



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



44^e CONSEIL DIRECTEUR 55^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., EUA, 22-26 septembre 2003

Point 4.7 de l'ordre du jour provisoire

CD44/10 (Fr.)

18 juillet 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

FAMILLE ET SANTÉ

C'est dans l'environnement familial que s'établissent les décisions et les comportements liés à la santé ainsi que les valeurs et les normes sociales. La famille est l'unité fondamentale de l'organisation sociale qui est la plus accessible pour des interventions préventives et thérapeutiques. Les changements démographiques ont modifié les modes de relations familiales. De tels changements, conjugués à la prévalence de la pauvreté et des comportements à risques, mettent à rude épreuve la famille. Toutefois, l'impact de cette interaction entre les changements au niveau de la famille, dans les structures démographiques et les modes de maladies n'est pas étayé par une documentation adéquate.

Les déclarations successives des huit sommets internationaux tenus au cours de la dernière décennie ont signalé et démontré la reconnaissance et le besoin croissants d'un nouvel ordre social et de la santé fondé sur le rôle de la famille. Au vu de cette situation, l'OPS propose une approche plaçant la famille au centre des interventions de santé, dans le but d'accroître le rôle et l'engagement de la famille dans l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de santé de la population des Amériques. Cette approche renforce le programme inachevé de santé de la Région et consolide les progrès réalisés. L'orientation proposée sur la santé familiale repose sur l'approche du cycle de la vie qui encourage des mesures sanitaires intégrales et synergiques à chaque stade du cycle et insiste sur le suivi et l'évaluation continus pour déterminer l'impact.

La 132^e session du Comité exécutif a félicité l'OPS d'avoir placé le thème de la santé familiale dans un forum régional et présenté une approche qui répond aux besoins sanitaires de l'individu et de la famille en utilisant l'approche du cycle de la vie comme son principe directeur. Le Comité prie instamment les États Membres de trouver les moyens concrets d'insérer cette approche dans leur stratégie de soins de santé primaires et d'évaluer les expériences des divers pays. Le Comité a également demandé aux États Membres de partager leurs expériences en ce qui concerne l'approche de santé familiale, l'OPS pouvant collecter et analyser systématiquement ces expériences, afin de dégager les leçons clés apprises et les meilleures pratiques. De plus, le Comité a demandé à l'OPS de formuler des approches pratiques guidant la mise en œuvre de l'approche au niveau des pays, en accordant une attention toute spéciale aux volets de suivi et d'évaluation pour mesurer les résultats au niveau de la santé.

Le Conseil directeur est prié d'analyser ce document et d'envisager les diverses politiques relatives à ce thème.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Importance de la famille comme institution sociale : raisons d'une telle importance	3
Famille et santé par rapport à la culture, l'éducation et le développement au long du cycle de vie	4
Mandats et objectifs du Sommet international en faveur de la famille	5
Situation de la famille aux Amériques.....	6
Définitions, structure et dynamique	6
Aspects démographiques, tendances et projections	7
Pauvreté, marginalisation de la famille et familles en crise	7
Résilience et connexité familiale.....	8
Impact sur les liens de la famille avec la communauté et rôle de la famille au niveau de la santé.....	9
Rôle des grands-parents dans la santé et le bien-être des petits-enfants	9
Expériences de santé-famille aux Amériques et rentabilité	10
Expériences nationales concrètes du Programme de santé-famille.....	10
Défis et obstacles à l'application de modèles de santé-famille	11
Principes directeurs pour une action en santé-famille	11
Domaines d'action prioritaires pour l'OPS	12
Les interventions santé-famille de l'OPS seront centrées sur la famille grâce à une approche basée sur le cycle de vie. La famille sera considérée d'un point de vue holistique et nous chercherons à fournir des interventions santé-famille d'une manière intégrée	12
Soins aux mères, aux nouveaux-nés, aux enfants et aux adolescents	12
Environnement physique et social sûr.....	13
Soutien familial aux aînés infirmes et son effet sur la santé de la famille.....	13
Santé mentale et développement psychosocial, violence et réduction des suicides comme continuum au long du cycle de vie	13
Stratégies proposées.....	14
Mesures à prendre par le Conseil directeur	15

Introduction

Importance de la famille comme institution sociale : raisons d'une telle importance

1. Le rôle de la famille en matière de santé et de maladies a joui d'une reconnaissance croissante depuis la publication par l'Organisation mondiale de la santé en 1976, des indices statistiques de la santé des familles où il est dit : « La famille est l'unité fondamentale de l'organisation sociale, mais également l'unité la plus accessible pour des interventions préventives et thérapeutiques. La santé de la famille va au-delà des conditions physiques et mentales de ses membres, elle offre un environnement social pour le développement et l'épanouissement de tous ceux qui vivent en son sein. »

2. La famille est l'institution sociale fondamentale qui réunit les individus liés par la naissance ou par un choix au sein d'un ménage ou d'une unité domestique. C'est d'abord dans l'environnement familial que s'établissent les décisions et les comportements liés à la santé. Aux Amériques, les facteurs culturels propres aux familles ont un impact significatif sur l'accès à la santé et sur les comportements relatifs à la santé, par exemple les femmes accordent moins d'importance à leurs besoins de santé pour privilégier des besoins familiaux tels que l'alimentation et l'éducation. Cet ordre de priorité peut avoir des effets pervers sur la santé de la famille, néanmoins c'est précisément dans le contexte familial que de tels comportements peuvent être modifiés.

3. Les institutions et les professionnels de la santé ont adopté l'individu comme centre de prestation des services de santé. Par conséquent, les besoins de la famille, dans son ensemble, n'ont pas été examinés de manière adéquate.

4. La participation active des familles et de la communauté à la promotion et à la protection de leur propre santé a fait ses preuves, renforçant l'efficacité. L'habilitation de la famille et de la communauté augmentera la connaissance et la demande pour des services sanitaires de qualité. L'approche peut emprunter à cette fin le modèle des soins de santé primaires.

5. Le nombre de familles en crise dans la Région a augmenté. Les sociétés ne sont plus en mesure d'assurer à toutes les familles la protection et l'éducation de leurs membres par elles-mêmes. Les normes culturelles, les conditions socioéconomiques et le niveau d'éducation sont déterminants pour la santé d'une famille. Les mauvais traitements infligés aux enfants, la négligence, l'exploitation sexuelle, la violence conjugale et domestique, et la négligence des aînés sont des phénomènes courants, au sein de la famille, qui relèvent de la santé publique. L'abandon des aînés et les mauvais traitements à leur égard sont devenus une espèce d'épidémie silencieuse dans tout l'hémisphère. Selon des études faites au Canada et aux États-Unis, seul un cas de mauvais traitement d'aîné sur quatre est dénoncé. La réponse à ces problèmes exige un

support social, des politiques sociales et la mise en place d'un réseau de soutien, par le biais d'une approche intersectorielle associée au traitement de la famille.

6. L'accroissement de la pauvreté et les inégalités sociales ont entraîné, pour une plus large part de la population, un accès réduit aux services. Ces bouleversements demandent une réévaluation des approches traditionnelles guidant les modèles de soins et leur contenu. De nouvelles approches doivent s'assurer le concours d'institutions capables de fournir des interventions de santé sensibles à la participation et aux aspects culturels.

Famille et santé par rapport à la culture, l'éducation et le développement au long du cycle de vie

7. D'une manière générale, les progrès technologiques et leur diffusion ont contribué à l'amélioration des conditions de vie. La famille en a profité sous la forme d'un meilleur accès à l'éducation des enfants, d'une plus grande sécurité ainsi que de plus de temps libre. Les effets négatifs en sont : le stress causé par le nouvel environnement de vie et de travail, les migrations et la dispersion.

8. Le sommet mondial de Copenhague pour le développement social recommande que soient offertes de véritables possibilités d'éducation, y compris d'éducation des adultes et d'éducation permanente, une éducation centrée sur l'acquisition d'aptitudes à apprendre plutôt que sur les contenus. Dans une perspective culturelle, il est important de valoriser le rôle de la famille dans le développement de cette aptitude à l'apprentissage. En effet, l'éducation est la clé de l'accès aux services sociaux et de santé de base. Des femmes mieux instruites sont plus susceptibles de se marier plus tard, d'avoir moins d'enfants et de les mieux éduquer, de prendre de meilleures décisions pour elles-mêmes et pour leurs enfants, et de mieux contribuer au ménage et à l'unité familiale. L'une des corrélations statistiques les plus évidentes dans les pays des Amériques est celle de l'instruction de la mère et de la mortalité infantile. Les enfants de mères plus instruites ont davantage de chances d'atteindre l'âge adulte.

Mandats et objectifs du Sommet international en faveur de la famille

9. La Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), les Objectifs du millénaire pour le développement des Nations Unies, la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2002 sur l'enfance, le Sommet mondial pour l'enfance de 1990, la Déclaration mondiale sur l'Éducation pour tous (Jomtien, 1990), le Forum mondial sur l'éducation (Dakar, 2000) et le Plan d'action international des Nations Unies sur le vieillissement de 2002, se sont tous sérieusement penchés sur les questions liées à la famille.

10. Les déclarations des Sommets indiquent que la famille est l'unité de base de la société, jouissant du droit le plus étendu à la protection et au soutien, et devant être renforcée. La famille a la responsabilité première d'élever et de protéger les enfants; leur initiation à la culture, aux valeurs et aux normes de leur société commence au sein de la famille.

11. Ces déclarations visent à instaurer des politiques et des lois qui soutiennent la famille et sa stabilité, encouragent l'égalité et identifient les objectifs et les actions directement liés à la famille. Ces objectifs et ces actions se réfèrent à l'amélioration de l'accès des femmes à l'emploi et à l'éducation, soutenant une responsabilité partagée avec les hommes et une participation active dans une paternité responsable, à l'importance d'investir dans la santé et le développement des enfants et des adolescents comme la plus rentable des façons de garantir la prospérité future des nations, à la valorisation des contributions des aînés auprès des enfants et petits-enfants, et à l'action immédiate afin de rompre le cercle vicieux de la pauvreté et des mauvaises conditions de santé touchant les familles dans le monde entier.

12. La Déclaration de Mexico de 2000 préconise la promotion de la santé tout au long du cycle de vie et l'instauration de politiques de santé publique en vue de renforcer la famille. Elle souligne également l'importance du rôle de la famille dans la promotion de la santé et détermine le besoin de réorienter les services de santé selon une approche centrée sur la famille. Ces recommandations ont été adoptées par la résolution CD43.R11 lors du 43e Conseil directeur de l'OPS en 2001.

13. Les déclarations des sommets montrent bien le besoin croissant et la reconnaissance pour un nouvel ordre social et de santé pour les familles. Les objectifs ciblés constituent un défi d'ordre mondial et ne peuvent être atteints que par la recherche de nouvelles manières d'étendre la couverture aux groupes mal desservis.

Situation de la famille aux Amériques

Définitions, structure et dynamique

14. Au cours des dernières décennies, la structure de la famille et la définition de celle-ci ont été élargies. Les nouvelles tendances relatives à la formation, la structure et la fonction de la famille sont les suivantes : 1) familles monoparentales et ménages dirigés par des femmes ; 2) hausse de la moyenne d'âge des femmes au premier mariage et à la première naissance, ce qui retarde la formation des premières familles ; 3) accès accru des femmes au marché du travail, en nombre sans précédent et modification du rôle des sexes au sein de la famille, ce qui modifie les responsabilités économiques au sein des ménages; 4) baisse de la taille des familles et des ménages ; 5) charge accrue des membres de la famille en âge de travailler pour soutenir les jeunes et les aînés. En outre,

le ménage apparaît comme une unité socioéconomique forte, remplaçant fréquemment la famille constituée exclusivement des parents, des enfants et des autres membres.

15. Les forces sociales exercent une pression croissante sur la famille. Celle-ci acquiert ainsi une plus grande responsabilité dans la socialisation de ses membres, leur éducation et la définition des normes sociales et des rôles joués par les sexes. La responsabilité de la famille est en effet cruciale pour la reproduction des rapports de force entre hommes et femmes. Bien que certaines fonctions sociales, telles que l'éducation et le travail, aient été transférées aux écoles, la famille continue de remplir un rôle de socialisation fondamental, notamment celui du développement de relations stables et de la solidarité envers les autres, et celui de la mise en place de mécanismes de résolution de conflits au sein de la famille et de gestion des pressions exercées par l'environnement social, politique et de l'emploi.

16. Le paradigme de la santé basé sur la famille en tant qu'unité de base d'analyse, de diagnostic et de pratique doit se fonder sur l'étiologie de la santé et de la maladie, ainsi que sur les définitions de famille comme unité sociale structurelle en fonctionnement. La famille devient lors un processus dynamique dépassant ses membres. Toutefois, le paradigme sanitaire de la famille doit cependant expliquer aussi le développement du bien-être physique, mental et émotionnel des membres. C'est pourquoi le document traite aussi bien la santé de la famille que celle de chacun de ses membres.

Aspects démographiques, tendances et projections

17. Les Amériques assistent à un bouleversement de la composition des familles et des ménages ainsi que de l'institution du mariage. Depuis les années 70, le nombre de ménages dirigés par des femmes s'est sensiblement accru.

18. La modification de la structure démographique de même que l'environnement social, économique et politique de la Région ont un impact considérable sur les familles et les communautés. La taille moyenne des familles diminue sensiblement du fait de la dispersion des membres, ce qui altère le rythme du cycle familial, la socialisation des enfants à partir du noyau familial et les soins dispensés aux jeunes enfants et aux aînés. Compte tenu de ces changements, il apparaît que les jeunes enfants et les aînés reçoivent moins de soins appropriés.

19. Les autres facteurs importants sont : l'urbanisation galopante, la perte d'importance du noyau familial, la participation et l'accès accrues des femmes au marché de l'emploi, les bas niveaux d'instruction et la prédominance de la pauvreté absolue. On assiste ainsi à de nouveaux modes de vie liés à l'urbanisation, au déclin progressif des maladies infectieuses mais à une augmentation des maux chroniques (y compris la violence, les accidents, la pharmacodépendance et les maladies mentales) devenus d'importantes causes de décès et d'infirmité.

20. Aux Amériques, il n'existe aucune analyse mettant en rapport la mortalité et la morbidité avec les données socioéconomiques qui nous permette de caractériser la famille avec précision et d'analyser correctement le comportement familial. L'élaboration d'une approche familiale de la santé devra prendre en compte le rapport essentiel existant entre les variables sociales et les principaux aspects de la santé. Dans la Région, seuls quelques pays possèdent de telles données. Le suivi, l'évaluation et la consolidation de systèmes d'information constitueront des éléments significatifs de l'effort de conception, planification et mise en œuvre d'interventions centrées sur la famille.

Pauvreté, marginalisation de la famille et familles en crise

21. La pauvreté est un facteur sous-jacent à la santé des femmes, des enfants, des adolescents et des aînés. Dans le monde, le taux moyen de mortalité des moins de 5 ans est de 6 décès pour 1 000 dans les pays riches, mais atteint 175 pour 1 000 dans les pays pauvres. Aux Amériques, 22 000 femmes meurent chaque année des suites de leur grossesse ou de leur accouchement. La santé maternelle et infantile se détériore dans les milieux pauvres. Dans certains pays, pour les enfants appartenant au tiers de la population la plus pauvre, le risque de mourir avant l'âge de 5 ans est six fois plus élevé que pour ceux des 10 % de la population la plus riche. Les aînés, qui vivent au-delà de 60 ans et qui se situent au quintile inférieur du revenu économique, courent davantage de risque de souffrir de maladies chroniques et de restrictions fonctionnelles que ceux des quintiles supérieurs.

22. Les inégalités socioéconomiques ont un impact sur la qualité physique de la main d'œuvre, les résultats scolaires, la composition et la taille des ménages, les niveaux de nutrition de la population, la disponibilité des services et des biens de consommation essentiels, la qualité du logement et les niveaux de criminalité et de violence. Ces facteurs exercent une influence sur la structure et l'économie familiales, et partant sur la santé de la famille.

Résilience et connexité familiale

23. La famille a conservé une vitalité et une résilience remarquables. Plutôt que d'indiquer une érosion ou un déclin de ses valeurs, de nouvelles formes de vie familiale font leur apparition afin de relever les défis du monde moderne. Cependant, ces changements ont un impact sanitaire négatif sur l'enfant, dont l'estime de soi et les aptitudes fondamentales de vie sont établies à une étape précoce de la vie et influencées par ce jeune âge. Des données compilées aux États-Unis montrent que 22 % des filles et 12 % des garçons ont commis une tentative de suicide au cours de leur adolescence. Les chiffres de la région des Caraïbes (2000) sont semblables : les tentatives de suicide sont associées aux amis ou membres de la famille ayant tenté de se suicider ou l'ayant fait, et à d'autres facteurs de risque tels que la consommation de drogues ou d'alcool, la violence physique ou sexuelle, les problèmes de santé, l'accès à des armes ou l'appartenance à une classe d'enseignement spécial. Dans le cas des filles et des garçons, les tentatives de suicide ont été contenues par plusieurs facteurs de prévention : l'évocation des problèmes avec des parents ou des amis, une bonne santé émotionnelle et la connexité à la famille. Le taux de tentatives de suicide croît proportionnellement à l'augmentation des facteurs de risque auxquels est exposé l'adolescent ; il faut cependant noter que l'accroissement des facteurs de prévention s'est avéré plus rentable que la réduction des facteurs de risque.

24. D'autre part, les aînés ont une propension au suicide démesurément élevé. En 1997, aux États-Unis, les aînés représentaient 13 % de la population, mais 20 % des décès par suicide. Outre le fait qu'ils sont particulièrement sensibles à la dépression, nombre d'aînés se trouvent socialement isolés et peuvent ainsi se donner la mort sans être inquiétés. L'une des raisons principales au suicide des aînés est la charge excessive qu'ils pourraient causer à leur famille en raison de soins à long terme. C'est dans ce contexte qu'il convient de réexaminer le rôle de la famille dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il faut contribuer à la résilience familiale en augmentant, dans les interventions de santé, les facteurs de prévention associés à la famille.

Impact sur les liens de la famille avec la communauté et rôle de la famille au niveau de la santé

25. Les familles sont souvent le reflet de la communauté et fournissent à leurs membres le premier niveau d'éducation en rapport avec les comportements sanitaires à suivre, les comportements à éviter ou à modifier, et leurs rôles et leurs responsabilités envers eux-mêmes et envers la société. Il arrive cependant que certains éléments de l'environnement familial ne facilitent pas la promotion ni la protection sanitaire de certains des membres. C'est pourquoi il est important que la communauté soit dotée de systèmes de soutien de la famille au cas où la santé des membres de la famille est menacée par la violence, les mauvais traitements, la négligence ou l'abandon.

26. De nombreux membres de la communauté, tels les groupes religieux et sociaux, contribuent aux réseaux de soutien social nécessaires au renforcement du rôle de la famille dans la promotion et la protection de la santé. Parmi les actions à entreprendre, on trouve : une prise de conscience accrue, l'information, la protection et l'accès aux services de santé, en particulier le dépistage précoce et les soins préventifs. Une promotion de la santé avec pour centre la famille exige l'élaboration d'approches pratiques qui prennent en compte, d'une part, les variables sociales dans l'analyse des stratégies de santé et d'épanouissement de l'individu et, d'autre part, la reconnaissance du rôle des variables sociales dans les comportements sanitaires.

Rôle des grands-parents dans la santé et le bien-être des petits-enfants

27. Dans la Région des Amériques, les grands-mères s'occupant des petits-enfants permettent aux mères d'accéder au marché du travail formel ou informel, et ainsi d'accroître la santé et le bien-être des enfants et de la famille. Des programmes comme « Grands-parents pour la santé » au Guatemala ou « Grands-parents par choix » en Uruguay intensifient les liens entre les aînés et les enfants et adolescents. Aux États-Unis, les grands-parents qui s'occupent des petits-enfants bénéficient d'une législation qui protège leurs droits, et reçoivent un soutien à leur rôle parental de la part d'un certain nombre d'ONG.

Expériences de santé-famille aux Amériques et rentabilité

28. Le rapport sur les indices statistiques de la santé de la famille (OMS, 1976) a montré qu'en dépit de sa position centrale dans la société, la famille n'a pas fréquemment fait l'objet d'études du point de vue de la santé publique. La famille est l'un des systèmes sociaux qui caractérisent toutes les sociétés humaines, cependant la documentation relative aux relations complexes qui unissent famille et santé demeure pauvre : les données disponibles disent encore bien peu de choses de l'environnement familial.

Expériences nationales concrètes du Programme de santé-famille

29. Les modèles cubain et brésilien de programme de santé-famille partagent de nombreuses caractéristiques : importance des médecins, rôle primordial attribué à la famille dans sa communauté, financement public et services fournis de manière intégrée.

30. Le Projet HOPE en Équateur est un exemple de projet intégré qui envisage la famille comme l'environnement dans lequel est produite la santé. Il comprend une composante de promotion et d'éducation qui permet de satisfaire les besoins économiques et éducatifs de la famille, notamment l'accroissement des revenus des femmes en les autonomisant par le biais d'un apprentissage de la gestion commerciale et

financière. On a constaté une amélioration de la santé des femmes, de leur famille et de la communauté.

31. Ces modèles sont des exemples d'interventions de santé-famille dans la Région. Tous fonctionnent à partir d'équipes, mais certains emploient des infirmières, des infirmières diplômées et du personnel paramédical, et, pour les techniques de diagnostic spéciales, réfèrent les patients à des polycliniques ou des centres spécialisés. D'autres encore choisissent de donner à des médecins qualifiés tous les niveaux et aspects des soins de santé. La plupart des modèles situent les ressources du système de santé au sein même de la communauté, le plus près possible des familles qu'elles desservent. Plusieurs pays de la Région, dont le Brésil, le Canada, le Chili, Cuba, l'Équateur, le Mexique, le Pérou, les États-Unis et certains pays des Caraïbes, ont introduit à des points divers des interventions sanitaires dans les familles.

32. Malheureusement, l'évaluation de ces expériences n'a pas encore été menée à terme et leur applicabilité dans des environnements variés n'a pas été testée à grande échelle. L'OPS a travaillé à cette tâche avec les pays et propose de profiter de ces expériences par le biais de stratégies de promotion et de prévention de la santé. Ces expériences nationales ont donné des résultats positifs, mais leur applicabilité à d'autres environnements doit encore être évaluée.

33. Les expériences analysées fournissent néanmoins certaines informations relatives aux modèles utilisés qui contiennent les composantes suivantes : l'autonomisation des familles pour la résolution de leurs problèmes; une approche intégrée comprenant une promotion intersectorielle ; généralement un financement public ; une importance privilégiée à la famille d'un point de vue holistique qui tienne compte des besoins économiques et éducatifs ; la participation de la communauté ; un accès accru aux services et une gestion, une évaluation et un suivi renforcés en tant que parties intégrantes du système.

Défis et obstacles à l'application de modèles de santé-famille

34. La réorientation des services de santé afin de répondre aux besoins des familles pose de nombreuses difficultés. Le passage d'un service centré sur l'individu à un service centré sur la famille demande un nouveau modèle de soins qui fasse de la famille l'objet de l'intervention sanitaire et qui la considère comme un environnement propice aux interventions en santé. Cela exige des changements organisationnels au niveau du système et certains changements administratifs au niveau des services. Pour les pays qui

ont déjà appliqué le modèle de soins axés sur la famille, il leur revient à présent d'améliorer les aspects qualité et efficacité des services.

35. L'adoption d'une approche centrée sur la famille a aussi nécessité des changements dans les compétences et les attitudes requises des fournisseurs de services, ainsi qu'un engagement politique et l'affectation de ressources au niveau national.

36. Sur le plan politique, les gouvernements nationaux doivent décider du modèle de santé à adopter et approuver un cadre juridique soutenant l'approche centrée sur la famille. Dans la Région, le modèle de soins de la famille du Chili a été élaboré dans le contexte des soins de santé afin de mieux répondre à l'objectif des soins de santé primaires. Le modèle cherche à trouver le bon équilibre entre l'accès élargi aux services, plus grande satisfaction de l'utilisateur, une réponse améliorée et le contrôle des coûts de fonctionnement. Se servant de l'approche multidisciplinaire, le Chili a augmenté les interventions de promotion et de prévention, renforcé le rôle des bénéficiaires et de la communauté en tant que participants actifs à leur situation de santé. De plus, le Brésil a utilisé une approche d'équipe multidisciplinaire tout en créant des incitations financières qui facilitent l'accès aux services pour les groupes mal desservis de la population. Ces incitations ont encouragé les médecins à se rendre dans les régions peu desservies du pays. Les pays ont travaillé avec les écoles de sciences médicales pour changer le programme de formation des médecins, des infirmières et des techniciens et ont formulé des plans de formation en cours d'emploi pour améliorer les compétences du personnel.

37. Certains pays, comme le Chili et le Brésil, ont dû relever le défi considérable de restructurer leur système de santé fondé sur une assurance qui offre des choix selon la capacité de paiement et de discernement de chacun pour passer à une approche fondée sur la famille.

Principes directeurs pour une action en santé-famille

38. D'une part, les fondements de la santé sont jetés dès la pré-conception et ensuite durant la première enfance et l'adolescence. De l'autre, de nombreux individus n'atteignent jamais leur plein potentiel du fait d'une santé médiocre et de soins inadéquats à leur épanouissement physique, intellectuel et social. D'où la nécessité d'une approche relevant du cycle de vie pour satisfaire de façon appropriée les besoins des individus et de leur famille dans le contexte de leur communauté.

39. Les données préliminaires disponibles pour la Région montrent qu'une approche plaçant la famille au centre de nos activités peut mener à une amélioration des conditions de santé. Nos interventions chercheront à renforcer l'approche de promotion et de protection de la santé de l'OPS qui attaque les inégalités et la pauvreté, et sert les groupes

les plus marginalisés, tout en privilégiant le respect de la famille et la protection de ses droits.

40. Une approche de santé publique, intersectorielle et interdisciplinaire sera la base de la planification de nos interventions globales auprès des familles.

Domaines d'action prioritaires pour l'OPS

Les interventions santé-famille de l'OPS seront centrées sur la famille grâce à une approche basée sur le cycle de vie. La famille sera considérée d'un point de vue holistique et nous chercherons à fournir des interventions santé-famille d'une manière intégrée

41. Les familles sont non seulement essentielles à la promotion d'un développement sain durant toute la vie, mais elles peuvent devenir des partenaires actifs de cette promotion. Les familles jouent un rôle important dans le renforcement des facteurs préventifs et la réduction des facteurs de risque pour chaque individu au sein de la famille. La participation de la famille sera encouragée à tous les niveaux par le biais d'une plus grande autonomisation des individus et des communautés, de la promotion d'environnements sains, de l'application de saines politiques publiques, de réorientation de la fourniture des services de santé et de l'implantation de nouvelles approches des interventions fondées sur la famille.

Soins aux mères, aux nouveaux-nés, aux enfants et aux adolescents

42. L'accent placé sur la santé des mères et des nouveaux-nés se traduira par l'inscription précoce au contrôle prénatal avec accès garanti à des niveaux de soins plus élevés selon les risques/besoins de la mère, aux soins postnataux, à la planification familiale, la paternité responsable et à la prévention du cancer du sein et du col de l'utérus. Les soins aux nouveaux-nés et la santé et le développement de l'enfant se concentreront sur l'allaitement, l'alimentation complémentaire, l'assistance à la croissance et au développement, et à l'immunisation.

43. Les compétences parentales seront elles aussi renforcées par l'accent placé sur la dynamique interfamiliale, sur les politiques publiques d'éducation et de santé principalement, et sur le questionnement des types de rapport et de l'image généralement transmis par les moyens de communication sociale et les médias.

44. L'OPS propose de renforcer l'autonomisation des familles avec enfants ou adolescents (33 % des familles d'Amérique latine et des Caraïbes ont un enfant ou un adolescent) par l'instauration de politiques publiques saines. L'OPS préconisera également les interventions fondées sur des données probantes pour fortifier les familles

adaptera des services de santé au premier niveau par une approche fondée sur une approche familiale à l'écoute de l'adolescent.

Environnement physique et social sûr

45. Plusieurs des menaces potentielles à la sécurité des environnements physique et social de la communauté échappent au contrôle de la famille. Ces menaces physiques et sociales peuvent être réduites grâce à la planification ou le contrôle. Des solutions collectives peuvent être trouvées au sein des familles et grâce à un soutien intersectoriel de la part des diverses institutions communautaires qui répondent aux priorités ressenties par leurs habitants.

Soutien familial aux aînés infirmes et son effet sur la santé de la famille

46. Les recherches sur les soins aux familles n'ont cessé de réaffirmer le rôle de ces soins pour éviter ou retarder l'institutionnalisation, mais ont également montré les difficultés auxquelles se heurtent les intervenants informels. Plus de la moitié des intervenants auprès des familles se débattent entre leur emploi, leur famille et leurs responsabilités d'intervenants, ce qui entraîne des perturbations de travail et des pertes de productivité. La famille demeure le milieu de prédilection pour la fourniture de soins aux aînés infirmes; il faut mettre en œuvre des politiques de soutien du rôle des membres des familles dans la prestation de soins aux aînés.

Santé mentale et développement psychosocial, violence et réduction des suicides comme continuum au long du cycle de vie

47. L'accent sera mis sur les interventions précoces visant à éviter les échecs scolaires. Les résultats de la recherche sur la santé mentale des mères et des enfants serviront à stimuler le développement de l'enfant, à mettre au point des outils d'évaluation des institutions vouées aux enfants et à susciter des améliorations de la qualité des soins des enfants placés dans des institutions, afin de réduire les comportements violents et la délinquance. Les résultats seront aussi utilisés pour renforcer la coordination entre les différentes instances telles les ministères de la santé, de l'éducation et de la justice ainsi que les institutions concernées par les soins aux enfants atteints de troubles mentaux et psychosociaux.

48. Pour réduire la violence, l'accent sera mis sur l'aide aux familles avant que ne dégénère le risque de violence ou d'abandon, soit des interventions préventives centrées sur la famille comme une entité, un soutien proactif et mutuel associé aux interventions

de crise et de guérison, et l'élaboration de politiques éducatives qui mettent l'accent sur la consommation d'alcool et de drogues.

Stratégies proposées

49. L'OPS propose de combiner plusieurs stratégies de promotion de la santé : la création et diffusion de connaissances et d'expériences scientifiques, l'élaboration de modèles locaux de santé et d'éducation centrés sur la famille, l'autonomisation et la participation des communautés en matière de santé de la famille, un soutien aux intervenants auprès des personnes infirmes. L'OPS encouragera et soutiendra les politiques publiques saines et les législations qui garantissent la fourniture des services et soutiens essentiels pour les communautés.

50. L'OPS propose également de renforcer les alliances et les partenariats stratégiques avec d'autres instances et acteurs, par exemple les institutions religieuses, les ONG et le secteur privé. L'OPS travaillera à l'intégration d'interventions fondées sur des données probantes afin de réorienter les services de santé en étroite collaboration avec les pays de la Région.

51. Dans le cadre de ces propositions, l'OPS :

- a) concevra, de concert avec les pays, un cadre pour la mise en place d'une approche des soins de santé centrée sur la famille tout au long du cycle de vie, afin d'assurer la qualité de vie des familles. Un tel cadre insistera sur des actions synergiques à chaque étape du cycle de la vie et sera adapté aux besoins des différents pays, tenant compte des différentes étapes de développement et de progression des maladies ;
- b) soutiendra l'élaboration et la promotion de politiques et de lois au service des familles, de même que la création d'environnements physiques et sociaux favorables à une vie familiale productive et saine ;
- c) renforcera le rôle de la famille et de la communauté en matière de santé et d'éducation ;
- d) intensifiera l'autonomisation des familles et la participation de la communauté de manière à ce qu'elles deviennent les protagonistes d'une santé de qualité pour elles et pour tous ;
- e) contribuera au développement des ressources humaines et à la réorientation de la base de ressources humaines dans le domaine de la santé familiale ;

- f) encouragera et soutiendra les activités de recherche dans le but de réorienter les services centrés sur la famille, et de produire des informations basées sur des données probantes, relatives à la rentabilité des interventions en santé de la famille, et
- g) en collaboration avec les États Membres, mettra au point des indices destinés à l'évaluation et au suivi de l'approche fondée sur la famille.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

52. Le Conseil directeur est prié de discuter des questions présentées dans ce document et d'envisager l'importance des États Membres dans l'établissement de priorités nationales en vue de renforcer le rôle et la capacité des familles à promouvoir et à protéger leur santé, ainsi que la capacité des systèmes de santé à satisfaire les besoins des familles.

53. Le Conseil est également invité à faire des suggestions et des commentaires sur les aspects suivants : a) élaboration de politiques publiques qui autonomisent les familles et soutiennent les législations protégeant la santé des familles ; b) soutien à la conception, la mise en place et l'évaluation de modèles, de programmes et de services de santé centrés sur la famille ; c) développement de plaidoyer/interventions de communication sociale axés sur la famille ; d) partage avec l'OPS d'expériences concernant l'approche de santé familiale dans un pays ; e) amélioration des systèmes d'information et de surveillance pour formuler des indicateurs pour l'évaluation et le suivi de l'approche axée sur la famille.

- - -