



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

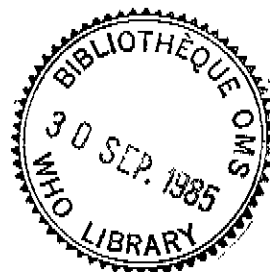
E : 46.982

WHO/UNICEF/HED/85.6

ORIGINAL: ENGLISH

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

Genève, 30 septembre - 4 octobre 1985



UN BESOIN NEGLIGE:

L'EDUCATION POUR LA SANTE A L'ECOLE

Document de l'UNESCO préparé par

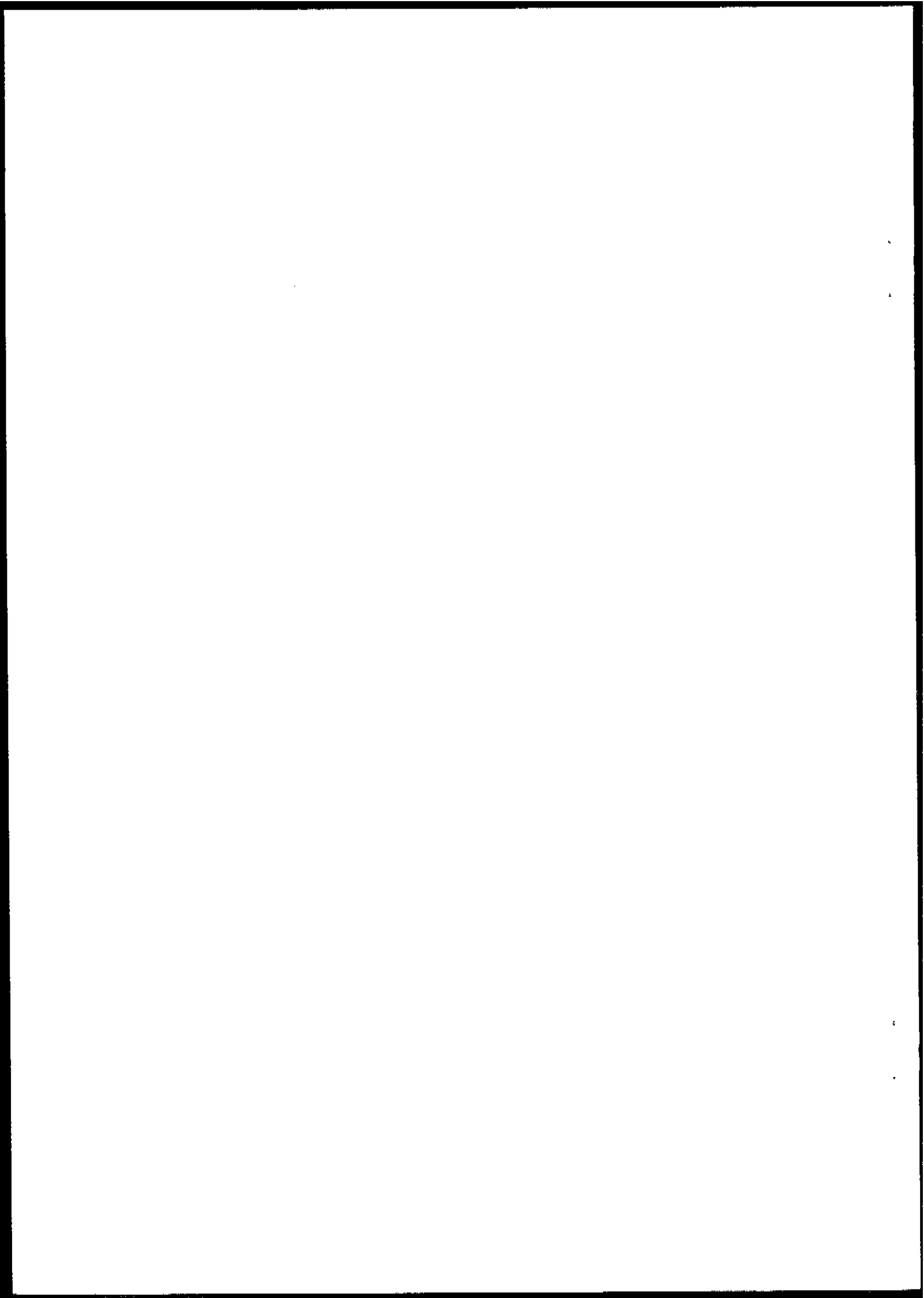
M. Ronald C. Israel^a et le Dr Susan Van der Vynckt^b

^a M. Ronald C. Israel, Consultant à l'UNESCO.

^b Le Dr Susan Van der Vynckt, Département de la Nutrition et de l'Education pour la Santé, UNESCO, Paris.

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.

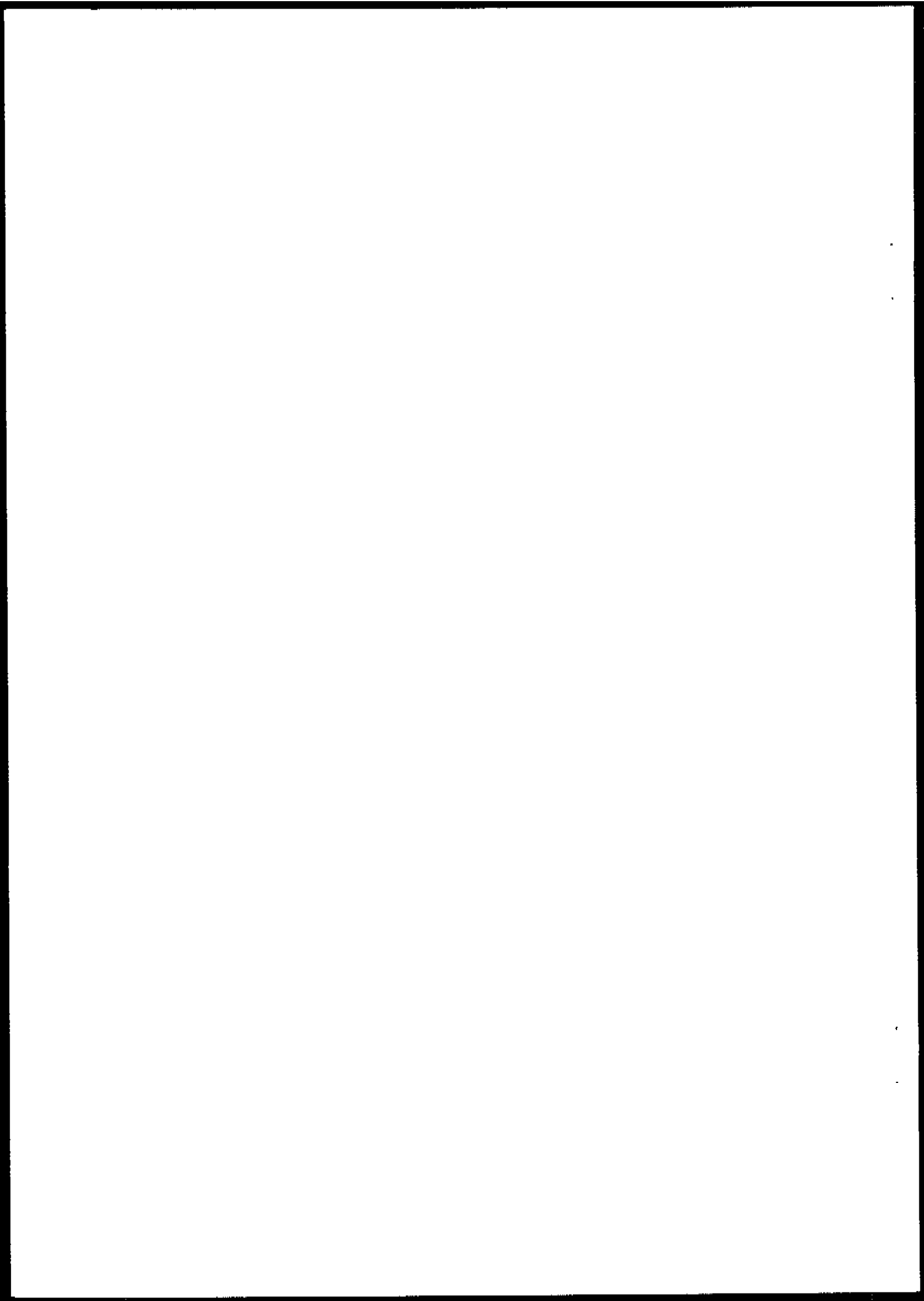


INTRODUCTION

L'éducation à la santé pratiquée à l'école est un besoin que l'on néglige dans beaucoup de pays en voie de développement. Cette étude témoigne de la préoccupation majeure de l'Unesco face à l'efficacité d'une éducation à la santé pratiquée à l'école et des services, dans les pays en voie de développement. Cette préoccupation vient du fait que, premièrement, le lien entre l'état de santé, l'alimentation d'une part et l'aptitude à apprendre et la réussite scolaire de l'autre, est de plus en plus évident. Deuxièmement, le nombre d'inscriptions à l'école primaire et secondaire durant ces deux dernières décades a considérablement augmenté (ce qui, du même coup, entraîne la nécessité d'étendre l'assistance sanitaire auprès des élèves et d'en améliorer la qualité). Troisièmement, des actions appropriées doivent être entreprises en accord et pour soutenir les buts et objectifs de l'année internationale de la jeunesse, fixée en 1985.

Cette étude analyse les raisons pour lesquelles l'éducation à la santé prend une place de plus en plus importante dans les efforts de développement d'une nation. Elle met également en lumière les tendances épidémiologiques et pédagogiques actuelles concernant la population d'âge scolaire, identifie les publics-cibles (à la fois les bénéficiaires et les agents du changement intermédiaires) qu'il faut atteindre; cette étude décrit aussi les éléments de base d'un programme d'éducation à la santé faite à l'école, et suggère des actions prioritaires à entreprendre dans le cadre d'une action nationale et internationale.

Les programmes concernant d'une part l'éducation à la santé à l'école, et les services sanitaires scolaires de l'autre doivent être mis en corrélation. Cette mise en corrélation est justifiée par le besoin de renforcer les relations institutionnelles en faveur de l'école, des Ministères de l'Education Nationale et de la Santé Publique, et d'établir d'un meilleur lien entre les activités basées sur l'éducation à la santé à l'école et les services sanitaires dans la communauté. Il est donc souhaitable que l'éducation d'une part et la distribution des services de l'autre soient toutes deux perçues comme parties constituant d'une nouvelle initiative internationale concernant l'éducation à la santé faite à l'école.



POURQUOI INVESTIR DANS L'ELABORATION DE PROGRAMMES SCOLAIRES BASES
SUR L'EDUCATION A LA SANTE DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT?

Quatre bonnes raisons, au moins, justifient le renforcement d'engagements institutionnels concernant l'éducation à la santé dans le cadre scolaire des pays en voie de développement: (a) d'abord il est de plus en plus évident et démontré qu'il existe un lien étroit entre l'état de santé d'un enfant et sa réussite scolaire; (b) les connaissances de base intégrées par les enfants d'âge scolaire en matière de santé et sur la façon de la promouvoir dans la vie courante, entraînent des avantages quant au développement économique; (c) les écoles elles-mêmes constituent une importante voie de communication des messages ayant trait à l'éducation à la santé et sont le lieu de distribution des différents moyens d'aide à sa promotion; (d) enfin; il faut renforcer la relation entre ce qui est appris à l'école et l'attitude générale, hors ce celle-ci, de l'élève comme de la communauté toute entière, face au problème de la santé.

(i) Lien entre état de santé et réussite scolaire

Dans sa monographie récente et rédigée pour l'Unesco, E. Pollitt souligne que la fonction intellectuelle et les progrès scolaires des enfants sous-alimentés et vivant dans un environnement propice au développement et la fréquence des maladies contagieuses, sont menacés. (1) L'on est en droit de s'attendre à ce que ces enfants soient parmi ceux qui redoublent et qui gonflent le pourcentage des cas d'échec scolaire.

En conclusion, Pollitt écrit que la façon dont sont nourris ces enfants est une variable qui détermine leurs résultats scolaires. "L'enfant sous-alimenté, l'enfant qui souffre d'anémie due à un manque de fer, ou celui qui se rend à l'école sans avoir mangé depuis la veille, ne peut avoir un comportement scolaire favorable à un apprentissage optimal."

En ce qui concerne la santé, l'alimentation n'est pas le seul aspect qui conditionne l'attitude face à l'apprentissage. La prédominance, dans les pays en voie de développement, des maladies contagieuses associées à toute une série de facteurs à la fois biophysiques ou d'ordre social, peut avoir des conséquences graves quant au développement de l'enfant et affecte son aptitude, et attitude face à l'apprentissage.

Des enfants qui souffrent de handicaps d'ordre physique, émotionnel ou psychosociologique manifestent également une incapacité face à l'apprentissage. Il faut, du reste, se poser des questions quant à l'efficacité de la stratégie éducative qui consiste à immerger ces handicapés dans la classe (qu'il s'agisse des handicapés eux-mêmes ou du reste de la classe).

(ii) Lien entre éducation, état de santé et développement

Beaucoup d'études faites sur le sujet, mettent en lumière le lien qui existe entre le niveau scolaire et état de santé et a fortiori entre ces deux éléments et d'autres mesures de productivité sociale et économique (fécondité, alphabétisation, emploi ...) (2-6)

De la lecture de ces études, l'on déduit que la réussite scolaire développe chez chacun l'aptitude à prendre des décisions appropriées quant à sa propre santé ainsi que celle de sa famille.

Ceci resterait probablement vrai, même si l'éducation à la santé n'était pas incluse dans les programmes scolaires. Savoir lire, écrire et compter permet à chacun de mieux s'informer, d'accroître ses revenus et d'accéder aux services médicaux-sociaux. Il semble cependant raisonnable de conclure qu'une éducation à la santé en milieu scolaire, renforcerait largement les liens qui existent entre la réussite scolaire et état de santé.

(iii) L'école en tant que voie de distribution des services et propagation de l'information

Le fait que les réseaux établis à l'école puissent s'étendre bien au-delà de celle-ci devrait inciter ceux qui - soit dans le domaine de la santé ou celui de l'éducation - sont à l'origine des projets, à s'engager plus avant dans l'élaboration de programmes scolaires basés sur l'éducation à la santé. En effet le cadre scolaire institutionnel se prête parfaitement à la pratique de système de contrôle et de services de suite de la population d'âge scolaire. Malheureusement beaucoup de pays souffrent d'un manque de ressources et d'expérience dans ce domaine, pour mettre en place des programmes basés sur ce système.

De la même manière, les écoles représentent une voie de communication importante (mais relativement inexploité) en ce qui concerne une résistance sanitaire de base et la promotion de la santé dans la communauté.

Dans deux pays africains, lors de la campagne de promotion en faveur de la vaccination préventive au sein de la communauté, des enseignants ont joué le rôle d'"agents de changements". Des enseignants organisent des activités pédagogiques et des concours au niveau de la classe, dans le but de promouvoir la vaccination préventive (7). Une fois, hors de l'école - soit dans leur famille ou bien dans la communauté - les élèves décelent chez leur jeune frère ou soeur ou chez leur petits voisins, le besoin d'être vacciné. Puis ils donnent aux mamans de ces enfants, une carte pour se rendre au centre médico-social et les y faire vacciner. Gagne le concours, l'élève qui a incité le plus grand nombre de mamans à faire cette démarche.

(iv) Lien entre ce qui est appris à l'école et les activités extra-scolaires

En matière d'éducation à la santé du public, l'on se donne souvent pour but d'adapter ce qui est fait à l'école aux besoins de la communauté; l'on fait en sorte par exemple, que les enfants appliquent les techniques apprises au sein de l'école, en dehors de celle-ci soit chez eux, dans leur famille, ou dans la communauté en général quand besoin est. Mais se donne-t-on vraiment les moyens d'attendre ce but? Pour le faire, il faudrait que des réseaux de soutien impliquant professeurs, élèves, parents et tout le personnel médical spécialisé se mettent en place. Dans beaucoup de pays, cela implique une collaboration entre associations de parents et de professeurs, entre personnel spécialisé dans ce domaine et agissant au niveau local, et groupes sociaux et religieux existants.

Une documentation et des moyens excellents sont maintenant à notre disposition pour étayer ces programmes basés sur l'éducation à la santé à la fois au sein de l'école et dans la famille. Le centre de recherche pédagogique pour pays économiquement faible (TALC) a mis au point une série d'activités mettant en jeu plusieurs enfants. Ceux-ci, après les avoir pratiquées entre eux, à l'école, peuvent faire de même avec leur jeunes frères ou soeurs et amis hors de l'école. (8) L'Unesco est en train de constituer un dossier consacré à l'éducation à la santé et à l'hygiène alimentaire; éducation qui serait basée sur la participation, le rôle actifs des enseignants comme des apprenants. (9) L'accent est mis sur les méthodes d'enseignement qui permettent aux apprenants de disposer à la fois de l'information, des connaissances et des moyens d'appliquer celles-ci dans leur vie de tous les jours. L'on peut également s'inspirer des projets qui - bien qu'en petit nombre n'en sont pas moins importants - et ont déjà fait leur preuve sur le terrain. Les programmes développés dans le "Nutrition scout" ougandais et le "little Doctor" indonésien incluent tous deux, une formation de l'élève à l'école qui lui permette ensuite de pratiquer des activités en rapport avec l'hygiène alimentaire et la santé, au niveau de la communauté. (10) (11) Le projet jamaïcain consacré à la promotion de l'hygiène alimentaire utilise les manuels scolaires pour enseigner aux enfants un certain nombre de tâches concernant l'hygiène alimentaire et la santé. Ils peuvent ainsi ensuite les utiliser et appliquer ces tâches chez eux. Ils apprennent par exemple comment contracter de bonnes habitudes en matière d'hygiène alimentaire et de santé, comment enquêter sur ces habitudes dans la communauté toute entière; comment identifier parmi les enfants en bas-âge ou autres membres de la communauté, ceux qui souffrent de malnutrition et comment leur venir en aide. (12)

CE QUE L'ON SOIT DE L'ETAT DE SANTE ET DE LA SCOLARITE DES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE

Les efforts faits dans le domaine de la santé publique dans les pays en voie de développement, portent surtout sur les besoins urgents des mères, des nouveaux-nés et des enfants d'âge pré-scolaire. Ainsi, les données les plus courantes que nous ayons en matière d'épidémiologie, telles que celles qu'ont recueillies l'Unicef et la Banque Mondiale, mettent l'accent sur les problèmes qui frappent les femmes en âge de porter un enfant et les enfants de 0 à 4 ans. Nous savons par exemple que 1) dans au moins 50 pays, le taux de mortalité infantile chez les enfants de 0 à 1 an dépasse les 100 pour 1,000, 2) que dans beaucoup de pays, 50% du nombre total de décès concernent des enfants de moins de cinq ans, 3) que le taux de mortalité est souvent assez bas chez les enfants de moins d'un an qui ont été convenablement vaccinés, 4) que, dans beaucoup de pays, le taux de fécondité est de 6.1 ou plus. (13-14).

L'on ne sait malheureusement que peu de choses sur l'état de santé des enfants d'âge scolaire et toute conclusion tirée dans ce domaine ne peut s'appuyer que sur des données "prises au hasard".

L'on sait aussi que dans beaucoup de ces pays où le taux de mortalité est très élevé et le taux de fécondité maximal, une grande partie des enfants en âge d'être scolarisés sont inscrits à l'école. Dans les 44

pays où le taux de mortalité est très élevé, le pourcentage de garçons inscrits à l'école est plus important que celui des filles, 81% contre 49%, mais ce qui représente malgré tout un progrès considérable par rapport aux chiffres correspondant aux années 60-61. Voir tableau 1. Le nombre d'inscriptions en secondaire est nettement inférieur, mais concerne toutefois 54% des garçons et 59% des filles dans les pays où le taux de mortalité infantile est moyen (26.50 morts pour 1,000 naissances). Le pourcentage de redoublement en primaire est - et c'est révélateur - élevé chez les garçons comme chez les filles (de 10 à 47%) dans 42 pays. Il est toutefois difficile d'isoler le pourcentage de redoublements dûs à des difficultés scolaires engendrées par l'état de santé (voir tableau 2).

L'on ne sait également que peu de chose en ce qui concerne l'état actuel de la pratique éducative en matière de santé. Peu d'enquêtes ou d'études comparatives ont été faites au niveau des pays, pour établir l'étendue des besoins actuels, la nature des programmes scolaires, des moyens pédagogiques, la qualité et l'envergure des programmes de formation pédagogique. Ce qui existe, en revanche, ce sont des programmes innovateurs de référence, couramment appliqués dans plusieurs endroits.

Le programme indien du NHEES (éducation à la santé et à l'hygiène alimentaire à travers le système scolaire en milieu rural) tente d'adapter l'éducation à la santé faite à l'école à l'assistance sanitaire de base nécessaire en milieu rural. (15) les élèves apprennent comment promouvoir la santé, comment bien se nourrir, à travers des moyens très pratiques. Les enseignants essaient de faire connaître aux enfants comme à leur famille, les équipements dont dispose la communauté (centre de vaccination ...) et leur apprennent à les utiliser.

A Uttar Pradesh, le projet éducatif pour l'éducation à la santé à l'école, comprendra la formation pédagogique des maîtres du primaire, en ce qui concerne la santé, et les services sanitaires adaptés justement aux enfants du primaire. Parmi ces services, il y a une visite médicale pour chaque élève, faite par l'équipe du centre médical, un service de suite, secourisme, établissement et mise à jour d'un carnet de santé pour chaque élève. L'on demande aux enseignants de tenir à jour ces carnets de santé en fonction des résultats des visites de dépistage (16).

Le projet du "little Doctor" indonésien, représente un effort décentralisé de mettre en place des programmes basés sur l'éducation à la santé dans le milieu scolaire. Il se peut que les Ministères de l'Intérieur, de l'Education Nationale, et de la Santé contribuent à la mise en application de ce projet dont l'initiative revient au gouvernement local. Le centre médical rural sert d'unité de référence quant à ce programme et met l'accent sur l'hygiène intime, l'hygiène alimentaire, la croissance et le système sanitaire au niveau du village.

La carence au niveau de la formation pédagogique des maîtres préoccupe à la fois l'Inde et l'Indonésie. Les enseignants, qui sont sensibles à ces problèmes, ressentent le besoin de voir leur formation renforcée et désireraient voir apparaître dans les examens, qu'eux ou leurs élèves subissent, des épreuves concernant la santé.

L'UNRWA/Service de l'Unesco consacré à l'éducation à Amman en collaboration avec le secrétariat à la santé, a établi un programme de formation pédagogique pour les maîtres déjà en place (17). Ceux-ci sont formés pour assumer la tâche d'"assistants à la santé" et sont appelés à mettre en place des "comités" locaux traitant du problème de la santé. Ces "assistants" travaillent de pair avec ces comités (composés d'élèves, de professeurs, de parents, du personnel spécialisé) pour mettre en place des projets qui coordonnent des connaissances acquises d'une part à l'école, d'autre part hors de celle-ci. Ensuite ces "assistants" organisent des activités de classe qui ont pour but de faire participer les élèves d'une manière très active, d'en faire des agents à leur tour.

Le projet jamaïcain pour la promotion de l'hygiène alimentaire à l'école, sous l'égide du Ministère de l'Education Nationale, tente d'intégrer l'enseignement de l'hygiène alimentaire et l'éducation à la santé dans les programmes scolaires consacrés à l'apprentissage de la langue maternelle. Des contes, dont le thème est l'hygiène alimentaire, sont utilisés dans les classes primaires; l'on suppose ainsi que les élèves pourront à la fois renforcer leur compétence linguistique et comprendre mieux l'hygiène alimentaire. Une série d'exercices basés sur la santé et l'hygiène alimentaire à la maison est proposée aux élèves à la fin de chaque leçon de lecture.

PUBLICS CIBLES

Le peu que l'on connaisse des nouvelles directions prises dans le domaine épidémiologique et éducatif concernant les enfants d'âge scolaire et le peu que l'on ait observé permet à ceux qui sont à l'origine des projets, d'identifier un grand éventail de publics-cibles que la plupart de ces programmes doivent atteindre.

Le tableau qui suit identifie les différents intéressés, ce qu'ils doivent savoir, et par quel biais. (voir le tableau)

TABLEAU

Facteurs clés pour une politique sanitaire à l'école

DE MARCHE PEDAGOGIQUE

QUELLE INFORMATION PRIVILEGIE-T-ON?

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

PUBLIC CIBLE

Bénéficiaires:

Elèves de classes primaires	acquisition d'une connaissance théorique et pratique de base en matière d'éducation à la santé	prévention - dépistage et traitement des problèmes sanitaires dans la communauté	apprentissage en classe mettant l'accent sur les activités pratiquées à l'école comme à la maison
Elèves de classes secondaires	acquisition d'une connaissance de base des problèmes de santé, de techniques pratiques, de techniques d'analyse débouchant sur la prise de décision	prévention, dépistage et traitement (compréhension des causes) des problèmes que connaît la communauté	apprentissage en classe mettant l'accent sur les activités pratiquées à l'école comme à la maison, développe aptitude de prise de décision
Agents du changement Enseignants	développer compétence pour mettre en place et réaliser projets	acquisition d'une connaissance des bases des problèmes de la santé et des techniques, enseignement adéquat des différentes méthodologies	formation pédagogique, formation continue, élaboration des programmes
Parents/membres de la communauté	prise de conscience de leur rôle en tant qu'éducateurs à la santé auprès de leurs enfants; renforcement du ce qui est appris à l'école	connaissance des problèmes sanitaires de la communauté des objectifs des programmes scolaires en matière de santé	ateliers de sensibilisation et autres réunions; rencontres parents-professeurs; brochures, prospectus et autre matériel
Personnel médical qualifié	participation plus actives en face aux problèmes sanitaires propres à l'école	prévention-dépistage et traitement; des problèmes sanitaires de la population scolaire; visites et banque d'information	établissement de diplômes "et" - "ou" programmes sur la santé à l'école
Déteneurs du pouvoir de décision dans le domaine de l'éducation	accroître l'investissement - pour l'élaboration des programmes; pour créer un environnement scolaire favorable	souligner l'importance de la place que tient la santé dans l'apprentissage; du rôle des écoles dans la promotion de celle-ci	ateliers de sensibilisation; consultations techniques; analyse du coût et la bénéfice d'une politique de promotion de la santé à l'école
Déteneurs du pouvoir de décision dans le domaine de la santé	accroître investissement en faveur des services sanitaires à l'école	souligner l'importance de la place que tient la santé dans l'apprentissage; études épidémiologiques de la population d'âge scolaire; souligner le rôle des services sanitaires au sein de l'école	sensibilisation et ateliers de formation; consultations techniques; analyse du coût et du bénéfice d'une politique de promotion de la santé à l'école

ELEMENTS D'UNE APPROCHE GLOBALE

Une approche globale du problème de la santé à l'école comprend trois éléments: éducation à la santé, services sanitaires que l'on trouve à l'école, conception et mise en fonctionnement des équipements sanitaires à l'école.

Il nous semble utile de décrire les caractéristiques de chacun des éléments, ce qui peut déboucher sur une discussion et une étude plus approfondie.

(1) Education à la Santé

Dans le meilleur des cas, l'éducation à la santé faite à l'école, permet aux élèves d'acquérir des techniques applicables aux domaines de la prévention, du dépistage, de la résolution des problèmes qui se posent à eux dans la réalité. Bien souvent, cependant, ni les objectifs pédagogiques ni le contenu de l'enseignement ne sont suffisamment réalistes, et sont en général trop peu orientés vers l'acquisition d'un savoir-faire dans ce domaine. L'éducation à la santé en milieu scolaire devrait reposer sur la transmission des informations et l'enseignement des techniques applicables et efficaces pour promouvoir une meilleure attitude face à la santé, chez les enfants et leur famille. Une telle éducation, pour être efficace, devrait utiliser une grande diversité de méthodes d'enseignement et d'apprentissage (conférence - débats - démonstrations - jeux de rôle et simulation, partage de l'expérience de chacun). Ses pierres de touche sont de bons programmes efficaces de formation pédagogique des maîtres en matière d'éducation à la santé, des programmes scolaires et des outils pédagogiques adaptés, et un échange entre les parents et la communauté, et une évaluation formelle établie par les autorités éducatives, sous forme d'examens.

(2) Les services sanitaires à l'école

Ces services doivent être établis en fonction des besoins qui sont ceux des enfants d'âge scolaire. Les services existants sont également tributaires des moyens techniques et du matériel disponibles. La plupart des services sanitaires scolaires concentrent leur action sur le dépistage et les procédures de maintien à jour du carnet de santé. Quelquefois, il arrive qu'une médecine rééducative et curative soit pratiquée sur place. Dans d'autres cas, c'est le système de contrôle et de services de suite qui est mis en place. Souvent le personnel médical spécialisé (docteurs, infirmiers) reçoivent une formation spéciale (différents diplômes et titres universitaires) qui leur donne une compétence dans l'élaboration et la mise en application des projets concernant l'éducation à la santé à l'école. Parfois, quelques uns d'entre eux sont en poste fixe dans une ou un groupe d'écoles. Mais dans beaucoup de pays le personnel médical qualifié juge que ses responsabilités, face au problème de la santé, recouvrent de plus amples domaines. Outre le dépistage et les divers traitements appliqués, leur tâche comprend le soutien aux maîtres dans leur enseignement et leur participation active au côté de ceux-ci, aux activités éducatives proposés aux enfants. La responsabilité administrative globale en ce qui concerne les programmes scolaires incombe au Ministère de la Santé publique (qui

délègue souvent ses pouvoirs à un bureau spéciale). Cependant certains aspects concernant les services sanitaires en milieu scolaire, tels que l'élaboration des repas à la cantine (déjeuner ou petit déjeuner), ou les programmes spéciaux concernant les enfants handicapés peuvent relever du Ministère de l'Education Nationale.

(3) Equipements scolaires: conception et fonctionnement

Le choix du site où va s'élever l'école, l'agencement des terrains, et la construction des bâtiments scolaires proprement dits incombent à la municipalité. Les autorités chargées de la Santé et de l'Education établissent et maintiennent des normes définies par une législation nationale ou régionale. Les représentants locaux élus au niveau de l'école sont chargés de la sauvegarde d'un environnement sain. Parmi les facteurs liés à la conception et au fonctionnement d'un établissement scolaire, et qui influent sur l'apprentissage l'on trouve: l'eau buvable, les toilettes, les points d'eau pour se laver les mains, l'éclairage, les sièges, la ventilation et les dépôts d'ordure.

UN PLAN D'ACTION

Ce qui suit concerne des activités que l'on pourrait envisager d'inclure dans un futur plan d'action dans le domaine de l'éducation à la santé à l'école.

- (1) Enquête pour avoir une connaissance plus documentée de l'état de santé des enfants d'âge scolaire et du niveau de l'enseignement prodigué à l'école dans ce domaine.

Ceux qui élaborent les projets - soit dans le domaine de la santé ou celui de l'éducation - ne peuvent se mettre à la tâche avant de disposer de meilleures données épidémiologiques concernant l'état de santé des enfants d'âge scolaire. Que savons-nous des taux de mortalité et de morbidité chez ces enfants? Dans quelle mesure les problèmes aigus relevant de l'hygiène alimentaire (manque de protéines, anémie dûe à un manque de fer, carence en vitamine A et en iode) sont-ils liées au développement cognitif et aux résultats scolaires? Quelles estimations peut-on faire en ce qui concerne le pourcentage d'enfants inscrits à l'école primaire souffrant de handicaps physiques, émotionnels et psychologiques? Le problème que représente les caries dentaires chez les enfants à l'école primaire dans les nations industrialisées est-il aussi important dans les pays en voie de développement? Voici quelques unes de nombreuses questions auxquelles une enquête épidémiologique pourrait trouver réponse.

- (2) Aide administrative et financière accrue

L'amélioration du statut de la santé à l'école incombe à la fois aux secteurs chargés de la santé et ceux de l'éducation. Il semblerait donc utile de favoriser une plus grande coopération entre les deux ministères concernés. Cette coopération étroite existe effectivement dans l'application du programme de l'UNRWA dont on pourrait d'ailleurs suivre l'exemple.

La coopération au niveau national entre ces deux secteurs doit bien sûr se retrouver au niveau local. Les directeurs d'école et les enseignants du primaire - dont la plupart subissent des conditions de travail bien en de ça de la normale, et sont mal payés et en sous-effectif, ont besoin d'être soutenus à tous les niveaux par le personnel médical qualifié local. L'on devrait également s'attacher à exploiter les ressources qu'offrent les organisations bénévoles locales, telles que les associations des parents d'élèves, les groupes religieux ou sociaux, pour soutenir les activités scolaires consacrées à la santé à l'école.

Enfin, si l'on veut améliorer les programmes scolaires dans ce domaine, cela suppose une aide financière accrue. Il est bien rare que l'on fasse référence à ces programmes dans les budgets des Ministères de la Santé et de l'Éducation. Des dépenses conséquents devraient être engagées dans le domaine de la formation pédagogique et la formation continue des maîtres, du matériel pédagogique, des services sanitaires scolaires, des équipements scolaires qui influent sur l'environnement dans lequel l'enfant doit apprendre (ex: éclairage, équipements sanitaires ...).

- (3) Le "test" de l'Unesco pour juger des réalisations faites dans le domaine de l'éducation à la santé

Pour faire en sorte que les engagements pris au niveau local et national soient renforcés, l'on pourrait utiliser la stratégie suivante:

établir une norme internationale ou des objectifs pédagogiques précis que les enseignants s'engageraient à appliquer et à atteindre.

Cette norme pourrait être un test évaluant l'acquisition des techniques d'intervention dans le domaine de la santé. Ce test pourrait servir de base à l'introduction de la "santé" comme matière scolaire incluse dans le système d'examen de fin d'école primaire.

Cet examen d'évaluation devrait porter sur l'acquisition de techniques pouvant servir à résoudre les problèmes que rencontre la communauté dans le domaine de la santé et de l'hygiène alimentaire. Parmi ces techniques l'on aurait par exemple: (1) savoir dépister les maladies déclenchant la diarrhée, savoir les soigner grâce à l'absorption de sachets rehydratants ou de simples solutions à base de sucre et sel réalisées à la maison, (2) savoir exactement quelle alimentation donner à un nourrisson ou à un jeune enfant, comment - et ceci en utilisant les aliments qui existent sur place - sevrer le bébé, (3) savoir détecter les signes de carence en vitamine A et en conséquence de savoir quel traitement biomédical appliquer, (4) connaître les moyens prophylactiques de prévention de la malaria, et savoir comment les utiliser.

(4) De meilleurs programmes de formation

Nombreuses sont les occasions d'innover les programmes scolaires en matière d'éducation à la santé.

Du côté de l'éducation, la qualité de la formation pédagogiques des enseignants demande à être améliorée. Un effort doit être fait (1) dans le domaine de la formation pédagogique des futurs maîtres, comme de celle de ceux qui sont déjà en fonction, et (2) dans la mise en place des programmes scolaires. Ceux-ci devraient en effet permettre de faire le lien entre ce qui est appris à l'école et les activités correspondantes pratiquées hors de celle-ci. L'interdisciplinarité, les programmes scolaires basés sur la communauté et l'aménagement des outils pédagogiques sont autant d'aspects qui méritent une approche nouvelle. Le nouveau manuel scolaire de l'Unesco consacré à l'enseignement et à l'apprentissage de l'hygiène alimentaire et de la santé peut rendre d'excellents services soit dans le cadre de la formation pédagogique, soit lors de sessions de formation continue et dans la classe (18). L'on devrait également insister sur l'enseignement d'un savoir-faire basé sur l'affectivité, celle-ci peut en effet contribuer à changer son style de vie en ce qui concerne la santé. Par exemple, le fait qu'un adolescent décide de se mettre à fumer relève plus du processus d'auto-connaissance et d'influence que joue son entourage sur sa prise de décision que de la simple connaissance des dangers et des risques que représente le tabagisme.

Du côté de la santé, une formation en matière d'organisation, d'administration des services scolaires de base ou de l'élaboration de l'univers scolaire fait gravement défaut. Beaucoup de pays en voie de développement n'ont aucune expérience dans le domaine de l'élaboration de programmes mettant en place des services sanitaires au sein des écoles, ni de leur mise en oeuvre ni de leur contrôle dont ils

doivent faire l'objet. De même il est nécessaire de revaloriser l'état des équipements existants dans beaucoup d'écoles, et de s'assurer que les nouvelles constructions soient faites dans l'esprit des normes qui obéissent à un souci éducatif défini. Des programmes de formation au niveau national comme régional font gravement défaut.

CONCLUSION

Il y a vingt ans, l'Unesco et l'Organisation Mondiale à la Santé ont financé la première consultation internationale sur le problème de l'éducation à la santé à l'école. Le principal résultat de cette rencontre fût l'élaboration, par l'Unesco, d'un manuel impressionnant: "Planning for Education in Schools". Ce manuel donne des lignes directrices pour concevoir des programmes pédagogiques applicables à l'école primaire et secondaire, et à la formation des enseignants. Hormis quelques exceptions remarquables, peu de choses malheureusement a été fait pour rendre ces lignes directrices opérationnelles. Que ce soit au niveau des secteurs de la santé, ou ceux de l'Education l'investissement est resté minime. La plupart des pays souffrent encore d'un manque de moyens, c'est-à-dire, manque de fonds, de matériel pédagogique, d'enseignants formés, et connaissant les problèmes dus au sur-effectif, aux mauvaises conditions d'environnement, et leurs structures chargées de l'organisation de l'éducation à la santé à l'école sont restées à l'état embryonnaire.

Nous avons maintenant une bonne raison de renforcer notre engagement dans ce domaine. L'accroissement du nombre d'inscriptions à l'école primaire comme à l'école secondaire implique que, dans beaucoup de pays, la préoccupation majeure ne va plus être d'étendre le nombre mais plutôt d'améliorer la qualité de l'apprentissage. Le lien de plus en plus évident qui existe entre "état de santé", la façon dont on s'alimente et les aptitudes face à l'apprentissage et les résultats scolaires est la preuve qu'il faut améliorer l'éducation à la santé à l'école.

TABLE I

GROSS ENROLLMENT RATIO IN THE FIRST AND SECOND LEVELS OF EDUCATION IN COUNTRIES GROUPED ACCORDING TO INR IN 1960 AND 1971-81

GROUP OF COUNTRIES	NUMBER OF COUNTRIES	RANGE IN INFANT MORTALITY RATE AGED 0-1 YEAR	GROSS ENROLLMENT RATIO FIRST LEVEL						GROSS ENROLLMENT RATIO SECOND LEVEL	
			1960		1971-81		1971-81			
			M	F	M	F	M	F	M	F
VERY HIGH INFANT MORTALITY COUNTRIES	44	150-250	41	16	81	41	15	8		
HIGH INFANT MORTALITY COUNTRIES	29	90-170	68	45	105	91	21	13		
MIDDLE INFANT MORTALITY COUNTRIES	28	35-150	100	94	107	107	54	54		
LOW INFANT MORTALITY COUNTRIES	24	11-70	105	103	100	141	87	84		

Source: The State of the World's Children 1984, UNICEF, UNESCO Statistical Yearbooks.

