

Idéologies des personnels de santé dans les conceptions de la surveillance épidémiologique

Ideological conceptions of health workers about epidemiologic surveillance

Santos SSBS ¹, Melo CMM ², Perreault M ³

Résumé

Cet article a pour objectif d'analyser les idéologies exprimées par des personnels de santé dans leur manière de concevoir les interventions de la surveillance épidémiologique à partir d'une étude de cas empirique intitulée : Évaluation de la décentralisation de la surveillance épidémiologique par une équipe de santé de la famille.

En fonction de l'objectif de l'étude, un modèle politique d'analyse de l'implantation d'un programme a été utilisé. En effet, ce type d'analyse montre l'agencement des facteurs qui influencent les résultats obtenus après une intervention. Les données primaires furent collectées à l'aide d'une entrevue semi-structurée avec les gestionnaires de la Santé et les agents de la Stratégie de la santé de la famille d'une municipalité de l'État de Bahia (Brésil) ainsi qu'avec une analyse de documents. Les discours recueillis montrent des influences idéologiques dans les conceptions de la surveillance épidémiologique. Celle-ci est encore conçue comme une action imposée et coercitive, avec des interventions orientées en fonction d'un pouvoir de police médicale, ou transformées en contrôle des maladies transmissibles et, parfois, comme une surveillance centrée sur les risques et les méfaits.

Prat Organ Soins 2010;41(1):143-149

Mots-clés : Idéologies ; surveillance épidémiologique ; personnel sanitaire ; attitude du personnel ; surveillance population ; étude intervention.

Summary

This article analyses the ideologies expressed by health workers in their conception about epidemiological monitoring.

It is a component of the research named Evaluation of the decentralization of epidemiological monitoring in a family health team. A political model of implantation's analysis, was used to understand what interfere in the results of the intervention. The primary data is coming from a non structured interview with health managers of the secretariat of health and health workers in a municipality of Bahia, Brazil. The secondary data was produced by documental analysis.

The actor's enunciations reflect the ideological conceptions of epidemiological monitoring which is still based on authoritarian actions of a medical police, or transformed in a strict control of the transmissible diseases.

Prat Organ Soins 2010;41(1):143-149

Keywords: Ideologies; epidemiological monitoring; health personnel; health personnel attitude; population surveillance; intervention studies.

¹ Candidate au doctorat de l'École des sciences infirmières de l'Université fédérale de Bahia, maître en science infirmière, professeure à l'Université d'État de Feira de Santana (Brésil).

² Docteure en santé publique, professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université fédérale de Bahia (Brésil).

³ Ph. D. en sociologie de la santé, professeur associé de l'Université de Montréal (Canada) et professeur invité de l'École des sciences infirmières Anna Nery de l'Université fédérale de Rio de Janeiro (Brésil).

Adresse pour correspondance : Santos Silvone Santa Barbara da Silva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Avenida Transnordestina, S/N-Bairro Novo Horizonte, CEP : 44036900, Feira de Santana, Bahia, Brasil.
E-mail : silvone.s@hotmail.com

INTRODUCTION

Cet article a pour objectif d'analyser les idéologies exprimées par des travailleurs de la santé dans leur manière de concevoir les interventions de la surveillance épidémiologique (SE), à partir d'une étude empirique intitulée : Évaluation de la décentralisation de la surveillance épidémiologique par une équipe du Programme santé de la famille [1].

Les interventions de surveillance épidémiologique sont reconnues comme étant une des pratiques les plus anciennes dans le domaine de la santé publique. Les premières notions de surveillance épidémiologique datent en effet d'Hippocrate (400 avant Jésus-Christ). Celui-ci cherchait à montrer, par l'observation, la collecte et l'analyse de données que l'apparition des maladies n'avait aucune origine surnaturelle [2]. Toutefois, c'est seulement à partir du XVII^e siècle que furent enregistrées les premières données démographiques et interventions reliées à la santé des populations [3].

Considéré comme le précurseur de la surveillance épidémiologique moderne, William Farr conçoit celle-ci, non pas comme une action sur les malades, mais plutôt sur les maladies. En implantant la collecte systématique, l'analyse et la dissémination des informations sur la morbidité et la mortalité, il contribua à l'adoption de mesures sanitaires et de politiques publiques en Angleterre [4, 5].

La surveillance épidémiologique acquit une forte connotation politique au moment où elle fut conçue comme faisant partie de l'effort de guerre en Angleterre et dans le Pays de Galles en 1939, avec la création du Laboratoire de la santé publique. En 1951, les Nord-Américains créaient le service d'enquêtes sur les épidémies du Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) [3].

La surveillance épidémiologique, selon la loi sur la santé du Brésil (loi 8080/90) [6], est un ensemble d'actions qui permettent la connaissance, la détection et la prévention de tout changement dans les facteurs déterminants de la santé individuelle ou collective, ayant pour fonction et objectif de recommander l'adoption de mesures de prévention et de contrôle des maladies et de leurs complications. Cette conception augmente la capacité d'intervention de la surveillance épidémiologique une fois qu'elle préconise la connaissance des facteurs qui déterminent et conditionnent l'apparition d'une aggravation dans les espaces collectifs, ceci afin d'implanter des mesures de contrôles efficaces.

MÉTHODES

Il s'agit d'une recherche évaluative dont l'objectif est de savoir comment se réalise l'implantation de la décentralisation de la surveillance épidémiologique dans un programme de santé familiale (PSF) d'une municipalité de l'État de Bahia, utilisée comme une étude de cas.

Le programme de santé familiale a été créé par le Ministère de la santé du Brésil, en 1994, à partir de l'expérience du Programme des agents communautaires de santé (PACS), implanté au Brésil en 1991. L'agent communautaire de santé (ACS) fait partie de l'équipe multiprofessionnelle du PSF. Cet agent provient de la communauté dans laquelle il continue de vivre, faisant ainsi le lien entre les familles de sa communauté et l'unité de santé.

Le PSF, considéré comme une stratégie structurante du Système unique de santé¹, a été conçu dans l'intention de restructurer le modèle de services dominant, centré sur l'hôpital et la pratique médicale, de type individuel et curatif. Pour réorienter les pratiques, il faut consolider une approche globale de services primaires en vue de transformer le modèle de services dominant.

Compte tenu de l'objectif de l'étude, nous avons retenu un modèle politique d'analyse de l'implantation [7]. Ce type d'analyse montre l'agencement des facteurs qui influencent les résultats obtenus après une intervention. Ce choix est d'autant justifié que, pour évaluer l'implantation de la décentralisation de la surveillance épidémiologique par les PSF, il est nécessaire de comprendre le contexte dans lequel ce processus se déroule en fonction du soutien accordé aux intervenants et de leurs capacités d'effectuer avec efficacité les interventions et de l'existence d'une cohérence entre les objectifs et le soutien donné à l'intervention. L'adoption de ce modèle politique d'analyse de l'implantation a véritablement permis l'émergence des principaux concepts de la surveillance épidémiologique ainsi que des idéologies des acteurs de la recherche.

Les données primaires furent obtenues à l'aide d'une entrevue semi-structurée avec des gestionnaires de la santé et des travailleurs du programme de santé familiale d'une municipalité de l'État de Bahia, au Brésil. Les données secondaires proviennent de l'analyse de documents écrits. Les entrevues ont été effectuées à partir d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes, un enregistrement, le consentement écrit préalable des

¹ Le Système unique de santé (SUS) du Brésil a été institué dans les années 1980, au moment historique du retour à la démocratie, avec la fin de la dictature militaire. Il est fondé sur les principes suivants : l'universalité, l'intégralité, l'équité dans l'accès aux services de santé et sur la décentralisation, la mise en place d'un réseau ainsi que la participation de la population comme principes d'organisation.

sujets, et ont eu une durée moyenne de 35 minutes. L'étude a eu lieu durant les travaux de maîtrise de l'auteur principale de l'article, de 2005 à 2006.

Les acteurs de la recherche furent choisis de la façon suivante :

Groupe 1 : Agents de l'équipe de santé de la famille (ESF) ; médecin, infirmière, infirmière auxiliaire et agent communautaire de la santé (ACS).

Groupe 2 : Gestionnaires du secrétariat municipal de la santé, chef de division des services primaires, coordonnatrices des programmes de contrôle de la lèpre et de la tuberculose ainsi que celle du Programme de santé de la famille (PSF), totalisant en tout neuf personnes interrogées, conformément au tableau I [1].

Les personnels de la santé furent sélectionnés selon la catégorie professionnelle à laquelle ils appartenaient. Comme il existe seulement un médecin et une infirmière dans l'équipe, ils furent choisis intentionnellement. Quant à l'agent communautaire et à l'infirmière auxiliaire, ils furent sélectionnés en fonction de leur plus grande ancienneté dans l'équipe de santé. Les gestionnaires choisis ont été ceux qui avaient déjà participé ou participaient à un processus d'implantation de la décentralisation de la surveillance épidémiologique pour les PSF.

Comme il s'agit d'une étude de cas, une seule unité de santé de la famille, implantée en 2002, a été choisie selon les critères établis avant le début du travail sur le terrain, soient un plus long temps d'implantation des actions de surveillance épidémiologique, une plus petite mobilité des professionnels du programme et une meilleure organisation interne de l'unité.

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé une technique d'analyse thématique selon les facteurs définis par le modèle politique. La technique de l'évaluation [8, 9] a également été utilisée. Elle a permis d'analyser les représentations des acteurs de la recherche dans l'expression des énoncés évaluatifs de l'implantation de la décentralisation des actions de la surveillance épidémiologique par les PSF.

RÉSULTATS ET ANALYSE DES DONNÉES

La surveillance épidémiologique possède une dimension stratégique pour la santé publique, tant dans l'adoption des moyens de contrôle que dans l'influence qu'elle exerce pour l'établissement des politiques publiques centrées sur l'amélioration de la qualité de vie de la population.

Toutefois, la surveillance épidémiologique reflète les idéologies à la base de ses conceptions. En effet, elle est encore conçue comme une action imposée d'en haut et coercitive, avec des interventions orientées selon le pouvoir de police médicale [10]. Celui-ci se définit comme menant une action qui restreint et conditionne les activités individuelles, au nom de la protection de l'intérêt collectif et social, fondée sur la suprématie que l'État exerce sur les personnes, les biens et les activités. C'est aussi un ensemble d'interventions centrées sur le contrôle des maladies transmissibles et parfois, dans de rares cas, comme une surveillance qui va au-delà de la progression des maladies en considérant des facteurs déterminants de la santé de la population. La fréquence des diverses conceptions montre que la surveillance épidémiologique centrée sur la maladie regroupe les deux tiers des acteurs concernés par l'étude.

Tableau I
Nombre des participants selon le groupe d'acteurs.

Groupe	Fonction	Nombre
Groupe 1 – Agents de l'équipe de santé familiale	Infirmière	1
	Médecin	1
	Infirmière-auxiliaire	1
	Agent communautaire de santé	1
Groupe 2 – Gestionnaires du Secrétariat municipal de santé	Infirmière chef,	1
	Secrétariat municipal de Santé	
	Biologiste Responsable de la division de la surveillance épidémiologique	1
	Infirmière responsable du Programme des services primaires	1
	Infirmière responsable du programme de surveillance de la lèpre	1
	Infirmière responsable du programme de surveillance de la tuberculose	1
<i>Total</i>		9

Considérant que toute action en santé se fait à partir d'une idéologie, l'analyse qui suit montre les diverses idéologies de la surveillance épidémiologique selon les différents acteurs de cette recherche, en dégageant les convergences et les divergences entre ces différentes conceptions.

Les idéologies sont comprises ici comme un ensemble de formes cristallisées de penser, de sentir et d'agir d'un groupe déterminé. Toutefois, cela ne signifie pas qu'il n'existe pas d'idéologies antagonistes ; au contraire, plusieurs idéologies différentes peuvent coexister à l'intérieur d'un même groupe, avec une plus grande possibilité de conflits. Généralement, l'idéologie dominante cherche à vaincre ces conflits tout en niant leur existence et tout en adoptant des mesures coercitives [11].

1. La surveillance épidémiologique comme expression de pouvoir de police médicale

Les énoncés qui suivent, ainsi que le ton sur lequel ils ont été prononcés, laissent entrevoir clairement que, dans son action, le travailleur de la santé impose des normes et mesures aux familles et aux groupes assistés par le PSF. Le trait marquant de cette conception idéologique de la surveillance épidémiologique est le contrôle de la vie de l'individu et de sa famille, y compris ce qu'il y a de plus intime, au nom du bien-être de la communauté. Pour ceci, les actions sont orientées sur les services de base aux enfants, aux femmes enceintes, à l'alimentation, aux vêtements, à la récréation, à l'hygiène, sous l'égide de la médecine [12, 13].

– [...] *Trouver la famille pour pouvoir traiter tous les cas ; faire que... (orientations) pour qu'elle puisse adopter des gestes comme celui de se laver les mains, prendre un bain, tous ces ensembles de prévention, ceci pour ne plus que cela se reproduise.* (Agent de santé de niveau universitaire).

– [...] *Par exemple, nous avons identifié cette semaine un tuberculeux, un suspect, on lui a demandé des examens, cela a été confirmé, on l'a emmené vers le secteur de traitement, et il est maintenant en traitement. [...] comme je te le disais, il est entre les mains de l'agent communautaire de santé, pour que nous soyons collés à la famille, pour faire en sorte que tous fassent le traitement.* (Agent de santé de niveau universitaire).

– *La surveillance épidémiologique c'est... ça commence principalement au travers d'une dénonciation, et de la recherche qui s'ensuit, où le professionnel prend acte de l'aggravation des cas. Il va jusqu'au local pour voir si réellement il existe... des soupçons de quelques développements morbides...* (Gestionnaire).

Dans la première entrevue, se détachent les termes *faire que* suivis des termes *orientations* sur les gestes et les habitudes du quotidien, comme si les individus ne savaient rien, même en ce qui concerne l'hygiène personnelle. C'est un peu comme si le savoir technique surpassait la capacité de chaque individu de diriger sa propre vie. Le sujet est vu comme dénué de tout savoir, implicite ou commun.

Dans les dires de l'agent de santé de niveau universitaire, se détache le rôle de l'agent communautaire de santé, qui remplit un rôle de surveillance étroite de l'individu dans le traitement de la tuberculose, afin qu'il n'échappe pas à la norme du protocole clinique. Ainsi la surveillance (malgré tout bien intentionnée) semble présenter le sujet comme dépourvu de toute volonté et d'action.

D'un autre côté, la *recherche* et *dénonciation* sont des expressions suggestives de surveillance au nom de la normalité du contrôle. La fonction qu'occupe chaque acteur qui exprime la conception idéologique de la surveillance comme pouvoir de police se reflète dans ses paroles, car, alors que le professionnel de santé s'occupe de l'action sur les corps, le gestionnaire se soucie de l'action orientée sur la dénonciation.

Comme on l'observera dans les résultats des analyses, la conception de la surveillance épidémiologique, en tant qu'action du pouvoir technique sur les autres, n'est pas reliée uniquement à l'action du pouvoir administratif. Les paroles se référant à cette unité d'analyse proviennent à la fois d'un gestionnaire et d'un professionnel de la santé, ce qui révèle que cette conception se rencontre dans les espaces tant macro que micro-localisés dans l'unité de santé.

La pratique de la médecine comme pouvoir de police, a ses origines dans l'Allemagne du XVIII^e siècle. De telles pratiques servaient à intervenir dans les conditions de vie des personnes, avec pour objectif de contrôler et de surveiller la santé des corps dans les classes les plus pauvres, et de les rendre aptes au travail et moins dangereuses pour les classes riches de la société [13]. Ainsi, les pouvoirs publics brésiliens de cette même époque donnaient la priorité aux maladies pestilentiennes comme le choléra, la peste bubonique, la fièvre jaune, la variole car c'étaient celles qui pouvaient menacer les relations commerciales et économiques, ainsi que la politique d'attraction et de retenue de la main-d'œuvre des pays étrangers [2].

Avec la création du département national de la santé, dans les années 1920, les campagnes de vaccination surgirent comme mesure principale d'intervention avec l'utilisation de la force policière de l'État. Oswaldo Cruz assumait la direction générale du département et réussissait à obtenir l'adoption par le Congrès de la loi

de la vaccination obligatoire. La population de Rio de Janeiro rejeta la vaccination obligatoire contre la variole et créa un mouvement de résistance populaire qui fut connu comme la « Révolte des vaccinations » [14].

Les mesures de quarantaine et d'isolement marquèrent les politiques publiques de cette époque. Il s'agissait d'actions restrictives, tournées exclusivement vers l'individu, excluant de sa vie les relations sociales.

Bien que le contrôle des maladies pestilentielles soit un devoir de l'État, il n'est pas pensable de ne prendre en compte que le corps ou les forces d'un individu. Ceci reviendrait à lui imposer une soumission complète aux normes, en même temps qu'une relation d'utilité pour maintenir ses forces pour le mode de production économique.

Les mesures prises dans le passé établissaient une relation de domination constante de l'État sur l'individu, dans laquelle l'objectif primordial n'était pas son bien-être mais celui de l'économie du pays. L'existence, aujourd'hui, d'une telle conception relevée dans le discours de quelques-uns des sujets de la recherche, nous permet de déduire que la population n'est pas considérée comme un acteur important dans l'exécution des actions de surveillance épidémiologique.

2. La surveillance épidémiologique centrée sur la maladie

La deuxième conception idéologique, exprimée par la majeure partie des acteurs de notre étude, vise le contrôle des maladies transmissibles, en écho au modèle hégémonique de l'intention, c'est-à-dire le modèle bio-médical centré sur le savoir clinique. Il privilégie l'attention aux personnes, indépendamment des déterminants du processus santé-maladie. La responsabilité d'être malade ou de ne pas l'être est attribuée totalement à l'individu. Il est question de déresponsabiliser les services et le système de santé, pour responsabiliser uniquement l'individu qui, d'un autre côté, ne dispose pas des conditions sociales pour connaître et décider de sa propre santé.

– Je comprends que la surveillance épidémiologique est un organe qui détecte, prévient et traite les maladies épidémiques... maladies qui peuvent se répandre dans toute la communauté. La dengue, la tuberculose, la lèpre sont des maladies qui peuvent atteindre, ainsi, toute une population. (Travailleur de santé de niveau scolaire moyen).

– On rencontre beaucoup de difficultés [...] principalement quand il nous faut adopter une thérapeutique, obtenir l'adhésion du patient. Ainsi, par exemple pour une parasitose, la personne n'a pas le courage de prendre le remède, et pour une tuberculose, le

patient ne veut pas faire le traitement de six mois. (Travailleur de santé de niveau universitaire).

– Tracer des stratégies pour... solutionner, évaluer et même diriger la façon de traiter chaque détérioration d'un cas, en prévenant, en traitant même et en donnant les conditions pour améliorer la situation de santé de cette municipalité. (Gestionnaire).

Il faut noter que cette pratique est toujours une des formes de contrôle des maladies, à travers l'établissement de protocoles et de normes. On doit considérer que ces pratiques ont eu et ont leur importance pour la réduction de diverses maladies. On ne peut toutefois pas réduire la surveillance épidémiologique à ce seul aspect, car il existe d'autres modes d'action.

À la fin du XIX^e siècle, la « notification comparative des maladies » fut instituée avec pour objectif de suivre le profil de la morbidité dans le Brésil. Elle instaurait la déclaration obligatoire aux autorités sanitaires des maladies inscrites sur la liste nationale des maladies à déclaration obligatoire, définie par décret ministériel. Cet instrument est utilisé jusqu'à aujourd'hui, et il est encore considéré comme un des piliers de la surveillance épidémiologique, car il permet de connaître le processus des maladies et de leurs aggravations [3]. Malgré son importance pour la connaissance du profil épidémiologique de la population, on ne peut réduire l'action de la surveillance épidémiologique au seul contrôle des maladies transmissibles.

Dans les paroles de certains agents, une pratique de la surveillance épidémiologique entièrement axée sur la maladie est réaffirmée. Le discours de la prévention de la maladie surpasse celui de la promotion de la santé. La maladie est vue comme un phénomène individuel, on n'établit aucune relation avec les conditions de vie et de santé de la population locale.

3. Surveillance épidémiologique centrée sur les risques et méfaits

Pour terminer, la conception idéologique de la surveillance épidémiologique orientée vers le contrôle des conditions de vie et de ses déterminants environnementaux, a été également identifiée. Cette conception augmente la capacité d'intervention des professionnels et des agents du Système unique de santé (SUS). Toutefois, dans le cas étudié, seulement les gestionnaires de santé perçoivent la surveillance épidémiologique comme pouvant être centrée sur l'identification des risques et méfaits, mais ne s'expriment pas sur son utilisation dans l'adoption concrète de stratégies d'actions qui peuvent réduire les dommages de santé de la population comme cela est révélé dans les extraits de discours suivants :

– *La surveillance épidémiologique... est insérée dans la surveillance de la santé. Et elle... a comme objectif de réduire les détériorations et les dommages à la santé de la population.* (Gestionnaire).

– *La surveillance épidémiologique : c'est pouvoir identifier les facteurs de risques d'une détérioration déterminée, chercher les actions et les mesures de contrôle pour cette détérioration et identifier les facteurs de risque qui pourraient favoriser... et entraîner plusieurs autres détériorations.* (Gestionnaire).

On peut observer la fréquence réduite de cette conception chez les acteurs de la recherche. Cela montre que le modèle hégémonique dans les services de santé est centré sur le savoir clinique. Adopter cette conception idéologique implique de devoir connaître les facteurs déterminants de la santé, notamment, les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels, aux conditions d'habitation et de l'environnement.

Ainsi, les conceptions des gestionnaires et des agents dans le cas étudié, tels que cités dans les paragraphes antérieurs, révèlent que le travail de la surveillance épidémiologique porte sur les facteurs pathologiques, et donc renforce le modèle biomédical déjà dominant. Cette approche est éloignée de la conception large de la surveillance épidémiologique visant à prendre en compte la connaissance des inégalités de santé de la population, par l'identification des personnes qui présentent des différences dans l'exposition et la vulnérabilité aux risques de santé.

Face à la complexité du cadre épidémiologique de la municipalité, la logique fragmentée de l'intervention ne répond pas aux besoins réels de la population. Il est évidemment nécessaire d'augmenter les connaissances cliniques de la surveillance épidémiologique, de la surveillance sanitaire et environnementale, à l'intérieur d'une action pluridisciplinaire. Les discours cités révèlent une préoccupation pour l'identification des risques et méfaits au détriment des facteurs déterminants des conditions de vie et de santé, s'opposant ainsi à la pensée de Mendes [15], lorsqu'il affirme que la santé est le résultat d'un processus de production social qui montre les conditions de vie d'une population, ce qui se traduit par son niveau d'accès aux biens et aux services économiques et sociaux.

DISCUSSION

La santé est le résultat de politiques publiques, de pratiques et de processus de prises de décisions extrasectorielles. Cette compréhension est fondamentale pour la

construction de modèles alternatifs de services. L'efficacité d'un modèle de santé restreint à des actions intrasectorielles est plus faible car un grand nombre de facteurs déterminant le processus santé-maladie ne sont pas nécessairement sous la gouverne du secteur de la santé. Ainsi, il est nécessaire pour les gestionnaires et pour les professionnels de la santé de construire des alliances. Il s'agit de mobiliser des ressources qui peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de la population et ne pas se limiter à intervenir dans les situations de santé de manière isolée et fragmentée.

Dans ce sens, il est indispensable d'orienter les politiques publiques de santé de la municipalité, non pas vers les détériorations de la santé comme l'a exprimé le gestionnaire en charge du système municipal de santé : « [...] et de cette façon créer des politiques et des directives pour répondre à ces problèmes », mais vers des processus sociaux qui promeuvent la santé de la population, ce qui implique une décentralisation des actions, la promotion de l'équité, le développement d'une gestion partagée entre les travailleurs sociaux et les utilisateurs du SUS, l'intervention dans l'éducation permanente des agents et les pratiques d'intersectorialité.

Les pratiques de la surveillance épidémiologique dans le PSF sont conformes aux avis de notification obligatoire des maladies, à l'enquête épidémiologique et aux mesures de contrôle. La triade information-décision-action est en rupture puisque le PSF ne travaille pas avec les informations obtenues par l'unité de santé, ce qui ne soutient en rien la prise de décisions. Ceci peut signifier une certaine propension du PSF à respecter les décisions du noyau central, en maintenant un travail hiérarchisé, mécanique et rigide de réalisation des tâches. Ceci ne devrait pas faire partie du processus de travail de l'équipe du PSF qui devrait plutôt prendre en compte la santé globale de la population locale.

Les énoncés autour des conceptions de la surveillance épidémiologique relevés dans notre étude, montrent que changer la terminologie ne détermine pas de transformations significatives du modèle existant. Il est nécessaire d'attribuer aux municipalités la capacité d'intervention face aux problèmes sociaux et à ceux de la santé. Les gestionnaires et les agents de la santé auront à intégrer une conception amplifiée de la surveillance épidémiologique amenant à la connaissance de l'histoire naturelle de la maladie. En effet, il est indispensable d'examiner constamment les facteurs déterminant le processus santé-maladie et non pas se cloisonner à une intervention ponctuelle lorsqu'apparaît la maladie.

Les défis sont nombreux, puisque les conceptions des gestionnaires et des agents de la santé conduisent à des pratiques de surveillance épidémiologique centrées sur

le contrôle des maladies, de manière compartimentée alors qu'ils devraient rechercher de nouvelles façons de fournir des services, en se basant sur les principes :

- de *globalité*, qui comprendraient des actions de promotion, de protection et de récupération de la santé, tant au plan individuel qu'au plan collectif ;
- d'*universalité*, où toute personne a le droit à tous les services, qu'ils soient publics ou contractés par le SUS ;
- d'*équité*, qui consistent à donner davantage à qui en a davantage besoin ;
- de *participation sociale*, compris comme des espaces de négociation et d'articulation des représentations sociales ;
- de *décentralisation* qui veilleraient à un réel transfert de pouvoir, pour chaque sphère de la gouvernance et avec la juste allocation des ressources.

Maintenir l'état actuel conduirait à reproduire le modèle biomédical dominant, modèle qui va à l'encontre des principes énoncés ci-dessus.

Traduction

Travail original traduit par Alain André Henri Moineau. Salvador, Bahia, Brasil 2009.

RÉFÉRENCES

1. Santos SSBS. *Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família*. [dissertação]. Salvador (BA) : Universidade Federal da Bahia; 2006.
2. Ministério da Saúde (Brasil). *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Manual do treinamento. Módulo I*. Brasília : Fundação Nacional de Saúde ; 2000.
3. Waldman EA. *Vigilância como prática de saúde pública*. In : Campos GW, Minayo MCS, Akerman M. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo (Brasil) : Hucitec, 2006. p. 487-528.
4. Langmuir AD. *Willian Farr: founder of modern concepts of surveillance*. *Int J Epidemiol*. 1976;5:13-8.
5. Silva Junior JB. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do sistema nacional de vigilância em saúde*. [Tese Doutorado]. São Paulo (Brasil) : Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas ; 2004.
6. Brasil. *Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.
7. Denis JL, Champagne F. *Análise de implantação*. In : Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programa*. Rio de Janeiro : Fiocruz; 2002. p. 49-88.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70 ; 1977.
9. Melo CMM. *Inovação e gestão pública em saúde: análise de um sistema local*. [Tese doutorado]. São Paulo (Brasil) : universidade de São Paulo; 2001.
10. Fiocruz. *Vigilância Sanitária*. *Revista Tema*. Rio de Janeiro : Radis ; 2002;23: 3.
11. Durkheim E. *As regras do método sociológico*. Portugal : Presença ; 2007.
12. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro : Graal ; 1998.
13. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução: Ramalhe R. Petrópolis : Vozes ; 2005.
14. Porto MY. *Uma revolta popular contra a vacina*. *Revista ciência e cultura*. São Paulo (Brasil) : Janeiro/Março ; 2003.55:1.
15. Mendes EV. *Uma agenda para saúde*. São Paulo (Brasil) : Hucitec ; 1996.

