



CONSULTATION UNESCO/OMS
PLANIFICATION DE L'EDUCATION SANITAIRE A L'ECOLE

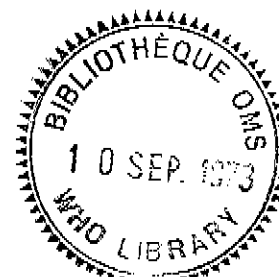
Genève, 7-13 décembre 1971

ASPECTS SANITAIRES DE LA PREPARATION A LA VIE FAMILIALE
CENTREE SUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

par le

Professeur Ruth E. Grout
Consultant de l'OMS

Table des matières



	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	2
1. PROBLEMES ET BESOINS SANITAIRES DES INDIVIDUS, EN CE QUI CONCERNE LA CROISSANCE ET LE DEVELOPPEMENT AU SEIN DE LA FAMILLE	3
1.1 Alimentation et nutrition	4
1.2 Alternance des périodes d'activité et d'inactivité	6
1.3 Sécurité	6
1.4 Prévention des troubles invalidants	7
1.5 Prévention de la mauvaise santé et lutte contre la maladie	8
1.6 Développement de la stabilité et de l'adaptabilité affectives	8
1.7 Pharmacodépendance	11
1.8 Usage du tabac et santé	13
2. PROBLEMES ET BESOINS SANITAIRES DES ENFANTS ET DES JEUNES, CONSIDERES COMME ELEMENTS CONTRIBUANT EFFECTIVEMENT A LA VIE FAMILIALE, EN CE QUI CONCERNE LA PREPARATION AUX FUTURES RESPONSABILITES PARENTALES	14
2.1 Reproduction	15
2.2 Entretien et protection de l'environnement physique	18
2.3 Education et apprentissage de la vie sociale	20
2.4 Gestion du ménage	22
2.5 Soins aux enfants - responsabilités parentales	24
3. PROBLEMES ET BESOINS SANITAIRES DES JEUNES, EN CE QUI CONCERNE LEUR ROLE FUTUR DE CITOYENS CONSCIENTS DE LEURS RESPONSABILITES ET DE MEMBRES PRODUCTIFS DE LA SOCIETE	26
3.1 Urbanisation	26
3.2 Services de santé : leur disponibilité et leur utilisation	29
4. RESUME	30

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

INTRODUCTION

La nature et la qualité de la vie familiale se rangent de nos jours parmi les sujets dont doivent se soucier des éducateurs et travailleurs sanitaires du monde entier. En effet, à mesure que les structures, les fonctions et les valeurs de la famille évoluent avec le temps, les enfants et les adolescents qui grandissent dans le cadre familial et se préparent à leurs futures responsabilités de parents se trouvent en face de conditions et de besoins sans cesse mouvants. Dans beaucoup de pays, un des grands objectifs de l'éducation est d'aider les jeunes à devenir des membres efficaces de la famille au sein de la culture à laquelle ils appartiennent et c'est pourquoi, de plus en plus, la préparation à la vie familiale s'intègre dans les programmes scolaires et ceux qui s'adressent à la jeunesse, dans l'éducation des parents et autres activités de même ordre conçues pour les adultes.

Le présent document traite principalement d'un aspect de la préparation à la vie familiale, à savoir l'aspect sanitaire, et envisage en particulier les enfants et les jeunes. Il se fonde sur le fait que, tout au long de l'existence, dès la conception et durant la croissance et le développement, puis au cours de la période de procréation et encore pendant la vieillesse, il existe, sur le plan sanitaire, des problèmes et des besoins dont il faut tenir compte pour l'organisation de la préparation à la vie familiale. La façon dont les écoles et les collectivités s'occupent de ces problèmes varie grandement et subit l'influence de facteurs comme les caractéristiques socio-culturelles nationales et régionales, notamment les normes et coutumes sociales ainsi que la nature de la vie familiale, les conditions sanitaires existantes, les priorités définies sur le plan national ou régional en matière de développement, les objectifs de l'enseignement, l'impulsion qui lui est donnée et les installations disponibles, l'existence et la qualité des services sanitaires et sociaux, et enfin les aspirations des individus et familles à l'intention desquels les programmes sont organisés.

La préparation à la vie de famille est considérée ici comme partie intégrante de l'éducation générale, y compris l'éducation sanitaire, mais la notion peut en être développée, tant sur le plan théorique qu'en liaison avec l'exécution de programmes, dans d'autres contextes. La diversité des conceptions possibles de la préparation à la vie familiale, envisagée à la fois idéalement et concrètement, reflète non seulement la variété des facteurs mentionnés plus haut mais encore celle des domaines d'intérêt ou des orientations particulières de ses promoteurs. A vrai dire, il n'existe pas de point de vue bien défini et largement accepté quant à la nature et au champ d'application de cette activité. Pourtant, dans les approches et les accentuations diverses se discerne le souci de la santé : santé de l'enfant ou de l'adolescent considérés individuellement, santé de la famille en tant qu'entité, santé de la collectivité ou du groupe social plus large dont la famille est un élément.

Eu égard au fait que l'étendue du domaine de la santé et la complexité de la vie familiale - avec toutes ses manifestations - sont telles qu'on ne saurait cerner dans un seul document tous les aspects sanitaires de la vie familiale, ceux dont il est traité dans les pages qui suivent ont été choisis en raison de leurs rapports avec des problèmes et des besoins qui semblent avoir un caractère particulièrement critique dans de nombreuses parties du monde. Trois catégories de problèmes et de besoins interdépendants forment le cadre du présent document, à savoir :

Problèmes et besoins sanitaires des individus, en ce qui concerne la croissance et le développement au sein de la famille.

Problèmes et besoins sanitaires des enfants et des jeunes, considérés comme éléments contribuant effectivement à la vie familiale, en ce qui concerne la préparation aux futures responsabilités parentales.

Problèmes et besoins sanitaires des jeunes, en ce qui concerne leur rôle futur de citoyens conscients de leurs responsabilités et de membres productifs de la société.

Sous ces trois grandes rubriques il sera traité de certains problèmes et besoins intéressant principalement les enfants et les jeunes, en particulier dans les pays en voie de développement, ainsi que de ce qu'ils impliquent pour la préparation à la vie familiale. D'un bout à l'autre du document affleure l'idée que la famille est la cellule fondamentale de la société où enfants et adolescents, les citoyens de demain, trouvent les conditions nécessaires à leur développement. On étudiera donc l'interaction de l'enfant et de sa famille, et à travers celle-ci l'interaction du sujet et du groupe plus large dans lequel il lui faudra se conduire en adulte responsable.

Partout où l'on se proposera d'introduire des concepts et un contenu sanitaire dans des programmes spécifiques de préparation à la vie familiale, on devra déterminer les problèmes et les besoins existant localement. Ceux qui sont exposés ci-après n'ont qu'une valeur d'exemples; cependant, on espère que la présente démarche suscitera de nouvelles études, de nouveaux essais, élargissements et applications parmi les éducateurs, les travailleurs sanitaires et autres agents qui s'efforcent chacun dans les conditions qui lui sont propres, d'introduire dans la préparation à la vie familiale l'expérience acquise dans la mise en pratique des connaissances en matière de santé.

1. PROBLEMES ET BESOINS SANITAIRES DES INDIVIDUS, EN CE QUI CONCERNE LA CROISSANCE ET LE DEVELOPPEMENT AU SEIN DE LA FAMILLE

Les enfants et adolescents ont certains besoins sanitaires essentiels, quel que soit le type de leur famille ou de la collectivité à laquelle celle-ci appartient. A mesure qu'ils grandissent et se développent, ils ressentent le besoin de se connaître eux-mêmes et le désir d'utiliser cette connaissance dans la vie quotidienne. La compréhension des facteurs sanitaires qui influent sur la croissance et le développement au sein de la cellule familiale est également importante pour les jeunes qui prennent part au soin de nourrissons et d'enfants en bas âge et se proposent de fonder un jour eux-mêmes une famille. Les parents, enseignants, dirigeants de groupes de jeunes et autres agents chargés d'activités éducatives à l'intention des enfants et de la jeunesse devraient, eux aussi, avoir certaines connaissances en la matière.

Les problèmes et besoins sanitaires des individus au sein de la famille qui ont été choisis pour la présente étude sont groupés sous les rubriques suivantes :

- Alimentation et nutrition.
- Alternance des périodes d'activité et d'inactivité.
- Sécurité.
- Prévention des troubles invalidants.
- Prévention de la mauvaise santé et lutte contre la maladie.
- Développement de la stabilité et de l'adaptabilité affectives.
- Pharmacodépendance.
- Tabac et santé.

1.1 Alimentation et nutrition

Le corps humain a besoin d'aliments qui lui fournissent en quantités adéquates les nutriments spéciaux qui sont nécessaires à son développement, à la production d'énergie et de chaleur et au maintien de la santé. Dans de nombreuses parties du monde, le régime alimentaire des habitants ne suffit pas, ni quantitativement ni qualitativement, à répondre aux besoins de l'organisme. Même lorsque la nourriture est abondante, il est fréquent que des habitudes alimentaires profondément enracinées dans la tradition ou tenant à des marottes sont cause d'un mauvais choix d'aliments préjudiciable à la santé. Un point particulièrement important du point de vue de l'éducation est la distribution entre les membres de la famille des aliments servis aux repas : il se peut, par exemple, que le chef du ménage reçoive pour sa part une quantité de protéines supérieure à ses besoins journaliers, alors que ceux des jeunes enfants seront loin d'être satisfaits.

Du point de vue nutritionnel, certaines périodes de la vie sont particulièrement critiques : il en est ainsi de la grossesse, de l'allaitement et du sevrage, ainsi que la période précédant celui-ci et de la première enfance.

1.1.1 Grossesse, allaitement et sevrage

Une femme enceinte doit non seulement se nourrir elle-même, mais encore nourrir le fœtus qu'elle porte, et il en va de même de la femme qui allaite. L'influence du régime alimentaire de la mère sur sa propre santé et sur celle de son enfant est une question très complexe qui ne peut être considérée en dehors de facteurs déterminants, notamment son âge, le nombre d'enfants qu'elle a eus, son état de santé général et les conditions dans lesquelles elle vit et travaille. C'est ainsi que le taux de mortalité chez les nourrissons dont le poids à la naissance est inférieur à 2500 g est relativement élevé, et que l'on observe dans ce groupe une forte incidence ultérieure d'anomalies physiques et du comportement. Le fait qu'il apparaît, tout au moins dans les pays en voie de développement où la sous-nutrition protéino-calorique est très répandue, qu'une relation existe entre la sous-nutrition maternelle prolongée et le faible poids à la naissance¹ est très suggestif, même s'il ne s'agit là que d'une preuve indirecte. Une étude sur le poids moyen des enfants à la naissance parmi divers groupes ethniques a montré que "quel que soit le groupe considéré, les mères des classes aisées mettent en général au monde des enfants plus gros que les mères les plus pauvres".² Toutefois, imputer cette différence au seul facteur socio-économique, c'est oublier l'action possible d'autres influences comme les habitudes et les tabous alimentaires particuliers (souvent contraires aux aliments protéiniques) en rapport avec la grossesse et le soin des enfants, ainsi que d'autres facteurs de milieu. A ce propos, un rapport du Comité OMS d'experts de la Nutrition pendant la Grossesse et l'Allaitement contient le passage suivant : "Le Comité tient à souligner que les zones d'ignorance concernant la nutrition pendant la grossesse et l'allaitement sont extrêmement étendues et qu'il est donc impossible en général d'affirmer péremptoirement que telle ou telle modification du régime alimentaire présentera un avantage déterminé sur le plan clinique. Toutefois, il n'est guère douteux que, dans de nombreuses régions du monde, le régime alimentaire des femmes enceintes et allaitantes, de même que celui de leur famille, pourrait être amélioré."³

¹ Siegel, E. & Morris, N. (1970) The Epidemiology of Human Reproductive Casualties, with Emphasis on the Role of Nutrition. In: Maternal Nutrition and the Course of Pregnancy, Washington, D.C., National Academy of Sciences, p. 10 et p. 20.

² Comité d'experts de la Nutrition pendant la Grossesse et l'Allaitement, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1969, 302, 15.

³ Ibid., p. 45.

Les pédiatres estiment que le lait maternel est le meilleur aliment pour les nourrissons au cours des premiers mois de la vie. Il répond aux besoins nutritionnels de l'enfant en protéines, en lipides et en glucides, et il est en outre exempt de toute contamination; de plus, l'enfant nourri au sein bénéficie affectivement du contact étroit qu'il a ainsi avec sa mère. Cependant, lors du sevrage, il passe de l'alimentation maternelle à un autre régime qui, dans bien des cas, est pauvre en protéines et ne lui fournit pas un apport calorique adéquat; au surplus les aliments peuvent être contaminés, ce qui augmente les risques d'infection. Rosa a mis en évidence une relation entre une surmortalité chez les nourrissons et les enfants et une augmentation de la morbidité et des infections dues à une mauvaise nutrition chez les nourrissons qui sont brusquement sevrés parce que leur mère est de nouveau enceinte.¹ Des grossesses rapprochées affectent aussi la mère et l'enfant qu'elle porte; lorsque l'intervalle intergénéral n'est pas suffisant, la mère n'a pas le temps de reconstituer les réserves nutritionnelles nécessaires au maintien de sa propre santé et à l'allaitement de l'enfant qui va naître.

L'allaitement au sein est de pratique courante dans la plupart des pays en voie de développement, et les programmes d'éducation à la vie familiale doivent en encourager le maintien. Toutefois, il importe de compléter par des aliments appropriés l'apport de lait maternel lorsqu'il devient insuffisant à mesure que l'enfant grandit; aussi est-il habituellement recommandé de commencer l'alimentation d'appoint vers le quatrième mois.²

1.1.2 Premiers mois de la vie et première enfance

Au cours des premiers mois de la vie et de la première enfance, la croissance se poursuit à un rythme rapide et les besoins nutritionnels de l'organisme sont particulièrement grands. Encore que l'équilibre du régime alimentaire soit chose essentielle, il convient de souligner le besoin spécial de protéines, de vitamines, de sels minéraux et de calories en quantité suffisante. Nombreuses sont les régions tropicales où le régime alimentaire consiste pour une large part en hydrates de carbone consommés sous forme de céréales et de racines alimentaires de base, comme le riz, le maïs, le sorgho, l'igname, le manioc et la patate douce; dans ces régions, le régime alimentaire est vraisemblablement carencé en protéines essentielles, qui sont particulièrement importantes pour l'organisme en croissance. Les spécialistes de la nutrition considèrent la "malnutrition protéino-calorique de la première enfance" comme la forme de malnutrition la plus grave dans les zones tropicales en voie de développement. Bien que ses manifestations cliniques soient nombreuses (notamment le kwashiorkor et le marasme nutritionnel) et ses causes variées, elle est essentiellement la conséquence d'"un régime pauvre en protéines, mais avec un apport calorique variable sous la forme d'aliments surtout glucidiques".³ Les formes graves de malnutrition protéino-calorique de la première enfance entraînent une mortalité élevée; les formes moins graves peuvent se traduire par une plus grande sensibilité aux infections, un arrêt dans la croissance et des atteintes cérébrales.

Le fer est indispensable à la formation de l'hémoglobine dans les cellules sanguines. Au cours des premiers mois de la vie, c'est celui qui a été stocké pendant la période foetale dans le foie du nourrisson qui pourvoit à ce besoin, d'où l'importance pour la femme enceinte d'une alimentation riche en fer, d'autant plus que le lait maternel aussi bien que le lait de vache en contiennent peu. A mesure que l'enfant grandit, les infections parasitaires, telle l'ankylostomiase, peuvent aggraver chez lui les carences en protéines et en fer s'il est mal nourri.

¹ Rosa, F. W. (1970) Organization of Services for Family Planning Care, Working paper (restricted) prepared for Symposium on the Health Aspects of Human Reproduction, Family Planning and Population Dynamics, Téhéran, p. 2.

² Comité d'experts de la Nutrition pendant la Grossesse et l'Allaitement, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1965, 302, 32-33.

³ Jelliffe, D. B. (1968) L'alimentation du nourrisson dans les régions tropicales et subtropicales, 2ème édition, Série de Monographies N° 29, p. 124.

On n'insistera jamais assez, dans la préparation à la vie familiale, sur l'importance d'une bonne nutrition tout au long de l'existence. Il a été dit que "ce sont les fillettes en bonne santé et bien développées qui deviennent des mères en bonne santé et bien développées".¹ Les femmes qui commencent une grossesse dans un bon état nutritionnel et qui ont des habitudes alimentaires rationnelles contribuent au bon état nutritionnel de l'enfant qu'elles mettent au monde; et l'on peut penser que cet enfant recevra, tant au stade du nourrisson qu'à celui du jeune enfant, une alimentation bien conçue. Etant donné que la mère enceinte, le nourrisson, le jeune enfant et l'adolescent, aussi bien que le père et tous les autres membres de la famille ont d'ordinaire des habitudes alimentaires déterminées, il convient d'insister, dans la préparation à la vie familiale, sur l'alimentation de la famille ainsi que sur les bienfaits que procure une bonne nutrition à tous les âges.

1.2 Alternance des périodes d'activité et d'inactivité

L'organisme humain réclame une alternance de périodes d'activité et d'inactivité. Outre les effets physiologiques bienfaisants qu'elle a sur l'enfant qui grandit, l'activité physique contribue aussi à sa bonne santé affective et mentale. A l'inverse, trop peu d'activité physique ou un excès d'activité inappropriée, peuvent nuire à la santé. Le sommeil et le repos sont également essentiels à la croissance et au développement, comme au maintien de la santé. Une insuffisance à cet égard peut entraîner une fatigue excessive et des troubles affectifs.

Le mode de vie familiale et les conditions de l'environnement peuvent affecter l'aptitude d'un enfant à trouver un équilibre convenable entre l'activité et l'inactivité. C'est ainsi que dans nombre de régions rurales, les enfants doivent se lever tôt et faire une longue marche pour arriver à l'école. La fatigue qui en résulte est souvent aggravée par l'absence d'un déjeuner avant le départ de la maison. Parfois aussi, diverses tâches ménagères, par exemple la provision d'eau, lui impose un très gros effort. Des atteintes peuvent résulter de telles pratiques, qui sont courantes, ainsi que du port de lourds fardeaux et de travaux domestiques ou agricoles ardues auxquels sont employés de très jeunes enfants.

Le sommeil et le repos des enfants sont souvent réduits du fait qu'ils ne sont pas couchés avant les adultes et que la soirée se passe pour eux en activités qui les stimulent à l'excès.

La préparation à la vie familiale commençant de très bonne heure dans la vie peut encourager les enfants à organiser eux-mêmes leurs activités courantes, dans la mesure où ils sont capables, eu égard à leur degré de maturité et à leur cadre familial, de trouver un équilibre optimal entre l'activité et l'inactivité. L'éducation des parents est tout aussi nécessaire, car de nombreuses habitudes s'acquièrent bien avant l'âge de la scolarité.

1.3 Sécurité

La sécurité est considérée ici comme une contribution positive à la solution du problème des accidents, principaux responsables des infirmités et des décès chez les enfants et les jeunes.

Les accidents domestiques dont les enfants sont victimes ont des causes qui tiennent à leur stade de développement ainsi qu'au milieu physique et social dans lequel ils vivent. Par exemple, pendant les quatre premières années de la vie, il s'agit habituellement

¹ Comité d'experts de la Nutrition pendant la Grossesse et l'Allaitement, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1965, 302, 45.

d'asphyxie, de brûlures par le feu ou par des liquides bouillants, de chutes et d'empoisonnements. Certains de ces accidents peuvent être imputés au comportement caractéristique des enfants en bas âge : ceux qui commencent à se traîner, ils peuvent tomber de leur lit ou d'un siège, par exemple, ou s'approcher d'un feu ouvert; le bambin qui trotte, curieux et impulsif, pourra avaler des substances toxiques d'usage courant dans un ménage; toutefois, dans ces circonstances, la surveillance exercée par les parents et la nature de l'environnement jouent un rôle important. Lorsqu'ils vont à l'école, les enfants, à mesure qu'ils grandissent, exercent de plus en plus leurs facultés motrices et élargissent leurs contacts avec le milieu physique et social, ce qui crée de nouveaux risques d'accidents. Cependant, le niveau de développement des sujets n'est qu'un aspect de la question; il convient de considérer également, du point de vue de la famille, les modes de vie et les valeurs admises.

Dans les programmes éducatifs visant à protéger des accidents, il faut voir, au-delà des dangers eux-mêmes et des traumatismes qu'ils peuvent provoquer, l'"utilisation à des fins pratiques de tels ou tels éléments de l'environnement".¹ Supposons, par exemple, qu'il y ait dans un voisinage une mare ou un cours d'eau : le danger et les possibilités de noyade sont manifestes, mais des facteurs comme la surveillance de la famille et le comportement dans et près de l'eau des enfants et du groupe social auquel ils appartiennent - comportement qui se modifiera vraisemblablement à mesure que les enfants grandiront - influenceront sur le nombre et la gravité des accidents. Dans la préparation à la vie familiale, il faut insister sur la nécessité de créer un milieu où les risques d'accidents soient réduits au minimum. Tout aussi impérieuse est la nécessité de développer chez un individu les aptitudes et comportements qui lui permettront de se garder des dangers inhérents à son environnement. Vivre sans risques ne signifie pas qu'il faille éviter toutes les situations présentant des risques d'accidents. Il s'agit seulement d'apprendre à discerner les causes possibles d'accidents, de modifier les conditions qui peuvent l'être et d'acquérir les comportements et attitudes appropriés.

1.4 Prévention des troubles invalidants

Les troubles invalidants ont une influence importante sur le développement d'un enfant des points de vue physique, affectif et social. Certains peuvent être prévenus d'autres peuvent être corrigés de manière que leurs répercussions sur les activités de l'enfant, dans l'immédiat et dans l'avenir, soient réduites au minimum.

Comme les accidents, le développement physique et affectif de l'enfant, son comportement social, à différents degrés de maturité, et l'environnement physique et social influent sur la nature et la gravité des troubles. Les accidents sont couramment la cause de certains troubles, notamment d'ordre visuel, auditif et moteur. Les maladies peuvent aussi laisser leur empreinte. Le trachome, par exemple, qui est une infection des yeux associée à la malpropreté, au surpeuplement des locaux d'habitation et des villages, à l'insuffisance de l'approvisionnement en eau et à la négligence à l'égard des possibilités de traitement offertes, peut entraîner des atteintes oculaires permanentes.² Des études récentes ont mis en évidence divers facteurs - dont beaucoup sont encore inexpliqués - qui sont de nature à entraîner chez le nouveau-né des états invalidants. Parmi ces facteurs sont ceux qui sont d'ordre génétique, les perturbations survenant au cours de la vie foetale et les influences postnatales exercées par l'environnement.³

¹ Watson, W., *Childhood Injuries: A Challenge to Society* Pediatrics, 1969, 44, 794-798 in Supplement on Childhood Injuries: Approaches and Perspectives.

² Pour plus d'informations, voir : Comité d'experts du Trachome, troisième rapport, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1962, 234, 33-36.

³ Groupe scientifique sur les composantes biologiques de la reproduction humaine, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1969, 435, 39-40.

1.5 Prévention de la mauvaise santé et lutte contre la maladie

La croissance et le développement d'un enfant peuvent être contrariés par un mauvais état de santé et par la maladie, celle-ci pouvant dans les cas extrêmes aboutir à la mort. Dans de nombreuses parties du monde, et particulièrement sous les tropiques, les infections sont très répandues. Dans certaines, le tétanos du nouveau-né, associé à des pratiques anti-hygiéniques au moment de l'accouchement, est la cause de plus de la moitié de la mortalité néonatale,¹ et l'on observe aussi que les affections diarrhéiques et respiratoires sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevées au cours de la première année de la vie et au-delà. Les enfants mal nourris, qui vivent dans des conditions malsaines et qui, mal vêtus et mal logés, sont à la merci des éléments lorsqu'ils sont atteints de maladies respiratoires, sont particulièrement sensibles à ces infections.

Là où le paludisme, la variole et la tuberculose sont endémiques, les enfants de tous âges en sont les victimes potentielles tout autant que les adultes. Dans de nombreuses parties du monde, les maladies vénériennes s'observent parmi les garçons et les filles plus âgés et posent un problème dont la gravité croît à mesure qu'évoluent les valeurs sociales.

Par bonheur, la prévention d'un grand nombre des maladies de l'enfance est aujourd'hui possible. A cet égard, l'éducation doit mettre l'accent sur les vaccinations à un stade précoce de la vie, sur l'amélioration des soins aux nourrissons, sur la nutrition, sur l'hygiène du milieu et sur les habitudes de vie hygiéniques qui réduisent les risques de mauvaise santé et de maladie.

1.6 Développement de la stabilité et de l'adaptabilité affectives

La santé affective, au sens de stabilité et d'adaptabilité affectives, s'entend ici de la faculté que possède un individu de savoir comment s'y prendre avec lui-même et avec son environnement. Un individu affectivement sain est celui qui a le sentiment du respect de soi-même, se connaît intimement et s'accepte, et est capable d'établir avec autrui des relations affectives.

Pendant les premières années de la vie, c'est au sein de la famille - élargie ou restreinte - que le nourrisson ou l'enfant trouve les conditions voulues par son développement affectif et par la formation du sentiment de son identité. Comme l'a dit Laycock : "la réaction d'un tout petit enfant vis-à-vis du monde reflète l'image que le monde lui présente" : si ses parents satisfont ses besoins de nourriture, de propreté et de chaleur avec suffisamment de constance et d'amour, s'ils le cajolent et lui parlent d'abondance, s'ils le chérissent comme un bien précieux, le monde lui apparaît comme quelque chose de douillet et de sûr et il réagit en conséquence; il sent qu'on lui attache de la valeur. En revanche, si ses besoins sont satisfaits avec froideur, irrégularité et indifférence, ou si on le traite durement, le monde lui apparaît comme quelque chose de peu sûr et d'insensé et il se sent exposé et sans valeur. De nombreuses études ont montré que le sentiment d'être aimé et chéri joue un rôle capital non seulement pour l'heureux développement de la personnalité chez les enfants, mais aussi pour leur développement physique."²

Les années préscolaires sont d'une importance tout aussi capitale pour le développement affectif de l'enfant, qui a besoin d'affection et de sentir qu'il est entouré de personnes auprès desquelles il peut trouver protection. Dans les pays en voie de développement, où les membres de la famille élargie se partagent le soin des enfants, ceux-ci reçoivent, pour

¹ Comité d'experts de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, cinquième rapport, Organisation et Administration des services de protection maternelle et infantile, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1969, 428, 9.

² Laycock, S. R. (1967) Family Living and Sex Education, Toronto, Mil-Mac Publications, pp. 25-26.

leur plus grand bien, une très large part d'affection alors que les conditions dans lesquelles vivent nombre de familles restreintes font obstacle à l'action essentielle de ce don d'affection. C'est ainsi qu'il peut arriver, dans les familles où le père et la mère travaillent, dans les foyers dissociés ou divisés, ou dans les familles nombreuses qui n'ont pas su distribuer les responsabilités parmi leurs membres, que des enfants grandissent sans l'affection et les soins dont ils ont besoin.

Les enfants laissés à l'abandon ou maltraités, ou ceux qui pour d'autres raisons sont affectivement carencés, posent des problèmes particuliers à l'enseignant ou au travailleur sanitaire. Ces enfants, ainsi que ceux qui grandissent dans des foyers où les manifestations de tendresse sont quasi inexistantes, sont victimes de circonstances qui peuvent avoir des effets défavorables sur leur développement et leur stabilité affectifs,¹ alors que dans les familles dont les membres s'entraident et où les relations entre le père et la mère sont empreintes d'affection, il règne un climat sain et propre à avoir des effets durables. En bref, l'aptitude à donner et à recevoir de l'affection à l'âge adulte est en grande mesure fonction de la nature des rapports affectifs qui existent au sein de la famille dans laquelle l'enfant grandit et mûrit.

Vers la fin de la période de l'enfance, les relations que le sujet établit avec ses compagnons contribuent à son développement affectif. Il a besoin de se sentir considéré et approuvé par ceux de son âge aussi bien que par les adultes, et d'avoir l'occasion de s'associer avec eux pour établir des relations souhaitables. L'équilibre entre la satisfaction du besoin de dépendance et la formation à l'indépendance au sein de la famille et des groupes sociaux différera selon les valeurs que les diverses cultures attachent à ces deux aspects du développement affectif; néanmoins, il apparaît de plus en plus clairement que les expériences affectives de la première enfance et de l'enfance influent profondément sur les réactions affectives de l'adolescent et de l'adulte.

La puberté, période de transition biologique et psychologique dont la durée varie selon les individus et le milieu social et culturel, est caractérisée par des problèmes affectifs. Les modifications biologiques que subit son corps peuvent préoccuper l'adolescent, surtout si aucun enseignement ne l'a renseigné sur les fonctions de son organisme.

L'expérience indique que les tensions affectives s'accroissent pendant la puberté, notamment chez les adolescents qui mûrissent précocement ou, au contraire, tardivement. Ces tensions se manifestent éventuellement par des troubles de santé, du surmenage et un souci excessif de soi. On sait peu de choses des conséquences que peuvent avoir sur la santé, dans les sociétés traditionnelles, la puberté ou les rites d'initiation qui marquent l'entrée des jeunes dans le monde des adultes et auxquels participent la famille et la collectivité. On peut se demander si, sur le plan affectif, les effets de ces coutumes sont moindres ou plus grands que dans les sociétés où la puberté n'est pas aussi ostensiblement confirmée et si, sur le plan physique, ces rites, qui sont quelquefois fort pénibles, ont des suites bonnes ou mauvaises.

Dans certaines cultures, l'adolescent ou l'adolescente en quête de sa propre identité et qui se sent devenir adulte recherchera de plus en plus ses distractions hors du milieu familial. C'est alors que s'établissent les relations entre les deux sexes. De nos jours, dans diverses sociétés, les adolescents ont à cet égard des expériences précoces, qui peuvent aller jusqu'aux rapports sexuels. La mesure dans laquelle ces pratiques sont acceptées par la famille et par la société dont elle fait partie varie grandement. Quel que soit le jugement de valeur porté sur les expériences sexuelles des adolescents, un élément préoccupant, du point de vue de la santé affective, est l'effet immédiat qu'elles ont sur ce plan aussi bien que leurs conséquences éventuelles.

¹ Voir aussi Department of Health, Education and Welfare, Perspectives on Human Deprivation: Biological, Psychological and Sociological. Washington, D.C., The National Institute of Child Health and Human Development, 1968, 323 pp.

Dans de nombreuses parties du monde, le passage de la vie rurale à la vie urbaine se traduit chez les filles par des problèmes affectifs particuliers. Dans leur village, elles sont protégées par leur famille et par les autres membres de la collectivité. Dans le milieu urbain où elles sont transplantées, elles établissent de nouveaux contacts et se trouvent souvent dans des situations auxquelles elles n'ont pas été préparées à faire face. Elles ont besoin de trouver conseils et aide auprès d'éducateurs, de dirigeants d'organisations de jeunesse et d'autres personnes qui connaissent leurs difficultés.

Les agressions que subissent les adolescents sont nombreuses et complexes. Lorsque ces sujets sont séparés du milieu familial où ils ont été élevés et doivent assumer la responsabilité des décisions qu'impliquent leurs études, leurs activités professionnelles et la création d'un foyer, ils traversent une période de crise. Ceux dont les relations familiales ont été empreintes de chaleur et de compréhension ont plus de chances d'en sortir sans grand dommage que ceux qui ont été surprotégés ou qui, au contraire, n'ont pas bénéficié d'une protection suffisante.

En ce qui concerne la préparation à la vie familiale dans le cas des jeunes, l'examen des aspects sanitaires de cette activité, considérés du point de vue du développement de ces sujets sur les plans affectif et social, présenterait une lacune si l'on n'indiquait pas qu'il importe d'apprendre directement des enfants ce qu'ils désirent savoir sur leur propre développement et ce qu'ils pensent des relations entre les deux sexes dans le contexte de la famille, des jeux et de l'école. L'attitude à adopter face à la curiosité naturelle des enfants, à leurs préoccupations et à leur comportement, pose aux parents, aux enseignants, aux travailleurs sanitaires et aux adultes en général un véritable dilemme. Ainsi, dans certaines sociétés où la sexualité est considérée comme une chose naturelle et où elle se manifeste dans tous ses aspects à la vue des enfants, où les différences entre les sexes sont dès le départ acceptées par les parents et la société, qui peuvent même y insister, il est possible qu'une approche franche et directe de ces questions dans l'éducation sanitaire contribue à garder les jeunes sujets, surtout pendant leur adolescence, de certains risques physiques et affectifs auxquels l'ignorance peut les exposer. Par contre, dans les sociétés où toute manifestation trop évidente d'intérêt pour l'autre sexe rencontre la réprobation, où garçons et filles sont séparés à l'école et dans les jeux et où existent peut-être des tabous religieux ou culturels, il paraît plus difficile de trouver une formule pour l'éducation de ce groupe d'âge touchant le développement humain. En fait, pourtant, l'effet que cette éducation est de nature à avoir sur le plan affectif pendant cette période de la vie est probablement moindre que celui qu'elle peut avoir plus tard, pendant l'adolescence, où l'affectivité est grande.

Etant donné le niveau de développement physiologique, affectif, intellectuel et social atteint par les adolescents, il est nécessaire de les aider, au moyen de l'éducation sanitaire et de la préparation à la vie familiale, à faire des choix et à adopter des modes de comportement susceptibles de protéger à cette époque de leur vie leur santé et leur bien-être, comme, plus tard, ceux de leur famille. Dans les pays où l'on donne aux jeunes l'occasion de poser des questions au sujet de leur développement affectif, du mariage et de la vie familiale, ainsi que de proposer l'inclusion de certains sujets dans les programmes d'études, on a pu constater que leurs intérêts sont vastes, leurs préoccupations celles d'esprits mûrs et leurs besoins en aucune manière superficiels. Il y a là, pour la préparation à la vie familiale, un rôle important à jouer au foyer. Là également il y a matière à planification attentive pour des organismes et institutions qui s'intéressent au développement des adolescents : écoles, organisations de jeunesse, services de santé et groupements divers. Une attitude positive à l'égard du développement humain s'acquiert non seulement par l'expérience de la vie quotidienne, mais aussi à la faveur d'occasions de s'informer des composantes de ce développement, de peser le pour et le contre de différentes lignes d'action et de prendre des décisions adaptées aux situations dans lesquelles un jeune se trouve couramment, ainsi qu'à ses objectifs et à ses projets à mesure qu'il approche de l'âge adulte. Dans certains cas il s'agira de préparer à un mariage proche et à toutes les responsabilités que cet événement implique; d'autres fois, il faudra

aider à reconnaître et à accepter les responsabilités que sous-entendent pour les hommes et pour les femmes des relations de caractère transitoire, ou les relations professionnelles et celles que les citoyens ont vis-à-vis les uns des autres dans le cadre plus large de la collectivité, et peut-être aussi se présentera-t-il des cas où il y aura conjugaison de toutes ces éventualités.

C'est maintenant une évidence que les effets des expériences des adolescents sur leur santé doivent être étudiés en tenant compte des normes sociales. Il reste encore beaucoup à apprendre sur les influences qui peuvent favoriser ou entraver un développement sain chez ces sujets. L'ensemble du processus de la formation de l'identité est si profondément enraciné dans la culture que ce qui est bien dans une société n'est pas admissible dans une autre. Un grand nombre des difficultés se présentent dans les sociétés où s'opère une transition et où la tradition perd de son influence sans que ce qu'il y a de nouveau dans les normes sociales soit encore pleinement accepté. Les effets possibles de situations de ce genre sur le développement physique et affectif de l'adolescent peuvent seulement être conjecturés et doivent être considérés séparément pour chaque culture.

1.7 Pharmacodépendance

Un comité d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé a donné des médicaments la définition générale suivante : "Toute substance qui, introduite dans l'organisme vivant, peut modifier une ou plusieurs de ses fonctions".¹ Dans différents pays, des enfants d'âge scolaire absorbent divers types de médicaments dans une mesure qui les rend dépendants de ces substances, au détriment de leur santé physique et affective.

Le terme de pharmacodépendance est maintenant préféré à celui de "toxicomanie" ou à l'expression "accoutumance aux médicaments".² Un individu peut être dépendant d'une grande variété de médicaments, parfois en association, les effets produits variant suivant le type de médicament, le sujet qui les prend et les circonstances dans lesquelles il en est fait usage. On peut classer les principales substances engendrant la dépendance selon le type de cette dernière : type morphinique (opium, morphine, héroïne); type barbiturique; type alcoolique; type cocaïnique; type cannabique (marihuana); type amphotaminique; type Khat; type hallucinogène (LSD).^{3,4} Le tabac ne figure pas parmi ces substances. Bien qu'il soit associé à un comportement caractérisé par une impulsion à fumer de façon répétée, il n'engendre pas la dépendance, d'un point de vue psychotoxique, comme le font les médicaments énumérés plus haut. Du fait de son importance sur le plan de la santé, il en sera traité séparément.

¹ Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance, sixième rapport, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1969, 407, 6.

² La pharmacodépendance a été définie de la façon suivante : "Etat psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments." Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance, sixième rapport, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1969, 407, 6.

³ Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance, dix-huitième rapport, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1970, 460, 10.

⁴ On trouvera une analyse des caractéristiques de la pharmacodépendance dans l'article de Eddy, N. et al., Drug Dependence: Its Significance and Characteristics, Bull. Org. mond. Santé, 1965, 32, 721-733.

Etant donné que la dépendance et tous les problèmes qu'elle engendre sont de nature à affecter la vie individuelle, familiale et communautaire, il est important, du point de vue de la préparation à la vie familiale, de rechercher au sein de chaque sous-culture les circonstances qui incitent des individus ou des groupes de jeunes à prendre des drogues. D'après certaines études, il semblerait que l'influence de la famille joue un rôle : de jeunes sujets voient leurs parents et d'autres adultes recourir à différents médicaments pour des troubles physiques et affectifs, et l'armoire à pharmacie de la famille est souvent laissée à leur portée. Chein et al., qui ont consacré une étude à l'abus des stupéfiants chez certains jeunes, ont signalé des faits "donnant à penser que ces sujets avaient commencé à prendre de l'héroïne sous l'effet de quelque agression survenue dans leur vie personnelle ou leur milieu familial. Certains indices suggéraient que ces utilisateurs de drogues appartenaient à des familles moins unies que celles de leurs camarades qui ne se droguaient pas. La vie de nombre d'entre eux ... avait été radicalement modifiée au cours de l'année critique - changement d'occupation dans la famille, déménagement et installation dans un autre voisinage, etc. ...".¹

Un esprit de rébellion contre la famille et la société, l'incapacité de supporter l'anxiété et le sentiment de frustration éprouvés pendant la période difficile de l'adolescence, et parfois le désir d'expériences nouvelles ou d'émotions vives ont également été mentionnés comme des facteurs conduisant à l'usage de drogues, et souvent à l'abus de ces substances. On trouve dans un récent rapport d'une conférence technique de l'OMS sur la "Santé mentale des adolescents et des jeunes" l'observation suivante : "ce que chacun attend de l'usage de la drogue est variable selon l'individu. On peut prendre de la drogue en signe de rébellion ou d'association à un sous-groupe, on peut aussi en prendre pour trouver un soulagement temporaire à l'anxiété ou pour s'aider à établir des contacts avec les autres (comme dans le cas de l'alcool). On peut y rechercher une stimulation des facultés en général, en particulier de la puissance sexuelle (amphétamines), ou bien des expériences psychopathologiques interprétées comme permettant une pénétration des couches profondes du psychisme (LSD). Il ne faut ni négliger les fonctions symboliques des drogues, ni oublier leurs effets pharmacologiques sur le système nerveux central".^{2,3}

En ce qui concerne les sociétés traditionnelles où l'usage de drogues est associé à des événements de caractère religieux et social, on n'a guère de renseignements sur la mesure dans laquelle les jeunes s'adonnent à ces pratiques culturelles, ni sur le pouvoir possible de ces drogues d'engendrer la dépendance.

La pharmacodépendance prélève un lourd tribut sur la santé physique et affective des sujets qu'elle tient sous son empire. Parmi les complications médicales signalées par un Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance figurent le coma avec dépression marquée des centres respiratoires observés notamment après la prise d'une dose excessive de stupéfiants ou de substances de type alcoolobarbiturique. Les autres complications comprennent notamment "la malnutrition due a) à une anorexie provoquée par la drogue (telle qu'on l'observe parfois chez les consommateurs d'amphétamines), b) au remplacement de l'apport normal en calories par la drogue (comme dans certaines formes d'alcoolisme), et c) à l'emploi des ressources pécuniaires pour acheter de la drogue plutôt que de la nourriture.

"On rencontre également la cirrhose, des troubles neurologiques, ... ainsi que des complications résultant d'un comportement autodestructeur ou antisocial pendant la période où la drogue exerce ses effets. Il s'agit par exemple d'accidents d'automobiles ou de blessures ...

¹ Chein, I. et al. (1964) The Road to H. New York and London, Basic Books, Inc., p. 162.

² May, A. R., Kahn, J. H. & Cronholm, B. (1971) La santé mentale des adolescents et des jeunes, Organisation mondiale de la Santé, Cahiers de Santé publique, 41, p. 32.

³ On trouvera une analyse très utile des diverses hypothèses proposées pour rendre compte des divers types de pharmacodépendance dans le 18ème rapport du Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1970, 460, 12-14.

"... les individus qui négligent d'observer les principes d'hygiène applicables aux injections par voie hypodermique s'exposent à des infections bactériennes, tant locales que générales (par exemple septicémie, endocardite et abcès pulmonaires). En raison de l'habitude très répandue qui consiste à se passer seringues et aiguilles, l'hépatite virale est courante et il arrive même qu'on observe des cas de paludisme ainsi transmis."¹

Dans le cadre de la préparation à la vie familiale, l'action éducative touchant les drogues doit envisager les aspects du problème concernant l'individu, la famille et la collectivité. Puisqu'en dernière analyse c'est l'individu qui décide s'il fera ou non usage de drogues, il convient de porter les faits à la connaissance des individus, en les incitant à réfléchir aux conséquences, proches et lointaines, de la pharmacodépendance. Dans les sociétés et sous-cultures où la pharmacodépendance n'est pas courante chez les jeunes, il faudrait mettre tout en oeuvre pour l'empêcher de devenir un problème.

Du point de vue de la prévention, une action éducative rationnellement conçue, débutant de bonne heure dans les années de scolarité et visant l'usage des médicaments en général est indiquée. Son contenu variera en fonction des caractéristiques de l'usage et de l'abus de ces produits observées dans chaque situation ainsi que du niveau de développement des enfants. Dans les régions "à risque faible", il faudra se garder de dramatiser indûment le problème sans pour autant priver les enfants et les adultes des renseignements qui leur sont nécessaires pour éviter des pratiques propres à conduire à la dépendance. Il reste encore beaucoup à découvrir pour déterminer les meilleures manières d'aborder la question dans les régions "à risque élevé", où les problèmes ont un caractère immédiat et aigu. Il est de plus en plus admis qu'un important élément d'une action à long terme serait la participation des jeunes eux-mêmes aux efforts entrepris à l'échelle de la collectivité pour améliorer les conditions de vie familiale et communautaire susceptibles de précipiter l'apparition de la pharmacodépendance.

1.8 Usage du tabac et santé

L'habitude de fumer la cigarette, très répandue dans de nombreuses sociétés, peut avoir des effets néfastes sur la santé. Des études faites au cours des 20 dernières années ont montré qu'elle contribuait de manière importante "à la mortalité causée par diverses maladies, dont les principales sont les cardiopathies ischémiques, le cancer du poumon, la bronchite chronique et l'emphysème. En outre, cette habitude est à l'origine de nombreux cas d'incapacité de travail dus à des affections du coeur et des voies respiratoires ainsi que de décès et d'incapacités imputables à plusieurs autres maladies".² Certains des effets du tabac sur la santé ne se manifestent qu'après de nombreuses années, de sorte qu'il est difficile de mettre en évidence la relation entre ces effets et l'habitude de fumer et, par conséquent, de frapper l'imagination des jeunes dans les programmes éducatifs qui leur sont destinés.

Un élément de préoccupation plus immédiat, du point de vue de la préparation à la vie familiale, est le poids à la naissance des enfants dont les mères fument pendant la grossesse et sur lequel cette circonstance influerait défavorablement. La collecte des données recueillies à ce sujet doit être poursuivie, mais il y a de fortes raisons de penser que le développement physique et mental postnatal des bébés de faible poids à la naissance est souvent entravé.³

¹ Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance, dix-huitième rapport, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1970, 460, 18-20.

² Organisation mondiale de la Santé, Effets de l'usage du tabac sur la santé, Rapport en date du 31 mars 1971, préparé par le Directeur général pour la Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, p. 4.

³ Organisation mondiale de la Santé, Comité d'experts de la Prévention de la Mortalité et de la Morbidité périnatales, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1970, 457, 19-31.

L'usage du tabac peut commencer tôt, surtout dans un milieu où les adultes et les adolescents fument. L'influence de la famille a été tout spécialement notée dans des études sur les caractéristiques qui distinguent les fumeurs des non-fumeurs. A cet égard, Fletcher & Horn ont écrit : "Tout d'abord, la conformité à un milieu familial de fumeurs paraît un élément important; l'usage du tabac est plus fréquent chez les enfants dont les parents et les frères et soeurs plus âgés sont fumeurs. En second lieu, il apparaît que l'usage du tabac est plus répandu chez les enfants qui réussissent moins bien ... En troisième lieu, on trouve l'influence des fréquentations ... Enfin, il semble que l'usage de la cigarette chez certains enfants soit un symbole d'indépendance et de rébellion contre les normes imposées par la famille ou par le groupe auquel ils appartiennent."¹

A partir des connaissances dont on dispose actuellement, il n'est pas facile d'arriver, par une action éducative, à faire en sorte que les jeunes ne prennent pas l'habitude de fumer ou y renoncent quand elle est prise, étant donné surtout les multiples influences qui s'exercent dans le sens de cette pratique. Comme il en est des autres mesures d'hygiène personnelle, c'est l'individu qui en dernière analyse décide s'il désire ou non fumer, et c'est donc dans le contexte des besoins et des valeurs immédiats de l'individu, ainsi que de ses objectifs à long terme, qu'il convient de considérer la question. En concentrant les efforts sur la préparation à la vie familiale, serait-il possible de détourner certains jeunes de faire usage du tabac en leur représentant qu'un frère ou une soeur plus âgé qui fume peut donner aux plus jeunes enfants de la famille le désir de le faire aussi ? Les filles qui auront été renseignées sur l'influence du tabac sur la grossesse et qui souhaitent avoir des enfants n'hésiteront-elles pas à prendre l'habitude de fumer alors qu'elles fréquentent encore l'école ? On espère que les programmes éducatifs futurs, pour la mise au point desquels on disposera de plus amples données sur les facteurs qui agissent parmi les jeunes qui n'ont jamais fumé ou qui ont cessé de le faire, pourront exercer une heure influence.

2. PROBLEMES ET BESOINS SANITAIRES DES ENFANTS ET DES JEUNES, CONSIDERES COMME ELEMENTS CONTRIBUANT EFFECTIVEMENT A LA VIE FAMILIALE, EN CE QUI CONCERNE LA PREPARATION AUX FUTURES RESPONSABILITES PARENTALES

La plupart des jeunes souhaitent fonder une famille. Il faut donc les y préparer. Une partie capitale de cette préparation est assurée au sein de la famille lorsque celle-ci satisfait les besoins sanitaires de l'enfant qui se développe de la manière décrite dans la section précédente intitulée "Problèmes et besoins sanitaires des individus, s'agissant de leur croissance et de leur développement au sein de la famille", et qui remplit avec efficacité ses fonctions fondamentales, lesquelles comprennent celles qui vont être examinées dans la présente section. Ces composantes sanitaires, essentielles au bien-être de l'enfant et de l'adolescent qui se développent, ne le sont pas moins pour ce qui est du contenu de la préparation des sujets à leurs futures responsabilités parentales, que cette préparation ait lieu ou non dans le cadre de programmes scolaires. Les expériences vécues à la maison peuvent ne pas être adéquates pour ce genre de préparation, encore qu'elles contribuent à en jeter les bases; et même lorsqu'elles sont adéquates, elles demandent à être renforcées et élargies par l'intermédiaire d'institutions éducatives, notamment par celui des écoles.

Les problèmes et les besoins sanitaires en rapport avec les responsabilités familiales, y compris la paternité et la maternité, sont considérés ici du point de vue de certaines fonctions que remplissent, chacune selon son caractère propre, des familles de divers types : familles élargies ou restreintes, familles ne comptant qu'un seul parent ou familles collectives. Ces fonctions sont les suivantes :

¹ Fletcher, C. M. & Horn, D. (1970) Usage du tabac et santé, Chronique OMS, 24, p. 393.

- Reproduction.
- Entretien et protection de l'environnement physique.
- Education et apprentissage de la vie sociale.
- Gestion du ménage.
- Soins aux enfants - responsabilités parentérales.

La mesure dans laquelle garçons et filles devront eux-mêmes participer à ces fonctions à mesure qu'ils grandiront dans le cadre familial puis fonderont à leur tour une famille variera selon leur âge, leur sexe et les exigences de la famille et de la société. Par conséquent, les facteurs qui dans la vie familiale influent sur la santé des membres de la famille seront considérés de façon très générale. Les problèmes et les besoins exposés en ce qui concerne les fonctions de la famille le sont uniquement à titre d'exemples de ceux que les enseignants, les dirigeants d'organisations de jeunesse, les travailleurs sanitaires et autres pourront désirer prendre en considération pour l'élaboration de programmes de préparation à la vie familiale.

2.1 Reproduction

La santé de l'enfant, tout comme celle de la mère et des autres membres de la famille est inextricablement liée aux circonstances de la grossesse et de l'accouchement.

Kessler & Kessler signalent ce qui suit : "Un nombre croissant d'études ont été consacrées, ces dernières années, aux relations existant entre, d'une part, le nombre de grossesses, la dimension de la famille, les intervalles intergénéraliques et l'âge des parents, et, d'autre part, des facteurs en rapport avec l'issue de la grossesse, la santé de la mère, la santé de l'enfant et même la santé de la famille. De ces travaux se dégage une vue globale qui est maintenant bien connue, et qui met en corrélation une large dimension de la famille, une parité élevée, une extrême jeunesse de la mère et les grossesses rapprochées avec différents degrés de morbidité et de mortalité maternelle, infantile et familiale. A l'inverse, des grossesses survenant entre l'âge de 20 et 30 ans, des intervalles intergénéraliques de deux ans ou plus et une famille comprenant de un à trois ou quatre enfants semblent favoriser l'efficacité maternelle, le développement de l'enfant et son bien-être".¹ Ces facteurs vont être examinés à propos des mariages précoces et des grossesses chez les femmes de moins de 20 ans.

Dans de nombreuses parties du monde, des femmes de moins de 20 ans, mariées ou non, donnent naissance à des enfants. L'ampleur du phénomène n'est pas connue et les données disponibles sur les mariages et les naissances dans ce groupe d'âge ne sont pas comparables. Kessler & Kessler, résumant les risques associés à l'âge et à la grossesse en ce qui concerne la santé ont abouti à la conclusion suivante : "D'une manière générale, le risque de mortalité maternelle augmente au-dessous de 20 ans et au-delà de 30-35 ans. Dans de nombreux pays, les complications de la grossesse et de l'accouchement présentent le même schéma, avec des taux maxima au-dessous de 20 ans et au-dessus de 35 ans. Si l'on considère la mortalité intra-utérine, la mortalité néonatale et la prématurité, on observe un schéma analogue de distribution par âge au-dessous de 20 ans et au-dessus de 34 ans".²

Les moins de 20 ans forment un groupe très exposé, en partie pour des raisons biologiques indépendantes des facteurs culturels. La jeune fille n'ayant pas atteint un développement physique complet, la grossesse et l'accouchement peuvent être très difficiles chez elle; de plus, elle n'a généralement pas la maturité affective voulue pour faire face à une grossesse. A ces facteurs biologiques et affectifs s'ajoutent des facteurs socio-économiques et culturels qui peuvent augmenter les risques que la grossesse comporte pour la

¹ Kessler, A. & Kessler, S. Health Aspects of Family Planning, in Diczfalusy, E., and Borell, U. editors, Control of Human Fertility, Nobel Symposium 15, Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1971, p. 338.

² Kessler, A. & Kessler, S. Health Aspects of Family Planning, in Diczfalusy, E., and Borell, U. editors, Control of Human Fertility, Nobel Symposium 15, Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1971, p. 340.

santé dans ce groupe d'âge. Dans les régions en voie de développement, la pauvreté et les conditions qui en résultent - mauvaise nutrition, insalubrité du milieu, prévalence des maladies infectieuses, travail souvent excessif et absence d'hygiène personnelle sont de nature à susciter de graves problèmes. Les risques peuvent aussi être accrus par les pratiques rituelles qui accompagnent la grossesse et l'accouchement dans les sociétés traditionnelles.

Les grossesses chez des femmes non mariées posent dans certaines cultures un autre problème. Le groupe scientifique de l'OMS sur les aspects sanitaires de la planification familiale a déclaré que "dans la plupart des sociétés, les grossesses survenant en dehors du mariage ont de fortes chances d'être non désirées. D'après la quasi-totalité des données que l'on possède, les risques de mortalité et de morbidité auxquels sont exposés la mère et l'enfant sont nettement plus importants lorsque la mère est célibataire, même si l'on tient compte des facteurs socio-économiques en jeu. A New York, de 1955 à 1959, les taux de mortalité et de morbidité maternelles ont été neuf fois plus élevés pour les mères célibataires que pour les mères mariées. Des taux de mortalité infantile deux fois plus élevés pour les naissances illégitimes ont également été signalés. Les rares études effectuées jusqu'ici sur l'état de santé des enfants non désirés et notamment sur leur comportement sont délicates à interpréter et peu concluantes".¹ Des études faites aux Pays-Bas montrent que les taux de morti-natalité sont de 15 % plus élevés chez les femmes non mariées que chez les femmes mariées, et que les cas passent à 35 % dans le cas des primipares. De plus, la mortalité au cours de la première semaine est de 70 % plus élevée et la mortalité postnatale de 80 % plus élevée pour les enfants nés en dehors du mariage que pour ceux dont les mères sont mariées.² Il est difficile d'interpréter ces données en fonction des grossesses survenant chez les moins de 20 ans car l'âge des mères n'est pas précisé dans les études. Mais il est à présumer que les moins de 20 ans représentent une proportion importante des mères célibataires.

Gabrielson et al. ont constaté que les tentatives de suicide représentent un problème qui est souvent associé aux grossesses chez les moins de 20 ans. Sur 105 femmes enceintes admises pour accouchement au Yale-New Haven Hospital en 1959-1960, 14 ont par la suite tenté ou menacé de se suicider. Selon ces auteurs, "sur l'ensemble de la population étudiée, le risque de tentative de suicide était quelque peu plus élevé parmi les femmes célibataires, les catholiques, et les femmes n'appartenant pas à des milieux pauvres. Les tentatives de suicide étaient également associées à des complications de la grossesse et des maladies vénériennes. Il est possible que leur nombre excessif soit dû à l'agression causée par une grossesse, ou qu'aussi bien la grossesse que la tentative ou menace de suicide traduisent un comportement adolescent perturbé.³ Il n'existe pas de données similaires pour les pays en voie de développement, mais des travailleurs sanitaires ont signalé des cas où le problème était assez grave pour qu'il faille retirer à des filles enceintes de moins de 20 ans certains produits qu'elles achetaient dans des pharmacies pour attenter à leurs jours.

Des soins prénatals continus et adéquats sont importants pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant. Trop souvent, ils ne sont recherchés ou dispensés que lorsque l'accouchement est imminent, sauf complications surgissant plus tôt. Peut-être faut-il imputer cet état de choses à l'absence de services de protection maternelle et infantile ou à leur difficulté d'accès, à l'ignorance de l'importance des soins prénatals, ou encore, dans les collectivités qui réprouvent les naissances hors du mariage, au fait que les intéressées hésitent à demander des soins. Trop souvent, quand une femme non mariée qui se trouve enceinte vient consulter seule

¹ Groupe scientifique de l'OMS sur les aspects sanitaires de la planification familiale, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1970, 442, 10.

² US Department of Health, Education, and Welfare, Infant Loss in the Netherlands, National Center for Health Statistics, Series 3, N° 11. Washington, D.C., Public Health Service, 1968, p. 25.

³ Gabrielson, I. et al. (1970) Suicide attempts in a population pregnant as teen-agers, Amer. J. publ. Hlth, 60, 2300.

ou avec un parent, ce premier contact avec le médecin la déçoit et elle ne revient pas. Vincent, envisageant les relations médecin-patient du point de vue de la situation caractérisant les classes moyennes dans les sociétés occidentales, souligne l'importance d'une bonne communication entre le médecin et la jeune fille enceinte, ainsi que la nécessité de traiter celle-ci comme le principal patient. A son avis, le médecin doit prendre avec elle les dispositions voulues pour la surveillance prénatale nécessaire; le cas échéant, il peut être bon qu'il voit les parents à part, et les conseille, de manière qu'eux aussi puissent, de leur côté, apporter une aide constructive.¹

Les avortements sont pratiqués dans ce groupe d'âge pour mettre fin à des grossesses non désirées. S'ils le sont faits par des personnes non qualifiées ou par les intéressées elles-mêmes, ils représentent un risque sérieux pour la santé. Comme un nombre croissant de pays autorisent l'avortement légal, il serait utile d'étudier les répercussions de cette mesure sur la santé affective des jeunes, ainsi que ses effets à long terme sur les attitudes à l'égard des méthodes de contraception pour espacer les naissances, et aussi, dans certains cas, dans l'intérêt de la santé des intéressées.

On reconnaît de plus en plus l'importance que présente, du point de vue de la santé, l'espacement des grossesses. Des études ont montré qu'une augmentation progressive des taux de mortalité intra-utérine, néonatale et infantile se produit lorsque la période s'écoulant entre la fin d'une grossesse et le début de la suivante est inférieure à 24 mois.² Bien que les données sur les relations entre l'espacement des naissances et la santé soient incomplètes et parfois peu concluantes, elles indiquent qu'il est nécessaire d'aider les jeunes à se rendre compte des répercussions que des naissances trop rapprochées et se succédant pendant une longue période peuvent avoir sur la santé, la leur et celle de leur future famille. Elles suggèrent en outre l'utilité, dans les sociétés qui sont prêtes à coopérer, de fournir aux individus désireux d'espacer les naissances, sur leur demande, des renseignements sur les méthodes de contraception.

Les mariages précoces sont souvent suivis d'une suite ininterrompue de grossesses, de sorte que la famille atteint une grande dimension. L'Organisation mondiale de la Santé a indiqué qu'il existe dans le monde entier un rapport statistique entre le nombre des grossesses et les taux de mortalité maternelle et infantile. Des taux de mortalité élevés chez les nouveau-nés et les enfants sont souvent l'indice et la conséquence de grossesses trop fréquentes et de l'impossibilité, pour les familles trop nombreuses de régions peu développées, de subvenir aux besoins de leurs enfants : faute d'une alimentation convenable, les enfants qui survivent souffrent fréquemment de troubles de la croissance et du développement. En outre, une forte mortalité infantile a elle-même pour effet d'accroître la fréquence des grossesses, ce qui affaiblit les mères et les expose davantage aux atteintes morbides. Il est établi que la mortalité maternelle augmente en proportion directe du taux de gravidité, car non seulement des naissances répétées ont un effet néfaste sur l'état nutritionnel et le taux d'hémoglobine de la mère, mais elles peuvent être à l'origine de graves maladies pelviennes.

Les conséquences de cette situation sont trop souvent l'anémie et la malnutrition chez la mère dont les réserves déjà insuffisantes sont encore épuisées par des grossesses et des périodes d'allaitement pratiquement continues; et, pour l'enfant, une insuffisance de poids à la naissance, une mort certaine si la mère vient à manquer de lait - souvent à cause d'une autre grossesse - ou, s'il survit, des anomalies de la croissance et du développement.³

¹ Vincent, C. E. (1968) *Unmarried Mothers and Pregnant Brides*, in Vincent, C. E., (ed), *Human Sexuality in Medical Education and Practice*. Springfield, III, Charles C. Thomas, pp. 464-468.

² Groupe scientifique de l'OMS sur les aspects sanitaires de la planification familiale, *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1970, 442, 13.

³ Comité OMS d'experts de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Organisation et administration des services de protection maternelle et infantile, *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1969, 428, pp. 10-11.

La préparation à la vie familiale peut venir appuyer les efforts visant à apporter une solution aux problèmes que posent les grossesses chez les moins de 20 ans. Dans les régions où les mariages précoces et les grossesses qui en résultent sont la norme, on pourrait commencer par faire connaître les risques et les conséquences possibles qui ont été invoqués plus haut. Il faudrait également faire comprendre aux jeunes l'importance des soins prénatals - et aussi les aider à trouver à qui s'adresser. Si les services de santé destinés aux mères et aux enfants ne sont pas d'un accès facile, la préparation à la vie familiale pratiquée à l'échelle d'une collectivité peut contribuer à susciter dans la population une demande de tels services, et par voie de conséquence la prise de mesures de planification communautaire qui permettront de les obtenir.

A l'heure actuelle, certains pays affrontent avec réalisme le fait qu'un nombre croissant de moins de 20 ans ont des enfants en dehors du mariage, et ils s'efforcent de déterminer les causes profondes du phénomène, de trouver les moyens de les prévenir et de fournir l'assistance nécessaire aux filles et garçons intéressés. Des services d'information sont assurés par les écoles, les centres de santé publique, les dispensaires, les cabinets médicaux, et des organisations de jeunesse, des organismes de service social et des groupements confessionnels procurent dans une mesure croissante une aide immédiate à ces jeunes. Le renforcement de la préparation à la vie familiale assurée au foyer, à l'école et par les différents organismes communautaires s'occupant de questions sanitaires en rapport avec la question peut être une mesure utile à cet égard; il faut cependant que cette préparation soit adaptée à la culture dans laquelle elle s'insère, et aussi donner aux jeunes l'occasion de considérer les facteurs sanitaires que la grossesse et les responsabilités parentales font entrer en jeu.

Divers moyens sont mis en oeuvre par les services d'éducation pour que la jeune fille enceinte continue à fréquenter l'école, et dans de nombreux cas, des cours spéciaux sont organisés pour la préparer au processus physiologique aboutissant à l'accouchement ainsi qu'aux décisions qu'elle devra prendre au sujet de l'enfant. Quelle que soit la forme donnée à la préparation à la vie familiale, il devient de plus en plus évident qu'elle doit s'adresser aux garçons (qui doivent partager les responsabilités) aussi bien qu'aux filles.

2.2 Entretien et protection de l'environnement physique

L'accent est mis ici sur les aspects sanitaires de l'environnement physique, à la maison et dans l'environnement.

Viennent en premier lieu la sécurité et la salubrité de l'habitat. Un des besoins fondamentaux de la famille auquel doit répondre le logement est d'assurer une protection contre les éléments : chaleur excessive, froid extrême, pluie, inondations, tempêtes de sable et vents. Les nourrissons et les jeunes enfants sont particulièrement sensibles à cet égard et doivent être mis à l'abri de l'action traumatique de ces phénomènes, mais cette protection ne doit pas être exagérée au point de les tenir à l'intérieur de maisons sombres et mal aérées, en ne leur laissant que de rares occasions de s'ébattre à l'extérieur.

Le surpeuplement est un autre problème commun en matière d'habitat. Les maladies infectieuses se propagent plus facilement quand des familles nombreuses vivent dans des logements exigus, situation que l'on rencontre non seulement dans maintes régions en voie de développement où les familles nombreuses sont fréquentes mais aussi dans les zones pauvres des pays développés. Quand une famille ne dispose pas de l'espace nécessaire aux besoins de la vie quotidienne - pour ne rien dire des commodités - il est probable que les problèmes affectifs et sociaux se multiplient, mais il est difficile d'en mesurer les effets. Le surpeuplement contribue à la formation d'un cercle vicieux où se conjuguent la pauvreté, des taux de mortalité et de morbidité élevés et le désir des gens de voir survivre un nombre d'enfants suffisant pour faire face aux besoins économiques de l'avenir et assurer la perpétuation de la famille. Il faudrait que les jeunes qui se proposent de fonder une famille prennent conscience des causes du surpeuplement et de ses effets sur le bien-être de l'individu, de la famille et de la collectivité. Il y a là une condition fondamentale pour une étude de la dynamique des populations.

La santé est étroitement liée aux conditions sanitaires de l'environnement du foyer. L'absence d'installations hygiéniques, de même que le mauvais entretien et le mauvais usage de celles qui existent, sont des facteurs qui jouent un rôle majeur dans la propagation des maladies infectieuses.

L'eau, un des besoins essentiels de l'homme, se pollue facilement en coulant en surface et dans le sous-sol. Les gens qui boivent de l'eau polluée provenant de puits, de sources, de rivières, etc., non protégés peuvent contracter des maladies intestinales, telles que diarrhée, dysenterie et fièvre typhoïde. Dans de vastes régions du monde, l'absence d'approvisionnement en eau saine et abondante a des répercussions défavorables sur la santé et le développement de la famille. Il faudrait étudier, en liaison avec la préparation à la vie familiale, de quelle manière les familles s'approvisionnent d'ordinaire en eau et l'usage qu'elles en font, ainsi que la quantité et la qualité nécessaires aux besoins de la famille. Les mesures prises dans les écoles pour pourvoir à une alimentation abondante d'eau saine peuvent constituer une démonstration pratique dans les régions rurales où chaque ménage doit résoudre la question pour son compte.

L'évacuation inadéquate des déchets humains et des ordures ménagères peut également susciter de sérieux problèmes sanitaires en provoquant la contamination de l'eau et en favorisant la prolifération des mouches, moustiques et autres insectes vecteurs de maladies. Le sol et l'eau souillés par la défécation et la miction en des endroits peu appropriés peuvent être cause de la propagation de maladies dont les plus courantes sont la schistosomiase, l'ascaridiase et l'ankylostomiase. Les écoles doivent être les premières à donner l'exemple dans la collectivité en mettant en place des cabinets d'aisance propres, bien installés et bien tenus, et en apprenant aux enfants à les utiliser de manière hygiénique et à en maintenir la propreté. Elles doivent également montrer comment il convient de couvrir les ordures accumulées dans les locaux et d'en assurer l'évacuation. Partout où les écoles ont pris l'initiative de telles mesures, leur influence dans les foyers a été considérable.

L'hygiène des denrées alimentaires est un problème grave dans le monde entier, mais plus particulièrement dans les régions où les notions élémentaires sur la manipulation de ces produits sont peu répandues et où les installations de traitement, de distribution, de préparation et de stockage sont inadéquates. Les aliments qu'une famille achète dans les boutiques, sur les marchés ou à des vendeurs ambulants peuvent être déjà contaminés du fait de pratiques défectueuses et de l'absence de surveillance. Ils le sont peut-être également au foyer, où leur conservation, leur manipulation et leur préparation peuvent laisser à désirer. Là encore l'école doit donner l'exemple par la bonne tenue de ses cantines et la conservation des aliments dans des conditions satisfaisantes depuis le moment où les enfants les apportent de la maison jusqu'à celui où ils les consomment. Plus on associera les enfants à la préparation et à la mise en œuvre de pratiques hygiéniques à l'école, plus grandes seront les chances de voir ces pratiques pénétrer dans la vie familiale par leur intermédiaire, soit immédiatement, soit plus tard.

Déjà importants en milieu rural, les problèmes d'assainissement prennent souvent un caractère critique dans les agglomérations urbaines fortement peuplées où de nombreux ruraux émigrent maintenant en y amenant leurs pratiques traditionnelles antihygiéniques. Ce problème mondial est traité plus en détail dans une autre section du rapport sous le titre "Urbanisation".

Il y aurait beaucoup à dire sur les facteurs de sécurité associés à l'entretien et à la protection de l'environnement physique. Bien qu'en général on manque de données sur les risques d'accidents dans les habitations des pays en voie de développement ou dans leur environnement, ceux qui existent dans telle ou telle localité peuvent être déterminés de concert par les garçons et les filles et faire l'objet, à l'école, de discussions au cours desquelles seront suggérées des mesures correctives que les enfants eux-mêmes pourront prendre chez eux. Par exemple, dans le cadre d'un programme qui se déroule actuellement dans un pays en voie de développement, on appelle l'attention des enfants sur les risques que présentent les feux

de charbon de bois dans une pièce fermée, ainsi que la manipulation d'allumettes, de torches, de charbon de bois ou d'essence; sur le danger de piqûres d'insectes, de morsures de serpents et d'autres animaux; sur les accidents que peuvent causer des épluchures de fruits traînant à terre, les substances toxiques et les objets tranchants et contondants. Ce sont là autant de dangers que les enfants peuvent contribuer à prévenir ou à écarter par leur comportement dans le cadre familial.

2.3 Education et apprentissage de la vie sociale

L'éducation et l'apprentissage de la vie sociale - qui sont des fonctions fondamentales de la famille - ont une incidence directe sur la santé de celle-ci. Dans la planification de l'éducation sanitaire, et notamment dans la préparation à la vie familiale, il convient de prêter attention à la famille en tant que milieu éducatif au sein de la localité, et considérer la manière dont elle prépare les jeunes à participer à la vie de la société plus vaste à laquelle ils appartiennent. De plus, les attitudes de la famille à l'égard du changement et la mesure dans laquelle elle s'y trouvera entraînée influenceront sur l'action des programmes et des méthodes d'éducation.

Les familles du type traditionnel tendent à perpétuer des pratiques sanitaires qui sont profondément enracinées dans la culture et qui ont souvent des effets défavorables sur la santé de leurs membres. Au contraire, celles qui sont prises dans l'engrenage d'une évolution rapide, qui envisagent une vie meilleure pour leurs enfants et subissent l'influence de valeurs et de modes de vie différents, peuvent accueillir favorablement les innovations - que celles-ci soient ou non bien fondées - dont elles pensent que leur santé bénéficiera. Dans les régions en voie de développement, on rencontre de plus en plus fréquemment des familles en pleine transition, attachées au passé et cependant au courant des nouveautés à mesuro que les méthodes modernes de communication et les progrès de l'enseignement arrivent jusqu'à elles.

Les aspects de la vie familiale qui reflètent d'une manière générale l'influence exercée sur la santé par l'éducation et l'apprentissage de la vie sociale au sein de la famille sont examinés brièvement ici sous quatre rubriques : caractéristiques de la vie familiale, acquisition du rang social, loisirs, définition des rôles masculins et féminins.

2.3.1 Caractéristiques de la vie familiale

On observe fréquemment au sein d'une famille des modes de vie préjudiciables à la santé. Bien que des facteurs héréditaires, ainsi que les normes culturelles, puissent ne pas y être étrangers, il semble qu'il y ait dans ce type de famille une continuité dans les usages qui n'est pas entièrement expliquée ni encore bien comprise. Mention a déjà été faite des habitudes familiales à l'égard du tabac. L'obésité est une autre caractéristique familiale fréquemment observée. Des parents obèses ont souvent des enfants obèses; les prédispositions génétiques, les habitudes familiales et culturelles en matière d'alimentation et d'activité physique, de même que des problèmes psychologiques et sociaux peuvent certes jouer un rôle dans ce phénomène, mais il faut également considérer les attitudes familiales et culturelles à l'égard de l'obésité, qui dans certaines familles et certaines sociétés est considérée comme un signe de richesse et d'importance sociale.

2.3.2 Acquisition du rang social

Les familles cherchent à atteindre le rang social qui leur paraît souhaitable et s'efforcent également de l'assurer à leurs enfants. Dans les sociétés traditionnelles, ce souci est dans une large mesure le fait de la coutume et de l'influence de la société. Les manières rituelles de marquer la puberté, les mariages arrangés dès l'enfance et ceux qui sont différés jusqu'à ce que la situation désirée ait été atteinte, les préférences montrées

pour un sexe plutôt que pour l'autre, ainsi que de nombreux autres faits et gestes se rattachant au même souci peuvent influencer sur la nature et la qualité de la vie familiale : on tend à imiter les personnes que l'on situe à un rang social supérieur. C'est ainsi que certaines familles consacrent le peu d'argent dont elles disposent à l'habillement plutôt qu'à l'alimentation, ou achètent des aliments de luxe importés au lieu de consommer des denrées locales moins coûteuses et de bonne valeur nutritive.

Dans certaines sociétés, c'est une forte fécondité qui confère l'importance sociale : plus une famille a d'enfants, et plus elle est considérée. Les hommes qui ont contribué à l'accroissement du clan peuvent se voir placés dans des situations d'autorité; les femmes qui ont plusieurs enfants jouissent d'une grande considération alors que celles qui restent stériles sont méprisées et tournées en ridicule. Les implications d'une fécondité élevée du point de vue de la santé et de l'éducation sanitaire ont déjà été abordées dans une autre section du présent document.

Heureusement, de nombreuses situations marquant une promotion sociale peuvent amener une amélioration des pratiques sanitaires, car à mesure que les familles s'élèvent dans la hiérarchie économique et sociale elles tendent à désirer pour la génération suivante une protection sanitaire, une éducation et une vie sociale meilleures.

2.3.3 Loisirs

Les loisirs peuvent être bienfaisants pour la famille, notamment pour les enfants et les adolescents, sur les plans physique et affectif. Les interactions entre les membres d'une famille qui ont des activités récréatives communes sont de nature à contribuer au bien-être mental et social de tous. Une famille bien intégrée reconnaîtra la nécessité pour les enfants et les adolescents d'activités récréatives à la maison et au dehors; elle les encouragera donc et y pourvoira, témoignant ainsi de sa confiance dans l'aptitude des jeunes à faire des choix judicieux.

D'un autre côté, les loisirs peuvent être cause de problèmes touchant la santé. Les activités récréatives des adultes de la famille, si l'on y mêle les enfants, peuvent être nuisibles pour ceux-ci. Le manque de sommeil, une alimentation et une stimulation excessives sont communément observés dans ces cas. Dans les familles où le passage fréquent de visiteurs entraîne une trop grande dispersion de la vie familiale, les enfants peuvent pâtir de cet état de choses.

2.3.4 Définition des rôles masculins et féminins

La plupart des cultures ont certains concepts quant aux comportements masculins et féminins qui sont ou non souhaitables à différents âges. La nature dote chaque être humain de qualités masculines ou féminines qui doivent être développées de manière à lui donner un sentiment de satisfaction et à l'aider à établir des relations humaines souhaitables, en conformité avec la culture à laquelle il appartient.

Le développement sexuel des enfants et des adolescents a été une préoccupation majeure de toutes les sociétés à mesure que se sont succédé les générations. L'éducation et la préparation à la vie sociale en fonction du rôle attribué à chaque sexe par telle ou telle culture commencent à la naissance et se poursuivent durant toute l'enfance et l'adolescence. Lorsqu'arrive l'âge adulte, les caractéristiques masculines et féminines telles qu'on les conçoit dans le milieu culturel où vivent l'enfant et sa famille sont bien établies. A mesure qu'il prend de l'âge, le jeune adulte doit réaliser les ajustements additionnels requis pour se comporter efficacement en tant qu'homme ou en tant que femme. Des modifications anatomiques, physiologiques et psychologiques se produisent en même temps que ces processus se poursuivent, et très certainement influent sur leur direction et leur accentuation.

Il nous paraît utile d'indiquer à ce propos que lorsqu'il y a un déséquilibre entre les besoins du développement d'un individu et les attentes et exigences de la société, des problèmes sanitaires divers peuvent surgir.

Deux particularités de la puériculture seront mentionnées ici, en même temps que leurs influences possibles sur la santé : il s'agit du traitement préférentiel dont bénéficie un sexe par rapport à l'autre, et du traitement différentiel pratiqué en fonction des rôles acceptables du point de vue culturel pour l'un et pour l'autre sexe.

Les préférences montrées à l'égard des enfants en fonction de leur sexe se rencontrent dans de nombreuses cultures, de même que dans bien des familles. On ne s'arrêtera pas ici aux considérations théoriques touchant les raisons de cette attitude, mais plutôt aux répercussions qu'elle est susceptible d'entraîner pour les enfants. L'auteur n'a trouvé dans la littérature que peu d'indications concernant les effets que le traitement préférentiel, dont bénéficie un sexe par rapport à l'autre, peut avoir sur la santé des sujets, mais des exemples observés sur le terrain ont été cités. C'est ainsi qu'on a signalé que dans les sociétés qui attachent plus de prix aux garçons qu'aux filles, les premiers sont plus souvent emmenés à l'hôpital par leurs parents pour y recevoir des soins. Si les moyens dont les parents disposent pour l'éducation des enfants sont limités, la préférence est donnée aux garçons plutôt qu'aux filles. Bien qu'il existe une abondante littérature sur l'enfant victime de mauvais traitements ou de négligence de la part de ses parents, aucun parallèle n'a été établi, à la connaissance de l'auteur, entre ces circonstances et celles dans lesquelles se trouve l'enfant désavantagé pour des considérations de sexe.

Les effets que peut avoir sur la santé le traitement différentiel pratiqué en fonction des rôles acceptables du point de vue culturel pour l'un et pour l'autre sexe, sans avoir fait l'objet d'études précises, sont plus faciles à observer. Par exemple, dans de nombreuses cultures, les filles sont à un âge précoce chargées de travaux ménagers excessifs, notamment du soin des frères et sœurs plus jeunes; au lieu d'aller à l'école elles travaillent dans les champs, portent de lourds fardeaux - quelquefois des enfants à peine plus petits qu'elles - et assument ainsi les tâches qui incombent traditionnellement à la femme dans la famille. Bien que ce soit là la conception naturelle des attributions de la femme dans de telles sociétés, on peut se demander si l'intérêt que présente le fait d'être un élément contribuant effectivement à la vie familiale compense le préjudice que peut subir le développement physique et affectif de l'enfant. En ce qui concerne les garçons, dans la plupart des sociétés ils sont censés développer à un stade précoce les traits du comportement masculin.

Dans certaines cultures, traditionnelles aussi bien que modernes, le conditionnement sexuel débute au cours de la première enfance et de l'enfance, par l'habillement des jeunes sujets d'abord, et ensuite par le comportement différent des adultes à l'égard des filles et des garçons, qui accentue les différences. Dans certaines sociétés, la mixité à un stade précoce est considérée comme inévitable, sinon justifiée. Les relations entre les deux sexes revêtent de nombreuses formes, qui sont fonction des normes sociales. Depuis quelques années, on observe dans de nombreuses parties du monde une évolution complexe des normes admises dans des domaines tels que les relations entre les filles et les garçons pendant l'adolescence, les attributions des deux sexes au sein de la cellule familiale, le rôle économique et social de l'homme et de la femme en dehors de la famille. Les aspects sanitaires généraux du comportement sexuel, dont il a déjà été question plus haut, sont inséparables des aspects psychologiques, affectifs et sociaux et doivent être pris en considération dans les programmes de préparation à la vie familiale.

2.4 Gestion du ménage

La manière dont les familles gèrent leurs affaires, notamment l'emploi de leur temps, la répartition des responsabilités familiales, le partage des ressources et la planification

des dimensions de la famille peut influencer sur la santé et sur le bien-être de tous les membres de celle-ci. Chacun de ces points va être examiné brièvement en ce qui concerne les familles rurales et urbaines des pays en voie de développement.

Ce sont essentiellement les saisons qui déterminent l'emploi du temps des familles qui vivent de la terre.

Il y a le temps où l'on prépare les champs, celui où l'on plante et celui où l'on récolte; et enfin celui où l'on profite des cultures qui assurent à la famille son alimentation ou lui procurent une source de revenus. Lorsqu'une maladie du chef de famille (le paludisme, par exemple) vient perturber cette organisation, elle peut également avoir des effets sur les autres membres. Dans ces familles qui doivent tirer leur subsistance de leurs propres ressources et qui vivent le plus souvent dans la pauvreté, l'emploi du temps au jour le jour peut paraître ne pas avoir une grande importance. Pourtant, aller chercher de l'eau, se transporter jusqu'aux parcelles cultivées, prendre soin de nombreux enfants et s'acquitter de toutes les tâches ménagères, tout cela représente une telle dépense de temps et d'énergie qu'il en reste bien peu pour les exigences fondamentales d'une vie saine, sans parler même du besoin de réfléchir et de faire des plans. Nombreuses sont les familles qui n'ont jamais connu d'autre genre de vie. Néanmoins, dans ces sociétés, des jeunes qui se représentent d'autres modes d'existence commencent à mettre en question le recommencement perpétuel de ces activités qui semblent ne faire qu'accroître la pauvreté et la mauvaise santé. La préparation à la vie familiale fournit l'occasion d'aider garçons et filles, dans les limites imposées par les réalités de leur situation, à considérer comment ils pourraient employer leur temps de manière plus rationnelle, dans la famille et en dehors de la famille immédiatement et plus tard.

Dans les villes, l'emploi du temps des familles doit être organisé en premier lieu sur une base quotidienne. Les gens originaires d'un milieu rural ont beaucoup de mal à comprendre cette nécessité et à s'y conformer. Il résulte de cette situation, encore aggravée par les exigences de la vie dans un milieu étranger, que les tâches dont l'accomplissement est essentiel à une vie saine sont souvent négligées. Là encore, la préparation à une vie familiale meilleure peut aider les jeunes à réfléchir sur un emploi du temps rationnel et propre à protéger et à maintenir la santé des membres de la famille.

La vie familiale prend une valeur accrue quand les responsabilités, en ce qui concerne la santé notamment, sont réparties et qu'il est tenu compte des besoins de tous les membres de la famille. Dans l'économie de survie ou de subsistance, qui est celle des régions rurales, cette répartition bien définie des tâches entre l'homme, la femme et souvent même, les enfants, est de règle. Au sein de la famille élargie, il se trouve d'ordinaire quelqu'un qui se charge de certaines tâches comme les soins aux enfants, la préparation des aliments, voire l'éducation et la préparation à la vie sociale, lorsque les parents eux-mêmes ne sont pas en mesure d'en assumer la pleine responsabilité, soit temporairement ou en permanence.

C'est dans les collectivités urbaines que la répartition des tâches peut poser des problèmes particulièrement difficiles du point de vue de la santé, lorsque le père et la mère travaillent. Il n'y a pas grande probabilité qu'il y ait à proximité quelque autre membre de la famille qui puisse prendre en charge les tâches quotidiennes, et les enfants sont trop souvent laissés à eux-mêmes. Les problèmes de santé s'amplifient, comme on le verra plus loin. Une fois encore, les éléments jeunes de ces familles, qui peuvent en fait devoir assurer eux-mêmes les soins aux enfants ainsi que d'autres tâches familiales, peuvent apprendre, dans le cadre de programmes de préparation à la vie familiale bien conçus, à faire face aux problèmes sanitaires qui se posent dans ces foyers urbains.

Le partage des ressources, de même que celui des tâches, est une nécessité pour une vie familiale saine. Dans les milieux ruraux, la famille élargie, le clan ou la tribu sont d'ordinaire organisés de telle façon que ce partage se fait tout naturellement. A titre d'exemple, Lubart signale que chez les esquimaux du delta MacKenzie, au Canada, où la chasse est encore le seul moyen de subsistance, le partage déborde le cadre de la famille et s'étend

aux parcours de chasse et au gibier "de façon qu'en cas de famine le chasseur le plus vigoureux et le plus habile ne monopolise pas les ressources alimentaires, tandis que les plus faibles devraient endurer la faim ... De même, les familles de la même troupe de chasseurs ont des obligations réciproques : les nouveau-nés et les enfants qui deviennent orphelins - ou bien un nouvel enfant qui naît dans une famille qui en a déjà beaucoup - sont fréquemment adoptés par une veuve dont les enfants sont élevés; d'autre part, chacun a le droit d'utiliser toutes les ressources de la troupe, qu'il s'agisse de nourriture ou d'instruments; il ne semble pas que la notion de la "propriété individuelle" existe".¹

Bien différente est la situation dans les régions urbaines où, en règle générale, il y a non seulement moins de ressources à partager mais aussi moins de personnes associées à une famille pour contribuer au partage. Dans ces familles urbaines, les ressources financières, d'ordinaire limitées, doivent être utilisées pour l'achat de vêtements, le paiement du loyer, la nourriture et, dans la mesure du possible, les loisirs. La concurrence entre ces besoins peut nuire aux relations familiales. L'établissement d'un budget familial devient donc une nécessité, et à cet égard la préparation à la vie familiale peut être fort utile.

Aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, il faudrait que tous les jeunes qui se proposent de fonder une famille soient aidés à apprécier leur capacité de partager avec leur futur conjoint les responsabilités, financières et autres, qu'impliquent la gestion d'un ménage et le maintien d'une famille en bonne santé, ainsi que la capacité dudit conjoint à faire de même.

Planifier la dimension de la famille et espacer les naissances sont deux choses nécessaires s'il s'agit de faire en sorte que chaque couple ait le nombre d'enfants désiré compte tenu de la chronologie envisagée pour leur venue au monde et des impératifs touchant la santé, la situation socio-économique et les buts que les époux se sont fixés dans la vie. On reconnaît de plus en plus, dans de nombreux secteurs ruraux et urbains mais plus particulièrement dans les seconds pour les raisons indiquées ici et dans d'autres sections du présent document, que la planification familiale et l'espacement des naissances sont souhaitables. Bien que la nécessité de cette planification puisse ne pas être aussi évidente dans les régions rurales, où une famille nombreuse peut être considérée comme un atout et peut-être même désirée, il ressort avec une netteté croissante des enquêtes menées dans différentes parties du monde que, dans les milieux ruraux et urbains, un nombre croissant de gens souhaitent avoir une famille qu'ils puissent entretenir avec les ressources limitées dont ils disposent et à laquelle ils soient en mesure d'assurer des soins médicaux et une éducation adéquats, ainsi que des conditions de vie plus confortables. La préparation à la vie familiale et l'enseignement de la dynamique des populations peuvent aider les jeunes à mieux comprendre la nécessité, tant au sein de la famille qu'à l'échelle nationale et mondiale de la planification de la famille et, de l'espacement des naissances.

2.5 Soins aux enfants - responsabilités parentales

Dans les pages qui précèdent, nous avons examiné sous de nombreux angles l'importance de bons soins pour les enfants et en quoi ces soins consistent. Dans la présente section, ils seraient considérés comme une fonction de la famille et étudiés du point de vue des responsabilités parentales.

Quatre concepts, ayant directement ou indirectement rapport à ces responsabilités, seront exposés ici en raison des idées qu'ils suggèrent et qui devraient être développées et mises en pratique dans les programmes de préparation à la vie familiale. Ensemble, ils représentent une synthèse des problèmes, besoins et responsabilités sanitaires déjà évoqués et

¹ Lubart, J. M. (1969) Field Study of the Problems of Adaptation of MacKenzie Delta Eskimos to Social and Economic Change: Psychiatry, 32, 449-450.

à partir desquels peut être envisagé d'une manière générale le secteur d'intérêt dont il s'agit. De plus, ils reflètent les principes énoncés dans la "Déclaration des Droits de l'Enfant" que l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamée le 20 novembre 1959.¹

2.5.1 Une bonne santé et des relations mutuellement satisfaisantes entre l'enfant et son entourage pendant sa croissance et son développement représentent un facteur important de la préparation aux futures responsabilités de parent.

Un élément essentiel de cette préparation est assuré si le sujet grandit dans une famille qui satisfait aux besoins de sa santé au cours de sa croissance et pourvoit à son développement affectif et social optimal, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du foyer et en conformité avec les normes culturelles de la société où il vit. L'aptitude de l'adulte à partager dans un esprit d'harmonie les responsabilités familiales, ainsi qu'à donner et à recevoir de l'affection, se ressent fortement des expériences affectives et sociales de la première enfance, de l'enfance et de l'adolescence.

2.5.2 L'enfant a besoin de se sentir désiré

Le principe 6 de la Déclaration des Droits de l'Enfant stipule que "L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère".² Or, ces exigences ne peuvent être satisfaites que si l'enfant est désiré.

Un des principes fondamentaux sur lesquels reposent les programmes actuels de planification familiale et d'espacement des naissances est que toute famille a le droit de décider elle-même de la dimension qu'elle veut avoir. Les facteurs qui déterminent si un enfant est ou non désiré sont nombreux, et ils diffèrent grandement selon que l'enfant représente pour la famille un avoir ou une responsabilité. Il est également de plus en plus reconnu que les enfants ont aussi leurs droits, que le principe 2 de la Déclaration des Nations Unies énonce en ces termes : "L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante".³ Il convient de donner aux jeunes l'occasion de considérer, préalablement aux relations sexuelles qu'ils pourront avoir dans le mariage ou hors du mariage, ces droits interdépendants compte tenu des buts qu'ils se proposent dans la vie.

2.5.3 De bons soins prénatals et postnatals, ainsi qu'une attention continue apportée au développement physique, psychique, affectif et social des enfants et des jeunes à mesure qu'ils approchent de la maturité et de l'âge adulte, sont nécessaires pour les préparer à leurs responsabilités parentales futures.

La Déclaration des Droits de l'Enfant stipule encore, en son principe 4, que : "l'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale. Il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine; à cette fin, une aide et une protection spéciale doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une

¹ 1968, Année internationale des Droits de l'Homme, Droits de l'Homme, New York, Organisation des Nations Unies, 1967, pp. 92-93.

² 1968, Année internationale des Droits de l'Homme, Droits de l'Homme, New York, Organisation des Nations Unies, 1967, p. 93.

³ 1968, Année internationale des Droits de l'Homme, Droits de l'Homme, New York, Organisation des Nations Unies, 1967, p. 92.

alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats." ¹ Certes, ces droits, tels qu'ils sont énoncés, vont au-delà de la responsabilité des parents et impliquent la fourniture par la collectivité de services de protection infantile; cependant, ils ont leurs racines dans la famille elle-même, première et principale ligne de défense, pour ce qui est de la plupart des enfants, contre les dangers qui menacent leur santé.

Une tâche essentielle de l'éducation sanitaire - et de la préparation à la vie familiale - consiste à enseigner aux jeunes les connaissances qu'il faut pour donner aux enfants des soins rationnels, et à les aider à développer, en même temps que la volonté de mettre ces connaissances en pratique, les aptitudes voulues.

2.5.4 Des parents conscients de leurs responsabilités, lorsqu'ils ne sont pas en mesure de faire pleinement face eux-mêmes aux problèmes sanitaires, font appel à l'aide qualifiée qu'ils peuvent trouver à l'extérieur.

De ce concept découle l'importance d'inclure dans les connaissances que doit dispenser l'éducation sanitaire, celle des services de santé existants ou nécessaires dans une collectivité, ainsi que de la manière de les obtenir en cas de besoin et les utiliser. Dans bien des cas, cela pourra impliquer un engagement des jeunes dans les efforts entrepris sur le plan de la collectivité pour mettre en place un service de santé capable de mieux répondre aux besoins locaux.

3. PROBLEMES ET BESOINS SANITAIRES DES JEUNES, EN CE QUI CONCERNE LEUR ROLE FUTUR DE CITOYENS CONSCIENTS DE LEURS RESPONSABILITES ET DE MEMBRES PRODUCTIFS DE LA SOCIETE

Dans de nombreux pays, un objectif général de l'éducation est de préparer les jeunes au rôle qu'ils pourront jouer dans la collectivité aux échelons local, régional, national et mondial. L'éducation sanitaire, y compris la préparation à la vie familiale, devrait contribuer de toutes les manières possibles à la réalisation de cet objectif. Un garçon ou une fille qui grandit dans un monde qui se rétrécit sans cesse doit prendre conscience non seulement des conditions et des services sanitaires existant dans son voisinage, son village ou son pays, mais aussi devenir capable d'apprécier les besoins du monde entier et les efforts poursuivis sur ce plan pour améliorer la santé de tous les peuples. En outre, par une collaboration appropriée entre les autorités scolaires, les responsables de programmes s'adressant à la jeunesse et les autorités sanitaires, l'occasion peut être fournie aux jeunes de participer eux-mêmes aux efforts de la collectivité dans le domaine sanitaire. Cette participation, non seulement sera utile à la collectivité, mais encore constituera pour les jeunes une excellente expérience éducative.

Dans cette dernière section sont traités deux sujets qui ont rapport aux relations mutuelles de la famille et de la collectivité. Le premier : l'urbanisation, est particulièrement important au point de vue du développement de l'enfant et de celui de la vie familiale, étant donné que près de 40 % de la population mondiale vit maintenant dans des zones urbaines et que nombre des citoyens d'aujourd'hui étaient naguère des ruraux; le second sujet : les ressources existantes en matière de services de santé et l'utilisation de ces services présente une grande importance pour la mise en oeuvre de programmes visant à satisfaire les besoins examinés tout au long du présent document.

3.1 Urbanisation

L'urbanisation est considérée ici sous l'angle de certains problèmes et besoins sanitaires inhérents à la vie dans des agglomérations urbaines en expansion rapide, en particulier dans les pays en voie de développement où le rythme de croissance est particulièrement accéléré.

¹ 1968, Année internationale des Droits de l'Homme, Droits de l'Homme, New York, Organisation des Nations Unies, 1967, p. 92.

Le rapport d'un groupe d'experts de l'OMS qui s'est réuni en 1970 pour étudier les "Effets de l'urbanisation sur la santé" contient le passage suivant :

"L'énorme afflux de population dans les villes a mis à très forte contribution les ressources de tous genres : soins médicaux, services sociaux, services de l'emploi, approvisionnement en eau, réseaux d'égouts et logement. Les migrations massives, en particulier dans les pays en voie de développement, ont entraîné un grave surpeuplement urbain et la formation de zones périphériques de taudis échappant à tout contrôle. De nouveaux problèmes ont surgi et les anciens se sont aggravés : il n'est pour s'en convaincre que de penser à la pollution, à la délinquance juvénile ou aux accidents de la circulation. Le mouvement migratoire à partir des campagnes vers les villes peut avoir pour effet de réduire le danger de fléaux connus de longue date (paludisme, zoonoses, maladies parasitaires), mais en revanche le surpeuplement urbain peut augmenter fortement les risques de propagation d'autres maladies transmissibles et de troubles mentaux.

D'autre part, il est évident que les techniques sanitaires, de même que les autres techniques, tendent à se concentrer dans les villes; les soins médicaux, les services de protection de l'environnement et le niveau de vie sont généralement de meilleure qualité en milieu urbain qu'en milieu rural. De plus, pour quelque raison, les gens pensent très souvent que c'est dans les métropoles qu'ils trouveront des possibilités de mener une vie mieux remplie. Alors que pendant la plus grande partie de l'histoire les villes étaient des endroits relativement malsains, la situation est différente aujourd'hui. Mais pendant combien de temps, étant donné les problèmes liés au surpeuplement, à la pollution, aux nuisances et à l'agitation, en sera-t-il ainsi ?¹

Dans beaucoup d'agglomérations, on trouve communément des quartiers miséreux. Tant à l'intérieur de nombreuses villes qu'à leur périphérie, laquelle y est incluse, se constituent des "villages" de migrants venus des zones rurales et qui ont apporté avec eux leurs habitudes de vie campagnardes. Rosa, ajoutant au tableau, écrit que "Les pays en voie de développement connaissent maintenant les problèmes d'urbanisation auxquels les pays occidentaux ont eu à faire face au siècle dernier. Des familles aux habitudes rurales essaient de s'adapter au milieu urbain. Les taux de natalité élevés et les familles nombreuses ne posent pas de problème à la campagne, alors qu'ils en créent à la ville. Les pratiques rurales en matière d'hygiène ne conviennent pas à un cadre urbain. Les risques de maladies transmissibles augmentent. La nutrition peut souffrir, du fait que la famille était, dans le milieu rural, en mesure de pourvoir à ses besoins alors qu'il en va tout autrement en ville. Le travail des enfants dans l'industrie pose un problème dans certaines régions. Les enfants manquent d'espace pour prendre de l'exercice et jouer. Enfin, de nouveaux risques d'accidents apparaissent."² C'est dans ces villes que les enfants croissent et se développent, et que les familles doivent remplir leurs diverses fonctions, souvent avec de très grands handicaps. C'est aussi dans ces villes que nombre de problèmes sanitaires considérés dans le présent document s'amplifient. Quelques-uns d'entre eux, qui ne sont pas sans implications pour la préparation à la vie familiale en milieu urbain, vont maintenant être examinés.

Assurer la nourriture de la famille devient souvent, en ville, une tâche difficile. Nous avons dit qu'il n'est pas toujours possible de trouver les denrées qui se trouvent couramment à la campagne et auxquels la famille était habituée. Les aliments offerts à la ville ne lui conviennent souvent pas, ou sont trop chers.

La préparation des repas à la maison peut présenter des difficultés par manque de l'équipement voulu ou de temps. Le combustible peut être onéreux et l'installation peu pratique. Les installations essentielles à la protection des denrées alimentaires contre la contamination

¹ Groupe d'étude de l'OMS sur les effets de l'urbanisation sur la santé, 2-7 novembre 1970. Rapport non publié.

² Rosa, F. (1970) Maternal and Child Health and Family Planning Programmes in Urban Areas, Participant Journal, 4, N° 12, p. 23.

(par l'homme, par les insectes ou par les rongeurs) font parfois défaut. Dans certaines zones urbaines, les familles achètent des aliments préparés soit à des marchands ambulants, soit au marché soit dans de petites boutiques, ce qui augmente les risques d'infection. Les enfants de tous âges sont souvent livrés à eux-mêmes, mangeant n'importe quoi à n'importe quel moment.

Beaucoup de jeunes mères travaillent au dehors, et en conséquence abrègent la durée de l'allaitement au sein. Le sevrage précoce et l'alimentation artificielle peuvent être cause de graves affections diarrhéiques ainsi que de malnutrition. Le lait et les autres aliments donnés aux nourrissons peuvent être contaminés et carencés en protéines et en calories.

Les dangers que les conditions de logement peuvent comporter pour la santé ont déjà été mentionnés dans les sections précédentes. Ils peuvent prendre un caractère particulièrement aigu dans les zones urbaines surpeuplées. Il se pose par exemple le problème du retard de la mise en place de réseaux de distribution d'eau saine et d'égouts par rapport à la rapidité de l'expansion des villes; et ce problème se double de celui que crée l'utilisation anti-hygiénique d'installations dont les gens n'ont pas l'habitude. Lorsque des familles viennent d'un village où la vie sociale avait pour centre le puits commun ou la fontaine publique et où les champs et les buissons étaient utilisés comme dépotoirs, l'adaptation aux usages de la ville n'est pas simple. On a cité des cas où des cabinets d'aisances installés à l'intérieur d'habitations et que devaient peut-être partager plusieurs familles n'étaient pas utilisés parce qu'ils étaient jugés déplaisants du point de vue esthétique et inacceptables du point de vue culturel. Dans les zones urbaines surpeuplées où n'existe pas de systèmes de distribution d'eau potable et d'évacuation des eaux usées, les dangers que font courir à la santé les installations de fortune utilisées pour se procurer de l'eau, se baigner et évacuer les déchets sont particulièrement grands. L'ampleur du problème de l'hygiène du milieu dans les zones urbaines a été mise en évidence dans diverses publications techniques.^{1, 2}

Indépendamment de leur aspect inesthétique, les monceaux d'ordures ménagères, dans les grandes et petites agglomérations, peuvent constituer une grave menace pour la santé. Ils fournissent un refuge aux rats, qui sont des vecteurs potentiels de maladies et représentent un danger pour les jeunes enfants. On trouve ces rongeurs dans le monde entier. Ils s'attaquent aux nouveau-nés, et il est connu que lorsque ces rongeurs courent sur les gens endormis dans une chambre surpeuplée, ils sont attirés par l'odeur du lait qui a séché autour de la bouche du nourrisson; un sursaut de celui-ci peut effrayer le rat, qui le mord au visage et lui fait de vilaines plaies.

Dans certaines parties du monde, le moustique Aedes aegypti a étendu son habitat à la ville. Dans l'hémisphère occidental, et particulièrement dans le sud-est des Etats-Unis, dans la région des Antilles et en Amérique centrale, cet insecte, vecteur de la dengue (et plus rarement aujourd'hui de la fièvre jaune et de fièvres hémorragiques dans d'autres parties du monde) se reproduit principalement dans l'eau qui tombe et demeure dans les récipients de toutes sortes qui s'accumulent vite autour des habitations et sur les terrains vagues. Des pneus usés, des boîtes de conserve, des bouteilles en matière plastique, des jouets, des automobiles abandonnées, des appareils hors d'usage, des vases et autres récipients destinés à la culture aquatique de plantes sont parmi les nombreux objets où la femelle d'Aedes aegypti dépose ses oeufs.

L'éradication d'Aedes aegypti est devenue un objectif de santé publique dans les régions de l'hémisphère occidental où cet insecte se reproduit. Etant donné que dans ces régions c'est dans la proximité étroite des habitations et des détritiques accumulés par l'homme qu'il vit, il est impératif que les familles, les unités de voisinage et les communautés plus

¹ Comité d'experts de l'Habitat dans ses Rapports avec la Santé publique, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1961, 225.

² Comité d'experts de l'Urbanisme et de l'Aménagement urbain dans leurs Rapports avec l'Hygiène du Milieu, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1965, 297.

larges, notamment les écoles, coopèrent à cette activité. L'emploi d'insecticides, les campagnes intensives de nettoyage et d'autres mesures analogues appliquées de l'extérieur n'ont pu venir à bout du moustique. C'est là un domaine préoccupant où la préparation continue à la vie familiale pourrait sans doute jouer un rôle important.¹

Un autre moustique, Culex pipiens fatigans, est un vecteur urbain de la filariose qui se trouve en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud, et qui, contrairement à Aedes aegypti qui recherche pour ses gîtes larvaires des eaux claires, choisit essentiellement pour les siens des eaux usées, par exemple dans les fosses à purin, les fosses d'infiltration et les canalisations mal entretenues. A mesure que l'accroissement démographique dépasse la capacité de faire face aux problèmes posés par l'écoulement des eaux et les égouts, les difficultés présentées par la lutte contre Culex pipiens fatigans se multiplient.

Dans de nombreuses collectivités urbaines, les taux de morbidité par tuberculose et l'incidence des maladies intestinales sont élevés. Les personnes atteintes représentent des risques spéciaux dans l'industrie alimentaire, où elles peuvent contaminer les denrées si celles-ci ne sont pas convenablement traitées. De même que les domestiques, les personnes qui s'occupent d'enfants et celles que leur travail met en contact étroit avec le public peuvent être responsables de la propagation de ces maladies infectieuses.

Les problèmes sociaux et économiques associés à la vie urbaine ont des répercussions sur la santé de l'individu et sur celle de la famille. Les migrants qui arrivent dans les villes sont surtout des jeunes qui cherchent un emploi dans l'industrie ou dans le secteur des services. Eloignés de la protection aussi bien que des contraintes familiales ou tribales, souvent sans emploi fixe, ils peuvent réagir à certaines situations par la délinquance, la violence, la toxicomanie, l'alcoolisme et la prostitution.²

L'urbanisation amplifie les difficultés que peuvent connaître les familles nombreuses. Dans une famille restreinte, cas le plus probable en milieu urbain, les tensions causées par un espace vital, des ressources alimentaires et pécuniaires limités, et bien souvent l'absence d'une parenté qui pourrait prendre une part des fardeaux, peuvent engendrer le découragement et de sérieuses crises familiales. L'importance de la limitation et de l'espacement des naissances prend un relief significatif quand on la considère sous l'angle de la santé.

A l'actif de la vie urbaine s'inscrit le fait qu'elle offre à l'individu de plus nombreuses ressources en matière de services de santé que ne le fait le milieu rural. Il s'agit alors d'être renseigné sur les divers services assurés et de savoir où les trouver. Il faut aussi que ces services soient fournis à des heures et en des endroits commodes pour les gens auxquels ils sont destinés.

3.2 Services de santé : leur disponibilité et leur utilisation

Pour que les enfants et les jeunes puissent grandir dans de saines conditions au sein de la famille et être préparés à assumer leurs futures responsabilités familiales, il faut qu'ils bénéficient de services sanitaires, y compris les éléments éducatifs qu'ils comportent, aux divers stades de leur croissance et de leur apprentissage de la vie.

Des services de santé sont nécessaires pendant la période prénatale, lors de l'accouchement et durant toute la période postnatale pour protéger la santé de la mère et de l'enfant. Ils le sont encore pendant les premiers mois de vie, la première enfance et l'adolescence, pour assurer les soins préventifs et curatifs essentiels. Nécessaire également est l'association de l'éducation aux services de santé et aux services connexes, au début et dans le cours de la vie familiale, de façon que la famille puisse remplir ses fonctions de saine

¹ US Department of Health, Education and Welfare, The Aedes aegypti Eradication Program. Atlanta, Ga., Communicable Disease Center, 1966, 17 pp.

² Urbanisation et santé publique, Chronique de l'Organisation mondiale de la Santé, 1967, 21, 475-479.

manière et soit en mesure de prévenir la maladie ou d'améliorer les états de santé déficients. De même que la famille, la collectivité a besoin de services de santé pour que l'environnement dans lequel l'enfant devra grandir, et plus tard élever une famille, soit à la fois sûr et sain. Cependant, malgré la nécessité évidente de services sanitaires et éducatifs adéquats et dont le bénéfice s'étend à tous les individus, une importante proportion de la population mondiale en est privée. Même lorsque des services de santé existent et sont connus de la population, il n'y est pas toujours recouru à bon escient lorsqu'ils seraient utiles.

Bien des attitudes et habitudes doivent être mieux comprises du personnel sanitaire pour qu'il puisse effectivement servir la population. Ce personnel doit, notamment, s'enquérir de ce que les gens pensent des dispensaires et des hôpitaux, de l'importance de la vaccination, de celle de soins médicaux recherchés à temps lorsqu'ils sont malades, des vertus qu'ils prêtent à la médecine empirique, et enfin des craintes et du sentiment de frustration qu'ils peuvent éprouver en face de services de santé médiocres. Il y a là pour les responsables des services de santé matière à recherches, et celles-ci devraient être poursuivies avec la participation des usagers actuels et potentiels de façon à pouvoir déterminer plus méthodiquement les facteurs physiques, psychologiques, culturels, éducatifs et économiques qu'il conviendrait de prendre en considération pour organiser les services de santé. Là aussi s'offre un important secteur d'éducation pour les enfants, les jeunes et les adultes, en vue de leur participation aux efforts tendant à assurer la mise en place de services essentiels et leur utilisation judicieuse.

A l'heure actuelle, de nombreux pays s'emploient activement à coordonner et à élever le niveau de leurs services de santé et s'appliquent méthodiquement à en étendre la portée et à améliorer la qualité à mesure que des ressources deviennent disponibles. La protection maternelle et infantile, la nutrition, les soins infirmiers, l'éducation sanitaire, la santé mentale, la pharmacodépendance, de même que des programmes d'hygiène du milieu et de lutte contre certaines maladies, sont des éléments qu'il importe de faire entrer en ligne de compte pour la création et le renforcement des services de santé. Certains pays ont récemment inclus la santé de la famille dans leurs programmes de travail, en insistant particulièrement sur les aspects sanitaires que revêt à cet égard la planification familiale. Les activités essentielles à la santé de la famille comprennent celles de tous les services déjà mentionnés, ainsi que de ceux qui s'occupent de l'enseignement et de la formation du personnel sanitaire professionnel et auxiliaire. Y entre aussi la planification entreprise de concert avec d'autres institutions et organisations.

4. RESUME

Les aspects sanitaires de la préparation à la vie familiale sont considérés dans le présent document comme des éléments dont l'étude doit s'insérer dans l'éducation générale, y compris l'éducation sanitaire. Certains problèmes et besoins sanitaires touchant en particulier les enfants et les jeunes, notamment dans les pays en voie de développement, ont été examinés en même temps que leurs implications pour la préparation à la vie familiale. Le document analyse l'action réciproque de l'enfant et de sa famille, et à travers celle-ci de l'enfant et de la société dans laquelle il doit être préparé à se conduire en citoyen responsable. D'un bout à l'autre de cette analyse, nous avons fait ressortir la nécessité de déterminer les problèmes et les besoins locaux et d'élaborer des programmes sanitaires et éducatifs adaptés à chaque culture.

Les problèmes et besoins sanitaires des individus, en ce qui concerne la croissance et le développement au sein de la famille, sont examinés à la section 1. Les considérations exposées dans cette section se fondent sur l'idée que les jeunes, à mesure qu'ils grandissent et se développent, éprouvent le besoin de connaissances sur eux-mêmes et le désir d'en faire l'application dans la vie quotidienne. De plus, il importe que ceux qui participent aux soins donnés aux nourrissons et aux enfants en bas âge, et qui envisagent de fonder un jour leur propre famille, soient instruits des facteurs sanitaires qui influent sur la croissance et le développement au sein de la famille.

Le document traite ensuite des problèmes et besoins sanitaires des enfants et des jeunes, considérés comme éléments contribuant effectivement à la vie familiale, en ce qui concerne la préparation aux responsabilités parentales. Les facteurs sanitaires ayant rapport à ces responsabilités sont étudiés en liaison avec certaines fonctions que remplissent, chacune selon son caractère propre, des familles de divers types : reproduction, entretien et protection de l'environnement physique, éducation et apprentissage de la vie sociale, gestion du ménage et soin aux enfants.

Le document s'achève avec une section consacrée aux problèmes et besoins sanitaires des jeunes, en ce qui concerne leur futur rôle de citoyens conscients de leurs responsabilités et de membres productifs de la société. Deux sujets, qui ont rapport aux relations mutuelles de la famille et de la collectivité sont traités dans cette section : d'une part l'urbanisation, et d'autre part les ressources existantes en matière de services de santé et l'utilisation de ces services. En exposant les problèmes liés à ces deux sujets préoccupants, nous avons souligné l'intérêt que présente la participation des jeunes aux efforts entrepris par la collectivité dans le domaine sanitaire. Cette participation, non seulement sera utile à la collectivité, mais encore constituera pour les jeunes une excellente expérience éducative.