Le besoin de santé chez l'enfant

Dr KAÏD TLILANE Nouara
Université Abderrahmane MIRA- Béjaia (ALGERIE).
E-Mail : Kaid_n@yahoo.fr

Pr. FERFERA Mohamed Yassine
Professeur en Sciences Economiques
Directeur du Centre de Recherche en Economie Appliquée pour le Développement (CREAD)

RESUME

L'élaboration d'une politique globale de l'enfance et la planification des actions à mener nécessitent une connaissance approfondie des besoins des enfants. L'étude des besoins de l'enfant ne peut naître que d'une étude intensive des problèmes qui se posent tout au long de l'enfance, problèmes qui sont d'ailleurs extrêmement différents selon le degré de développement économique des pays, comme l'ont révélé les enquêtes effectuées par le fonds des nations unies pour l'enfance (L'UNICEF).

Dans cet article, il sera question de l'analyse économique des besoins sociaux de l'enfance, notamment le besoin de santé.

INTRODUCTION

Durant ces deux dernières décennies, avec la crise économique et l'importance des changements politiques, la croissance économique qui était considérée comme moyen privilégié permettant d'éliminer la pauvreté et la misère n'apparaît plus comme la condition nécessaire et suffisante du progrès social. Ainsi, l'objectif de la maximisation du PNB par tête est considéré comme restrictif. Pour pallier cette insuffisance de l'objectif de la croissance, il est impératif de lui associer les indicateurs sociaux. L'économique ne doit-il pas être au service du social ? Le but de l'économie n'est-il pas la satisfaction des besoins de la société et le bien être des populations ? Les programmes visant à améliorer la condition de l'enfance sont des programmes de progrès social. Le progrès social et le progrès économique ont un même but : une vie meilleure. Le progrès économique contribue indirectement à cette élévation du niveau de vie en fournissant les moyens. Les programmes sociaux (santé, enseignement, services d'assistance sociale) y travaillent directement en aidant les individus à transformer leur mode de vie. Tout progrès réel implique une évolution sociale doublée d'une expansion économique.

Les maladies, la faim et l'analphabétisme nuisent gravement à la productivité des habitants des pays sous – développés. Nous illustrons ceci par deux exemples. Le rapport entre santé et éducation d'une part et développement économique d'autre part : le savoir appliqué à l'agriculture peut faire passer d'une économie de subsistance à l'abondance. Les programmes de prévention sanitaire ne se limitent pas à diminuer les souffrances et à prolonger la durée de vie de l'homme, ils accroissent également la productivité et favorisent la prospérité.

Développement économique ''rime'' donc avec développement social ; et c'est dans ce sens que se situe notre contribution dans ce papier. Il s'agit de présenter brièvement la stratégie des besoins socio-économiques dans un premier point et d'examiner le besoin chez l'enfant notamment celui de santé dans un second point. Ce sont là, les objectifs auxquels se limite notre article.

I- LA STRATEGIE DES BESOINS

Aux multiples stratégies fondées sur la croissance succèdent diverses théories et stratégies bâties sur les besoins de base de l'individu. Les institutions internationales particulièrement le PNUD ont porté leur attention sur la nécessité de faire de la croissance économique un moyen de lutte contre la misère et la pauvreté. Pour cela, ces institutions commencent par un constat des conditions de vie des populations des pays sous développés en mettant l'accent sur l'aggravation de leur situation social.

Pour lutter contre la pauvreté, ces institutions présentent une nouvelle stratégie : ''la stratégie des besoins essentiels'' dont l'idée principale est constituée par le lien entre stratégie de développement et besoins essentiels de l'être humain[1]. L'objectif de la proposition était que le développement économique soit ouvertement centré sur la satisfaction des besoins essentiels dans les pays sous-développés.

Les concepts de croissance et du développement sont fondamentalement différents. Pour nous, la croissance économique se caractérise par une augmentation continue du produit global réel d'une société. En revanche, le développement économique signifie un changement à long terme dans les valeurs des principales variables économiques telles que : le produit global, la population, le stock du capital, la technique, ce qui aboutit à une véritable mutation des structures de la société.

Les besoins soulèvent à chaque phase du développement des problèmes d'une grande complexité. Ces trois dernières décennies ont été caractérisées par des changements profonds des modes de consommation. Ce processus a été amplifié par la révolution scientifique et technique en cours, laquelle a favorisé la généralisation, sans précédent, de produits nouveaux fournis massivement dans des délais très courts.

La multiplication des échanges, la révolution des transports et des communications, les déplacements des populations rurales vers des villes, l'émigration, les mass médias, le développement des rapports marchands, etc., ont été autant de facteurs qui ont répandu l'exemple de nouvelles façons de vivre et de consommer dans les villages ou les zones les plus marginalisés.

L'Algérie se trouve fatalement intégrée dans ce processus. L'urbanisation rapide et poussée, la démographie toujours importante, les mutations et les différenciations sociales, la transition vers l'économie de marché qui ont donné en l'espace d'une décennie une configuration nouvelle à la société algérienne qui, semble-t-ils, ont contribué à l'émergence de besoins nouveaux. Cette montée des besoins pose, par ailleurs, la question du décalage avec l'état et la structure de l'appareil national productif. Le niveau de couverture des besoins et les formes de consommation constituent des indices importants pour évaluer les progrès réalisés et/ou les retards accumulés dans ce pays.

Ceci dit, la notion de besoin, qui est un axe essentiel, permet de saisir la réalité des pays en développement. Dans la pensée économique, la définition de ce concept est très controversée[2]. Quand aux besoins de l'enfant, nous considérons que c'est l'adulte qui les lui prête et non exprimé par lui même[3]. Par ailleurs, nous définirons le besoin de santé et notamment de santé de l'enfant dans la deuxième section.

Cependant, et pour revenir au plus important, l'étude des besoins de l'enfant ne peut naître que d'une étude intensive des problèmes qui se posent tout au long de l'enfance, problèmes qui sont d'ailleurs extrêmement différents selon le degré de développement économique des pays, comme l'ont révélé les enquêtes effectuées par le fonds des nations unies pour l'enfance (L'UNICEF). En effet dans les pays riches, l'enfant ne souffre ni de la faim, ni du travail forcé précoce, ni de l'ignorance, ni des maladies qui déciment

[1] Rapport sur le développement dans le monde 2000 / 2001 : combattre la pauvreté, éd. Banque Mondiale 2000. P.7.

[2] l'analyse économique du concept de besoin n'est pas l'objet de cet article. Nous avons omis délibérément l'étude de celui-ci.

[3] un consensus n'a pu être établi sur la définition de l'enfant. La convention relative aux droits de l'enfant défini ce dernier comme ''tout être humain moins de 18 ans (…)'', Certains considèrent que l'enfance se termine à l'âge pubertaire (12ans), d'autres dés sa scolarisation (6 ans). Cependant, l'enfant exprime ses besoins bien avant l'âge de 6 ans.

ailleurs les jeunes générations. Certes, il existe une enfance malheureuse, une enfance inadaptée ou déficiente, qu'il faut essayer de réintégrer dans la vie même du pays. Mais on dispose là des ressources financières et des talents nécessaires. La situation est toute différente dans les pays encore insuffisamment développés où tant de maux assaillent l'enfance à la fois.

Par ailleurs, on a souvent tendance à penser que les besoins humains, les besoins sociaux, sont quelques choses de données et d'objectif, ils auraient une forme obligatoire. On pourrait les recenser et les classifier une fois pour toutes[4]. Ce point de vue est ''parfois nuancé par une distinction faite entre deux catégories de besoins, ceux qui correspondent à certaines exigences naturelles telle que la faim, la soif, etc., et qui pourraient être nettement précisés ; d'autre part des besoins secondaires, apparaissant après la satisfaction des premiers et qui seraient eux plus variables, plus diversifiés''[2].

Cependant, les besoins élémentaires sont eux-mêmes très relatifs. Et, le besoin est ''conditionné socialement''[3] même lorsqu'il porte sur une exigence aussi fondamentale que l'alimentation. Marx a exprimé cette idée par l'exemple qu'il a noté en montrant, pour satisfaire la faim, la différence de forme qui existe, entre la façon de manger la viande cuite avec un couteau et celle de ''dévorer la viande crue avec des ongles''.

Dans ce sens, nous pouvons dire que les besoins sont fonctions des conditions historiques dans lesquelles ils se forment et dans lesquelles ils sont exprimés. Ils sont donc en continuelle évolution. A l'état primitif, les hommes exprimaient leur besoin de survie qui, à l'instar des animaux, résulte de l'instinct de conservation. Plus tard, la découverte du feu a fait naître des besoins nouveaux qui ont conduit à un mode de vie qualitativement nouveau : besoin de se nourrir avec des aliments cuits, de se protéger contre le froid et les animaux. Depuis, l'homme a progressivement dépassé le stade naturel et ce, au fur et à mesure des progrès techniques qu'il a accompli au cours de l'histoire.

II- LE BESOIN CHEZ L'ENFANT

1- Des besoins de l'enfant et du développement économique

Dans tout processus de développement, l'amélioration des conditions de vie des populations représente l'objectif essentiel à atteindre. En plus des apports en capitaux, l'aptitude à créer des richesses que sont les connaissances et le savoir-faire représente une tâche difficile à réaliser. C'est là qu'apparaît immédiatement l'importance de l'enfant car le développement des ressources humaines doit commencer dés les premières périodes de la vie. L'environnement au sens large du terme qui influe directement sur la santé physique, morale et mentale de l'enfant, devrait être pris en compte lorsqu'il faut développer les ressources humaines à l'échelon d'un pays. Il est donc réaliste d'affirmer que tout plan de développement doit avoir comme objectif essentiel à la fois la protection de l'enfance et sa préparation à son rôle utile dans l'avenir.

Dans les pays en voie de développement, l'enfance est la principale victime de la statique du sous-développement. Il y a là une trame dans laquelle s'entrecroisent la pauvreté et toutes ses conséquences : La maladie, la malnutrition, l'ignorance, avec les séquelles qu'elles entraînent. Et sur cette toile de fond, la dynamique de l'évolution vient souvent apporter des touches qui sont plus sombres encore, en particulier lorsque c'est l'expansion démographique qui vient augmenter le nombre de bouches à nourrir sans que la production alimentaire ne suive, et lorsque, le phénomène de l'urbanisation classe une population plus ou moins misérable vers la banlieue des villes où l'enfant connaît un sort beaucoup plus malheureux que celui qu'il avait dans son premier milieu. Ce tableau varie évidemment considérablement d'un pays à l'autre, mais c'est bien toujours la même toile de fond.

Au terme des années 80, plusieurs faits et quelques réalisations pratiques semblent indiquer que cette priorité nouvelle en faveur de l'enfance commence à se faire jour. Dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement, on constate une prise de conscience croissante et nettement marquée du fait que

[4] J. Fournier et N. Questiaux : «le traité du social ». Ed. Dalloz, 1972, P. 66.

les besoins physiques, mentaux et affectifs des jeunes sont une préoccupation légitime des responsables politiques d'un pays. C'est ainsi que le président des Etats-Unis s'est déclaré convaincu que ''notre caractère national peut être mesuré à la façon dont nous prenons soin de nos enfants''[5]. En faisant la même observation au sujet de la responsabilité qui incombe au monde à l'égard de ses enfants, le Président Gorbatchev a déclaré de son côté que ''l'humanité ne peut plus se permettre, alors que le 20ème siècle s'achève, que des millions d'enfants meurent chaque année''[6].

L'importance de cette question s'est concrétisée à l'occasion de la célébration du premier «sommet mondial pour les enfants» proposé dans le rapport de l'UNICEF sur «la situation des enfants dans le monde 1989 » et qui a été depuis, appuyé par plus de cent gouvernements. Ce sommet avait réuni des chefs d'Etat et de gouvernement, de toutes les régions du monde et avait débattu de la nécessité d'accorder une priorité nouvelle aux besoins des enfants, et avait examiné le projet de «convention sur les droits de l'enfant » qui a été finalement soumis à l'approbation de l'assemblée générale des Nations - Unies. Cette convention a énoncé les normes minimales de protection de la vie, de la santé et de l'éducation des enfants et assure une protection explicite contre l'exploitation des enfants au travail, contre les mauvais traitements physiques ou sexuels et contre les effets de la guerre. La convention est le premier traité international définissant juridiquement les droits de l'enfant.

A L'instar de nombreux autres documents historiques, la convention énonce un idéal que peu de pays, voire même aucun, n'ont jusqu'ici atteint. Mais au fur et à mesure de sa ratification par des pays de plus en plus nombreux, ses dispositions seront progressivement incorporées dans les législatives nationales ; la presse et le public se préoccuperont davantage de veiller à son application et elle deviendra, petit à petit, la norme en dessous de laquelle un pays civilisé, ne pourra se permettre de tomber.

Lors de l'assemblée mondiale de la santé à Genève, l'organe directeur de l'OMS a dégagé trois priorités à prendre en charge dans les cinq années à venir :

1. Eradication et élimination de maladies telles que la poliomyélite, la lèpre, la rougeole.
2. Lutte contre les maladies anciennes comme la tuberculose et le paludisme qui résistent à la médication et aux insecticides.
3. Prise de mesures à brève et longue échéance contre les maladies émergentes.

En 1990, les dirigeants de plus de 150 pays, réunis à l'occasion du sommet mondial pour les enfants, ont établi un certain nombre d'objectifs ambitieux en faveur des enfants et du développement pour les années 90. Les objectifs de cette rencontre ont été traduits en un plan d'action pratique qui, avec la convention relative aux droits de l'enfant, a mis les enfants au centre du développement mondial et des préoccupations en ce qui concerne les droits de l'Homme.

De nombreux pays peuvent ''s'enorgueillir'' des avantages importants acquis au cours de cette décennie, qui les rapprochent de la réalisation des objectifs fixés lors du sommet mondial et prouvent leur adhésion aux droits de l'enfant. Des jeunes vies ont été sauvées grâce à :

- l'amélioration de la santé et de la nutrition,
- enfants protégés contre l'exploitation et les travaux dangereux pour la santé,
- avenirs transformés grâce à la possibilité de fréquenter l'école.

Dans d'autre cas, cependant, les conflits, l'endettement et la crise économique ont levé un terrible tribut sur les enfants. En outre, le rapport des *''Progrès des Nations''* de 1999 décrit, malheureusement l'impact dévastateur du SIDA sur les enfants, et fort heureusement en rendant hommage aux énormes progrès qui ont permis à la planète d'être très près de l'éradication de la poliomyélite.

Ainsi, dans tout plan de développement économique et social, l'étude des besoins de l'enfance et la détermination des priorités d'action dans ce cadre relève logiquement des préoccupations de tout gouvernement. Et, c'est à chaque gouvernement qu'il appartient d'étudier son propre dossier des besoins de

[5] UNICEF : «Situation des enfants dans le monde», éd. 1990, P.4.

[6] Idem.

l'enfance et de déterminer ensuite quelles sont ses priorités d'action dans le cadre, bien entendu, de son plan de développement économique et social.

La moitié des pauvres du monde sont des enfants, plus de bébés que jamais naissent dans la pauvreté, jamais les chiffres n'ont été aussi élevés[7]. La moitié des enfants d'Afrique souffrent déjà de maladies liées à l'insalubrité de l'eau, aux mauvaises conditions d'assainissement et à la dégradation de l'environnement. Le développement physique et mental de ces enfants sera probablement retardé par la malnutrition.

Aujourd'hui, l'écart entre riches et pauvres n'a jamais été aussi large. Les 20 % les plus riches de l'humanité ont 82 fois plus de ressources que les 20% les plus pauvres et consomment 86% des ressources mondiales[8]. Ces énormes disparités, ne garantissent malheureusement pas les droits des enfants, particulièrement, des enfants pauvres[9].

En ce qui concerne les femmes, les résultats sont dévastateurs. Plus de la moitié de toutes les femmes en Afrique et près du tiers en Amérique latine accouchent pendant l'adolescence et courent 2 fois plus de risques de mourir en couches qu'une fois adultes ; et leurs enfants risquent plus que d'autres de souffrir d'une insuffisance pondérale à la naissance. Ainsi, les enfants sont soumis à des risques comme le montre les données statistiques au niveau mondial du tableau 1.

Aujourd'hui, l'indice des risques pour les enfants, dont il a été question dans le rapport *''Progrès des Nations''* 1999, est une idée récente et inachevée. Ses mérites et ses lacunes ont été scrutés et débattus au moment de son établissement. Malgré ces lacunes, l'UNICEF lance l'indice des risques[10] pour les enfants comme une idée destinée à ouvrir le débat, conscient qu'il importe d'adopter une optique améliorée pour mesurer le bien être des enfants, une optique qui tienne compte des nouvelles connaissances acquises sur la manière dont les enfants se développent et des nouveaux risques auxquels ils sont exposés. Cette tentative se veut un pas dans cette direction.

[7] UNICEF : Le Progrès des nations, éd. 1999. P. 1.

[8] UNICEF : Le Progrès des nations, éd. 1999. P. 2.

[9] Idem.

[10] UNICEF : Le Progrès des nations, éd. 1999. P.4 et 5. Les indices sont convertis sur une échelle de 0 à 100 avant le calcul de l'indice des risques pour les enfants (IRE) selon l'équation suivante :
IRE = (TMM5 + IP + ENS) / 3 + CONFLIT/ 4 + SIDA/ 4.
TMM5 : taux de mortalité des moins de 5 ans.
IP : insuffisance pondérale en %.
ENS : enfants non scolarisés en %.
CONFLIT : niveau de sécurité tiré des consignes de sécurité de l'UNICEF.
SIDA : taux de prévalence du VIH/sida pour les personnes âgées de 15 à 49 ans.

Tableau 1 : L'indice des risques pour les enfants par région

Régions	L'indice des Risques	Régions	L'indice des Risques
Amérique		Moyen orient et Afrique du nord	
Moyenne régionale	10	Moyenne régionale	24
Haïti	47	Soudan	59
Pérou	19	Yémen	49
Colombie	16	Algérie	26
Mexique	11	Maroc	21
Brésil	8	Tunisie	8
Cuba	6	Arabie saoudite	24
Argentine	5	Egypte	21
Canada	<5	Iran	17
Etats Unis	<5	Turquie	15
Costa Rica	<5	Libye	6
Afrique subsaharienne		Asie est /sud et pacifique	
Moyenne régionale	61	Moyenne régionale	31
Angola	96	Cambodge	60
Ethiopie	85	Inde	45
Mali	64	Sri Lanka	39
Nigeria	59	Viêt-nam	31
Sénégal	38	Malaisie	14
Afrique du sud	25	Chine	13
Maurice	11	République de Corée	5
		Australie	<5
Asie centrale		Japon	<5
Moyenne régionale	41		
Afghanistan	96		
Géorgie	27		

Source : Progrès des Nations, 1999, P.4 et 5.

1.1– La Convention relative aux Droits de L'Enfant

La convention des droits de l'enfant définit un enfant comme étant ''tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable''. La déclaration de Genève de 1924 a été la première à marquer la formulation globale des droits de l'enfant sur le plan international. Revu et augmenté, le texte devait finalement servir de base à la déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies en 1959. Améliorée (des textes et des traités pertinents applicables à la protection et au bien-être des enfants) et adoptée par l'assemblée générale des nations unies le 20 novembre 1989, la convention relative aux droits de l'enfant souligne la responsabilité fondamentale qui incombe aux pays ayant ratifié la convention (en 1999, seuls deux pays ne l'ont pas ratifié, il s'agit des Etats-Unis et de la Somalie). Par rapport aux droits de l'homme en général, les droits accordés aux enfants peuvent[11].

- Renforcer ou refléter des droits accordés aux individus de tout âge (comme par exemple la protection contre la torture, le droit à un nom et à une nationalité, le droit à la sécurité sociale).
- Améliorer, à l'égard des enfants, les normes applicables aux êtres humains en général, comme par exemple des conditions spéciales d'emploi, l'administration de la justice pour mineurs, les conditions de la privation de liberté.
- Traiter de questions concernant exclusivement ou essentiellement l'enfant, comme par exemple l'adoption, l'éducation élémentaire, etc.

[11] UNICEF : «Situation des enfants dans le monde», éd. 1990, P.4

L'objectif est de tenir compte des besoins particuliers des enfants en tant qu'êtres humains en développement, particulièrement vulnérables et essentiellement dépendants.

Les droits de l'homme sont généralement classés en cinq catégories : droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Bien que formant un ensemble particulier, les droits de l'enfant font partie intégrante des droits de l'homme, et peuvent également être répertoriés de cette manière :

- Les droits civils et politiques de l'enfant comprennent le droit à un nom et à une nationalité, la liberté d'expression et d'association, le droit d'être protégé contre la torture et les mauvais traitements, des dispositions particulières réglementant les circonstances et les conditions dans lesquelles des enfants peuvent être privés de liberté ou séparés de leurs parents.

- Les droits économiques de l'enfant comprennent le droit à la sécurité sociale, le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer un développement optimal et la protection de l'exploitation au travail.

- Les droits sociaux de l'enfant comprennent le droit au degré le plus élevé possible de santé et d'accès aux services médicaux, le droit à des soins particuliers pour les enfants handicapés, à la protection contre l'exploitation sexuelle et l'enlèvement et la réglementation de l'adoption.

1.2- L'expansion démographique et ses conséquences

Dans la gestion d'un pays, les gouvernements rencontrent des problèmes cruciaux dont la solution n'est ni évidente ni immédiate. Le premier problème sera celui que pose au gouvernement un taux d'accroissement démographique souvent très élevé et qui constitue pour la collectivité une charge d'autant plus lourde que le pays est peu développé. En effet, lorsque le revenu annuel n'augmente que faiblement au regard de l'accroissement de la population, les investissements «démographiques » nécessaires pour maintenir le standard de la vie actuelle ne sont même plus possibles et on doit renoncer aux investissements économiques et sociaux qui permettraient d'améliorer les conditions de vie. De là, le problème que pose le contrôle des naissances avec toutes les difficultés qu'il comporte à la fois sur le plan des valeurs, très différents selon les continents et les religions, et sur le plan pratique, car aucune solution satisfaisante n'est en vue. Cependant, comme nous le constatons en Algérie, la politique de ralentissement de l'expansion démographique par la méthode de l'espacement des naissances, est loin d'être la meilleure solution, étant donné que le taux d'accroissement reste toujours élevé, même si en 2000 il était de 1,43 % (contre 3,2% durant les années 1980), et malgré la disponibilité des moyens contraceptifs (gratuits au niveau des PMI et d'un prix symbolique au niveau des pharmacies). Théoriquement, la meilleure solution étant la limitation des naissances, mais, pratiquement, elle n'est pas évidente dans les pays du Sud pour des raisons socioculturelles (la naissance d'un garçon est fortement souhaité). Cependant, le planning familial est l'un des programmes de santé réussi en Algérie.

En matière d'alimentation, l'un des meilleurs indicateurs nutritionnels est la mortalité en jeunes âges. Dans tous les pays en voie de développement, ce sont en effet les enfants âgés de 12 à 36 mois, qui sont le plus sévèrement frappés par la malnutrition. Les études de la «Pan American Heath Organisation»[12] ont mis en évidence qu'en Argentine, Bolivie et El Salvador, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont presque deux fois plus élevés dans les zones rurales qu'en milieu urbain. Les zones rurales étudiées sont près des centres médicaux et il est à supposer que les taux de mortalité soient encore plus élevés dans les villages reculés.

Les études entreprises par P. Cantrelle[13] dans les pays francophones du continent africain et Madagascar conduisent à la même conclusion. Les taux de mortalité aux jeunes âges nettement plus élevés en milieu rural

[12] Ruth P., Serrano R., Carlos V. : «Patterns of mortality in child hood», P.61, rapporté par Cassen R. et Wolfson M. : prévisions et satisfactions de besoins des populations en expansion, éd. OCDE, 1978. P. 62.

[13] Cantrelle P.: «la mortalité différentielle urbaine- rurale » publié par ORSTOM, rapporté par Cassen R. et Wolfson M. Déjà cité. P. 62.

qu'en milieu urbain prouvent qu'actuellement dans les pays en voie de développement, les ruraux souffrent plus largement de sous nutrition, et de malnutrition que les citadins. Au niveau national, la couverture calorique est insuffisante comme l'ont montré les études de la FAO.

Il est évident que ce qui importe dans l'étendue du déficit nutritionnel, ce n'est pas seulement la situation globale des disponibilités mais leur distribution par région, par individu et dans le temps. La plus grande difficulté à laquelle se heurte une estimation de la sous- nutrition découle sans aucun doute du fait que la plupart des données sont des chiffres moyens qui ne donnent pas de détails sur la répartition, sur les rations alimentaires par personne et sur les fluctuations dans le temps des disponibilités alimentaires (fluctuation des moissons d'une année sur l'autre ou variations saisonnières par exemple).

Sur le plan santé, dans les pays en développement, les espérances de vie à la naissance ont connu des augmentations régulières et remarquables au cours de la période d'après-guerre et davantage ces dernières années. A en juger par cette baisse générale de la mortalité enregistrée dans toutes les parties du tiers monde, on peut dire que les conditions sanitaires se sont considérablement améliorées. Cette amélioration peut être attribuée au développement de la médecine mais il ne semble pas que la mise en place des services locaux de santé y ait beaucoup contribué. La lutte contre les grandes épidémies par les mesures de santé publique a sans doute été un facteur significatif comme l'ont été certaines améliorations dans les domaines de l'hygiène et de la nutrition, mais les réseaux d'installations sanitaires restent très insuffisants dans la plupart de ces pays.

La baisse du taux de mortalité s'est ralentie ou a cessé dans de nombreuses régions au cours de ces dernières années, ce qui contribue à donner un regain d'intérêt à ce problème. Les incidences économiques des efforts faits pour développer les services sanitaires avec une population qui continue d'augmenter rapidement, sont elles-mêmes sérieuses. Si l'on veut élever la qualité des services dans ce domaine, il semble qu'il est nécessaire d'augmenter la part du PIB consacrée aux dépenses de santé.

1.3- Schéma pour l'évaluation des besoins de l'enfance et de l'adolescence dans un pays

Le problème qui se pose est de savoir comment un gouvernement peut établir ses programmes en faveur de l'enfance et de l'adolescence dans le cadre du développement économique et social. Certains principes de base doivent être rappelés :

1°- Le développement économique n'est pas un but en lui-même, mais un moyen d'améliorer les conditions de vie de populations.
2°- Le développement économique n'est pas possible si la nation manque des ressources nécessaires.

3°- La protection de l'enfant et sa préparation à la vie, qui est la condition nécessaire du développement des ressources humaines, est par conséquent la condition nécessaire de tout développement économique et social.

On se trouve en pratique en face de deux situations très différentes :

- Soit les pays établissent des plans de développement économique et social sans tenir compte souvent des problèmes de l'enfance.

- Ou bien au contraire, les pays réunissent les données suffisantes qui permettent d'établir une politique nationale et des programmes en faveur de l'enfance.

Le problème pour les gouvernements est, dans l'une ou l'autre de ces situations, d'établir leurs priorités au regard de la protection de l'enfance et de sa préparation à la vie. Pour y parvenir, ils devront au préalable, et dans le cadre des départements techniques intéressés, procéder à une analyse de la situation, telle qu'elle se présente et ensuite s'efforcer de dégager des conclusions d'ensemble. L'analyse portera sur les besoins de l'enfance et de l'adolescence, notamment sur les besoins qui n'ont pas été satisfaits, et de signaler les causes de ces insuffisances.

2- Les principaux besoins des enfants et des jeunes, susceptibles d'améliorer leur santé

Nous ne tiendrons compte que des besoins d'alimentation et de santé.

2-1- Alimentation et nutrition

Dans son rapport *''La situation des enfants dans le monde''* 1998, *l'UNICEF* - seule institution des nations unies qui se consacre exclusivement aux enfants - énonce une vérité simple, mais ô combien importante : ''une bonne nutrition peut transformer la vie des enfants, améliorer leur développement physique et mental, protéger leur santé et donner une assise ferme à leur future productivité''. Dans les pays en développement, le problème de la malnutrition provient, semble-t-il, de la pénurie des produits alimentaires nécessaires à l'alimentation des enfants et d'une mauvaise utilisation des aliments disponibles.

Le *FAO* estime que l'augmentation annuelle de la demande de produits alimentaires dépend de l'accroissement de la population. Toutefois, l'augmentation moyenne de la production alimentaire dans les pays en voie de développement est faible par rapport à celle réalisée dans les pays développés. De plus, la demande de produits alimentaires peut augmenter plus vite dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Il s'agit de résoudre deux problèmes clefs qui permettent la disponibilité de produits alimentaires :

- Le premier consiste à trouver des moyens économiques pour encourager la production alimentaire.

- Le second consiste à améliorer les systèmes nationaux de commercialisation des produits alimentaires.

Cependant, la mise en place des systèmes de commercialisation dans l'ensemble du pays est très coûteuse et les moyens financiers nécessaires ne sont pas toujours disponibles dans ces pays.

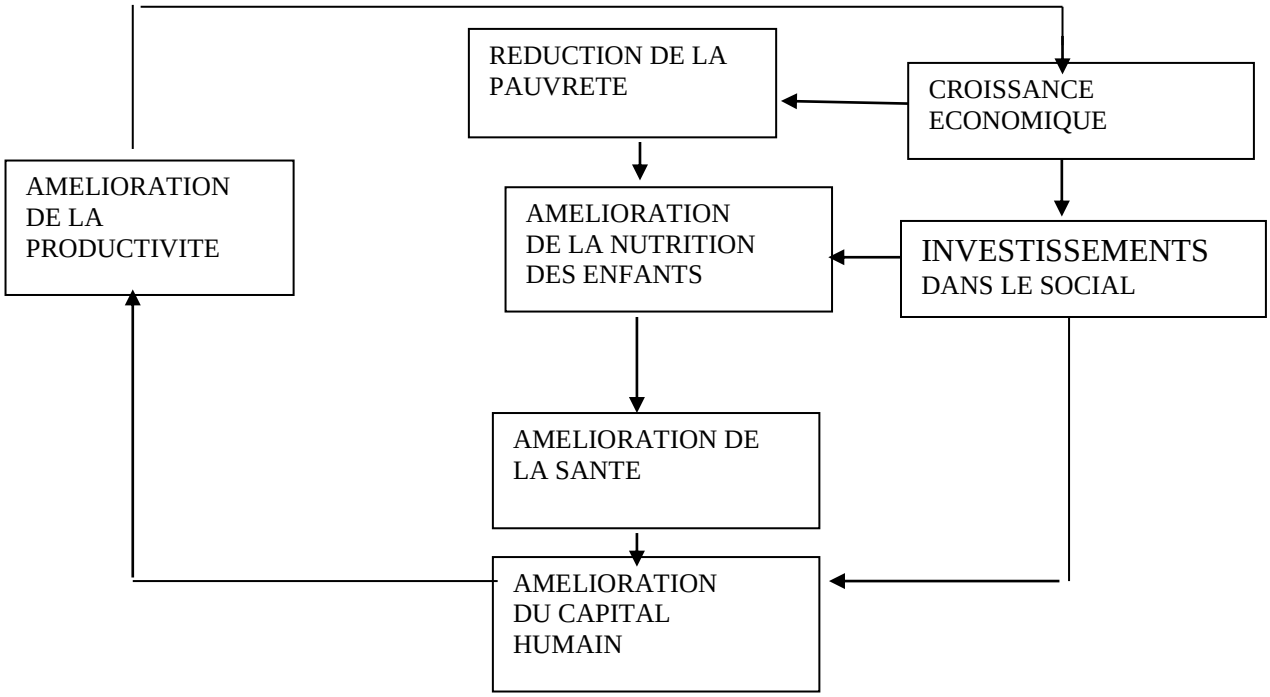
Le cadre conceptuel de malnutrition a été élaboré en 1990 en tant qu'élément de la stratégie de *l'UNICEF* pour la nutrition. Il montre que les causes de la malnutrition sont multisectorielles : alimentation, santé, pratiques de soins. Ces causes sont classées en causes :

- immédiates : niveau de l'individu,
- Sous-jacentes : niveau du foyer ou de la famille,
- Et fondamentales : niveau de la société.

L'influence des facteurs à un niveau se faisant sentir aux autres niveaux aussi. Ce cadre est utilisé pour la planification et l'évaluation des programmes, ainsi que pour guider l'analyse et l'appréciation des problèmes, et la formulation d'actions débouchant sur une meilleure nutrition.

Il a été reconnu que pour sauvegarder la santé des enfants, les aliments de protection, particulièrement les aliments riches en protéines, devraient recevoir la priorité lors de l'augmentation de la production alimentaire envisagée dans les plans de développement.

Figure 1 : Bonne nutrition = amélioration du capital humain



Source : Inspiré de : S. Gillespie, M. Mason et R. Martorell, How Nutrition Improves, Acc/ Scn, Genève 1996 et modifié par nous.

2.2- Le Besoin de Santé

Le besoin de santé se défini comme une phase de reconnaissance et de repérage[14]. Il y a d'abord l'existence d'une situation anormale ''déviante'', puis attribution de celle-ci à l'existence d'un problème de santé. La reconnaissance d'un problème de santé est initiée par ''la perception de dysfonctionnements reconnus par les individus eux-mêmes ou par leur entourage signifiant. Les manifestations peuvent être physiques (une douleur, une toux, de la fièvre, etc.) ou fonctionnelles (un handicap par exemple)''[15].

Culyer A.J. a défini le besoin de santé comme ''le potentiel de réduction de l'état de santé évité ou le potentiel d'amélioration de l'état de santé par rapport au niveau qu'il aurait atteint autrement''[16].

Le besoin en matière de santé est donc souvent assimilé à la maladie : ''l'état de santé est la mesure du besoin de soins ; plus une personne est malade, plus son besoin de soins est important''[17]. Ici, le besoin de santé peut avoir une double interprétation[18] :

[14] Haddad S. : Utilisation des services de santé en pays en développement : une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre. In ''analyses et évaluations en économie de la santé. Ed. Hérmes, 1994. P. 333.

[15] Idem. P. 335.

[16] Culyer A.J.: Need, values and health status measurement. Ed. Culyer A.J. and Wright K.G., 1978. Cité par Castiel D.: Economie et santé: quel avenir? Ed. EMS, 1999. P. 51.

- Une interprétation large du terme, dans la mesure où elle ne tient pas compte des possibilités de guérison. Dans ce sens, le besoin recouvre outre le besoin de soins, les besoins de recherche médicale, de confort, etc.

- Une interprétation étroite du terme, dans la mesure où les soins préventifs pour des personnes saines ne sont pas pris en compte.

Dans le cadre de ces deux limites, le besoin est interprété comme ''la capacité à bénéficier des soins. Les soins pouvant engendrer des besoins doivent être efficaces au sens où ils doivent produire de la santé, mais également satisfaire la relation coût-efficacité''[19].

La détermination des besoins sanitaires correspond à la première grande étape de la planification. Il s'agit d'identifier au niveau de la population considérée les grands problèmes de la santé. Le besoin de santé correspondra à la ''différence significative entre un état de santé observé et un état de santé désiré''[20].

Hall[21] propose trois approches pour l'étude des besoins dans le cadre d'une planification sanitaire, à savoir :

- la méthode des besoins normatifs,

- la méthode des objectifs de prestations : tient compte à la fois des besoins théoriques, des souhaits éventuels des individus et des conditions économiques. Néanmoins, cette méthode exige la connaissance d'informations très nombreuses et variées.

- et enfin, la méthode des besoins souhaités par la population : correspond au besoin ressentis par les différentes catégories de population.

Inspiré de l'étude de Hall, Castiel D.[22] propose quatre approches de la notion de besoin de santé :

- Le besoin normatif : des besoins théoriques sont définis par des ''experts'' (le plus souvent des médecins) relativement à une ''norme''. Ce besoin intervient quand les individus ont un standard de santé inférieur à celui désigné par les experts comme désirable.

- Le besoin ressenti : intervient quand les individus veulent un niveau de santé donné. Autrement dit, ce type de besoin relève de la perception des individus de leur état de santé.

- Le besoin exprimé : est le besoin ressenti par les individus et converti en demande en recherchant des soins auprès de leur système de santé. Ici, la demande n'est pas nécessairement une demande effective.

- Le besoin comparatif : intervient quand un groupe dans la société, avec des caractéristiques données, ne reçoit pas de soins alors que d'autres, avec les mêmes caractéristiques, en reçoivent. C'est à dire que des individus reçoivent des soins non pas tels que jugés nécessaires par les experts,

---

[17] Schneider-Bunner C. : Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité. Ed. Economica, 1997. P. 119.

[18] Idem.

[19] Idem. P. 120.

[20] Béresniak A, Duru G. : Economie de la santé. Ed. Masson, Paris 1997. P. 47.

[21] Hall : La planification des personnels de santé, OMS, Genève, 1979. Cité par Béresniak A, Duru G. Economie de la santé. Ed. Masson, Paris 1997. P. 47.

[22] Castiel D. : Economie et santé : quel avenir ? Ed. EMS, 1999. P. 51.

mais tels que voulus, demandés et reçus par d'autres individus dans des circonstances similaires (la chirurgie plastique par exemple).

Toutes ces approches sont intéressantes à présenter car elles soulignent bien la complexité des problèmes posés par le concept de ''besoin de santé''. La théorie est pondérée par le fait qu'il n'est pas nécessaire de prendre en considération un besoin (même exprimé) si l'on ne peut rien faire pour le satisfaire à l'aide d'interventions concrètes.

L'étude des besoins se fait pratiquement de façon consensuelle en deux grandes étapes[23] :

- La première est l'identification des problèmes de santé par la mesure quantitative et qualitative de ''l'état de santé'' de l'individu. C'est l'important stade de ''collecte'' des informations grâce à l'exploitation d'enquêtes épidémiologiques et démographiques classiques.

- La deuxième correspond à l'interprétation et au tri de ces informations brutes dans le but de les rendre plus explicites que possibles. L'analyse de ces résultats pourra permettre d'estimer l'importance apparente de chaque besoin sur la base de considérations épidémiologiques, économiques, sociales et politiques.

L'étude des besoins sanitaires d'une population est donc un travail long, fastidieux et difficile, mais ce n'est pas une raison, pour autant, de minimiser cette étape comme tentent certaines équipes chargées d'organiser la planification sanitaire. L'étape de l'identification des différents besoins aboutit à la détermination des priorités sanitaires qui consiste à faire une sélection parmi ces différents besoins. Cette sélection servira ensuite de base à la définition d'un programme de santé (celui de la vaccination par exemple) ou d'un programme de recherche lorsqu'une maladie ne
dispose pas encore de solution thérapeutique, mais pour laquelle la recherche d'une solution est devenue un besoin prioritaire (c'est le cas par exemple de l'aide à la recherche sur le Sida).

En outre, le besoin de santé peut être interprété en précisant ses aspects qualitatif et quantitatif. Il se mesure à la dépense dont une personne devrait bénéficier. Pour plus de précision, Schneider-Bunner C. définit le besoin de santé comme ''la quantité de soins nécessaire pour atteindre l'égalité d'état de santé''[24]. C'est aussi ''les dépenses nécessaires pour épuiser la capacité à bénéficier des soins''. A ce niveau, le besoin représente ''l'écart entre la situation actuelle et la meilleure situation possible, entendu comme l'état de santé maximal étant donné la capacité à bénéficier des soins''[25]. Ainsi, l'individu en mauvaise santé reçoit une plus grande quantité de soins de façon à se rapprocher des individus en bonne santé.

2.2.1 – Le besoin de santé chez l'enfant

Malgré l'utilisation des statistiques, il n'est pas facile de résumer en quelques mots la situation de tel ou tel pays dans le domaine de la santé. Cependant le critère déterminant est fourni, pour ainsi dire, par le taux de mortalité qui est considéré depuis longtemps comme une mesure de la morbidité. Ainsi la mortalité est acceptée comme représentant l'indice de santé ; ce qui ne signifie pas que l'on passe sous silence les maladies et la malnutrition non immédiatement mortelles. Mais une large relation existe entre maladie et mortalité. La richesse économique et la force militaire servent traditionnellement à évaluer le prestige et le développement d'un pays. Mais, dans son rapport " la situation des enfants dans le monde " de 1989, L'UNICEF propose un autre instrument de mesure : "Et si ce n'étaient plus les dollars ou les missiles qui détermineraient le niveau atteint par un pays, mais le taux de survie des enfants ?"[26]

[23] Béresniak A, Duru G. : Economie de la santé. Ed. Masson, Paris 1997. P. 48.

[24] Schneider-Bunner C. : Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité. Ed. Economica, 1997. P. 120.

[25] Idem.

[26] UNICEF : «La situation des enfants dans le monde», UNICEF, 1989.

Quel type de progrès devrait on mesurer ? L'UNICEF pense que le développement doit viser avant tout la satisfaction des besoins fondamentaux de toute l'humanité et l'abolition des pires aspects de la pauvreté absolue : malnutrition généralisée, maladies évitables et analphabétisme. Actuellement, il est possible de mesurer directement les progrès accomplis dans cette voie, écrit L'UNICEF dans son rapport, en se servant d'indicateurs sociaux, tels que l'espérance de vie moyenne d'un pays, son taux de mortalité infantile, son taux d'analphabétisme et de scolarisation ou le pourcentage de la population ayant accès à de l'eau salubre.

L'indicateur classique du progrès d'un pays (ou de l'avance d'un pays) est bien sûr, son produit national brut par habitant (PNB/hab.). Ainsi, par exemple, selon le rapport annuel de l'UNICEF 2001, le Luxembourg serait le pays le plus développé au monde, avec un PNB de 44.640 dollars par habitant en 1999, et l'Ethiopie le moins développé, avec environ 100 dollars par habitant durant la même année. Mais le PNB par habitant ne permet guère d'évaluer le développement réel, car il ne nous apprend pas grand-chose sur la situation de la majorité pauvre.

Ce rapport explique que, pour bien faire comprendre qu'un homme ne vit pas seulement du seul PNB, certains pays ont réussi à atteindre un niveau de bien-être bien supérieur, en matière de santé, de nutrition et d'éducation, que les pays dont le revenu par habitant est plus élevé. Au Costa Rica, à Sri Lanka, en Corée du Sud et en Chine, par exemple, la santé infantile est bien meilleure que dans nombre de pays, deux, trois, voire cinq fois plus riches selon leur PNB par habitant. L'Afrique du Sud dont le PNB par habitant est de 3160 dollars en 1999, enregistre un taux de mortalité des moins de Cinq ans (69 %) durant la même année, soit plus du triple de celui de Sri Lanka (19 %) de la même année, où le PNB par habitant en 1999 est prés de quatre fois moins élevées puisqu'il ne dépasse pas 820 dollars[27].

Selon L'UNICEF, les indicateurs sociaux tels que le taux de mortalité infantile, permettent de mesurer de manière plus précise le développement d'un pays et, de plus, d'éviter «le piège des moyennes». En effet, bien que certains puissent disposer d'un revenu mille fois plus élevé que d'autres, la nature ne consent pas qu'ils vivent milles fois plus longtemps ni que leurs enfants aient mille fois plus de chances de survivre. Ainsi, une baisse significative du taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans ou une augmentation non négligeable de l'espérance de vie moyenne ne peuvent tout simplement pas advenir sans que la majorité de la population ne retire des bénéfices des progrès qui ont produit ces changements.

Concernant la planification générale en faveur de la santé des enfants, plusieurs avis que nous citons ci-après ont été émis sur la question au niveau des études faites par l'UNICEF :

1°- Certains soulignent que l'on accorde une trop large place aux activités d'hygiène maternelle et infantile orientées vers les soins obstétriques par rapport à la place relativement faible réservée aux soins pédiatriques. L'action curative des médecins passe avant l'action préventive ; on continue à enregistrer un taux élevé de mortalité infantile et les soins curatifs augmentent. Ainsi donc, on recommande d'accorder un rang de priorité à la pédiatrie préventive.

2°- D'autres observent que le taux de mortalité infantile augmente en raison des mauvaises conditions d'hygiène. Au Brésil, par exemple, le taux de mortalité infantile décroît par suite de l'amélioration des soins, mais chez les enfants qui ont dépassé l'âge d'un an et surtout parmi ceux qui ont 2 ou 3 ans, ce taux augmente à cause du manque des conditions d'hygiène. Les résultats obtenus ont donc simplement pour effet de " retarder la mort".

3°- Les uns soutiennent que les taux élevés de mortalité infantile dans les pays en voie de développement étaient attribuables à la malnutrition et à la piètre situation en matière d'assainissement.

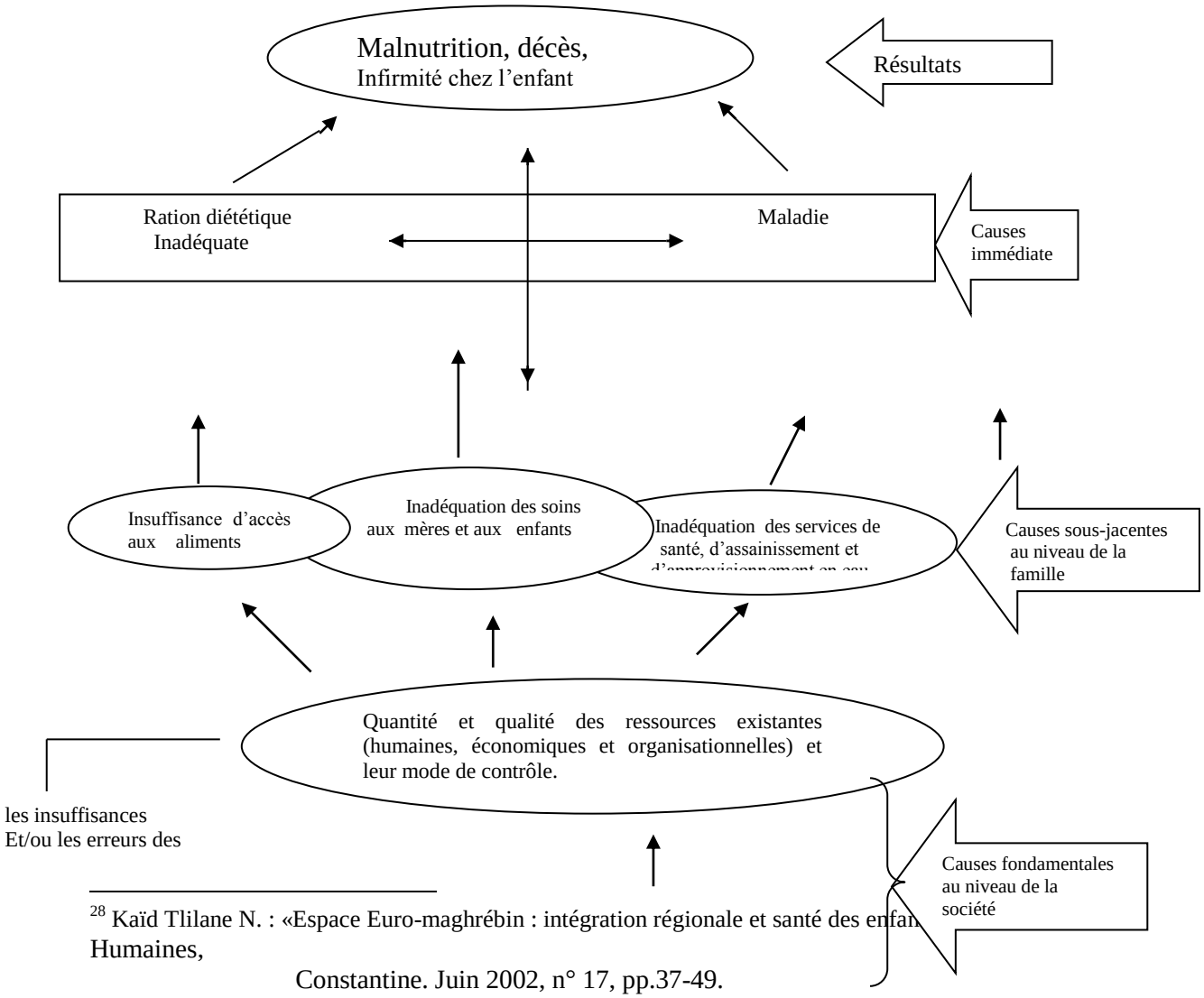
[27] Tableau des indicateurs économiques, in UNICEF : «La situation des enfants dans le monde», éd. 2001.

4°- Les autres notent que dans les pays en voie de développement, les principales causes de mortalité infantile sont les diarrhées qui sont dues à la fois à des désordres nutritionnels et à des troubles infectieux ainsi que les maladies respiratoires qui se déclarent souvent à la suite de diarrhées.

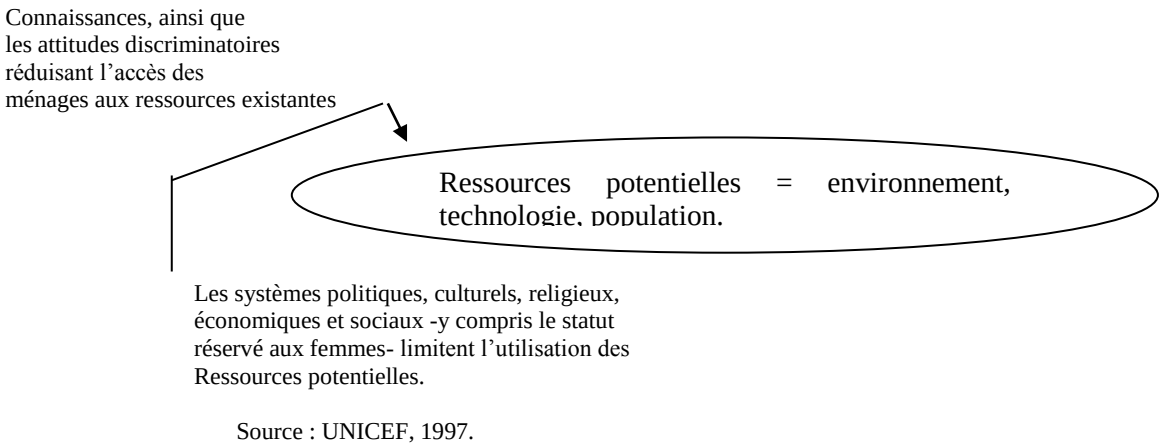
En Algérie, on note une amélioration de la santé des enfants durant les années 80 et on enregistre que le nombre d'installations sanitaires, le personnel médical et paramédical avaient augmenté, cependant la mortalité infantile diminue que faiblement[28].

La crise de l'endettement du tiers monde et le PAS suivi durant cette dernière décennie conduisent les gouvernements à réduire les dépenses consacrées à la santé, à l'éducation et aux programmes nutritionnels. Selon L'UNICEF, ces réductions se répercutent le plus durement sur les enfants.

Figure 2 : Causes de la malnutrition chez les enfants.



[28] Kaïd Tlilane N. : «Espace Euro-maghrébin : intégration régionale et santé des enfan Humaines,
Constantine. Juin 2002, n° 17, pp.37-49.



Source : UNICEF, 1997.

En effet, depuis près de 20 ans, la crise de l'endettement handicape certains des pays parmi les plus pauvres de la planète, fragilisant la croissance économique et dépouillant la santé, l'éducation et d'autres services vitaux de ressources déjà maigres. Aujourd'hui, la campagne en faveur de l'allégement de la dette peut-elle se traduire en action efficace afin de débarrasser les enfants du nouveau millénaire des chaînes de l'endettement et de la pauvreté ?

Après avoir connu quarante années de progrès, de vastes zones du monde en développement sombrent à nouveau dans la pauvreté, nous apprend ce rapport, et cinq cent milles enfants sont décédés durant l'année 2000 des suites de ce renversement du processus de développement.

En Afrique et en Amérique latine, le revenu moyen des familles a reculé d'au moins 25 % depuis 1980. Ce qui signifie que les pays pauvres ont dû se passer des biens de première nécessité. L'UNICEF déclare que dans nombre des pays sur lesquels des statistiques sont disponibles, la malnutrition infantile va s'aggraver.

Les gouvernements endettés ont réduit leurs dépenses sociales, et ce sont à nouveau les enfants qui en sont les premières victimes. Ces dernières années, quarante pays les plus pauvres ont diminué de 50 % les dépenses consacrées à la santé et de 25 % celles consacrées à l'éducation. Dans près de la moitié des pays du monde en développement, le taux d'inscription scolaire des enfants de 6 à 11 ans est en net recul. Aujourd'hui la dette a un visage d'enfant.

2.3 – Planification des services sociaux

Il est important d'assurer les services spéciaux à certains groupes d'enfants particulièrement vulnérables, mais la priorité doit être donnée aux besoins les plus courants. Parmi les moyens permettant de faire face à ces besoins courants, nous citons l'éducation des mères, les activités récréatives et les garderies. Quant aux services destinés aux groupes d'enfants et jeunes particulièrement vulnérables, ils pourraient comprendre :

- La fourniture d'une assistance économique et autre aux familles nécessiteuses ayant des enfants.
- Les soins aux enfants abandonnés, négligés ou délinquants.
- Les services sociaux spéciaux destinés aux enfants handicapés.

Cependant, des spécialistes (sociologues, psychologues, médecins, etc.) s'accordent à penser que le meilleur moyen d'assurer le bien-être social de l'enfance est de renforcer la vie familiale. D'autre part, il importe d'assurer sous une forme ou une autre, les services de garde pour les enfants dont les mères travaillent. En Algérie, on ne s'en occupe généralement pas et les services existants sont très insuffisants et mal gérés.

Il ne faut pas négliger les enfants d'âge préscolaire, ceux dont les mères travaillent et les autres, étant donné que c'est pendant les cinq premières années de la vie que sont jetées les assises de toute une existence saine et productive, car il ne faut pas perdre de vue les conséquences dues à la négligence sur le développement psychologique du petit enfant. Lorsqu'il s'agit de l'enfant d'âge préscolaire, tout au moins, il faut faire intervenir des considérations d'ordre sanitaire, nutritionnel et social.

Dans le domaine de la protection familiale, une action préventive est nécessaire. Il existe des services spéciaux pour les mères et nourrissons ainsi que pour les femmes enceintes et les mères célibataires (dans les pays développés seulement), mais rien pour la femme proprement dite. En Algérie, étant donné qu'il n'existe pratiquement pas de garderies (à l'exception des grandes villes), beaucoup d'enfants sont soit confiés aux proches parents demeurant à une distance très éloignée, et donc l'enfant vit loin de ses parents, soit ils sont pris en charge par des ''nourrices'', confiés à des femmes au foyer, souvent illettrées, ayant besoin d'argent, où l'enfant ne reçoit aucune éducation et aucune protection.

Ainsi, dans le domaine des services sociaux, on note un manque de personnel suffisamment qualifié. Il s'ensuit que, dans ces conditions, le personnel chargé de la mise en œuvre de l'exécution du programme manque de compétence. Cela représente une erreur que de confier à des amateurs la responsabilité des enfants.

C O N C L U S I O N

IL est nécessaire de tenir compte de façon adéquate des besoins de l'enfance et de la jeunesse dans les programmes nationaux des pays en voie de développement. Les programmes de développement économique et social contiennent normalement des dispositions qui concernent implicitement les besoins de l'enfance et de la jeunesse, comme par exemple, celles qui visent l'élévation du revenu national et qui ne peuvent manquer d'améliorer la condition des enfants du pays. Au surplus, la planification des investissements ayant pour objet de développer les ressources en main-d'œuvre est généralement considérée comme impérative.

Néanmoins, si l'on considère ce qui a été fait à ce jour, on est amené à conclure qu'une attention plus systématique devrait être accordée dans la stratégie de développement économique et social à tous les aspects du développement concernant l'enfance et la jeunesse. Cette procédure devrait mettre en évidence les besoins sociaux de l'enfance et de la jeunesse à prendre en considération dans les programmes gouvernementaux, de manière que certains besoins des plus importants ne risquent pas d'être négligés ou laissés en dehors des programmes sectoriels ou sous-estimés, dans leur importance relative même durant des périodes économiquement difficiles. En Algérie, la montée des besoins sociaux et les retards accumulés dans ce domaine pour les satisfaire, sont-ils imputés à des exigences nouvelles liées au développement, à l'accroissement quantitatif des besoins dû à la croissance démographique, aux transformations sociales et enfin au phénomène de l'urbanisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Banque Mondiale : Rapport sur le développement dans le monde : combattre la pauvreté, 2000/2001.

Béresniak A. et Duru G. : Economie de la santé. Ed. Masson, Paris 1997.

Cassen R. et Wolfson M. : Prévisions et satisfactions de besoins des populations en expansion, éd. OCDE, 1978.

Castiel D. : Economie et Santé : quel avenir ? Ed. EMS, 1999.

Dumurgier E. et Hawes H. : Les enfants pour la santé. Edité Par l'enfant pour l'enfant. Institut santé et développement (France) en association avec l'Unicef. 1993.

Fournier J., Questiaux N. : Traité du Social : situations, luttes, politiques et institutions, éd. Dalloz 1976.

Grangaud J.P. : La santé de l'enfant dans le secteur sanitaire et universitaire de Ain- Taya. Bilan réalisé par le secrétariat de pédiatrie du S.S.U. de Ain- Taya. 1986.

Haddad S. : Utilisation des services de santé en pays en développement : une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre. In Interdisciplinarité et nouveaux outils : Analyses et évaluations en économie de la santé. Ed. Hermes, 1994.

Kaïd Tlilane N. : Gestion urbaine, environnement et santé : cas de l'Algérie. Revue Finance et Développement au Maghreb, Tunis. Juin 2001, n°27, pp. 55-65.

Kaïd Tlilane N. : La stratégie de la santé en milieu scolaire algérien. Revue Santé Publique et Sciences Sociales, Oran. Décembre 2001, n° 7, pp. 77-86.

Kaïd Tlilane N. : Espace Euro-maghrébin : intégration régionale et santé des enfants. Revue Sciences Humaines, Constantine. Juin 2002, n° 17, pp. 37-49.

Kaïd Tlilane N. : Pauvreté et santé : quelle politique de lutte pour l'équité ? In Revue Economie et Management : Pauvreté et Coopération, Tlemcen. Mars 2003, n° 2. PP. 86-107.

Kaïd Tlilane N. : Les déterminants de la mortalité des enfants d'âge préscolaire en Algérie. Revue Sciences Humaines, Constantine. Juin 2003, n° 19, pp. 87-102.

Lépine P. : Les vaccinations. Ed. PUF, Paris, 1975. Que sais-je ? N°1618.

Morley D. : Pédiatrie dans les pays en développement : problèmes prioritaires. Ed. Flammarion Médecine-Science. Paris, 1977

Padilla M., Delpeuch F., Le Bihan G., Maire B. : Les politiques alimentaires en Afrique du Nord. Ed. Karthala,

Petrovski A. : L'alimentation rationnelle. Moscou, Ed. Médecine 1976.

Rossant L. : L'alimentation du nourrisson. Ed. PUF. 1982. Que sais-je ? N°1999.

Schneider-Bunner C.: Santé et justice sociale : L'économie des systèmes de santé face à l'équité. Ed. Economica, 1997.

UNICEF : La planification en faveur de l'enfance dans les pays en voie de développement. UNICEF. 1964.

UNICEF : L'enfant dans le tiers-monde. Presses Universitaires de Paris. UNICEF, 1965.

UNICEF : Textes législatifs : l'enfant d'âge préscolaire. Textes de références (résumé du 5° Congrès. Déc. 1983).

UNICEF : Pascal Petit : Pourquoi la faim ? UNICEF 1996.

UNICEF : Le progrès des nations, Ed. 1995, 1996, 1997, 1998, 1999.

UNICEF : Algérie-UNICEF : une coopération au service de l'enfance. UNICEF, éd. 1999.

UNICEF – OMS : Un quart de siècle d'études sur la survie de l'enfant algérien, Alger, 1999.

UNICEF : La situation des enfants dans le monde, éd. 1984 à 2002.

UNICEF : La Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant.