

Les défis de l'épidémiologie sociale latino-américaine *

Naomar de Almeida-Filho

Université Fédérale de Bahia, Brésil

** Ce texte est une version remaniée de la conférence présentée au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, le 19 avril 1994.*

J'aimerais avant toute chose vous remercier pour le privilège et l'honneur que vous me faites en m'invitant à venir parler ici d'une thématique qui me paraît fondamentale en cette période où nous vivons des transformations capitales dans le monde de la santé. Plutôt que de santé communautaire, je parlerai de "santé collective", considérée ici avec une connotation plus réduite que dans les sciences sociales et les sciences de la santé. Je présenterai mes réflexions en trois étapes: premièrement, je voudrais souligner le contexte historique dans lequel l'épidémiologie sociale s'est développée en Amérique latine; deuxièmement, je discuterai brièvement de ce que l'on nomme la "crise de la science épidémiologique"; et finalement, si vous me le permettez, j'avancerai quelques points de réflexion quant à une contribution potentielle de l'épidémiologie latino-américaine vis-à-vis des changements profonds qui doivent se faire — et qui se font — dans le champ de la pratique épidémiologique contemporaine.

* * *

Le contexte idéologique des années soixante en Amérique latine, et plus particulièrement à la suite de la révolution cubaine, a été marqué par une offensive des théories du

développement économique. Ces théories ont considéré la santé essentiellement comme un intrant dans la formation de ce qu'on a appelé "le capital humain". Des programmes d'aide économique (Alliance pour le Progrès, Aliments pour la Paix, etc.) ont été mis en place à partir de l'idée que des investissements centrés sur la santé et l'éducation, et assortis d'une application rigoureuse des nouvelles théories de la planification, seraient capables de résoudre les problèmes sociaux les plus graves vécus par les populations latino-américaines du Sud.

Le mouvement de la médecine préventive, perçu au début comme une solution idéologique face à la crise structurelle du système de santé nord-américain, a été présenté comme un programme de changement de la réalité sanitaire en Amérique latine à travers une réforme pédagogique de l'enseignement médical (Arouca, 1975). L'introduction de l'enseignement de l'épidémiologie sur notre continent du sud date de cette période et cette discipline a été présentée comme une des disciplines essentielles à la promotion d'une attitude supposément préventive chez les professionnels de la santé (les autres appartenant à l'administration de la santé et aux sciences

comportementales en santé). En dépit d'efforts individuels — efficaces mais toutefois isolés — nous nous retrouvions en général devant une version appauvrie et technicisée de la nouvelle "science épidémiologique", qui se centrerait presque exclusivement sur l'étude des maladies infectieuses. Or, à cette même époque dans les pays développés, l'épidémiologie, qui y était déjà institutionnalisée, s'affirmait conceptuellement et méthodologiquement en tant que champ scientifique privilégié pour l'étude des risques et de ses facteurs (Almeida-Filho, 1992) en étudiant les maladies chroniques et dégénératives, associées à la "nouvelle morbidité".

Par ailleurs, le contexte de développement de la santé collective latino-américaine est déjà bien connu. Au début de la décennie soixante-dix, des dictatures militaires se sont instaurées dans plusieurs pays de notre continent; les exemples les plus marquants sont assurément le Chili, l'Uruguay, l'Argentine et le Brésil. La répression politique dans ces pays, la suspension des droits humains, la censure intellectuelle, artistique et scientifique ont eu comme contrepartie un puissant mouvement de résistance qui, dans le champ de la santé en particulier, a essayé de reprendre et d'adapter les principes de la médecine sociale (Arouca, 1975). Ce mouvement politico-idéologique, apparu au cours de la première moitié du dix-neuvième siècle et intégré aux soi-disant socialismes utopiques, est réapparu puis s'est transformé, du fait de la conjoncture politique et sanitaire de l'Amérique latine, en un mouvement que l'on a appelé «Santé Collective».

D'une certaine façon, la conception de la Santé Collective apparaît comme un contre-poids aux propositions d'intervention de type assistencialiste dirigées vers des groupes marginalisés de la population; propositions qui étaient intégrées au mouvement de la santé communautaire (Donnangelo, 1978). Ce dernier, héritier pragmatique d'un projet préventiviste conservateur, s'insérait dans l'idéologie de l'"action communautaire", laquelle souhaitait résoudre les problèmes sociaux par une autonomisation présumée de la communauté. D'un point de vue critique, la Santé Collective s'oppose justement à cette approche puisqu'elle définit son objet comme

un processus santé-maladie opérant non pas dans une communauté idéalisée et harmonieuse mais plutôt au sein d'une société complexe, plurielle et contradictoire, traversée par des pratiques institutionnelles et, enfin, constituée d'agents historiques concrets.

Chez nous, la Santé Collective est actuellement définie à la fois comme un champ de pratiques sociales et comme un champ d'investigation scientifique. C'est pourquoi la Santé Collective s'est développée sous deux axes disciplinaires fondamentaux: les sciences sociales en santé — toujours approchées à partir de leurs versions les plus critiques —, et l'épidémiologie. Ouvertement destinées à soutenir la construction historique de ce champ, plusieurs conceptions critiques de l'épidémiologie en tant que science et pratique ont été développées dans différentes parties de l'Amérique latine. Parmi les contributions les plus importantes pour l'école de pensée qui est maintenant connue comme l'épidémiologie sociale latino-américaine, je voudrais souligner l'effort théorique de Jaime Breilh (1987; 1989) en Équateur, de Cristina Laurell (1983; 1985) au Mexique, de Pedro Luiz Castellanos (1992) au Vénézuéla et la réflexion épistémologique avancée par Ricardo Bruno Gonçalves (1990) au Brésil et par Juan Samaja (1994) en Argentine. Et pourtant, au moment même où la science épidémiologique passe par une crise paradigmatique, comme beaucoup de sciences modernes, les défis auxquels fait face l'épidémiologie latino-américaine sont encore plus frappants et plus fondamentaux.

* * *

Dans les pays du Nord, où l'on trouve les sources de la science épidémiologique, l'épidémiologie conventionnelle s'est autolimitée en ce qui touche sa capacité de susciter des approches originales. L'investigation épidémiologique m'y semble réduite au test d'hypothèses ordinaires, triviales et de piètre impact sur la santé des collectivités. Le développement théorique de la discipline s'est basé sur des concepts problématiques et partiels, en oubliant de débattre de façon critique des propriétés particulières de son objet de connaissance, c'est-à-dire au concept de

risque (Gonçalves, 1990). Par exemple, le discours habituel de l'épidémiologie contemporaine a défini, d'une part, l'espace comme étant une catégorie secondaire et principalement physique et, d'autre part, le temps comme la simple succession chronologique, sans considérer ni le concept plus global de «territorialité» en tant que référence géographique des groupes sociaux, ni le concept de «temps» en tant que construction culturelle fondant l'historicité des groupes.

Envisager la santé tout simplement comme une configuration de risques — approche que l'on rencontre de plus en plus dans l'épidémiologie conventionnelle anglo-saxonne — réduit le travail de construction conceptuelle de ce champ à des modèles théoriques essentiellement réductionnistes et réglés par une logique mécanique de causalité linéaire (Possas, 1990). Le traitement de la question de la causalité se caractérise, dans ce champ, par un apport instrumental et mécaniste du processus de détermination qui ne fait pas justice à la richesse et à la complexité de l'analyse de la situation de santé. Comme résultat, on peut observer une tendance à la définition et à la détermination de l'objet épidémiologique basées sur des attributs individuels; ce qui élude le caractère essentiellement social des phénomènes de la santé dans les collectivités humaines. Considérer la population comme uniquement un ensemble unidimensionnel et quantifié d'individus implique une non-reconnaissance du collectif en tant que groupe humain irréductiblement social et historique.

Les limites méthodologiques de ce type d'investigation épidémiologique sont assez évidentes. Les chercheurs considèrent le modèle expérimental comme un exemple paradigmatique, c'est-à-dire comme une image objective de ce que l'on prétend idéal (Almeida-Filho, 1992). De cette façon, on a tendance à valoriser les modèles de recherche les plus contrôlés, comme, par exemple, les essais cliniques randomisés, au détriment des stratégies observationnelles d'investigation. Cependant, on perçoit le paradoxe qu'entraîne une croissance explosive des investigations épidémiologiques comme moyen de subsidence à la pratique clinique

et aux interventions sur les individus; par cette pratique, l'épidémiologie affaiblit chaque fois son impact comme discipline de base en santé publique puisqu'elle limite sa capacité de soutenir les interventions sur la santé collective et la prise des décisions dans le cadre de la planification de santé.

Un tel mouvement a eu comme conséquence l'aliénation de l'objet épidémiologique dans le cadre de la production empirique vis-à-vis les objets réels de la santé-maladie; c'est-à-dire les êtres humains qui, de fait, habitent non pas dans les systèmes fermés et contrôlés des laboratoires mais plutôt dans des systèmes ouverts et chaotiques, caractéristiques fondamentales de la réalité historique des populations concrètes. Dans ce processus particulier de production de données, on peut observer une dépréciation du qualitatif, de l'interactif, du participatif et de l'ethnologique dans la définition même des problèmes de santé, que l'on étendra ici aux processus subjectifs à l'origine des représentations sociales de ces phénomènes.

Pour justifier et légitimer sa démarche réductionniste, l'épidémiologie conventionnelle a toujours fait référence à des sciences "dures" comme modèle idéal à poursuivre. Ainsi, le concept de densité d'incidence a été proposé comme analogie à la physique du mouvement (Kleinbaum, Kupper, & Morgenstern, 1982). Actuellement, on peut noter deux courants principaux de durcissement de la science épidémiologique: d'une part, une tendance dirigée vers la biologisation de la discipline jusqu'au point extrême de proposer une sorte d'épidémiologie moléculaire; et d'autre part, un effort intense de fusionner l'épidémiologie et la biostatistique dans la perspective d'une mathématisation totale de notre champ.

* * *

Je suis tout à fait d'avis que les perspectives de changements profonds dans l'épidémiologie sont toujours reliées aux transformations dans les champs scientifiques qui lui sont corrélatifs, comme la biologie, la statistique et les sciences sociales. Mais ici quelques questions se posent: À quelle biologie peut-on

se référer pour établir une définition de l'environnement ou de la santé-maladie? De quelle statistique proviennent les concepts d'inférence ou de signification? À partir de quelles sciences humaines peut-on parler de détermination sociale?

Actuellement, nous percevons des changements profonds dans la majorité des sciences qui ont traditionnellement, ou plus récemment, fourni les bases scientifiques à l'épidémiologie et à la santé publique. Les nouveaux modèles théoriques de la réalité, les paradigmes scientifiques, les développements méthodologiques et technologiques ont profondément transformé la capacité de comprendre et d'agir sur la nature et la société (Prigogine, & Stengers, 1979; Delattre, 1981; Powers, 1982; Gleick, 1987). Ces développements ont, en effet, modifié considérablement le champ scientifique en général en posant des questions sur notre capacité potentielle de transformer les conditions de vie des populations.

Nous sommes tous conscients que la biologie contemporaine, surtout dans ses lignes de recherche d'avant-garde telles que la biologie moléculaire, la génétique et la biochimie, bouleverse de plus en plus le panorama scientifique avec les nouveaux paradigmes systémiques. Il va sans dire que, vue du cadre de la mathématique statistique moderne, l'école statistique à laquelle l'épidémiologie adhère, qu'elle soit d'inspiration fisherienne ou fréquentiste, nous apparaît comme une orientation, à toute fin pratique dépassée parce qu'elle utilise encore des modèles de discontinuité et des processus de démonstration intuitive. La question des effets de l'application de ces nouveaux savoirs sur la jeune science des processus collectifs de la santé-maladie se pose alors. Quoi qu'il en soit, l'épidémiologie doit demeurer ouverte à la critique, et ce, d'autant plus, depuis les transformations qui ont eu lieu dans les champs disciplinaires voisins. Elle doit aussi se préparer conceptuellement et méthodologiquement à traiter ses objets/sujets de manière à révéler leur complexité et, par conséquent, à rendre possible et faisable des interventions qui seront vraiment efficaces sur la santé collective.

La mise en question des frontières disciplinaires entre les champs scientifiques s'intègre au cœur des processus représentatifs de la modernité tardive. À l'effacement des frontières de l'économie financière, correspond un affaissement des limites qui auparavant réglaient l'économie du savoir. C'est à cette époque que se confirme la fin du monopole de l'information au profit d'une socialisation du marché de l'information, provoquée par la chute du prix de la technologie informatique et télématique. Alors, la circulation entre divers territoires de connaissance désormais décolonisés permet une nouvelle représentation encyclopédique avec, comme principale conséquence, l'apparition de la transdisciplinarité. Dès lors, au lieu d'une fragmentation et d'une spécialisation croissantes, processus qui a caractérisé le développement scientifique jusqu'à maintenant, apparaît une valorisation de la capacité d'échange et de dialogue, et ce, pas seulement parmi les scientifiques mais aussi avec l'ensemble de la société. La transdisciplinarité fait ainsi appel à d'autres référents tels que les liens entre diverses disciplines ou encore entre les discours et les pratiques quotidiennes.

La transdisciplinarité a toujours été étroitement incorporée à l'épidémiologie parce qu'elle s'est perçue, dès sa création, comme une science responsable de la formulation du discours scientifique sur la santé-maladie au niveau collectif. Les détours et les égarements du caractère fondamentalement collectif de cette discipline n'ont jamais permis de cacher, d'une manière permanente, la vocation plurielle de l'épidémiologie. Quelle que soit l'analyse engagée dans la politique de transformation de la situation de santé des populations, celle-ci exigera continuellement des concepts et des méthodes qui se caractériseront par la pluralité afin de rendre possible la compréhension des contextes historicisés de santé-maladie (des structures épidémiologiques) ainsi que la formulation de pratiques discursives d'interférence dans l'espace *ethico-public* des systèmes de santé collective.

Toutefois, la transdisciplinarité n'est pas un fin en soi-même. Il est fondamental de conserver une attitude critique et réflexive capable d'explicitier les liens entre savoir et

pouvoir. C'est-à-dire, de prendre conscience des implications et des déterminations politiques, aussi bien qu'économiques, de la production de la connaissance scientifique. En ce qui concerne la matérialité quotidienne de son objet d'enquête, la production de connaissance épidémiologique doit rompre les limites de sa propre nature disciplinaire.

* * *

Comme nous le savons déjà, l'état de santé ne se trouve pas déterminé uniquement par les processus qui s'expriment au niveau individuel. En fait, il devient chaque jour plus important de connaître les modes de vie (processus sociaux et culturels) qui déterminent d'une façon complexe les processus de la santé collective dans le quotidien des groupes sociaux. C'est pourquoi il est impératif de construire le collectif comme une unité intégrale d'observation-analyse-interprétation-intervention, et ce, tant au niveau conceptuel que méthodologique. Les résultats d'une telle prise de position sont multiples. Dans un premier temps, on doit enrichir et dépasser le concept de cause dominant dans le cadre de l'épidémiologie contemporaine en ouvrant les différents niveaux et catégories de détermination, afin de mieux rendre compte de la complexité potentielle des objets concrets de la santé collective.

En termes méthodologiques, il nous faut développer de nouveaux outils pour la conception, l'analyse et l'interprétation de la réalité de santé des peuples. Il s'agit d'abord de récupérer et de valoriser les études des agrégats (à mon avis, erronément nommées études écologiques), parce que c'est à ce niveau-là que se manifestent plus clairement les rapports entre les conditions de vie et la situation de santé. La recherche d'alternatives aux analyses de données dans le cadre d'une rénovation de l'épidémiologie s'enclenchera dès l'ouverture transdisciplinaire — concept abordé précédemment — des champs de connaissance où on a identifié un intérêt pour la construction de nouveaux paradigmes.

Ainsi, par exemple, l'intégration de concepts fondamentaux de la nouvelle

physique (Powers, 1982) et de la biologie systémique (Prigogine, & Stengers, 1979) permettra surpasser les vieilles notions de temps et d'espace dans les analyses tendanciennes de la situation de santé. L'ouverture sur les nouveaux courants interprétatifs de l'anthropologie et de la psychologie (Santos, 1989) nous permettra de repenser le rôle du sujet (individuel et collectif) dans le cadre de l'épidémiologie, ce qui entraînera une série de conséquences cruciales quant au sens des interventions dans ce champ. Le dialogue avec les mathématiques non-linéaires (Thom, 1985) peut fomentier un perfectionnement des modèles d'analyse mathématiques trop formels et rigides qui sont actuellement employés par l'épidémiologie. Nous pouvons présumer que l'exploration systématique de plusieurs possibilités ouvertes par de nouvelles équations et formes de représentation des fonctions épidémiologiques pourront dépasser les outils limités du probabilisme statistique. Les notions de logiques "floues", de systèmes complexes, de niveaux hiérarchisés et de contextes multiples, toutes reliées au développement de l'intelligence artificielle et de la réalité virtuelle, pourront peut-être débloquent les restrictions interprétatives des modèles dominants dans la théorie épidémiologique contemporaine. Tout cela devrait déclencher des approches épistémologiques tout à fait nouvelles au sein d'une discipline habituée à la commodité du causalisme.

Le défi majeur pour nous, épidémiologues latino-américains (et à mon avis, les épidémiologues québécois peuvent y être inclus également), sera la rénovation de l'épidémiologie ainsi revalorisée comme la science de base de la Santé Collective. Une épidémiologie renouvelée capable de regagner sa capacité critique, en s'interrogeant, en identifiant des problèmes, en formulant des hypothèses qui respectent la richesse de son objet. Un tel effort doit résulter en la construction de nouveaux modèles conceptuels, et dans lesquels la santé sera une expression des conditions de vie, en récupérant, dans ce champ, la dynamique des interactions sociales. Autrement dit, en récupérant les racines politiques de notre discipline et produire ainsi des stratégies d'intervention plus adéquates et effectives.

Maintenant, je discuterai des contributions potentielles que peut amener l'épidémiologie latino-américaine aux niveaux méthodologique, théorique, politique et symbolique.

* * *

Au niveau méthodologique, parmi les défis pour une épidémiologie critique en Amérique latine, on doit inclure les nouvelles stratégies récemment proposées pour approcher les phénomènes de la complexité dans un contexte de changement de paradigme. L'essentiel de la problématique théorico-méthodologique d'un tel programme conceptuel se trouve dans le dilemme entre : (a) l'adoption d'une détermination rigoureuse, systématique et détaillée médiatisée par des processus d'abstraction simpliste (c'est-à-dire par la quantification) ; et (b) le défi d'atteindre une connaissance effective des totalités complexes. Pour dépasser ce dilemme, des stratégies d'innovation dans les plans logique et méthodologique pourront être utiles en produisant des « descriptions plus analytiques » capables de stratifier les structures globales en divers niveaux d'intégration (Samaja, 1993). En ce qui concerne spécifiquement la science épidémiologique, ces approches auront d'autres conséquences méthodologiques, tels que : éviction de la méthode des hypothèses préalables ; dévalorisation de la notion de signifiante statistique ; implosion de l'idée de représentativité ; et, finalement, rupture radicale avec la logique d'induction. Dans la sphère proprement méthodologique, il sera certainement fertile de reconsidérer la notion de l'expérimental en démarquant l'espace virtuel des bases de données populationnelles prises autrefois comme « laboratoire épidémiologique » par excellence.

Au niveau théorique proprement dit, pour avancer vers une proposition de programme d'action pour une épidémiologie critique latino-américaine, ne faudrait-il pas récupérer des modèles systémiques, au moins comme point de départ ? Bien sûr, il sera également nécessaire de redéfinir le concept de risque ; non plus le « risque relatif » aux facteurs mais associé aux scénarios. Il s'agira également

de ré-évaluer le caractère du déterminisme épidémiologique et ses conséquences heuristiques et pragmatiques. En d'autres mots : évoquer une épidémiologie de la prévision (une épidémiologie pré-visionnaire ?) et non plus de la prédiction à laquelle nous sommes habitués ; une épidémiologie référentielle et non plus une épidémiologie inférentielle ; une épidémiologie plutôt historique et non plus une épidémiologie rétrospective (comme nous l'avons toujours fait) ; enfin, une science vraiment capable d'alimenter la pratique, et non simplement de produire une technique. En fait, cela signifie de l'intégrer, de plus en plus, dans une épistémologie tout à fait nouvelle : une épistémologie de la complexité, de la réflexivité et de la déconstruction (Santos, 1989 ; Samaja, 1993), une épistémologie du réalisme critique (Bhaskar, 1986), décisivement marquée par une « eco-sensibilité », réaffirmant ainsi le caractère historique des objets de la santé-maladie dans la société contemporaine.

Une des conséquences de la modernité au niveau politique, même si c'est encore à peine perceptible, est la propagation des systèmes de bien-être social qui incluent le droit universel à la santé. Dans ce contexte, la Santé Collective se constitue en tant qu'effet social de pratiques politiques et de techniques particulières. Mais, au-delà des actions techniques spécifiques, pour atteindre un état de bonne santé collective, une population a besoin de travail productif, d'habitations, d'une nutrition adéquate, d'opportunités d'éducation et de dignité. La santé n'est pas conférée aux individus ou aux populations par des spécialistes — quand bien même ces derniers agiraient dans le champ de pratiques portant la dénomination de champ de la santé — mais elle doit être construite dans le quotidien, à travers des processus symboliques et des luttes politiques et à l'aide d'un travail conjoint entre professionnels de la santé et mouvements sociaux. À cet égard, l'épidémiologie doit développer un point de vue critique vis-à-vis non seulement de la connaissance qu'elle produit et de son utilisation et implication dans les services de santé, les programmes sociaux, l'industrie, etc., mais aussi des moyens de formation de l'opinion publique, et à la limite, de la formation d'un imaginaire social sur la vie, la santé et la mort.

* * *

Cela implique une évaluation du comment l'épidémiologie perçoit, reflète, instrumentalise et fait partie de la vie quotidienne (et de ses problèmes de santé) qu'elle désire étudier. C'est par une interaction dynamique avec les différents groupes humains à un niveau micro-social que l'épidémiologie peut réellement évaluer son langage et sa pratique trans-disciplinaire, en répandant son action au-delà de la barrière qui isole le savoir populaire des disciplines scientifiques. Il s'agit ici de montrer les connaissances implicites et de franchir les obstacles qui rendent difficile un échange plus efficient et responsable entre la pratique épidémiologique, les professionnels de la santé et les mouvements sociaux.

Toutes ces reconsidérations du champ épidémiologique fourniront des formes nouvelles pour conceptualiser et mesurer la santé-maladie et contribueront à la construction de modèles explicatifs basés sur l'identification de «points sensibles», afin que l'intervention sur la situation de la santé puisse être potentialisée. Par conséquent, il est nécessaire de dépasser les limites conceptuelles, méthodologiques et techniques de l'épidémiologie, tout en gardant son efficacité symbolique et concrète en tant que discipline de base de la Santé Collective. Renouveler la pratique de l'épidémiologie veut dire assurer sa participation dans les processus de redéfinition des modèles d'organisation et des stratégies politiques en vue de l'amélioration de la santé collective dans notre continent.

Personnellement, je n'ai aucun doute que l'épidémiologie sociale latino-américaine compte déjà sur un potentiel méthodologique pour participer à cet effort capital. D'ailleurs, nous, les épidémiologues latino-américains, avons l'avantage d'un certain éloignement de la pratique idéologique de l'épidémiologie faite dans les pays dits développés. Enfin, nous

sommes par formation, et par nécessité, des non-spécialistes; c'est pourquoi la transdisciplinarité ne nous est pas du tout étrangère. Notre tâche consiste à maîtriser l'instrumental technologique et l'intelligence analytique nécessaires afin de pouvoir faire face au compromis historique et pousser l'épidémiologie au-delà des paradigmes de cause-risque.

* * *

Le poète Octavio Paz disait récemment: «Alors que l'Occident traverse une sorte de fatigue généralisée, en Amérique latine on trouve une certaine léthargie — qui n'est cependant pas un état de fatigue — une léthargie donc qui peut se transformer en excitation». Par ailleurs, dans les arts de l'Amérique latine, on trouve de nombreux éléments qui constituent de véritables «transgressions et violations de la rationalité européenne». En cette période, que d'aucuns se représentent comme un «recommencement de l'histoire», l'Amérique latine joue le rôle de celui qui n'a pas été invité au banquet, de celui qui y vient et déränge les choses, de celui qui apporte le non-attendu. Mais le poète conclut qu'à ce banquet, l'invité non-prévu peut apporter en fait: «Son imagination! Sa capacité de pleurer et de rire, de danser et de chanter. Sa vitalité!»

De la même façon, dans les sciences pratiquées en Amérique latine, on voit apparaître des transgressions et des violations de la rationalité occidentale, rompant cette léthargie de la pensée qui a déjà trop duré. À ce banquet de la santé publique, là où les invités espèrent ne se servir que de technologie, le non-prévu apporte la nouvelle épidémiologie de l'Amérique latine. C'est précisément là, que nous nous employons à construire, à partir de pratiques aux résultats souvent inattendus, et qui sont autant de signes de notre imagination et de notre vitalité. Le faire avec force et décision, talent et élégance, voilà le grand défi auquel nous sommes tous confrontés...

Références

- Almeida-Filho, N. (1992). *A Clínica e a Epidemiologia*. Rio/Salvador, APCE/ABRASCO.
- Arouca, A.S. (1975). *O Dilema Preventivista*. Tese de Doutorado, UNICAMP, Campinas, SP.
- Bhaskar, R. (1986). *Scientific Realism and Human Emancipation*. London: Verso.
- Breilh, J. (1987). *La epidemiologia entre fuegos*. Taller Latino Americano de Medicina Social, Anales, Medellin, Colombia, julho.
- Breilh, J. (1989). *Epidemiologia: Economia, Medicina y Política*. Mexico: Fontamara.
- Castellanos, P.L. (1992). *Health Situation Analysis and Inequities in Health*. Washington, D.C.: Working Paper PAHO/HDP/HDA.
- Delattre, P. (1981). *Teoria dos Sistemas e Epistemologia*. Lisboa: A Regra do Jogo.
- Donnangelo, M.C. (1978). *Saride e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Gleick, J. (1987). *Chaos - Making a New Science*. New York: Penguin.
- Gonçalves, R.B. (1990). Contribuição à Discussão sobre as Relações entre Teoria, Objeto e Método em Epidemiologia. *Anais, I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas*, pp. 346-361.
- Kleinbaum, D., Kupper, L., & Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods*. California: Wardsworth Press.
- Laurell, A.C. (1983). A Saúde como Processo Social. In Nunes, E.D. (org.), *Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos*. São Paulo: Global Editora.
- Laurell, A.C. (1985). Epidemiologia — processus colectivo salud — enfermedad. *Informacion Científica et Tecnológica*, 7, 16-9.
- Possas, C. (1990). Perspectivas para a Ciência Epidemiológica numa Abordagem Interdisciplinar. *Anais, I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas*, pp. 316-329.
- Powers, J. (1982). *Philosophy and the New Physics*. London: Methuen.
- Prigogine, I., & Stengers, I. (1979). *La Nouvelle Alliance: Métamorphose de la Science*. Paris: Gallimard.
- Samaja, J. (1993). *Epidemiologia y Methodologia*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Samaja, J. (1994). La reproducción social y la relación entre la salud y les condiciones de vida. Washington, D.C.: Working Paper PAHO/HDP/HDA.
- Santos, B.S. (1989). *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. Rio: Graal.
- Thom, R. (1985). *Parábolas e Catástrofes*. Lisboa: Dom Quixote.

Remerciements

L'auteur désire remercier Luis David Castiel et Pedro Luiz Castellanos pour leur collaboration à la critique de fond de ce texte, ainsi que Denise Coutinho et Gilles Bibeau pour les corrections.

Biographie

Naomar de Almeida-Filho, M.D., M.P.H., Ph.D. : Doctorat en médecine en 1976, internat en psychiatrie (Université Fédérale de Bahia, Brésil); Ph. D. en épidémiologie (Université de Caroline du Nord, Chapel Hill) en 1981; associé du Département de médecine préventive de l'École de médecine de Bahia en 1982. Il y a enseigné l'épidémiologie et les méthodes de recherche et fut directeur du département entre 1991 et 1993. Il a été aussi professeur invité dans différentes universités nord-américaines (University de Caroline du Nord à Chapel Hill, Université de Californie à Berkeley et Université de Montréal) et y a donné des cours sur l'anthropologie de la médecine et les aspects théoriques de l'épidémiologie. Il a effectué plusieurs recherches en épidémiologie psychosociale au Brésil, plus particulièrement sur les désordres comportementaux et psychosomatiques. Par ailleurs, il a écrit plusieurs ouvrages traitant de méthodes épidémiologiques, comme : «Principes d'épidémiologie pour les professionnels de la santé mentale» (en espagnol, Uruguay, 1988; traduction en portugais, Brasilia, 1989), «Épidémiologie sans chiffres» (en portugais, Rio, 1989; traduction en espagnol, Buenos Aires, 1992) et «La clinique et l'épidémiologie» (en portugais, Rio, 1993).