

Agents communautaires de santé : un modèle de santé sans murs

Fernando P. Cupertino de Barros¹, Ana Valéria Machado Mendonça, PhD², Maria Fátima de Sousa, PhD²

RÉSUMÉ

L'article a pour but de réagir à un autre article paru dans la *Revue canadienne de santé publique* de façon à clarifier certains aspects qui font de la stratégie brésilienne de la santé de la famille, et en particulier le travail des agents communautaires de santé (ACS), une expérience singulière. Dans la même perspective, les auteurs essaient de comprendre quels seraient les similitudes, les différences et les singularités entre le Brésil et le Québec à l'égard du modèle d'organisation des soins de santé primaires.

MOTS CLÉS : agents communautaires de santé; système public de santé; soins de santé primaires

La traduction du résumé se trouve à la fin de l'article.

Can J Public Health 2015;106(3):e154–e156
doi: 10.17269/CJPH.106.4947

Suite à la parution dans la *Revue canadienne de santé publique* d'un article intitulé « Du Brésil au Québec, quelques éléments de réflexion : les agents communautaires de santé brésiliens font le pont entre les familles et les professionnels de la santé »¹, nous désirons approfondir la compréhension sur le sujet par une clarification de certains aspects qui font de la stratégie brésilienne de la santé de la famille, et en particulier le travail des agents communautaires de santé (ACS), une expérience singulière.

La constitution d'un groupe de travailleurs nommé les ACS constitue un élément important dans la mise sur pied du système public de santé au Brésil. De nombreuses recherches et articles²⁻⁵ sur ces acteurs témoignent d'un rôle capital qu'ils jouent. Les ACS établissent des liens importants entre leur action et les pratiques de santé exprimées par de différents courants philosophiques qui ont constitué son modelage dans les contextes dans lesquels cette catégorie est appelée à intervenir, ainsi que dans les différentes manières par lesquelles l'ACS se perçoit et est perçu par la population, par les autres membres de l'équipe de santé et par les décideurs.

L'idée de travailler avec les ACS naît entre 1970 et 1980, dans l'esprit de la conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata. L'action des ACS misait sur la clientèle de populations vulnérables plus assujetties aux maladies infectieuses/contagieuses, la diarrhée et la malnutrition, d'où son implantation dans les régions pauvres du Brésil, le nord et le nord-est, ainsi que dans les favélas des grands centres urbains⁵.

En 1991, le Ministère de la Santé, après avoir pris connaissance des différentes expériences locales, a institutionnalisé cette stratégie sous le nom de Programme d'agents communautaires de santé (PACS), dont le but était d'amener les soins de santé de base aux familles, à domicile, par le biais d'un agenda de travail prioritaire ciblé sur la population maternelle et infantile. Leurs actions sont destinées aux individus dans leurs contextes familial et communautaire, de façon à bâtir un pont entre les individus vulnérables et les services locaux de santé. L'ACS, de cette façon, devient le catalyseur de l'origine et du maintien d'un double

lien entre la communauté et l'équipe de santé : d'une part, un lien de confiance de la communauté envers l'équipe; et d'autre part, un lien de responsabilité de l'équipe de santé envers les individus à l'égard de la promotion et de la protection de la santé de toute la communauté, sur une base territoriale et bien définie. En plus, leur insertion dans les services locaux de santé s'avère une action concrète en vue de modifier les situations suivantes : faible couverture des soins de santé primaire à l'intérieur du service de santé; l'accessibilité difficile de la population aux services de santé; le manque d'informations de la population; et l'approche et l'engagement limités de la part des professionnels de santé, notamment envers la communauté⁶.

Le PACS se présente comme étant un progrès indiscutable dans la consolidation et la reconnaissance du potentiel des pratiques non biomédicales pour améliorer des phénomènes complexes tel que la promotion de la santé des individus et de leurs communautés.

1990 – la décennie de la mise sur pied du PACS et ses scénarios contradictoires

Selon Flores et Sousa², la décennie de 1990, novatrice sur le plan de la réorganisation des soins de santé au Brésil, fut contradictoirement celle qui a eu le plus grand nombre de défis à relever en ce qui a trait à la consolidation du système public de santé. C'est là qu'on a constaté le délabrement du réseau public de services de santé; le démantèlement de la force de travail faisant suite au remplacement de la bureaucratie et les cadres de l'État moyennant des contrats avec le secteur privé; des compressions salariales; et des asymétries importantes des indicateurs de santé. On a pu constater aussi un manque de contrôle sur des situations

Affiliations des auteurs

1. Doctorant en Sciences de la Santé, Université de Brasília, Goiás, Brésil

2. Professeur à la Faculté de sciences de la santé, Université de Brasília, Goiás, Brésil

Auteur responsable de la correspondance : Fernando Cupertino de Barros, Professeur à la Faculté de médecine de l'Université fédérale de Goiás, Rua 7, 201 apto 202, Setor Oeste, CEP 74.110-090, Goiânia, Goiás-Brésil, Courriel : fernandocupertino@gmail.com

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

émergentes tel que les épidémies de choléra et de la dengue; le renforcement des acteurs néolibéraux et des forces privatistes et encore l'affaiblissement du mouvement de la réforme sanitaire brésilienne, né dans les années 1970. De tels faits ne peuvent être pris de façon isolée (Flores et Sousa), car dans cette même période de l'histoire mondiale il y a eu une phase plus aiguë de la crise de la Médecine; une croissance de la violence, marquée par les guerres, le terrorisme et la mondialisation du trafic de drogues; et l'augmentation de la violence contre les femmes, les enfants et les groupes politiquement minoritaires. On a également constaté la croissance de la violence structurelle dans de grandes villes; la dégradation environnementale; la régionalisation des marchés; et la crise du modèle traditionnel de famille et l'apparition de nouvelles formes de relations familiales.

La complexité des besoins de santé et les limites évidentes dans l'organisation des services offerts aux populations, surtout à leurs strates plus vulnérables aux déterminants sociaux de la santé, ont exigé le renforcement des réseaux de solidarité et l'engagement de nouveaux acteurs, de nouveaux secteurs et institutions. Ceux-ci auparavant n'étaient pas pris en considération vis-à-vis de la garantie du droit à la santé, en raison de la rationalité médicale prévalente dans le domaine de la santé⁴. Cela a généré des implications fort importantes, soit pour le progrès attendu dans la perspective de l'intégralité des soins, soit à l'égard des préoccupations en ce qui concerne l'équité. Cette compréhension, en ce qui a trait à l'ampleur du champ d'action de la promotion de la santé et son association intime avec d'autres dimensions et facteurs associés à la production de santé et de maladie, est en consonance avec la perception de l'existence d'une réalité non disciplinaire. De même qu'il est impossible de travailler la santé indépendamment des autres domaines et des autres dimensions, il est également improbable que les questions pratiques ne soient pas mises en valeur. Ces questions pratiques sont directement liées à l'application des connaissances déjà établies et de celles en construction, ainsi qu'à l'introduction de nouveaux outils qui peuvent aider à résoudre des problèmes et à trouver une autre organisation du savoir-faire de façon à favoriser les modes de vie plus sains et capables de contribuer à garantir le droit à la santé⁵.

Les ACS brésiliens : combien sont-ils, où sont-ils et que font-ils?

Il faut souligner que Renaud et collègues¹ ont mentionné correctement, en 2011, les chiffres concernant le nombre d'ACS au Brésil. Néanmoins, une mise à jour de ces données est nécessaire et l'ajout des commentaires permettront de rendre plus claire l'importance d'une telle stratégie en fonction des résultats obtenus.

À l'heure actuelle, il existe 263 541 ACS en activité, qui intègrent quelque 38 595 équipes de santé de la famille. Elles couvrent 63,6% de la population répandue dans 5 570 municipalités présentes en 5 régions administratives formées par 26 États et par le District fédéral (Brasilia)⁷.

Une équipe nucléaire de santé de la famille est formée par un médecin et par un infirmier généralistes, par deux auxiliaires de soins infirmiers et par six à huit ACS⁸. Chaque ACS devient responsable de 750 personnes, au maximum, ce que fait que l'équipe de santé soit responsable d'environ 3 000 à 4 000 familles.

L'ACS est issu de sa communauté où il demeure et jouit de la confiance de la population locale. Il est capable de reconnaître et

de travailler les déterminants sociaux de la santé avec la communauté de façon à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à suivre et faire le monitoring des gens qui ont un problème de santé quelconque. Pour cela tous les habitants de la communauté sont inscrits à un registre fait par l'équipe de santé de la famille, ce qui permet de reconnaître les gens individuellement, connaître leurs vulnérabilités et besoins particuliers. Les ACS font des visites domiciliaires périodiques selon les besoins de chaque famille, au moins une fois par mois.

Tout au long de plus d'une vingtaine d'années, dans l'ensemble de leur processus de travail, les ACS ont démontré une très grande capacité à mobiliser les institutions et les personnes vers des agendas promoteurs de santé. Cela a permis que les ACS innovent dans l'approche populationnelle, et déploient également les actions intersectorielles, grâce à de nouveaux formats de formation des ACS, ce qui rend possible la mise en œuvre de projets d'intervention locale selon les besoins identifiés. De cette façon, ils sont en mesure de combler certaines lacunes existantes dans le domaine de l'action intersectorielle de la santé, en plus des agendas «de routine» dans leur champ d'action. Cette amplification d'agendas implique la révision de certaines activités originalement prévues pour les ACS, afin de répondre aux principaux problèmes dans le processus santé-maladie des individus, des familles et des communautés. Il faut également souligner qu'à chaque incorporation des thèmes émergents et/ou des nouveaux «risques épidémiologiques», les ACS établissent des correspondances nécessaires à la formation de réseaux collaboratifs capables d'établir un dialogue avec d'autres secteurs publics en vue de trouver des réponses aux besoins par le biais d'actions intersectorielles.

Ce genre de contribution est dû au fait que le PACS a été conçu de manière à rassembler les efforts des différents organismes gouvernementaux et non gouvernementaux en formant un réseau de partenaires capable de faire face aux défis contemporains d'intégration des agendas de santé avec d'autres domaines au profit de la santé des individus, des familles et des communautés.

Des similitudes, des différences et des particularités entre la santé de la famille au Brésil et au Québec

La principale ressemblance est peut-être le souci de mettre les soins de santé primaires au centre des préoccupations⁹. Toutefois, pendant que le Brésil a persévéré dans l'élargissement d'une stratégie centrée sur les soins de santé primaire, le Québec, malgré ses différentes réformes du système de santé, n'a pas réussi à placer les soins primaires comme la pierre angulaire du système de santé. Les Centres locaux de services sociaux (CLSC), les Centres de services sociaux et de santé (CSSS), les Cliniques de réseaux intégrés (CRI) et les Groupes de médecin de famille (GMF) ont été des tentatives d'atteindre cet objectif, pas toujours bien réussies¹⁰. En plus, tel que soulignent Renaud et coll., les soins de santé primaires sont centrés sur le médecin, tandis qu'au Brésil on a fait l'option pour partager les responsabilités entre les membres d'une équipe multi professionnelle, dont un acteur singulier a une place particulièrement importante : l'ACS. Cela a été probablement une clef pour faire un genre de contrepoint à l'hégémonie de la médicalisation, ce qui a fait accroître le niveau

de confiance de la population envers les services locaux de santé et a produit des résultats sanitaires très consistants.

Un autre aspect particulier a trait au mode de rémunération des médecins. Le paiement à l'acte, consacré au Québec, a été abandonné au Brésil dans le domaine des soins de santé primaires depuis presque deux décennies. La principale raison évoquée c'est le danger de mettre en valeur la maladie au détriment de la santé, c'est-à-dire : plus les gens sont malades, plus on touche de l'argent.

Sans l'ombre d'un doute, les facteurs culturels sont une toile de fond d'une très grande importance dans cette discussion. Au Brésil, la persistance de valeurs qui favorisent l'entraide, la protection envers les aînés, le bon accueil aux ACS lors de leur visite à domicile, surtout dans des régions pauvres et dans la zone rurale, sont des éléments singuliers qui contribuent au développement de la stratégie de la santé de la famille.

L'agent communautaire de santé : quelqu'un capable de paver des chemins qui amènent à bâtir des agendas de promotion de la santé

Les résultats visibles du PACS permettent d'affirmer que ses stratégies ont lancé une nouvelle lumière non seulement sur la révision de la formation des ACS, mais également sur leur rôle. En plus, elles ont permis l'ajout et l'intégration d'autres thèmes communautaires dans la discussion et dans la construction d'un agenda intersectoriel et intergouvernemental. Cet agenda tient surtout à l'élaboration de projets d'intervention locale visant le développement, la protection et la promotion des environnements sains. On cible également sur le potentiel de créer et d'améliorer l'environnement physique et social de façon à inciter et à engendrer des nouvelles capacités de dialogue entre les gouvernements et les individus, les familles et les communautés dans une perspective de coresponsabilité entre l'État et la société en vue de mettre sur pied des actions capables de promouvoir la santé dans toutes les municipalités brésiliennes. Pour cela on peut compter sur les ACS dans leur rôle d'acteurs stratégiques en vue de la mobilisation et de la formation de réseaux sociaux.

Plusieurs études ont mis en évidence les résultats positifs du travail de ces « professionnels communautaires » au Brésil, surtout sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle; la croissance du nombre de femmes enceintes qui suivent l'accompagnement prénatal; l'adhésion croissante à l'allaitement

maternel exclusif; la diminution de la malnutrition chez les enfants; et la réorganisation des programmes pour les maladies chroniques, la tuberculose et la lèpre entre autres. Tout cela fait en sorte que les ACS persévèrent dans leur choix de paver les chemins capables d'assurer de bonnes conditions de santé pour toutes les familles brésiliennes, de façon autonome et sécuritaire, dans des environnements sans murs.

RÉFÉRENCES

1. Renaud L, Zanchetta M, Rhéaume J, Côté R. Du Brésil au Québec, quelques éléments de réflexion : les agents communautaires de santé brésiliens font le pont entre les familles et les professionnels de la santé. *Rev can santé publique* 2011;102(1):61-63.
2. Flores O, Sousa MF. Agentes Comunitários de Saúde: Vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. *Comun ciênc saúde* 2008;19(2): 123-36.
3. Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2^a ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2005.
4. Parreira C, Sousa MF, Neves H. Projetos Ambientes Verdes e Saudáveis: Integrando políticas públicas na cidade de São Paulo. *Divulg saúde debate* 2007;39:59-67.
5. Sousa MF. *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo*. São Paulo : Editora Hucitec, 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 648, 28 mar 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 2006;61:13-15.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica*. Sur Internet : <http://189.28.128.178/sage/> (consulté le 15 novembre 2014).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012*. Sur Internet : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. (consulté le 15 novembre 2014).
9. Lamarche P. Comment va le système de santé québécois? *Revue Vie économique* 2011;3(1):5-6.
10. Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins* 2011;42(2):101-9.

Reçu : 5 décembre 2014
 Accepté : 11 janvier 2015

ABSTRACT

The aim of this commentary is to respond to a published *Canadian Journal of Public Health* article on Brazil's family health strategy, in order to clarify some aspects – in particular, the work of community health workers – that make the strategy a unique experience. In the same vein, the authors explore the similarities, differences and peculiarities between Brazil and Québec with regard to the organizational model for primary health care.

KEY WORDS: Community health worker; public health care system; primary health care