



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



49^e CONSEIL DIRECTEUR

61^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

Point 4.16 de l'ordre du jour provisoire

CD49/20 (Fr.)

17 août 2009

ORIGINAL : ESPAGNOL

SANTÉ FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE

Document de réflexion

Introduction

1. La famille constitue l'unité fondamentale de l'organisation sociale et fournit le milieu et le contexte dans lequel les connaissances, les croyances, les attitudes et les pratiques de santé, ainsi que les comportements liés à la recherche de soins de santé sont formés et développés initialement. La santé de la famille n'est pas uniquement l'état physique et mental de ses membres ; elle fournit un environnement social qui permet à ces derniers de se développer et de s'épanouir.¹

2. Des familles en bonne santé contribuent à créer des collectivités en bonne santé et à leur tour les collectivités en bonne santé contribuent à créer des familles en bonne santé. Une collectivité est sur le chemin de la bonne santé lorsque ses dirigeants politiques, ses organismes locaux et ses citoyens s'engagent à s'organiser de manière collective afin d'améliorer la santé et le bien-être de tous ses habitants ; lorsque les autorités locales, les organismes communautaires et les institutions publiques et privées concluent un contrat social en vue d'améliorer la santé de la collectivité ; et lorsque la planification locale, adéquate du point de vue culturel, sert d'instrument de base à ces fins, ce qui inclut la participation sociale dans la gestion, l'évaluation et la prise de décisions.²

3. De plus en plus, il est estimé que les objectifs de santé des individus, des familles et de la communauté ne peuvent être atteints que si les déterminants sociaux de la santé sont pris en considération dans un cadre interculturel. Ces déterminants comprennent les conditions du milieu physique et social, l'éducation, l'accès à l'information, la situation de santé d'autres membres de la famille et de la communauté, le revenu de la famille, la

¹ World Health Organization. Statistical indexes of Family Health. Genève: OMS; 1976.

² Organisation panaméricaine de la Santé. *Health in the Americas*, 2007. Washington, DC: OPS; 2007.

sécurité alimentaire, la situation quant au travail, l'accès aux services de soins de santé, la planification familiale et l'exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales.³ L'examen des déterminants socio-économiques de la santé est essentiel à la formulation et la mise en œuvre de l'approche de santé familiale communautaire et interculturelle ainsi que pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.⁴

4. Dans les pays des Amériques, les peuples autochtones ou aborigènes constituent entre 3% et plus de 40% de la population totale. Au niveau régional et mondial, la charge de morbidité, d'incapacité et décès prématurés est systématiquement plus élevée parmi les peuples autochtones par rapport au reste de la population. D'autre part, il subsiste un manque d'opportunité pour les peuples autochtones à participer à leurs soins de santé et il y a peu de compréhension des complexités et des besoins culturels de peuples autochtones de la part des prestataires de soins de santé et de la société en général.

Contexte

5. L'approche de santé familiale et communautaire n'est pas une nouveauté dans la Région des Amériques. À l'heure actuelle, plusieurs pays (le Brésil, le Chili, le Costa Rica et Cuba) ont des programmes de santé familiale et communautaire bien établis, alors que d'autres pays (la Bolivie, El Salvador, le Guatemala, la Jamaïque et le Nicaragua⁵) sont en train d'élaborer leurs propres programmes ou de consolider des programmes existants. Cependant, il s'avère toujours nécessaire de développer une approche fondée sur la famille, qui soit communautaire, interculturelle et axé sur le renouvellement de la stratégie des soins de santé primaires.⁶

6. Guidés par une vision claire selon laquelle des politiques et un soutien politique sont nécessaires pour améliorer les conditions sanitaires dans chaque pays et à l'échelle mondiale, plusieurs sommets internationaux ont émis des déclarations lors des 25 dernières années qui mettent l'accent sur le besoin de plus en plus pressant d'élaborer un nouveau programme d'action social et sanitaire qui se concentre sur le rôle des familles et des collectivités.⁷ La conception et la mise en œuvre de l'approche de santé

³ La Déclaration universelle des droits de l'homme stipule que la famille est l'élément naturel et fondamental de la société et elle a droit à la protection de la société et de l'État (Article 16). D'autre part, la Déclaration américaine des droits et devoirs des hommes stipule que toute personne a le droit de fonder une famille, élément fondamental de la société, et de recevoir protection en sa faveur.

⁴ <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>.

⁵ Pour plus d'information sur les expériences dans les pays, veuillez revoir *Health in the Americas*, édition 2007 (Vol. II). <http://www.paho.org/hia/homeing.html>

⁶ <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>.

⁷ La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), le Sommet mondial pour les enfants (1990), la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), les Objectifs du Millénaire pour le développement, des Nations Unies (2000) et le plan d'action international des Nations Unies sur le vieillissement (2002) ont tous souligné l'importance d'impliquer la famille et la collectivité afin d'améliorer la santé à travers le monde.

familiale communautaire et interculturelle représentent une réponse pratique à ces mandats, surtout en ce qui concerne les populations les moins desservies.

Rapport sur les progrès accomplis

7. Depuis la présentation du plus récent rapport de situation sur la famille et la santé au Conseil directeur en 2005⁸, le développement de l'approche de la santé familiale et communautaire a progressé grâce à une série d'actions, notamment :

- a) les évaluations des expériences de chaque pays en matière de santé familiale et communautaire ;
- b) les analyses des leçons tirées de la mise en œuvre dans les pays d'initiatives régionales et de programmes tels que la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), la Prise en charge intégrée des besoins de l'adolescent (PCIBA), l'autonomisation des individus, les familles et les communautés pour réduire la mortalité maternelle et la réalisation du vieillissement sain et actif ;
- c) les efforts de collaboration régionale en vue de développer des projets communautaires en Guyane, à Haïti et au Nicaragua ;
- d) les recherches bibliographiques continues, avec une importance particulière accordée à certains articles venant d'Amérique latine, des Caraïbes et de l'Amérique du Nord ;
- e) la mise au point par étapes d'un cadre conceptuel qui inclut la participation des programmes techniques régionaux, des institutions universitaires et des professionnels de la santé dans les pays ;
- f) des discussions techniques tenues avec les points focaux de santé familiale et communautaire de 22 pays au Guatemala au début de 2007 ;
- g) une évaluation et une analyse des ébauches de documents précédentes effectuées par un groupe de travail composé de professionnels de santé familiale et communautaire à la Barbade en juin 2008 en vue de clarifier les concepts et de s'entendre sur les définitions ;
- h) inclusion d'une approche spéciale et interculturelle en tant qu'une nouvelle voie pour que les personnes, les familles dans les communautés autochtones atteignent la santé et puissent la maintenir ;

⁸ <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd46-21-f.pdf>.

- i) la préparation d'un document plus exhaustif qui actuellement fait l'objet d'une évaluation technique et éditoriale avant sa publication.

Proposition

8. L'approche de santé familiale et communautaire vise à ce que la personne, la famille et la communauté aient accès aux soins de santé qui tiennent compte non seulement de la maladie mais aussi de sa relation avec la famille, la communauté et son entourage. L'approche de santé familiale et communautaire montre du respect envers les valeurs de la communauté, apporte un modèle de gestion sociale participative pour les soins de santé axés sur la rénovation des soins de santé primaire⁹ qui comprend les principes qui guident l'organisation des systèmes de santé.

9. Selon l'approche de santé familiale et communautaire la santé des enfants, des adolescents et des jeunes, des hommes et des femmes adultes et des aînés représente un continuum qui englobe toutes les phases de la vie. Cette nouvelle approche à la santé, tient compte des risques et des déterminants de la santé qui ont trait particulièrement à l'âge, le sexe, les caractéristiques ethniques et la culture.

10. Sur le plan conceptuel, l'approche de santé familiale et communautaire repose sur la prémisse que la santé est un droit humain fondamental¹⁰ assuré par l'État qui est fondé sur les valeurs d'équité et de solidarité, surtout en ce qui a trait aux inégalités, qui continuent d'exister, liées au sexe, aux caractéristiques ethniques et aux populations vulnérables.

11. En termes opérationnels, l'approche de santé familiale et communautaire considère que les facteurs de risque évoluent au cours de la vie d'une personne et favorise ainsi des interventions qui soient compatibles avec les diverses phases biologiques et chronologiques de la vie. L'approche met l'accent également sur les issues sanitaires (impact) plutôt que sur les intrants sanitaires (processus), et s'assure que les

⁹ <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>

¹⁰ Les États Membres de l'OMS se sont mis d'accord sur des principes importants ayant trait à la santé publique qui sont établis dans le Préambule de sa Constitution. Ainsi, la Constitution stipule un principe international fondamental selon lequel « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946 et signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946. D'autre part, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Nations Unies) protège «...le droit de toute personne de jouir du niveau le plus haut possible de santé physique et mentale... » (Article 12), alors que le Protocole de San Salvador (OEA) protège « le droit à la santé » (Article 10). De même, la protection de la santé en tant que droit de l'homme est reconnue dans 19 des 35 constitutions des États Membres de l'OPS (Bolivie, Brésil, Cuba, Chili, Équateur, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et Venezuela).

comportements familiaux, les ressources communautaires, les politiques gouvernementales et les mesures prises, en matière de santé et intersectorielles, soient coordonnées et orientées vers un objectif commun.

12. L'approche de santé familiale et communautaire vise à :

- a) créer des comportements sains et développer des collectivités, des familles et des individus forts et faisant preuve de résilience ;
- b) réduire les risques en matière de santé et prévenir la maladie en diminuant la possibilité d'exposition au danger, pour éviter les causes de maladie et de mortalité ;
- c) fournir un accès équitable aux services de soins de santé de qualité en adoptant la stratégie de renouvellement des soins de santé primaire, en respectant la culture locale et en poursuivant la coordination et la complémentarité ;
- d) tenir compte des déterminants de la santé par la prise de mesures intersectorielles, la formation d'alliances, de partenariats et de réseaux et l'adoption d'une stratégie de 'la santé dans toutes les politiques' ;
- e) promouvoir l'établissement de communautés organisées pour exercer pleinement leur droit à jouir du plus haut niveau de santé physique et mentale (« le droit à la santé »..¹¹

13. Les six principes de l'approche sont :

- a) *la participation* : renforcer le rôle des familles et des communautés en tant que responsables et collaborateurs actifs dans la prise de décisions et la gestion afin d'atteindre et de maintenir la santé sur la base de la détermination de leurs propres problèmes et besoins.
- b) *la collaboration* : combiner les actions des familles, des communautés, des services sanitaires et des institutions afin de créer une synergie pour produire ainsi un effet plus bénéfique sur la santé des personnes ; promouvoir des interventions coordonnées entre la population et les différents secteurs afin d'agir sur les déterminants de la santé.

¹¹ Le Conseil directeur de l'OPS a clarifié quels sont les liens principaux entre la santé et les droits humains conformément à la doctrine et les organismes internationaux des droits de l'homme. Voir le document technique CD47/15 sur « Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes. Pages 10-15, 47^e Conseil directeur, OPS Washington, D.C., 25-29 septembre 2006. Disponible à : <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>.

- c) *l'interculturalité* : accepter et reconnaître les perceptions, interprétations, connaissances et pratiques de la médecine conventionnelle académique et celles de la médecine traditionnelle des peuples autochtones en leur accordant de la valeur d'une façon symétrique.
- d) *l'intégralité* : accepter le processus santé-maladie comme un ensemble qui tient compte de la personne et de sa relation avec la famille, la communauté et son entourage, des éléments auxquels s'ajoutent aussi la nature et le monde spirituel selon la vision et les perceptions des peuples autochtones, dans le but de mener des processus de promotion de la santé, de prévention et guérison des maladies, de réhabilitation et récupération avec de la qualité et de la chaleur humaine, dans le cadre des instruments internationaux et régionaux sur les droits humains,¹² les questions relatives au sexe, aux différences parmi les générations, aux caractéristiques ethniques et culturelles.
- e) *l'intégration* : combiner les mesures émanées de la médecine conventionnelle académique et des programmes de santé avec les méthodes efficaces de la médecine traditionnelle, dans un modèle continu, intégral qui couvre tout le cycle de vie des personnes, des familles et des communautés.
- f) *l'opportunité* : tirer profit des interactions qui existent entre les individus, les familles, les services sanitaires et les communautés en vue de procéder à des interventions sanitaires propices et simultanées.

14. En termes pratiques, il existe au cœur de l'approche de santé familiale et communautaire un ensemble de pratiques individuelles et familiales fondamentales^{13, 14} ainsi que la recherche de soins et l'acceptation des conseils prodigués par les professionnels de la santé que, dans bon nombre de communautés, comprennent la participation des membres de la communauté qui pratiquent la médecine traditionnelle. Cette approche vise à renforcer l'efficacité et la capacité des systèmes et des réseaux de soins de santé à fournir des soins intégrés et globaux, rapprochant ainsi les personnes aux services de santé et aux ressources communautaires qui sont susceptibles d'améliorer la qualité de leurs soins et, par voie de conséquence, leur santé et leur bien-être.

¹² Par rapport à la valeur ajoutée lors de l'utilisation des instruments ayant trait aux droits de l'homme, voir le Plan Stratégique de l'OPS 2008-2012, Objectif stratégique 7, 27^a Conférence sanitaire panaméricaine Washington D.C., 1-5 octobre 2007, p. 74-78. Disponible à :

<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-obj5-8-s.pdf>

¹³ Drasbek, et. al., Regional Community IMCI Partnership, ARC/UNF Final Report, 2007.

¹⁴ Harkins, T., Drasbek, C., et. coll., The Health Benefits of Social Mobilization: Experiences with Community-based Integrated Management of Childhood Illness in Chao, Peru and San Luis, Honduras, Promotion and Education, Volume XV, No. 2, 2008.

15. Le succès et la pérennité de l'approche de santé familiale et communautaire sont tributaires de l'élaboration de politiques, de mesures et d'instruments¹⁵ visant à autonomiser les individus, les familles, les communautés et les services de santé. Les individus et les familles sont autonomisés par l'acquisition de connaissances en matière de santé par le biais de l'information et de l'éducation, en disposant d'options et en ayant le droit et la possibilité d'exercer un choix. Les communautés sont autonomisées en faisant preuve de leadership, en prenant des engagements en matière de santé et d'organisation sociale efficace dans le plein exercice du droit à la santé. Les services sanitaires sont autonomisés en fournissant aux professionnels de la santé des incitations financières, la formation continue, l'accès à l'information, la technologie et le savoir-faire technique adéquats, de bonnes pratiques de gestion et un soutien logistique, administratif et financier pour les programmes sanitaires.

16. Sur le plan stratégique, les actions qui sont nécessaires pour la conception et la mise en œuvre d'une approche de santé familiale et communautaire au sein des systèmes et services de santé devraient inclure les éléments suivants :

- a) plaider pour cette approche utilisant la communication sociale en vue d'impliquer toutes les parties et intervenants nécessaires ;
- b) la formulation de politiques, de programmes, de plans, des lois et de projets qui comprennent de manière claire et respectueuse les besoins, droits¹⁶ et valeurs culturels des personnes, des familles et des communautés, ainsi que les stratégies liés à la mise en œuvre, en plus des mécanismes nécessaires d'évaluation ;
- c) la formation d'alliances, de partenariats et de réseaux entre les personnes et les institutions qui sont en mesure de fournir une collaboration et un soutien technique, politique et financier ;
- d) la participation et le contrôle social par le biais de communautés organisées pour exercer pleinement leur droit à la santé ;
- e) la mobilisation de ressources financières et humaines aux niveaux local, national et international ;
- f) la formation des ressources humaines à tous les niveaux pour développer des équipes multidisciplinaires dont les membres peuvent collaborer entre eux et apprendre les uns des autres ;
- g) la coopération technique visant la résolution des problèmes ;

¹⁵ Des exemples d'instruments ayant été développés sont les *guides du composant communautaire* de la PCIME (Séries PAHO/FCH/CA/ 04. 2(1, 2, 3, 4, 5, 6,7).1 .

¹⁶ Conformément à l'indicateur 7.4.1 du Plan Stratégique de l'OPS 2008-2012, ce qui est mesuré est le suivant: « le nombre de pays qui appliquent des normes émanant des instruments régionaux et internationaux de droits humains lors de la révision ou l'élaboration de lois, de politiques et de plans qui favorisent les activités ayant trait à la santé et réduisent les lacunes quant à l'équité et la discrimination en matière de santé. »

- h) la promotion de la recherche, surtout la recherche appliquée et participative conçue pour mettre au point de nouvelles méthodes et connaissances ;
- i) la surveillance, le monitoring et l'évaluation afin de mesurer les progrès, les résultats et l'impact ;
- j) la dissémination de l'information pour partager les résultats à travers la société et pour fournir une rétroaction aux décideurs, aux services de santé, aux collectivités et aux familles.

17. L'engagement des États est une condition *sine qua non* pour que l'approche de santé familiale et communautaire réussisse. En outre, il faut reconnaître que les politiques mondiales et nationales ne peuvent être pertinentes que si elles se traduisent par des actions efficaces au niveau local. Une connaissance approfondie et une application minutieuse de l'approche de santé familiale et communautaire contribueront avec succès au renouvellement du système de soins de santé primaire, à la réalisation des attentes de la population sur le plan social et en matière de santé et à la poursuite de l'objectif de 'la santé pour tous' en tant que responsabilité conjointe du gouvernement et de la société civile et en tant que droit humain fondamental.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

18. Le Conseil directeur est invité à examiner le présent document et à considérer la possibilité d'approuver la résolution recommandée par le Comité exécutif lors de sa 144^e session, qui se trouve à l'annexe B.

Annexes



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

CD49/20 (Fr.)
 Annexe A

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À RELIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
 AUX DOMAINES ORGANISATIONNELS**

1. Point de l'ordre du jour : 4.16. La santé familiale et communautaire.

2. Unité Responsable : FCH

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Gina Tambini

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- Ministère de la Santé, Brésil.
- Programme de résidence médicale sur la santé familiale, communautaire interculturelle (Residencia Médico Salud Familiar Comunitaria Intercultural) (SAFCI) et Service de Promotion de la Santé, Ministère de la santé et le sport, Bolivie.
- The George Washington University, Washington, DC.
- Pays de la Région ayant des programmes et initiatives de santé familiale et communautaire.

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Ce point est lié à ces domaines spécifiques du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, mais surtout à :

- l'examen des déterminants de la santé;
- l'augmentation de la protection sociale et de l'accès aux services de santé de qualité ;
- la diminution du nombre d'inégalités qui existent parmi les pays et au sein des pays en matière de santé;
- la réduction des risques et de la charge de morbidité; et
- le renforcement de la gestion et le développement des professionnels de la santé

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

Le cadre conceptuel interculturelle de la santé familiale et communautaire est axé sur l'approche qui tient compte du cycle de vie pour s'occuper de la sante de tous les membres de la famille et de la collectivité. C'est la raison pour laquelle il est lié à un certain nombre d'Objectifs stratégiques, notamment :

- SO1 : Réduire la charge sanitaire, sociale et économique de la morbidité liée aux maladies transmissibles.
- SO2 : Combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- SO4 : Réduire la morbidité et la mortalité afin d'améliorer la santé lors des phases importantes de la vie, notamment la grossesse, la naissance, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, et améliorer la santé sexuelle et reproductive et favoriser un vieillissement actif et en bonne santé pour tous.
- SO6 : Promouvoir la santé et le développement et prévenir ou réduire les facteurs de risque comme

par exemple l'utilisation du tabac, de l'alcool, des drogues et d'autres substances psychoactives, une alimentation malsaine, l'inactivité physique et les rapports sexuels non protégés qui affectent les conditions sanitaires.

- SO9 : Améliorer la nutrition, la salubrité des aliments et la sécurité alimentaire pendant toutes les phases de la vie, pour appuyer la santé publique et le développement durable.
- SO10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de soins de santé.
- SO13 : Assurer une main d'œuvre composée de professionnels de la santé qui sont disponibles, qualifiés, productifs et capables de répondre aux besoins afin d'améliorer les résultats sanitaires.
- SO14 : Étendre la protection sociale par le biais d'un financement équitable, adéquate et pérenne.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce domaine et exemples provenant d'autres pays de la Région des Amériques :

Un nombre croissant de pays ont acquis une expérience considérable de la mise en œuvre des programmes de santé familiale et communautaire et des meilleures pratiques, parmi eux : le Brésil, le Chili, le Costa Rica, Cuba, l'Équateur, la Jamaïque, le Mexique et le Nicaragua. L'approche interculturelle de santé familiale et communautaire est particulièrement importante pour certains pays comme la Bolivie, l'Équateur, El Salvador, le Guatemala, Guyana et Pérou, parmi d'autres.

8. Incidences budgétaires de ce point de l'ordre du jour :

Le soutien financier alloué aux programmes de santé familiale et communautaire dans les pays a été fourni par les gouvernements. La participation du Bureau sanitaire panaméricain dans la promotion et le renforcement de l'Approche de santé familiale et communautaire coûtera 790 000 USD par période biennale, dont la somme d'environ 210 000 USD sera fournie par le Domaine de Santé familiale et communautaire.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



49^e CONSEIL DIRECTEUR

61^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

CD49/20 (Fr.)

Annexe B

ORIGINAL : ANGLAIS

SANTÉ FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant pris connaissance du document de réflexion intitulé *Santé familiale et communautaire* (document CD49/20) ;

Reconnaissant que le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 stipule un élargissement de la protection sociale et de l'accès à des services de santé de qualité, l'amélioration des déterminants de la santé, la réduction des inégalités sur le plan de la santé entre les pays et les inégalités au sein de ces pays, la diminution des risques et de la charge de morbidité et le renforcement de la gestion et de la valorisation du personnel de santé ;

Prenant en compte le Rapport sur la santé dans le monde de 2008 sur les soins de santé primaire et le besoin de formuler et de renforcer les politiques publiques pour accroître la couverture des services de santé de qualité orientés vers la santé familiale et communautaire ; et

Ayant présent à l'esprit les missions internationales et régionales en matière de santé familiale et communautaire et reconnaissant que, pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement aux niveaux national, régional et mondial, il faut que ces objectifs soient atteints au niveau local avec la participation et la collaboration des services sanitaires et sociaux, des familles et des collectivités,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres de :
 - a) adopter une approche de santé familiale et communautaire globale et interculturelle qui servira de contexte efficace pour la promotion et l'intégration des politiques sociales, des stratégies de développement local, des programmes de santé publique et des services de soins de santé visant à renforcer les capacités de prise en charge et de responsabilisation des familles et des collectivités et à assurer la santé et le bien-être de leurs membres ;
 - b) intensifier leurs efforts visant à offrir un accès universel à des services et des programmes de santé individuels et collectifs de qualité en tant que composante primordiale du programme de protection sociale, par le biais de la mise en place de systèmes de santé intégrés fondés sur les soins de santé primaire ;
 - c) renforcer la mise en place, la gouvernance, la gestion et la performance de réseaux intégrés de services de santé dans une optique favorisant la population pour répondre aux besoins de santé spécifiques des individus aux différentes étapes de leur vie et dans le contexte de leurs familles et de leurs communautés ; et
 - d) investir dans la formation des ressources humaines nécessaires pour garantir la portée et l'expansion des services de soins de santé primaire multidisciplinaires et reposant sur des équipes, ainsi que des programmes et des interventions de santé publique ayant une approche globale et interculturelle de la santé familiale et communautaire.
2. De demander à la Directrice de :
 - a) soutenir la mise au point de modèles de soins et de formation des ressources humaines ainsi que l'organisation, la gestion et la prestation de services de santé axés sur la famille et la communauté afin de fournir des soins de santé de qualité, complets, continus et intégrés, dans une perspective interculturelle et de genre ;
 - b) promouvoir l'intégration de l'approche de santé familiale et communautaire dans les programmes de l'OPS ;
 - c) encourager la participation et l'engagement des organisations internationales, des institutions scientifiques et techniques, des organismes de la société civile, du secteur privé et d'autres intervenants afin qu'ils soutiennent les initiatives nationales et locales en matière de santé familiale et communautaire, notamment

dans les pays prioritaires et dans les régions ou au sein de populations des Amériques privés de protection sociale ; et

- d) faciliter l'échange entre les pays d'expériences et de bonnes pratiques en matière de santé familiale et communautaire et de renforcer les mécanismes servant à la recherche opérationnelle et à l'évaluation et au suivi uniformisés des activités de santé familiale et communautaire pour permettre des comparaisons internationales et longitudinales de leur efficacité.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD49/20 (Fr.)
Annexe C

**Rapport sur les incidences administratives et budgétaires
qu'aura pour le Secrétariat le projet de résolution
proposé pour adoption**

1. Point de l'ordre du jour : 4.16. Santé familiale et communautaire.
2. Lien avec le budget programme 2008-2009 : (a) Domaine d'activité : Santé familiale et communautaire (b) Résultat escompté : RER 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 RER 1.1, 1.2 RER 2.1, 2.2, 2.3, 2.5 RER 6.1, 6.5, 6.6 RER 9.1, 9.4 RER 10.1, 10.4 RER 13.1 RER 14.1
3. Incidences budgétaires (a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à 10 000 USD près, activités et personnel compris) : 1 970 000 USD (cinq ans). (b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à 10 000 USD près, activités et personnel compris) : 300 000 USD. (c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? 210 000 USD
4. Incidences administratives (a) indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : Niveaux régional, sous-régional et national. (b) besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) : Un poste de niveau professionnel (Master en santé publique) pour fournir un soutien technique et coordonner et contrôler la mise en œuvre de projets spécifiques aux pays. (c) calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) : 2009-2013.