Les implications affectives et professionnelles dans la relation familles-équipe de soins

Patricia Bessaoud-Alonso
Maître de conférences - HDR en sciences de l'éducation, Université de Limoges,
FLSH, FrED EA 6311 « Éducation, diversité en espaces francophones »

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 4, No 2 | pp. 37-47
Reçu le : 15/09/2017 | Accepté le : 20/11/2017

Résumé : Au Brésil, la relation aux personnes et aux soins dans le cadre de la prise en charge préventive et curative présente des singularités qui sont liées à la formation des professionnels de santé autant qu'au système de santé mis en œuvre par les politiques publiques (constitution de 1988 qui institue le SUS, Système Unique de Santé). Cependant, un système de santé privé de qualité, très onéreux et non remboursé, persiste. Il existe des équipes de santé pluridisciplinaires et de proximité – santé de la famille – qui ont pour mission la promotion de la santé et le soin aux personnes. Outre la dimension sanitaire, ces équipes ont une visée éducative et sociale qui s'inscrit dans sa genèse dans un programme plus vaste de lutte contre les inégalités et la pauvreté.

Cet article se propose d'analyser un dispositif d'intervention auprès des familles au sein d'une communauté sans terre dans l'État de São Paulo. Nous présenterons la communauté à travers les conditions socio-historiques de son émergence et le processus évolutif qu'elle a connu depuis. Puis, le rôle et la place, à travers les statuts et fonctions, des professionnels de l'équipe de santé de la famille. Enfin, le dispositif d'intervention lui-même.

Cette analyse se fonde sur un recueil de données constitué d'entretiens collectifs et individuels (familles, agents communautaires, infirmières, dentistes), d'observations en situation, de séances de promotion de la santé, de consultations collectives, d'observation participante du dispositif d'intervention. Nous avons mobilisé le concept d'implication dans ses dimensions libidinales et professionnelles, et interrogé ce qui s'organise dans l'imaginaire collectif des groupes. Comment intervient l'équipe ? Comment les relations se construisent-elles, dans une démarche dite participative de promotion de la santé, entre les

familles et l'équipe de santé ? Quelles sont les tensions et les interférences institutionnelles entre les groupes ?

Mots-clés : santé de la famille, familles, dispositif d'intervention, implication, accompagnement, gestion de la santé.

Introduction

Au Brésil, depuis la chute de la dictature militaire à la fin des années 1980, le processus de démocratisation de la société s'est engagé. L'institutionnalisation du Système Unique de santé (SUS) a été une mesure phare des politiques publiques de l'État fédéral dans le cadre d'un vaste projet de lutte contre les inégalités et la pauvreté. Dans cet article, nous tenterons de saisir comment les tensions et interférences institutionnelles, au sens louraldien, et affectives (Kaes, 2006) traversent les équipes de santé de la famille, plus particulièrement une équipe au sein d'une communauté sans terre de l'État de São Paulo. Nous présenterons le SUS et l'émergence des réseaux de santé de la famille au début des années 1990 à travers leurs rôles, misions, et statuts [1]. Puis nous définirons la méthodologie mise en œuvre dans une démarche de type socio-clinique en mobilisant le concept d'implication, c'est-à-dire les relations qui s'établissent entre les sujets et les institutions (Monceau, 2012). Nous évoquerons également les conditions socio-historiques de la création de la communauté sans terre dans laquelle nous avons mené notre enquête (avec son processus évolutif), ainsi que les premières analyses de cette recherche en cours.

1 Le Système Unique de Santé

Le SUS est le résultat d'un processus historique qui débute dans les années 1970 par l'apparition d'un mouvement politique constitué d'universitaires, le *Movimento sanitarista* (« Mouvement sanitaire »), dont l'objectif était la construction d'un nouveau modèle de santé pour le pays. Le champ de la santé a toujours été très politisé au Brésil. Le *Movimento sanitarista* a résisté au régime militaire et participé à la lutte pour redémocratiser le pays dans les années 1980 avec la création de nouveaux partis, dont le Parti des Travailleurs, exigeant des élections directes y compris pour la présidence du Brésil, ce qui a été effectif en 1989 (L'Abbate, 2017).

Les années 1980 furent déterminantes pour l'élaboration du SUS. Les principes de base sont l'universalité, l'équité, la participation de la communauté et la décentralisation en déléguant des obligations de prestations de services, de surveillance et de financement, aux états, aux municipalités, et au district fédéral (Oliviera, Passador, 2014). La promulgation de la constitution de 1988 confère à la santé publique une dimension de citoyenneté :

> « La santé est un droit pour tous et un devoir de l'État. Elle est garantie par des politiques sociales et économiques qui visent la réduction des maladies et un accès universel et égalitaire en favorisant les actions pour sa promotion et l'accessibilité aux réseaux de santé. » [Ministério da Saúde Brasil.]

1. Plus particulièrement les agents communautaires de santé.

Le SUS est instauré en 1990 (lois de septembre et décembre). Le système repose sur une organisation assez complexe pour une « observatrice française » : le réseau de santé de soins primaires[2], le réseau de soins spécialisés, le réseau des urgences, le réseau d'hospitalisation. Le SUS constitue l'expérience brésilienne la mieux réussie dans le domaine des politiques publiques (Nogueira, 2011), malgré une gestion en strates qui rencontre bon nombre de difficultés. Le SUS est soumis au contrôle social et suppose une conception élargie de la santé ou du soin (Ferreira Neto, Garcia de Araujo, 2012).

Les équipes de santé de la famille sont en quelque sorte le « socle » du système. Elles interviennent à domicile, dans les centres de santé, dans les hôpitaux et sont pluridisciplinaires. Après 1994, le ministère de la Santé annonce l'implantation d'équipes « en santé de la famille » afin d'organiser le travail des soins primaires dans le pays. Ce travail a pour buts d'être la porte d'entrée du système de santé, de promouvoir la qualité de vie, de faire de la prévention de maladies et de soigner en respectant l'intégrité des personnes, c'est-à-dire considérer l'ensemble de leurs besoins au-delà des aspects biologiques (Fortuna, 2013). L'un des principes du système de santé brésilien est la participation de la communauté, des usagers, à la cogestion et la mise en œuvre d'actions de prévention. Le programme de santé de la famille s'adresse à l'individu et à la collectivité (Lancman, Uchida *et al.*, 2007) dans laquelle il est implanté : il est massivement présent dans les quartiers et les communautés défavorisés. Le travail engagé avec les familles s'inscrit dans la continuité et sur le long terme.

Comment les réalités des familles sont-elles prises en compte ? Quels enjeux éducatifs et de promotion de la santé pour les familles et les professionnels ? Comment les équipes de santé de la famille proposent-elles une approche différente de celles, par exemple, des maisons de santé en France, qui sont elles aussi en proximité des familles sans intervention « au plus près » et sans agents relais de type agents communautaires de santé au Brésil ?

2 Méthodologie

L'équipe de santé de la famille est pluridisciplinaire : agents communautaires de santé, infirmières, médecins et dentistes. Notre analyse s'est fondée sur des entretiens compréhensifs non-directifs (Blanchet, 1982 ; Rogers, 1945) collectifs et individuels auprès des familles et de l'équipe de santé, dans une démarche clinique « au plus près » des sujets, d'observations en situation de séances de promotion de la santé, de consultations collectives. Dans un premier temps, nous avons réalisé des entretiens collectifs mixtes (familles et équipe) qui ont permis une élaboration et un questionnement plus fin lors des entretiens individuels. Pendant les séances de promotion de la santé, les observations non participantes et participantes se sont révélées précieuses pour l'analyse des postures, des places des familles et des professionnels dans les dispositifs d'intervention. Notre attention s'est particulièrement focalisée sur quatre femmes, agents communautaires de santé. Nous avons nommé deux d'entre elles « les historiques » car elles sont installées depuis plusieurs décennies dans la communauté et sont idéologiquement impliquées dans le MST (Mouvement sans terre). Les deux autres agents sont plus jeunes et leur implication idéologique

2. Selon la Conférence internationale sur les soins de santé primaires de Alma Ata en 1978, les soins de santé primaires sont des soins essentiels (curatifs, préventifs et promotionnels) reposant sur des méthodes, des techniques et des pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous avec la pleine participation de la communauté et à coûts supportables par les pays.

est plus nuancée. Comment intervient l'équipe ? Comment les relations se construisent-elles, dans une démarche dite participative de promotion de la santé, entre les familles et l'équipe de santé ? Ces questions ont été le fil conducteur de notre recherche.

3 Les familles sans terre

La communauté sans terre se situe à la périphérie de Ribeirão Preto sur une ancienne exploitation de canne à sucre laissée à l'abandon par le propriétaire. Elle se constitue avec les premiers militants arrivés dans les années 1980 sur la base d'un même projet agricole et politique coopératif, respectueux de l'environnement, favorable à une reforestation de la terre. Le processus démocratique et la chute du régime militaire ont favorisé l'expression de revendications citoyennes. Les paysans prennent eux-mêmes [3] les décisions, mènent les actions et confrontent leurs expériences. Leurs problèmes et besoins sont à l'origine de la création du MST en 1984. (Raes, 2001, p. 78). L'occupation de la terre est le principal moyen de pression du mouvement qui cherche à infléchir les politiques publiques en demandant la participation des travailleurs ruraux aux décisions les concernant. Mais ce n'est pas le seul principe du mouvement. L'occupation de la terre a une fonction d'intégration sociale, de solidarité vis-à-vis de ses membres : améliorer leur niveau de scolarité et leur éducation, leur santé, et éviter l'exode rural. Le mouvement se fonde sur des valeurs et des pratiques alternatives qui mettent l'accent sur la participation de tous aux décisions, sur le partage des tâches, la coopération, l'entraide et la formation de sujets capables d'intervenir et de transformer la réalité. L'éducation est entendue comme un processus permanent de formation et de transformation de l'homme dans toutes ses dimensions. En se référant clairement à la pédagogie des opprimés, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde (Freire, 1974, p. 62). L'histoire des lieux forge un vécu commun qui prend corps dans la transmission de ce passé en produisant un effet de « tradition commune » mais qui, dans le cas qui nous intéresse, n'échappe pas à une réélaboration au présent qui, comme un balancier, oscille entre mémoire du collectif et visée plus individualiste. Depuis deux ans la communauté sans terre doit faire face à de nouveaux problèmes d'implantation de familles à la marge des terres qui circonscrivent la communauté. Ces implantations ont une particularité qui pose question puisqu'il s'agit des enfants devenus adultes de certaines familles « historiques » de la communauté. Les habitats sont très rudimentaires : une seule pompe à eau pour une dizaine de familles et pas d'électricité. Lors de notre dernière rencontre, les premières productions agricoles étaient en cours. Ces jeunes familles dénoncent le fait que, depuis quelques années, certaines familles ont des stratégies individuelles qui ont « gangréné » le projet politique et agricole initial de la communauté en s'installant sans répondre aux principes du MST, en travaillant à l'extérieur, et sans participer à la mise en commun d'une part de la production agricole. Pour des raisons de temporalité nous n'avons pas pu rencontrer et mener des entretiens auprès des familles installées dans la communauté qui auraient des stratégies plus individualistes. L'équipe de santé de la famille est restée très évasive lors de nos échanges à ce sujet. C'est une question que nous souhaitons investir lors de notre prochaine immersion dans la communauté. Le développement de l'auto-observance [4], des codécisions et de l'éman-

3. Influence des syndicats et partis de gauche sur les droits des travailleurs ruraux, projets de financement et d'organisation de la production agricole.

4. Le concept d'observance peut être envisagé sous un angle laissant toute leur place aux trajectoires hétérogènes des patients, aux interactions et aux contextes sociaux (Debussche, 2014).

cipation du patient, en France, fait écho aux principes d'éducation et de promotion de la santé développés par les équipes de santé de la famille implantées dans la communauté sans terre.

4 Les agents communautaires de santé

Nous nous sommes introduits dans la communauté par l'intermédiaire de l'équipe de santé de la famille. Lors de différentes visites aux domiciles des familles du secteur, nous avions rencontré préalablement la directrice d'un centre de santé primaire (dans un quartier populaire de la ville), qui nous a mis en relation avec l'équipe d'intervention au sein de la communauté. Les équipes de santé de la famille ont pour mission la promotion de la santé et le soin aux personnes. Outre la dimension sanitaire, ces équipes ont une visée éducative et sociale. Les intérêts de la communauté doivent être au cœur des pratiques des équipes. La question du lieu n'est pas à négliger. La sphère territoriale a un impact direct sur la prise en charge des familles, de la personne, et des problématiques de santé et d'intervention sociale liées aux communautés. La dimension territoriale en santé communautaire a du sens si elle permet à la population et aux équipes de santé d'avoir une prise sur leur environnement. Ces équipes sont très souvent le premier contact que les familles ont avec les programmes de santé. Ce qui implique une proximité importante afin de construire avec la communauté des relations de confiance et d'accompagnement des familles. Les agents communautaires sont en quelque sorte la « voix » des familles grâce à une connaissance fine du terrain sur lequel ils sont investis. Leur implication, leur connaissance et leur présence permanente sont également source de tensions et de conflits. La fonction est ambigüe, inconfortable et ne fait pas toujours l'unanimité au sein de la communauté. Le programme des agents communautaires développé par le ministère de la Santé (1991) avait pour objectif de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, grâce à l'extension des services de santé dans les territoires de grande pauvreté[5]. Le Brésil est un continent à très forte hétérogénéité sociale et la mise en place des équipes de santé de la famille, par le gouvernement fédéral, ne peut se faire de façon homogène sur l'ensemble du territoire. Le principal défi est de maintenir la qualité des actions du programme sans empêcher la créativité, la liberté des acteurs et le potentiel d'innovation qui peut en découler avec le maintien de la responsabilité sociale de l'État envers tous les citoyens et de permettre la recherche de solutions locales pour des problèmes qui s'expriment localement (Medina, 2005).

Dans la communauté sans terre, les agents[6] sont en activité depuis des années. Les plus anciennes font partie des « historiques », des premières vagues de familles militantes implantées sur ces terres pour défendre un projet politique. Les deux autres agents de santé sont arrivées dans la communauté plus récemment. En plus de leurs interventions techniques (suivi des traitements, orienter et expliquer la finalité des soins, l'accompagnement vers des services spécialisés...), elles ont en charge la mise en place d'activités de promotion de la santé et les tâches administratives. Leur formation, très basique, a souffert de divers remaniements qui ne permettent pas une réelle reconnaissance de leurs savoir-faire professionnels.

5. Plus particulièrement au nord et nord-est du Brésil.
6. Les agents communautaires sont essentiellement des femmes.

5 Recrutement et formation des agents

Les agents sont recrutés par les municipalités. Le programme de recrutement des agents communautaires de santé au Brésil a suivi plusieurs étapes, entre son institutionnalisation en 1991 et aujourd'hui. Il est conjoint à la constitution des équipes de santé de la famille mises en place pour garantir les principes du SUS sur le territoire national. Historiquement, l'agent communautaire s'inscrit dans une politique publique qui, progressivement, institue un travailleur dont la fonction principale est de faciliter le lien entre les services de santé et la communauté. Dès les années 1970, le modèle d'une médecine communautaire est représenté par les agents de santé qui ont la charge des activités d'éducation sanitaire dans les communautés. Avec la mise en œuvre, en 1976, par le ministère de la Santé d'un programme d'intériorisation des actions sanitaires, une première formation instrumentale et technique par la pratique est dispensée (gestes à maitriser, informations à transmettre, suivi des traitements. . .).

En 1991 est créé le programme national d'agents communautaires de santé (AC) en tant que politique nationale du ministère de la Santé. En 1997, la loi définit les attributions des agents communautaires au sein des équipes de santé de la famille. Puis, en 1999, un cadre (promulgation du décret 3189) établit plus précisément l'activité de l'exercice des AC comme par exemple :

- utilisation des outils de diagnostic démographique et socio-culturel de la communauté ;
- enregistrement des naissances, des décès, des maladies et problèmes de santé ;
- suivi des situations à risque des familles ;
- encouragement de la participation communautaire ;
- renforcement du lien entre le secteur de la santé et les autres politiques publiques (éducatives, sociales).

Les conditions d'accès à la profession nécessitent de vivre dans la communauté depuis au moins deux ans, d'avoir au moins 18 ans, de savoir lire et écrire, de faire preuve de solidarité et d'être disponible à temps plein. Depuis 2002, un niveau équivalent à la fin de 3^{e} en France est requis pour les nouveaux agents ainsi que la réussite au cours de formation de base.

Depuis 2004, le programme de référence du « cours technique d'agent communautaire de santé » est créé. Le processus est composé de trois étapes de formation :

- Contextualisation, approche et définition du problème, le profil social de l'agent communautaire de santé et son rôle technique au sein de l'équipe pluridisciplinaire du réseau basique du SUS – 400 heures.
- Promotion de la santé et prévention de la maladie du point de vue individuel et collectif et pour les maladies à prévalence – 600 heures.
- Promotion, prévention et contrôle des situations de risque environnemental et sanitaire – 200 heures.

Ce programme de formation reste à ce jour limité et peu efficace. La première étape a bien été financée par le ministère de la Santé, mais les deux étapes suivantes n'ont été mises

en place que dans certains états par crainte d'une demande d'augmentation des salaires. Plus globalement, des difficultés structurelles pour remplacer les agents en formation et un manque de volonté affichée de certaines municipalités sont un frein pour engager un budget pour la formation à l'intervention sanitaire et sociale des agents communautaires (Furlam, 2008).

L'une des agents, nous explique qu'elle a passé un examen administratif avec quelques questions concernant le système de santé unique et une maitrise convenable de la langue portugaise. Depuis, quelques années (sur certains secteurs) des formations [7] sont proposées aux agents afin de développer la promotion de la santé et la relation aux familles, en lien avec une approche plus globale du soin à la personne. L'infirmière qui l'accompagnait dans ses visites à domicile ne connaissait pas les modalités de recrutement des agents, elle nous déclare : « Je pensais qu'il fallait être issue de la communauté et passer seulement un entretien de motivation. »

Dans la communauté sans terre les quatre agents de santé sont facilement identifiables puisqu'elles portent des vêtements qui les distinguent des autres professionnels (les infirmières sont en blouse blanche, ou rose, les dentistes et les médecins sont en tenue de ville). Elles portent un tee-shirt de couleur variable où est inscrit *saúde* (« santé »), ce qui n'est pas forcément le cas ailleurs où la tenue entre infirmières, auxiliaires et agents est plus indifférenciée. Lors d'une activité de promotion de la santé organisée pour et avec les familles, sur la thématique de l'attention bucco-dentaire [8], les agents étaient consignées à des tâches « d'hôtesse » : servir à boire, distribuer des documents, prendre en charge les enfants fatigués, les bébés qui pleuraient... Une sorte d'action de canalisation du groupe, de maintien du bon fonctionnement de l'activité, sans intervention directe dans le déroulement de l'activité de prévention. L'intervention se situe en amont : les visites au domicile des familles, l'incitation à participer à l'élaboration de la séance et la prévention, en se référant à la dernière consultation dentaire. Les familles (pères et mères, tantes, grand-mères) présentes sont accompagnées d'enfants en bas âge. Le regroupement a un caractère d'éducation à la santé : présentation de planches dentaires, activités pratiques d'usage de la brosse à dents, risques liés à l'excès de sucre, etc. À la suite, un espace de soins est dédié à une consultation collective fondée sur une méthode de type acupuncture où les agents communautaires participent comme premiers usagers de celle-ci. L'intervention des agents communautaires de santé, depuis leur implantation dans la communauté, a eu des effets positifs sur les usagers. Les entretiens individuels et collectifs menés auprès des familles et de l'équipe de santé de la famille soulignent notamment une meilleure prise en charge de la maternité en améliorant le suivi des femmes enceintes grâce aux consultations prénatales, et en favorisant les activités éducatives primaires. L'allaitement est plus courant chez les mères et la malnutrition des nourrissons et enfants en bas âge a reculé. L'éducation sanitaire s'est également construite sur le socle d'une éducation agricole raisonnée et pensée en fonction des besoins des familles et sur le partage des ressources de la terre. La coopérative de la communauté met à disposition de chaque famille une partie de la production à titre gratuit. Cette redistribution a permis d'améliorer sensiblement les conditions d'une satisfaction durable des besoins alimentaires des familles. La couverture vaccinale des enfants s'est améliorée et le programme bucco-dentaire mis en place plus

7. Cela concerne essentiellement les programmes tripartites entre Cuba, Haïti et le Brésil.
8. L'attention bucco-dentaire est partie intégrante des attributions récentes du programme de santé de la famille.

récemment commence à porter ses fruits. Toutefois, un grand nombre d'insatisfactions persistent chez les agents communautaires et les familles.

Les discours des agents communautaires

Les discours des agents sur leurs rôles dans la communauté sont clivés entre la place en tant que personne dans la communauté et leur fonction comme agent de santé communautaire. Ils mettent au jour des paradoxes puissants et des tensions avec les familles, mais aussi au sein de l'équipe. La nature même de leur place est analysée comme essentielle pour établir un lien avec la communauté et à la fois comme secondaire en tant que professionnelles de santé.

La plus ancienne des agents nous retrace son parcours [9] :

> « Moi, je suis une militante et je voulais œuvrer pour la communauté. Il y avait beaucoup de choses à faire, construire un toit, faire venir l'eau, l'électricité petit à petit, c'est encore un problème dans les nouvelles zones d'occupation, [...] éduquer les enfants, soigner les gens, organiser la communauté. Alors quand le programme de santé de la famille a débuté, moi j'ai dit : "Très bien, je fais ça." »

Elle poursuit sur l'aspect intrusif de son travail :

> « C'est difficile parfois car même si tout le monde me connaît, certains ont un sentiment intrusif. Je rentre dans leur intimité quand je vais à domicile, je vois comment ça se passe avec les enfants, dans le couple, tout ça. Pour d'autres, au contraire, c'est bien. On discute, surtout pour les anciens, ça rompt un peu l'isolement, ce n'est pas que le suivi des traitements et tout ça, c'est une compagnie. »

Pour les agents plus jeunes le regard est plus incisif :

> « On s'entend bien dans l'équipe, ce n'est pas cela, mais parfois on ne sait pas quoi faire de ce que l'on sait et voit. Nous, on vit ici alors on doit aussi se protéger. Il y a des problèmes d'alcool, de drogues, de violences conjugales... On essaie d'aider, de protéger les enfants mais les moyens pour le faire, c'est compliqué. On n'a pas de formation pour prendre en charge les risques et les problèmes psychologiques, [...] notre formation est une formation de base un peu technique. »

La place de l'agent communautaire pose un certain nombre de questions. Celles-ci sont liées à la formation et à la professionnalisation qui reste une faille dans les réseaux de santé de la famille. L'aspect technique du modèle biomédical est dominant (Siva, 2004) alors que la nature de l'intervention des équipes de santé de la famille s'inscrit dans une prise en charge globale de l'individu et de la famille.

Les équipes infirmières de santé de la famille ont entamé ce travail de réflexion. En particulier celles et ceux qui poursuivent leurs études en master et doctorat de sciences

9. Le programme se met en place au milieu des années 1990.

infirmières dans une approche qui considère le travail des infirmiers.ères comme une pratique sociale collective liée à l'économie et aux moyens de production (Almeida, Rocha, 1986). Les infirmières qui interviennent dans l'équipe de santé de la famille dans la communauté sans terre sont des professionnelles qui ont obtenu une licence en quatre ou cinq ans selon la spécialité, ou des infirmières qui entament un cursus de recherche en master ou doctorat. À l'université de São Paulo (école en sciences infirmières de Ribeirão Preto), le défi pour le département de santé collective est d'amener les étudiants à être plus proches de la réalité sanitaire du pays et de former des professionnels capables de travailler dans la plupart des services de santé, avec des capacités critiques et réflexives (Fortuna, 2014), selon des stratégies pédagogiques actives et interdisciplinaires. L'objectif est de développer un enseignement qui dépasse la vision biologiste centrée sur la maladie pour une prise en charge globale de l'usager. L'utilisation du terme usager plutôt que celui de patient fait référence à l'état même de la personne : le patient attend, il est passif alors que le terme d'usager reflète une dimension plus active, plus participative (Da Silva Santos, Bessaoud-Alonso et Fortuna, 2017). Ce programme, développé à Ribeirão Preto, permet aux étudiants et professionnels de considérer l'environnement dans lequel vivent les familles, de penser les inégalités sociales, les problèmes psychologiques liés au chômage, aux addictions, et réfléchir à l'articulation entre éducation et santé. Pour ce faire, la dimension collective de l'intervention en santé de la famille ne peut se passer d'une réelle collaboration active et effective avec les agents communautaires de santé en reconnaissant leurs savoirs d'expériences.

Les compétences des agents pour maintenir le lien et asseoir leur présence professionnelle dans la communauté relèvent davantage de l'expérience quotidienne et des savoirs qu'ils construisent que de savoirs savants et académiques. La proximité avec la communauté est à la fois une force – partager le même environnement, le même espace social pour une intervention rapide 24h/24 – et une fragilité qui ne permet pas toujours une mise à distance face aux tensions, aux contraintes, aux affects présents sur le territoire. La formation est un enjeu majeur pour un travail plus collectif au sein de l'équipe de santé de la famille.

Conclusion

Ces difficultés au jour le jour sont évoquées et discutées au sein de l'équipe de santé de la famille lors de réunions pluridisciplinaires. Les actions pour y remédier sont complexes et sont parfois aux antipodes du concept même de santé de la famille (participation des familles aux prises de décisions, les combats à mener pour l'éducation, la santé et la lutte contre la pauvreté). Les agents de santé communautaires sont un défi pour les équipes de santé de la famille. Leur ancrage territorial est la condition formelle pour accéder à la profession. Les équipes misent sur la connaissance de leurs congénères de l'organisation microsociale de la communauté, de l'histoire qui la fonde, et d'une certaine perception de son évolution et de ses transformations, en plus des tâches techniques sanitaires, éducatives et administratives. Elles doivent être des agents visibles dans leurs interventions professionnelles et invisibles dans la capacité à se fondre dans la communauté comme n'importe quel autre habitant. La posture à tenir est « sur le fil du rasoir ». La proximité avec les familles peut avoir des effets pervers : « On est un réceptacle et ça

arrive parfois, de la violence à notre encontre. En fait, ce n'est pas nous, mais le système qui est visé. »

Elles reçoivent aussi des confidences qui enchaînent ou qui sont des éléments de pression ou de chantage : « Il y a des histoires qui entremêlent [*entrelaçar*] les familles, on est prises dedans et on ne peut que se taire. »

Les informations ne circulent pas toujours correctement (présence ou non du médecin au dispensaire de la communauté, confirmation d'une consultation spécialisée dans une unité de soins à l'extérieur. . .). Leur participation effective à la conception des activités de promotion de la santé est à la marge. L'efficacité d'une équipe de santé de la famille est principalement due à la cohésion de ses membres et à une approche participative et globale des familles, dans la prise en compte de tous les intervenants qui la constituent. Pour ce faire, la place de l'agent de santé communautaire est centrale dans la création du lien social et de la promotion de la santé. Si son institutionnalisation dans le champ de la santé collective est réelle, sa reconnaissance est encore à construire en tant que professionnelle : autant pour les familles que pour les soignants. Cette situation d'entre-deux produit des effets de tension au sein de l'équipe de santé. Les dissemblances observées, les paroles énoncées, les pratiques diverses des agents de santé au sein d'une équipe ou d'une autre, semblent ne pas aller dans le sens d'une définition du métier, de pratiques professionnelles spécifiques, ou d'une analyse collective des apports et des dérives qui se construisent autour de cette place interstitielle. Le vécu se construit dans l'ambiguïté d'une double implication libidinale et professionnelle dans l'État et dans la communauté. C'est aussi un vécu qui se bâtit dans un champ ouvert, un champ de possibles à construire sur des chemins multiples et toujours incertains. Au-delà d'une demande de formation technique, le « combat » à mener pour les agents communautaires de santé se situe surtout dans une analyse collective des pratiques professionnelles à visée formative (Fablet, 2004), au sein de l'équipe de santé de la famille. Le dialogue entre sciences médicales, sciences infirmières, ou encore santé collective au Brésil, et les sciences humaines et sociales est entamé dans certains travaux de recherche ici et ailleurs. La santé est une question sociale et politique (L'Abbate, 2017) qui doit se poursuivre et s'amplifier afin de produire des connaissances utiles pour les personnes concernées au quotidien, dont les professionnels de santé et les usagers.

Références bibliographiques

Abrahão, A.L., Martins, C.M., Geisler, A. (2008). O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde : notas para a questão da autonomia, *Ciência e saúde coletiva,* 13(1), p. 247-57.

Almeida, M.C.P., Rocha, J.S.Y. (1986). *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, BR : Cortez.

Becker, H.S. (2002). *Les ficelles du métier*. Paris : La Découverte.

Blanchet, A. (1982) : Épistémologie critique de l'entretien d'enquête de style non directif ; ses éventuelles distorsions dans le champ des sciences humaines. *Bulletin de Psychologie,* 358, p. 187-195.

Clot, Y. (2011). Le métier comme opérateur de santé. *Bulletin de psychologie*, 2011/1, 511, p. 31-38.

Clot, Y. (2014). Clinique de l'activité. Dans Zawieja, P. et Guarnieri, F. (coord.). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil.

Da Silva Santos, K., Bessaoud-Alonso, P., Fortuna, C. (2017). Les pratiques professionnelles dans un centre de lutte antituberculeuse : l'observation et l'implication, *Phronesis*, 6(3).

Debussche, X. (2014). L'observance en éducation thérapeutique : un concept pertinent ? *Revue Éducation, Santé, Sociétés*, 1(2), p. 215-228.

Fablet, D. (2004). Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles, une visée avant tout formative, *Connexions,* 82(2).

Fortuna, C., Ribeiro Santana, F., Aparecida Spagnol, C. (2014). La formation universitaire des infirmières au Brésil. Trois expériences. *Recherche en soins infirmiers*, 119(4).

Freire, P. (1974). *La pédagogie des opprimés*. Paris : Maspéro.

Furlan, P.G. (2008). O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica : alguns apontamentos. Dans Campos, G.W.S., Guerrero, A.V. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica : saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo, BR : Hucitec, p. 368-87.

Gaulejac, V. (de). (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Le Seuil.

Giust-Despraieries, F. (2009). *L'imaginaire collectif*. Toulouse : Érès.

Kaes, R. (2006). L'affect et les identifications affectives dans les groupes, *Champ pyschosomatique*, 1(41), p. 59-79.

L'Abbate, S. (2017). Analyse institutionnelle et santé collective au Brésil : effets d'une articulation théorique. Dans Monceau, G. (Dir.). *L'analyse institutionnelle des pratiques. Une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France*. Paris : L'Harmattan.

Lapassade, G. (2002). Observation participante. *Vocabulaire de psychosociologie*. Toulouse : Erès.

Lourau, R. (1970). *L'analyse institutionnelle*. Paris : Éditions de Minuit.

Medina, M. G. (2005). Le programme de santé de la famille : pratiques et enjeux. *Colloque International Pratiques soignantes, éthique et sociétés : impasses, alternatives et aspects interculturels.* Lyon.

Monceau, G. (2012). *L'analyse institutionnelle des pratiques. Une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France*. Paris : L'Harmattan.

Nogueira, R.P. (2011). O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. Dans N.R. Santos et P. Amarante (sous la direction de), *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro, BR : Cebes, p. 24-47.

Peneff, J. (2009*). Le gout de l'observation*. Paris : La Découverte.

Rogers, C. (1945). The non-directive method as a technique for social research. *American Journal of Sociology,* 50(4), p. 279-289.

Silva, J.A., Dalmaso, A.S.W. (2004). Agente comunitário de saúde : o ser, o saber, o fazer. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5).