

t.024-4 - MAJ

Berne, le 15 décembre 1991

Réunion du Groupe Santé : Procès-verbal

- Date de la réunion :** vendredi 21 juin 1991, de 09.15 à 17.00 h.
- Lieu :** Berne, DDA (E 75)
- Présidence :** M. Rolf Wilhelm, Directeur suppléant, DDA et
Mme Immita Cornaz (en partie)
- Participants :** Prof. Théodor Abelin
Dr Antoine Degrémont
Prof. Emile Gautier
M. Jean-Pierre Gontard
Prof. Niklaus Gyr
Mme Claudine Meylan
Prof. Ulrich G. Middendorp
Prof. Georges Peters
Dr Pierre-Alain Raeber
Dr Per Schellenberg
- DDA :** Mme Immita Cornaz
M. Jacques Martin
- Membres excusés :** Prof. Thierry Freyvogel
Dr Eduard Leuthold
Dr Jean Martin

Ordre du jour : (distribué aux participants, voir annexe 1)

./.

0. Ouverture et introduction

M. R. Wilhelm ouvre les travaux en se félicitant de la réactivation du Groupe Santé qui, comme chacun le sait, n'avait pu se réunir depuis un certain temps essentiellement en raison des années difficiles que vient de traverser Mme Cornaz, eu égard notamment à des problèmes familiaux et à son état de santé. Le Groupe Santé conserve toute sa raison d'être. Il a permis dans le passé de nourrir la réflexion interne de la DDA face aux évolutions constatées dans les pays en développement. Aujourd'hui, comme à l'avenir, il lui appartiendra d'apporter sa contribution face aux nouvelles réalités de la coopération Nord-Sud.

Le Directeur suppléant présente les changements intervenus récemment au sein de la DDA : d'une part Mme Cornaz s'est vue confier un poste au sein de la Division de politique et planification, où est créé un nouveau service de "Politique de développement social"; de l'autre, au "Service sectoriel Développement social" succède un "Service sectoriel Ressources humaines" qui reprend une partie des fonctions du précédent (notamment la santé) et auquel vient s'ajouter l'éducation. Une note a été distribuée aux membres à ce sujet.

Enfin, M. Wilhelm rappelle la disparition, ces derniers mois, du Prof. Rutner et du Dr. S. Berthoud, membres du Groupe Santé. Le Dr. S. Berthoud, en particulier, avait fortement contribué à modeler politique et pratique de la santé soutenues par la DDA dans plusieurs pays en développement; en qualité de consultant, il a contribué à une mise en oeuvre efficace de celles-ci. Le Gouvernement malgache a manifesté sa propre conviction de l'excellent travail accompli en décorant le Dr. Berthoud à titre posthume.

Le Groupe Santé observe une minute de silence à la mémoire des deux disparus.

S'exprimant au sujet de la reprise des travaux du Groupe Santé, Mme Cornaz fait part de sa satisfaction ; elle signale que la présente réunion aurait en fait dû se tenir beaucoup plus tôt, ce qui n'avait pas été possible pour des raisons indépendantes de sa volonté. De ce fait, cette réunion a encore été préparée par le "Service sectoriel Développement social" sortant. Elle permet à M. Martin, chef du nouveau Service sectoriel responsable du secteur santé de se familiariser avec le Groupe et de faire la connaissance des membres présents. Il s'agit d'une réunion de transition. Mme Cornaz se réfère à la documentation envoyée aux membres du Groupe et regrette qu'en raison de son abondance peu de participants auront pu la lire en entier.

Point 1 de l'ordre du jour : Changement dans l'organisation interne de la DDA

M. Wilhelm informe les membres des futures orientations de l'organisation de la DDA à la base desquelles figure une organisation de type matriciel mettant en relation plus étroite l'approche géographique et l'approche sectorielle.

Lors de la discussion qui s'ensuit, des informations sont fournies sur le rôle respectif des deux services "Politique de développement social" - PDS - et "Ressources humaines" - SeSe RH -. Ce dernier sera chargé d'approfondir les questions sectorielles dans les domaines de sa compétence alors que le PDS veillera à ce que l'ensemble de la politique et des pratiques de la DDA dans tous les secteurs et régions prennent en compte la dimension sociale du développement. Certaines questions politiques d'emploi et de revenus, tout comme celles de la lutte contre la pauvreté, appartiennent, p. ex., au champ couvert par ce nouveau service.

(Le nouvel organigramme de la DDA sera distribué aux membres du Groupe Santé avec le procès-verbal de la séance - cf annexe 2).

La DDA signale que cette réorganisation est l'amorce d'un renforcement de capacité dans le domaine de la santé. En effet, un poste est créé, à la Centrale, pour traiter exclusivement, au sein du SeSe RH, des questions de santé. Au début, ce poste est pourvu à temps partiel (50 %). Mme (Dr méd.) Doris Schopper a été choisie et devrait prendre ses fonctions en septembre 1991.

En outre le recours à des consultations extérieures sera renforcé et systématisé à l'avenir, que ce soit pour des tâches relevant du SeSe RH ou pour celles de Politique de développement social.

A une demande concernant les moyens à disposition de ces nouveaux services, il est répondu que le SeSe RH, service opérationnel, devrait, en principe, pouvoir influencer l'utilisation des moyens mis à la disposition des sections géographiques dans le sens des préoccupations sectorielles. De plus, une catégorie d'activités est entièrement de la responsabilité des SeSe (projets dits de catégorie IV) et pour celle-là le SeSe dispose de moyens propres (recherches, consultations, réunions). Le PDS dispose également d'un budget en propre.

1/

Entretiens, l'engagement de Mme Schopper ne s'est pas concrétisé; l'engagement d'un autre collaborateur a par contre pu être effectué (début d'activité en avril 1992 seulement).

Au plan de l'organisation, il y aura des répondants des SeSe dans chaque section géographique; certains ont déjà été désignés; il s'agit de chargés de programme ayant, en sus de leurs tâches géographiques, celle de suivre plus particulièrement un secteur d'activité et de constituer un lien actif avec un SeSe spécifique.

Mme Cornaz signale qu'elle travaille actuellement à la mise au point des priorités dans ses nouvelles tâches et de son programme de travail; elle sera mieux en mesure de faire part des futures orientations du PDS dans quelques mois. Sa tâche consistera surtout à se tenir à l'écoute; Mme Cornaz souhaite éviter de rester enfermée dans une tour d'ivoire. Un service tel le PDS et la coopération qu'il s'efforcera de promouvoir devrait pouvoir être un **ferment**. Tout porte à croire que, dans ses nouvelles fonctions, Mme Cornaz restera proche du secteur santé.

Point 2 de l'ordre du jour : Nouvelles tendances dans les activités de la DDA

M. Wilhelm rappelle les nouvelles orientations et les nouveaux enjeux découlant de l'adhésion envisagée de la Suisse aux institutions de Bretton Woods (BIRD/FMI). Il signale l'importance prise par les appuis dans le domaine macro-économique (programmes d'ajustement structurels - PAS - et aide à la balance des paiements, par exemple). Il signale que ce sont près de 380 millions de francs qui sont actuellement octroyés par le canal de l'IDA (filiale de la Banque mondiale), y compris les contributions fournies par l'OFAEE (Office fédéral des affaires économiques extérieures - BAWI).

Une discussion s'engage sur les cinq thèmes proposés pour lesquels une documentation a été préparée par les sections géographiques.

TANZANIE : Urban Health Dar-es-Salaam

La présentation par le Prof. Degremont et la discussion qui s'ensuit mettent en évidence l'importance de la santé urbaine que la DDA a commencé d'aborder depuis quelques années seulement. A l'instar de la DDA, le régisseur (ITS) ne disposait que de peu d'expérience. Les problèmes principaux sont d'ordre institutionnel : manque de convergence entre le Ministère de la santé et la Municipalité (Town Council) qui dépend du "Ministry for Local Governments". Il s'agit aussi de résister aux pressions visant à la seule construction d'infrastructures. Un appui utile de l'OFAEE (BAWI) est octroyé pour ce qui est de la fourniture de médicaments essentiels. Le problème principal de l'opération est d'en assurer la pérennité que ce soit pour la livraison de médicaments ou pour le personnel (quelles incitations fournir ?).

La problématique de la santé urbaine est importante sous l'angle de la lutte contre la pauvreté et pose de nombreuses questions aux bailleurs de fonds (recouvrement des coûts, financements locaux, approvisionnement en médicaments, renforcement des capacités nationales, etc.) avec, en toile de fond, les problèmes de nutrition, de santé maternelle et infantile, d'assainissement. Souvent nos partenaires ne souhaitent pas voir la dimension plus large, de nature sociale, et en restent à une étroite vision "santé" des problèmes, ce qui doit être regretté. De manière générale il semble que le problème de la lutte contre la pauvreté soit un tabou pour nombre de gouvernements.

La question est posée de savoir si le projet dispose de données de départ ("base line") qui permettront lors d'évaluations futures de mesurer l'impact. Le Prof. Degremont répond qu'une enquête utile sous cet angle existe bien, mais qu'elle n'a pas réuni de données épidémiologiques. D'autres études sont en cours avec l'Université de Dar.

La santé publique ne se limite pas à la santé, assure le Dr Schellenberg. Dans ses activités, Medicus Mundi a pris conscience de l'importance des autres facteurs (eau potable, habitat, infrastructures sociales) et de celle d'une approche partant des besoins exprimés par la base ainsi que d'une implication de celle-ci dans les processus. Le rôle des associations de quartier ou d'usagers (p.ex. utilisateurs d'eau) est signalé.

Cette problématique parle en faveur d'une approche interdisciplinaire des problèmes et d'une sensibilisation et formation de nos partenaires à une telle approche. Il n'est pas certain que les médecins reconnaissent toujours volontiers les compétences et le rôle des spécialistes des sciences sociales en matière de santé publique. Par ailleurs, on constate que les acteurs de la santé publique sont souvent accaparés par les opérations de lutte contre le SIDA. Certains signes indiquent en outre que nos partenaires redoutent la complexité de l'approche horizontale et que, de manière générale, ils semblent aussi avoir intérêt à ce que persiste un certain flou intersectoriel. Les choses sont d'autant moins aisées en l'absence d'une politique nationale de la santé (Tanzanie, Tchad). De plus les milieux urbains sont hétérogènes.

TCHAD : Services de santé et dimension sociale de l'ajustement structurel

Il s'agit d'une opération n'ayant pas encore débuté et qui appuiera un autre projet, informe le Prof. Degremont. Son rôle consistera à renforcer les structures du système de santé hors de l'Hôpital central encombré et bénéficiant d'une pléthore de personnel. A ce stade on peut dire qu'il y a des partenaires (BIRD, Suisse, notamment) et des fonds, mais que l'on est encore à la recherche d'idées pour appuyer le secteur de la santé. Les propositions émises, pour l'instant pour de petits systèmes visant à décongestionner l'Hôpital central, n'ont pas facilité la tâche de coordination avec la Banque mondiale avec laquelle existent des divergences quant au rythme de mise en oeuvre, au rôle des ONG ou à celui du régisseur ITS; ces difficultés tiennent toutefois plutôt à une personne qu'à l'institution elle-même.

Une longue et riche discussion s'engage sur les difficultés parfois rencontrées avec la BIRD (avec laquelle nous réalisons près de 40 co-financements). Dans la perspective d'une adhésion, il serait utile de les relever en détail, mais surtout de disposer de critères pour le travail de coopération en collaboration avec la BIRD. D'une manière générale, l'idée prévaut que de bonnes relations au niveau local contribuent à améliorer cette collaboration.

Dans le secteur de la santé (comme dans celui de l'enseignement, autre "secteur mou"), le Prof. Degremont remarque que les instances gouvernementales locales sont généralement faibles et que, de ce fait, en l'absence d'un contre-poids du côté local, l'attitude de la Banque mondiale peut être ressentie comme d'autant plus lourde. Ceci est d'autant plus regrettable que c'est au gouvernement qu'échoit la responsabilité de la coordination.

MADAGASCAR : Soins de santé primaires, politique pharmaceutique

Une discussion s'engage sur la succession du Dr. Berthoud en tant que conseiller en matière de médicaments. Le Prof. Peters mentionne que 2 médecins malgaches sont actuellement en stage de pharmacologie en Suisse et qu'ils pourraient être l'interface local dans ce domaine. Le nom de M. K. Besseghir est avancé pour la consultance extérieure; celui-ci est toutefois engagé dans le secteur privé en Suisse et ne pourra quitter son emploi à moins que lui soit offert un poste à temps plein du moins proche de 100 %.

M. Gontard qui vient d'effectuer une mission à Madagascar dans ce projet donne ses impressions. Selon lui, le projet est un bon exemple d'une collaboration plutôt réussie entre la DDA et l'OFAEE (BAWI). Sur la question des pharmacies communautaires, les progrès sont limités; l'approche directive (d'en haut) ne produit pas de bons résultats; il faudrait laisser fonctionner les initiatives spontanées, sans tutelle. Il juge toutefois que les conseils concernant la libéralisation des marchés ne sont pas sans risque pour la future politique du gouvernement à l'égard de la pharmacie centrale d'approvisionnement; celle-ci pourrait bien en faire les frais.

Si cette pharmacie est en danger, voilà une raison supplémentaire pour qu'une liste de médicaments essentiels soit établie/adoptée. Parallèlement une politique concernant la gratuité ou le paiement des médicaments devrait être adoptée, qui tienne compte des besoins de la population dépourvue de moyens financiers.

MOZAMBIQUE : Dimension sociale de l'ajustement, soutien au service de santé

Ce programme, commenté par le Prof. Peters, est l'occasion d'un échange large sur la décentralisation des services de santé et l'importance d'un recours à la langue locale pour la formation et la sensibilisation (seuls 11 % des Mozambicains parlent le portugais). L'histoire récente du pays n'est pas sans risque quant au choix d'un système de santé qu'il faut souhaiter non-centralisateur. En outre, en prévision de la libéralisation de l'économie (et des importations) le Mozambique devrait être aidé dans le domaine du contrôle de la qualité des médicaments; le laboratoire poursuit-il son activité ?

Le Prof. Middendorp s'interroge sur l'appui fourni par la DDA au Mozambique durant la phase de guerre civile; à son avis il s'agissait d'un appui marqué du côté du Frelimo; pourquoi ne pas avoir aidé le côté de la Renamo aussi ? M. Wilhelm explique que dans un contexte troublé, les programmes de santé représentaient certainement la forme de coopération la plus appropriée et que les autorités mozambicaines étaient désireuses de recevoir de l'aide et avaient une vision claire des besoins. Dans la perspective de la fin de la guerre civile, M. Wilhelm mentionne qu'un nouveau programme de la DDA est en préparation visant la réintégration à la vie civile des combattants.

A la question, posée à la DDA par M. Gontard, de la prise en charge des frais récurrents, M. Wilhelm répond que la nouvelle forme choisie de l'aide budgétaire va dans cette direction; même si la question de la pérennité n'est pas résolue par une telle aide très nécessaire à certains pays, du moins les intentions sont-elles claires. Pour ce qui est du suivi du projet, il est important qu'une confiance réciproque s'instaure entre partenaires; celle-ci est facilitée par la connaissance mutuelle au niveau des personnes. Le danger existe toutefois que les cadres formés quittent leur fonction trop tôt ou trop fréquemment pour que cette relation de qualité puisse s'établir. Le Prof. Abelin prône le maintien de contacts entre professeurs et étudiants. En conclusion sur ce point, le Groupe constate que le renforcement des institutions passe aussi par les relations personnelles.

BENIN : Programme de santé avec la BIRD

Ce programme n'est pas abordé.

SYNTHESE des discussions (pt 2 de l'ordre du jour)

Mme Cornaz fait la synthèse et énumère les questions à suivre par les sections géographiques ou par le groupe santé :

- Financement local et frais de fonctionnement.
- Politique pharmaceutique dans le cadre de la politique de santé.
- Libéralisation : notamment marché des médicaments et privatisation des soins.
- Relations avec la Banque mondiale : une donnée, un défi! Comment arriver à une convergence constructive au profit véritable des populations du pays partenaire ?
- Importance de la participation populaire dans les systèmes de santé et dans la protection de la santé.
- Dimension culturelle : décentralisation et implications opérationnelles : comment en assurer la prise en compte et éviter, p.ex., le "colonialisme technologique" ou le "paternalisme culturaliste" ?
- Importance, pour les projets de santé, de disposer d'une analyse de départ ("base line") et d'une analyse des problèmes de santé et de leurs causes. Quelle "base line"? Quels indicateurs ? Comment fixer les objectifs ?

- Importance croissante de la santé urbaine; mais comment s'y prendre et surtout intégrer les questions sociales à la politique de santé ?

Point 3 de l'ordre du jour : Perspectives pour la DDA dans le domaine de la santé

Mme Cornaz présente le document provisoire du 14 juin 1991 dont elle est l'auteur et qui est à la fois un regard rétrospectif et une réflexion sur la poursuite de la coopération dans le secteur de la santé. Elle souhaite enregistrer les réactions des membres. Dans la mise au point de ce travail Mme Cornaz s'est laissée guider par la nécessité de voir les choses de manière globale. La philosophie qui sous-tend ce papier est aussi qu'il n'est pas possible de résoudre les problèmes dans l'immédiat.

Le Dr Schellenberg trouve ce papier excellent. Il réagit sur la question des substituts du lait maternel.

Le Prof. Gyr félicite son auteur pour ce document. Il s'informe de la politique actuelle (cf p. 3) et pose quelques questions :

- où figure la responsabilité des pays pour leurs problèmes ?
- comment distinguer gouvernement et population (pays = gouvernement) ?
- quid d'une coopération avec un gouvernement "indigne", p.ex. sous l'angle des droits de l'homme ?

Le Prof. Degremont juge le document excellent. Ce papier montre qu'il convient d'être encore plus pragmatique et d'éviter les approches trop sectorialisées. Il faut savoir agir sur les liens existant entre les problèmes. Que faire, par exemple, lorsqu'un gouvernement n'a **aucune** politique de la santé ? La DDA devrait être ouverte à l'examen de telles questions et réfléchir à la manière de répondre à de telles situations.

Comme les membres qui l'ont précédé, M. Gontard trouve le document fort bien fait. La partie prospective manque encore, toutefois. Il partage l'avis du Prof. Degremont quant à la nécessité d'éviter les programmes verticaux.

Pour le Prof. Middendorp la formation est la tâche principale de la coopération; d'elle dépend le reste. Il pose la question des destinataires de ce papier (un papier pour qui ?).

Le Prof. Peters est également de l'avis que les actions verticales, sectorielles, devraient être évitées. Il signale qu'il faut se méfier de la "Gesundheitskultur" : il n'y a pas de différences entre les souffrances et les besoins objectifs des uns et des autres ! (voir aussi point 4 ci-dessous).

Evitons de tomber dans le piège du colonialisme technologique, affirme le Prof. Degremont, et dans celui des valeurs occidentales. Les valeurs culturelles de chacun sont respectables.

Les agences d'aide devraient entreprendre une réflexion fondamentale sur les raisons des échecs notamment, en ce qui concerne la santé, sur les systèmes non-adéquats et les alternatives choisies par les usagers, déclare M. Gontard. A-t-on examiné, par exemple, pourquoi les populations choisissent telle ou telle filière (médecine "moderne" ou médecine traditionnelle ou encore un mélange des deux) et pourquoi il y a migration thérapeutique ?

Les perspectives ébauchées par le document constituent un bon squelette, mais elles manquent encore de viande, selon le Prof. Abelin.

M. Wilhelm souhaite que des priorités puissent être établies, par exemple par pays. Ce document est une base sur laquelle construire l'avenir dans ce secteur.

Le Prof. Gyr souhaite que l'on puisse offrir ce document aux partenaires.

M. Martin informe le Groupe que le document sous examen constitue un excellent outil de référence pour son service et en particulier pour la nouvelle personne responsable du secteur santé. Il s'agit du legs intellectuel de Mme Cornaz et, à ce titre, il est le reflet très utile de l'expérience accumulée par la DDA et ses partenaires au cours de ces dix/quinze dernières années. Pratiquement, selon les procédures de la DDA, un programme sectoriel puis une politique sectorielle pour la santé seront encore mis au point par le Service sectoriel Ressources humaines. Compte tenu du début d'activité de Mme Schopper en septembre 1991, cette étape sera raisonnablement franchie au plus tôt dans les dix-huit mois environ. Le document de Mme Cornaz, comme d'autres qui existent déjà, servira de guide pour l'action d'ici là.

Le Prof. Degremont aborde la question du rôle des régisseurs. Ceux-ci, dans leurs actions, sont parfois submergés de contraintes et trop seuls face à leurs responsabilités. Il serait utile de pouvoir compter sur un suivi-recherche-action.

La recherche pour la santé doit recevoir encore plus d'attention à l'avenir, déclare Mme Cornaz. Elle nuance les opinions émises sur la lutte contre les maladies laquelle doit être vue dans l'ensemble des apports. A la question "pour qui ce papier ?", elle répond "pour nous, d'abord !" (le Groupe Santé, la DDA, le SeSe RH et elle-même). Mme Cornaz rappelle qu'existent déjà des lignes directrices, p.ex. pour la santé et pour la distribution de produits laitiers. Elle se félicite de l'arrivée de Mme Schopper dans le SeSe RH et de la continuité qui s'instaure. Comme illustration des implications politiques de certains facteurs ou aspects qu'il importerait de suivre, Mme Cornaz cite la récente décision de l'UNICEF de contribuer au développement de seringues à usage unique auto-destructibles; une telle initiative ne diminue en rien la dépendance de l'extérieur des systèmes de santé primaire ni leurs frais récurrents et surtout crée une série de problèmes importants pour le fonctionnement du système de santé. Par ailleurs, Mme Cornaz prévoit de préparer une liste comparative de prévalence et d'incidence des maladies les plus importantes de manière à pouvoir mieux voir leur importance relative. L'ITS a donné son accord d'aider la DDA dans ce domaine.

Le Prof. Gautier soulève la question des rapports finals des projets de la DDA ? En existe-t-il ? Peut-on les consulter ? M. Wilhelm et Mme Cornaz répondent qu'il n'existe pas formellement de rapport final à la DDA hormis un rapport de nature administrative et financière. Les seules synthèses sur le fond des opérations sont les évaluations, lorsqu'il est décidé d'y procéder et celles-ci n'ont pas forcément lieu à la fin d'un appui. Il n'en reste pas moins souhaitable de pouvoir disposer d'une synthèse pour les questions qui comptent.

Le Prof. Degremont souhaite que l'on mette en oeuvre le plus souvent possible un système d'évaluation permanente ou continue. Le fait que l'on se fixe désormais des objectifs clairs devrait faciliter l'exercice.

Le Prof. Abelin rappelle le document (distribué) sur l'évaluation, deux ans après le terme du projet, de "Fundacion para una vidad mejor".

Point 5 de l'ordre du jour : Evaluation transversale des projets de santé ["Querschnittsanalyse Gesundheit" (QSA)]

(Ce point est abordé avant le point 4)

Mme Cornaz explique que le rapport qui aurait dû faire suite au séminaire sur la QSA Santé, tenu à Münchenwiler les 21 et 22 mars 1991 n'est pas encore prêt. Néanmoins, un premier tour de table est souhaité sur la base du rapport soumis lors du séminaire QSA et distribué aux membres du Groupe. Trois de ses membres avaient d'ailleurs pu prendre part au séminaire QSA (Prof. N. Gyr, Prof. A. Degremont et Dr P. Schellenberg). Leur avis est sollicité pour le bénéfice des autres membres du groupe santé et pour servir de base à la préparation d'une séance (de ½ jour) consacrée à ce sujet.

D'entrée de cause, le **Prof. Peters** qui a lu le rapport des évaluateurs exprime de fortes réserves quant à la philosophie qui

sous-tend la "Gesundheitskultur" prônée par la QSA : la vie et la mort comme la relation des hommes et des femmes à la souffrance est la même dans toutes les sociétés et pour tous les individus. Il est dangereux de se laisser aller à imaginer que pour les peuples de certaines cultures, leurs valeurs traditionnelles rendent acceptables d'autres normes de santé.

Le **Prof. Degremont** trouve la méthodologie QSA en soi intéressante. Mais, dans le cas d'espèce, les objectifs n'étaient pas clairement définis dès le début, les documents sur lesquels s'est basée la QSA ne fournissent pas une vue complète des projets et les critères d'analyse n'étaient pas standardisés. On compare ce qui n'est peut-être pas comparable. De plus ces analyses ont été opérées sans s'en référer aux intéressés dont le projet a fait l'objet des évaluations ni aux auteurs des différents rapports d'évaluation. L'avis des premiers sur les évaluations n'est donc pas pris en compte, ce qui donne une base incomplète. Tel qu'il a été organisé et que ses buts en avaient été annoncés, le séminaire QSA s'est ouvert sur un malentendu, car, au lieu de traiter des évaluations et des politiques de santé, il s'est tout-de-suite orienté sur la critique unilatérale de la médecine occidentale. Le Prof. Degremont a été choqué par l'attitude outrageusement opposée à la technologie occidentale, le tout étant caractérisé par l'absence de dialogue avec les médecins. Enfin, il voit dans le résultat de la QSA des prises de position effectuées par des non-médecins sans échange de vues avec des médecins. Le dialogue reste nécessaire entre les non-médecins et les professionnels de la santé et ceci pas seulement pour les évaluations.

Le **Dr Schellenberg** est de l'avis qu'il faut nuancer les critiques à l'encontre de la médecine occidentale. Il est des secteurs des sciences médicales, comme la chirurgie, où, sans conteste, la science occidentale est supérieure. De plus, vouloir rejeter une médecine ou une autre ne sert pas le patient; dans le tiers-monde comme chez nous, chaque patient est différent et il n'est pas possible d'opter pour un recours exclusif à une médecine qui, de préférence à une autre, serait bonne pour tous. La coexistence de la médecine occidentale et des valeurs et pratiques locales constitue une meilleure garantie pour la santé des populations.

Le **Prof. Gyr** a apprécié l'esprit qui a régné à Münchenwiler mais s'exprime de manière critique vis-à-vis de la méthode de la présente QSA et de la manière dont la "Gesundheitskultur" a été abordée à Münchenwiler (rejet absolu de la technologie occidentale, vue irréaliste de l'attitude devant la mort). Il critique qu'à Münchenwiler on ait rejeté le fait que la coopération au développement implique des changements. Il est favorable au principe des évaluations; il estime que, pour être sérieux, un exercice d'évaluation doit se baser sur une analyse de départ ("base line") et une définition claire des objectifs qui doivent être déterminées au début de l'opération. De telles bases de référence ont souvent manqué jusqu'ici.

Le **Dr Raeber** a trouvé le rapport intéressant. Il souhaiterait mieux connaître les méthodes d'évaluation.

Le **Prof. Abelin** est de l'avis qu'il serait utile de discuter cette QSA plus avant. En matière de projets de santé publique, il conviendrait que les partenaires précisent mieux encore les buts qu'ils se fixent. Il mentionne les études de l'OMS en épidémiologie dans lesquelles les objectifs des opérations sont nettement précisés.

Plutôt que de prévoir une séance limitée à la QSA, le **Groupe Santé** souhaite une réunion d'une journée consacrée à l'évaluation des projets de santé et à la QSA, avec la participation du Service de l'évaluation de la DDA.

Mme Cornaz se réjouit d'une telle possibilité. Elle rappelle en outre l'idée qui s'est dégagée du séminaire de Münchenwiler de passer des contrats entre partenaires du Nord et du Sud en matière de programmes et de projets de santé.

M. Gontard se réjouit de cette prochaine discussion, qui permettra aussi de tenir compte de l'avis des régisseurs des opérations ayant fait l'objet d'une évaluation, et non pas seulement de celui des évaluateurs, comme ce fut le cas pour la restitution de la QSA.

Mme Cornaz rappelle qu'à l'origine seuls les régisseurs étaient invités à Münchenwiler mais pas les autres membres du Groupe Santé.

Ces deux derniers rappels amènent le Groupe Santé à souhaiter qu'il en soit tenu compte pour la composition du Groupe à l'avenir. Des échanges d'idées et une collaboration entre médecins et autres professionnels concernés par la santé publique est souhaitable, voire nécessaire.

Ce point amène les participants à aborder le point 4, dernier à l'ordre du jour.

Point 4 de l'ordre du jour : Groupe Santé et consultations de la DDA

Mme Cornaz se demande comment le Groupe Santé peut optimiser son travail. Grâce à ce Groupe, la DDA évite de travailler dans l'isolement. Le Groupe lui-même devrait-il s'ouvrir également et chercher d'autres appuis en Suisse et dans les pays en développement aussi ?

Le Dr Raeber demande de quelle nature devraient être ces appuis extérieurs. Une priorité ne devrait-elle pas être donnée à la formation ? Mme Cornaz rappelle que par formation il faut entendre en priorité celle octroyée aux partenaires. Sauf pour ce qui est de la formation continue de ses cadres, la DDA n'a pas pour tâche de former des Suissesses et des Suisses; par exemple, la DDA ne forme pas les cadres pour la relève. M. Martin informe sur les grandes lignes de la politique de formation interne de la DDA.

Une nouvelle discussion s'engage sur la question du personnel pour le suivi du projet pharmaceutique à Madagascar. Ne faudrait-il pas engager un consultant à plein temps ? Mme Cornaz répond qu'il n'est pas possible d'aborder cette question complexe au cours de cette réunion. Elle souhaite distinguer entre la liste des compétences auxquelles la DDA peut s'adresser si elle a des besoins ponctuels et l'engagement de consultants permanents (p.ex. pour une activité à 25 ou 50 %). Elle signale qu'il convient d'ajouter "Economie de la santé" à la liste (distribuée) des besoins en consultation.

Le Prof. Degrémont informe qu'il vient de remettre à la DDA la liste des collaborateurs de l'ITS, à toutes fins utiles. En ce qui concerne les appuis permanents, il voit le risque que ces consultants développent une vue biaisée de la réalité et adoptent des partis pris.

Mme Cornaz pense qu'une approche contractuelle plus systématique avec des cahiers des charges très précis pourrait remédier à ce danger. Voilà un bon sujet pour les réflexions du Groupe Santé.

Prochaines réunions

Aucune date n'est fixée pour la prochaine réunion, mais celle-ci devrait pouvoir avoir lieu vers à partir de la fin septembre 1991 (début Mme Schopper le 1/9/91). Il s'agira de celle consacrée à l'évaluation (QSA comprise). Une autre réunion régulière devrait être envisagée d'ici la fin de l'année. Le Service sectoriel Ressources humaines assure désormais le secrétariat du Groupe Santé.

J. Martin

Copie : à tous les membres
WM, CZ, VOK/IJ,
CP, HAR/BEN/FUU/BJF,
CL, MAJ/MJ/LIF

GRÜNE KOPIE

t.024-4 - CZ/BM

Berne, le 10 juin 1991

Réunion du Groupe Santé
vendredi 21 juin 1991, de 09h15(précises) à 17h00
à la DDA (salle 75), Eigerstrasse 73

* * *

ORDRE DU JOUR ANNOTE

1. Changements dans l'organisation interne de la DDA

Information sur la transformation du Service sectoriel Développement social en Service sectoriel Ressources humaines, et création d'un Service Politique de Développement social.

Documentation: note d'information

2. Nouvelles tendances dans les activités de la DDA

Aide de programme, collaboration avec la Banque mondiale, santé urbaine, politique pharmaceutique.

- . Mozambique: dimension sociale de l'ajustement, soutien au service de santé
- . Tanzanie: Urban Health Dar-es-Salaam
- . Tchad: services de santé et dimension sociale de l'ajustement
- . Madagascar: soins de santé primaires, politique pharmaceutique
- . Bénin: programme santé avec BIRD

Brève discussion des nouvelles orientations.

Documentation: brève description des projets

Objectifs: informer les membres du Groupe Santé des nouvelles tendances; connaître leurs premières réactions; délimiter les problèmes et questions à examiner ou approfondir par la suite.

3. Perspectives pour la DDA dans le domaine de la santé

Conclusions à tirer des 10 dernières années pour l'avenir du programme santé de la DDA.

Document de travail: "La santé dans la politique de la DDA, rétrospectives et perspectives", version préliminaire.

Objectifs: connaître les réactions du Groupe Santé aux perspectives proposées; éventuellement délimiter thèmes à traiter par le Groupe par la suite.

4. Groupe Santé et consultations de la DDA

Information sur les besoins de la DDA:

- . appui et consultation générale pour la politique santé et pour la santé dans la politique de développement social
- . suivi et consultation pour les divers programmes et projets
- . appui pour secteurs spécifiques: santé maternelle, nutrition, SIDA, etc.
- . consultation ad hoc pour questions spécifiques

Echange de vue sur les fonctions et les modalités de fonctionnement du Groupe Santé et sur les ressources disponibles en Suisse.

Documentation: note d'information

Objectifs: réunir les éléments pour élaborer des propositions pour la composition et les activités futures du Groupe Santé et pour le réseau d'appui de la DDA en matière de santé.

5. Querschnittsanalyse Gesundheit (QSA)

Premières prises de position des membres du Groupe.

Documents: . QSA Bericht (déjà distribué)
 . rapport du séminaire à Münchenwiler

Objectifs: connaître les premières réactions des membres du Groupe Santé (premier "tour de table"), sur

- . méthodologie QSA
- . conclusions des rapports
- . conséquences pour la politique de la DDA

Propositions pour examen plus approfondi lors de la prochaine réunion du Groupe.



Bitte dieses Zeichen in der Antwort wiederholen
Prière de rappeler cette référence dans la réponse
Pregasi rammentare questo riferimento nella risposta

Berne, le 13 décembre 1991

t. 300-14 ✓

t. 300-37 ✓

AUX MEMBRES DU

GROUPE SANTE

Sachbearbeiter
Collaborateur
Collaboratore

J. Martin

Tel. 031/61 .34.47

Madame, Messieurs,

Lors de la réunion tenue le 21 juin 1991, nous vous avons fait part de la nouvelle organisation de la DDA dans le domaine des Ressources humaines et dans celui de la Politique de développement social. Nous avons également partagé avec vous notre espoir de voir le secteur santé renforcé dès septembre 1991 par l'engagement d'une spécialiste en santé publique. Ce renfort devait notamment nous permettre d'aborder assez rapidement les nouvelles modalités d'interactions entre les services précités et le Groupe santé.

Nous avons d'ailleurs prévu une nouvelle réunion avec le Groupe à l'automne 1991 déjà. A la veille des Fêtes de fin d'année, nous avons le regret de constater avec vous que cette seconde réunion de l'année ne s'est pas tenue. Veuillez néanmoins trouver ci-joint le procès-verbal de la réunion du 21 juin 1991.

Nous devons en outre vous informer que le recrutement envisagé n'est pas encore devenu effectif, mais qu'il est désormais pratiquement certain que le renfort attendu sera opérationnel dès le printemps 1992, notre nouveau collaborateur devant prendre effectivement ses fonctions en avril.

Ce long intérim aura permis au soussigné de se familiariser quelque peu avec certains dossiers et certaines réalités dans le domaine de la santé et de prendre la mesure de l'engagement de la DDA et de ses partenaires en Suisse et dans les pays en développement dans ce secteur.





Nous reprendrons contact avec les membres du Groupe dès que possible. De votre côté, si vous souhaitez nous faire des suggestions, n'hésitez pas à nous les communiquer.

Enfin, nous désirons partager avec vous une bonne nouvelle : une première contribution vient d'être octroyée (de Frs 1'750'000.--) en soutien au "Programme de santé maternelle et de maternité sans risque" de l'OMS et ceci pour une période de trois ans (1991-93).

Nous vous adressons nos meilleurs voeux pour les Fêtes de fin d'année et l'an neuf et nos salutations distinguées.

COOPERATION AU DEVELOPPEMENT
ET AIDE HUMANITAIRE
Service Ressources humaines

J. Martin



LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL "SANTÉ"

Herrn Prof. Dr Th. ABELIN
 Direktor des Instituts für
 Sozial- und Präventivmedizin
 Finkenhubelweg 11

3012 BERN

031/64.86.31

Dr Eric BURNIER
 I U E D
 Case postale 136

1211 GENEVE 21

Herrn Prof. A. DEGREMONT
 Direktor des Schweizerischen Tropeninstituts
 Socinstrasse 57

4051 BASEL

061/23.38.96

Herrn Prof. Dr Th. FREYVOGEL
 Schweizerisches Tropeninstitut
 Socinstrasse 57

4051 BASEL

061/23.38.96

Monsieur le Professeur
 Dr Emile GAUTIER
 Av. Montagibert 20

1005 LAUSANNE

Geschäft 021/41.46.50
 Privat 021/22.52.53

Monsieur
 Jean-Pierre GONTARD
 I U E D
 Chef du service opérationnel
 Case postale 136

1211 GENEVE 21

022/31.59.40

Herrn Prof. Dr N. GYR
 Kantonsspital Liestal
 Rheinstr. 26

4410 LIESTAL

061/925.25.25

Herrn Dr Ed. LEUTHOLD
Witikonstrasse 3
8032 ZUERICH

(Berater Katastrophencorps)
01/201.30.90

Monsieur
Dr Jean MARTIN
Médecin cantonal
Cité-Devant 11

1014 LAUSANNE

021/41.28.64

Madame Claudine MEYLAN
Avenue Avant-Poste 9

1005 LAUSANNE

Privat 021/23.77.32

Herrn Prof.
Dr U. G. MIDDENDORP
Chirurgische Klinik
Kantonsspital

8400 WINTERTHUR

052/86.41.41

Monsieur le Prof. G. PETERS
Directeur de l'Institut de
pharmacologie
Rue du Bugnon 27

1011 LAUSANNE

021/22.15.63
021/22.12.09

Herrn Pierre-Alain RAEER
Bundesamt für Gesundheitswesen
Bollwerk 27

3011 BERN

031/51.94.79
031/51.95.09