

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

Lise Renaud, Ph.D.^{1,2}, Margareth Zanchetta, Ph.D.^{2,3}, Jacques Rhéaume, Ph.D.^{1,2}, Roger Côté, B.Sc.^{2,4}

RÉSUMÉ

Le système unique de santé du Brésil comporte 27 000 équipes de santé familiale avec un réseau de quelques 300 000 agents communautaires de santé dont le mandat est de faire le pont entre les familles qu'ils visitent à chaque mois et les professionnels de l'unité de santé familiale.

Depuis 2003, le Québec déploie une réforme dans le domaine de la santé et des services sociaux, avec l'accent mis sur l'intégration des soins et services (publics, associatifs et privés) et leur inscription dans des réseaux locaux dans une optique de responsabilité populationnelle.

Les commentaires tentent de souligner quelques éléments de ressemblance ou différence entre le programme des 'unités de santé familiale' (USF) du Brésil et celui des Cliniques de réseau intégré (CRI) ou des Groupes de médecine familiale (GMF) du Québec. Dans les deux cas il y a ce souci de services de plus grande proximité de la population d'un territoire donné, d'une plus grande accessibilité et adéquation des services. Par ailleurs, le Brésil, à travers ces agents communautaires de santé, permet un filet social qui assure un accompagnement réel de tous les membres de la population vers les services de santé.

Mots clés : système de santé brésilien; agent communautaire de santé; professionnels de la santé

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2011;102(1):61-63.

En 1988, le Brésil créait un Système unique de santé, qui à l'époque s'inspirait grandement du système de santé universel canadien, à la différence majeure qu'il permet la participation du privé, en complément. Aujourd'hui, le Brésil a un réseau de 27 000 équipes de santé familiale. Le médecin de famille est épaulé par d'autres professionnels : infirmière, nutritionniste, travailleur social, entre autres. L'accent est mis non pas sur le médecin de famille mais sur des équipes qui intègrent des agents communautaires de santé (ACS) (n=300 000) dont le mandat est de faire le pont entre les familles qu'ils visitent à chaque mois et les professionnels de l'unité de santé familiale¹⁻⁹. Conséquence de ce système, la mortalité infantile a chuté au point que l'Organisation mondiale de la santé¹⁰ a fait une déclaration en 2008 pour inviter le monde à s'inspirer du programme de santé de la famille brésilien qu'elle a érigé en modèle.

Lors d'une mission financée par les instituts de recherche en santé du Canada au sujet des déterminants sociaux de la santé, quelques éléments de la fonction d'ACS brésilien sont venus nous interpellier en regard de notre système de santé au Québec. Au Québec, notre dernière réforme¹¹ dans le domaine de la santé et des services sociaux vise à intégrer les services (publics, associatifs et privés) et à les inscrire dans des réseaux locaux dans une optique de responsabilité populationnelle partagée entre les différents dispensateurs de services dans le but d'en augmenter l'accessibilité et la qualité. Cette réforme n'est pas sans offrir des points de similarité avec le 'système unifié de santé' voulu au Brésil.

Plus spécifiquement, il est intéressant de rapprocher le programme des 'unités de santé familiale' (USF) et celui des Cliniques de réseau intégré (CRI) ou des Groupes de médecine familiale (GMF) appelés à travailler de concert avec des organismes communautaires et dont l'objectif est d'être plus proche de la population. Dans les deux cas il y a ce souci de services de plus grande proximité de la population d'un territoire donné, d'une plus grande accessibilité et adéquation des services^{7,12,13}.

D'abord soulignons que l'ACS au Brésil établit un niveau de proximité avec les membres de la communauté qui est presque inexistant au Québec, sauf pour les familles vulnérables d'enfants de 0 à 5 ans (programme de services intégrés en périnatalité) et les personnes âgées ou porteuses d'une déficience d'une maladie qui bénéficient d'un soutien à domicile à court ou long terme¹⁴. Bien que ces derniers programmes québécois permettent un certain rapprochement avec le système brésilien, les ACS orientent leur action vers la famille et non sur l'individu vulnérable. De plus, chaque ACS est

Affiliations des auteurs

1. Professeure, département de communication sociale et publique, faculté de communication, UQAM, Montréal, QC
2. Chercheur, centre affilié universitaire du CSSS de la Montagne, Montréal, QC
3. Professeure, École des sciences infirmières Daphne Cockwell, Université Ryerson, Toronto, ON
4. Agent de planification du centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne, Montréal, QC

Correspondance : Lise Renaud, UQAM, Case Postale 8888, Centre Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8, Courriel : renaud.lise@uqam.ca

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

issu de la communauté pour laquelle il travaille et il est responsable de visiter mensuellement chaque famille. Cela a pour conséquence que les populations les plus vulnérables sont bien encadrées et sont accompagnées vers les services de santé au moment opportun. Il y a donc ici un filet social tissé serré qui reflète une volonté de rendre accessible à tous les services de santé et de s'assurer que toute personne est susceptible d'être dépistée. Retenons deux choses : la proximité culturelle puisqu'il est issu de cette même communauté et la proximité physique puisqu'il visite mensuellement la famille.

Au Québec, même dans les diverses expériences de GMF ou de CRI, voire de certaines cliniques « communautaires » de quartier, il s'agit toujours de professionnels de la santé qui, pour la plupart, ne vivent pas sur le territoire et n'ont pas nécessairement une appartenance à cette communauté locale pour laquelle ils travaillent. Il y a certes un réseau informel de référence à ces organismes qui permet une plus grande accessibilité aux services, mais il repose surtout sur des institutions existantes, comme l'école et plus rarement, sur les parents ou des voisins. Et surtout, il n'y a pas de mandat spécifique et les références demeurent aléatoires, suivant les cas. Les organismes communautaires de quartier sont généralement proches de la population, mais ils ciblent selon leur mandat différents types de membres de la communauté. Ils ne sont généralement pas non plus responsables de l'ensemble d'un territoire. Quelques exceptions méritent une attention plus grande : soit le travail accompli par les travailleurs de rue auprès des jeunes et des milieux vulnérables, les organisateurs communautaires affectés à des habitations à loyer modique, par exemple. Ainsi, il demeure qu'une zone grise plus ou moins importante de la population est peu visitée et investie et utilise tardivement ou peu les services de santé.

Peut-on envisager, dans ce contexte, et pour davantage rencontrer l'exigence d'une responsabilité populationnelle des Centres des services sociaux et de santé (CSSS), la mise sur pied d'un réseau comparable aux 'agents communautaires de santé'? N'est-ce pas dans l'esprit même, par exemple, de l'action communautaire dans un quartier que de pouvoir développer l'information nécessaire et l'accès aux services pour tous et toutes? Quelques conditions spécifiques seraient, dans un tel projet social, à prendre en compte.

Il est sans doute possible de mobiliser des volontaires d'un quartier et de zones spécifiques à jouer un rôle comparable à celui des ACS¹⁵. Mais les spécificités de notre système de santé et de services sociaux rendent cette initiative délicate sous trois aspects¹⁶ :

- Il est risqué de vouloir faire ici un inventaire régulier et systématique par de tels 'agents' des besoins et du suivi des familles, sans se faire accuser d'intrusion ou d'invasion de la vie privée; une collaboration volontaire et consentie est nécessaire.
- La mise en place d'un tel réseau local d'ACS nécessite une formation adéquate, un financement suffisant aussi qui correspondrait aux normes du travail, et une gestion qui n'éloigne pas ces ACS de leur milieu d'appartenance tout en assurant la qualité d'une intervention 'professionnelle'. La référence à des réseaux de pairs ou d'entraide est ici un bon point de repère pour parvenir à un tel équilibre dans l'intervention. Mais dans tous les cas, un budget important est à prévoir, et la nécessité sans doute de mobiliser d'autres acteurs, dont les municipalités.
- L'adaptation québécoise d'un mandat d'ACS serait de relier étroitement des préoccupations sociales (conditions de vie, logement, travail, isolement) à des services de santé ou d'hygiène.

Peut-être est-ce davantage possible dans un contexte où la position des ACS est moins soumise, dans les quartiers, à des pressions sociales venant limiter les interventions aux seules priorités d'hygiène ou de services de base en santé. Mais cela n'est pas évident. Par exemple, l'appartenance des ACS à un milieu spécifique rend difficile la distance et l'autonomie relative requises dans des cas de 'dénonciations' de situations inacceptables, sans compromettre le lien de confiance et l'ouverture avec les gens du milieu. Par ailleurs, un lien trop affirmé avec des services publics comme les GMF ou les CRI risqueraient d'éloigner ces ACS de leur mode d'action plus ancré dans leur milieu d'appartenance. Le développement d'organismes communautaires autonomes du type 'réseaux de pairs', en relation avec des cliniques et d'autres services sociaux pourrait être une voie plus appropriée, suivant les dynamiques des divers quartiers urbains.

Il demeure que la différence essentielle entre notre système de santé actuel et le développement de la santé communautaire à la brésilienne est l'accent mis non pas sur le médecin de famille mais sur des équipes qui intègrent des agents communautaires de santé dans le but d'être le plus près possible de la population et d'être en contact avec les personnes vulnérables. Comme le mentionne un article dans *Le Devoir*¹⁷: « Un audacieux changement de paradigme qui a permis de réorienter la santé non plus autour du sacro-saint hôpital, mais à sa base, directement sur la ligne de front, soit autour de tout ce qu'on appelle les soins primaires ». Ainsi, cette différence entre nos deux systèmes brésilien et québécois demeure l'approche pro-active que le Brésil a adoptée afin de rejoindre sa population. Là-bas les services de santé ont décidé d'aller chercher la population chez elle pour lui parler de santé, de prévention, pour l'amener vers les services de santé et si elle résiste à se déplacer, les agents communautaires de santé tenteront du mieux de leur connaissance de répondre aux besoins des familles. Il y a là une volonté bien affirmée que l'on ne retrouve pas ici. Lorsque les CSSS auront terminé la mise en place de tous leurs projets cliniques tels que la nouvelle réforme le demande, ce ne sera toujours qu'une marge de la population d'un territoire qui sera rejointe par ces programmes et toute l'énergie du personnel y sera consacrée.

Cette mission de dissémination des connaissances au Brésil nous le fait voir davantage, la mise en oeuvre des services de santé et services sociaux actuels ne vise pas à rejoindre efficacement l'ensemble de la population et des solutions sont à inventer. Il faut plus peut-être que le développement d'un nouveau programme, mais une approche basée sur la collaboration avec les communautés, surtout celles de milieux vulnérables et celles qui souffrent de problèmes de santé chroniques, pour les soutenir et favoriser la mise en place de conditions favorables pour améliorer leur santé, comme nous y invite le cadre législatif actuel.

RÉFÉRENCES

1. Aquino R, Medina MG, Villasbôas AL, Baqueiro CCD, Nunes CA, Caputo MC, et al. Treinamento introdutório das equipes de saúde da família (Manual Técnico). 2001.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial (2^e ed.). Brasília, Ministério da Saúde, 1998.
3. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.
4. Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002 (resumo executivo). Brasília, Ministério da Saúde, 1999.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Legislação do SUS. Brasília, 2003.
7. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde; desafios para avaliar a implantação de um « sistema sem muros » (mimeo). 2004.
8. Medina MG, Nascimento EL, Lima MS, Impallari C, Rodrigues RM, Aquino R. Sistema de Informação da Atenção Básica: Indicadores 1999 (Caderno Técnico). Brasília, Ministério da Saúde, 2000.
9. Medina MG, Pereira RAG, Hartz ZMA, Silva LMZ. O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil. A produção sobre saúde da família, Trabalhos apresentados no VII, Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO), Ministério da Saúde, 2003.
10. Organisation mondiale de la santé (OMS). Les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais. Organisation mondiale de la santé, hors série, 2008. Sur Internet : <http://www.who.int/whr/2008/summary/fr/index.html> (consulté le 24 février 2010).
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : Document principal. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.
12. Contandriopoulos AP. Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. *Éthique publique* 2003;5(1):42-57.
13. Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas?, dans : Paim JS (éd.), *Saúde: Política e reforma sanitária*. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence. Québec, 2004; 79 pages.
15. Lancman S, Uchida S, Szelnelwar LI, Jardim TA. Agente comunitario de saúde : um trabalhador na berlinda. *Estudo em psicodinamica do trabalho. Trabalhar : revue internationale de psychopathologie et psychodynamique du travail* 2007;17:71-124.
16. Côté R, Renaud L, Rhéaume J, Zanchetta M. Retour de mission : visite au Brésil pour disséminer de l'information sur les déterminants sociaux de la santé et les vulnérabilités sociales. *Cahiers METISS* 2010;5(1):47-60.

17. Rioux Soucy LM. Quand « la santé pour tous » devient réalité. *Le Devoir* 6 février 2010;Sect. Santé.

Reçu : 24 février 2010
 Accepté : 20 août 2010

ABSTRACT

The Brazilian unified health system consists of 27,000 family health teams with a network of approximately 300,000 community health agents whose mandate is to link the families they visit every month with health professionals at the family health unit.

Since 2003, Quebec has been implementing its health and social services reforms by emphasizing the integration of care and services (public, associative and private) in local networks which have a formal population health responsibility.

This commentary aims to underline some similarities and differences between the program of the Brazilian 'units of family health' and that of integrated network clinics (CRI) or Groups of family medicine (GMF) in Quebec. In both cases, a major concern is to organize primary care services in as close proximity as possible to the population of a given territory, and to improve accessibility and adequacy of services. In addition, through these community health agents, Brazil enables the creation of a social security network that assures an effective follow-up of all members of the population with regard to health services.

Key words: Brazilian health system; community health agent; health professional

CANADIAN PUBLIC
 HEALTH ASSOCIATION
 PUBLICATION SALES

**World Health Organization
 2011 Subscriptions**

- WHO Global Subscription
- Bulletin of the World Health Organization
- WHO Drug Information
- Weekly Epidemiological Record
- Public Health
- Periodicals and Selected Series
- WHO Technical Report Series
- Environmental Health & Chemical Safety
- Pharmaceuticals & Biologicals
- Health Systems Package
- Family Health Package

**To order your subscription,
 go online at**
http://www.cpha.ca/uploads/pubs/who_sub_2011.pdf
or contact CPHA Publication Sales at
publications@cpha.ca

VENTES DES PUBLICATIONS DE
 L'ASSOCIATION CANADIENNE
 DE SANTÉ PUBLIQUE

**Organisation mondiale de la
 Santé – Abonnements 2011**

- Abonnement Global de l'OMS
- Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé
- WHO Drug Information
- Relevé épidémiologique hebdomadaire
- Santé Publique
- Périodiques et choix de séries
- Série de rapports techniques de l'OMS
- Environmental Health & Chemical Safety
- Préparations pharmaceutiques et produits biologiques
- Health Systems Package
- Family Health Package

**Pour obtenir un abonnement,
 commandez en ligne à l'adresse**
http://www.cpha.ca/uploads/pubs/who_sub_2011.pdf
ou communiquez avec les Ventes des publications de
l'ACSP à l'adresse publications@cpha.ca