

Au Brésil, la promotion de la santé s'organise à l'échelle locale

Depuis 2006, le Brésil s'est doté d'une politique nationale de promotion de la santé. L'objectif est d'améliorer l'état de santé de la population en tentant d'agir sur les déterminants économiques, sociaux et sanitaires. Le Brésil a ainsi développé un programme « santé de la famille » à l'échelon local, où chaque équipe de professionnels prend en charge un bassin d'environ 5 000 personnes. 30 000 équipes fonctionnent à travers le pays et suivent à ce jour 96,8 millions de Brésiliens sur les 191 millions que compte le pays.



tionnelle avec une diminution significative de la dénutrition et une augmentation du nombre de personnes en surpoids ou obèses. S'ajoute à cela l'augmentation des traumatismes occasionnés par des facteurs externes (violences, accidents, etc.).

L'impact occasionné par le changement du profil de morbidité et de mortalité de la population brésilienne est un défi pour le système de santé publique du Brésil. Cette évolution souligne en particulier la nécessité de développer des actions de promotion de la santé et de prévention de maladies chroniques (1).

La Constitution brésilienne, dans sa révision et actualisation de 1988, a consacré la santé comme un droit de tous et un devoir de l'État, et a instauré le système unique de santé (SUS), lequel vise, au travers de mesures sociales et économiques, la réduction des risques de maladies et garantit l'accès universel et égalitaire aux actions et services pour la promotion, la protection et la récupération de la santé (2).

Les transformations sociales et économiques qui se sont déroulées au Brésil au cours du dernier siècle ont occasionné d'importantes modifications du profil épidémiologique du pays. Ainsi, à partir des années 1960, les maladies non transmissibles ont supplanté les maladies infectieuses et transmissibles comme première cause de mortalité.

Parmi les facteurs qui ont contribué à cette évolution épidémiologique, l'on trouve le processus de transition démographique, avec une chute du taux de fécondité et, par conséquent, de natalité, et une progressive augmentation de la proportion de personnes âgées, ce qui a contribué à l'augmentation des maladies chroniques dégénératives. Autre facteur majeur : la transition nutri-

Le système de santé brésilien est ainsi entièrement disponible et gratuit pour l'ensemble de la population. Le SUS a trois niveaux de gestion : fédéral, états et villes ; il inclut trois niveaux d'assistance pour la population : le primaire, c'est-à-dire le premier niveau d'intervention au plus près de la population : centres de santé et dispensaires ; le secondaire (hôpitaux locaux et

© PocoBW / Fotolia

régionaux ambulatoires spécialisés, polycliniques) ; et le tertiaire (hôpitaux de référence, services de haute complexité).

L'émergence de la promotion de la santé

Dans le contexte brésilien, le champ de l'éducation pour la santé est récent, encore en expansion, porteur pourtant d'un grand potentiel. Le SUS préconise des actions envers prioritairement le niveau primaire d'assistance, faisant de la promotion de la santé l'un des piliers pour la résolution de la plupart des problèmes de santé de la population.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la promotion de la santé comme une stratégie ample d'intervention pour affronter les problèmes sociaux qui ont une incidence sur la santé de la population, visant ainsi la construction collective d'une nouvelle façon de comprendre et d'aborder la santé. De cette façon, la qualité de vie, l'amélioration des conditions de vie et de santé de la population restent l'axe d'orientation majeur (3, 4).

La promotion de la santé nécessite une gestion intersectorielle puisque l'état de santé résulte de déterminants complexes associés aux aspects sociopolitiques, économiques et culturels (5). Le

niveau primaire du SUS, où sont réalisées des actions de proximité, est considéré comme le champ préférentiel pour que le travail intersectoriel soit effectif et pour que se réalisent les changements nécessaires garantissant la qualité de vie de la population. C'est au niveau primaire qui se trouvent les meilleures opportunités pour que l'*empowerment* (développement de la capacité d'agir) des citoyens devienne une réalité (6).

Une politique nationale depuis 2006

Même si le Brésil avait déjà mis en œuvre des programmes et des politiques nationales qui préconisaient des actions de promotion de la santé, c'est en 2006 qu'a été implantée dans le pays la Politique nationale de promotion de la santé (PNPS), ayant pour objectifs la promotion de la qualité de vie, la réduction de la vulnérabilité et des risques liés aux déterminants de santé : modes de vie, conditions de travail, habitation, environnement, éducation, loisirs, culture, accès aux biens et services essentiels (7).

La PNPS est un instrument pour implanter et rendre plus efficaces des actions transversales et intersectorielles instaurant le dialogue et le travail commun entre les divers domaines du secteur sanitaire, les autres secteurs d'inter-

vention relevant des pouvoirs publics (ministère du Travail, de la Justice, des Sports, etc.), le secteur privé non gouvernemental et la société en général. C'est ce dialogue et ce travail commun qui permettent de créer des réseaux de décision reposant sur des compromis et la co-responsabilité, sur la qualité de vie (7). C'est donc à la PNPS de mettre en place et de piloter les actions qui visent l'*empowerment* de la population, de façon à ce qu'elle puisse être partie prenante du processus de transformation de la communauté et de la société.

La PNPS établit ainsi des lignes directrices et des stratégies d'organisation d'actions de promotion de la santé pour les trois niveaux du SUS, autour des grandes lignes directrices suivantes :

- reconnaître dans la promotion de la santé une dimension fondamentale de la recherche d'équité, d'amélioration de la qualité de vie et de santé ;
- stimuler les actions intersectorielles, en mettant en place des partenariats qui favorisent le développement d'actions de promotion de la santé ;
- rendre plus importante la participation sociale comme élément fondamental pour obtenir des résultats –équité et *empowerment* individuel et communautaire – en matière de promotion de la santé ;
- promouvoir le changement dans la culture organisationnelle, en particulier en établissant des réseaux de coopération intersectoriels ;
- stimuler la recherche en promotion de la santé, en évaluant, entre autres, l'efficacité des actions mises en œuvre ;
- informer les professionnels de santé, les gestionnaires et les usagers du SUS sur les actions et interventions de promotion de la santé mises en œuvre, en prenant en considération la méthodologie participative et le savoir populaire et traditionnel (7).

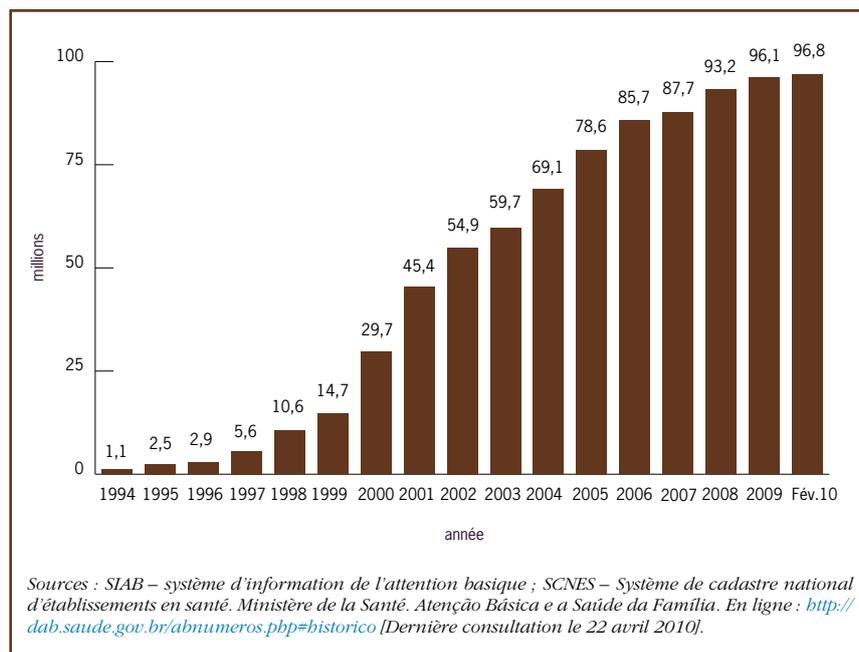
Exemples de programmes

Le ministère brésilien de la santé met en œuvre plusieurs programmes et actions ayant pour finalité de promouvoir la santé au plus près de la population et d'apporter aux professionnels les compétences nécessaires pour une meilleure efficacité. En voici deux exemples :

Programme « Santé de la famille »

Le programme « Santé de la famille » (PSF) est implanté au niveau local et

Figure 1. Population couverte par le programme « Santé de la famille » implanté au Brésil. Évolution de 1994 à février 2010.



piloté par des équipes pluridisciplinaires composées d'au moins un médecin généraliste ou un médecin de la famille, un infirmier, un auxiliaire d'infirmier et des agents communautaires de santé (8).

Chaque équipe doit identifier la situation de santé des familles dont il est responsable : caractéristiques sociales, démographiques et épidémiologiques, principaux problèmes de santé et situations de risques auxquelles la population est exposée. À partir de là elle élabore, avec la participation de la communauté, un plan d'action (9).

Les équipes ont donc sous leur responsabilité un territoire défini avec une population délimitée. Elles interviennent sur les facteurs de risque auxquels la communauté est exposée et elles mettent en place les activités adéquates de soins, d'éducation et de promotion de la santé. Chaque équipe est ainsi responsable de l'accompagnement d'environ 3 à 4 500 personnes (soit environ un millier de familles) d'une zone déterminée. Ces équipes travaillent en lien avec les unités basiques de santé (UBS, équivalent de dispensaires). Cette proximité est une porte d'entrée territoriale dans le système hiérarchisé et régionalisé de santé.

Une recherche réalisée par le ministère brésilien de la santé – en partenariat avec les universités de São Paulo et de New York – a démontré qu'à l'intérieur d'un territoire, l'extension du programme à 10 % supplémentaires de la population se traduisait par une réduction de 4,6 % de l'indice de mortalité infantile. À noter que cet indice est par ailleurs en diminution constante au Brésil depuis 1990 (10). Depuis sa création en 1994, 30 600 équipes ont été implantées dans 5 261 municipalités, ce qui représente une couverture populationnelle d'environ 96,8 millions d'habitants (cf. figure 1, page 42) (11).

Programme national de promotion de l'activité physique « Agita Brasil »

Ce programme vise à améliorer la connaissance de la population sur les bienfaits de l'activité physique, en soulignant son importance comme facteur de protection de la santé. « Agita Brasil » a pour objectif d'inciter à une modification des habitudes de vie des personnes, en incorporant une pratique

régulière d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée la plupart des jours de la semaine (si possible tous les jours), comme stratégie de réduction des risques de maladies chroniques non transmissibles mais aussi pour le maintien et l'amélioration de la qualité de vie.

Ce programme est associé au Plan national contre l'hypertension artérielle et le diabète mis en œuvre par le ministère de la Santé. Il repose sur une action intersectorielle entre la santé, l'éducation, le sport et les autres secteurs concernés. Il est destiné à l'ensemble de la population et, plus particulièrement, aux personnes exposées aux risques de maladies chroniques.

Le programme promeut la sensibilisation et le développement des compétences des professionnels (médecins, infirmiers, nutritionnistes, dentistes,

assistants sociaux, professionnels de l'activité physique, agents représentants des communautés, etc.), via la réalisation d'ateliers thématiques dans tout le pays. Les professionnels préparés mettent ensuite en œuvre l'action au niveau des villes, des écoles, des lieux de travail et unités de santé en mobilisant les adultes, les adolescents et les travailleurs pour divers types d'événements comme la journée mondiale de l'activité physique, la journée mondiale de la santé, la journée nationale de combat contre l'hypertension, etc. (12).

Carolina Belomo de Souza

Nutritionniste, chargée de mission en éducation et promotion de la santé, INPES,

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Professeur de médecine, École supérieure des sciences de la santé, et MBA « Santé » de la Fondation Getulio Vargas.

► Références bibliographiques

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*. Secretaria de Políticas de saúde. Brasília, 2001.
- (2) Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- (3) OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde): *Reorientação das Práticas e Serviços de Saúde*, 2003. En ligne : <http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm> [Dernière consultation le 14/11/2009]
- (4) HPA (Health Promotion Agency for Northern Ireland). *What is Health Promotion*. 2004. En ligne : <http://www.healthpromotionagency.org.uk/Resources/corporate/pdfs/HPA%20legacy%20document.pdf> [Dernière consultation le 14/11/2009]
- (5) Serrano M. M. *A Promoção da Saúde e suas Perspectivas*. OPAS: Reorientação das Práticas e Serviços de Saúde, 2003. En ligne : http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/com_saudavel_rede_municipios/ana1/ana_vol1_cap1.pdf. [Dernière consultation le 14/11/2009]
- (6) Bedin N. *Atenção Básica: promoção da saúde e empoderamento*. 2008. En ligne : <http://www.cbesc.com.br/artigos.asp> [Dernière consultation le 13/01/2010]
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília, 2006.
- (8) Brasil. Ministério da Saúde. *Proposta e diretrizes do Ministério da Saúde para os Eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Sergio Arouca. Brasília. 2003
- (9) Buss P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D. & Freitas C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.
- (10) Macinko J., Guanais F. C., Souza M. F. M. An evaluation of impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, [S.l.], n° 60, 2006 : p. 13-19.
- (11) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB-MS. En ligne : <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. [Dernière consultation le 04/02/2010]
- (12) Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. *Programa Nacional de Promoção da Atividade Física « Agita Brasil »: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida*. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(2):254-6. En ligne : <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0779.pdf>