



HAL
open science

Crise au dispensaire. Réseaux sociaux et fonctionnement d'un système sanitaire local au Brésil.

Michel Grossetti, Marcia Gomide

► **To cite this version:**

Michel Grossetti, Marcia Gomide. Crise au dispensaire. Réseaux sociaux et fonctionnement d'un système sanitaire local au Brésil.. *Revue Sociologie Santé - RSS*, 2010, 29, pp.71-88. <halshs-00476868>

HAL Id: halshs-00476868

<https://shs.hal.science/halshs-00476868v1>

Submitted on 27 Apr 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Marcia Gomide et Michel Grossetti

Crise au dispensaire. Réseaux sociaux et fonctionnement d'un système sanitaire local au Brésil

Sociologie Santé, n°29, pp.71-88.

Résumé

Nous étudions dans cet article le système sanitaire d'une petite ville brésilienne. Nous analysons conjointement l'évolution du fonctionnement du système et celle du réseau des relations entre les professionnels afin d'évaluer les effets d'encastrement du fonctionnement de cette organisation de santé dans les réseaux interpersonnels. Cette analyse est facilitée par le fait que ce système sanitaire s'est trouvé confronté à une crise organisationnelle durant la période d'observation.

Mots-clés : réseaux sociaux ; encastrement ; découplage ; Brésil

Abstract

We study in this article a local health system in a small brazilian town. We both analyse the change in the functioning of the system and in the networks of relations between professionals, in order to assess the embeddedness of the organization in social networks of individuals. This analysis is made easier by the fact that this local system had to deal with an organizational crisis during the period of observation.

Key-words : social networks ; embeddedness ; decoupling ; Brazil

Introduction

Les chercheurs en sciences sociales travaillant dans le domaine de la santé utilisent le terme de réseau dans deux registres différents. Le premier registre renvoie aux réseaux de santé, une forme organisationnelle issue de diverses expérimentations et régulée récemment en France par un cadre législatif (Cabé, 2005, Acef, 2008). Les chercheurs se préoccupent alors d'analyser la façon dont les intervenants se coordonnent, construisent ou non des mondes communs, s'interrogent sur l'idéologie de l'organisation en réseau, sur les problèmes posés par le passage du suivi individuel à des pratiques plus collectives dans un milieu professionnel plutôt individualiste (Clément, Mantovani, Rolland, 2005 ; Cresson, Drulhe et Shweyer, 2003). Le second registre est celui des réseaux sociaux. Une masse considérable de recherche a été réalisée pour évaluer l'impact du « support social », c'est-à-dire des relations sociales « aidantes », dans le maintien de la santé ou du bien-être (Cohen et Syme, 1985 par exemple). L'usage commun d'un même terme donne envie de rapprocher les deux expressions

« réseau de santé » et « réseau social ». Certains auteurs ont déjà fait ce rapprochement pour étudier les relations entre les organisations de santé en utilisant des méthodes d'analyse de réseaux (Chanut, Boyer *et alii*, 2005). Mais il existe une autre façon de rapprocher les deux expressions. Elle consiste à faire le lien entre l'organisation en réseau comme celle des réseaux de santé et les réseaux non pas d'organisations, mais d'individus. En effet, ce sont des acteurs individuels qui font fonctionner les organisations. Les relations qu'ils ont entre eux, et le réseau que forment ces relations, sont dans tous les cas d'une grande importance, mais cette importance est encore accrue lorsque l'organisation prend la forme d'un réseau. On se situe alors sur un registre qui n'est en rien spécifique au domaine de la santé, celui de l'encastrement des activités organisationnelles dans les réseaux sociaux, et de l'autonomisation possible, de la robustesse, de ces activités par rapport à ces réseaux. C'est la problématique de l'encastrement et du découplage (Grossetti et Bès, 2001). Elle consiste à évaluer dans quelle mesure le niveau des organisations est dépendant des relations interpersonnelles et dans quelles conditions il peut s'en affranchir.

Nous avons choisi de questionner à partir de cette problématique un système local de santé du Brésil. Les programmes sanitaires brésiliens présentent une organisation complexe dont l'unité de base, au contact quotidien de la population, est le dispensaire local, théoriquement en charge de l'ensemble des citoyens, mais surtout fréquenté en pratique par les populations les moins fortunées. Les dispensaires s'intègrent dans des systèmes locaux comprenant les hôpitaux et des services administratifs. Chacun d'eux comprend des équipes du Programme de Santé Familiale (PSF) pour la réalisation des actions de prévention et de contrôle : consultation ambulatoire, résidentielle, planification et réalisation de campagnes (examens, vaccins, informations...). L'ensemble du système est soumis à des normes strictes de performance et doit mettre en œuvre des programmes précis supervisés par les services de l'Etat et des collectivités locales, qui évaluent les performances de tous les « Secrétaires de Santé » municipaux. Plus les municipalités se rapprochent des objectifs, plus elles reçoivent des ressources. Malgré l'existence de ce mécanisme de régulation, on peut observer des variations importantes dans le fonctionnement ordinaire des systèmes locaux et des dispensaires.

L'article se fonde sur l'histoire de l'un de ces systèmes locaux, situé dans une petite ville de l'intérieur du Brésil. Nous avons reconstitué cette histoire à partir d'entretiens et d'une observation longue réalisée par l'une d'entre nous¹ qui a suivi les équipes de ce dispensaire durant un an et demi, à raison de 10 jours par mois, accompagnant des équipes médicales sur le terrain, et observant des réunions avec la municipalité. Nous avons reconstitué le réseau des membres du dispensaire et de certains de leurs interlocuteurs à plusieurs moments de l'histoire. Nous montrerons comment les relations entre les personnels, et les évolutions du réseau que ces relations constituent, peuvent influencer les résultats du service, à partir de l'arrivée d'un professionnel qui fait changer les routines. Après une période durant laquelle les relations et les activités s'intensifient, une série de ruptures de relations modifient le réseau et provoquent le départ de cet acteur central, ce qui amorce une période de déclin du service. Cette histoire permettra de vérifier les effets de découplage et d'encastrement, c'est-à-dire la dépendance ou l'autonomie des organisations vis-à-vis des réseaux interpersonnels. Nous verrons que dans ce cas, l'analyse du réseau social permet d'expliquer, mieux que

¹ Marcia Gomide.

d'autres paramètres, les oscillations de l'activité du dispensaire et les résultats du programme national de santé.

1. L'implantation d'un programme national de santé au niveau local

Il faut d'abord planter le décor de l'histoire que nous allons raconter et analyser. Elle a pour cadre le système de santé brésilien dans une phase de déconcentration.

1.1. La politique de santé du Brésil

Le Ministère de la Santé (MS) cherche à lutter contre les maladies considérées comme prioritaires au moyen de programmes spécifiques. Le MS définit les objectifs qui doivent être atteints par chacun des états qui composent la nation. Ceux-ci sont composés de "municipalités". Une "municipalité" regroupe une ville principale, qui en est le siège, et d'autres villes où localités de moindre importance. Toute ville ne possède pas un hôpital, mais toutes ont au moins un Dispensaire (D). La municipalité qui comprend l'hôpital le plus performant sert de référence régionale pour les municipalités voisines. Le nombre de dispensaires varie suivant l'importance de la population et l'existence d'une ou plusieurs Equipes de Soins Familiales (ESF). Les ESF incarnent la stratégie utilisée par le MS pour garantir des soins essentiels de santé, passant d'une politique d'assistance à une logique préventive.

Cette ramification des soins essentiels de santé est dénommée « décentralisation des actions de santé ». Celui-ci est censé permettre aux communautés les plus distantes d'accéder aux soins, transférant ainsi la gestion du système de santé aux municipalités. C'est la base du SUS (Système Unique de Santé) au Brésil. Le SUS a pour origine le mouvement dénommé "Réforme Sanitaire", composé de professionnels de santé et de membres de la société civile, qui a inspiré l'engagement « Santé pour tous en l'an 2000 » (Déclaration d'Alma-Ata, 1978), et a été décisif lors de la VIII Conférence de Santé, pour la création de ce système (Constitution Fédérale/SUS – 1988). Le SUS a pour principes "l'universalité, l'équité et l'intégralité de l'assistance à la santé de l'individu" (MS, Loi 8080/1990). Ceux-ci visent à garantir un soutien en matière de santé à tout citoyen (ABC du SUS/MS 1990 ; MS, Loi 8.142/1990).

Ainsi, les dispensaires fonctionnent comme une « porte d'entrée » pour le SUS. L'organisation hiérarchique entre le dispensaire, l'hôpital de référence et l'hôpital spécialisé, a pour objectif de répartir les usagers en fonction de leurs besoins, diminuant l'encombrement des hôpitaux spécialisés et garantissant l'accès des citoyens au SUS.

1.2. La distribution des rôles

La hiérarchie des fonctions commence par le Ministre de la Santé et son "secrétaire" national. Les états et les municipalités ont aussi leurs "Secrétaires de Santé" locaux, soumis à la fois à l'autorité du Gouverneur et à celle du Maire. Outre le secrétaire de Santé, représentant du ministère, les états ont un "Coordinateur Superviseur des Programmes de Santé" des Municipalités. Le Ministère de la Santé définit les priorités et les ressources relatives à chaque programme. Les Secrétaires de Santé des Etats

doivent garantir que leur Etat atteigne les objectifs établis par le MS, ainsi que la distribution des ressources à chacune de leurs municipalités. Pour cela, ils doivent évaluer les performances de tous les Secrétaires de Santé Municipaux. Plus les municipalités parviennent à afficher des résultats proches des objectifs, plus l'état dont elles relèvent perçoit de ressources.

Les dispensaires sont répartis dans l'espace géographique. Le nombre d'équipes du Programme de Santé Familiale (PSF) au sein d'un poste dépend aussi du nombre d'habitants de la région. La limite maximum de consultations préconisée par le MS est de 1200 familles par équipe de PSF. Ainsi revient-il au Secrétaire de Santé Municipal de planifier cette distribution et d'accompagner la réalisation des actions de contrôle réalisées par chaque équipe. Les actions de contrôle comprennent entre autres les consultations ambulatoires ou résidentielles, l'enregistrement des familles, la planification et la réalisation de campagnes (examens, vaccins, informations...) et l'accueil dans les dispensaires.

1.3. Les difficultés de la décentralisation du système de santé

L'implantation du SUS et la décentralisation des services de santé ont fait de la municipalité l'unité de base d'administration financière (Campos, 1992). Toutefois, réaliser ces implantations de façon homogène, fonctionnelle et en assurant une qualité constante comme prévu dans le projet d'origine n'est guère facile pour le gouvernement brésilien (Koplan, 1999). En effet, de nombreuses difficultés ont été rencontrées lors de l'implantation décentralisée du programme de santé dans les municipalités, ce qui a incité le ministère à commanditer une série d'évaluations (Victora, 2002). Ainsi, de nombreux chercheurs ont effectué des études destinées à comprendre les difficultés rencontrées sur le terrain, afin que le gouvernement puisse accorder des subventions destinées à améliorer les implantations locales du SUS et en conséquence la qualité des programmes de santé dans les municipalités (Viacava *et alii*, 2004). Beaucoup de ces études s'appuient sur des considérations concernant les principes d'universalité et d'équité (Miranda, 2003) pour analyser divers contextes culturels et les « facteurs infrastructurels » pouvant expliquer les variations de performance des systèmes locaux de santé. Dans ces travaux, la « culture du service », c'est-à-dire les spécificités des services locaux, est considérée comme un composant important susceptible d'amplifier les difficultés (Vaitsman, 2000). Néanmoins l'explication de certains échecs des programmes par des facteurs structurels ou des « règles culturelles du service » n'est pas satisfaisante. Le système est en effet régulé par les acteurs sociaux impliqués dans le processus et, en conséquence, par leurs relations personnelles. En d'autres termes, les relations existant entre les acteurs impliqués dans l'exécution des programmes de santé peuvent influencer sur l'exécution de ces programmes, et cette influence peut être décisive dans le succès ou non des programmes à une échelle locale. Les observations des programmes de santé montrent que, dans la majorité des cas, le changement des acteurs impliqués peut modifier rapidement la mise en œuvre d'un programme. Ce n'est donc pas la "culture" du service concerné qui compte, mais les individus qui composent ce service, et le réseau social qui se dessine à partir des relations qu'ils entretiennent. Dans l'étude de cas que nous présentons, nous verrons que l'arrivée et le départ d'un nouvel acteur dans un programme de santé a eu des effets significatifs sur l'exécution du programme, de même que la bifurcation relationnelle qui a changé la structure du réseau social, fragilisant le système de relations établies.

1.4. Un système de santé local

Nous avons étudié un système local de santé, dans une ville de 17500 habitants de l'intérieur du Brésil. Les observations sur le terrain se sont déroulées en 2001 et 2002. La ville a été choisie parce qu'elle fait partie d'une région où l'équipe de recherche en santé publique d'une université du sud-est avait déjà travaillé. La technique utilisée fut celle de l'observation participante. Pendant un an et demi la chercheuse a passé 10 jours par mois dans la ville accompagnant le travail quotidien des membres du dispensaire et habitant dans la résidence aménagée par le Secrétariat de Santé de la municipalité pour loger les médecins du PSF. Les activités de collecte de données se répartissaient entre l'accompagnement au quotidien des équipes du Programme de Santé Familiale (PSF) et les réunions avec le Maire et le Secrétaire de Santé. Les activités de routine du PSF comprenaient : l'enregistrement des familles et des personnes, les visites aux communautés et aux familles, les consultations au dispensaire, les activités de campagne et les autres actions comme les vaccinations, les entretiens éducatifs avec la population, les cours de formation pour les Agents de Santé (AS) et les techniciens du Secrétariat de Santé, les réunions techniques pour l'organisation et l'analyse des actions préparées. Les réunions avec le Maire et le Secrétaire de Santé étaient de deux types : rencontres officielles sur les locaux de travail et entretiens informels hors de l'ambiance de travail. Un rapport résultant de chaque activité était fait à partir de notes consignées sur des cahiers et transcrites sur des fiches et des formulaires. Un rapport photographique a aussi été réalisé dans la mesure où les personnes impliquées donnaient leur accord et où la situation le justifiait.

2. La crise organisationnelle du système local de santé de Saint-Pierre

Le système local de santé de la petite ville de Saint-Pierre² comprend un hôpital, un dispensaire, une unité de soins mobile et un "secrétaire de santé", responsable administratif local du système. Il faut ajouter à cela la municipalité et le maire. Nous allons suivre durant une période d'un peu plus de deux ans l'évolution des personnes et de leurs relations. Nous verrons que cette petite communauté de professionnels de santé a connu de grands bouleversements durant cette courte période, l'arrivée de nouveaux membres, une densification du réseau, puis une véritable "crise organisationnelle" qui s'est traduite par le départ d'une partie des personnes et une reconfiguration importante du réseau.

2.1. Première période : une nouvelle secrétaire de santé et un réseau social qui se met en place

Dans la première période, fin 2000, le Maire parvient à la fin de son troisième mandat. Il nomme une nouvelle Secrétaire de Santé Municipale (SSM) dénommée Gabrielle (G).

² Les noms des lieux et des personnes ont été modifiés pour préserver l'anonymat des personnes qui ont fait l'objet de l'enquête.

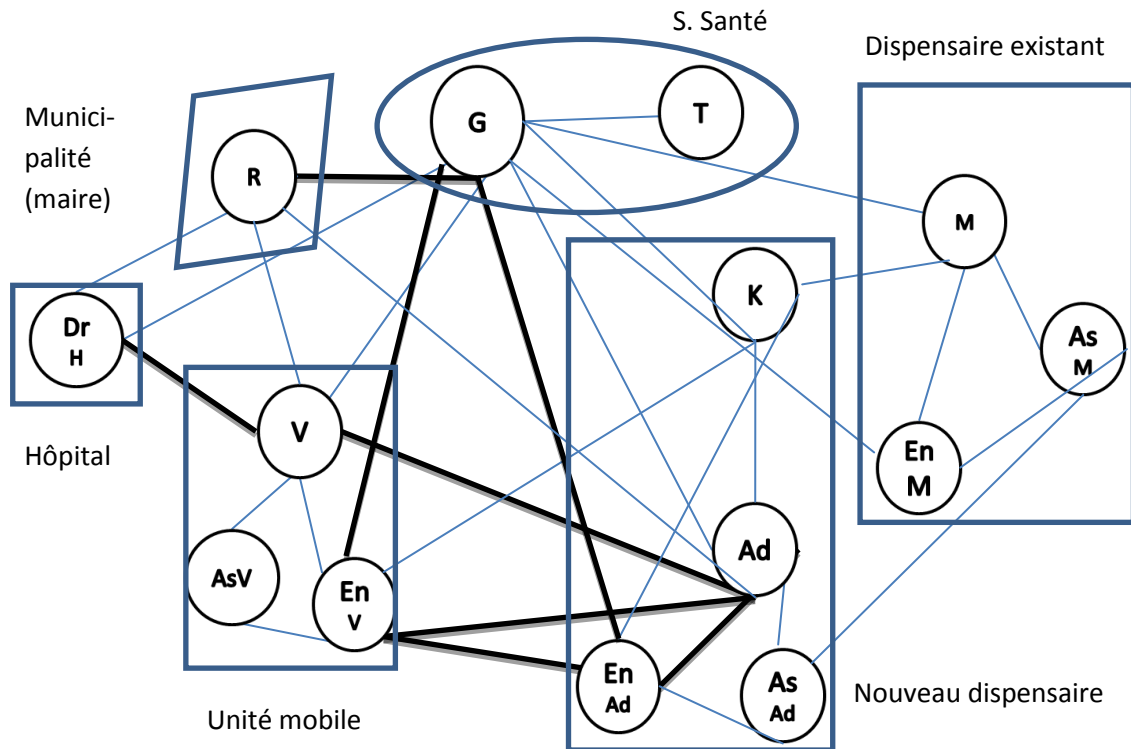
Elle est infirmière et sœur de la Coordinatrice des Programmes de Santé de l'Etat, qui connaissait déjà le Maire. Les liens entre les deux sont de nature professionnelle³.

La municipalité a alors seulement un dispensaire et une équipe de PSF, dirigée par un médecin dénommé Maurice (M). Le lien entre Gabrielle et Maurice est professionnel et récent. La croissance de la population locale incite les autorités sanitaires à augmenter le nombre de dispensaires et d'équipes de PSF. Gabrielle recrute deux médecins récemment formés venant de la capitale de l'Etat, ainsi que deux amies infirmières, Eliane et Elena (En1 et En2), pour composer deux nouvelles équipes de PSF, et enfin une biochimiste dénommée Karla (K) pour le laboratoire d'analyses cliniques. Au nouveau dispensaire se trouvent Karla, le nouveau médecin, nommé Andressa, et l'une des deux nouvelles infirmières, Elena. Pour composer l'équipe de l'Unité Mobile de Santé (autobus utilisé pour les consultations dans les communautés les plus éloignées), Gabrielle désigne Eliane et le nouveau médecin, dénommé Vitor (V). Elle choisit deux Agents de Santé (AS) pour composer les nouvelles équipes, Vicente (Asv) et Anderson (Asad). Les liens entre Gabrielle et Karla sont récents et professionnels, et celui qui existe entre les deux infirmières et Karla est faible. En revanche, les deux nouveaux médecins sont amis depuis la faculté et leurs liens sont forts et anciens. Les deux infirmières amies de Gabrielle ont aussi des liens forts et anciens entre elles. Elles se connaissent depuis l'université. Rapidement, Eliane, Elena et Andressa établissent de forts liens d'amitié. Seuls Karla et Maurice ont des liens simplement professionnels avec tous leurs collègues. Le graphique 1 représente le réseau dans cette période.

³ Dans ce qui suit, la reconstitution des relations et des réseaux a été effectuée par l'observatrice en fonction de ses notes. Un lien est considéré comme fort lorsque les protagonistes expriment l'existence d'un lien amical et se voient en dehors du travail. Un lien est faible s'il n'implique pas de dimension affective. Un lien est dit professionnel si les personnes interagissent uniquement dans le cadre du travail.

— : lien fort

— : lien faible



Graphique 1 : Réseau interpersonnel dans la période 1

Au début, tous les nouveaux arrivants sont logés chez le maire, Ms Raul, pendant que Gabrielle fait aménager une maison pour loger les médecins. La maison est de couleur blanche et bientôt toute la ville la connaîtra comme “la maison blanche”. Les infirmières et la biochimiste logent dans une autre maison. Les liens entre Ms Raul, Vitor et Andressa sont professionnels, malgré une certaine convivialité durant les premiers mois. Il en est de même pour les liens entre Gabrielle et Vitor et Andressa.

Vitor et Andressa commencent à s’adapter à leur premier emploi à la fin de 2000. Andressa a inauguré les installations du nouveau dispensaire et Vitor le service de l’Unité Mobile. Les infirmières s’adaptent aussi, de même que les AS. Très vite, Vitor se lie d’amitié avec le médecin de l’Hôpital Public de la ville, le Dr. Helio (DrH) et commence à prendre des tours de garde nocturnes hebdomadaires. Leurs liens sont récents mais amicaux. Le travail se fait à un rythme tranquille et discipliné. Tous les ordres de Gabrielle sont suivis et elle exerce son autorité sans difficulté. Le Maire est satisfait de Gabrielle et lui laisse plus d’initiative pour les prises de décisions.

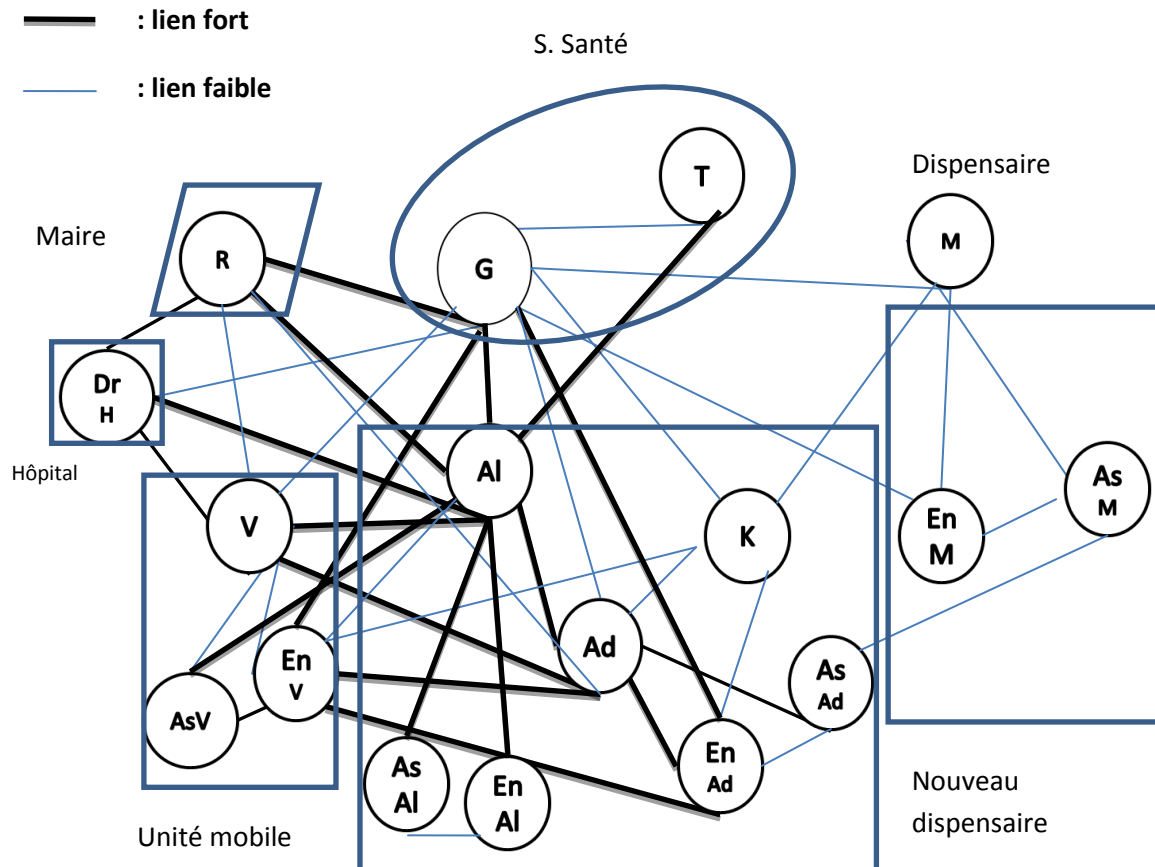
2.2. Deuxième période : le recrutement d’un nouveau médecin très actif

Quelques mois plus tard, Gabrielle rencontre un jeune médecin d'un autre état qui se trouve dans la région pour achever sa maîtrise, à l'occasion d'une visite de celui-ci à la municipalité pour alerter les autorités sur le problème d'une maladie très commune dans la région et peu contrôlée. Les qualités, la compétence et la personnalité d'Alvaro (AL) séduisent (professionnellement) Gabrielle qui l'engage quelques mois plus tard comme médecin du PSF. Alvaro est logé dans la maison blanche. Le lien entre Alvaro et Gabrielle devient rapidement un lien professionnel fort.

Alvaro commence à travailler au même dispensaire que Andressa avec une équipe, composée d'une infirmière locale, Alzira (Enal), et un AS dénommé Alex (Asal). Il s'établit un fort lien de travail entre Alvaro, Gabrielle et le maire, qui est satisfait de leur travail. L'activité déployée par Alvaro influence le personnel de son équipe et des autres, qui travaillent avec plus d'efficacité. Alvaro est considéré par les autres comme un bon médecin, dynamique. Les trois nouveaux médecins établissent des liens forts entre eux.

Durant les six premiers mois tout va bien. Gabrielle s'appuie sur Alvaro pour améliorer les statistiques d'activité du système sanitaire local, et Alvaro s'appuie sur les très bonnes relations qu'il entretient avec Gabrielle et le maire pour conduire diverses actions pour le PSF. Au delà des tâches inhérentes à sa fonction, il forme le soir après son travail les techniciens du Secrétariat de Santé à la saisie des données dans la banque de données (BD) qui alimente le Système d'Information en Soins Essentiels de Santé (SIAB) du Gouvernement Brésilien, ce qui lui vaut la reconnaissance et l'amitié des techniciens (et permet d'accroître rapidement le volume des informations saisies dans la base). Le programme, grâce à l'amélioration de la qualité des données et aux performances affichées, se voit signalé comme un modèle pour toute la région. À la maison blanche Alvaro commence aussi recevoir quelques malades et cette maison devient connue pour cela.

Le graphique suivant montre la place très centrale qu'Alvaro a rapidement pris dans le réseau des personnels de santé de la petite ville, notamment lorsque l'on examine les liens forts.



Graphique 2 : Réseau interpersonnel dans la période 2

2.3. Troisième période : crise

Durant le premier semestre de 2002, la municipalité se voit accorder des compétences accrues dans la mise en œuvre des programmes de santé. Gabrielle décide alors de redéfinir les tâches d'Alvaro. En particulier, elle lui demande de cesser de recevoir les malades dans la maison blanche. Alvaro refuse. La plupart de ceux avec qui Alvaro avait tissé des liens forts se rangent à ses côtés, ce qui perturbe la hiérarchie locale. Elena et Eliane soutiennent Gabrielle. Les alliances se font dans cette période principalement sur la base des liens forts.

Les relations entre Alvaro et Gabrielle commencent à se fragiliser. Les médecins et leurs équipes sont affectés par ces relations difficiles. La qualité du travail en souffre. Personne n'est satisfait et il s'installe un certain malaise entre les acteurs. Andressa, Elena et Eliane renforcent leur amitié, mais leurs autres liens sont devenu faibles. Tous les AS se sentent perdus, malgré l'admiration qu'ils portent à Alvaro, exception faite de Alex qui le soutient complètement. Au travail tous sont obligés de parler les uns avec les autres, mais ils s'en tiennent au minimum. Il n'y a presque plus de discussion entre les différents acteurs en dehors du travail.

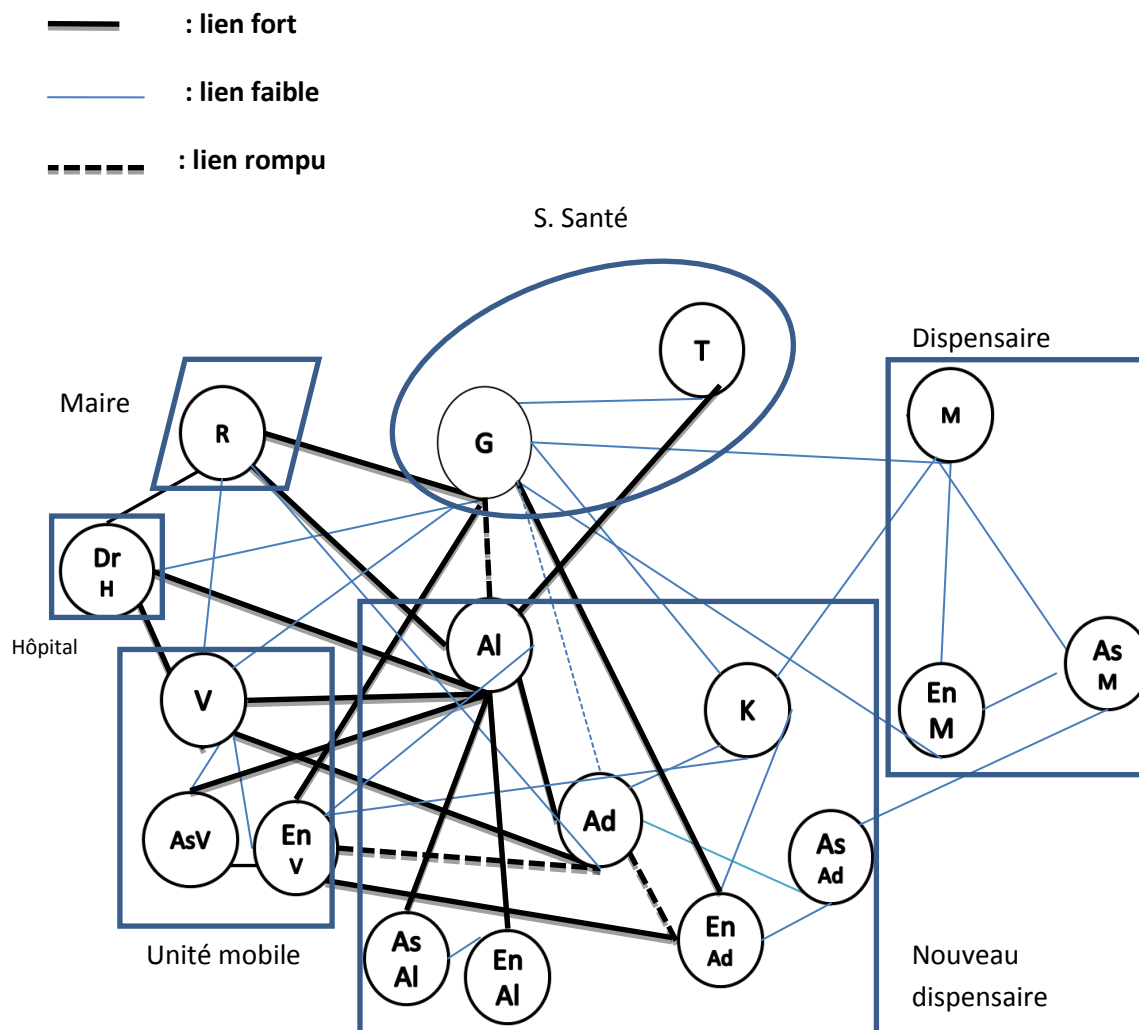


Figure 3 : Réseau interpersonnel dans la période 3

2.4. Quatrième période : reconfiguration (mi-2002 à début 2003)

Alvaro décide finalement de quitter la municipalité, emmenant Andressa, devenue sa nouvelle compagne. Six mois plus tard Vitor part aussi. Karla et Maurice restent, mais ce dernier finira aussi par partir un an après pour la municipalité voisine, où il avait déjà travaillé. Elena et Eliane continuent de travailler avec Gabrielle. Gabrielle engage un autre jeune médecin récemment formé, William (W) pour le nouveau dispensaire. Mais il n'établit de liens fort avec personne. L'unité mobile perd de son utilité. Le programme stagne. Ms Raul change le Secrétaire de Santé. Les infirmières partent avec Gabrielle. La crise a laissé un réseau de personnels de santé restreint par les départs d'une partie des médecins et structuré principalement par des liens faibles.

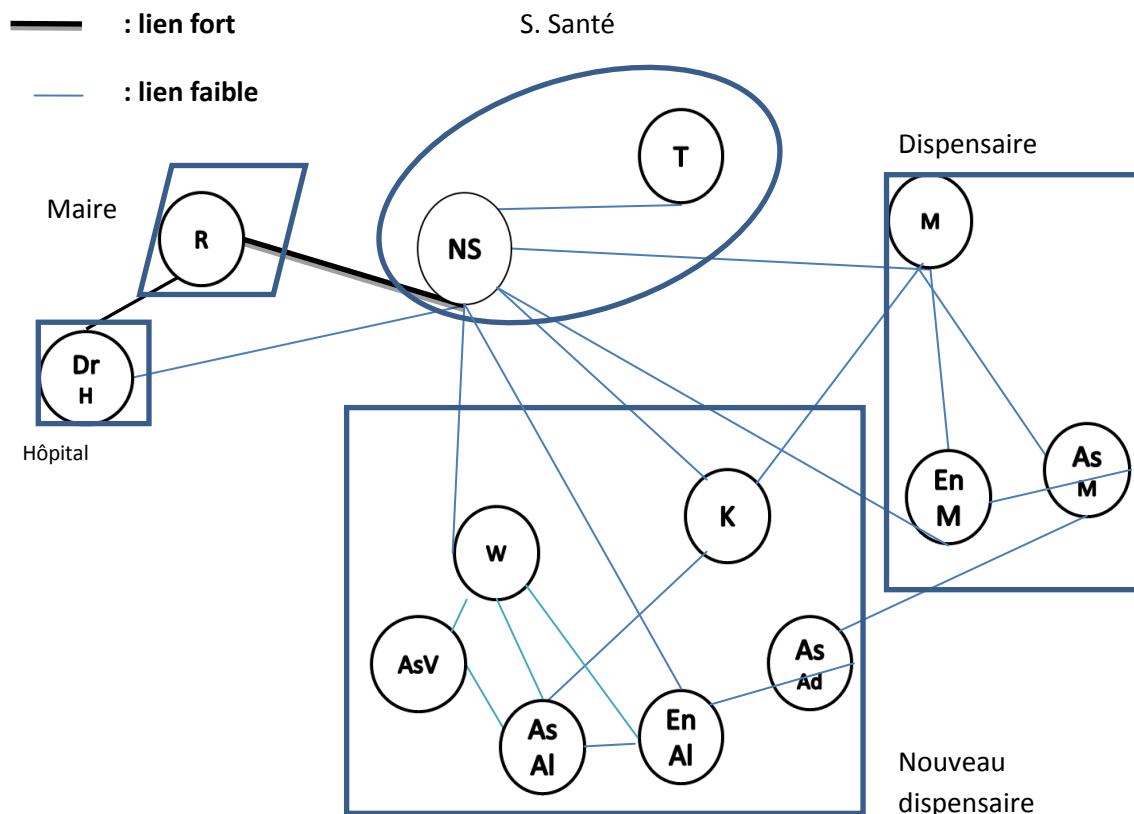


Figure 4 : Réseau interpersonnel dans la période 4

3. Les effets de la crise organisationnelle sur les activités

Cette crise organisationnelle trouve-t-elle un écho dans les activités du système sanitaire, dans ses “performances” pour utiliser le vocabulaire du Ministère ? Pour répondre à cette question, il faut examiner les indicateurs de cette activité.

Un des objectifs du PSF est d’enregistrer 100% des familles et de transmettre ces informations aux techniciens du Secrétariat de Santé qui les saisissent dans la banque de données du SIAB. Les chiffres inclus dans le SIAB sont toujours disponibles l’année suivante et se réfèrent à la situation du dernier mois de l’année. Chaque équipe du PSF doit transcrire sur des fiches spécifiques les actions relatives aux familles. Ces fiches doivent être transmises aux techniciens du SSM qui saisissent les informations dans la BD du SIAB. Ainsi, l’augmentation ou la stagnation du nombre de personnes enregistrées peut être interprétée comme un indicateur de l’activité de l’équipe de PSF. En effet, si une famille comporte de nouveaux membres (par les naissances le plus souvent), ces nouveaux membres doivent être enregistrés et les chiffres saisis dans la

BD du SIAB. Lorsque les techniciens ne reçoivent pas les fiches d'enregistrement des équipes, ils ont tendance à réutiliser les chiffres de l'année précédente.

Le tableau 1 présente année par année le nombre d'inscrits. Avant l'arrivée d'Álvaro, moins de 13000 des 17000 étaient inscrits. Après son arrivée, la quasi-totalité de la population se trouve enregistrée. Après son départ, le nombre d'inscrits stagne, alors même que la population s'est accrue (tableau 2), ce qui, compte tenu de l'évolution de la situation que nous avons décrite, peut s'interpréter comme une baisse de l'activité du PSF.

Le fait que l'on ait exactement le même nombre de familles et de personnes durant trois années suivantes (table 1), est un indicateur du fait qu'aucune nouvelle donnée n'a été enregistrée dans la BD du SIAB et qu'il s'est produit une baisse d'activité du PSF.

Tableau 1 : nombre de familles et de personnes inscrites au PSF par année.
(Les chiffres en caractères gras indiquent l'année durant laquelle Álvaro était là)

Année	Nb familles	Nb personnes
1999	3087	12744
2000	3235	13521
2001	4229	17353
2002	4229	17353
2003	4229	17353

Source : SIAB/MS/Brésil/2008

Tableau 2 : nombre de naissances par an

Année	Naissances
1999	143
2000	153
2001	266
2002	294
2003	295

Source : SIAB/MS/Brésil/2008

Certains programmes spécifiques comme celui du contrôle de la lèpre permettent aussi de se faire une idée de la situation. En 2000, 84 cas de personnes atteintes de la maladie étaient enregistrés. Ce chiffre a presque doublé en 2001, indiquant l'activité du PFS, dans la recherche active de cas (tableau 3).

Tableau 3 : cas enregistrés de lèpre par année

Année	1999	2000	2001	2002
PSF	17	84	177	159

Source : SIAB/MS/Brésil/2008

Il est probable que la chute du nombre de cas de lèpre enregistrés en 2002 résulte du départ d'Alvaro en début d'année et des effets de la crise organisationnelle. En effet, la lèpre est une maladie endémique au Brésil, mal contrôlée et qui perdure. Il est donc peu vraisemblable que le nombre de cas puisse diminuer de façon naturelle d'une année sur l'autre. La diminution du nombre de cas enregistrés à Saint-Pierre est donc aussi un indicateur de la régression des activités du PSF après la crise organisationnelle.

Le tableau 4 représente un autre indicateur des activités du PSF au moment de l'arrivée d'Alvaro. L'enregistrement de cas de diabète augmente significativement, ce qui résulte d'un accroissement des efforts de dépistage et de contrôle au sein du programme.

Table 4 : cas de diabète enregistrés et suivis

Année	Diabète	Diabète
	Enregistrés	Suivis
1999	139	21
2000	298	285
2001	775	700
2002	1273	993

Source :
SIAB/MS/Brésil/2008

En résumé les tableaux 1 et 3 indiquent à la fois l'intensification des activités en relation avec l'arrivée d'Alvaro et des autres médecins et le déclin du service après leur départ. Le tableau 2 indique la stagnation des activités après le départ d'Alvaro. Le tableau 4 indique l'intensité des activités des équipes du PSF pendant la présence d'Alvaro dans la service.

Le Maire a été remplacé lors des élections de 2004. Dans un texte publié le 1^{er} janvier 2005, le premier jour de son mandat, son successeur dénonce l'état de précarité sanitaire dans lequel se trouve la municipalité. Aujourd'hui, selon des sources officielles, la municipalité a redéfini ses objectifs, avec entre autres la remise en service de l'Unité Mobile de Santé, l'augmentation du nombre de postes de soins, le contrôle des

maladies transmissibles par les moustiques ou des vecteurs intra-domiciliaires, et l'embauche de 2 biochimistes pour remplacer celui de l'administration antérieure qui ne travaillait que 3 jours par semaine.

Conclusion : anatomie d'une crise organisationnelle

L'histoire que nous venons de raconter succinctement met en jeu la tension existant entre des relations interpersonnelles et les attributions formelles de pouvoir. Nous avons vu que l'arrivée d'Alvaro, qui s'inscrit dans une période d'accroissement des activités du système sanitaire local, se traduit à la fois par une reconfiguration relationnelle au sein du système de soins et par une intensification de l'activité. En quelques mois, Alvaro se retrouve dans une position extrêmement centrale au sein du réseau, notamment lorsqu'on se concentre sur les liens forts et en particulier sur les médecins, ce qui lui confère la possibilité d'exercer un contre-pouvoir de plus en plus important par rapport au pouvoir formel détenu par Gabrielle. Tant que les deux s'entendent, l'activité connaît une intensification importante. Mais les relations existant entre les deux « leaders », au départ excellentes, se dégradent jusqu'au moment où Gabrielle cherche à renforcer son autorité formelle et à « reprendre en main » l'ensemble de l'organisation. Elle tente alors de revenir aux prérogatives formelles des uns et des autres tandis qu'Alvaro s'appuie fortement sur des liens « amicalement professionnels » dont la dimension informelle est décisive. La tension entre l'« organigramme informel » dont Alvaro est le centre et l'organigramme formel qui confère le pouvoir à Gabrielle se cristallise autour du conflit relatif à l'exercice de la médecine dans un lieu privé (la maison blanche), parmi d'autres tentatives de Gabrielle pour imposer son autorité. Face aux médecins solidaires d'Alvaro, Gabrielle en est réduite aux liens forts qu'elle entretient avec ses amies infirmières comme elle. Eclate alors ce que nous avons appelé une « crise organisationnelle » qui se traduit par le départ non seulement d'Alvaro, mais aussi et surtout des membres de l'organisation qui lui étaient le plus liés, c'est-à-dire presque tous les médecins. L'activité s'effondre.

Dans cette histoire, les relations interpersonnelles dépassant les simples liens de travail foisonnent. Gabrielle a recruté deux infirmières avec lesquelles elle entretenait des liens d'amitié. Les deux nouveaux médecins recrutés avant Alvaro ont fait leurs études ensemble. Alvaro ne connaît personne au départ mais va nouer des liens amicaux avec de nombreux protagonistes de l'histoire. L'organisation est donc en grande partie encadrée dans le réseau interpersonnel. Ce réseau est en partie organisé autour de solidarités professionnelle, entre les médecins d'un côté et entre les infirmières de l'autre, mais les relations interpersonnelles vont bien au-delà de ces solidarités. D'une part ces solidarités se sont transformés en liens personnels amicaux ou même sentimentaux (Alvaro et Andressa). D'autre part, certains liens forts relient des personnes de statut professionnel différent (Alvaro avec les techniciens, avec le maire). Réduire le réseau à une simple opposition entre médecins et infirmières serait considérablement réducteur. L'encastrement de l'organisation dans le réseau social se traduit dans un premier temps par un accroissement d'activité, les relations sociales favorisant une coordination sur le mode de la confiance interpersonnelle. Mais il rend aussi l'organisation dépendante des acteurs et de leurs relations. Lorsque la personne en charge formellement du pilotage de l'organisation commence à entrer en contradiction avec les logiques relationnelles, la situation se tend et le conflit éclate. Le départ d'Alvaro et de trois autres protagonistes est une victoire à la Pyrrhus laissant

l'organisation exangue. La crise organisationnelle du système local de santé de Saint-Pierre montre bien que les fluctuations de performance des systèmes locaux ne résultent pas nécessairement de l'existence de « cultures » locales. Elles renvoient plutôt à des arrangements organisationnels et aux effets d'encastrement. Le fait qu'une organisation dépende des relations informelles entre ses membres n'est pas une nouveauté. Toute la sociologie des organisations s'est construite autour de cette idée. Ce que nous avons vu ici c'est que ces relations informelles ne s'établissent pas seulement entre des catégories de personnels (les infirmières avec les médecins par exemple), mais aussi de façon plus générique entre des individus pris dans leurs histoires singulières et leurs engagements.

Références

ACEF Said, 2008, « Réseaux de santé et territoire, Où en sommes-nous ? », *Informations Sociales*, n°147, pp. 72-81.

BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL. *Título VIII, Capítulo II, Seção II (arts. 196 a 200)*. Brasília, 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8080 / 90. Brasília, 1990.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. « ABC do SUS – Doutrinas e Princípios ». *Ministério da Saúde*. Brasília, 1990.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, « Lei 8142/ 90 », *Ministério da Saúde*, Brasília, 1990.

CABÉ Marie-Hélène, « avant-propos », *Sociologies Pratiques*, n°2, 2005, « La santé en réseaux, quelles innovations ? » n° 11, pages 1 à 4.

CAMPOS Gastão de SOUSA WAGNER, « Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja ». *Saúde e Sociedade*, 1992. n°1, vol. 2. pp. 79-95.

CHANUT Charles ; BOYER Laurent ; ROBITAIL Stéphane ; HORTE Christine ; JACQUEME Béatrice ; GLUSIANO B. ; MABRIEZ Jean-Claude ; AUQUIER Pascal ; « L'analyse des réseaux sociaux appliquée au système de santé », *Santé publique*, 2005, vol. 17, n°3, pp. 403-415.

CLEMENT Serge, MANTOVANI Jean, ROLLAND Christine, « Réseau de soin ou réseau de santé : les perspectives « géronto-gériatriques » révélées par les Unités mobiles hospitalières *Sociologies Pratiques*, 2005/2 - « La santé en réseaux, quelles innovations ? », n° 11, pages 57 à 72

COHEN, Sheldon et SYME, S. Leonard, *Social Support and Health*. San Francisco, Academic, 1985, 390 p.

CRESSON Geneviève, DRULHE Marcel, SCHWEYER François-Xavier, (eds), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Editions ENSP, 2003, 288 p.

DECLARATION DE ALMA ATA – Cazaquistão, 1978.

GROSSETTI Michel et BES Marie-Pierre, 2001, « Encastrements et découplages dans les relations science – industrie », *Revue Française de Sociologie*, Vol. 42, n°2, pp.327-355

KOPLAN, Jeffrey [dir]. *Estrutura para avaliação de programa na área de saúde pública*. Relatório Técnico, Ed. CDC. 1999. n. 17, vol.18. pp. 1-40.

MIRANDA, Alcides SILVA. *Análise estratégica dos arranjos decisórios da Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde*. Tese de Doutorado. ISC/UFBA. Salvador, 2003. pp. 300.

VAITSMAN, Jeni FARIAS, “Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto”. *Cadernos de Saúde Pública*, 2000. no.3, vol.16, pp. 847-850.

VIACAVA, Francisco; ALMEIDA, Cecília. ; PORTO, Silvia; TRAVASSOS, Claudia; UGÁ, Maria Alicia; LANDMANN, Célia; NOVAES, Maria; NORONHA, José Carvalho de; YAZZLE, Juan; ALMEIDA, Márcia FURQUIM; BARROS, Marilisa; SILVA, Lígia Maria VIEIRA da; FAUSTO, Márcia; IBAÑES, Nelson; CAETANO, Rosângela. VIACAVA, Francisco [dir.], *PRO-ADESS: Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Relatório Final*, Ministério da Saúde /CICT-FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2004, 199 p.

VICTORA César. Avaliando o impacto de intervenções em saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia* (Editorial), 2002. 5(2): 2-4