



« PROGRAMME GYMNASTIQUE DANS LA VILLE » : UNE STRATÉGIE VISANT À PROMOUVOIR LA SANTÉ »

Recife, Brésil

Période de mise en œuvre : 2002 (mis en place) | Étude de cas rédigée en 2010

Le Programme Gymnastique dans la Ville (PGV) a été mis en place dans la ville de Recife, le 22 février 2002 et institué par le Décret municipal n° 19.808 du 3 avril 2003. Il est devenu une politique de Promotion de la Santé du Service municipal de la Santé, en vertu de l'arrêté n° 122/2006 du 28 septembre 2006. Le PGV se caractérise par le fait d'être une politique de promotion de la santé dans les domaines de l'activité physique, du loisir et des conseils diététiques, qui se développe dans le cadre d'équipements de santé et d'espaces publics réaménagés, appelés pôles ou centres. Ses principaux objectifs sont d'encourager la population à adopter des habitudes de vie plus saines et d'améliorer la qualité des espaces publics de loisir dans une perspective d'accès, d'inclusion sociale, et de promotion de la participation populaire à la construction de la politique de santé locale.



L'**Observatoire villes inclusives** a été lancé en 2008 par la Commission inclusion sociale, démocratie participative et droits humains dans le but de créer un espace d'analyse et de réflexion sur les politiques locales d'inclusion sociale. L'initiative a été développée avec le soutien scientifique du professeur Yves Cabannes (University College London) et du Centre d'études sociales (CES) de l'université de Coimbra. À l'heure actuelle, l'Observatoire contient plus de soixante études de cas développées principalement entre 2008 et 2010. Bien que nombre de ces études fassent référence à des politiques déjà finalisées, elles ont encore beaucoup à offrir : de la capitalisation des connaissances acquises par d'autres gouvernements locaux à la découverte de moyens alternatifs pour relever les défis locaux sur l'inclusion sociale.

Contexte

Contexte gouvernemental et décentralisation

Le Brésil est un régime démocratique de type présidentiel; les gouvernants sont élus au suffrage universel direct et le pays se divise en niveaux d'organisation définis selon trois sphères de gestion : fédérale, étatique et municipale. Son fondement principal est la Constitution Fédérale. Dans le domaine de la santé, le SUS (Système de Santé) est la référence la plus importante car, entre autres choses, elle garantit la santé comme un droit de tous et comme une obligation de l'État. Malgré le fait que le système démocratique et les élections directes soient déjà des garanties constitutionnelles, au cours de ces 8 dernières années des changements effectifs de politique publique ont permis de promouvoir une croissance significative des instruments de participation sociale tels que l'augmentation du nombre de conférences municipales, étatiques et nationales ; l'augmentation du nombre d'associations d'usagers dans le domaine de la santé et la création du budget participatif.

La santé et le processus de réforme du système de santé brésilien

Le système de santé brésilien est encore en phase de consolidation, confrontés à des enjeux anciens et nouveaux, des alliances se créent avec d'autres secteurs de la société. En 1986, s'est tenue, la XIII^e Conférence Nationale de Santé, un événement d'ampleur nationale, qui a mobilisé de vastes secteurs de la société civile. La Constitution Fédérale de 1988 a incorporé un grand nombre des propositions élaborées par la VIII^e Conférence –reconnaissant la santé comme un droit fondamental de tous les citoyens– et a institué le Système de Santé (SUS).

En 1990, la promulgation des Lois n° 8.080 et n° 8.142 a entériné la création du SUS et de ses principes fondamentaux, dont: (a) l'universalité et l'intégralité des soins sanitaires ; (b) l'égalité d'accès aux services publics de santé ; (c) la décentralisation des décisions et l'autonomie des sphères politiques et administratives des gouvernements étatiques et municipaux ; et (d) la participation des citoyens. Les effets de la réforme du système de santé ont été remarquables : « 60 millions de Brésiliens pauvres, dépendant de la charité des institutions de bienfaisance ont accédé à la reconnaissance de leur droit à la santé. Cela a été une conquête irréversible de la réforme de la santé » (Mendes 2001, p. 28).

Depuis 1994, le ministre de la santé a mis en marche le Programme de Santé Familiale en tant que stratégie visant à développer un système de soins de base, afin de transformer le modèle d'accès aux soins dominant et de renforcer la prévention et la promotion de la santé. Le programme est encore en phase de consolidation, mais quelques résultats positifs ont déjà été constatés au niveau national. Actuellement, 26 100 équipes travaillent dans le cadre de ce programme, englobant ainsi une population de 83,8 millions de personnes, soit 44,5 % de la population du Brésil (Brésil 2006).

Dans le domaine de la santé, une partie importante des ressources financières destinées à la mise en œuvre de ces politiques provient du Gouvernement Fédéral et le complément budgétaire relève de la compétence des États et des municipalités. Dans ce sens, il n'y a pas encore eu de changement significatif dans la sphère fédérale pour impulser des politiques visant à promouvoir la santé, à l'instar du Programme Académie de la Ville. La recherche de fonds représente donc un enjeu de plus pour consolider les interventions qui vont au-delà de la logique traditionnelle du système de santé, qui est généralement centrée sur la maladie.

Contexte démographique, économique et social de la ville de Recife

La ville de Recife, d'une superficie territoriale de 217 km², compte environ 1 562 000 habitants (IBGE 2009a). Recife est la capitale de l'État de Pernambuco (8 810 256 habitants) et est située dans la région nord-est du Brésil, au bord de l'Océan Atlantique. C'est le siège de l'aire métropolitaine avec près de 3,75 millions d'habitants (IBGE 2009a) et est considérée comme la quatrième métropole du réseau urbain du Brésil en termes de population.

En 2007, la ville de Recife a enregistré un PIB par habitant de 13 510,00 réaux, le plus élevé des capitales du Nord-est (IBGE 2009b). En 2009, le taux de chômage total était de 19,2 % ; sur ce pourcentage, 16,3 % étaient des hommes et 22,7 %, des femmes (DIIESE 2009). Le chômage touchant la tranche d'âge des 18-24 ans atteint un taux de 35,6 % ; celui touchant la tranche d'âge des 25-30 atteint un taux de 16,7 % et celui touchant les plus de 64 ans atteint un taux de 8,5 % (DIIESE 2009). En 2008, il était estimé que 42,39 % de la population de l'aire métropolitaine de Recife avait un faible revenu gagnant moins de la moitié du salaire minimum (415 réaux en 2008, qui équivalent à environ 210 U.S. \$) (IDB 2009). En termes de composition d'âge, la population se divise en trois classes : 26,16 % dans la tranche des 0-14 ans ; 67,33 % dans la tranche des 15-64 ans ; et 6,51 % dans la tranche des plus de 64 ans (IBGE 2009a).

Le taux d'analphabétisme de la population âgée de plus de 15 ans est de 8,92% dans l'aire métropolitaine de Recife, (IDB 2009), taux à peine inférieur à la moyenne nationale (9,7 %), mais, mettant en relief des inégalités significatives entre les différents quartiers de la ville : 2 % à Boa Viagem et 24 % sur l'île Ilha Joana Bezerra (Atlas Municipal 2005). En 2008, l'espérance de vie à la naissance était de 68,8 ans, de 72,3 chez les femmes et de 65,3 chez les hommes (IDB 2009).

État de santé de la population et offre de services de santé dans l'État de Pernambuco

Cette section présente des indicateurs de santé (Tableau n° 1) correspondant à l'année 2008 (IDB 2009) et liés aux stratégies de promotion de la santé du ministre de la Santé de l'État de Pernambuco et, notamment, de la politique d'inclusion sociale « Programme Académie de la Ville » qui est mise en œuvre dans la ville de Recife :

Tableau n° 1. Indicateurs de facteurs de risque, de mortalité, de ressources, de couverture

Taux de la population disant avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois (2008)	70,3 %
Femmes âgées de plus de 40 ans ayant été soumises à un examen clinique des seins réalisé par un médecin ou un infirmier dans les 12 mois précédant la date de l'entretien (2008)	29,3 %
Femmes âgées de 50 à 69 ans ayant été soumises à une mammographie dans les 2 années qui ont précédé l'entretien (2008)	43,4 %
Femmes âgées de 50 à 69 ans ayant été soumises à un examen préventif du cancer du col de l'utérus dans les 3 ans précédant la date de l'entretien (2008)	74,3 %
Population résidente qui a autoévalué son état de santé, le considérant comme bon ou très bon (2008)	73 %
Particuliers ayant un domicile permanent cadastré dans le programme Unités de Santé Familiale (2008)	72 %
Nombre de consultations prénatales (2008) :	

• Entre 1 et 3 consultations :	9,24 %
• Entre 4 et 6 consultations :	34,77 %
• 7 ou plus de 7 consultations :	53,86 %
Indice de mortalité infantile (2007)	29,2 %
Taux de prévalence de l'hypertension artérielle (2008)	26,6%
Taux de prévalence d'une activité physique suffisante pendant le temps libre (2008)	17 %
Taux de prévalence de fumeurs actuels (2008)	10,4 %
Taux de prévalence de la consommation abusive de boissons alcoolisées (2008)	19,2 %
Taux de prévalence de l'excès de poids chez les adultes âgés de 25 à 50 ans (2008)	35,5 %
% des charges du Ministère destinées aux soins de base (2008)	18,8 %
Médecins pour 1 000 habitantes (2008)	1,36

Source : Indicateurs et Données de Base (IDB), 2009, *DATASUS*. Brasília : Ministère de la Santé.

Niveau d'institutionnalisation de la politique : Municipale

Description complète – Présentation de la politique

Le Programme Académie de la Ville est une politique de promotion de la santé qui met l'accent sur l'activité physique, sur le temps libre et sur une alimentation saine, dont les principes directeurs sont les suivants : l'autonomie de l'individu, le rôle social, l'intersectorialité, la gestion partagée, l'interdisciplinarité, la transversalité, ainsi que la reconnaissance de la santé et du temps libre comme droits des citoyens.

Les interventions ont lieu dans 21 espaces publics requalifiés en *pôles* (pôles ou centres) ; dans 21 Centres d'Aide Psychosociale (CAPS), dans 64 autres équipements de santé ou sociaux tels que le centre de Stratégie de Santé Familiale (ESF), celui de l'Unité de Base de Santé (UBS), les Organisations non gouvernementales (ONG), les Associations Communautaires ; et dans d'autres espaces publics identifiés pour l'action du Programme. Les horaires habituels de fonctionnement sont de 5h30 à 11h30 et de 14h00 à 20h00, du lundi au vendredi, les activités dans les *pôles* ou centres ont lieu de 5h30 à 8h30 et de 17h00 à 20h00, et pendant le reste du temps, des activités se déroulent dans les espaces cités précédemment.

Antécédents / origines

Traditionnellement, les services de santé brésiliens s'organisent en se basant sur les symptômes et sur les interventions médicales individuelles et curatives. Cependant, afin de contribuer de manière effective à l'amélioration de la qualité de vie de la population, à partir de la VIIIème Conférence (1986), des stratégies de promotion de la santé basées sur une notion large et positive de santé ont été mises en œuvre. Dans le cadre de cette nouvelle définition, l'Éducation physique retrouve un rôle central et de nombreuses possibilités de participation à ce nouveau processus social de promotion de la santé se font jour. Parallèlement, le Service municipal de Santé a fait appel à l'université afin d'établir des partenariats, ayant pour objectif commun

d'agir pour la santé dans la municipalité. Un sondage a été réalisé par la remise d'un questionnaire aux personnes qui faisaient de l'exercice dans un parc public de Recife.

Les résultats ont démontré que 74 % des personnes interrogées réalisaient les exercices de manière incorrecte. Ainsi, le collectif des professeurs de l'institution s'est rendu compte qu'il était nécessaire de revaloriser le rôle de l'Éducation Physique afin de guider la population dans la réalisation d'une activité physique, en vue de la promotion de la santé. Dans ce contexte, à partir de l'initiative d'un groupe de professeurs, la ville de Recife a entrepris un programme d'exercice physique en utilisant les espaces publics déjà existants. L'initiative universitaire et la disponibilité financière des pouvoirs publics ont été essentielles pour consolider et concrétiser le projet. Au cours des élections municipales (2000), un nouveau programme de gouvernement a été élaboré et cherchait essentiellement à renverser les priorités en se basant sur une gestion démocratique et participative.

C'est dans ce cadre qu'est apparu la nécessité de répondre aux besoins spécifiques de la communauté en matière de santé publique et de promotion de la santé, en s'opposant au modèle en vigueur, un modèle essentiellement fondé sur le milieu hospitalier et centré sur le traitement au détriment de la promotion de la santé. L'objectif était aussi de pallier l'insuffisance d'espaces publics consacrés aux loisirs et à la réalisation d'activités physique dans la ville ; et mettre un frein à l'augmentation des indicateurs de violence. De même, le Programme Gymnastique dans la Ville (PAC en portugais) est né du résultat de dialogues intersectoriels qui impliquaient initialement le Service municipal de la santé, le Service municipal du tourisme et des sports, l'Université de Pernambuco et l'Université Fédérale de Pernambuco.

Objectifs de la politique

L'objectif général du Programme est de contribuer à la promotion de la santé collective par la réalisation d'activités physiques, de loisir et d'orientation pour prendre des habitudes alimentaires saines. En renforçant l'usage des espaces publics et des équipements de santé, en promouvant le rôle social et en tentant d'améliorer la qualité de vie de la population de Recife.

Agents concernés, bénéficiaires et processus participatifs

Bénéficiaires

S'agissant d'une intervention qui répond soit à un besoin spontané de la population, soit à un besoin identifié par le réseau de santé, le programme ne prévoit pas, dans sa structure, de critères de participation –évitant ainsi de générer de l'exclusion– afin de s'adresser à l'ensemble de la communauté. Les *centres*, dans lesquels les activités sont réalisées, sont répartis dans les 6 quartiers identifiés en termes de santé et 22 *centres* supplémentaires seront implantés, en collaboration avec le Gouvernement de l'État, d'ici à 2011. Les activités réalisées vont des activités corporelles les plus diverses, telles que les jeux, les luttes, la danse, la gymnastique, les sports ou l'évaluation physique, à l'évaluation nutritionnelle, aux conférences, aux cercles de dialogue, aux séminaires, aux visites entre centres, aux visites intercommunales, aux promenades à bicyclette, voire même à la participation dans les budgets participatifs, à des conférences municipales, à des compétitions sportives et à des forums de discussions, entre autres. Le contexte de chaque espace d'intervention du Programme finit par définir le genre de programmation des activités. Dans les espaces où il existe un besoin infantile plus marqué et plus spécifique, les activités présentent un caractère plus ludique et sont davantage basées sur la présence de jeux ; dans les espaces où la présence des adultes et des personnes âgées est plus forte, les activités répondent aux besoins de ce segment de la population et respectent

leurs conditions. Il est estimé que 60 000 personnes par mois, en moyenne, sont accueillies dans les 21 *centres* adhérant au Programme.

Agents impliqués

Pour la mise en œuvre quotidienne de ce Programme, il est indispensable que différents agents soient impliqués dans ce processus : Le Service Municipal de Santé, le Service Municipal du Budget Participatif, le Service Municipal des Droits de l'Homme et de la Sécurité des Citoyens, le Service Municipal de l'Éducation, le Service Municipal de la Culture, le Service Municipal de l'Assistance Sociale, le Service d'État des Villes, l'Entreprise de manutention et de nettoyage urbain, l'Entreprise d'urbanisation de Recife et les Associations de la Communauté (Associations de voisinage, organisations religieuses, groupes organisés et ONG, entre autres) ; ainsi que toutes les articulations intersectorielles entre les différentes politiques du Service Municipal de la Santé : politique de soutien des consommateurs d'alcool et d'autres drogues ; politique de soutien des personnes âgées ; et politique de soutien des personnes handicapées, entre autres.

Processus participatifs mis en œuvre

Les trois premiers critères sur lesquels se fondent la mise en œuvre du Programme se rapportent au processus de participation sociale et d'identification des demandes d'intérêt social, soit en réponse aux besoins des population surgissant dans les territoires, soit lorsque la participation des communautés est stimulée, de manière organisée, dans le cadre des initiatives qui promeuvent leur responsabilisation dans le cadre des décisions qui les concernent. Les ZSIS tiennent compte d'indicateurs tels que les niveaux d'éducation, d'accès à la culture, de conditions d'habitat et la rémunération, entre autres.

La structure du Système de Santé (SUS) prévoit la création de dispositifs de participation sociale à l'instar des groupes de gestion des unités et des Conférences sur la Santé (1). Les usagers du Programme sont ainsi incités à faire partie d'une organisation, par le biais des réunions et des cercles de dialogue dans les espaces d'intervention, afin de pouvoir représenter les intérêts du groupe dans le cadre de la prise de décision ayant lieu en sessions plénières.

Les politiques de démocratie participative au Brésil ont mis en place un autre instrument de participation et de codécision dit Budget participatif. Cette forme d'organisation permet aux citoyens d'élire leurs représentants en sessions plénières ouvertes, ainsi que de voter pour leurs principaux intérêts dans le cadre de l'utilisation des ressources publiques dans leur communauté, dans différents domaines : santé, éducation, travaux, temps libre, culture, etc. Ainsi, lorsqu'il est décidé que l'un des principaux critères à prendre en compte dans la mise en place d'un centre du Programme de Gymnastique dans la Ville passe par la décision du BP, on incite les citoyens à participer à la définition de la politique publique. Il convient de rappeler que, depuis 2002, tous les pôles ou centres où le Programme est instauré, outre ceux qui seront inaugurés en 2010/2011, ont fait l'objet d'un vote du BP.

Le fait de décider collectivement et par le dialogue, de l'intégration/installation/construction d'espaces démocratiques permet d'aller au-delà d'une simple offre d'activités physiques et de conseils diététiques. En effet, cette méthode participative permet aux individus de se voir comme des acteurs de leur propre vie, comme des agents actifs au sein de leur foyer, quartier ou communauté, grâce à une intervention qui vise à respecter la diversité humaine sans en exclure les particularités.

Les individus s'impliquent donc dans le programme, même lorsque il existe peu ou pas de volonté d'y adhérer, forment des petits groupes dans la communauté et choisissent des leaders communautaires pour que ces derniers représentent la volonté collective. Ces leaders

recherchent des instruments/connaissances sur le processus de mise en place du Programme dans la pratique. Les personnes s'organisent afin de déterminer, au sein de leur communauté, l'espace étant le plus « adapté » pour construire la structure physique du Programme et y participent pour recueillir des informations pratiques et des expériences, ainsi que pour pouvoir discuter, avec d'autres personnes de la communauté, des bienfaits que le Programme pourra effectivement apporter dans cet espace.

Toutes ces étapes sont fondamentales pour le succès des interventions réalisées dans le cadre du Programme, mais la participation se prolonge, voire se renforce encore davantage lorsque l'intervention est déjà mise en place et en plein fonctionnement, et que la population qui participe au Programme se sent partie intégrante de l'ensemble des processus qui ont lieu au quotidien. Le renforcement du Programme se fait à travers les cercles de dialogue dans lesquels des thèmes variés sont abordés, notamment des sujets considérés importants pour les individus et pour la communauté, ou à travers les phases d'évaluation des activités qui sont réalisées, dans le dialogue entre usagers et professionnels concernant les procédures d'évaluation du Programme ou encore, essentiellement, lorsqu'ils s'organisent pour former des groupes appelés « Commissions des Usagers du Programme de Gymnastique dans la Ville ». Les interventions réalisées dans le cadre du Programme contribuent à resserrer les liens sociaux, grâce à la formation de groupes qui partagent des moments de vie en commun, et favorisent l'extension des réseaux sociaux, qui vont au-delà de la participation aux projets. Le partage de nombreux moments en commun, permet aux membres du groupe d'élargir leur champ de vision du monde / de la communauté / de l'action / des relations.

Processus d'institutionnalisation et financement

Processus d'institutionnalisation de la politique

Présenté à la population au cours de la V^e Conférence Municipale de la Santé (2001), le Programme a été implanté officiellement en 2002, par le Service Municipal de la Santé de la ville de Recife, puis réglementé par les décrets et arrêtés suivants : (1) Décret n° 19.808 du 22 février 2003, portant création du Programme Gymnastique dans la Ville ; (2) Décret n° 22.345 du 18 octobre 2006, portant restructuration et réglementation du Programme Gymnastique dans la Ville ; (3) Arrêté n° 122/2006 - GAB/SS EM du 28 septembre 2006, portant résolution d'implanter le programme comme une politique de promotion de la santé et d'assistance du Service Municipal de la santé ; et (4) Loi n° 17.400/2007, portant création de 120 postes de professionnels de l'Éducation Physique au sein du Service Municipal de la santé, ouverts au concours publics.

Le processus d'implantation du Programme de Gymnastique dans la Ville dans les communautés est basé sur les critères suivants : (a) présentation du programme lors des Conférences municipales: santé, éducation, enfants et adolescents, jeunesse, autres ; (b) élection du programme comme priorité lors du Budget Participatif (BP) ; (c) développement du programme au sein des Zones Spéciales d'Intérêt Social (ZSIS) ; (d) développement du programme au sein d'une zone couverte par le réseau de santé ; (e) possibilités techniques existantes (ingénierie) pour l'exécution des travaux nécessaires au sein de l'espace public ; et (f) développement du programme au sein des zones présentant des indicateurs de violence élevés.

Financement

Durant 7 ans, jusqu'en 2009, le Programme avait été entièrement financé par la Municipalité de Recife, pour un coût d'environ 13 000 000,00 R\$ (treize millions de réaux). Actuellement, le financement des travaux d'implantation des nouveaux *centres* a lieu en collaboration avec le

Gouvernement de l'État de Pernambuco, en application d'un accord avec le Secrétariat des Villes visant à étendre le Programme dans tout l'État de Pernambuco (qui prend à présent le nom de Programme Gymnastique dans la Ville). Tous les coûts et la gestion du Programme relèvent de la Municipalité. Le coût annuel estimé des interventions réalisées dans le cadre du Programme, incluant le coût des ressources humaines, le matériel de nettoyage, l'acquisition et la manutention des équipements permanents pour l'activité physique et la manutention de la structure et la sécurité, entre autres, est d'environ 160 000,00 R\$ (cent soixante mille réaux) par *pôle* ou centre.

Principaux résultats et réalisation

Principaux résultats et obstacles

Principaux résultats et succès

Plusieurs résultats démontrent un renforcement progressif de la politique :

- Retour de la population dans les espaces publics de loisir ;
- Réalisation d'activités culturelles dans les *centres* qui s'incorporent à l'agenda de la communauté locale ;
- Élection de professionnels et d'usagers comme Conseillers de quartiers et représentants aux Conférences sur la santé ;
- Évaluation positive de la communauté ;
- 80 % des usagers sont très satisfaits du Programme ;
- 84 % des professeurs sont satisfaits ou très satisfaits du Programme ;
- Dans les espaces où se situent les *centres* la probabilité de réaliser une activité physique est multipliée par trois ;
- Les espaces requalifiés promeuvent l'emploi dans les domaines de la sécurité, du nettoyage et de l'accessibilité, et sont plus fréquentés.

De nombreux progrès restent encore à accomplir. Cependant, encourager ce Programme, c'est non seulement permettre aux personnes de prendre leur propres décisions quant à leur condition physique, mais c'est aussi penser de manière transversale, en partant des besoins de la collectivité et non pas des problèmes individuels, et comprendre que les différences doivent être respectées. Faire naître un sentiment d'appartenance à une communauté, matérialiser la possibilité réelle d'un dispositif sur le territoire par des actions intersectorielles concrètes, et construire collectivement des projets ; semblent être les aspects fondamentaux pour consolider le Programme Gymnastique dans la Ville comme une politique de promotion de la santé et d'inclusion sociale.

Évaluation générale

Outre les résultats obtenus dans la ville de Recife, il est important de souligner les marques de reconnaissance qu'a reçues le Programme Gymnastique dans la Ville, aussi bien au niveau national qu'au niveau international. En voici quelques-unes :

- Finaliste du Prix David Capistrano Hijo – Humaniza SUS – 45 projets réussis dans le pays en 2004 ;

- 2^{ème} place au Budget Participatif de 2006 ;
- 1^{ère} place au II^e Concours Villes Actives, Villes Saines, promu par l'OPAS, par le *Centre for Disease Control* (Centre de prévention et de contrôle des maladies – CDC) et par la *Fundación Ciudad Humana* de Bogotá, Colombie en 2005 ;
- Évaluation du *Centre for Disease Control* (CDC) –E.U. comme intervention positive pour la santé ; et
- Programme de référence dans l'implantation d'un programme d'activités physiques à San Diego/Californie, E.U.

Enjeux et limites

Malgré les progrès significatifs qui ont été réalisés, certaines difficultés, communes à tous les processus, restent encore à surmonter. En effet, regrouper différents intérêts signifie également être confronté à la nécessité de gérer des conflits, sources de nombreuses difficultés, notamment dans le cadre d'un programme géré par une institution publique et qui répond aussi à des intérêts politiques. Outre des obstacles tels que l'absence de dotation budgétaire et le manque de formation des professionnels de l'Éducation Physique dans le domaine de la santé publique, un autre aspect important à prendre en compte est le besoin d'une réforme de l'État au Brésil. En effet, un approfondissement de la démocratie participative permettrait d'encourager la participation des citoyens, cependant, les structures de l'État continuent à fonctionner de manière bureaucratique et ne favorisent pas le développement de la participation. Sans réforme, les obstacles seront toujours présents au quotidien pour les politiques publiques tournées vers le bien collectif et la participation sociale.

Un autre facteur susceptible de gêner l'implantation de cette stratégie est le facteur lié aux conditions climatiques de chaque région (en raison du fait qu'elle a lieu dans des espaces publics ouverts). Il est donc nécessaire d'adapter la politique aux réalités locales, en tenant aussi compte du fait que les caractéristiques culturelles de chaque région peuvent être des éléments sur lesquels s'appuyer pour remporter l'adhésion au programme, puisque la participation et les activités collectives sont des éléments essentiels pour le bon fonctionnement du Programme.

Une caractéristique fondamentale du Programme est le partage des difficultés avec la collectivité, ce qui rend possible la création d'alternatives et la mobilisation pour régler les problèmes, en motivant les individus pour qu'ils soient les acteurs de leur propre histoire.

Transposition ou adaptation de la pratique ailleurs

Il existe actuellement plusieurs projets en cours dans le cadre du Programme, dont les suivants : (1) le Programme fait l'objet d'une étude internationale dénommée *Stratégies d'institutionnalisation d'interventions innovantes en matière d'équité dans le domaine de la santé au Brésil : une étude comparative* ; (2) il participe à une enquête liée à la prévalence du diabète, réalisée auprès des usagers du Programme ; (3) il est en cours d'inscription par le Ministère de la Santé comme Structure du réseau de santé ; (4) il est en cours d'adaptation dans les 184 communes de l'État de Pernambuco à travers la diffusion mise en œuvre par le Secrétariat des Villes de l'État de Pernambuco ; et (5) Il est le point de départ d'un programme d'activité physique implanté à San Diego (Californie), pour les communautés latines qui vivent aux E.U. Tous ces exemples démontrent qu'il est possible de reproduire ce programme à grande échelle si les ressources matérielles et la structure physique sont adaptées à chaque contexte spécifique.

Le Programme Gymnastique dans la ville est devenu une référence nationale et internationale dans le domaine du développement de projets de promotion de la santé. En effet, au delà des particularités de chaque lieu / région / commune, le point clé ne réside pas dans la structure physique ou dans les ressources matérielles disponibles, mais dans les relations qui s'établissent entre tous ceux qui contribuent au Programme. Ce dernier peut et doit être reproduit et mis en œuvre partout où l'on cherche à contribuer, de manière efficace, à la promotion de la qualité de vie des personnes.

En savoir plus

Le cas a été étudié et écrit par Ebrivaldo G.C. Junior, Directeur du Programme Gymnastique dans la Ville du Services municipal de la santé de Recife, et par le Dr. Mauro Serapioni, du Centre d'Études Sociales de l'Université de Coimbra, Portugal, en 2010.

Commission d'Inclusion sociale, de Démocratie participative et des Droits de l'homme de Cités et Gouvernements Locaux Unis (CGLU) :

Page web: <https://www.uclg-cisdp.org/>

Coordonnées: cisdp1@uclg.org | +34 933 42 87 70

Références bibliographiques

Atlas Municipal, 2005, *Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife 2005, Aspecto do desenvolvimento humano no Recife*. Recife: Prefeitura de Recife e PNUD.

Brasil, Ministério da Saúde, 2006, *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde, 2010, *Pacto pela redução da mortalidade infantil nordeste e amazônia legal*. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1583 [25 de Outubro de 2010].

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIIESE), Região Metropolitana do Recife, 2009. Recife: DIIESE.

Indicadores e Dados Básicos (IDB), 2009, *DATASUS*. Brasília: Ministério da Saúde

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2008, *Um panorama da saúde no Brasil. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Factores de Risco e Protecção à Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE e Ministério da Saúde

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2009a, *Estimativas da população para 1º de Julho de 2009* [PDF]. Rio de Janeiro: IBGE (14 de Agosto de 2009). Página visitada em 25 de Novembro de 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2009b, *Produto Interno Bruto a Preços Correntes e Produto Interno Bruto Per Capita segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios 2003-2007*. Rio de Janeiro: IBGE. Página visitada em 20 de Dezembro de 2009.

Mendes, E.V., 2001, *Os grandes dilemas do SUS* (Vol. 1). Salvador: Casa da qualidade.