



Texte original.*

Contributions de l'Ergonomie à l'étude d'un nouveau service public de santé primaire au Brésil

**Selma LANCMAN, Rita Maria de Abreu GONÇALVES, Nicole Guimarães
CORDONE, Juliana Oliveira BARROS**

Departament de Physiotherapie, Ortophonie et Ergotherapie de la faculté de Medecine de la Université de São Paulo. Rue Cipotanea, 51, CEP 05360-160, Bresil lanzman@usp.br

Résumé. Il s'agit d'une étude de cas réalisée dans un Centre d'Appui à la Santé de la Famille (NASF), service public de soins de santé primaires implanté récemment au Brésil. L'Analyse Ergonomique du Travail (AET) a eu pour but de comprendre le contenu et la variabilité des tâches, les caractéristiques de l'organisation et des conditions de travail ainsi que les relations interpersonnelles entre les professionnels. Il a été vérifié que le travail est diversifié et complexe, qu'il doit nécessairement être partagé entre plusieurs professionnels et équipes, que de nouveaux outils technologiques encore peu connus sont utilisés et que les paramètres et les instruments de mesure de la productivité utilisés n'expriment ni la spécificité ni la complexité du travail réalisé. Il en découle une nécessité constante de réaménagements organisationnels. La recherche a visé à donner une plus grande visibilité aux processus de travail, à les perfectionner et à les systématiser, contribuant ainsi à une amélioration de la qualité des services offerts à la population et de la politique de soins de santé primaires dans le pays.

Mots-clés: caractéristiques du travail, caractéristiques de l'organisation du travail, étude du travail, interaction sociale

Contributions of Ergonomics to the Study of a New Public Service in Primary Healthcare in Brazil.

Abstract. This is a case study done a Center to Support Family Health (NASF) a primary care public service recently implemented in Brasil. The objective is to use the Ergonomic Work Analysis (EWA) method to comprehend the content and variety of tasks, the characteristics of the organization, working conditions and interpersonal relations among the staff. The work was found to be diverse and complex and it was necessary to share among professions and teams. New, still little-known technological tools, and the productivity parameters and instruments used do not cover the specificity and complexity of the work done. All this requires constant organizational rearrangements. The study sought to give greater visibility to, and enhance and systematize the work processes, contributing to improved quality of service provided to the population and to advances in policies for primary healthcare in the country.

Key words: job characteristics, work design and organizational factors, work study, social interaction.

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Paris du 28 au 30 août 2013. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante : Lanzman, S. ; Gonçalves. R.M.A ; Cordone, N.G. ; Barros, J.O. (2013). Contributions de l'Ergonomie à l'étude d'un nouveau service public de santé primaire au Brésil.

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

INTRODUCTION

Au Brésil, la création du Système Unique de Santé/SUS a produit, dans les domaines de la promotion et la prise en charge de la santé, une série de transformations liées aux principes et aux directives qui le guident comme, par exemple, l'accès universel à tous les services de santé disponibles compte tenu de la régionalisation, de la hiérarchisation et de la décentralisation, et l'offre d'assistance intégrale aux usagers selon les besoins de chacun (Brasil, 2009).

Les soins de santé primaires constituent le premier niveau de prise en charge des usagers qui s'adressent au SUS et se doivent d'être accessibles et à proximité des lieux d'habitation et/ou de travail. Dans le cadre des soins de santé primaires les actions doivent se produire au niveau individuel et collectif et répondre aux besoins de promotion, prévention, diagnostics, traitement et réhabilitation de manière à être intégrées aux autres services du réseau d'assistance à la santé ; elles sont considérées comme des étapes complémentaires et indissociables du processus de soin (Brasil, 2009).

La Stratégie de Santé de la Famille (ESF) est la porte d'entrée du système, son objectif étant d'organiser le réseau de soins et de garantir à l'utilisateur le début et la continuité de la prise en charge de sa santé. Les équipes de la Stratégie de Santé de la Famille (EqSF) sont composées d'un médecin, d'un infirmier et d'agents communautaires de santé et ont à leur charge environ 1000 familles situées sur un territoire circonscrit. Elles ont leur base dans les Unités Basiques de Santé (UBS) (Brasil, 2009).

Les Centres d'Appui à la Santé de la Famille (NASF) ont été créés en 2008 pour amplifier le champ et les objectifs des actions des services de santé primaires et pour servir d'appui au travail de l'EqSF (Brasil, 2008). Les NASF visent à augmenter la capacité de résolution des cas, à renforcer le réseau de soins et à diminuer les acheminements vers d'autres services de santé et d'autres niveaux de prise en charge (secondaire ou tertiaire). Ils sont composés d'équipes d'au moins cinq professionnels de différentes catégories telles que psychologue, assistant social, pharmacien, physiothérapeute, phoniatre, nutritionniste, ergothérapeute et médecins de diverses spécialités, ces équipes étant chargées d'assister de 8 à 15 EqSF.

Les principales attributions des professionnels d'un NASF sont les suivantes : connaître et coordonner les services existants sur leur territoire et la réalité socio-économique et épidémiologique de la population ; identifier, conjointement avec les EqSF, les priorités pour la mise en oeuvre des actions et agir dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé au moyen d'actions éducatives. Les directives nationales recommandent que les prises en charge se fassent prioritairement en groupes et que les actions

soient interdisciplinaires et partagées avec les EqSF (Brasil, 2008 ; PMSP, 2009).

Parmi les principaux outils technologiques de travail utilisés par les NASF, notons en particulier l'Appui Matriciel et le Projet Thérapeutique Singulier (PTS). L'appui matriciel est un agencement organisationnel dont le but est d'assurer un appui d'arrière-garde spécialisé aux EqSF. Cet appui se produit, à partir d'accords négociés, sous forme d'une assistance spécialisée offerte directement à l'utilisateur et d'un appui technique pédagogique aux équipes (action d'éducation permanente auprès des équipes ou discussions autour de cas spécifiques). Le projet thérapeutique singulier (PTS) consiste à discuter de cas plus complexes, discussions au cours desquelles un plan d'action spécifique concernant un usager ou une famille est élaboré ; il inclut également des activités conjointes entre les équipes NASF/ESF et des agencements entre secteurs et entre institutions. On attend de ces pratiques qu'elles permettent d'étendre le travail effectué au niveau des soins de santé primaires et d'augmenter la capacité de résolution des cas (Brasil, 2009).

Le NASF est une proposition récente et pionnière ayant recours à des outils de travail et des formes d'organisation du travail innovantes et ne disposant pas encore de processus de travail pleinement définis et systématisés, ceux-ci demandant à être mieux connus, formulés et développés.

La mise en place de nouvelles politiques de santé, de nouveaux modèles et programmes d'intervention, transforment le processus de travail des travailleurs concernés. Nous avons donc, à partir des principes de l'Ergonomie et de l'Analyse Ergonomique du Travail (AET), cherché à comprendre les caractéristiques spécifiques de l'organisation et des conditions de travail des NASF ainsi que la variabilité des tâches qu'ils abritent. Nous avons également cherché à identifier les facteurs qui posent problème au développement des actions et à proposer des manières de les surmonter. Il s'agissait en outre de donner de la visibilité au savoir-faire des travailleurs et aux stratégies créées par eux pour tenir compte du réel, maintenir la productivité exigée et contribuer à la fois à un ajustement plus fin des actions qu'ils réalisent et à un perfectionnement du programme lui-même et donc des politiques publiques du domaine de la santé (Guerin et al., 2001 ; Abrahão et al., 2009).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cet article s'inscrit dans une recherche réalisée sur les NASF financée par le Conseil National de Recherche (CNPq, 2012). Il s'agit d'une étude de cas réalisée dans deux NASF de la région ouest de la municipalité de São Paulo qui a fait appel à deux systèmes de référence théorico-méthodologiques, la Psychodynamique du Travail et l'Ergonomie. Dans cet article nous nous concentrons sur les résultats obtenus par l'Ergonomie et l'Analyse Ergonomique

du Travail - AET e (Guerin et al., 2001 ; Hubault, 2004).

La présente étude a eu recours à différents outils de l'AET et en a accompagné les étapes suivantes : relevé et analyse de documents d'orientation des NASF ; relevé, basé sur des documents, de la structure organisationnelle des NASF, du profil des travailleurs et de la population prise en charge ; relevé et analyse des données de productivité relatives aux deux NASF étudiés, fournies par les secteurs de ressources humaines et par les coordinateurs ; réunions et entretiens semi-structurés individuels et en groupe, avec les coordinateurs, avec des représentants de l'équipe technique et avec des travailleurs de diverses catégories professionnelles ; utilisation de questionnaires pour obtenir des informations sur le travail réel ; observations ouvertes de certaines tâches réalisées par les équipes (réunion de l'équipe du NASF, réunions du NASF avec l'EqSF (trio), un groupe de femmes en état de grossesse), diagnostic et validation des résultats.

RÉSULTATS

Les deux NASF étudiés ont été mis en place en 2010 et sont coordonnés par la même personne qui cherche à standardiser les équipes tant en ce qui concerne leur composition que les procédés de travail qu'elles emploient.

Leurs zones d'action et les équipes de la Stratégie de Santé de la Famille avec lesquelles ils travaillent possèdent des profils similaires et sont situées dans la même région de São Paulo. Ces conditions nous permettent donc de généraliser plusieurs résultats obtenus.

Tableau 1 : Données Générales concernant les deux NASF étudiés

Date de création	2010
Horaire de fonctionnement	de lundi à vendredi, de 8.00 h à 17.00 h.
Composition des équipes techniques des deux NASF étudiés	15 professionnels dans chacun des deux NASF (5 médecins de diverses spécialités, 2 psychologues, 1 orthophoniste, 2 ergothérapeutes, 1 physiothérapeute, 1 éducateur physique et 1 nutritionniste).
Genre des professionnels	70% féminin
Principale tranche d'âge des professionnels	44% et 56% entre 31 et 40 ans, NASF A et B respectivement
Niveau de Scolarité des professionnels	100% niveau supérieur
Charge horaire des professionnels	62,5% - 20 h par semaine
EqSF de référence	19 équipes pour les deux NASF (9 équipes dans le NASF A et 10 dans le NASF B)

Nombre moyen de familles et de personnes inscrites sous la responsabilité de chaque EqSF	850 familles soit et 4500 personnes par EqSF
--	--

Les résultats les plus significatifs ont été regroupés en quatre thèmes qui se réfèrent au contenu, aux caractéristiques de l'organisation et des conditions de travail, aux relations entre les équipes des NASF et les EqSF et à la productivité.

Le travail réalisé

Les équipes des NASF étudiées effectuent une grande variété de tâches. Certaines se produisent nécessairement avec la participation des EqESF, comme par exemple l'appui matriciel, les réunions de planification de diverses actions, la planification de Projets Thérapeutiques Singuliers (PTS). D'autres qui devraient compter avec la participation des EqESF sont parfois exclusivement à la charge des NASF. C'est le cas, par exemple, des évaluations de cas, de la prise en charge spécialisée d'individus ou de groupes, de l'organisation et de la coordination de groupes (groupes thérapeutiques, éducatifs, ateliers, etc.), des visites à domicile, de la mise en place d'articulations avec le réseau de services de la région (santé, éducation et culture) et aussi du suivi des cas qui ont été pris en charge.

Pour réaliser les tâches, les équipes des NASF ont organisé leur travail à partir de réunions, de commissions, d'articulation avec les autres services de santé de la région, de groupes réalisés avec la participation d'usagers, etc. L'organisation varie selon la tâche et mobilise soit toute l'équipe, soit des représentants, ou encore des **trios de référence**. Ces trios sont composés d'au moins un professionnel du domaine de la santé mentale et un de celui de la rééducation.

Les diverses formes d'organisation du travail adoptées par les équipes des NASF sont des stratégies opératoires qui visent à optimiser le temps et l'efficacité du travail, à faciliter le contact et la communication entre les équipes NASF et ESF et avec d'autres services, à faciliter la prise de rendez-vous et à organiser les agendas des divers professionnels.

Le travail des NASF est diversifié et exige nécessairement un grand nombre de réunions non seulement pour discuter des cas et pour l'appui matriciel, mais aussi pour en faire des espaces de réflexion, d'échanges et de pactes. Les réunions sont fondamentales pour que le travail des NASF puisse avoir lieu. Il s'agit prioritairement d'un travail d'équipe, avec des prises en charge en groupe et qui focalise des actions conjointes entre les NASF et les EqESF.

Ces réunions, qui sont hebdomadaires, occupent une grande partie de la journée de travail. Notons en particulier : a) les réunions entre les trios de référence

des NASF et les EqSF – elles servent, entre autres, à discuter des cas, à définir les types de prise en charge, les dates des consultations et les professionnels qui en seront responsables; b) les réunions de l'équipe du NASF – elles sont fondamentales pour la discussion et la planification des actions du Centre et on y discute de l'acheminement de certains cas, de questions relatives aux processus et aux flux de travail, de difficultés qui se sont présentées, de relations interpersonnelles, entre autres thèmes.

En outre, l'équipe se divise pour participer à des groupes d'usagers, conjointement avec l'EqSF, tels que les groupes d'hypertendus, de grossesse, de diabétiques, etc. ; pour participer à un certain nombre de commissions afin de développer des actions sur des thèmes spécifiques (addiction à des drogues, santé de la femme, etc.) et promeut la collaboration avec le réseau des services de santé, de l'éducation et de la culture. Ces formes d'organisation du travail ont été créées comme autant de stratégies visant à optimiser et à potentialiser le temps pour garantir que le travail que le Centre a à sa charge soit concrétisé.

Les tâches décrites dans les documents d'orientation sont génériques et concernent, en priorité, le travail en équipe. Le travail réel, quant à lui, prend forme peu à peu à partir de la pratique, des caractéristiques de la région et de la population concernée, des demandes qui proviennent des EqSF et des accords négociés entre les équipes.

La relation entre l'équipe des NASF et les EqSF

Comme les NASF sont des centres d'appui, ils dépendent des relations avec les EqSF pour que leur travail ait effectivement lieu, d'où l'importance de la qualité de ces relations. Il existe toutefois des différences entre les équipes, telles que leur composition, la formation et l'expérience des professionnels, leur dynamique de travail, la facilité et/ou la difficulté que les professionnels manifestent pour se partager le travail.

Les limitations et le manque de services, aux divers niveaux de soins de la santé, qui empêchent d'assurer la continuité des actions mises en place par la prise en charge primaire existaient déjà avant l'implantation des NASF. Ainsi, malgré l'attente que les NASF puissent satisfaire la demande de soins de la population, le manque d'équipement et de services de santé de la région tendent à neutraliser les possibilités dont leurs équipes disposent pour résoudre les problèmes.

Compte tenu de la résistance de certains professionnels des EqSF à établir des actions communes avec les NASF et d'acheminer des usagers vers ceux-ci, de nombreux groupes finissent par se vider n'étant plus animés que par les professionnels des NASF. Comme les NASF ne sont pas la porte d'entrée sur le SUS ils dépendent nécessairement des acheminements des EqSF et de la collaboration de celles-ci pour pouvoir mener à bien leur travail.

Une autre question a été identifiée quant aux outils utilisés par les NASF : ils sont souvent soit inconnus, soit peu connus ou encore leur utilisation fait l'objet d'une résistance de la part de certains professionnels des EqSF.

La productivité

Les paramètres de productivité exigés des deux équipes sont différents. Par exemple, on attend des médecins des EqSF qu'ils réalisent plus ou moins 400 consultations par mois, alors que pour les NASF les paramètres de productivité sont subjectifs, tels que les réunions, les groupes à participation conjointe et les commissions. Les résultats effectifs auprès de la population qui sont attendus ne sont que difficilement quantifiables. Cela affecte, entre autres, le rythme de travail des équipes, les relations entre elles, le temps dont elles disposent pour mettre en commun les informations relatives aux cas et pour la résolution de ceux-ci. Il est important de noter également que les instruments utilisés pour indiquer la productivité sont insuffisants pour exprimer la complexité et la spécificité du travail des NASF et sont les mêmes utilisés dans les autres niveaux de soins de santé primaires assez différents du NASF.

Les conditions de travail

Les professionnels des NASF effectuent leur travail dans un contexte de carences matérielles diverses : manque de salles dans les locaux qui leur servent de base ainsi que dans la région concernée, tant pour l'accueil des patients que pour les réunions, travaux en groupe et autres actions prévues ; manque d'armoires, de chaises, de matériaux divers nécessaires à la réalisation des prises en charge ; la majorité des travailleurs de ces NASF utilisent leurs propres portables et ordinateurs pour se communiquer entre eux et leurs propres voitures pour se déplacer dans la région dont ils s'occupent.

CONSIDÉRATIONS FINALES

Les documents qui prescrivent le travail des NASF sont amples, génériques et donnent la priorité au travail en équipe. Ce manque de précision permet à chaque professionnel de tracer les lignes de son travail à partir de son expertise et du travail réel, lui-même dépendant des caractéristiques spécifiques de la région où il a lieu ainsi que de la formation et de l'expérience professionnelle de chaque professionnel. Parallèlement, chaque NASF peut avoir des caractéristiques de travail différentes selon la région où il est implanté, l'équipe qui le compose et le profil des EqSF qui lui sont rattachées. Si d'un côté cette situation présente des aspects positifs et prévisibles, de l'autre elle empêche que se créent des pratiques, des expériences et des collectifs qui pourraient être partagés avec les autres NASF et leur être agréés.

Les NASF font partie d'une politique publique de la santé récente au Brésil. Les outils technologiques qu'ils emploient, tels que l'appui matriciel et le projet

thérapeutique singulier, sont eux-mêmes nouveaux en tant que formes d'organisation du travail et ont besoin d'être construits et consolidés. La priorité donnée aux actions partagées, à la prise en charge en groupe et au travail de co-responsabilité propose une logique de prise en charge qui oblige les professionnels concernés à changer leur manière d'agir.

Puisque les NASF sont des Centres d'appui, leurs actions sont indissociables et dépendantes des EqSF. En outre les actions et les processus de travail des équipes de ces deux niveaux d'organisation sont aujourd'hui très différents. Il en découle la nécessité de soumettre ces actions et ces processus de travail à certains ajustements. La demande de prise en charge de la part des usagers qui s'adressent aux EqSF est grande et pressante et exige des solutions rapides et inajournables. Le travail des NASF priorise les accompagnements longitudinaux et les solutions partagées. Il en résulte des tensions entre la nécessité de répondre à la demande, de résoudre rapidement certains cas et la nouvelle logique de travail proposée par les NASF (discuter, réfléchir, partager, modifier les manières d'agir).

La proposition de réalisation et de l'acheminement partagées des groupes d'usagers n'est pas toujours effective et il arrive qu'ils soient animés en fin de compte par la seule équipe du NASF. Cela est dû à des différences de nature du travail, aux paramètres de productivité exigés et aux conceptions divergentes que chacun a de sa propre pratique.

Le travail partagé exige que les paradigmes soient modifiés et que le professionnel soit disposé à le faire même s'il n'en a pas une expérience antérieure, s'il n'a pas la formation académique prévue pour cela ou s'il ne le considère pas important. Il lui faudra apprendre à le faire en le faisant, ce qui demande du temps et la disponibilité nécessaires. Il en va de même pour le travail avec les groupes, car nombreux sont les travailleurs qui n'ont ni expérience ni formation pour ce genre d'activité.

A partir des données issues de l'action en PDT, nous avons observé que les travailleurs des NASF doivent, simultanément, établir des relations avec leurs partenaires, construire des pratiques conjointes et élaborer leur propre identité. La relation de dépendance où ils se trouvent ainsi que la résistance de la part des EqESF à adhérer à leurs propositions produisent chez eux deux sentiments : celui de l'impuissance et celui de la sous-utilisation/oisiveté.

Ils expriment une souffrance liée au fait qu'ils ne trouvent pas leur place dans l'organisation et qu'ils ressentent une indéfinition quant à leurs pairs : est-ce que ce sont les EqSF ? l'institution qui les a embauchés ? Ou uniquement leurs collègues du propre NASF ?

Il découlait de cette ambiguïté des relations, de l'invisibilité de leur travail, de la sensation de ne pas trouver leur place dans l'institution et de ne pas y

appartenir, une difficulté à être reconnus à partir de leurs actions et de contribuer avec leur savoir-faire au développement du travail comme un tout.

Il est important de noter que l'introduction de modifications dans le travail, qui inclut l'organisation et les conditions de travail, est avant tout un engagement permanent et par lequel les différents niveaux hiérarchiques et les différents acteurs sociaux doivent se sentir concernés. Les équipes des NASF et de la ESF sont soumises à différentes prescriptions de tâches, formes d'organisation et de gestion du travail, paramètres de productivité et outils de travail. Il est nécessaire de tenir compte de ces différences pour penser le travail et reformuler les documents qui orientent les deux types d'équipe, car elles doivent travailler en partenariat. En outre, le NASF dépend du travail de l'EqSF pour effectuer ses actions.

Ce n'est qu'à ces conditions que cet engagement deviendra efficace et que des solutions négociées pourront être trouvées qui permettront une amélioration des processus de travail et de la qualité des services offerts à la population capable de contribuer à une avancée de la politique de soins de santé primaire du pays.

BIBLIOGRAPHIE

Abrahão, J.; Szelwar I.; Silvino A.; Sarmet M.; Pinho D. (2009) Introdução à Ergonomia da prática à teoria. Editora Edgard Blücher e FINATEC, 1ª edição.

Brasil. Ministério da Saúde.(2008). Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008 [citado 20 jun 2010]. Disponível em: http://200.137.177.147/sistemas_de_informacao/doc_tec_1/eg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde.(2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Série B. Textos Básicos de Saúde / Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Brasília: Ministério da Saúde.

Guerin, F; Laville, A; Daniellou, F; Duraffourg, J; Keguelen, A. (2001) Compreender o Trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher.

Hubault, F. Do que a ergonomia pode fazer a análise? Daniellou, F.(org.). (2004) A ergonomia em busca de seus princípios : debates epistemológicos. Ed. Edgard Blücher, São Paulo.

Prefeitura do Município de São Paulo. (2009). Coordenação da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). São Paulo