

E : 46983



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

WHO/UNICEF/HED/85.7

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



REVOLUTION POUR LA SURVIE ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET  
LE DEFI DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

Document publié par le FISE

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.

REVOLUTION POUR LA SURVIE ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET  
LE DEFI DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

[Les enfants d'âge scolaire qui sont scolarisés font en règle générale l'objet d'une certaine éducation en matière d'hygiène et de santé. Les enfants non scolarisés appartenant aux mêmes tranches d'âge peuvent ne recevoir pratiquement aucune éducation sanitaire. La stratégie d'une révolution au profit de la survie et du développement de l'enfant (RSDE) offre la possibilité d'encourager l'éducation sanitaire pour les jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non. Le présent document examine les problèmes d'éducation sanitaire pour ces deux groupes de population dans une perspective de RSDE compte tenu du fait que les besoins dans le cadre d'une éducation non formelle sont plus grands que ceux existant dans le cadre d'une éducation formelle.]

Il y a trois ans environ,<sup>1</sup> le FISE a énoncé une stratégie et un objectif pour améliorer de façon spectaculaire les perspectives de survie et de santé pour les enfants des pays en développement, que l'on appelle en abrégé révolution au profit de la survie et du développement de l'enfant (RSDE). Deux caractéristiques fondamentales de la RSDE ont de profondes répercussions sur l'éducation sanitaire en général et sur ses aspects particuliers tels que l'éducation sanitaire pour les enfants d'âge scolaire. Ces deux caractéristiques sont : tout d'abord, la RSDE repose sur les prémisses de certaines avancées technologiques dans le domaine des soins de santé et d'une importante évolution parallèle sur le plan de l'organisation sociale; en second lieu, l'approche soins de santé primaires (SSP) constitue le cadre d'application de la RSDE.

#### Les deux piliers de la RSDE

La stratégie programmatique de la RSDE repose, pourrait-on dire, sur deux piliers :

- a) Grâce à certains progrès récents dans les techniques sanitaires, il est possible d'appliquer des mesures à grande échelle contre plusieurs risques qui menacent couramment la santé des enfants. Des progrès technologiques ont été réalisés dans le domaine de la vaccination (vaccins d'une plus grande stabilité thermique et plus faciles à administrer), du traitement de la diarrhée (thérapie de réhydratation par voie orale), de la surveillance de la croissance (usage effectif de simples fiches de croissance), de l'alimentation et du sevrage des nourrissons et des enfants (mise en évidence de l'efficacité de l'allaitement maternel et des aliments de sevrage locaux);
- b) modifications de l'environnement socio-politique dans les pays en développement qui se manifestent par une amélioration du potentiel de communication et d'éducation de masse (développement des moyens d'information, de l'alphabétisation et de l'enseignement primaire); meilleure acceptation du principe de participation au développement (reconnaissance du rôle de la communauté dans les soins de santé primaires et déploiement de centaines et de milliers d'agents de santé communautaires); prise de conscience des avantages qui découlent sur le plan politique de mesures sanitaires très abordables et facilement applicables et des possibilités de mobilisation sociale à cette fin (rôle des organisations sociales, culturelles, politiques et religieuses et potentiel d'auto-assistance au niveau collectif et individuel).

#### Contexte des SSP

Le développement et l'acceptation à l'échelle internationale du concept de soins de santé primaires est en soi un progrès décisif sur le plan social et politique grâce auquel la RSDE devient possible. Les principes de base et les objectifs des SSP constituent la clef de voûte de la RSDE. L'accent mis sur les besoins sanitaires fondamentaux de la majorité des populations qui demeurent en grande partie non desservies par les services de santé conventionnels, la prépondérance accordée au rôle de la communauté et à l'auto-assistance, la stratégie de mobilisation et de redéploiement des ressources disponibles pour les besoins en soins de santé primaires

de la majorité des populations, l'importance accordée à une plus large participation des populations au-delà du secteur de la santé et la nécessité de prévoir un échelonnement et d'établir des priorités pour avancer vers l'objectif de la "santé pour tous", telles sont les caractéristiques fondamentales de l'approche SSP et tels sont également les éléments constitutifs de la RSDE. Les groupes cibles de la RSDE - nourrissons, enfants et femmes - qui représentent plus des deux tiers de la population des pays en développement doivent également être au premier rang des priorités dans les activités de SSP.

#### Répercussions sur l'éducation sanitaire

Le fait que la RSDE repose sur l'application massive des technologies pour la santé et sur la mobilisation sociale et qu'elle présente des affinités avec les SSP ont d'importantes répercussions sur l'éducation sanitaire en général et sur l'éducation sanitaire des enfants d'âge scolaire en particulier. La RSDE implique que :

- L'éducation sanitaire doit être un processus plus dynamique, les populations participant activement à la recherche, à l'obtention, à la diffusion et à l'application d'informations, de connaissances et d'une meilleure compréhension des problèmes sanitaires et d'un mode de vie sain au lieu d'être les récepteurs passifs d'informations dispensées par les autorités dans le cadre de l'unité d'éducation sanitaire d'un service gouvernemental.
- La responsabilité de "l'éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que des méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables"<sup>2</sup> comme indiqué dans la Déclaration d'Alma-Ata et la promotion d'une "prise de conscience individuelle et sociale conduisant à la participation et à l'autoresponsabilité des peuples"<sup>3</sup> doit être largement partagée par différents secteurs des services sociaux et diverses institutions et organisations gouvernementales, non gouvernementales, nationales et locales.
- Les jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non, ont un rôle spécial à jouer, parce qu'ils se trouvent dans une phase de la vie où ils peuvent être formés pour : a) apprendre à connaître et pratiquer un mode de vie sain, b) aider leurs familles et leurs communautés à s'éduquer en matière de santé et à modifier leurs attitudes et leurs pratiques et, ce qui est plus important, c) apporter un soutien à la RSDE grâce à l'émergence d'une culture et d'une attitude nouvelles en matière de santé au sein de la jeune génération.

En résumé, le message le plus important de la RSDE en matière d'éducation sanitaire est que les jeunes doivent s'engager dans le processus d'éducation sanitaire et que celui-ci doit devenir plus dynamique, plus positif, faire davantage appel à la participation et être intégré à d'autres sphères de développement au lieu de demeurer une activité spéciale n'ayant aucun lien avec le développement en général, même si les établissements d'enseignement ou d'autres organisations ne relevant pas de la santé partagent dans une certaine mesure la responsabilité de "dispenser" l'éducation sanitaire.

#### Lacunes de l'actuel système d'éducation sanitaire pour les jeunes

La principale faiblesse des possibilités d'éducation sanitaire qui existent à l'heure actuelle pour les jeunes, tant à l'école qu'en dehors, réside dans l'absence générale de cette attitude activiste qui, comme nous l'avons fait observer, revêt tant d'importance pour la RSDE tout comme pour l'approche SSP. A quelques exceptions près, les programmes actuels d'éducation sanitaire pour les jeunes présentent les caractéristiques suivantes :

- Les connaissances communiquées dans le cadre des systèmes scolaires sont inadéquates de par leur contenu et leur présentation. Même si les sujets d'étude figurant aux programmes scolaires donnent la possibilité d'inclure des données utiles concernant la santé dans diverses matières telles que l'hygiène, la biologie, les études sur l'environnement, les études sociales et ainsi de suite, la façon de les traiter est si abstraite, théorique, pédante et fractionnée par catégories de sujets, que l'on perd de vue le lien existant entre ces données et la vie.

- Dans les programmes d'éducation, l'enseignement des matières liées à la santé met souvent délibérément l'accent, par son contenu et les méthodes employées, sur "les faits scientifiques" plutôt que sur une modification du comportement et des attitudes. Les systèmes d'examen et la formation pédagogique des enseignants visent à une mémorisation des faits plutôt qu'à l'acquisition d'une meilleure compréhension des problèmes réels et à l'application des connaissances pour résoudre ces problèmes. On suppose implicitement que la connaissance des faits conduira d'une façon ou d'une autre à adopter un comportement approprié bien qu'il n'y ait souvent aucun lien direct entre les deux.
- L'absence de toute orientation concrète et d'activisme dans la portée et les méthodes de l'éducation sanitaire pour les jeunes signifie que l'on ne tient guère compte de ce qui est appris au sein des familles et des communautés. Le programme, les méthodes d'enseignement et le système d'examen ne prévoient ni n'encouragent pas, en règle générale, les activités pratiques et les projets portant sur l'étude et l'analyse des problèmes sanitaires locaux et communautaires, l'autoresponsabilité individuelle et collective et les mesures de prévention.
- Une large proportion de jeunes des pays en développement se trouve hors de portée du système d'éducation formel. Environ la moitié des enfants d'âge scolaire du tiers monde ne va pas jusqu'au bout du cycle de l'enseignement primaire; la plupart ne parviennent pas à savoir bien écrire, lire et compter. La proportion de ceux qui ne bénéficient pas d'un enseignement secondaire est encore plus grande. Les possibilités pour ces enfants de recevoir un enseignement informel hors de l'école sont rares et sporadiques. En outre, la plupart des programmes informels ont une portée et des objectifs étroits et spécifiques et excluent les questions sanitaires. Très rares sont les cas où des efforts systématiques sont déployés pour atteindre les jeunes non scolarisés en utilisant à des fins éducatives les médias; plus rares encore sont les efforts visant à fournir des informations sanitaires.

#### Stratégies pour une éducation sanitaire "activiste" des jeunes

La RSDE, mise en oeuvre dans le contexte des soins de santé primaires, non seulement offre la possibilité d'insuffler un certain "activisme" dans l'éducation sanitaire pour les jeunes, mais encore rend cet activisme indispensable. Des approches quelque peu différentes doivent être adoptées à l'intention des jeunes qui sont scolarisés et de ceux qui ne le sont pas.

Stratégies dans le cadre de l'école. Le principal objectif d'une approche activiste pour la population scolarisée consistera à aider les jeunes à acquérir les connaissances et les informations nécessaires, à assimiler des attitudes et des pratiques sanitaires adéquates dont ils tireront personnellement profit et à susciter au sein de leurs familles et de leurs communautés un meilleur comportement en matière de prévention, de progrès et d'autoresponsabilité.

Les principaux éléments d'une stratégie visant à atteindre les objectifs ci-dessus englobent notamment :

- a) une initiation des enseignants, du personnel de gestion de l'enseignement et des parents;
- b) la production de matériels d'enseignement pour les activités des enseignants et des élèves;
- c) l'examen et la modification des éléments des programmes, l'identification des changements à apporter au processus d'enseignement-apprentissage, et la réforme du processus d'évaluation et d'examen des élèves;
- d) la participation des enfants à certaines activités au sein de leurs familles et des communautés;
- e) l'utilisation de l'école comme base matérielle pour mener certaines activités RSDE au sein de la communauté.

Initiation des enseignants. Le caractère pédant et théorique des données liées à la santé dans les programmes scolaires va de pair avec le type de formation que reçoivent les enseignants pour remplir leurs fonctions d'éducateurs sanitaires. Rares sont les programmes de

formation qui préparent les enseignants à l'approche activiste proposée ici. Pour remédier à cette situation, des efforts doivent être déployés sur deux plans. Le programme d'éducation sanitaire prévu dans la formation des enseignants doit être revu et modifié afin de lui donner un caractère concret répondant à une approche activiste de l'éducation sanitaire. Ce processus, toutefois, exige du temps car la modification d'un programme académique établi se heurte à de nombreux obstacles bureaucratiques et "professionnels". Une solution provisoire et plus facilement réalisable consiste à organiser des cours de brève durée de formation sur le tas des enseignants afin de les initier à l'approche activiste.

Un exemple d'approche activiste où des enseignants et des élèves ont effectivement joué le rôle d'agents sanitaires au sein de leur communauté nous est fourni par un groupe de 30 écoles du district de Kangazha dans les collines intérieures du Kerala central au sud de l'Inde.<sup>4</sup> Le projet a, dans une première phase, débuté par quatre journées de formation destinées à 30 enseignants de 10 écoles sélectionnées. Cette formation visait à préparer les enseignants à assumer un ensemble de tâches sanitaires spécifiques jugées importantes pour protéger la santé des enfants de la communauté. Ces tâches consistaient à :

- 1) identifier et traiter les petites maladies courantes, telles que la gale, les infections de la peau, la taeniose, le trachome et la conjonctivite;
- 2) dépister certaines carences nutritionnelles courantes telles que la carence en vitamine A et en fer et y remédier;
- 3) traiter les petites plaies et blessures et donner les premiers secours en cas d'urgence;
- 4) dépister les enfants n'ayant pas une croissance satisfaisante afin de recenser les enfants chroniquement malades;
- 5) dépister les défauts de vision;
- 6) reconnaître les maladies infectieuses telles que les oreillons, la varicelle et appliquer des règles de quarantaine pour empêcher qu'elles se répandent;
- 7) encourager de bonnes habitudes sanitaires chez les enfants.

Dans cet exemple particulier, l'école est devenue en fait le premier niveau de soins de santé pour les enfants et les enseignants ont assumé des responsabilités spécifiques en matière de soins de santé. Durant les phases subséquentes du projet, les élèves ont également participé à des soins de santé non seulement en tant que bénéficiaires mais aussi en tant que participants actifs et les activités se sont étendues aux communautés respectives. La question de savoir quelles sont les tâches de soins de santé (par opposition aux tâches d'éducation sanitaire) auxquelles les enseignants et les élèves devraient participer dépend des services et des installations de santé publique existant dans la communauté pour faire face aux problèmes sanitaires aigus.

Pour que l'approche activiste soit acceptée et appliquée avec succès, il ne suffit pas de former les enseignants. Les objectifs et la philosophie de l'approche activiste doivent être compris et acceptés par les décideurs et les gestionnaires du système scolaire ainsi que par les parents des enfants. L'opposition, voire le manque d'intérêt des gestionnaires et des parents peuvent faire avorter toute initiative nouvelle. Il est donc indispensable d'inclure dans le plan d'introduction d'une approche activiste à l'égard de l'éducation sanitaire des dispositions particulières pour initier les responsables et les gestionnaires de l'éducation ainsi que les parents et les dirigeants communautaires. Cet aspect est souvent négligé dans de nombreux projets.

#### Production de matériels d'enseignement

La formation des enseignants doit être complétée par des matériels d'enseignement fournissant des informations essentielles et des idées pour l'entreprise d'une action. Ces matériels d'enseignement peuvent inclure des matériels simples et des suggestions pour improviser à l'aide d'objets qu'il est facile de se procurer dans l'environnement local. Les matériels d'enseignement constitueront un inventaire d'idées, d'aides à l'information et à l'enseignement parmi lesquelles les enseignants feront un choix. Etant donné la qualité générale des matériels

scolaires et la façon inadéquate dont les questions sanitaires sont traitées dans les programmes et les manuels, il est particulièrement difficile de se procurer des matériels d'enseignement. Les crédits nécessaires pour les matériels d'enseignement doivent être prévus dans le cadre d'un projet lorsqu'une nouvelle initiative est prise en matière d'éducation sanitaire ou dans le cadre d'un service central de matériel scolaire et d'enseignement. Les publications du projet "Child-to-Child" du Dr David Morley de l'Unité des Maladies tropicales de l'Enfant, Institut de la Santé de l'Enfant à Londres, en Angleterre, constituent un bon exemple de matériel d'enseignement approprié. Dans le cadre des aspects nutritionnels de l'éducation sanitaire, la publication de l'UNESCO New Developments in Nutrition Education (Nouveaux développements dans l'éducation nutritionnelle) fournit d'utiles informations et décrit des options pédagogiques.<sup>5</sup>

#### Modification des programmes

La réforme et l'aménagement des programmes sont généralement un processus lent et compliqué. Il faut plusieurs années pour apporter un changement notable aux programmes scolaires à l'échelle nationale ou régionale et pour entreprendre les tâches concomitantes de préparation des manuels et des matériels d'enseignement, de formation des professeurs et pour apporter les modifications nécessaires au système d'évaluation et d'examen. C'est pourquoi il importe de rechercher les possibilités de prendre sur une base ad hoc des initiatives en faveur d'une éducation sanitaire "activiste" grâce à la formation des enseignants sur le tas et la préparation de matériels d'enseignement supplémentaires dans les limites généralement admises par les programmes existants. A plus long terme, toutefois, il est indispensable d'apporter les modifications nécessaires aux programmes, aux cours, aux manuels et au système d'examen afin que l'approche activiste dans le domaine de l'éducation sanitaire devienne partie intégrante du programme d'enseignement et ne se limite plus à des activités complémentaires aux programmes dépendant de l'ingéniosité de chaque enseignant. Le processus de cette modification des programmes devra commencer par un "examen critique" de la façon dont les données relatives à la santé sont traitées dans les programmes, manuels et pratiques d'enseignement à l'heure actuelle et par un recensement des modifications requises.

#### Participation des enfants à la promotion de la santé

L'essence d'une approche activiste de l'éducation sanitaire est que les enfants non seulement acquièrent des connaissances en matière de santé, mais qu'ils les mettent en pratique dans leur propre intérêt et dans celui de leurs familles et de leurs communautés. On sous-estime souvent à quel point les enfants peuvent contribuer à la modification du comportement et des pratiques en matière de santé dans les familles tout en faisant en même temps de l'éducation sanitaire une expérience vécue. Dans le projet Child-to-Child, par exemple, on a pu démontrer à partir de situations diverses dans plus de 50 pays que les enfants des écoles primaires et secondaires peuvent participer efficacement à certaines activités, notamment : jouer le rôle de scouts sanitaires au sein de la communauté, observer les premiers signes de maladie chez les enfants, découvrir des problèmes de vision et d'ouïe parmi les enfants, prendre soin des dents et des yeux, s'informer des aliments sains pour bébés et enfants, dispenser des soins aux enfants malades, s'occuper des enfants souffrant de diarrhée et prévenir les accidents parmi les enfants.<sup>6</sup>

Dans le projet de Kangazha au Kerala, déjà mentionné, les élèves ont participé à un programme sanitaire du village et chaque équipe d'élèves a pris part à un programme d'action en sept points ayant les objectifs suivants :

1. faire vacciner 10 enfants de moins de cinq ans;
2. faire en sorte que 10 enfants de moins de cinq ans prennent des vitamines A à titre prophylactique;
3. aménager des fosses pour compost et eaux d'infiltration pour cinq maisons;
4. verduniser l'eau de cinq puits;
5. aménager des jardins potagers pour cinq maisons;
6. transmettre à 10 familles des messages simples en matière de nutrition;
7. donner une leçon simple d'hygiène dentaire à 10 familles.

Il apparaît que cette participation activiste a non seulement été bénéfique pour les enfants et les familles de la communauté, mais a également fait prendre conscience aux élèves de leurs propres besoins en matière de santé et de ce qu'ils pouvaient faire eux-mêmes pour y répondre. En règle générale, les élèves ont dépassé les objectifs fixés dans le programme d'action en sept points.

L'école en tant que base matérielle pour la RSDE. L'école primaire est l'établissement public le plus répandu dans les campagnes des pays en développement, plus répandu que les services de santé. Les professeurs d'enseignement primaire et secondaire représentent dans de nombreuses communautés rurales un noyau de personnes éduquées qui peuvent être des chefs de file dans leurs communautés respectives.

Grâce à une approche activiste de l'éducation sanitaire, et la participation des enseignants, des élèves et des parents, l'école peut être une base matérielle pour entreprendre des activités de RSDE en faveur de la communauté, notamment : stockage des fournitures nécessaires pour les vaccinations, la réhydratation par voie orale et la surveillance de la croissance; organisation des activités d'information sanitaire et des activités éducatives pour les gens de la communauté; dépôt de stocks de matériels d'enseignement sanitaire pour la communauté tels que affiches, brochures et opuscules; organisation d'enquêtes et de collectes des données dans la communauté pour contrôler les activités de RSDE; établissement et conservation des dossiers de la communauté concernant les vaccinations, la surveillance de la croissance et l'incidence des maladies. Dans toutes ces activités, le rôle complémentaire de l'école doit être étroitement coordonné avec celui des services de santé publique. Grâce à la participation des élèves et des enseignants à ces activités, l'éducation sanitaire aura un aspect réel et concret.

Stratégies en dehors de l'école. L'obstacle à surmonter pour atteindre les jeunes non scolarisés à des fins d'éducation sanitaire réside dans le fait que les possibilités d'éducation extrascolaire sont limitées et sporadiques dans les pays en développement. Il est difficile d'imaginer qu'il puisse exister des possibilités institutionnelles d'éducation sanitaire à large échelle sur une base systématique et permanente en dehors des programmes d'éducation informels destinés aux jeunes non scolarisés. Le sort de l'éducation sanitaire pour les jeunes non scolarisés est donc lié dans une large mesure au développement et à l'efficacité d'un enseignement informel.

Il faut toutefois reconnaître qu'il est rare qu'on tire totalement profit, à des fins d'éducation sanitaire, des programmes d'alphabétisation, de formation professionnelle, de développement agricole et autres programmes d'enseignement informel existant à l'heure actuelle. Il est nécessaire d'examiner au niveau national et régional, lors de l'élaboration de politiques et de plans pour ces programmes d'éducation, le moyen d'y incorporer des éléments d'éducation sanitaire. En règle générale, il serait impossible de créer une structure institutionnelle et organisationnelle spéciale destinée exclusivement à l'éducation sanitaire des enfants et des jeunes non scolarisés.

Les médias constituent l'un des rares moyens institutionnels, autres que les programmes d'éducation, permettant la communication aussi bien avec les jeunes scolarisés qu'avec ceux qui ne le sont pas. Les médias sont de toute évidence d'importants instruments de transmission de messages sanitaires destinés à la population en général. Des programmes spéciaux des organes d'information à l'intention des jeunes peuvent être le moyen de leur transmettre directement des informations sur la santé et de pousser à l'action, par des idées et des suggestions appropriées, les organisations culturelles, sociales et religieuses pour la jeunesse. Dans les pays où la portée des moyens d'information est limitée, il est possible d'avoir recours à des moyens traditionnels de communication sociale, tels que le théâtre populaire.

#### Efforts concertés à l'école et en dehors de l'école

Il n'est pas nécessaire, ni même souhaitable, de voir dans ces deux sphères d'activités des domaines parallèles et séparés. L'objectif de l'éducation sanitaire fondée sur l'approche des soins de santé primaires est de donner et de faire comprendre à tous les informations appropriées et de faire en sorte que chacun participe à l'effort individuel et collectif. Les activités d'éducation sanitaire pour les jeunes devraient également inciter ceux-ci à agir en tant que communauté et pour la communauté.

Les possibilités d'engagement communautaire des écoliers ont été mentionnées plus haut. Le jeune qui va à l'école, et qui est donc privilégié par rapport aux autres, devrait chercher le moyen de participer avec ses compatriotes non scolarisés à des projets communautaires. Certaines activités menées par les écoles en faveur de la communauté sous la forme d'une diffusion des connaissances et des attitudes porteuses de santé peuvent être spécialement conçues pour les jeunes non scolarisés. Les médias peuvent chercher à atteindre aussi bien les jeunes scolarisés que ceux qui ne le sont pas.

#### Coopération internationale

L'OMS, l'UNESCO et le FISE et d'autres organisations s'intéressant à la survie et au développement de l'enfant dans le cadre des SSP peuvent appuyer les efforts des pays en développement en coopérant avec quelques pays intéressés pour évaluer les activités d'éducation sanitaire existant en faveur des jeunes. De telles évaluations, si les pays sont sincèrement résolus à aller de l'avant dans le domaine de la santé et de la survie des enfants, permettraient d'élaborer des politiques, des objectifs, des stratégies et des programmes d'action appropriés. Les enseignements retirés de ce processus peuvent également être utiles à d'autres pays.

#### Références bibliographiques

1. James P. Grant "Une révolution au profit de la survie et du développement des enfants" Les Carnets de l'Enfance, Nos 60, 62, 1983, pp. 21-33
2. OMS-FISE, Soins de santé primaires, Série Santé pour tous, Alma-Ata, 1978
3. H. Mahler "Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires". Comité d'experts de l'OMS sur de nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires, Genève, 12-18 octobre 1982
4. M. V. Joseph "Teachers and Pupils as Health Workers" (Enseignants et élèves en tant qu'agents de santé) Programme de coopération UNESCO-FISE, Mobilizing Education to Reinforce Primary Health Care, Digest N° x, pp. 55-72, Paris, 1984
5. Sheila A. Turner & Richard B. Ingle "New Developments in Nutrition Education Series", N° 11, UNESCO, Paris, 1985
6. David Morley, "Involving School Children in Community Health: Suggestions for Curricular and Co-curricular Activities", Programme de coopération de l'UNESCO-FISE, op. cit., pp. 1-54

= = =