires et aujourd'hui mensuelles, sont convoquées. Y assistent aussi les secrétaires des deux municipalités situées à la

campagne²², le directeur du district sanitaire du quartier d'Ibura ainsi que des professeurs, experts, professionnels et chercheurs concernés par les activités du NUSP.

III.3. Les aires-pilotes

a) Le quartier de Ibura (Recife)

Le processus de décentralisation de la santé a débuté en 1993 à Recife, à partir du plan municipal de réorganisation du système de santé. Ce plan projetait la construction de six districts sanitaires divisant la ville selon ses anciennes régions politico-administratives. Ces districts sanitaires seraient les futures bases du développement de nouvelles stratégies axées sur les besoins et les demandes locales ainsi que sur le partenariat avec des institutions autres que la mairie de la ville. La perspective attendue était le travail intersectoriel. À partir de ces principes, la politique municipale, influencée par les nouvelles stratégies proposées, commença à incorporer et à mettre en valeur les actions d'intégration service-communauté. Ainsi, les districts sanitaires de la ville de Recife ont été constitués en accord avec les principes du SUS représentant le territoire-processus traduit par la compréhension d'une réalité spatiale donnée permettant de saisir, de planifier et d'intervenir dans les situations de santé, au même niveau et lieu où se passe la vie communautaire.

Le district sanitaire 6 est le responsable de la gestion de la santé de huit quartiers dont celui d'Ibura, une des aires-pilotes de notre projet. Selon les données de l'Institut brésilien de géographie et statistique (IBGE), le quartier d'Ibura comptait en 1991:

²² Macaparana et Brejo da Madre de Deus.

* 85.356 habitants vivant dans une aire de 1.437,36 hectares, ce qui représentait une densité de population moyenne d'environ 59,4 habitant/ha.

Quartier pauvre dont le revenu familial mensuel moyen était estimé à 300\$US. L'accès à l'eau potable, à l'assainissement, au transport collectif, à la sécurité, à l'éducation et à la santé y est encore difficile et précaire.

b) Macaparana

Municipalité située dans la région Nord de la «Zona da Mata²³», Macaparana se situe à 120 km de la capitale de l'État, Recife. Ses 30000 habitants²⁴ sont repartis sur une aire de 135 km². Deux districts et sept villages sont sous sa juridiction. Région connue pour la monoculture de la canne à sucre, les habitants vivent en majorité de l'agriculture, comme employés des grands propriétaires fonciers.

Le système de santé est surveillé par le Conseil municipal de santé, représenté de façon paritaire par les professionnels de la santé, les usagers et les représentants des prestataires de services. Un Hôpital-Maternité offre les services de gynécologie et obstétrique, d'odontologie, de pédiatrie et de clinique générale. Divers centres locaux de santé sont en place dans la zone urbaine et la zone rurale pour offrir les soins de base. Trente-trois agents de santé communautaire travaillent dans ces centres.

Un haut taux de mortalité infantile et de sérieux problèmes de malnutrition montrent le besoin d'un renforcement de la santé mère-enfant de cette ville. En dépit d'être le berceau et la ville natale d'une des familles les plus puissantes politiquement de l'État,

²³ Région de l'ancienne Forêt du littoral atlantique brésilienne, au Nord-Est.

²⁴ IBGE (1991).

cette ville a été abandonnée et restée sans appui du gouvernement de l'État pendant des décennies dans les secteurs de la santé et de l'éducation.

c) Brejo da Madre de Deus

Situé à 200 km de la ville de Recife, Brejo da Madre de Deus se situe à l'«Agreste Meridional²⁵» de l'état. Cette ville est connue par le monde catholique pour avoir reproduit Jérusalem dans un de ces districts (La Nouvelle Jérusalem) et fait revivre la «passion du Christ» à chaque semaine sainte avec des milliers de participants et plusieurs effets spéciaux de qualité renommée. Cette municipalité se caractérise par l'immense fierté de sa population et par le manque de pauvreté visible, sauf dans un de ces districts les plus éloignés, celui de São Domingos. En fonction d'une population mobilisée, participante et engagée, les travaux communautaires atteignent des résultats surprenants, malgré la distance et la pauvreté environnante. Avec environ 35000 habitants sur une aire de 845 km², Brejo da Madre de Deus est une ville agréable peuplée de gens simples et humbles.

III.4. Les activités déjà réalisées et encore en développement

²⁵ Zone intermédiaire entre la région de Forêt atlantique et la région semi-desertique de l'état. Principal activité économique: l'élevage de boeuf, de vache et de brebis.

Les activités du projet ont débuté par l'inauguration du Noyau de santé publique (NUSP) le 29 mai 1995. Auparavant, l'équipe responsable de la gestion du projet avait déjà commencé à promouvoir quelques événements importants:

a) Séminaire: Système unique de santé - Qu'est-ce qu'il signifie ?

- Des participants des aires-pilotes, des institutions publiques de santé, du pouvoir public et des usagers ont participé à des tables-rondes pour discuter du nouveau système de santé et même de la santé publique au sein du Centre des sciences de la santé de l'UFPE. L'objectif: conscientiser les professeurs et les étudiants de l'UFPE ainsi que les professionnels des services de santé des nouveaux principes, enjeux et défis de la santé publique. La participation a été plus significative du côté des services. Du côté de l'UFPE, on n'a pas réussi à amener la population-cible.

b) Atelier de travail pour l'organisation du NUSP

- Atelier utilisant la technique de la planification participante. Toutes et tous, professeurs, chercheurs, professionnels de santé concernés ont été invités à discuter de l'organisation du NUSP, de la division des équipes, du système interne d'informations, des réunions, de l'administration et de la responsabilité de tous les membres. L'atelier s'est déroulé sur trois jours.

Après l'inauguration du NUSP, des activités les plus diversifiées ont commencé au plan de l'administration centrale, des aires-pilote et du Secrétariat de santé de l'état.

Des activités d'enseignement, de recherche et de pratique ont été introduites toujours axées sur l'approche de l'intégration, de la multidisciplinarité, de l'agir communicationnel. Les activités détaillées sont décrites en annexe.

III.5. Les innovations à l'université dans les pratiques de santé publique

Ce projet a déjà réussi à amener des innovations au sein de l'UFPE. Quelques-unes étaient prévues, d'autres furent inattendues. Dans nos entrevues, nous avons demandé aux informateurs d'indiquer les innovations perçues aujourd'hui dans le secteur de santé publique. Nous énumérons donc les réponses selon l'analyse qui en est faite et selon l'ordre d'importance donnée en fonction du nombre de fois mentionnées. Les innovations citées englobent les aspects organisationnels, relationnels et cognitifs, étant parfois très difficile de classer chacune d'elles à partir d'un des aspects mentionnés de façon isolée. Pour cette raison, nous considérons que toutes les innovations se rapportent aux trois aspects privilégiés, compte tenu des imbrications implicites et explicites entre elles.

a) La multidisciplinarité «en santé» - mentionnée par 17 des interviewés et confirmée par l'observation et les documents étudiés.

L'approche multidisciplinaire de la santé a sûrement amené des réflexions sur la question des déterminants de la santé. Ainsi, les déterminants sociaux, environnementaux, économiques et culturels commencèrent à figurer à l'ordre du jour des discussions tenues au NUSP. La présence des professionnels, des professeurs et des chercheurs de formation différente et leurs échanges fréquents sont en train

d'amener des changements au sein du Centre des sciences de la santé, à partir du NUSP.

L'apprentissage collectif conséquent à cette multidisciplinarité émergente a été soulevé comme un important facteur d'intégration et de complémentarité des projets en oeuvre.

Des équipes composées de médecins, d'ingénieurs environnementaux, d'anthropologues, de sociologues, d'infirmières, de géographes et d'autres professionnels travaillent ensemble à des projets et des recherches variés, comme: *Schistosomiase à Macaparana, Projet générateur de revenu à São Domingos, Évaluation sociale et culturelle à Ibura, etc.*

La Brigade des étudiants est aussi multidisciplinaire et représente un changement notable dans le secteur de la santé, à l'UFPE.

b) L'intégration services/université - mentionnée par 15 des interviewés et renforcée par les autres sources.

L'intégration réelle entre l'action (services), l'enseignement et la recherche, axée sur la vie a été énormément soulevée. Un des interviewés a dit: « *cette coopération fonctionne comme un **moteur** servant à susciter l'intégration **intra** et **inter** organisations.* » L'interviewé a expliqué son affirmation en disant que les rencontres régulières et l'intérêt de travailler vers l'intégration a amené l'équipe de soutien de la coopération (du NUSP) à bien surveiller les activités développées par chaque organisation participant au projet. Ainsi, cette équipe a découvert des actions parallèles ayant lieu dans les mêmes organisations sur les mêmes sujets pour les mêmes buts. De cette manière, l'intégration passe aussi par la rationalisation des efforts et du travail,

c'est-à-dire par la réorientation des actions de façon à éviter le gaspillage des ressources matérielles, humaines, financières et cognitives.

Les actions axées sur les besoins locaux sont un des objectifs poursuivis par cette coopération. Selon les représentants des municipalités concernées, cet objectif est encore respecté de façon minimale, compte tenu que plusieurs des actions en développement ont été suggérées, ou par les représentants de l'université, ou par les experts de la JICA, «*qui viennent du Japon ayant déjà leurs projets structurés selon leurs besoins à eux*²⁶». Malgré cette constatation, ces représentants considèrent que les contributions, particulièrement celles venues de l'université, sont pertinentes et bénéfiques aux populations des aires-pilotes.

L'appui au processus de décentralisation de la santé vers les villes a été souligné comme un des facteurs d'innovation les plus importants dans cet essai d'intégration entre les services et l'université. L'université a ainsi, d'une certaine façon, pris position dans le rapport de forces établi au pays entre la santé publique et la santé privée. Le processus de décentralisation de la santé est un processus qui privilégie la santé publique, l'universalisation des soins, la hiérarchisation de la prestation de services et l'équité, comme le prévoit la Constitution de la République du Brésil/1988 et la loi 8080.

c) Le processus, la «façon de faire»... - Mentionné par 8 des interviewés et confirmé par l'observation.

²⁶ Affirmation faite par la grande majorité des interviewés brésiliens.

Troisième facteur le plus remarqué comme facteur d'innovation née de cette coopération internationale, la «façon de faire» elle-même a été soulevée de manière surprenante. Que veut dire, «de processus»? la «façon de faire» ?

Les participants aux entrevues ont remarqué:

- * Le manque de peur, le courage de faire le différent, l'envie de faire confiance aux gens;

- * Privilégier la pratique, l'action. Écouter les praticiens sans préjugés en reconnaissant leur savoir;

- * La reconnaissance du manque général d'expérience. Personne n'avait vécu une expérience semblable à celle-ci. Ainsi, tous ont assumé qu'il fallait «apprendre ensemble»;

- * La «visibilité externe», c'est-à-dire la présence continue, régulière, systématique des intégrants du NUSP à tous les événements concernant la santé publique, aux grands débats, aux séminaires, aux forums. La fréquence comme point de départ et de continuité responsable de l'établissement de la confiance.

d) Aires-pilotes: des modèles pour les villes environnantes - mentionné par 7 des interviewés, confirmé par les documents et l'observation.

Selon les participants aux entrevues, les aires-pilotes commencent à être remarquées par l'ensemble des autres villes. Les facteurs soulignés pour expliquer cette affirmation font écho aux objectifs poursuivis par la coopération:

- * L'intégration entre l'UFPE, la JICA et la SES-PE démontrent l'intérêt envers la municipalité. Cet intérêt apporte la **crédibilité** nécessaire pour avoir le respect des villes environnantes.

* Le travail conjoint a rapporté des gains importants concernant la technique et la performance des services de santé des aires-pilotes;

* Par sa prise de position, l'université a facilité le processus de décentralisation des aires-pilotes. Sa crédibilité et son soutien technique ont apporté une aide supplémentaire;

* Ainsi, les aires-pilotes sont naturellement en train de devenir des aires-modèles pour les municipalités environnantes, comme il était prévu dans le PDM du Plan majeur de cette coopération internationale.

e) Recherches contextualisées et projets interdisciplinaires - mentionné par 5 des interviewés et confirmé par les autres sources.

La remarque par rapport aux recherches concerne leur contextualisation. Issues des besoins locaux ou des constatations faites à partir des réalités des aires-pilotes, les recherches sont maintenant fondées sur des contextes spécifiques et visent des réponses ou des pistes de réponses pour les problèmes du quotidien des communautés. L'interdisciplinarité, encore moins évidente que la multidisciplinarité déjà mentionnée, commence à prendre forme à partir de travaux collectifs et d'échange entre les différents secteurs du savoir. La recherche sur la schistosomiase à Macaparana semblait prendre cette voie lors de l'élaboration de son protocole de discussion et de recherche.

f) L'intérêt des étudiants pour la Santé Publique - mentionné par 3 des interviewés.

La création spontanée de la «Brigade des étudiants» a été attribuée à la présence du NUSP au sein de l'université. Le travail des étudiants se fait auprès des aires-pilotes et

des démunis. Ils font des enquêtes, des observations et de petites interventions. La cueillette de données sur la mortalité infantile et des conférences sur l'éducation pour la santé sont les travaux en cours, maintenant.

g) La participation populaire à Brejo da Madre de Deus - 1 mention.

h) Appui logistique pour les aires-pilotes - 1 mention

i) Évaluation continue des projets- 1 mention

j) Stages dans les aires-pilotes- 1 mention

k) Aucune innovation - 1 mention

l) Conclusion

Comme nous venons de noter, les innovations perçues par les acteurs ont une base commune: la construction de la coopération dans l'action collective. Nous la pouvons souligner même dans le point (c) «le processus, la façon de faire...». La découverte de l'interdépendance parmi les acteurs et les bénéfices de l'intégration et de l'action collective sont au coeur de toutes les innovations mentionnées.

Nos sources d'évidence étant les entrevues, les documents analysés et l'observation participante, nous présenterons tant le guide d'entrevues utilisé que la liste des principaux documents analysés, en annexe (annexes 3 et 4).

Après la description des innovations en santé publique dans l'Université fédérale de Pernambuco comme une des variables de notre étude, nous avons perçu le besoin de intégrer ces données dans le tableau présenté à la page suivante.

Tableau IV- Les innovations perçues dans le secteur de la santé publique de l'UFPE selon leurs sources d'évidence

Innovations perçues	Sources d'évidences			
	Extraits d'entretiens	Événements	Extraits de documents	Autres
La multidisciplinarité	« (...) maintenant on a compris que la santé des gens dépend de l'intégration des différents savoirs»	- Des multiples conférences multidisciplinaires au sein du NUSP (annexe sur les activités du NUSP)	« Le NUSP est un noyau où les problèmes sont vus de façon multidisciplinaire» (Coop. Japon)	-Publication d'un livre sur les résultats de la recherche multidisciplinaire d'évaluation sociale et culturelle de la santé à Ibura.
L'intégration UFPE/services	«Cette coopération fonctionne comme un moteur servant à susciter l'intégration intra et inter organisations»	- Habilitation de 1077 conseillers municipaux de santé	- Les divers rapports mensuels et annuels des activités du NUSP.	- Appui au programme de réduction de la mortalité infantile de Pernambuco.
Le processus de travail	«On sent qu'ici on a le courage de faire confiance aux gens, sans peur d'échouer» «Personne ne veut savoir plus que les autres. Nous sommes tous des apprentis»		«L'équipe du NUSP a adopté une vision moins bureaucratique et plus participative en privilégiant les besoins des gens» (Une analyse des actions du NUSP, juillet 1997)	
Les aires-pilotes comme modèles	«BMD est devenue une ville-modèle pour toute la région»	- Inauguration de l'usine de recyclage des ordures à BMD		- D'autres villes demandent de l'appui
Les recherches contextualisées et les projets interdisciplinaires	« La maîtrise interdisciplinaire en santé publique qui vient cette année (1998) ouvre une nouvelle période»	- L'étude multidisciplinaire de santé et environnement sur la schistosomose à Macaparana	Bulletin informatif du NUSP de décembre 1997; les rapports du NUSP; le volume 5 des Cahiers du CCS/UFPE.	- Création du PIPASC (Programme intégré d'études supérieures en santé collective): début de la maîtrise en santé publique.
L'intérêt des étudiants	«Les étudiants commencent à venir»	- La formation de la Brigade des étudiants	Professionnels de l'avenir (document)	
La participation populaire à BMD	«La population de BMD fait la différence»	- Projet de recyclage des ordures		
L'appui logistique	1 citation		-Documents	-Observation
L'évaluation continue	«Nous sommes continuellement en évaluation»	- Les séminaires d'évaluation	- Les rapports du NUSP	
Les stages dans les aires-pilotes	« Les étudiants ont maintenant des lieux de stages où on peut les suivre de façon adéquate»		- Les rapports du NUSP	- Stages aux étudiants en design, sc.infirmières, journalisme,médecine génie, sc.sociales,etc

Chapitre IV: Le rôle de la coopération internationale selon l'analyse des données

Dans ce chapitre nous voulons comprendre le rôle de la coopération internationale japonaise dans ce projet de santé publique au sein de l'Université fédérale de Pernambuco, d'après l'analyse des données recueillies, l'analyse des documents et l'observation participante. Selon le guide d'entrevues élaboré, nous avons posé une question spécifique sur le rôle de la coopération internationale et une autre question sur les facteurs, facilitateurs et d'obstacle, pour la mise en oeuvre du projet. Ces deux questions nous ont permis de croiser les réponses, compte tenu que la catégorisation des données nous a démontré qu'elles étaient cohérentes.

En premier lieu, nous proposons de reprendre la discussion sur notre modèle théorique ainsi l'image qui se dégage de cette discussion de manière à rendre plus compréhensible la description détaillée qui viendra ensuite. En second lieu, nous présenterons les facteurs, facilitateurs et d'obstacle, pour la mise en oeuvre de ce projet, tel que nous les avons analysés. En dernier, nous analyserons le rôle attribué à la coopération internationale et ensuite nous présenterons notre interprétation.

IV.1- Discussion

D'après le modèle théorique présenté au tableau I, notre analyse des données vise à comprendre le rôle de la coopération internationale à l'étude d'après les innovations apportées à l'Université, tout en soulignant les capacités organisationnelles, relationnelles et cognitives impliquées dans ce processus de changement.

Les observations et les considérations qui émergent de la littérature et de la compilation des données, nous amènent à une réflexion significative sur le rôle de cette coopération internationale. En fait, le modèle que nous avons présenté a mis en évidence différents éléments liés soit au contexte relationnel (relation des acteurs et des partenaires entre eux et des partenaires avec la société), soit au contexte cognitif (attitude et capacité cognitive des acteurs), soit au contexte organisationnel (gestion, décisions, recrutements).

De prime abord, ce qui ressort des nos études est que la coopération internationale catalyse...les innovations (figure 2). À partir du centre, les différents acteurs et partenaires changent leurs positions en intériorisant ce qui leur est commun, le but étant d'améliorer la qualité de vie des gens des aires-pilotes concernés. Le but ou les buts communs fonctionnent comme un levier qui pousse les acteurs vers la recherche de coopération, de la construction de ponts et non plus de murs. Dans la société brésilienne, caractérisée par la diversité et par l'hétérogénéité (Pebayle, 1992), dépasser les conflits et les différences n'est pas un rôle facile, compte tenu du fait que

l'homogénéité et le consensus sont représentés comme une perte d'identité et une faiblesse par une grande partie des Brésiliens.

Le rôle notable de négociateur ou de médiateur central a permis que le projet prenne une ampleur plus importante que celle prévue au départ. Ainsi, la confrontation des idées et des concepts aussi bien que des rôles et des positions a entraîné l'acceptation et l'incorporation des innovations analysées, que ce soit celles vérifiées pendant la cueillette des données ou que ce soit les changements qui ont eu lieu dans les contextes relationnels, cognitifs et organisationnels.

a) Contexte relationnel

Par rapport à la santé publique, nous pouvons dire que, de manière générale, les acteurs de l'UFPE avaient un mode individualiste de travailler. Les groupes étaient isolés les uns des autres et les travaux et recherches ne visaient qu'à répondre aux propres questions des chercheurs, étant ainsi décontextualisés et éloignés des besoins de la société environnante. Or, telle structure correspond à celle montrée par Crozier et Friedberg (1977) sur la logique de l'impersonnalité et l'isolement des individus, ce qui représente une capacité relationnelle réductible à la personnalité des individus.

Les capacités relationnelles, c'est-à-dire les capacités d'organisation des rapports humains sont celles que les individus acquièrent, utilisent et transforment en bâtissant et, en vivant leurs relations et leurs échanges avec les autres. La coopération internationale à l'étude a réussi à transformer ces capacités lorsqu'on a pu constater l'exercice du partage entre les acteurs, l'intégration et la multidisciplinarité dans les travaux et des recherches, l'exercice et la prise de conscience de l'apprentissage continu dans l'organisation, le développement d'une attitude prospective, la mise en relief des

projets collectifs. Ce changement est passé, bien sûr, par un processus intermédiaire où l'exercice de la confrontation systématique des savoirs, des discussions ouvertes et de la transparence ont eu un rôle fondamental lorsqu'on encourageait la pratique de réunions hebdomadaires de manière continue. Les nouvelles capacités relationnelles acquises démontrent les liens existants entre le développement institutionnel et les modes d'action collective.

«Cette articulation, ce sont les capacités des individus (...) dans la mesure où, dans leur action, ceux-ci s'appuient sur des instruments acquis et développés dans les champs de socialisation et d'apprentissage différents que sont les univers culturels (...) professionnels, des groupes, des organisations, voire des systèmes, dans la mesure où ceux-ci constituent des structures d'action collective fournissant des instruments d'action et délimitant des champs d'expérimentation scientifique» (Crozier et Friedberg, 1977, p.179)

b) Contexte organisationnel

L'UFPE, structurée sur une configuration de «Centres de sciences» et des Départements, présente d'une manière générale une gestion passive, centralisée par «Centres de sciences», faiblement intégrée et fondée sur les conflits. Le caractère individualiste et non-coopérateur a déjà été mentionné ci-dessus. Le recrutement est souvent fait d'après des intérêts personnels. Cependant, la création du NUSP a établi une nouvelle configuration. Car le NUSP représente une configuration innovatrice au sein d'une bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1990), ce qui permet d'oser changer. Or, les organisations innovatrices sont des «adhocraties» fluides, organiques,

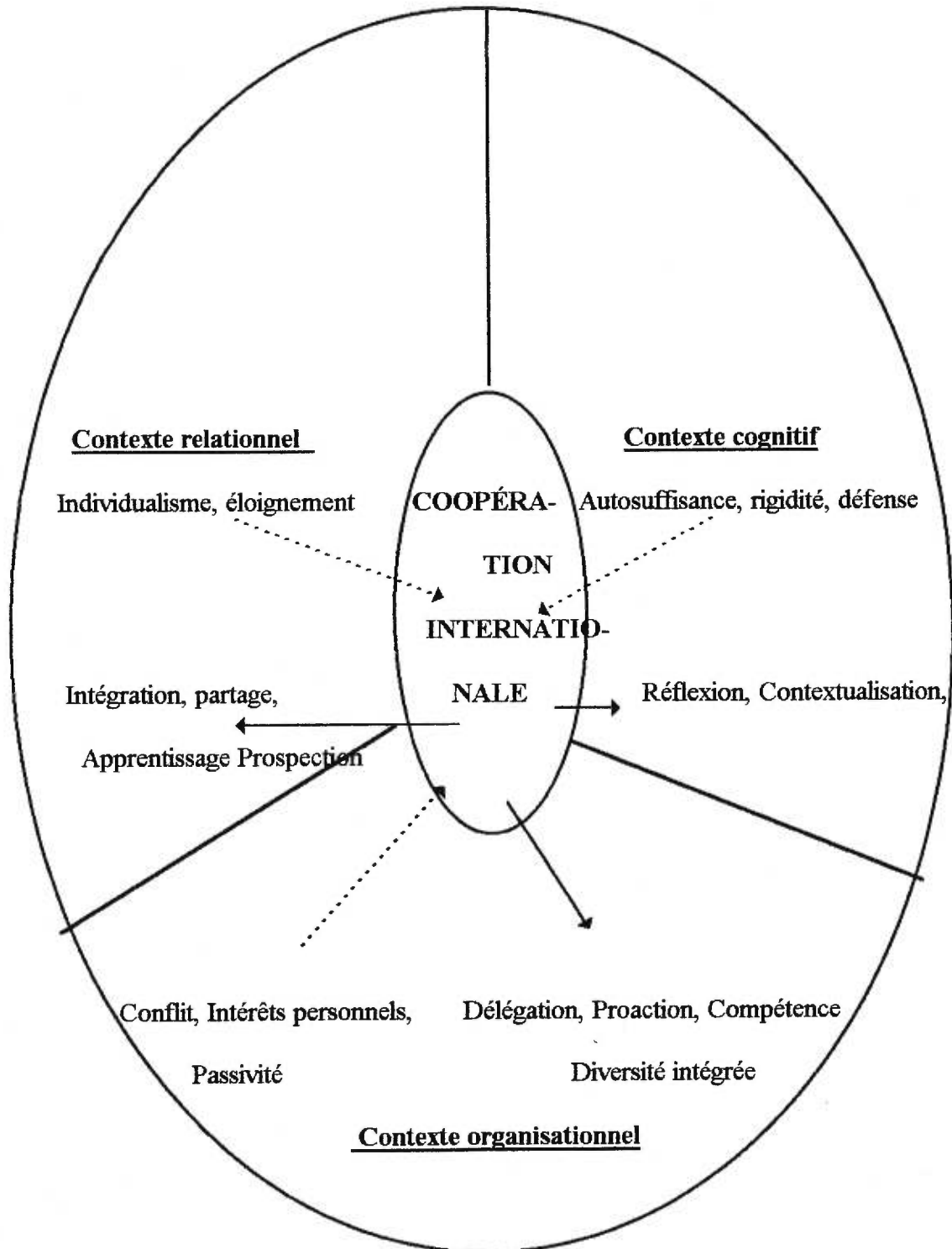
à décentralisation limitée. La coordination est faite par ajustement mutuel par le personnel de liaison, par des managers «intégrateurs» et par une structure plus souple. Elle combine naturellement plus de démocratie avec moins de bureaucratie. Ainsi, la création du NUSP a rendu possible le changement vers la gestion proactive, l'intégration et la diversification des groupes concernés, la délégation des responsabilités, le recrutement et l'évaluation basés sur la compétence et les objectifs communs. Ainsi, le NUSP présente un contexte organisationnel modifié par rapport au contexte de l'UFPE elle-même. Les capacités organisationnelles développées au sein du NUSP correspondent à celles des organisations adhocratiques en tant que les capacités organisationnelles de l'UFPE sont bien celles caractéristiques des bureaucraties professionnelles.

c) Contexte cognitif

Dans le secteur de la santé publique, l'UFPE, présentait des acteurs ayant des domaines cognitifs défensifs et présentant rigidité et ambiguïté de la pensée. Ainsi, nous n'avions pas un système d'action collective, mais des individus, des professionnels oeuvrant chacun selon sa connaissance, son raisonnement et sa logique. Le caractère collectif apparu chez les acteurs oeuvrant au NUSP est le fruit d'une mobilisation des aptitudes, connaissances et intérêts divergents, sinon contradictoires, des acteurs-membres relativement autonomes, de la gestion des affectivités correspondantes ainsi que de la résolution du problème d'agrégation, naturel au début du processus. (Crozier et Friedberg, 1977). Ces acteurs ont acquis une capacité collective propre. C'est cette

capacité qui leur a permis de mieux s'organiser, de mieux définir et maîtriser leur action. Cet acquis issu du processus d'apprentissage collectif amène directement à l'auto-réflexion et à l'auto-évaluation transformant ainsi les domaines avant défensifs en prospectifs. Les travaux et les recherches deviennent contextualisées, intégrées et multidisciplinaires. Les acteurs concernés ont de cette manière vécu un élargissement cognitif par l'intériorisation des buts communs et par la prise de conscience du besoin de coopération et de partenariat. La figure 2, ci-dessous, prétend bien intégrer cette discussion.

Figure 2: La coopération internationale en catalysant...des innovations



IV.1. Facteurs analysés

IV.1.1. Facteurs facilitateurs

Nous avons catégorisé ces données selon l'importance et l'emphase mise par les interviewés et les avons analysées à partir des autres sources de données. Ces facteurs présentent aussi des liens avec les capacités que nous avons identifiées comme les capacités nécessaires au changement vérifié dans l'UFPE.

a) Le respect, la crédibilité, la confiance - capacité relationnelle

Selon 16 des interviewés, le processus de travail axé sur le respect de la diversité, la différence des professions ainsi que les diverses routines personnelles a été un très important facteur de facilitation et d'intégration, responsable de la réussite du projet. Les participants au projet soulignent que la diversité existante est enrichissante et doit être maintenue. La présence continue des Japonais au NUSP a été fortement notée comme un facteur d'équilibre capable de promouvoir la convergence vers le but désiré, malgré les points de vue conflictuels entre la majeure partie des intégrants.

Le grand respect des limites et des espaces institutionnels a apporté la confiance et la tranquillité nécessaires au bon déroulement du projet. La crédibilité née de la coopération internationale a été fondamentale pour assurer la permanence des équipes et la continuité des travaux déjà en marche, en dépit des changements politico-administratifs qui ont eu lieu dans les aires-pilotes et particulièrement à la SES-PE.

Les différents intervenants n'ont pas la même vision de la santé et trouvent que les différences sont assez importantes pour susciter d'autres approches qui enrichiraient le

projet. Cependant, ils ont un but commun: améliorer la santé des gens des aires-pilote à partir du renforcement du Système unique de santé (SUS). Renforcement par l'adoption des principes du SUS: universalité, équité et décentralisation de la santé.

b) La présence continue de l'équipe japonaise - capacité organisationnelle

Citée par la très grande majorité des interviewés comme un facteur positif, la présence de l'équipe japonaise dans le quotidien du projet, rend possibles les changements dont on a besoin à mi-chemin. Connue pour sa rigueur dans l'accomplissement de ses projets, la JICA a toutefois accepté d'amplifier et même de changer quelques aspects du projet, grâce la présence de son équipe au sein du NUSP. Fondamentale et stratégique pendant le changement administratif qui eut lieu au SES-PE, l'équipe japonaise a pu témoigner des difficultés politiques et administratives brésiliennes à poursuivre les buts établis. Ainsi, engagée dans le quotidien du peuple brésilien et dans la lutte des professionnels de la santé pour l'équité et l'universalisation des droits, cette équipe a appris la réalité brésilienne par le vécu et par l'échange régulier chaque jour. Sans ce vécu et sans cette implication, les interviewés sont presque unanimes à affirmer que ni les besoins de changement, ni l'amplification du projet, ni l'interférence dans le changement administratif du SES-PE n'auraient eu lieu, ce qui aurait été un échec pour le projet.

c) La communication, l'écoute- capacité relationnelle et cognitive

Cette communication peut être décrite comme un agir communicatif, une confrontation systématique, et la construction d'un «espace vivant²⁷» où les échanges sont fréquents et l'entraide habituelle. Dans cette catégorie nous classons aussi l'aspect de «médiateur de conflits et d'idées». La coexistence de différentes compétences autour de mêmes sujets n'est pas du tout évidente. Ainsi, le NUSP représente le point de médiation et de confrontation entre les intervenants. Ce centre de communication est encore plus important si on prend en compte ce qui disent Pourvoirville et Minvielle, cités par Charue-Duboc (1995, p.93):

« Limités d'abord par leurs propres activités cognitives à appréhender des problèmes complexes et hétérogènes; limités par le temps et les ressources disponibles (...), les acteurs d'un système d'action organisé recherchent des solutions satisfaisantes et non pas optimales aux problèmes qui se présentent à eux».

d) La confiance mutuelle , l'histoire - capacité relationnelle et organisationnelle

Le vécu entre l'UFPE et la JICA représente une série de rapports et de projets réussis. Cette relation de confiance établie au long des années a été mentionnée par plusieurs des participants comme l'un des facteurs dignes de mention. L'observation pendant les réunions et les documents analysés ont fortement renforcé l'importance de cette histoire de réussite.

e) La certitude de continuité- capacité organisationnelle

L'engagement assumé par l'UFPE afin de poursuivre les travaux commencés par la coopération internationale est un facteur rassurant pour les participants du projet. La

²⁷ Expression employé par un des interviewés.

continuité du NUSP et des groupes multidisciplinaires et interinstitutionnels après la fin du projet permet aux gens de mettre plus d'efforts, de croyance et de disponibilité dans cette coopération.

De cette manière, l'UFPE devrait élever le NUSP au niveau d'«organisme supplémentaire²⁸» de l'université, après les cinq premières années du projet international. Ce changement placerait le NUSP dans un secteur reconnu de la structure universitaire où il pourrait avoir son propre personnel et un organigramme selon ses besoins, ainsi qu'un budget spécifique.

f) L'appui logistique et une infrastructure adéquate-capacité organisationnelle

Les équipes reçoivent tout ce dont elles ont besoin. Des salles informatisées, des équipements de dernière génération en informatique et en multimédia, des équipements audiovisuels sur le terrain, du matériel divers pour les cours et l'animation, des moyens de transport (autobus privés, fourgonnettes privées, autres véhicules) sont toujours accessibles, disponibles et bien entretenus. Un personnel de soutien qualifié est également disponible pour les intervenants.

IV.1.2. Facteurs qui ont fait et/ou qui font obstacle

a) Conflit de pouvoir entre les coordinations brésilienne et japonaise au sein du NUSP.

²⁸ D'après la structure organisationnelle de l'UFPE, un organisme supplémentaire représente une organisation autonome à l'intérieur de l'université.

Ce facteur a été soulevé comme un point très négatif par l'équipe brésilienne oeuvrant à l'UFPE. Par contre, les partenaires des autres institutions, tout en reconnaissant ce conflit, ne le jugent pas important. L'explication demeure précisément dans le fait que les partenaires (SESP-PE et SMS) ont acquis l'habitude de traiter directement avec l'équipe japonaise en négligeant la coordination brésilienne. Les intervenants cités justifient leur attitude en disant que la coordination brésilienne est moins présente, moins représentative et parfois même moins engagée que la coordination japonaise. D'un autre côté, la coordination brésilienne se méfie de ces justifications et met l'emphase sur le poids économique du groupe japonais pour expliquer ce surplus de demandes faites directement aux Japonais de la part des partenaires.

De son côté, la coordination japonaise se plaint d'un besoin de plus de personnel dans la coordination brésilienne pour que le travail puisse être plus actif, participant et dynamique. Car, selon les Japonais le manque de personnel dans la coordination brésilienne rend difficile sa participation à toutes les activités en développement ainsi qu'à toutes les petites réunions quotidiennes.

Selon les interviewés, ce conflit de pouvoir démontre un manque de communication interne entre les coordinations.

b) Le NUSP, encore un *espace virtuel*

Selon les mots d'une des interviewées, le Noyau de santé publique est encore un espace virtuel. D'après les résolutions internes de l'Université ce n'est qu'après les cinq premières années du projet et le départ de l'équipe japonaise que le NUSP pourra devenir une «organisation supplémentaire» de l'UFPE. Ainsi, pendant cette période, le

Noyau ne peut pas disposer de son propre personnel. Les personnes qui y travaillent viennent tous d'autres unités de travail et sont mises à la disposition du NUSP. Cette procédure bureaucratique implique plusieurs difficultés pratiques. Par exemple, le personnel de soutien informe son employeur d'origine de ses vacances, ses absences et ses congés ce qui amène la coordination du NUSP à ne jamais avoir de certitude sur la disponibilité de son personnel, entre d'autres. Ainsi, le manque de reconnaissance administrative entraîne des sérieuses difficultés pour l'établissement d'emploi du temps et de la garantie de travail assidu.

De cette façon, le NUSP n'a pas vraiment de ressources humaines sur place. Encore en raison du manque de la reconnaissance du NUSP comme «organisation supplémentaire», les cadres ne peuvent recevoir les gratifications et les salaires auxquels ils auraient droit pour leur travail. Le travail y devient presque du bénévolat parce que chaque professeur et chaque chercheur adjointe ses tâches au NUSP à ses obligations de ses départements d'origine. Le travail au NUSP n'est pas reconnu comme une activité académique par les départements qui libèrent leurs professeurs, ce qui constitue un frein institutionnel.

La gestion du personnel de soutien sans lien hiérarchique formel est un travail d'échanges de faveurs très compliqué et parfois même très pernicieux. Les salaires très bas ne motivent pas les gens à accepter un surplus de charge sans aucun genre de reconnaissance sur les plans financier, académique ou administratif.

c) Une société très hétérogène - obstacle ou facilitateur ?

L'immense hétérogénéité de la société brésilienne a été mentionnée comme l'un des facteurs de difficulté quant à la mise en oeuvre du projet. Dénommée par le PNUD comme un pays «Belbulinde²⁹», le Brésil présente d'énormes diversités entre les régions et même à l'intérieur des régions en raison des couches sociales concernées. Cette diversité rend difficile la coopération internationale pour les deux côtés: le japonais et le brésilien. Les Brésiliens oeuvrant au projet ont des visions très différentes par rapport aux concepts qui reviennent le plus souvent pendant leur démarche de travail. Les visions sont nettement différentes selon les points de vue politique, conceptuel, social et culturel. Pourtant, le travail collectif présente des résultats positifs. Ainsi, alors que pendant les entrevues les gens mentionnent l'hétérogénéité comme facteur d'obstacle, l'observation et les documents démontrent que ces différences ont été importantes pour l'implantation d'un processus de travail particulier où cette confrontation de points de vue différents a contribué à de bons résultats. Si l'hétérogénéité rend difficile la mise en oeuvre du projet, elle n'entrave pas sa progression. La richesse des visions produites par les différences a été le déclencheur d'un travail axé sur la médiation des expertises et des visions.

**d) Les temporalités et les rythmes de travail
(Connaissances scientifiques contre action/décision)**

« Il est aussi la conséquence de l'interaction entre des acteurs ayant des agendas différents: aucun auteur n'est mobilisé uniquement, à un moment donné, sur un seul dossier. Il découle enfin des pressions exercées par certains acteurs sur les agendas des autres».

(Pouvoirville et Minvielle *apud* Charue-Duboc, 1995, p.132)

²⁹ Pays réunissant les caractéristiques de la Belgique, de la Bulgarie et de l'Inde en fonction de la couche sociale ou de la région géographique envisagée.

Un des points les plus observés comme facteur d'obstacle selon les représentants des services (SES-PE, SMS) a été la différence des rythmes de travail entre les services et l'Université. *«L'Université a l'éternité alors que les services n'ont que des périodes de quatre ans à la fois»*. Cette phrase d'un des interviewés met l'emphase, tant sur la discontinuité administrative habituelle dans les organismes gouvernementaux au Brésil, que sur les énormes différences au niveau des objectifs institutionnels entre ces organismes et l'Université.

Tous les quatre ans les cadres sont changés et parfois aussi les techniciens engagés dans des projets d'organismes gouvernementaux. Les élections provoquent instabilité et discontinuité à tous les niveaux des secteurs publics. Ainsi, les professionnels des services ont envie de finir leurs projets et leurs travaux avant la fin des mandats politiques. Cette volonté est très motivante, mais le besoin de la part de l'Université de travaux plus élaborés, de recherches plus approfondies et de diagnostics de besoins plus détaillés entraîne plusieurs problèmes entre les intervenants.

e) Le rôle des experts japonais

Facteur cité comme point d'incompréhension par les intervenants brésiliens. Plus un facteur peu discuté qu'un facteur problématique, la présence des experts japonais ne répond pas toujours à un besoin ou une demande locale issue des aires-pilotes. Selon les interviewés, ces experts arrivent avec leurs propres projets individuels déjà élaborés au Japon. Généralement, ni les contenus ni les résultats de ces visites de courte durée ne sont connus de la partie brésilienne.

IV.2. Le rôle attribué à la coopération internationale japonaise

Selon les interviewés brésiliens, la coopération vient apporter la crédibilité, la visibilité externe et le soutien nécessaire à la continuité des activités déjà en développement. Toujours d'après ces informateurs, cette coopération amène les intervenants à poser un regard, soit sur les activités de leurs propres organisations, soit sur les activités des partenaires concernés. En dépit des visions différentes sur la santé et les besoins à privilégier, les intervenants brésiliens ont commencé à échanger concrètement leurs expériences par l'exercice de la confrontation systématique.

Classé comme *espace virtuel* car il ne représente ni une organisation formelle ni même conventionnelle, le NUSP constitue avant tout un virage vers l'action organisée. Il semble que ce système d'action concret suit la séquence génétique proposée par Friedberg (1997) dont le premier palier est mis en relief à ce moment-là. «Le remplacement de la non-coopération et du conflit entre les acteurs par leur coexistence dans une collusion tacite (...) où il n'y a ni formalisation, ni prise de conscience ou explicitation des interdépendances et intérêts communs, ni bien sûr délégation de régulation» (Friedberg, 1997, p.171), c'est le vécu des acteurs concernés dans cette coopération internationale. On pourrait encore dire que les acteurs commencent à développer la perception nécessaire aux résultats positifs de leur coopération. Cette prise de conscience pourra les amener à ce que Friedberg appelle le deuxième palier:

«l'introduction et l'acceptation de la mesure explicite des résultats de la coopération et leur transformation en buts acceptés et intériorisés par tous les participants».

Les interviewés japonais mettent l'emphase sur le caractère hétérogène et conflictuel de la société brésilienne en général. De cette manière, ils sont unanimes à affirmer que les conflits et les différentes visions liés à chaque classe professionnelle ainsi qu'à chaque organisation partenaire concernée rendent l'action organisée très difficile. Le manque d'ouverture que les Brésiliens avaient par rapport aux points de vue différents ou même antagoniques démontrait la nécessité d'un agent médiateur: c'est ce rôle que les Japonais mentionnent comme principal. Selon eux, économiquement, le Brésil a tous les avantages et atouts³⁰ nécessaires pour mener tout seul un projet de cette ampleur. Si on observe tout ce que les interviewés ont souligné par rapport à cette coopération, on s'aperçoit que le côté économique n'a jamais été cité comme un facteur primordial pour ce projet. Par contre, la découverte de «quelque chose de différent» par rapport à une toute nouvelle dynamique de l'action a toujours été mise en relief: la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité, la médiation, l'intégration, le respect des différentes visions autour de la table, le partage des expériences, la recherche d'un sens à cette coopération, enfin, la naissance d'un sentiment d'appartenance malgré les différences déclarées.

Selon Charue-Duboc (1995), l'instance de médiation entre un groupe d'acteurs porteurs de logiques différentes permet d'imbriquer le processus de synthèse et d'acquisition de connaissances scientifiques. Ce sont les réunions régulières sur de longues périodes stimulant les confrontations systématiques, les responsables de

³⁰ Texte écrit avant la crise économique brésilienne de janvier 1999.

l'établissement progressif du partage d'un objectif, d'un lien, d'un sentiment d'appartenance. Ainsi, malgré un début établi sur des intérêts individuels (organisationnels), sur des objectifs et des agendas différents, la confrontation régulière et la médiation entre les différentes compétences et les différentes organisations conduisent à une réflexion sur l'intériorisation de buts communs et vers un sentiment d'identité collectif.

Ainsi, la coopération internationale apparaît comme un agent médiateur capable de promouvoir la réflexion et l'engagement des différents partenaires vers une action collective organisée. C'est cette coopération qui a rendu possible le travail synergique et complémentaire entre les acteurs concernés. Car, en agissant comme agent médiateur, la coopération internationale a réussi à établir un certain consensus par rapport aux buts attendus, malgré les diversités dans les processus de travail et les conflits toujours présents.

Chapitre V: Conclusion

Notre expérience en tant que professionnelle de la santé oeuvrant en santé publique ainsi qu'en coopération internationale, nous a incitée à essayer de comprendre et de clarifier le rôle de cette coopération au sein d'un projet spécifique dans une université. Pour ce faire, nous avons d'abord cherché à définir notre problématique en survolant le contexte, et de l'Université et des aires-pilotes concernées par le projet. Ensuite, en dépouillant la littérature portant sur les coopérations internationales en santé publique et sur l'université brésilienne auprès de la société nous avons fait deux constats. Premièrement, nous avons remarqué que les écrits sur les projets de coopération internationale ont mis en lumière la nécessité d'une vision commune et un concept de santé partagé entre les partenaires de la coopération pour la réussite des projets. Deuxièmement, nous avons constaté la presque absence de l'université brésilienne, particulièrement à Pernambuco, auprès de la société dans le secteur de la santé collective, c'est-à-dire que nous avons remarqué l'absence de connaissance de la réalité, de participation effective et d'engagement de la part de l'université envers les besoins réels de la population. À partir de ces constats, nous avons voulu connaître quel était le rôle joué par la coopération internationale japonaise à l'Université fédérale de Pernambuco, compte tenu du fait que cette coopération a réussi à aider à introduire à l'université des innovations relatives à l'interrelation entre l'enseignement, la recherche et la pratique des services de santé des trois aires-pilote.

Comme nous nous intéressons au «comment» et au «vécu» des professionnels dans une organisation professionnelle par rapport au rôle de la coopération internationale pour établir une action organisée entre différents partenaires, nous avons choisi l'étude de cas, ce qui nous permettait d'entrer directement en contact avec l'organisation et les acteurs concernés. À l'aide d'entrevues semi-structurées, nous avons recueilli les témoignages de 18 participants du projet. L'observation participante et l'analyse des documents nous ont permis de croiser et d'accomplir la triangulation nécessaire à la cueillette des données d'une étude de ce type. La triangulation représente la combinaison et le croisement de multiples points de vue à travers le travail conjoint de plusieurs chercheurs, ou de plusieurs interviewés et de plusieurs techniques de cueillette de données. Ainsi, la triangulation consacre tant la critique intersubjective que la comparaison, même si les analystes de ce courant soient plus engagés à le montrer comme une activité interne qui accompagne le travail investigateur³¹(Minayo, 1993, p. 242).

Notre analyse a suivi l'approche dialectique-herméneutique (Minayo, 1993), où on va et vient, analyse et réanalyse, construit et reconstruit les données plusieurs fois. L'herméneutique propose un exercice de compréhension refusant tant l'objectivisme qui établit des connexions naïves entre les énoncés théoriques et les données factuelles, que l'idéalisme philosophique ou théologique qui remet la vérité en dehors de la praxis (Minayo, 1993). La dialectique propose le dialogue permanent, l'analyse et la

³¹ Traduit librement du portugais.

réanalyse. L'objet d'analyse et de l'herméneutique et de la dialectique étant la praxis sociale, l'approche a été adéquate pour notre étude.

Ce travail nous a permis de mettre en lumière des éléments fort intéressants pour l'avancement des connaissances dans le domaine de la coopération internationale en santé dans des institutions formatrices. Certains de nos éléments de conclusion viennent confirmer les propos d'auteurs qui se sont intéressés à la question, tout en apportant à ceux-ci une contribution originale. D'autres attirent l'attention sur des aspects qui n'ont pas encore été mis en évidence par la littérature. Car, pour la première fois, on établit l'importance de la présence continue des agents comme des coopérateurs externes jouant le rôle vedette de médiateur des conflits internes et d'élément responsable de la confrontation systématique des différents savoirs mis en question. En jouant un rôle de médiateur, la coopération internationale a voulu peut-être répondre à de grands problèmes mis sur la table pendant la cueillette des données, comme concilier le temps de la science et le temps de l'action (Charue-Duboc, 1995), problème fortement soulevé pendant l'étude. Il est vrai que la coopération internationale avait la compétence et les ressources nécessaires, ce qui l'a permis l'exercice de ce rôle. Ainsi, ce qu'une instance médiatrice représente pour pallier le décalage temporel et le cycle de production des connaissances et décisions entre les différents partenaires peut être confirmé à travers la production de nouvelles connaissances, la révision des connaissances existantes sur les sujets pertinents, la traduction des connaissances dans les termes des acteurs impliqués dans la diffusion, l'orientation pour la production des connaissances vers l'action et l'établissement de lien entre la connaissance scientifique et les pratiques vécues dans les services (Charue-Duboc, 1995).

Au départ, à la lumière de la recension des écrits, nous avons retenu que les projets de coopération internationale en santé dans les universités réussissaient selon le degré de partage d'une vision commune autour d'un concept de santé unifié. Ce constat, nous a conduit à examiner comment ce partage et cette unification de vision se passaient dans le projet de coopération étudié. Quel était vraiment le rôle de cette coopération dans le rapprochement de l'université des services, c'est-à-dire entre la recherche, la formation et la pratique ?

Cette perspective a suscité une production de données particulièrement riches sur les composants probables qui influencent le rôle joué par le projet de coopération étudié. Comme le révèlent les résultats, nous avons pu constater que la réflexion et la confrontation systématique des savoirs, sans dénigrement ou sous-estimation des connaissances des praticiens ou des groupes culturels et/ou ethniquement différents, ont été les leviers les plus forts et les plus efficaces pour la réussite d'une entreprise de cette envergure. C'est la dynamique de l'action organisée et ses changements constants qui sont responsables de la concertation permanente entre des partenaires hétérogènes.

Comme a si bien écrit Friedberg (1997, p.394):

«L'approche organisationnelle induit donc un tout autre rapport entre la connaissance et la pratique. (...)Elle se sert des connaissances qu'elle produit sur un contexte d'action donnée pour induire des modifications dans la pratique des acteurs placés dans ce contexte. Et en retour, elle se sert de cette pratique modifiée pour durcir les connaissances qu'elle a produites sur ce contexte et pour avancer ainsi dans la compréhension de ses caractéristiques et de ses structures. La production de la connaissance et sa mise en oeuvre sont intimement liées»

Ainsi, nous venons de répondre à la question posée dans la section 1.2.3 quand nous demandons si les programmes de coopération internationale représentaient une voie de motivation et de redéfinition cognitive. En tant qu'agent capable de mener le

rassemblement des acteurs en vertu de la crédibilité qui lui est reconnue et aussi en raison des discussions favorisant la coopération, le partage, la réflexion et la délégation des responsabilités, la coopération internationale motive et favorise l'élargissement cognitif, la proaction administrative et l'intégration. Cette crédibilité et le respect apportés à la coopération internationale japonaise viennent du fait d'être un agent externe engagé ayant un pouvoir économique évident et aussi de l'histoire de la réussite sur le terrain.

L'appui institutionnel sous les formes, soit de crédibilité pour l'organisation, soit de renforcement de l'infrastructure a servi à promouvoir un changement des valeurs et le développement d'une toute nouvelle manière de gestion dans un secteur de l'Université, ce qui confirme les remarques faites par Avocksouma *et al.*(1995). Ainsi, le renforcement institutionnel par rapport à l'infrastructure a été une stratégie réussie pour amener l'organisation vers des changements nécessaires à son rapprochement de la société en vue de réponse aux besoins de la collectivité.

Cependant, nous n'avons pas pu confirmer les propos de McKee *et al.* (1995) lorsqu'ils soutiennent que le partage de la vision et du concept de santé étaient les facteurs-clé du succès de leur coopération internationale dans les universités d'Hongrie. Nous remarquons dans notre étude que les différents partenaires ont continué à avoir des concepts et des visions multiples par rapport à la santé. Néanmoins, ils ont appris à intérioriser les buts communs et à prendre conscience de la nécessité de dépasser les conflits tout en respectant les différentes manières de penser et d'agir. Les acteurs ont appris à intégrer leurs projets et à porter des demandes collectives selon les besoins de la société. Le travail multidisciplinaire a vu le jour. Et tous ces changements sont dûs à

la pratique d'une confrontation respectueuse et continue face à un agent médiateur méritant crédibilité et confiance. Pour être porteur de cette crédibilité, l'agent médiateur des conflits entre les partenaires a dû rester présent dans le quotidien des acteurs. Ces constatations portent des importantes implications pour la gestion des coopérations internationales. La présence, l'apprentissage partagé continu, la construction quotidienne d'un nouveau système collectif de l'action et d'une configuration organisationnelle souple aussi bien que l'exercice de la confrontation systématique des savoirs sont les pistes à suivre que nous offrons à qui de droit.

Par ce résumé des principaux résultats de notre recherche, nous voulons souligner que nous avons trouvé la réponse à la question de notre recherche, soit comprendre le rôle de la coopération internationale japonaise à l'Université fédérale de Pernambuco par rapport aux innovations en santé publique, vérifiées entre l'UFPE et les aires-pilotes. Nous aimons croire que notre démarche très systématique d'analyse de données, la codification de tout le matériel recueilli et les mesures que nous avons prises pour favoriser la fidélité et la validité de notre recherche, mesures que nous avons décrites au chapitre sur la méthodologie, ont permis de dégager des résultats et des conclusions valables, qui correspondent aux critères de la rigueur scientifique. Néanmoins, pour permettre de mieux apprécier notre contribution, ces résultats doivent être considérés à la lumière de certaines limites.

Il apparaît nécessaire de souligner que ces résultats, certes élaborés et nuancés, sont aussi issus de la rencontre des subjectivités des interviewés et de la subjectivité du chercheur. La possibilité de contamination des données et des résultats est présente à toutes les étapes de la recherche, à partir même de la détermination de l'objet d'étude.

Bien que nous ayons cherché à pallier ce biais, soit par la triangulation de cueillette, soit en explicitant le plus clairement possible et avec beaucoup de détails nos stratégies et nos techniques de production et d'analyse des données.

Pour terminer, nous voulons mentionner que notre recherche met en valeur la richesse et la pertinence de connaître les dynamiques des actions organisées. Nous remarquons l'importance de la confrontation continue et systématique des savoirs en action, de la médiation entre des partenaires porteurs de connaissances spécifiques, de croyances et de cultures hétérogènes qui veulent travailler ensemble, particulièrement dans un milieu universitaire.

Bibliographie

ABRASCO (1993). Incentivo à participação popular e controle social em saúde: relatório final da oficina de trabalho. Brasília.

Accardo, A. et P. Corcuff (1986) La sociologie de Bourdieu, Paris , Éditions Le Mascaret.

Adler, N.J. (1994). Comportement organisationnel- une approche multiculturelle. Québec, Éditions Reynauld Goulet inc. Collection Perspective internationale.

Allaire, Y. et M. Firsirotu (1988) « *Révolutions culturelles dans les grandes organisations: La gestion des stratégies radicales* » (chap. 7) In Abravanel, Allaire, Firsirotu, Hobbs, Poupard et Simard (1988). La culturelle organisationnelle: aspects théoriques, pratiques et méthodologiques, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.(pp.197-222).

Allaire, Y. et M. Firsirotu (1993) L'entreprise stratégique: Penser la stratégie, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

Allègre, C. e E. Morin (1997). «*Edgar, allègrement*» Le monde de l'éducation, de la culture et de la formation, octobre 1997: 53-55.

Alvarenga Bastos, J. (1993). «*Le rôle de l'université dans la dynamique de la société brésilienne*» In J.L. Levesque, J. Fernandez et M. Chaput (dir) Formation-Travail-Travail-Formation , Sherbrooke, Éditions du CRP, tome 1: 79-85.

Alvarez, B. (1994) The Success of Researchers and the Capacity of Research Intitutions in Developing Countries, Ottawa, Centre de Recherches pour le Développement International.

Amoussou, J. (1991). Appui institutionnel en matière de formation et de recherche. Dakar: Centre de recherches pour le développement international.

Apple, M.W. (1989) Educação e poder. Porto Alegre, Artes Médicas.

Aktouf, O. (1994).Le management entre tradition et renouvellement , 3e éd., Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

Ansart, P. (1990). Les sociologies contemporaines. Paris. Éditions du Seuil.

Araújo, E.; C. Teixeira, e M.L. Rangel (1996). «*Relação ensino-serviço-comunidade: a contribuição da rede IDA na reorientação do ensino e das práticas de saúde no SUS*» Saúde em Debate, 49/50: 88-94.

Argyris, C. e D. Schön (1978) Organizational Learning: A Theory of Action Perspective, Cambridge: Addison-Wesley Publishing Company.

Argyris, C. (1991). «*Teaching Smart People - How to Learn*» Harvard Business Review, May-June: 99-109.

Avocksouma, D.A., G. Dussault, F.Champagne, M.N. Mahamat, O.Ourmaye, (1995). *Essai d'évaluation de l'aide internationale dans le domaine de la santé au Tchad* Revue Canadienne des Études Africaines 29 (2) :173-202.

Bandaranayake, R. (1993). «*Tous les départements des facultés de médecine devraient favoriser activement l'orientation communautaire*», Forum mondial de la santé 14: 256-257.

Beillerot, J. (1996). «*Théorie et pratique: des Amish aux pendants de cheminée*», Le monde de l'éducation, de la culture et de la formation, mars 1996: p.19.

Berger, P. et T. Luckman (1986). La construction sociale de la réalité, Paris, Méridiens Klincksieck.

Berlinguer, G. (1993). «*The interchange of disease and health between the old and new worlds*», International Journal of Health Services. 23 (4): 703-15.

Bermudez, P.D. (1995). «*Experiências de avaliação no Prouni Brasília*», Divulgação em saúde para debate, Londrina, (11): 48-49.

Bhagavan, M.R. (1992). SAREC Model: Institutional Cooperation and Strengthening of National Research Capacity in Developing Countries (Rapport 1/1992). Stockholm: Swedish Agency for Research Cooperation with developing Countries.

Black, R. (éd.) (1980). Mechanisms for Strengthening Applied Research Institutes in Developing Countries (Rapport), Denver, CO: Denver Research Institute.

Blacklow, R., J. Boex, et L. Gerson (1993). «*Le lieu de travail du médecin doit être la collectivité*», Forum mondial de la santé 14: 252-254. 1993.

Boelen, C. (1990). «*A call for systematic action for changing medical education: reaction of working partners*», Medical Teacher, 12: 131-141.

Boelen, C. (1993). «*L'ambitieux dessein de faire évoluer la formation médicale et l'exercice de la médecine*», Forum mondial de la santé 14: 231-235.

Bomeny, H. e P. Birman (1991). As assim chamadas Ciências Sociais: formação do cientista social no Brasil, Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ.

Bourdieu, P. (1990). Coisas ditas. São Paulo, Brasiliense.

Bourdieu, P. & J.C. Passeron(1975). A Reprodução. Rio de Janeiro. Francisco Alves.

Bouvier, A. (1996). «*Programmes et formations des enseignants*», Revue internationale d'éducation 12:117.

Brasil. (1989). Ministério da saúde. Incentivo à participação popular e controle social do SUS, IEC. Brasília.

Brimo, A. (1972). Les méthodes des sciences sociales. Paris: Montchrétien.

Bryant, J.H. (1993). «*Former les médecins de demain*», Forum mondial de la santé 14: 237-250.

Buarque, C. (1994). A aventura da universidade. São Paulo-Rio de Janeiro, Editora UNESP e Paz e Terra.

Cardoso de Melo, J.A. (1993)(org). Educação, Razão e Paixão, Rio de Janeiro: Panorama/ENSP,

Cavanaugh, S. H. (1993). «*Connecting Education and Practice*», L. Curry, J.F. Wergin et al.(dir.) Educating professionals, San Francisco, CA, Jossey-Bass: 107-125.

Charue-Duboc, F. (1995) (dir.) . Des savoirs en action- contributions de la recherche en gestion. Paris, L'Harmattan.

Chaves, M. et A.R. Rosa (1990) (org.). Educação médica nas Américas - o desafio dos anos 90. São Paulo, Cortez Editora.

Cohen, M.D. et J.G. March (1986) Leadership and Ambiguity. Boston: Harvard Business School Press.

Contandriopoulos, A-P, F. Champagne, L. Potvin, J-L. Denis, P. Boyle (1994). Saber preparar uma pesquisa. São Paulo-Rio de Janeiro, ABRASCO.

Crozier, M. et E. Friedberg (1977). L'acteur et le système. Paris, Éditions du Seuil.

Darling-Hammond, L. (1996). «*The Right to Learn and the Advancement of Teaching: Research, Policy, and Practice for Democratic Education*», Educational Researcher 25(6): 5-17.

Daunais, J-P. (1993). «*L'entretien non directif*», Gauthier, B. (éd.). Recherche sociale (2e éd.) Sillery: Presses de l'Université du Québec, p.272-293.

De Pourville, G. et E. Minvielle (1995) «*Connaissances scientifiques et aide à la décision: la diffusion des innovations en santé*» sous la direction de F. Charue-Duboc (1995) Des savoirs en action- contributions de la recherche en gestion, Paris, L'Harmattan.

De Renzo, F. (1997). «*Un projet de rénovation générale*», Revue internationale d'éducation, 15: 83-97.

Demo, P. (1997). Educar pela pesquisa. São Paulo, Editora Autores Associados.

Demo, P. (1996). Avaliação Quantitativa. São Paulo, Editora Autores Associados.

- Denis, J-L., M. Brémond, A-P. Contandrioulos, L. Cazale, E. Leibovich, (1997). «*Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de santé*», Ruptures, 4 (1) pp.96-114.
- Denis, J-L. et F. Champagne (1990). «*L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes*», La revue canadienne d'évaluation de programme, 5(2), 47-67.
- Denis, J-L., A.Langley et L. Cazale (1995). «*Peut-on transformer les anarchies organisés?- Leadership et changement stratégique à l'hôpital*», Rupture 2(2), 165-189.
- Deslauriers, J-P. (1991). Recherche qualitative: Guide pratique. Montréal: McGraw-Hill.
- Dubar (1996). La socialisation- construction des identités sociales et professionnelles. Paris, Armand Collin.
- Eco, U. (1994). Como se faz uma tese. São Paulo: Perspectiva, 11a. edição.
- Eisenhardt, K.M. (1989). «*Building theories from case study research*», Academy of Management Review, 14(4) :532:550.
- Eisner, E.W. (1993). «*Forms of Understanding and the Future of Educational Research*», Educational Researcher 22 (7): 5-11.
- Esman, M.L. (1972). «*The Elements of Institution Building*», Institution Building: from concepts to application. Beverly Hills, Californis: Sage Publications.
- Freire, P. (1992). Medo e Ousadia. O Cotidiano do Professor. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra

Friedberg, E.(1997). Le pouvoir et la règle, 2e édition, Paris, Éditions du Seuil.

Fournier, P. et L. Potvin (1995). «*Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme*», Sciences sociales et santé, 13 (2): 39-59.

Fournier, P. (1995). «*The role of universities and the ethics of their intervention in international health*», Sozial und Praventivmedizin, 40(1), 11-17.

Gadotti, M. (1992). A educação contra a educação, Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra.

Gauthier, B. (1984). Recherche sociale, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Gioia, D. et J. Thomas (1996). «*Identity, Image and Issue Interpretation: Sensemaking during Strategic Change in Academia*», Administrative science Quaterly, 41, 370-403.

Granda, E. e J. Breilh (1989). Saúde na Sociedade, São Paulo: Cortez/Abrasco/ Instituto de Saúde.

Greenwood, R., Hinnings, C.R. (1996). «*Understanding radical organizational change: bringing together the old and the new institutionalism*», Academy of Management Review, 21 (4):1022-1054.

Guba, E.G. e Y.S. Lincoln (1994). «*Competing Paradigms in Qualitative Research*» (chap.6) dans Denzin, N.K. e Lincoln, Y.S. (eds.) Handbook of Qualitative Research, Sage: 105-117, 1994.

Guba, E.G. e Y.S. Lincoln (1989). Fourth Generation Evaluation. Newbury Park; CA: Sage Publications.

Habermas, J. (1984). Mudança estrutural da esfera pública. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Habermas, J. (1989). Consciência Moral e Agir Comunicativo, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Haddad, G. (1997). «*Un audit mondial*», Le monde de l'éducation, de la culture et de la formation, octobre 1997: 56-57. 1997.

Handy, C. (1984). Understanding organizations. Handsworth: Penguin.

Hargreaves, A. (1996). «*Transforming knowledge- blurring the boundaries between research, policy and practice*», Educational Evaluation & Policy Analysis 18(2): 105-122.

Henin, C. et J. Doutriaux (1993). « *Secteur informel: les difficultés de l'approche et l'intervention dans les pays en développement*», Revue canadienne d'études du développement, 14 (2), 261-280.

Huberman, M. et M.B. Miles (1991). Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes, Bruxelles: De Boeck Université.

Hurtado, C.N. (1993). Educar para Transformar, Transformar para Educar, Petrópolis, Editora Vozes, Segunda Edição.

Imperato, P.J. (1996). « *A Third World International health elective for U.S. medical students. The 16-year experience of the State University of New York, Health sciences Center of Brooklin*», Journal of Community Health, 21 (4), 241-268.

Inui, T.S. (1993). «*Un partenariat pour le changement*», Forum mondial de la santé 14: 270-272.

Japon, Japanese International Cooperation Agency (1996) JICA Newsletter-around the world , (Internet- <http://www.jica.go.jp/E-info/E-news-jica/E-news-9609/IBp095.html>)

Japon, Japanese International Cooperation Agency (1997) Activities of JICA (<http://www.jica.go.jp/E-jica>)

Japon, Japanese International Cooperation Agency (1994-1995) Cooperação Técnica com o Brasil, Brasília, JICA-ABC.

Jeans, M. et G.F. Heseltine (1993). « *Clinical electives: setting up an overseas programme in a new medical school*», Medical Education 27(5), 416-421.

Jonnaert, P. (1996). «*Le dialogue entre chercheurs et praticiens de l'éducation: utopie ou réalité*», Cahiers de la recherche en éducation, Sherbrooke, Éditions du CRP, 39(2): 271- 293.

Jouary, J-P. (1997). «*Socrate au secours!*», Revue internationale d'éducation, juin 1997: 123-132.

Kaufman, A. (1993). «*Il faut venir à bout de la résistance au changement*», Forum mondial de la santé , 14: 251-252.

Kenneth Benson, J. (1975). « *The Interorganizational Network as a Political Economy* », Administrative Science Quarterly 20, 229-249.

Laflamme, C. (1993). « *Pour une analyse paradigmatique de la formation et de l'insertion professionnelle* » In C. Laflamme (dir.) 1993 La formation et l'insertion professionnelle, enjeux dominants dans la société postindustrielle, Sherbrooke: Éditions du CRP.

Langley, Ann (1995) Innovativeness in Large Public Systems (texte miméo).

Lansang, M.A. et R.O. Olveda (1994). « *Institutional linkages: strategic bridges for research capacity strengthening* », Acta Tropica, 57 (2-3), 139-145.

Lecompte, M.D. et J.P. Goetz (1982). « *Problems of reability and validity in ethnographic research* », Review of Educational Research 52 (1), 31-60.

Legendre, R. (1993). Dictionnaire actuel de l'éducation, Montréal-Paris, Guérin/ESKA, p. 749, 750 et 889.

Léssard-Hébert, M., G. Goyette et G. Boutin (1990). Recherche qualitative: fondements et pratiques. Montréal, Agence D'Arc.

Limoges, C. (1995). L'université à la croisée des chemins; une mission à affirmer, une gestion à réformer, Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie et Université du Québec à Montréal.

Marsiglia, R. (1995). Relação ensino-serviço: dez anos de Integração Docente Assistencial no Brasil, São Paulo: Hucitec.

Mayer, R. et F. Ouellet (1991). Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux. Boucherville:Gaëtan Morin.

McKee, M.; White, M.; Bojan, F. e Østbye, T. (1995). «*Development of public health training in Hungary - an exercise in international co-operation*», Journal of Public Health Medecine, 17 (4) : 438-444.

MEC- Ministério de Educação e Desporto do Brasil (1994)Ensino e pesquisa - Ensino Superior (<http://www.nec.gov.br>)

MEC- Ministério de Educação e Desporto do Brasil (1995). Situação da pós-graduação -CAPES/ Ministério da Educação e Desporto.

Mendes, E.V. (1996). Uma agenda para a saúde, São Paulo, Hucitec.

Morin, E. (1997). «*Réformons la pensée*», Le monde de l'éducation, de la culture et de la formation, octobre 1997: 28-29.

Morin, E. (1990). Introduction à la pensée complexe. Paris, ESF Éditeur. 1990.

Miller, G.E. (1993). «*Définir des valeurs et des priorités à l'échelon national: le rôle fondamental des politiciens*», Forum mondial de la santé, 14: 254-255.

Minayo, M.C. (1993) O desafio do conhecimento- pesquisa qualitativa em saúde, São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO.

Mintzberg, H. (1990) Le management- voyage au centre des organisations, Paris-Montréal, Les éditions d'organisation, Les éditions Agence d'ARC.

Misoczky, M. (1995). Integração docente-assistencial: perspectivas frente ao Sistema Único de Saúde, Salvador.

Neufeld, V. (1993). «*La formation médicale devrait être représentative des besoins de la société*», Forum mondial de la santé, 14: 257-259.

Nicolescu, B. (1997). «*Transdisciplinarité*», Le monde de l'éducation, de la culture et de la formation, octobre 1997: 48-49.

Nonaka, I. (1994). «*A dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation*», OrganizationScience, 5(1),14-37.

Noël, G. (1996). Le développement international et la gestion de projet. Québec. Presses de l'université du Québec.

Norman, J.N., J.A. Brebner, E.M. Brebner, O.L. Lloyd, H. Buddick-Bracken, M. El sadig Ahmed, G. R. Catto et I.M. Ledingham (1995) «*Telematics in undergraduate teaching*», Medical Education, 29 (6) 403-406.

Oldfather, P. et J. West (1994). «*Qualitative research as jazz*», Educational Researcher, 23(8): 22- 26.

Ortiz, R. (1994). Mundialização e Cultura. São Paulo: Brasiliense.

Østbye et Rodrigues (1994). «*Enseignement de la santé publique et promotion de la santé en Hongrie: le rôle du Canada*», Revue canadienne de santé publique 85(6), p.378.

Østbye, T., M. White, G. Hoffer et F. Bojan (1995) « *The electronic medical-student exchange: a low-cost alternative to overseas electives* », Canadian Medical Association Journal 153 (9), 1327-8.

Paillé, P. (1991). « *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive: un modèle et une illustration* ». *Communication au Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Sherbrooke.*

Paillé, P. (1994). « *L'analyse par théorisation ancrée* », Cahiers de recherche sociologique, 23, 147-181.

Passet, R. (1997). « *L'autre mondialisation* », Le monde de l'éducation, de la culture et de la formation, octobre 1997: 50-51.

Patton, M.Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.) Newbury Park: Sage.

Pebayle, R. (1992). Le Brésil. Coll. Que sais-je?, Paris, Presses Universitaires de France.

Ribeiro, D. (1982). A universidade necessária. São Paulo, Paz e Terra.

Sampedro, A., P. Belderrain, M. Salto-Tellez, M. Vijande et A. Cueto (1995). « *Trans-European medical education: experience of the Faculty of Medicine of Oviedo* », Medical Education 29 (3), 235-241.

Schein, E. (1996). « *Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: notes toward a model of managed learning* », Systems Practice, (9) 1, pp 27-47.

Schön, D.A. (1982). The reflective Practitioner: How Professions Think in Action. New York: Basic Books.

Schraiber, L. (1989). Educação médica e capitalismo, Rio de Janeiro- São Paulo, HUCITEC- ABRASCO.

Serre, F. et C. Viens (1993). «*La praxis, une source importante de savoirs pour la recherche et la formation*», F. Serre 1993 (dir). Recherche, formation et pratique en éducation des adultes, Sherbrooke, Éditions du CRP: 283-338.

Silva, K.T., R. Peeters et J. Lewis (1994). «*Promoting interdisciplinary collaboration in health research in developing countries: lessons from the Triangle Programme in Sri Lanka*», Acta Tropica 57 (2-3), 175-184.

Silva, T.T. (1992). O que produz e o que reproduz em educação. Porto Alegre, Artes Médicas.

Srinavasa, D.K. *et al.* (1993) «*Une expérience communautaire pour les étudiants en médecine*», Forum mondial de la santé , 14: 205-207.

Strauss, A. et J. Corbin (1990). Basic of qualitative research. Newbury Park: Sage.

Tanner, M. A. Kitua et A. A. Degremont (1994). «*Developing health research capability in Tanzania: from a Swiss Tropical Institute Field Laboratory to the Ifakara centre of Tanzania National Institute of Medicinal Research*», Acta Tropica, 57 (2-3), 153-173.

Taylor, A.L. (1992). «*Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health*», American Journal of Law & Medicine. 18 (4): 301-46.

Tedesco, J.C. (1997) «*Tendances internationales*», Revue internationale d'éducation, 15: 135-143.

Valla, V.V. e Stotz, E.N. (org.) (1994) Educação, Saúde e Cidadania, Petropolis: Vozes.

Van de Ven, A.H., Poole, M. S. (1995). «*Explaining development and change in organizations*», Academy of Management Review 20 (3): 510-40.

Walton, H. (1993). «*Reprofilier le médecin: l'object d'une action mondiale*», Forum mondial de la santé, 14: 273-275.

Yin, R.K. (1993). Applications of Case Study Research, Applied Social Research Methods Series, vol. 34, :London- New Delhi, Sage Publications.

Yin, R.K. (1994). Case Study Research, Applied Social Research Methods Series, vol.5, Second Edition, London New Delhi, Sage Publications.

Annexe 1

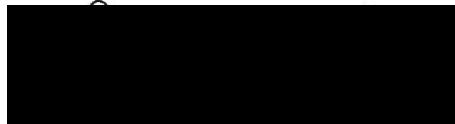
THE RECORD OF DISCUSSIONS
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROGRAM
BETWEEN THE JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND THE SECRETARIAT OF HEALTH OF THE STATE OF PERNAMBUCO
AND FEDERAL UNIVERSITY OF PERNAMBUCO
FOR
THE PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT PROJECT FOR THE NORTH-EAST
BRAZIL IN PERNAMBUCO

The Japanese Implementation Survey Team (hereinafter referred to as the "TEAM") of the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), headed by Prof. Takefumi Kondo visited the Federative Republic of Brazil from November 22nd to December 1st, 1994, and had a series of discussions with the Brazilian Cooperation Agency (hereinafter referred to as "ABC"), as legal intervenient agency on behalf of the Government of the Federative Republic of Brazil, headed by his Director Dr. Sergio Arruda, and with Federal University of Pernambuco (hereinafter referred to as "UFPE"), headed by his Rector Prof. Efreim de Aguiar Maranhao, the Secretariat of Health of the State of Pernambuco (hereinafter referred to as "SES-PE"), headed by his Secretary Dr. Danilo Lins Cordeiro Campos who also represents municipal secretariats of health participating in the Project (hereinafter referred to as "SMSs"), to work out the details of the technical cooperation program for the Public Health Development Project for the North-East Brazil in Pernambuco (hereinafter referred to as "the PROJECT").

As a result of the discussions, the TEAM of the JICA, UFPE and SES-PE agreed to recommend to their respective Governments the matters follow hereafter, in accordance with the Basic Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of the Federative Republic of Brazil, signed in Brasilia on September 22nd, 1970 (hereinafter referred to as "the BASIC AGREEMENT").

I. COOPERATION BETWEEN BOTH GOVERNMENTS

1. The Government of Japan and the Government of the Federative Republic of Brazil will cooperate mutually in implementing the PROJECT for the purpose of improving health status of the North-East Brazil.
2. The Government of the Federative Republic of Brazil, through ABC, will designate the UFPE, SES-PE as the executing institutions for the implementation of the PROJECT.
3. The PROJECT will be implemented in accordance with the Master Plan of the PROJECT as stipulated in ANNEX I.




II. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

1. In accordance with the laws and regulations in force in Japan, the Government of Japan will take necessary measures, through JICA, which is the executing agency for technical cooperation of the Government of Japan, to provide, at its own expense, the services of Japanese experts as listed in ANNEX II, through the normal procedures under the technical cooperation scheme of the Government of Japan.
2. In accordance with the laws and regulations in force in Brazil, the provisions of Article IV(1), V(1)(iii) and (2), VI, VII and VIII of the BASIC AGREEMENT, will apply to the Japanese experts referred to in 1., above, and to their families, to the extent that the latter may be relevant.

III. PROVISION OF EQUIPMENT, MACHINERY AND MATERIALS BY THE GOVERNMENT OF JAPAN

1. In accordance with the laws and regulations in force in Japan, the Government of Japan will take necessary measures, through JICA, to provide, at its own expense, the equipment, machinery and materials required for implementation of the PROJECT as listed in ANNEX III through the normal procedures under the technical cooperation scheme of the Government of Japan.
2. The provision of Articles LX of the BASIC AGREEMENT will apply to the equipment, machinery and materials referred to in 1., above.
3. In accordance with the laws and regulations in force in Brazil, the Government of the Federative Republic of Brazil, through UFPE, SES-PE and SMSs, will bear the expenses necessary for installation, operation and maintenance of the equipment, machinery and materials referred to in 1., above.

IV. TRAINING OF BRAZILIAN COUNTERPART PERSONNEL IN JAPAN

1. In accordance with the laws and regulations in force in Japan, the Government of Japan will take necessary measures, through JICA, to receive, at its own expense, Brazilian counterpart personnel involved in the PROJECT for technical training and/or a study tour in Japan, through the normal procedures under the technical cooperation scheme of the Government of Japan.
 2. The provision of Article IV(2) of the BASIC AGREEMENT will apply to the techniques and knowledge acquired by the counterpart personnel mentioned in 1., above.
- 

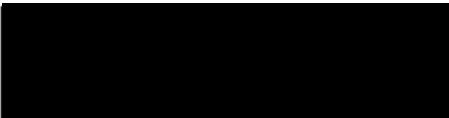
V. SPECIAL MEASURES FOR TRAINING OF MIDDLE-LEVEL PERSONNEL

In case the Government of the Federative Republic of Brazil decides on the implementation of a special training program for the middle-level personnel involved in the "PROJECT" and considers partially supporting its expenditures, the Government of Japan will also consider to supplement the cost of the above-mentioned special training program.

VI. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL

1. In accordance with the laws and regulations in force in Brazil, the Government of the Federative Republic of Brazil, through UFPE, SES-PE and SMSs, will take necessary measures to provide, at its own expense :
 - (1) The services of Brazilian counterpart personnel and administrative staff, necessary for the implementation of the PROJECT, as listed in ANNEX IV;
 - (2) The land, buildings and facilities necessary for the implementation of the PROJECT, as listed in ANNEX V, as well as incidental facilities; and
 - (3) The supply or replacement of equipment, machinery, vehicles, instruments, tools, spare parts and other materials necessary for the implementation of the PROJECT, other than those provided by the Government of Japan under III.1., above.
2. In accordance with the laws and regulations in force in Brazil, the Government of the Federative Republic of Brazil, through UFPE, SES-PE and SMSs, will take necessary measures to meet all current expenses necessary for the implementation of the PROJECT.
3. In accordance with the laws and regulations in force in Brazil, the Government of the Federative Republic of Brazil, through UFPE, SESP and SMSs, will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the PROJECT will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through the full and active involvement in the PROJECT by all related authorities, beneficiary groups and institutions.

VII. PROJECT MANAGEMENT

1. The Rector of UFPE, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the PROJECT.
 2. Project Coordinator will be designated by the Director of Centro de Ciencias da Saude da UFPE, and will be responsible for the managerial and technical matters of the PROJECT.
- 

3. SES-PE and SMSs will collaborate with UFPE on the administration and implementation of the PROJECT.
4. The Japanese Team Leader will provide the necessary recommendations and advice on technical and administrative matters concerning the implementation of the PROJECT to the Project Coordinator, and if necessary, to the Project Director.
5. The Japanese experts will provide the necessary guidance and advice on technical matters concerning the implementation of the PROJECT to the Brazilian counterpart personnel.
6. For the effective and successful implementation of the PROJECT, a Joint Coordinating Committee will be established whose composition and functions are described in ANNEX VI.

VIII. JOINT EVALUATION

Evaluation of the PROJECT will be conducted jointly by the two Governments, through ABC, JICA, UFPE, SESP and SMSs, at the middle and during the last six (6) months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

IX. MUTUAL CONSULTATION

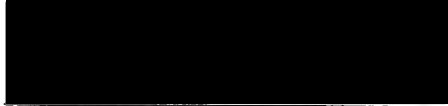
The two Governments will consult mutually in respect of any matter that may arise from, or in connection with this Record of Discussions.

X. TERM OF COOPERATION


The duration of the technical cooperation for the PROJECT under this Record of Discussions will be five (5) years from February 10th. 1995.

CA K CA

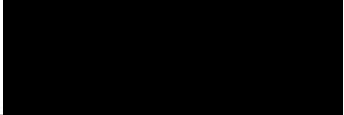
Recife, November 29, 1994



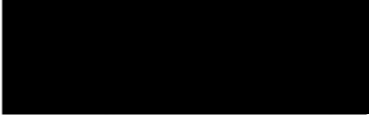
Prof. Takefumi Kondo
Team Leader
Japanese Implementation Survey Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Prof. Efrem de Aguiar Maranhao
Rector
Federal University of Pernambuco
Federative Republic of Brazil



Dr. Danilo Lins Cordeiro Campos
Secretary
Secretariat of Health of State of Pernambuco
Federative Republic of Brazil



Dr. Sergio Arruda
Director
Brazilian Cooperation Agency
Federative Republic of Brazil

ANNEX - I MASTER PLAN

1. OBJECTIVES OF THE PROJECT

(1) OVERALL GOAL

To improve the health status of the North-East Brazil.

(2) PROJECT PURPOSE

To assist the implementation of the Sistema Unico de Saude (hereinafter referred to as SUS) in Pernambuco, initiated by the Government of the Federative Republic of Brazil, Pernambuco State Government, Federal University of Pernambuco and other institutions.

2. OUTPUTS OF THE PROJECT

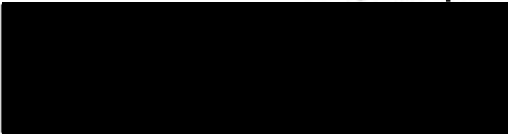
- (1) Institution Building is to be promoted.
- (2) Basic health service in the model areas is to be improved.
- (3) Human resources is to be developed.
- (4) Surveillance, Research and Information system is to be developed.

3. ACTIVITIES OF THE PROJECT

- (1) -
 - a. Establishment and administration of "Inter-institutional Center of Public Health" (hereinafter referred to as "Nucleo")
 - b. Conducting education and training courses for health professionals and university students
 - c. Conducting seminars and forums
 - d. Establishment of the monitoring system of the project
 - e. Gathering information and promoting researches on public health
- 2) -
 - a. Establishing maintenance system of equipment
 - b. Training health staff
 - c. Improving health service delivery system
 - d. Implementing basic health programs
 - e. Improving epidemiological information system
 - f. Holding meetings with community members for promoting community participation to the Project
- a. Training of the health professionals of the model areas on basic health
- b. Education of the mid-level health professionals

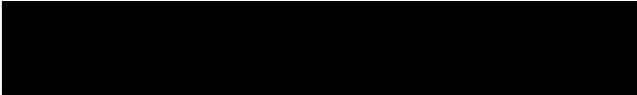
- c. Conducting education program of related courses of UFPE in the model areas
 - d. Incorporating the ideas of the new health system SUS in the health related courses of UFPE
 - e. Research Training of the students of UFPE in the model areas
- (4) -
- a. Conducting situation analysis of the model areas to be utilized in planning of the health programs
 - b. Complementing the epidemiological surveillance system of the SES-PE and SMSs.
 - c. Development of researches based on the necessity of the model areas

4. MODEL AREAS

- (1) Ibura in the City of Recife
 - (2) Municipality of Macaparana
 - (3) Municipality of Brejo da Madre de Deus
 - (4) Other areas mutually agreed upon as necessary
- 

ANNEX - II LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Team Leader
2. Administrative Coordinator
3. Experts in the following fields :
 - (1) Public Health
 - (2) Epidemiology
 - (3) Tropical Parasitology
 - (4) Tropical Infectious Diseases
 - (5) Nursing Care
 - (6) Social Sciences
4. Others mutually agreed upon as necessary



ANNEX - III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Machinery and equipment for :
 - (1) Public Health
 - (2) Epidemiology
 - (3) Tropical Parasitology
 - (4) Tropical Infectious Diseases
 - (5) Nursing Care
 - (6) Social Sciences
2. Machinery and equipment in other related fields mutually agreed upon as necessary



ANNEX - IV LIST OF BRAZILIAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Director
2. Project Coordinator
3. Counterpart personnel in the following fields :
 - (1) Public Health
 - (2) Epidemiology
 - (3) Tropical Parasitology
 - (4) Tropical Infectious Diseases
 - (5) Nursing Care
 - (6) Social Sciences
 - (7) Others mutually agreed upon as necessary
4. Administrative personnel
 - (1) Secretary
 - (2) Clerks
 - (3) Typists
 - (4) Drivers
 - (5) Other supporting staff mutually agreed upon as necessary



ANNEX - V LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES

1. Land

2. Buildings and Facilities

- (1) Sufficient facilities for the implementation of the Project
- (2) Offices and other necessary facilities for the Japanese expert
- (3) Facilities such as electricity, gas and water supply, sewerage systems, telephone and furniture necessary for the Project activities
- (4) Transportation facilities for the implementation of the Project
- (5) Other facilities mutually agreed upon as necessary



ANNEX - VI JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Functions

The Joint Coordinating Committee will meet at least once a year and whenever necessity arises, and work :

- (1) To formulate annual work plan for the Project formulated under the framework of this Record of Discussions.
- (2) To review the overall progress of the technical cooperation program as well as the achievements of the above mentioned annual work plan.
- (3) To review and discuss major issues arising from or related to the technical cooperation program.
- (4) To discuss any matters to be mutually agreed upon as necessary concerning the Project.

2. Composition

(1) Chairman : Project Director

(2) Members :

Brazilian side :

- a) Project Coordinator
- b) Secretary of Health of the State of Pernambuco
- c) Director of Centro de Ciencias da Saude of UFPE
- d) Director of the Hospital das Clinicas
- e) Secretary of Health of the City of Recife
- f) Secretary of Health of the Municipality of Macaparana
- g) Secretary of Health of the Municipality of Brejo da Madre de Deus
- h) Representative from the Brazilian Cooperation Agency
- i) Other personnel nominated, if necessary

Japanese side :

- a) Team Leader
- b) Administrative Coordinator
- c) The Japanese experts
- d) Resident Representative of JICA Brazil Office
- e) Other personnel to be dispatched by JICA

Note :

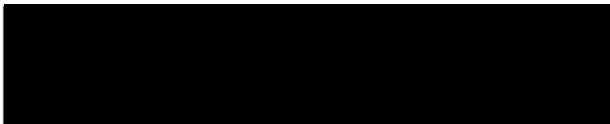
1. Official(s) of the Embassy of Japan in the Federative Republic of Brazil and the Consulate General of Japan in Recife may attend the Joint Coordinating Committee as observer(s).
2. Personnel designated by the Chairman of the Joint Coordinating Committee may attend the meeting as observer(s).

TENTATIVE SCHEDULE OF IMPLEMENTATION
OF
THE PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT PROJECT
FOR
THE NORTH-EAST BRAZIL
IN PERNAMBUCO


The Japanese Implementation Survey Team(hereinafter referred to as "the TEAM") and the Brazilian authorities concerned have jointly formulated the Tentative Schedule of Implementation of the Public Health Development Project for the North-East Brazil in Pernambuco (hereinafter referred to as "the PROJECT") as attached hereto.

This Tentative Schedule has been formulated in accordance with the Record of Discussions signed between the TEAM and the Brazilian Authorities concerned with the Project, and is subject to the budget allocations by both countries necessary for the implementation of the Project. This Tentative Schedule is subject to change within the framework of the Record of Discussions when necessity arises in the course of the implementation of the Project.


Recife, November 29, 1994



Prof. Takefumi Kondo
Team Leader
Japanese Implementation Survey Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Prof. Efrem de Aguiar Maranhao
Rector
Federal University of Pernambuco
Federative Republic of Brazil



Dr. Danilo Lins Cordeiro Campos
Secretary
Secretariat of Health of State of Pernambuco
Federative Republic of Brazil

Japanese Fiscal Year and Year

Japanese Fiscal Year and Year	J.F.Y. 1994	J.F.Y. 1995	J.F.Y. 1996	J.F.Y. 1997	J.F.Y. 1998	J.F.Y. 1999	J.F.Y. 2000
Project Activities	Organizing the Nucleo & Developing Activities						
	Expanding Activities						
the Project	Overall Planning						
	Evl. & Plan.						
Surveillance, Research & Information	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Health Services in Model Areas	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Human Resource Development	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Health Personnel of Model Area	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
University Health-related Courses	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Qualification Program for Middle-Level Personnel	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Case Expert to be dispatched	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
1 Leader	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Instructive Coordinator	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Tropical Health, Epidemiology, Tropical Infectionology, Tropical Infectious Diseases, Nursing Care, Social Sciences	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
% of Brazilian counterparts in Japan	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Tropical Health, Epidemiology, Tropical Infectionology, Tropical Infectious Diseases, Nursing Care, Social Sciences	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Nucleo and Equipment	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						
Supporting Programs	Evl. & Plan.						
	Evl. & Plan.						

Prep.: Preparation, Analy.: Analysis, Eval.: Evaluation, Exec.: Execution, Plan.: Planning, Ohs.: Japanese Fiscal Year Starts in April

Annexe 2

ANNEXE 2

Projets de coopération Japon- Brésil, en 1995:

a) Agriculture

- Fruiticulture en climat tempéré - État¹: Santa Catarina, (expert isolé);
- Génération de Technologie Agro-industrielle pour le développement du tropique humide.
Région: Amazonie orientale, (projet-type);
- Programme nipo-brésilien pour le développement des *cerrados*². États: Minas Gerais, Goiás, Mato grosso do sul, Mato grosso et Bahia, (coopération pour le développement);
- Développement agricole des *cerrados* (coordination et irrigation)- District fédéral, (expert isolé).

b) Industrie

- Centre d'automation de manufacture. État: São Paulo, (projet-type);
- Habilitation technologique. État: São Paulo, (projet-type);
- Institut brésilien de qualité et productivité - National, sous la direction du SEBRAE³ et du Ministère de l'industrie, du Commerce et du Tourisme. Siège: Paraná, (projet-type);
- Génie des chemins de fer - État: São Paulo (expert isolé);
- Génération d'énergie à partir du trognon de la cane-au-sucre - État: Paraíba (expert isolé);
- Qualité et productivité - District Fédéral, (expert isolé);

¹ Le Brésil est une république fédérative composée de 26 états et un district fédéral. Nous citons à côté de chaque projet, l'état brésilien bénéficiaire.

² On appelle «cerrados», la région de sols acides au long de tout le Plateau Central du Brésil (surface de 203.000.000 ha, c'est-à-dire 4,8 fois la grandeur du Japon).

³ SEBRAE - Service Brésilien d'Appui à la micro et à la petite Entreprise.

- Analyse de structures des navires - État: São Paulo, (expert isolé);
- Peinture de coque de bateau - État: São Paulo, (expert isolé);

c) Santé

- Centre de diagnostique des maladies du système digestif - État: São Paulo (Université de Campinas - UNICAMP), (projet);
- Laboratoire d'Imunopathologie Keiso Asami - État: Pernambuco (projet-type)
- Projet de santé publique au Nord-Est du Brésil: l'expérience de Pernambuco⁴, État: Pernambuco -UFPE, (projet-type);
- Production et contrôle de vaccins - État: Rio de Janeiro (Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ), (projet);
- Projet de santé mère-enfant - État: Ceará (projet);
- Appui technico-scientifique - santé du travailleur- État: Rio de Janeiro (Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ), (mini-projet);
- Actualisation des diagnostics de laboratoire sur les maladies parasitaires - État: Bahia (Universidade Federal da Bahia- UFBA), (mini-projet);
- Helminthosis - État: Bahia, (expert isolé);

d) Environnement (priorité pour la coopération technique Japon- Brésil)

⁴ objet de notre étude.

- Centre d'habilitation pour le contrôle de la pollution / minération- État: São Paulo, (projet-type);
- Récupération de l'écosystème de la «Baía de Guanabara»-État: Rio de Janeiro, (projet-type);
- Traitement des déchets industriels - État: São Paulo, (projet-type);
- Études Fondamentaux pour la préservation de l'environnement et des ressources naturelles renouvelables de l'Amazonie-Région: Amazonique, (projet-type);
- Enquête sur les ressources de pêche dans l'estuaire amazonique- État: Pará (études pour le développement);
- Monitoring de la pollution du mercure en amazonie-État: Pará, (projet);
- Maintien des parcs-Région: Amazonique, (projet);
- Préservation des dunes- État: Rio Grande do Norte, (projet);
- Séismologie - État: Rio Grande do Norte, (projet);
- Contrôle de la pollution du bassin de la rivière Paraíba- État: Paraná, (projet);
- Études et analyse des écosystèmes côtiers - État: Pernambuco, (projet);
- Évaluation de la qualité de l'air des araucarias - État: Paraná, (projet);
- Mise-en-oeuvre du système des unités de préservation de l'araucaria État: Paraná, (projet);
- Évaluation de la qualité environnementale dans les régions d'influence des pôles de thermo-électricité à partir du charbon minéral - État: Rio Grande do Sul, (études pour le développement);
- Études sur le développement des ressources marines au Nord-Est du Brésil- État: Ceará, (mini-projet).
- Étude de faisabilité de navigation au bassin de la rivière Parnaíba - État: Piauí (études pour le développement);

- Plan-directeur pour rendre saisissable les ressources hydriques de l'état du Paraná - État: Paraná, (études pour le développement).

e) TCTP- «Third Country Training Programme»- Des programmes où le Brésil et le Japon travaillent ensemble pour promouvoir l'aide à d'autres pays de l'Amérique latine ainsi qu'à des pays africains de langue portugaise:

- Technologie en céramique - État responsable: São Paulo;

- Planification et technologie de l'habitation - État responsable: São Paulo;

- Contrôle de qualité du vaccin anti-rougele - État responsable: Rio de Janeiro (FIOCRUZ);

- Micro-informatique et électronique appliquée - État responsable: Minas Gerais;

- Maintien forestier des bassins hydrographiques - État responsable: São Paulo;

- Gériatrie - État responsable: Rio Grande do Sul;

- Contrôle de la pollution des eaux - État responsable: São Paulo;

- Système de protection de la génération et de la transmission d'énergie- Responsable: District Fédéral.

Annexe 3

ANNEXE 3

Guide des entrevues

1. Un bref historique des négociations entre l'Université, l'Agence de coopération et les autres partenaires.
2. Des innovations apportées par la coopération internationale à travers le projet de santé publique, s'il y a lieu.
3. Pourquoi une coopération internationale? Quelle est l'importance d'en avoir une pour rapprocher l'Université des services de santé?
4. Quels ont été les facteurs facilitateurs et les facteurs qui ont fait obstacle à l'implantation du projet?
5. Comment peut-on classer les prises de décision dans ce projet par rapport à centralisation face à la décentralisation. Commentaires.
6. Quel est le rôle de la présence continue de l'équipe japonaise dans le projet?
7. Par rapport à l'infrastructure, à l'information et à l'échange des connaissances et des valeurs, quel a été le plus important facteur de renforcement institutionnel dans cette coopération internationale?

Annexe 4

ANNEXE 4

Liste des principaux documents analysés

Ações do NUSP (1997), Recife, mimeo.

Andrade, S.L.L.S. & S.A.M. Romani (1996), Situação nutricional dos escolares de Poço Comprido do município de Macaparana para o NUSP - diagnóstico, resultados e recomendações, Recife, mimeo.

Atas diversas de reuniões

CCS/UFPE (1996), Relatório de atividades do Núcleo de Saúde Pública 1996, Recife, mimeo.

CCS/UFPE (1997), «*Núcleo de saúde pública- Projeto de Saúde Pública do Nordeste: a experiência de Pernambuco*», Relatório 1996/1997. Recife, mimeo

Centro Nordestino de Medicina Popular/ NUSP (1997), «*Utilização de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde*», Relatório geral de atividades de Farmácias Comunitárias. Recife, mimeo.

Cooperação técnica do Japão (1997), Recife, mimeo.

Comitê Estadual de Redução da Mortalidade Infantil (1997), Informativo Pró-Criança, Janeiro/Fevereiro 1997, Recife, Rpress Assessoria de Comunicação.

Comitê Estadual de Redução da Mortalidade Infantil (1997), Informativo Pró-Criança, Março/Abril 1997, Recife, Rpress Assessoria de Comunicação.

Comunicampus (1997), UFPE e JICA: bons parceiros- entrevista a Adna Mirtes, Recife, ed. Assessoria de Comunicação Social da UFPE.

Fonseca, E. & M.T. Couto (1996), Relatório das visitas ao distrito de São Domingos/ Brejo da Madre de Deus. Recife, mimeo.

Gomes, A.C., J.S.G. da Silva & L.A. Moreira (1996), «*Ações básicas de saúde oferecidas às crianças menores de 5 anos no distrito de Poço Comprido de Macaparana*», Monografia de Estágio Curricular para o curso de Enfermagem e NUSP, Recife, mimeo.

JICA (1994), Cooperação Técnica com o Brasil, Brasília.

JICA (1995), Cooperação Econômica entre o Japão e o Brasil-100 anos de Amizade Brasil-Japão, Brasília, mimeo.

JICA (1997), <http://www.jica.go.jp/E-jica>

LIKA (1998), <http://www.lika.ufpe.br>

Moreira, M. (1997), Relatório de estágio- NUSP/Serviço Social, Recife, mimeo.

Mota, D.N. & M.R.B. da Silva (1996), «*Levantamento vacinal em Poço Comprido*», Relatório de estágio curricular- Enfermagem/NUSP, Recife, mimeo.

Miranda, L.R. & R.R. da Silva (1997), Relatório do estágio extra-curricular em Terapia Ocupacional Comunitária para o NUSP, Recife, mimeo.

Mitta, C. & Yazusaki, M. (1996), Relatório das investigações realizadas no Distrito de São Domingos, município de Brejo da Madre de Deus, estado de Pernambuco, Brasil, Recife, mimeo.

NUSP (1996) Boletim informativo do Núcleo de Saúde Pública da UFPE, novembro 1996, Recife, ed. NUSP.

NUSP (1997) Boletim informativo do Núcleo de Saúde Pública da UFPE, maio 1997, Recife, ed. NUSP.

NUSP (1997) Boletim informativo do Núcleo de Saúde Pública da UFPE, setembro 1997, Recife, ed. NUSP.

NUSP (1997) Boletim informativo do Núcleo de Saúde Pública da UFPE, dezembro 1997, Recife, ed. NUSP.

NUSP (1996) Boletim informativo do Núcleo de Saúde Pública da UFPE, novembro 1996, Recife, ed. NUSP.

NUSP (1996), Comportamento reprodutivo: gênero, família e afiliação religiosa entre classes populares no Ibura. Recife, mimeo.

NUSP (1996), Programa de geração de emprego e renda no Distrito de São Domingos- Brejo da Madre de Deus Recife, mimeo.

NUSP (1997), Relatório de atividades do Setor de Comunicação Social, Recife, mimeo.

NUSP (1997) Relatório de atividades de Serviço Social, Recife, mimeo.

NUSP/Ministério da Saúde/PNUD (1997) Relatório final sobre o Treinamento e Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde de Pernambuco, Recife, mimeo.

NUSP (1998) <http://www.nusp.ufpe.br>

Profissionais do futuro - documento mimeo

Projet Design Matrix (1994)

Projet Design Matrix (1996)

Projet Design Matrix (1997)

Protázio, A.L.S. (1995), Relatório de viagem ao distrito de São Domingos, BMD, Recife, mimeo.

Record of Discussions for The Public Health Development Project for the North-East Brazil in Pernambuco (1994).

Santos, M.C. (1997), Relatório de estágio supervisionado para o NUSP- Curso de graduação em Psicologia. Recife, mimeo.

Scott, R.P. (coord.) (1996), Saúde e pobreza no Recife: Poder, Gênero e Representações de doenças no bairro do Ibura, Recife, NUSP.

Secretaria de Saúde de Brejo da Madre de Deus (1995), Plano Municipal de Saúde, Brejo da Madre de Deus, mimeo.

Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Recife (1997), Distrito Sanitário 06: Relatório de atividades 1994-1996, Recife, mimeo.

Secretaria Municipal de Políticas Sociais da Cidade do Recife (1995), Programa Prefeitura nos Bairros: Orçamento Participativo, Recife, mimeo.

SES-PE/ UFPE-NUSP (1997), Relatório semestral de formação de Auxiliar de Enfermagem - Janeiro a Julho 1997. Recife, mimeo.

Souza Netto Pessoa, M.F. (1997), Relatório de estágio supervisionado para o NUSP- Curso de graduação em Psicologia. Recife, mimeo.

Vieira, A.C.V. (Responsável)(1997), «Sistema Único de Saúde: Universalização X Exclusão», Relatório semestral- Janeiro a Julho 1997 do Centro de Ciências Sociais Aplicadas- Mestrado de Serviço Social/UFPE.

UFPE (1996), «Saúde pública- Núcleo de saúde pública- NUSP», Cadernos de saúde pública, vol.5

UFPE/CCS/DMS/NUSP (1997), Curso de Mestrado em Saúde Coletiva- PIPASC, Recife, mimeo.

UFPE/NUSP, JICA, SES-PE/COSAPE (1997), Relatório final do Projeto de incentivo à participação popular e controle social do SUS em Pernambuco, Recife, mimeo.

UFPE <http://www.ufpe.br>

Vídeocassetes:

a) O exercício da cidadania

b) NUSP- Núcleo de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde/UFPE

Annexe 5

Project Design Matrix

Première version

Projeto de Saúde Pública no Nordeste : A Experiência de Pernambuco

Resumo Descritivo (Narrative Summary)	Indicadores verificáveis (Verifiable Indicators)
<p>Objetivos Globais (Overall Goals)</p> <p>Contribuir para o desenvolvimento de saúde no Nordeste, através da experiência do Estado de Pernambuco</p>	
<p>Objetivo do Projeto (Project Purpose)</p> <p>Promover a implementação do SUS no Estado de Pernambuco através de áreas pilotos</p>	<p>a) Número de ações implantadas b) Melhora quantitativa e qualitativa das ações existentes</p>
<p>Resultados (Outputs)</p> <p>Que o Núcleo Interinstitucional de Saúde esteja organizado adequadamente</p> <p>Que as atividades do Núcleo funcionem adequadamente</p> <p>Que a área física das unidades que compõem o Projeto estejam adequadas para desenvolver as ações</p> <p>Que os equipamentos sejam suficientes e apropriados</p> <p>Que a capacitação e formação contemplem profissionais da área de saúde e áreas afins envolvidos com o Projeto</p> <p>Que haja integração dos professores e alunos do CCS ao modelo assistencial do SUS</p> <p>Que todas as ações básicas estejam implementadas nas áreas de abrangência do Projeto</p> <p>Que haja uma melhoria no sistema de informação nas áreas do Projeto</p> <p>Que as pesquisas realizadas contribuam para melhorar as ações desenvolvidas no Projeto e estejam integradas ao Sistema de Vigilância Epidemiológica dos Municípios da área de abrangência e Secretaria Estadual de Saúde, em conjunto aos cursos de graduação e pós-graduação do CCS, e cursos afins</p>	<p>1, 2</p> <p>1 -a O Núcleo esteja oficialmente reconhecido como órgão da UFPE</p> <p>1 -b Número de participantes das instituições envolvidas</p> <p>1 -c Número de boletins publicados c/informações sobre as ações de Saúde</p> <p>3 Adequação da área física</p> <p>4 Situação dos equipamentos instalados e seu uso</p> <p>5 -1 Número de seminários e cursos realizados e número de participantes, e conteúdo</p> <p>5 -2 Número de alunos que concluíram curso de formação de nível médio</p> <p>6 -1 Número de alunos, disciplinas e professores participantes nas atividades do Projeto</p> <p>6 -2 Resultados qualitativos das atividades de ensino/aprendizagem</p> <p>7 -1 Resultados quantitativo e qualitativo das ações básicas implementadas</p> <p>7 -2 Indicadores Epidemiológicos das ações básicas</p> <p>8 -1 Número de relatórios com informações de epidemiologia</p> <p>8 -2 Número de profissionais treinados em epidemiologia</p> <p>8 -3 Número de dados epidemiológicos processados</p> <p>9 Número de pesquisas sugeridas e realizadas</p>

vidades (Activities)

Reformar a área física do Núcleo
 Dotar o núcleo com equipamentos necessários
 Alocar os recursos humanos e financeiros
 Contribuir na formação de recursos humanos através de diferentes formas de transferência de conhecimento, nas diversas áreas de atuação do Projeto cobrindo, todos os profissionais e alunos envolvidos em conjunto com os Centros formadores (Estado e Municípios), afim de evitar duplicidade de ações
 Promover seminários, fóruns, reuniões técnicas e administrativas que sejam relevantes para divulgar o Projeto
 Criar um Sistema de informações necessárias para monitorar e avaliar o Projeto
 Elaborar boletins necessários para divulgação de resultados do Projeto
 Oferecer apoio técnico nas áreas do Projeto conforme necessidade sentida pelos serviços
 Coordenar pesquisas operacionais, técnicas e metodológicas necessárias ao Projeto
 Funcionar como um Sistema de afirmação do SUS no sentido de aumentar o grau de resolutividade dos níveis locais em relação a demanda básica da população, na área do Projeto, dentro dos princípios de descentralização dos serviços
 Coordenar técnico e administrativamente o Projeto
 Reestruturar a área física, quando necessária, de modo a adequá-la ao desenvolvimento das ações
 Dotar as unidades de equipamentos adequados para desenvolver as ações
 Manter um Sistema de manutenção permanente desses equipamentos, de modo que não haja descontinuidade nas atividades desenvolvidas
 Capacitar recursos humanos para desenvolver as ações do Projeto (em todos os níveis) em parceria com as Secretarias de Saúde do Estado e Municípios e o Núcleo
 Formar profissionais de nível médio necessários ao desenvolvimento das atividades na área básica de saúde em parceria com centro Formador
 Desenvolver atividades de ensino/aprendizagem dos Departamentos do CCS e áreas afins, na área programática do Projeto
 Reestruturar os conteúdos de disciplinas dos cursos da área de saúde e áreas afins (se necessário), afim de adequá-los ao modelo assistencial do SUS
 Proporcionar reuniões com todos os Departamentos do CCS e o Núcleo para discutir e avaliar as ações desenvolvidas no Projeto
 Reforçar a capacitação para todos os profissionais da área, no que se refere as ações básicas

(continuar) ↗

Entrada (Input)

Lado Japonês

- | | | |
|-------------------------------|---------|------|
| 1. Chefe da missão | 1x12x5* | 60** |
| 2. Coordenador administrativo | 1x12x5 | 60 |
| 3. Peritos | | |
| longo prazo | 4x12x5 | 240 |
| curto prazo | 10x03x5 | 150 |
| 4. Treinamento no Japão | | |
| | 4x06x5 | 120 |
- obs. * no. pessoas x meses x anos
 ** pessoa meses
5. Equipamentos e materiais variadas para
 - (1) Núcleo
 - (2) Áreas pilotos para realizar
 - (a) Treinamento
 - (b) IEC (Informação, Educação, Comunicação)
 - (c) Assistência médica
 - (d) Epidemiologia e pesquisa
 - (f) Outros
 6. A verba especial para cursos de treinamento de nível médio

(Continuação atividades)

- 7-2 Oferecer a rede condições de resolver com baixo custo os problemas de saúde mais frequentes da população
- 7-3 Garantir o atendimento da demanda
- 7-4 Garantir condições para uma resolutividade dos problemas de saúde mais frequentes nas unidades programáticas, permitindo o acesso aos níveis de maior complexidade
- 7-5 Garantir a participação das comunidades das áreas de abrangência em todas as etapas do projeto
- 8-1 Elaborar um diagnóstico das áreas pilotos com dados primários e/ou secundários, para serem utilizados no planejamento das ações
- 8-2 Implementar um Sistema de informação na rede básica de saúde nas áreas programáticas do Projeto, afim de agilizar as intervenções
- 8-3 Manter um Sistema de comunicação permanente entre os serviços de vigilância das Prefeituras, Secretaria de Saúde do Estado e Núcleo, para evitar duplicidade na coleta de informações
- 9-1 Desenvolver projetos de pesquisa na área piloto, conforme necessidades identificadas pelo serviço
- 9-2 Integrar os alunos ao Projeto, afim de desenvolver essas pesquisas com a supervisão dos seus professores orientadores

(Project Design Matrix)

12/04/1994

Meios de Verificação (Means of Verifications)	Fatores Externos Importantes (Important Assumptions)
	* Continuidade das ações de implementação do SUS
relatório Final do Projeto (Junção de todos os coletados, feito pelo coordenador a cada semestre, no prazo de 30 dias após a recepção dos dados)	* Os resultados das atividades do Núcleo sejam refletidos nas ações das instituições
<p>Reitor fornecerá documentos que comprovem a efetivação do Núcleo</p> <p>coordenador informa o Nome, Numero e Cargos dos integrantes do projeto de cada instituição</p> <p>coordenador refere no relatório e anexa a cópia dos boletins emitidos</p> <p>coordenador fornecerá periodicamente uma planilha com dados sobre a área física, para anexar ao relatório geral</p> <p>o diretor de cada unidade apresentará periodicamente, uma relação dos equipamentos, e sua utilização de uso, para anexar ao relatório geral</p> <p>relatórios anuais do Estado e dos municípios.</p> <p>coordenador apresentará periodicamente um quadro informativo das capacitações e cursos de formação realizados</p> <p>questionários, entrevistas, etc.</p> <p>relatório anual do estado</p> <p>professor apresentará periodicamente formulários(a definir) com as atividades desenvolvidas</p> <p>questionários, entrevistas, etc.</p> <p>relatório anual da UFPE</p> <p>recolher dados de relatórios de órgãos oficiais nacionais e internacionais), de informes epidemiológicos e de estudos desenvolvidos na área de saúde</p> <p>relatórios anuais do Estado e dos Municípios com ênfase em epidemiologia</p> <p>coordenador informa os treinamentos de epidemiologia</p> <p>coordenador informa o número de dados epidemiológicos processados</p> <p>relatório da UFPE</p> <p>estatística de Trabalhos</p>	* Continuidade das políticas de extensão do MEC e da UFPE

Lado Brasileiro

Diretor
Coordenador do projeto
Peritos brasileiros de contrapartida
Outras pessoas relacionadas
Núcleo para desenvolver as atividades
do projeto
Áreas pilotos com suas unidades
básicas de saúde
Materiais de consumo e despesas correntes
Taxas, transportes etc.

- a) Aquisição dos equipamentos (doação JICA) será feito em tempo
- b) Colaboração dos professores da UFPE
- c) Cooperação dos profissionais de Saúde da area de abrangência
- d) Participação das comunidades da área de abrangência
- e) Cooperação dos alunos da UFPE
- f) Numero suficiente de profissionais que garanta afastamento para treinamentos sem perda da continuidade dos serviços

Pre-condições (Pre-condition)

- * Integração das Instituições envolvidas no Projeto (UFPE, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco e Secretarias de Saúde dos Municipios da área de abrangência)

Project Design Matrix

Deuxième version

2º Vencido

A PROPOSTA DO NOVO PDM PARA SER DESCUTIDA
(19/11/96)

PROJETO DE SAÚDE PÚBLICA NO NORDESTE : A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO

Resumo Descritivo	Indicadores verificáveis
<p>Metas Globais: Contribuir para o desenvolvimento de Saúde no Nordeste, através do apoio à implantação e implementação do SUS no Estado de Pernambuco.</p> <p>Objetivo do Projeto: Integrar a Universidade com o Sistema de Saúde através da criação e estruturação do Núcleo de Saúde Pública, o qual atuará colaborando na implementação de ações básicas definidas em sub-projetos específicos.</p>	
<p>Resultados (outputs):</p> <p>1) Que o Núcleo interinstitucional e multidisciplinar de saúde esteja organizado e funcionando adequadamente</p>	<p>1-1 O Nucleo esteja oficialmente reconhecido como orgao da UFPE.</p> <p>1-2 Numero de acoes desenvolvidas em cooperacao com as instituiçoes participantes.</p> <p>1-3 Existencia de equipes multidisciplinares no desenvolvimento de acoes.</p> <p>1-4 Projetos desenvolvidos sejam considerados como projetos de extensao.</p> <p>2-1 Numero de alunos, disciplinas e professores participantes nas atividades do Projeto.</p> <p>2-2 Numero de relatorios das atividades de ensino no sistema local de saude.</p> <p>2-3 Verificacao de grau curricular com mudanca de conteudos correlatos.</p>
<p>2) Que haja integração de professores e alunos da área de saúde e áreas afins ao modelo assistencial do SUS.</p>	<p>3-1 Numero de seminarios, treinamentos, capacitacoes e cursos realizados em acoes basicas de saude, bem como numero de participantes, conteudos, carga horaria e custos.</p> <p>4-1 Frequencia, capacidade de uso de equipamentos, quantidade e localizacao.</p> <p>4-2 Numero de programas de acoes basicas de saude.</p> <p>4-3 Numero de atendimentos ambulatoriais e hospitalares.</p> <p>4-4 Adequacao da area fisica.</p>
<p>3) Que os profissionais de saúde e áreas afins estejam treinados e capacitados para realizar ações básicas de saúde.</p>	<p>5-1 Numero de participacoes em programas da Secretaria Estadual de Saude.</p> <p>6-1 Numero de sistemas de informacoes basicas implantadas e numero de dados processados.</p> <p>6-2 Grau de utilizacao de diagnostico de saude.</p> <p>6-3 Numero de informacoes partilhadas entre Nucleo, Secretaria Estadual de Saude e as areas piloto.</p>
<p>4) Que as instalações de saúde das áreas piloto estejam organizadas adequadamente e as ações básicas implementadas.</p>	<p>7-1 Numero de pesquisas realizadas.</p> <p>7-2 Grau de utilizacao do resultados das pesquisas no planejamento de acoes de saude.</p> <p>7-3 Grau de participacao da comunidade no planejamento execucao das acoes de saude.</p>
<p>5) Que as experiências das áreas-piloto bem como as outras experiências subsidiem os programas da Secretaria Estadual de Saúde.</p>	
<p>6) Que haja uma melhoria do Sistema de Informação nas áreas do Projeto.</p>	
<p>7) Que as pesquisas realizadas pelo Projeto contribuam para a melhoria da Saúde da população das áreas-piloto e do Estado.</p>	

<p>Atividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Instalar, organizar e administrar o Núcleo. 1.2. Planejar, executar, monitorar e avaliar o Projeto. 2.1. Desenvolver atividades de ensino nas áreas-piloto. 2.2. Contribuir para a reestruturação dos conteúdos das disciplinas para adequá-las ao modelo assistencial do SUS. 3.1. Realizar cursos, seminários, oficinas e treinamento com as secretarias de saúde e ONGs. 4.1. Adequar área física e, dotá-las de equipamentos. 4.2. Planejar, monitorar e avaliar a execução das ações básicas. 5.1. Participar em projetos e programas da Secretaria Estadual de Saúde. 6.1. Implementar o sistema de informação na rede básica de saúde das áreas-piloto. 6.2. Realizar diagnóstico de saúde das áreas-piloto para ser utilizado no planejamento das ações. 6.3. Manter integração dos vários sistemas de informação entre áreas-piloto, o Estado e o Núcleo. 7.1. Desenvolver pesquisas nas áreas-piloto, conforme necessidades. 7.2. Propor e executar medidas para solucionar problemas diagnosticados. 7.3. Estimular a participação da comunidade no planejamento e execução das ações de saúde. 		
---	--	--

Project Design Matrix

Troisième version

PROJETO DE SAÚDE PÚBLICA NO NORDESTE
 Instituição Executora JAPONESA JICA / Instituto
 Gerente: Núcleo de

Local de Atuação: Estado de Pernambuco e áreas-piloto - 2 municípios (Macaparana, Brejo da Madre de Deus) 1 Bairro (Ibura) Distrito 6 do Recife.
 Grupo Alvo: Comunidade Local
 Período de Cooperação: 10/02/95 - 09/02/2000
 Tipo de Confeção do PDM: Equipe do Projeto
 Data de elaboração: 24/11/97

RESUMO DO PROJETO	INDICADORES
Objetivo Superior: Utilizar a experiência/metodologia do projeto em outros Municípios do Estado de Pernambuco e do Nordeste.	1. ___ Municípios do Estado de Pernambuco utilizam experiências / metodologias das áreas piloto 2 anos após seu término. 2. ___ Municípios do Estado de Pernambuco buscam conhecer a experiência/metodologia desenvolvidas pelo projeto até o seu término.
Objetivo do Projeto: Melhorar a saúde da população das áreas do projeto através do fortalecimento do SUS	1. Mortalidade infantil é reduzida 30% nas áreas piloto. * 2. Reduzido o percentual de óbitos por doenças infecciosas nas áreas piloto. 3. A taxa de mortalidade infantil dos Municípios cobertos pelo Programa Salva Vidas da Secretaria Estadual de Saúde diminui em ___ % 4. Melhorado o preenchimento das declarações de óbitos com relação a definição de causas nas áreas piloto.
Resultados: Núcleo de Saúde Pública estruturado gerencial e administrativamente.	1.1 - Até março de 1998, estrutura operacional do Projeto redefinida. 1.2 - Até março de 1998, estruturado o organograma do NUSP. 1.3 - Até o final do projeto, NUSP reconhecido como "Órgão Suplementar" da UFPE.
Integração intra e interinstitucional (UFPE, Governo do Estado de Pernambuco, Municípios, ONG'S e outras instituições) fortalecida nas áreas do projeto.	2.1 - Sub-projetos implementados conjuntamente entre as diversas organizações. 2.2- Realizados ___ eventos promovidos conjuntamente pelas diversas organizações relacionadas c/ o projeto (UFPE, Governo do Estado de PE., Municípios, ONG'S). 2.3 -N.º de participantes por instituição, em eventos de promoção conjunta aumenta em ___ % no final do projeto em relação ao seu início.
Melhoradas as instalações de serviços básicos de saúde nas áreas piloto através da aquisição dos equipamentos.	3.1 - Adquiridos ___ % dos equipamentos de saúde planejados. 3.2 - Utilizados 100 % dos equipamentos adquiridos. 3.3 - Equipamentos adquiridos rendem ___ % da capacidade.
Organizados os sistemas de informações em saúde nas áreas piloto.	4.1 - SMS das áreas piloto coleta e analisa dados necessários a descentralização / implementação do SIM, SINAN e SINASC. 4.2 - 100% das informações sobre nascimento, mortalidade e morbidade digitadas nas secretarias de saúde das áreas piloto. 4.3 - Dados de nascimento, mortalidade e morbidade são apresentados mensalmente em disquetes a partir da implantação dos sistemas de informações nas áreas piloto. 4.4 - Apresentados periodicamente os relatórios com resultado de análise referente à estatística de nascimento, mortalidade e morbidade na secretaria saúde das áreas piloto.
Elaboradas propostas e planos de intervenção nas áreas do projeto.	5.1 - Elaborados ___ propostas e ___ planos de intervenção nas áreas do projeto. 5.2 - Apresentados ___ relatórios de propostas e planos desenvolvidos nas áreas piloto.
Elaborados/Produzidos e distribuídos materiais audiovisuais em saúde.	6.1 - Produzidos ___ vídeos referentes a saúde para: ___ trabalhadores de saúde. ___ comunidade. ___ professores. ___ agentes comunitários de saúde. ___ alunos ___ outros 6.2 - Produzidos ___ materiais gráficos: ___ boletins, ___ folders, ___ cartazes, ___ folhetos.
Capacitados trabalhadores de saúde nas áreas piloto.	7.1 - 50 % dos profissionais treinados que efetivamente executam suas funções nas áreas piloto.
Operacionalizadas atividades de atenção à saúde da mulher, da criança do adolescente e da vigilância a saúde nas áreas piloto.	8.1 - Atingidos: ___ % de imunizações ___ % de pré-natal ___ Atendimento a criança. ___ Vigilância sanitária. 8.2 - Realizadas ___ atividades educativas.
População participa de atividades voltadas à saúde nas áreas piloto.	9.1 - Problemas apresentados pelos Conselheiros Municipais de Saúde contemplados pelo plano Municipal de Saúde nas áreas piloto. 9.2 - Mantida a paridade do Conselho Municipal de Saúde entre usuário, trabalhador de saúde e prestador de serviço. 9.3 - Reuniões com a população das áreas piloto. 9.4 - ___ Unidades de saúde com conselho gestor. 9.5 - Associações de moradores atuantes na área de saúde.
Formados e capacitados trabalhadores de saúde e outros trabalhadores representantes de usuários do Estado de Pernambuco nas áreas do projeto.	10.1 - Treinados até o final do projeto: ___ parteras ___ imunizadores ___ professores ___ agentes de saúde ___ outros 10.2- Formados ___ auxiliares de enfermagem até o final do projeto.
Elaboradas propostas de intervenção interdisciplinar para melhoria da saúde nas áreas do projeto.	11.1 - ___ Planos/projetos elaborados pela equipe multidisciplinar para as áreas programáticas.
Formados profissionais pela UFPE que tenham compreensão do SUS e da realidade local.	12.1 - ___ Estudantes participam de estudos de campo. 12.2 - ___ Teses e dissertações do curso de mestrado e ___ monografias de graduação dos estudantes da UFPE com conteúdo de saúde pública apresentados. 12.3- ___ Trabalhos apresentados em congresso ou assembléias e ___ publicados em anais de revistas especializadas.
Melhorados serviços públicos de saúde nos 44 municípios do Estado de Pernambuco.	13.1 - Instalados ___ % dos equipamentos destinados a redução da mortalidade infantil nos 44 municípios do Projeto Salva-Vidas, incluídos planos de investimentos do Estado de Pernambuco. 13.2- Índice de uso e de condição de uso dos equipamentos de saúde que foi introduzido visando a redução da taxa de mortalidade infantil no Estado de Pernambuco (44 municípios)

Atividades:

- 1.1 - Implantar o Núcleo de Saúde Pública.
- 1.2 - Implementar a estrutura física do NUSP
- 1.3 - Implementar a estrutura operacional e administrativa do NUSP
- 2.1 - Instalar fóruns para promover integração intra e interinstitucional
- 2.2 - Planejar reuniões, consultorias, treinamentos, ensino e pesquisa
- 2.3 - Promover reuniões, consultorias, treinamentos, ensino e pesquisa
- 2.4 - Participar de reuniões de pleno dos departamentos e conselhos departamentais
- 3.1 - Realizar as reformas necessárias nas unidades básicas de saúde
- 3.2 - Alocar equipamentos necessários para as unidades básicas de saúde
- 4.1 - Apoiar a produção de dados de mortalidade nascimento e agravos notificáveis nas áreas piloto.
- 4.2 - Apoiar a disponibilização de dados para o planejamento e tomadas de decisões
- 5.1 - Realizar estudos e pesquisas nas áreas do projeto
- 5.2 - Elaborar propostas e planos de intervenção nas áreas do projeto
- 6.1 - Criados/produtos materiais audiovisuais
- 7.1 - Desenvolver treinamentos, oficinas e debates para trabalhadores de saúde
- 8.1 - Implementar: PAISM, PAISC, PROSAD, Salva Vidas, PSF e PACS
- 8.2 - Implementar vigilância à saúde
- 9.1 - Sensibilizar a população sobre o processo saúde/doença
- 9.2 - Promover reuniões entre autoridades municipais e população para discussão de problemas referentes a saúde.
- 9.3 - Capacitar os conselheiros municipais de saúde nas áreas do projeto
- 9.4 - Estimular a criação de conselhos gestores nas unidades de saúde das áreas piloto
- 10.1 - Desenvolver cursos de capacitação/formação de trabalhadores de saúde de nível médio
- 10.2 - Desenvolver oficinas para trabalhadores de saúde e educação, estudantes, líderes e comunitários
- 10.3 - Avaliar os cursos
- 11.1 - Realizar ensino, pesquisa e extensão com a equipe multidisciplinar nas áreas do projeto
- 12.1 - Promover atividades de ensino nas áreas do projeto
- 12.2 - Promover reuniões com coordenadores de cursos relacionados a saúde pública e Pro-reitoria acadêmica, para discussão e avaliação da grade-curricular
- 12.3 - Apoiar o Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PIPASC)
- 13.1 - Reformar as unidades básicas de saúde
- 13.2 - Instalar equipamentos necessários ao programa de redução da mortalidade infantil.

recursos

Lado Japonês

- 1. Chefe da Missão 1x12x5* 60**
- 2. Coordenador administrativo 1x12x5 60
- 3. Peritos
 - longo prazo 4x12x5 240
 - curto prazo 10x03x5 150
 - 1) Saúde Pública
 - 2) Epidemiologia
 - 3) Parasitologia Tropical
 - 4) Doença Infecçiosa Tropicais
 - 5) Enfermagem
 - 6) Ciências Sociais
 - 7) Outras áreas mutuamente definidas, conforme a necessidade
- 4. Treinamento no Japão 4x06x5 120
- 5. Equipamentos e materiais variados para
 - 1) Núcleo de Saúde Pública
 - 2) Áreas do projeto para realizar
 - a) treinamentos
 - b) IEC (Informação, Educação, Comunicação)
 - c) Assistência médica
- 6. Materiais de consumo e despesas correntes
- 7. Reserva especial para cursos de treinamento de nível médio.

* n° pessoas x meses x anos
 ** pessoas x meses

* Melhoria do SIS poderá acarretar em alteração no coeficiente de mortalidade infantil.

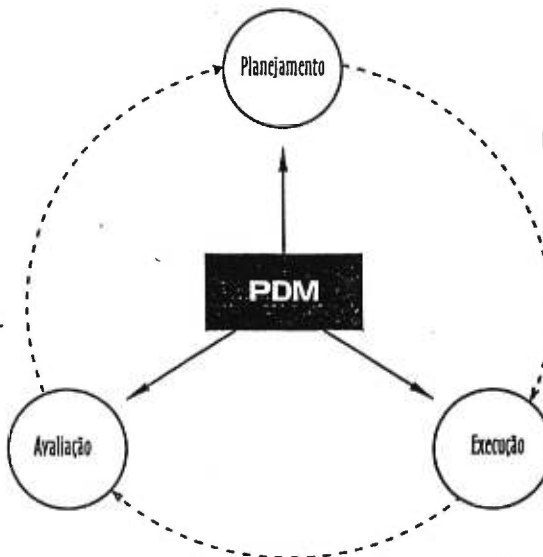
Como montar a matriz

A matriz foi copiada em 4 partes separadas.
 Favor montar conforme a orientação a baixo.

1	3
2	4

O método de "PCM" - Project Cycle Management

A metodologia na base: "PDM" - a Matriz do Desenho do Projeto - (Moldura Lógica)



EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO
 Autoras Brasileira UFPE, SES.
 Política

MEIOS DE OBTENÇÃO DE DADOS	CONDIÇÕES EXTERNAS IMPORTANTES
Municípios com autoridades municipais	<ol style="list-style-type: none"> 1. É mantido pelo Gov. Brasileiro, plano de implementação do SUS. 2. Continuidade das políticas de extensão do MEC e da UFPE. 3. Não há retrocesso na política de implementação do SUS nos 3 municípios e no Estado de Pernambuco
<p>Índice de mortalidade infantil do SIM / Ministério da Saúde. Especificações nas 3 áreas piloto Índice de mortalidade infantil do SIM / Ministério da Saúde. Especificações nas 3 áreas piloto Índice de mortalidade infantil do SIM / Ministério da Saúde. Relatório do projeto Salva-Vidas Índice de mortalidade do SIM / Ministério da Saúde.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. São realizadas manutenção/renovação dos equipamentos doados. 2. Outros municípios de PE. asseguram recursos necessários ao aproveitamento/ aplicação das experiências/metodologia das áreas do projeto.
<p>Relatórios do Projeto Reuniões Programa do NUSP Alocação de pessoal do NUSP Comunicação oficial da UFPE. Relatório de realização de sub-projetos do "Projeto" Relatório de realização de palestras, seminários e reuniões do projeto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projeto consegue apoio apesar das mudanças de governantes. 2. Não influenciou negativamente na renda familiar uma possível mudança de política econômica. 3. Não afetou negativamente a possível clima severo na condição da saúde. 4. Medida apropriada na situação de emergência. 5. O trabalhador em saúde treinado não muda de emprego. 6. A equipe do projeto do NUSP continua suas atividades no projeto. 7. Contratado pessoal qualificado
<p>Relatório de palestras, seminários, reuniões do Projeto. Relatório / plano de investimento de equipamento de saúde nas áreas piloto. Registro de Condições e utilização de equipamentos doados. Formulário original de dados sobre nascimentos, mortalidade e morbidade da Secretaria Saúde. Dados de áreas piloto sobre SINASC, SIM, SINAN. Relatório estatístico entregue ao estado pelos 3 municípios de Pernambuco quanto ao índice de mortalidade e morbidade. Relatório de análise de dados sobre nascimento, mortalidade e morbidade das 3 Secretarias de Saúde de Pernambuco. Dados relativos a propostas e planos de atividades. Relatórios dos projetos e relatórios. Dados dos recursos audiovisuais do Projeto. Relatório de materiais gráficos produzidos Relatório de realizações de treinamento para trabalhadores em saúde nas áreas piloto. Relatório da emissão dos certificados e/ou credenciais. Relatório de avaliação das capacitações realizadas. Relatório de certificados e/ou credenciais de 100% dos participantes dos eventos. Relatório de atividades de saúde nas áreas piloto. Relatório anual de implementação de atividades voltadas à saúde nas áreas piloto. Relatório municipal de Saúde Relatório de reuniões dos conselheiros municipais de saúde dos 3 municípios. Relatório de reuniões com a população. Relatório de atuação do conselho gestor. Relatório do Projeto sobre reuniões com populações Relatório de treinamento para trabalhadores de saúde. Relatório de início a parto e vacina Relatório de representantes da população, professores e agente comunitário de saúde. Relatório de atuação em saúde. Relatório de treinamento do Centro Formador de Recursos Humanos do Estado de Pernambuco Relatório de projetos elaborados pela equipe multidisciplinar nas áreas programáticas. Relatório de treinamento em campo do projeto. Relatório de monografias e teses do projeto. Relatório de apresentações / publicações referentes a saúde pública nas áreas do projeto. Relatório de plano de investimento em equipamento de saúde do projeto, destinado aos 44 municípios de Pernambuco por ano fiscal. Relatório de entrevista nas unidades de saúde que receberam equipamentos. Relatório de plano de investimento em equipamentos de saúde do "Salva-vidas da Secr. Est. de Pernambuco, por ano fiscal.</p>	<p>GLOSSÁRIO</p> <p><u>Áreas do Projeto</u> - áreas pilotos + áreas programáticas <u>Áreas Programáticas</u> - programas / projetos desenvolvidos em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde <u>Secretaria Estadual de Saúde</u> <u>Áreas piloto</u> - é referente aos municípios: Brejo da Madre de Deus, Recife - bairro do Ibura e Macaparana. <u>Assistência</u> - conjunto de atividades, ações e procedimentos destinados a uma pessoa ou à comunidade para curar ou prevenir doenças. <u>PACS</u> - Programa de Agentes Comunitários de Saúde <u>PAISC</u> - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança <u>PAISM</u> - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher <u>SES</u> - Secretaria Estadual de Saúde <u>SIS</u> - Sistema de Informação em Saúde <u>SIM</u> - Sistema de Informação de Mortalidade <u>SMS</u> - Secretaria Municipal de Saúde <u>SINASC</u> - Sistema de Informação de Nascidos Vivos <u>SINAN</u> - Sistema de Informação de Agravos Notificáveis <u>SUS</u> - Sistema Único de Saúde <u>Vigilância à Saúde</u> - vigilância sanitária + vigilância epidemiológica. <u>Vigilância sanitária</u> - "conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens". (Lei 8080/1909/1990) <u>Vigilância epidemiológica</u> - "conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos". (Lei 8080/1909/1990).</p>

o Projeto
ador do Projeto

icina
iço Social
cias Sociais
nho
unicação Social
ição
magem
nharia
as áreas definidas, conforme a necessidade

ministrativo
ísicas
de Saúde Pública com
ções de áreas do projeto
as piloto
as

e consumo e despesas correntes

Pré-condição:

1. Consegue a cooperação das organizações relacionadas com o projeto.
2. Participação das comunidades da área abrangida.

PDM = ASPECTOS GERAIS EM MATRIZ DE DESENHO DE PROJETO

INDICADOR P/
VERIF. DE
RESULTADOS

-ESTABELECE UM ÍNDICE DE
ATINGIMENTO DE METAS E
ACOMPANHAR O DESENVOLVI-
MENTO DO PROJETO.
-QUANTO MAIS QUANTIFICADO
MELHOR

MEIO DE
OBTENÇÃO DE
DADOS P/
VERIFICAÇÃO DE
RESULTADO

OBTEN O INDICADOR DE ONDE E
COMO.
EX. QUESTIONÁRIOS; ENTRE-
VISTAS, ESTATÍSTICAS, ETC...

COND. EXT.
IMPORTANTES

(No nosso caso, em geral, não foram estabelecidas metas. Vamos monitorar e registrar os indicadores a serem analisados posteriormente.)

BASE DO RESUMO
DO
PROJETO

OBJETIVO
SUPERIOR

OBJETIVO DO
PROJETO

OBJETIVO DO
PROJETO É
SÓ UM

RESULT.2

RESULT.3

RESULT.4

ATIVID.1

ATIVID.2

ATIVID.3

ATIVID.4

ATIVID.5

ATIVID.1

ATIVID.2

ATIVID.3

ATIVID.4

ATIVID.5

ATIVID.1

ATIVID.2

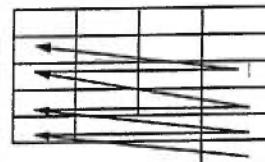
ATIVID.3

ATIVID.4

ATIVID.5

RESUMO DO PROJETO	INDICADOR P/ VERIF. DE RESULTADOS	MEIO DE OBTENÇÃO DE DADOS P/ VERIF. DE RESULTADO	CONDIÇÕES EXTERNAS IMPORTANTES
OBJETIVO SUPERIOR			
OBJETIVO DO PROJETO			
RESULTADOS			
ATIVIDADES	RECURSOS		PRÉ-REQUISITOS

COND. QUE EXERCEM GRANDE INFLUÊNCIA AO ATING. DA META E À EXEC. DO PROJETO. NO ENTANTO, SÃO CONDIÇÕES QUE FOGEM AO CONTROLE DO PROJETO, SEM CONSEGUIR PREVER O SEU ACONTECIMENTO



LÓGICA VERTICAL

RECURSOS NECESSÁRIOS ÀS ATIVIDADES (REC. HUMANO, EQUIPAMENTOS, REC. FINANC.) ANOTAR, SEPARADAMENTE, OS RECURSOS DO LADO JAPONÊS E DO LADO BRASILEIRO.

PRÉ-REQUISITOS REQUISITOS NECESSÁRIOS À EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

Annexe 6

ANNEXE 6

Activités du Projet de santé publique

1) NUSP (au niveau de l'administration centrale)

- Distribution des équipements pour les aires-pilotes: équipements d'informatique, équipements pour les centres de santé, les hôpitaux, les bureaux de travail, les laboratoires de recherche.

1.1. Enseignement

- Offre de 10 bourses à des étudiants des programmes des Sciences infirmières, Génie environnemental, Design, Médecine, Sciences sociales et Thérapie occupationnelle.

- Stages extraordinaires offerts aux étudiants des programmes de Journalisme, Communication sociale, Génie chimique et Médecine.

- Maîtrise en Santé collective à travers le Projet intégré de 2e et 3e cycle en Santé collective (PIPASC);

- Formation d'un groupe multidisciplinaire de 22 étudiants appelé «Brigade des étudiants», sous la direction du NUSP. Ce groupe travaille dans les aires-pilotes en menant des enquêtes sur la mortalité infantile et en réalisant des activités d'éducation sur la santé.

1.2. Recherche

- Fréquence de comportements à risques pour le SIDA chez les étudiants de l'UFPE;

- Étude sur l'impact d'un programme éducatif sur l'utilisation du condom chez les adolescents à Recife.

1.3. Pratique

- Production de vidéos et de catalogues sur le patrimoine audiovisuel de la SES-PE;

- Publication du bulletin «*NUSP- Bulletin informatif et d'épidémiologie*»;
- Appui graphique et divulgation des activités;
- Promotion de séminaires, conférences, débats, ateliers de travail et des réunions, comme suit:
 - a) Séminaire sur le Système de financement de la santé au Brésil: Norme opérationnelle de base/96;
 - b) Séminaire sur la Schistosomiase;
 - c) Présentation des projets et activités réalisés et évaluation;
 - d) Séminaire: Analyse comparée de systèmes de santé en contexte de mondialisation: Brésil, Italie, Cuba, Japon et Chili;
 - e) Conférence: *Violence Urbaine: implications sur le système de santé et propositions de solutions*- Prof. Cecília Minayo;
 - f) Discussion: *Contrôle de la Schistosomiase à Kurume, Japon*- Prof. Rosa Carneiro;
 - g) *Détermination socio-économique de la répartition de la schistosomose dans la ville de São Lourenço da Mata*- Prof. Ricardo Ximenes;
 - h) *Début du processus de «territorialisation» du district sanitaire 6 de Recife*- Prof. Ilk Nunes;
 - i) *Création d'emplois et de revenus* - Prof. Ana Arcoverde;
 - j) *Politique sur les médicaments- situation actuelle et perspectives*- prof. Ruben Bonfim;
 - h) *Prévention de MTS/SIDA* - Prof. Socorro Duarte;
 - i) *Épidémies résurgentes: dengue, cholera, tuberculose. Que doit-on faire?*- Prof. Jarbas Barbosa;
 - j) *Expériences en Geoprocessus*- Dr. Ana Suassuna;
 - k) *Nouvelle systématique du SUS* - Dr. Elias Jorge;
 - l) *Table-ronde sur Mortalité infantile: comportement, expériences et construction de références*;

- m) Atelier sur *Administration de Systèmes d'information en santé à l'intérieur de l'État de Pernambouc* - Dr. Ikeda;
- n) Atelier: *Habilitation et Prévention en MTS/SIDA*;
- o) I Cours de Méthodologie en Recherche sur le genre, la sexualité et la santé reproductive;
- p) I Forum sur l'Éducation en santé pour MTS/SIDA de la SES-PE /IEC;
- q) Participation au 1er et au 2e Séminaire de Mortalité Infantile de Pernambouc;
- r) Présentation de travaux variés aux Congrès de santé collective et de sciences sociales en santé.

2) Ibura

2.1. Enseignement

- Stages en Sciences infirmières: concentration santé publique;
- Stages en Psychologie; Thérapie occupationnelle et Génie environnemental;
- Huit étudiants du cours médical ont reçu des bourses pour travailler à Ibura.

2.2. Recherche

- Évaluation sociale et culturelle de la santé à Ibura- recherche multidisciplinaire coordonnée par Prof. Russel Parry Scott, anthropologue. Il en est résulté un livre publié en 1997 sous le titre: *Santé et pauvreté à Recife: pouvoir, genre et représentations des maladies du quartier d'Ibura*.
- Prévalence des maladies néphrologiques dans la ville de Recife;
- Comportement reproductif: genre, famille et affiliation religieuse dans les classes populaires d'Ibura.

2.3. Pratique

Stage curriculaire d'étudiantes en Psychologie communautaire sur la «Formation des agents communautaires en santé mentale»

3) Macaparana

Cette ville a subi une forte épidémie de «dengue» durant les premiers mois de 1997. Le NUSP a travaillé par l'identification de nids d'*Aedes aegypti*.

3.1. Enseignement

- Stages pour les programmes de Service social, Sciences infirmières et pour la résidence médicale en Médecine préventive et sociale.

3.2. Recherche

- Évaluation nutritionnelle et sociale des enfants de 0 à 5 ans;
- Situation nutritionnelle des étudiants du district «Poço Comprido»;
- Enquête coprologique auprès des étudiants du district «Poço Comprido»;
- Détermination de la forme clinique de la *schistosomiase* auprès des étudiants du district «Poço Comprido»;
- Soins primaires de santé offerts aux enfants de moins de 5 ans du district «Poço Comprido»;
- Situation de la vaccination des enfants de moins de 5 ans du district «Poço Comprido»;
- Mémoire de maîtrise en Anthropologie sur la : *Représentation sociale des leishmanioses à Macaparana*;
- Monographie de conclusion du programme en Service social: *Noyau de santé publique-possibilités et limites de son appui à la construction du Système unique de santé à Macaparana*;
- Monographie de conclusion du programme en Service social: *Le Service social et les actions éducatives pour la prévention des MTS et du SIDA dans le district de Pirauá à Macaparana*;
- Étude des processus industriels utilisés par les cultures agricoles à Macaparana;

- *Système unique de santé: Universalisation contre Exclusion.* Recherche d'ampleur nationale.

Deux stagiaires boursiers contribuent à cette recherche à partir de Macaparana;

- *Santé et Environnement: une étude multidisciplinaire sur la schistososome* dans le district de

Poço Comprido;

3.3. Pratique

- Habilitation des agents communautaires de santé en nutrition et santé;

- Habilitation des professeurs du réseau municipal de Macaparana à partir de trois sous-projets: «Théâtre de poupées»; «Jouets éducatifs» et «Papier artisanal». Travail développé par les professeurs de la faculté de Design. Ce projet a amené les gens à développer une coopérative pour l'utilisation du papier artisanal.

- Appui à la formation de coopératives pour l'utilisation du papier artisanal dans les écoles de la ville.

4) Brejo da Madre de Deus

4.1. Enseignement

- Stages pour les étudiants du programme de Sciences infirmières et pour les résidents en Médecine sociale et préventive.

4.2. Recherche

- La situation actuelle de la distribution d'eau à Brejo da Madre de Deus;

- *Monitoring* de la rivière Laranjeiras pour rendre viable l'usage multiple de ses eaux;

- Recherche sur la consommation d'eau à Brejo da Madre de Deus;

- Expérience de la réutilisation des ordures;

- Diagnostic environnemental du bassin de la rivière Laranjeiras;

- Les risques environnementaux et de santé causés par l'utilisation inadéquate des agrotoxiques à Brejo da Madre de Deus;

- Diagnostic de la santé et la nutrition du district São Domingos;

4.3. Pratique

- Projet de création d'emploi et de revenu dans le district de São Domingos;

- Projet de prévention de la grossesse chez les adolescentes du district de São Domingos;

- Projet d'utilisation des plantes médicinales dans les soins primaires de santé;

- Tables de concertation entre NUSP et d'autres institutions afin d'inclure Brejo da Madre de Deus dans le programme visant l'usage responsable d'agrotoxiques;

- Inauguration de l'usine de recyclage des ordures - Modèle pour les villes voisines;

- Projet d'implantation d'un réseau d'assainissement pour desservir 80% du district de São Domingos (financement déjà obtenu à la Caisse économique fédérale du Brésil);

- Habilitation des infirmières auxiliaires en Santé des femmes.

5) Travaux spécifiques avec le Secrétariat de Santé de l'État (SES-PE)

Remarque: Le plan majeur ainsi que les accords initiaux n'avaient pas prévu des activités entre le NUSP et la SES-PE. Ce secrétariat a été contacté comme simple intermédiaire entre l'UFPE, la JICA et les SMS. Pourtant, la dynamique établie a changé cette proposition initiale.

- **Priorité:** appui au Programme de réduction de la mortalité infantile (PRMI). La mortalité néonatale est maintenant plus important; ainsi le programme a été réorienté de façon à mettre l'emphase sur cette période.

5.1. Recherche

- Profil de la mortalité infantile à Caruaru, Brejo da Madre de Deus et Macaparana;

- Investigation sur la mortalité infantile à Olinda.

5.2. Pratique

- Publication du Volume VI du cahier d'évaluation de la série «Sauve-vies» du Programme de réduction de la mortalité infantile au Pernambouc;

- Habilitation de 1077 conseillers municipaux de santé;

- Cours d'habilitation en tuberculose pour 50 professionnels, à l'occasion du «Programme de contrôle de la tuberculose dans les unités de santé»;

- Formation d'infirmières auxiliaires pour les villes de Recife, Limoeiro et Caruaru.