

Centre fédéral
d'Éducation pour la Santé



Centre collaborateur de l'OMS
pour l'Éducation pour la Santé

ICP/PHC 102 m01/1
Février 1985

"LES STRUCTURES FAMILIALES ET LA SANTÉ"

Atelier international de l'Éducation pour la Santé
organisé par le Centre fédéral d'Éducation pour la Santé, Cologne
en collaboration avec
le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, Copenhague
du 26 au 29 juin 1984 / Winterscheid / Hennef / Sieg

Abrégé

Original allemand

Centre fédéral d'Éducation pour la Santé, Ostmerheimer Str. 200, D - 5000 Cologne 91,
Tél.: 0221/8992-1, Téléx: 8873658 bzga d

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 20031
0(2.3.3) franz

Le Centre fédéral d'Education pour la Santé, en collaboration avec le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, a organisé un atelier sur le thème "Les structures familiales et la santé" à Winterscheid (R.F.A.) du 26 au 29 juin 1984, auquel ont participé 33 experts en provenance de 12 pays. Lesdits experts travaillent dans les secteurs recherche et enseignement, travail sanitaire direct à la base, psychothérapie et promotion par l'Etat de la santé.

Objectif

La stratégie régionale visant "la santé pour tous d'ici à l'an 2000", on remarquera que la tâche maîtresse de l'éducation pour la santé et des soins primaires au niveau familial et dans le tissu social de la commune est réellement en voie d'accomplissement. Sous l'égide de la promotion de modes de vies protecteurs de la santé, sous celle d'une contribution à l'instauration de la santé, cet atelier devait servir de forum international où s'échangeraient les résultats des recherches, le savoir empirique acquis au travail sanitaire familial.

Quatre thématiques essentielles y furent isolées:

- Evolution socio-historique et situation actuelle dans la famille concernant les actes bénéfiques à la santé.

- Socialisation référée à la santé dans la famille, en retenant surtout les processus contradictoires entre les règles publiques et privées, la conception experte et profane, féminine et masculine de la santé (schémas corporels).
- Gestes sanitaires quotidiens dans la famille, constituant l'aide autonome (travail personnel et dans l'ombre), marqués par l'emploi, dans le contexte d'une culture, de prestations sanitaires.
- Santé et famille dans l'optique de l'action publique, schémas familiaux, protection sociale et politique de santé.

Ces thématiques, avec en toile de fond les textes et exposés, firent l'objet de discussions détaillées et s'enrichirent de la perspective propre à chaque nationalité représentée.

Tendances démographiques et leurs conséquences

Les textes rédigés par les participants sont venus documenter les changements démographiques essentiels, tels que la diminution du nombre d'enfants, la hausse de l'espérance de vie, et les mutations sociales, telles que le pourcentage accru de femmes actives et de divorces, avec toutes leurs conséquences sur la réalité familiale et le travail sanitaire familial. Dans la région Europe, des tendances évolutives de même sens apparaissent, bien qu'avec une considérable différence du Nord au Sud et de l'Est à l'Ouest. Dénominateurs communs de cette évolution: la montée des ménages à personne seule, les bouleversements du cycle familial. Aux dires des participants, cette instabilité grevant la famille n'est pas exceptionnelle, comme le montre l'histoire et l'actualité. Le croire serait une idée reçue. D'ailleurs au cours des débats, certains ont dénié à cette instabilité tout rôle pathologisant. Une allusion normative au stéréotype de la famille traditionnelle passe sous silence le fait que la famille dite normale soit elle-même un facteur pathologisant. De nombreuses études viennent étayer cette thèse.

L'observation de la réalité familiale montre qu'il n'y a pas une famille.

Les experts ont également abordé les facteurs externes de la vie commune, l'évolution des relations intrafamiliales - conditionnée par le nouveau rôle social de la femme - et la manière dont ils créent une demande réitérée de prestations sociales. Bien que les données fourmillent sur la situation objective de la famille, on manque d'analyses de ces formes relationnelles nouvelles: D'où la question de savoir si des "réseaux souterrains" d'aide réciproque peuvent venir combler les vides engendrés par ces mutations. L'efficacité de cette aide familiale dépendra en dernier ressort d'avec quel bonheur les tâches se répartiront entre femme et homme, entre Etat et famille, à moins bien sûr de charger le bateau nommé "famille" jusqu'à ce qu'il coule.

La politique actuelle de santé doit prendre conscience des structures familiales modifiées, doit réagir à une demande nouvelle et/ou en mutation. On a souligné à ce sujet le pourcentage en baisse de personnes actives - facteur de poids pour la politique de santé - donc l'accroissement des ménages ne percevant pas (ne percevant plus) de revenu professionnel. Par delà les réseaux familiaux, cette évolution semble dicter la création de nouveaux circuits d'aide entre les générations et en leur sein.

Travail sanitaire dans la famille

Le travail sanitaire dans les familles (dans les ménages) a été classé en deux thèmes: la socialisation et l'aide autonome. Dans les textes déposés comme dans les débats, les changements dans les systèmes familiaux ont été associés à l'évolution des relations entre les sexes. On y a également développé la fonction d'équilibrage que remplit la famille, soumise d'un côté aux exigences des pouvoirs publics et tenue de l'autre de se modeler elle-même.

Longtemps la recherche sur la socialisation a négligé les liens entre la santé et la famille, délaissant avec eux les comportements sanitaires, la prise de conscience du corps, propres à chaque sexe. Les expériences contradictoires des enfants pris entre les objectifs normatifs de l'éducation sanitaire d'une part et les usages familiaux de l'autre, entre le concept global et personnel de santé d'une part et l'acceptation fonctionnaliste de la santé de l'autre (instrument d'aptitude au travail et d'intégration sociale) sont à considérer comme l'arrangement entre sexes. On peut le voir, cet arrangement, mais surtout le rôle double de la mère (qui continue de porter le fardeau majeur de l'éducation sanitaire de ses enfants) amplifient les expériences contradictoires. En cours de débat, on s'est demandé si cette prédominance des mères valait toujours, compte tenu des relations nouvelles entre l'homme et la femme, du rôle nouveau du père. L'émotionnalisation des relations du couple ne modifie-t-elle pas l'idée que l'on se fait des rôles maternel et paternel, d'où il découlerait un comportement neuf envers la santé? Le patriarcat serait-il en voie de transformation?

La perception du corps, le comportement sanitaire spécifiques à chaque sexe s'apprennent au cours du processus de socialisation. Constatation qui doit beaucoup à la recherche sur la femme. L'oeuvre de santé s'accomplissant via l'expérience et la perception corporelles, apparaît la nécessité de nouveaux concepts d'éducation sanitaire surmontant les particularismes propres à chaque sexe. Si les femmes sont plus malades que les hommes, si elles recourent plus aux services de santé, ceci ne provient pas seulement des processus de socialisation: la répartition des tâches sanitaires bénévoles (et rétribuées) entre les sexes en est aussi la cause.

L'aide autonome, travail quotidien

Le travail de santé est un travail quotidien lié aux conditions le régissant.

Aide autonome au sein du ménage, il inclut le travail dans l'ombre et le travail personnel des femmes.

On définit l'aide autonome comme une prestation de services à caractère amateur, informel, bénévole, dans le cadre de groupes sociaux. Des recherches empiriques confirment que le travail de santé revient surtout aux femmes, qu'il y a des différences spécifiques à chaque sexe dans le travail personnel ainsi que dans le travail sanitaire pour autrui au sein de la famille. Il résulte de ces recherches que l'éducation sanitaire se définira en fonction du quotidien, des travaux quotidiens. Thèse d'actualité en politique de santé: le fait que l'aide autonome et l'aide de l'extérieur ne puissent se substituer l'une à l'autre. L'opinion que le travail sanitaire dépend des ressources familiales confirme le postulat que le manque d'aide autonome au sein du ménage constitue un facteur de risques. Les résultats autorisent à pronostiquer que les capacités familiales à l'aide autonome ont été épuisées.

Le travail sanitaire, activité de communication

Le travail de santé est en outre un travail d'organisation. Il faut réguler le comportement sanitaire, dans le sens d'une interaction de la famille et des services de santé. Le travail sanitaire porte l'empreinte indélébile des valeurs culturelles. On peut dresser un tableau de la distance variable prise par rapport aux services sociaux, en fonction des capacités des réseaux familiaux. Ces préalables culturels visent les structures sélectives des services de santé ne conformant pas leurs prestations aux besoins des familles. Le manque de ressources touche surtout les personnes âgées et les femmes. Dans l'intérêt de leur avenir, les services de santé devraient inclure le travail sanitaire actif en famille, d'ores et déjà souhaité. Ce qui veut dire qu'ils doivent suivre l'évolution culturelle.

L'histoire sociale ne laisse pas seulement son empreinte dans les valeurs culturelles, elle s'exprime aussi dans les schémas corporels. Une éducation pour la santé doit se faire guider par cette histoire et dresser

un concept de promotion sanitaire retenant la prise de conscience du corps, l'expérience tirée de celui-ci. La famille est ce lieu où se socialise le corps, où il reçoit sa stature sociale. La santé forme un tout, reste affaire humaine, tel était le noeud du débat. Des exemples pratiques, livrés concrètement pendant l'atelier, ont montré les aspects que peut englober un tel concept de promotion sanitaire intégré, proche du corps et de l'expérience corporelle. Sentir, voir, entendre pour reprendre possession de son corps, autant d'expériences ressenties et montrant que la santé est un parcours, un processus et non un état figé. Un regard sur l'historique sanitaire de la France n'a pas été le seul exemple à montrer la position clé de la planification familiale dans la politique sanitaire pour et dans la famille: les projets exposés, de promotion sanitaire tournée vers la famille, étudiés dans divers pays aux cultures différentes, y ont aussi contribué. Avec en toile de fond le réseau "Education pour la santé dans la famille" mis sur pied par l'OMS/EURO et le Centre fédéral d'Education pour la Santé (pour réunir une documentation internationale et échanger l'expérience acquise en action, au cours des programmes et à l'emploi des supports éducatifs), des points communs se dessinent malgré les différences d'organisation, les exigences culturelles propres à chaque pays: le désir de planification familiale a un caractère transnational et rejoint l'éducation sanitaire en ce sens que grâce à cette planification, on peut élever dans la santé des enfants vraiment désirés, les préparer à une vie saine; second point commun, le désir, issu des mouvements féministes, de surmonter l'actuel cloisonnement par sexe des tâches familiales, pour protéger la santé des femmes, des enfants et des hommes.

Conséquences pour la politique sanitaire

Autre point très discuté, relatif aux mesures de politique sanitaire, à leurs alternatives: la famille partage-t-elle avec l'Etat l'intérêt que celui-ci lui voue? Une analyse historique des premières politiques publiques,

en France, montre que l'Etat s'intéressait au premier chef à la naissance et à l'"élevage" des enfants. Tendances similaires dans d'autres pays, bien que non exactement contemporaines au phénomène français. Graduellement, le cadre de vie de la femme passe sous contrôle public, sous contrôle de professionnels masculins. Cet exemple montre en même temps l'ambivalence de cette ingérence publique dans la famille, ingérence qui se traduit par l'acceptation de techniques neuves et simultanément par leur rejet, jusqu'au début du XXème siècle. L'intérêt de l'Etat envers les naissances inclut également leur contrôle. Dans tous les pays européens, la contradiction entre les intérêts familiaux et démographiques de l'Etat d'une part, et les intérêts de la famille et des femmes d'autre part, est d'actualité. Il est ressorti de la discussion la nécessité d'inclure l'autonomie de la femme dans la politique de santé. D'où il a encore résulté, au fil de la même discussion, que la promotion publique de la santé doit suivre les intérêts, l'expérience concrète de la famille et de ses membres, pour que l'aide ne se transforme pas en contrôle ou en surmenage. Les échelles de valeurs, les modes comportementaux de la famille changent, de nouveaux schémas familiaux, de nouvelles structures relationnelles se tissent; ceci se lit clairement dans tous les exposés. L'action publique par contre ne voit que la famille coutumière, la famille complète où la femme reste femme de ménage et mère de famille au foyer. L'intérêt public, implicite ou explicite, ne s'intéresse pas à la femme en soi lorsqu'elle pratique l'éducation ou le travail sanitaires. Une politique de santé ouverte à la famille devrait reconnaître la prise de conscience nouvelle des femmes (par les femmes), dans leur famille, en dehors de celle-ci, au sein de structures et d'intérêts en mutation. Le retour aux valeurs familiales, à l'aide autonome, à la solidarité, a fait l'objet d'une discussion controversée.

Certains affirment l'irréversibilité du processus historique d'individualisation croissante; d'autres voient dans ce processus le minage de la bonne et vieille solidarité familiale, sans qu'aucune autre forme de solidarité vienne s'y substituer, l'individualisation devenant dès lors un phénomène négatif, unilatéral, parcellisant et isolant les individus. Il a été souligné l'impossibilité de sous-entendre, désormais et dans de telles conditions, que la famille constitue d'office un "réseau social"; on a souligné aussi que les femmes avaient à en souffrir durement. A l'heure actuelle, on ne peut fonder en principe que la famille forme un foyer de protection sociale. Des systèmes d'aide différents, touchant le voisinage, la commune, des projets d'aide autonome respectant les variantes culturelles des pays, pourraient constituer de nouveaux foyers de solidarité, de soutien, parallèlement à la famille, au profit de celle-ci.

Les recommandations émises par cet atelier indiquent les directions dans lesquelles doivent s'orienter la recherche scientifique et l'action politique.

Recommandations des groupes de travail

Recherches nécessaires:

sur les différences culturelles, sociales et régionales de concepts sanitaires dans la famille, par exemple autour du bassin méditerranéen, afin de définir de nouveaux critères intégrables aux programmes de santé.

Actions nécessaires:

Politique de santé

La politique et la pédagogie sanitaires ne doivent pas ignorer les tendances de ce XXème siècle, à savoir le recul de la natalité, la montée de l'emploi féminin, et le développement de diverses formes de vie privée.

A propos du travail sanitaire familial, la politique de santé doit connaître les limites que lui fixent les systèmes politiques, économiques et écologiques actuels.

L'orientation vers un travail sanitaire quotidien devrait se traduire par une modification de l'assistance des professionnels de la santé, c'est-à-dire ainsi:

- une reconnaissance du savoir, des compétences acquises par la famille au long du quotidien;
- une acceptation de l'indépendance des groupes d'aide autonome;
- les assistant(e)s sociales/sociaux, les personnels de santé doivent être aptes, par nature et par expérience, à établir le dialogue avec la famille;
- l'éducation pour la santé doit devenir matière des études et de la formation continue des futurs spécialistes de santé.

Jusqu'à maintenant, les programmes de santé ont toujours été dûs aux institutions prestatrices. Il faudrait plutôt désormais partir du travail sanitaire familial, pierre sur laquelle se bâtiraient les services de santé. De tels programmes seraient à mettre au point en collaboration avec les familles elles-mêmes.

Il faut vérifier quels effets sanitaires les programmes destinés à certains membres de la famille (par ex. les mères, les enfants) ont sur les membres restants de la famille.

On pense surtout aussi aux surcroûts de travail imposés aux femmes.

Dans les organismes et au sein de la famille, les femmes assument la plus large part du travail sanitaire rétribué et bénévole. La politique sanitaire ne s'intéresse pas plus, pour autant, à leur santé.

D'où le devoir de la politique sanitaire de promouvoir une nouvelle division des tâches dans la famille.

Promotion de la santé

La promotion de la santé doit se fonder sur les desiderata, les besoins et les capacités réunies de la famille.

Préalable majeur à la promotion de la santé: que celle-ci reconnaisse les facultés de maîtrise possédées par les familles.

Etant donné que les services de prestation institutionnalisés de santé ne sont là que pour la maladie, l'individu se trouve fixé sur la maladie.

La promotion de la santé doit rejeter cette séparation entre l'état sain et pathologique, doit dénoncer les tabous entourant la maladie et l'infirmité.

Les programmes de promotion sanitaire devraient retenir les critères suivants:

- "Education sanitaire logistique", c.à.d. une éducation donnant aussi les ressources, les droits, les locaux nécessaires.
- mise sur pied d'un support d'action flexible, en situation, proche de la communauté.