



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

E : 46986

WHO/UNICEF/HED/85.10 ✓

ORIGINAL : ANGLAIS

CONSULTATION INTERNATIONALE MIXTE OMS/FISE  
SUR L'EDUCATION POUR LA SANTE CHEZ LES ENFANTS  
D'AGE SCOLAIRE

Genève, 30 septembre-4 octobre 1985



L'EDUCATION SANITAIRE POUR LES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE :  
LE PROGRAMME D'ENFANT A ENFANT

John K. G. Webb, OBE, MA, BM, FRCP  
Professeur émérite, Newcastle,  
Tropical Child Health Unit,  
Institute of Child Health,  
University of London,  
30 Guildford Street, London WC1N 1EH

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.

L'EDUCATION SANITAIRE POUR LES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE :  
Le programme d'ENFANT à enfant

L'éducation sanitaire pour les enfants d'âge scolaire est un domaine spécialisé qui s'inscrit dans le cadre plus vaste de la discipline qu'est l'éducation. Il existe donc des professionnels de l'éducation sanitaire et ceux-ci reconnaissent, quitte à y attacher une importance excessive, qu'un certain nombre d'obstacles majeurs empêchent l'intégration de l'éducation sanitaire dans les programmes scolaires établis. Cela étant, il convient de souligner que l'auteur du présent document n'est pas un éducateur qualifié mais enseigne la pédiatrie et que son expérience professionnelle a été partagée à égalité entre l'Inde et le Royaume-Uni. C'est pourquoi il peut encore se permettre d'avoir la naïveté de croire qu'il existe parmi les enfants un potentiel énorme et essentiellement inexploité pour l'éducation sanitaire. Il n'en reste pas moins que, sa vie durant, il a été déçu de voir que les portes des systèmes d'enseignement restaient pour la plupart closes aux idées brillantes (sic) qui germaient dans les esprits des travailleurs sanitaires s'intéressant aux enfants.

L'un des projets où les portes entre éducateurs professionnels et agents de santé infantile sont demeurées grandes ouvertes est le programme d'ENFANT à enfant. Le présent document décrit l'origine et l'évolution de ce programme et l'auteur s'interroge sur les leçons à retenir de cette expérience.

L'idée initiale est celle du Professeur David Morley. Ayant observé des nourrissons et des jeunes enfants au Nigéria et dans d'autres pays en développement, il avait été frappé par le fait que c'étaient surtout leurs soeurs et frères aînés qui s'occupaient de ces enfants. Il avait lui-même établi les causes des taux de morbidité et de mortalité effroyablement élevés chez ces jeunes enfants. Il savait combien étaient simples les mesures qui pouvaient renverser cette situation. Il croyait fermement que l'on pouvait enseigner à ces aînés des faits élémentaires sur les maladies courantes et que ces connaissances nouvelles profiteraient directement à leurs cadets tout en contribuant indirectement à informer les familles et les communautés. Les collègues enseignants à qui il a fait part de ces idées ont immédiatement reconnu leur potentiel. L'approfondissement de ces idées est le produit de la collaboration étroite qui s'est instaurée entre les deux départements intéressés des Instituts de santé infantile et d'éducation de l'Université de Londres, à savoir l'Unité de santé infantile tropicale et le Département de l'éducation des pays en développement, respectivement.

Ces idées ont été élaborées dans le cadre de ce que l'on a appelé des conférences mais qui étaient essentiellement des ateliers. Les participants étaient des enseignants des deux départements de l'Université, ainsi que des experts invités spécialisés dans les domaines de la santé et de l'éducation et venant de pays industrialisés et de pays en développement. Des équipes pluridisciplinaires ainsi constituées se sont réunies pendant plusieurs semaines pour échanger librement des idées, élaborer du matériel pédagogique et proposer des moyens d'encourager l'utilisation de ce matériel dans les pays en développement.

L'évolution du programme peut être envisagée sous trois angles différents :

- 1) Ce qu'il convient d'enseigner
- 2) Comment enseigner
- 3) Comment promouvoir le programme

1) Ce qu'il convient d'enseigner. Les sujets à enseigner ont été choisis sur la base de deux considérations générales : leur importance dans la hiérarchie des problèmes de santé de la communauté et, en particulier, leur rapport avec la santé des jeunes enfants et la mesure dans laquelle un enfant en âge de fréquenter l'école primaire peut effectivement jouer un rôle à cet égard. Les premières recommandations ont été classées sous cinq rubriques :

- a) une alimentation convenable;
- b) les enfants en tant qu'agents de santé;
- c) un environnement sain et sûr;

- d) des enfants qui grandissent;
- e) encourager les plus jeunes enfants.

Dans chacune de ces rubriques, un certain nombre de projets distincts ont été définis et traduits en matériel didactique sous la forme de ce que l'on appelle maintenant des fiches d'activité. Ces fiches étaient destinées aux maîtres d'école primaire qui devaient les utiliser telles quelles ou après adaptation à la situation locale.

Des projets particuliers ont été définis sous chaque rubrique comme suit :

- A. 1) Comment savoir si nos enfants sont suffisamment nourris
- 2) Des aliments plus sains pour nos bébés

(1) a ensuite été modifié et on s'est tourné plus précisément vers l'évaluation de la malnutrition au moyen de la bande de Shakir.)

- B. 1) Le traitement à domicile de la diarrhée
- 2) L'hygiène dentaire
- 3) Les enfants en tant que promoteurs de la santé

C. Les accidents et leur prévention

D. Observer la croissance et le développement

- E. 1) Jouer avec les bébés
- 2) Jouets et jeux

A la lumière d'autres expériences, de nouvelles fiches d'activité ont été élaborées. La liste complète des fiches actuellement disponibles figure à l'appendice I.

Les fiches d'activité ont été préparées spécifiquement pour l'enfant en âge de fréquenter l'école primaire et elles ont été consacrées à des sujets susceptibles d'entrer dans le cadre de l'expérience de ce groupe d'âge et se prêtant à des activités constructives. Les sujets sont plus pratiques que didactiques. Ils contribuent à l'objectif éducatif d'un programme où l'activité scolaire est en rapport avec la vie de la communauté mais ils ne laissent guère ou pas de place aux vues des parents ayant des aspirations plus traditionnelles en ce qui concerne la scolarité de leurs enfants. Ces aspirations traditionnelles ont été satisfaites dans une certaine mesure par la série des livres de lecture en anglais mise au point par le programme. Il s'agit d'histoires écrites par des enseignants qualifiés connaissant le tiers monde. Chaque histoire comprend un thème relatif à la santé. La langue utilisée est adaptée à des lecteurs du premier niveau (vocabulaire de 500 mots) ou du troisième niveau (1500 mots). Les sept titres existants sont énumérés à l'appendice II. Les sujets couverts comprennent l'eau, l'alimentation, le développement des enfants, les accidents, le traitement de la fièvre et un rôle pour les enfants. Ces livres peuvent être utilisés immédiatement à l'échelon approprié dans une école anglaise de niveau intermédiaire ou, lorsque l'anglais est la deuxième langue, à un stade ultérieur. Ils peuvent aussi être traduits et utilisés au niveau approprié dans la langue locale. Qu'ils soient en anglais ou dans la langue locale, ces livres peuvent être utilisés en classe dans le cadre des cours ordinaires ou pendant les récréations, auquel cas ils seront rangés sur les rayons de la bibliothèque.

2) Comment enseigner. Les fiches d'activité ont été élaborées dans l'hypothèse qu'elles seraient normalement utilisées par un maître d'école primaire, mais elles peuvent naturellement aussi être utilisées par des responsables de mouvements de jeunesse, des agents de santé, des membres de groupes féminins, etc. Les fiches donnent des renseignements fondamentaux sur le sujet. Elles suggèrent aussi des activités en rapport avec ce sujet pouvant être entreprises par des enfants à l'école, à la maison ou au sein de la communauté. Pour mesurer la malnutrition, par exemple, on peut apprendre aux enfants en classe comment confectionner une bande de

Shakir; ils peuvent ensuite se mesurer les uns les autres sous la surveillance du maître et on les encourage à mesurer leurs frères et soeurs à la maison. Au nombre des autres activités suggérées figurent le théâtre, le psychodrame, la composition de chansons et, activité plus ambitieuse, la réalisation d'enquêtes particulières. Le psychodrame peut être très précieux pour faire mieux comprendre aux enfants ce que ressent, par exemple, un enfant handicapé comme un enfant sourd ou un enfant dont une jambe est paralysée par suite de la poliomyélite. Le théâtre et la chanson sont d'excellents moyens de faire comprendre des faits fondamentaux concernant certaines maladies, les bonnes et les mauvaises habitudes en matière de santé et les ressources disponibles dans les services de santé locaux.

On a beaucoup réfléchi à la façon d'aborder l'enseignement et des directives sont données à ce sujet dans l'ouvrage "d'ENFANT à enfant" publié par Audrey Aarons et Hugh Hawes (MacMillan, 1979). Pour ces auteurs, il importe que les enseignants conçoivent leur rôle comme consistant à aider les enfants à s'aider les uns les autres et à aider leur communauté. Ils indiquent qu'en jouant ce rôle, les enseignants doivent rechercher avec les enfants ce que sont les besoins, les problèmes et les priorités de leur communauté, discuter entre eux de la façon de surmonter ces problèmes en utilisant les moyens disponibles, se montrer compréhensifs à l'égard des sentiments et des opinions d'autrui, concevoir des activités qui aideront et qui seront acceptables et faciles à entreprendre, et être toujours prêts à améliorer les programmes à la lumière de l'expérience acquise. Bien que les fiches d'activité aient été destinées en particulier aux maîtres d'école primaire et que ceux-ci puissent les utiliser à l'école indépendamment des services de santé et des services communautaires, il est évident qu'une collaboration active à l'échelon local entre agents de santé et éducateurs accroîtra l'efficacité du programme. La résistance qu'une mère (ou une grand-mère) pourra opposer aux idées nouvelles en matière de santé rapportées de l'école par un enfant de huit ans sera d'autant plus facile à vaincre que ces mêmes idées seront exprimées par un agent de santé communautaire dans le cadre du groupe de mères de famille auquel elle appartient. En outre, les activités sanitaires organisées à l'intention des enfants hors de l'école sont beaucoup plus susceptibles d'être en rapport avec les problèmes courants et de bénéficier véritablement à la santé de la communauté si elles sont planifiées conjointement par l'enseignant et l'agent de santé. Ce dernier point a si bien été reconnu par les médecins et autres agents de santé dans le monde entier que nombre des projets d'ENFANT à enfant mis sur pied avec succès sont le fait d'agents de santé et non d'enseignants.

Reste la question cruciale et difficile de savoir comment atteindre les enfants d'âge scolaire qui ne vont pas à l'école. L'ampleur de ce groupe varie d'un pays à un autre, d'une communauté à une autre au sein d'un pays et d'un groupe d'âge à un autre au sein d'une même communauté. Les enfants qui ne fréquentent pas l'école se répartissent en cinq catégories distinctes, au moins :

- 1) Les enfants qui restent intégrés à leur famille et ont un emploi. (A Bombay, par exemple, 25 % des enfants d'âge scolaire appartiennent à cette catégorie. Usha Naidu, communication personnelle.)
- 2) Les enfants ayant une activité domestique (et s'occupent par exemple du bétail ou de leurs jeunes frères et soeurs).
- 3) Les enfants, en particulier les jeunes filles après la puberté, pour lesquels le long trajet à pied jusqu'à l'école est considéré comme dangereux.
- 4) "Les enfants réfugiés" qui font partie de groupes importants désorganisés par une catastrophe majeure.
- 5) "Les enfants des rues" des grandes villes qui ont perdu contact avec leur famille et la société adulte et vivent dans des conditions précaires au sein de groupes d'enfants se soutenant mutuellement.

Au total, ces cinq groupes recouvrent une importante proportion de tous les enfants d'âge scolaire du tiers monde. Pour diverses raisons, ils sont plus ou moins défavorisés. L'éducation sanitaire sur le modèle d'ENFANT à enfant conviendrait souvent à leurs besoins. Cependant, chaque groupe a ses propres caractéristiques et est tributaire d'une aide spéciale dispensée en dehors des services normaux. Cette aide est souvent fournie par des organismes bénévoles dont beaucoup connaissent les matériels d'ENFANT à enfant ou par des membres généreux de groupes communautaires locaux dont un grand nombre ont trouvé utiles les matériels d'ENFANT à enfant.

3) Comment promouvoir le programme. Lors des premières conférences de travail sur le programme d'ENFANT à enfant, il a été reconnu que sa mise en oeuvre dépendrait des initiatives locales. Le programme a un bureau à l'Unité de santé infantile tropicale à Londres dont le personnel comprend un directeur à temps partiel et une secrétaire à plein temps. Le matériel du programme a été distribué par ce bureau, d'abord à tous les pays en développement anglophones qui ont été encouragés à l'utiliser ou à l'adapter librement selon leurs besoins. Le programme a été lancé en 1978-1979 pendant l'Année internationale de l'enfance. Le matériel a donc été envoyé aux comités de l'Année internationale dans l'espoir qu'ils créeraient des comités de coordination nationaux. Des matériels ont aussi été envoyés aux ministères de l'éducation et de la santé et, dans certains cas, aux ministères responsables de l'agriculture et du développement communautaire. L'Unité de santé infantile tropicale possédait une longue liste d'adresses des personnes chargées de l'enseignement, de la formation et de la pratique des soins de santé primaires et communautaires dans les pays en développement. Des matériels ont été envoyés à toutes les personnes figurant sur cette liste et aux organismes bénévoles oeuvrant dans ce domaine. Le British Council a distribué des matériels par l'intermédiaire de son réseau de bureaux.

La stratégie du programme consistait à faire connaître aussi largement que possible son matériel pédagogique et ses idées et à être prêt à répondre à toute demande de matériel supplémentaire. La traduction des matériels a été vivement encouragée ainsi que leur libre adaptation aux besoins locaux. Les utilisateurs ont été invités à fournir une rétro-information et des rapports continuent d'arriver. L'envoi d'un rapport, cependant, n'a jamais été avancé comme condition pour recevoir ou utiliser le matériel du programme et les renseignements dont on dispose sur la façon dont le programme a évolué dans différents pays sont fragmentés et incomplets. Le programme a été évalué en 1981; 1600 questionnaires ont été envoyés; 219 ont été renvoyés dont 113 remplis, en rapport avec les activités d'ENFANT à enfant. Les réponses indiquaient que le programme fonctionnait dans 57 pays au moins, répartis entre 7 grandes régions géographiques du monde. Quarante pour cent des répondants avaient mis sur pied des activités à partir d'informations écrites fournies par le bureau de Londres; 50 % avaient reçu le matériel par la poste en provenance d'un pays étranger. Dans 87 % des cas, plusieurs professions avaient contribué à l'élaboration des projets : infirmières, médecins, maîtres d'école primaire et éducateurs sanitaires, le plus souvent dans cet ordre.

Dans les pays où le programme des écoles primaires est planifié à l'échelon national, l'initiative d'adopter le matériel d'ENFANT à enfant doit venir de l'organe chargé de la planification des programmes. Ce fut le cas au Brésil où Mme Maria Dantas, Professeur des sciences de l'éducation, avait participé aux conférences initiales d'ENFANT à enfant. Elle a d'abord présenté les idées d'ENFANT à enfant dans les ministères nationaux de la santé, de l'éducation, de l'agriculture, de la justice et de la prévoyance sociale ainsi qu'aux enseignants des universités. Les enseignants ont vu dans ces idées un moyen nouveau de rendre l'éducation officielle à la fois pratique et pertinente. Les matériels d'ENFANT à enfant ont été traduits en portugais et publiés par le Département fédéral de l'Education. Plusieurs fiches d'activité ont été choisies comme étant prioritaires : accidents, diarrhée et des aliments plus sains pour les bébés. Trois autres fiches ont ensuite été mises au point sur le paludisme, la maladie de Chagas et le trachome à l'usage des zones où ces maladies sont endémiques. L'ouvrage d'ENFANT à enfant a été traduit et 5000 exemplaires ont été distribués. Un bon programme télévisé montrant la "force invisible" qui se dégage lorsque des enfants adoptent un rôle adulte a été produit. Des ateliers régionaux consacrés à l'éducation préscolaire ont aidé à faire plus généralement connaître et comprendre les idées d'ENFANT à enfant. Des contacts ont été établis avec tous les échelons de l'enseignement officiel ainsi qu'avec les organismes non gouvernementaux intéressés. Une équipe nationale s'est rendue dans les différents Etats pour participer à des ateliers locaux avec des enseignants des écoles normales, des écrivains, des responsables de la conception des programmes, des administrateurs locaux et des cadres. C'est ainsi qu'est né un élan massif qui pourrait bien servir de modèle à d'autres pays. Il a néanmoins été difficile d'évaluer les attitudes des enseignants et des élèves face à ces idées nouvelles et on ne dispose pas de données sûres concernant le nombre des écoles, enseignants et élèves qui les utilisent.

Les ateliers interdisciplinaires, à l'échelon national ou plus local, se sont révélés extrêmement utiles pour la promotion du programme d'ENFANT à enfant dans un certain nombre de pays. Seize de ces ateliers ont eu lieu à ce jour. Leur réussite suppose la participation

active d'agents des domaines de santé et de l'éducation ainsi qu'à la fois de représentants de l'administration de haut niveau et de la pratique au niveau communautaire. La présence d'une personnalité politique influente est très précieuse. Une telle représentation suppose une direction locale très efficace et une planification conjointe soignée par le responsable local et le personnel du programme à Londres. Ces ateliers ont deux grands objectifs, en premier lieu l'adaptation et la mise au point de matériel pédagogique à usage local et, deuxièmement, la planification de son adoption par les écoles ou pour les enfants qui ne fréquentent pas l'école. Cette première activité est attrayante et suscite, outre une compréhension du potentiel du programme, un enthousiasme général, enthousiasme qui risque toutefois de se dissiper rapidement si la mise en oeuvre ne suit pas. Celle-ci dépend largement de la présence d'une personnalité administrative et politique de haut niveau ayant le pouvoir de traduire ces idées en action.

### Discussion

D'après la façon dont les idées contenues dans le programme d'ENFANT à enfant ont été acceptées et appliquées dans quelque 70 pays en développement, leur justesse fondamentale et leur valeur pratique ne peuvent faire aucun doute. Il serait toutefois utile de savoir beaucoup plus précisément ce qu'il est advenu du programme dans différents pays pour identifier avec plus de certitude les ingrédients de sa réussite. Le caractère nécessaire de cette information est reconnu. Une étude de tous les rapports de pays disponibles, assortie d'une observation sur le terrain de certains programmes, constituerait un projet de recherche très éducatif et fournirait vraisemblablement le type d'information requis.

Il est évident que l'utilisation des matériels pédagogiques existant pourrait être sensiblement accrue. Grâce à la liaison avec le Bureau international des Enfants catholiques, le programme a été introduit cette année par le Dr Lucien Michon dans les pays francophones d'Afrique occidentale. Les ateliers nationaux constituent le meilleur moyen de propager le programme. Un atelier est prévu à Bombay en 1986. Si l'on veut multiplier les ateliers, il faudra augmenter les ressources dont dispose le programme. Le matériel pédagogique existant a besoin d'être révisé et mis à jour. Un atelier, organisé récemment avec succès à Ahmedabad (Inde) a montré qu'il était nécessaire de réviser la fiche d'information sur l'évaluation de la malnutrition et de mettre au point de nouvelles fiches sur l'eau, la vaccination et les vers.

D'ENFANT à enfant a de toute évidence un rôle important à jouer dans l'énorme tâche d'éducation sanitaire dans les pays en développement à laquelle le monde s'emploie actuellement. Il convient d'espérer que la présente conférence aidera à mieux définir comment ce rôle doit être joué.

### Appendice I

Exemples de fiches d'activité pouvant être obtenues au bureau d'ENFANT à enfant :

Bande de Shakir

Nos bébés grandissent

Jouer avec les plus jeunes enfants

Jouets et jeux

Une alimentation plus saine

Soins aux enfants atteints de diarrhée

Nos dents

Scouts de la santé

Notre voisinage

Accidents

Enfants handicapés

Comprendre ce que ressentent les enfants

Soigner les yeux

Essayons de savoir si les enfants voient et entendent bien

Soigner les enfants malades

Premiers signes de la maladie

Un endroit où jouer

Aider les enfants sourds profonds

Faire pousser des légumes dans des récipients

Surveiller les selles des petits enfants

#### Appendice II

Titres parus dans la série des livres de lecture d'ENFANT à enfant :

Accidents

Eau sale

Une histoire triste

Un remède simple

Une bonne alimentation

Enseigner à Dani

L'équipe Réponse

Au lit avec de la fièvre

= = =