

Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé

OMS, Série de Rapports techniques

870

L'ÉCOLE ET SON RÔLE DANS L'ÉDUCATION SANITAIRE ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN GÉNÉRAL

Rapport d'un
Comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation
sanitaire et la promotion de la santé en général



Organisation mondiale de la Santé

Genève 1997

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général (1995 : Genève, Switzerland)
L'École et son rôle dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général: rapport d'un Comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général.

(OMS, série de rapports techniques ; 870)

1.Education sanitaire 2.Promotion santé 3.Service hygiène scolaire
I.Titre II.Série

ISBN 92 4 220870 1
ISSN 0373-3998

(Classification NLM: WA 590)

L'Organisation mondiale de la Santé accueille favorablement les demandes d'autorisation visant à reproduire ou à traduire ses publications, en partie ou intégralement. Les demandes à cet effet et les demandes de renseignements doivent être adressées au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, qui se fera un plaisir de fournir les renseignements les plus récents sur tout changement apporté au texte, les nouvelles éditions envisagées et les réimpressions ainsi que les traductions déjà disponibles.

Organisation mondiale de la Santé, 1997

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du protocole N°2 de la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

**Photocomposition à Hong Kong
Imprimé en Espagne**

96/11078 — Best-set/Fotojæ — 3500

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Santé et éducation	2
1.2 Education et santé	2
1.3 Programmes de santé scolaires	4
1.4 Efforts visant à promouvoir la santé par l'intermédiaire de l'école	5
1.5 Mandat du Comité	6
1.6 Thèmes essentiels du rapport	7
2. Tendances en matière de santé scolaire	8
2.1 Introduction	8
2.2 Le rôle de l'école	10
2.3 Les programmes de santé scolaires: définition	11
2.4 Le point des connaissances en matière de santé scolaire	14
2.5 Justification des investissements dans les programmes de santé scolaires	14
2.6 Planification stratégique des programmes de santé scolaires – de l'identification des problèmes à l'action	18
2.6.1 VIH/SIDA	19
2.6.2 Nutrition et salubrité des aliments	20
2.6.3 Tabagisme	21
2.6.4 Problèmes psychologiques	21
2.6.5 Paludisme	22
2.6.6 Résumé	22
2.7 Obstacles à surmonter pour imposer l'idée des programmes de santé scolaires	23
3. Renforcement des programmes de santé scolaires aux niveaux international, national et local	25
3.1 Niveaux organisationnels en cause dans la santé scolaire	26
3.2 Obstacles communs à tous les niveaux	27
3.2.1 Manque de hauteur de vues et insuffisance de la planification stratégique	27
3.2.2 Incompréhension et réticence vis-à-vis des programmes de santé scolaires	27
3.2.3 Manque de collaboration et de coordination entre les divers responsables	28
3.2.4 Sentiment de ne pas être directement concerné, responsable, ni tenu de rendre compte	28
3.2.5 Manque de ressources	28
3.3 Obstacles particuliers au niveau international	29
3.4 Obstacles particuliers au niveau national	30
3.5 Obstacles particuliers au niveau local	30
3.6 Stratégies applicables à tous les niveaux	31
3.6.1 Acquisition d'une vision d'ensemble, et planification stratégique	32
3.6.2 Action promotionnelle	32
3.6.3 Constitution de réseaux, et collaboration	32
3.6.4 Mobilisation et affectation de ressources	33

3.6.5	Edification d'une capacité	34
3.6.6	Recherche opérationnelle	34
3.7	Stratégies applicables au niveau international	35
3.7.1	Développement des infrastructures	35
3.7.2	Action promotionnelle	37
3.7.3	Soutien de la société	37
3.7.4	Habilitation	38
3.8	Stratégies applicables au niveau national	39
3.8.1	Antigua	40
3.8.2	Bahreïn	40
3.8.3	Canada	40
3.8.4	Réseau européen des écoles-santé: l'expérience de la Bulgarie	41
3.8.5	Etats-Unis d'Amérique	44
3.8.6	Inde	45
3.8.7	Indonésie	45
3.8.8	Pakistan	46
3.8.9	Philippines	46
3.9	Stratégies applicables au niveau local	47
3.9.1	Environnement	47
3.9.2	Services de santé	51
3.9.3	Services d'approvisionnement en eau et d'assainissement	54
3.9.4	Services de nutrition et de salubrité des aliments	54
3.9.5	Services de conseil, services psychologiques et services sociaux	57
3.9.6	Services destinés à améliorer la santé du personnel scolaire	59
3.9.7	Education sanitaire	61
3.9.8	Education physique	66
3.9.9	Formation	68
3.9.10	Coordination des programmes de santé scolaires	69
3.9.11	Thèmes essentiels	73
4.	Recherche sur les programmes de santé scolaires	74
4.1	Quelques exemples des connaissances acquises	76
4.2	Besoins critiques	77
4.3	Principaux thèmes de recherche	77
4.4	Indicateurs nécessaires pour la planification et la surveillance des programmes de santé scolaires	78
4.4.1	Indicateurs de l'état de santé	78
4.4.2	Indicateurs de la capacité d'apprentissage et des résultats scolaires	79
4.4.3	Indicateurs des comportements touchant à la santé	79
4.4.4	Indicateurs de la qualité des programmes de santé scolaires	80
4.4.5	Amélioration de l'exploitation des données	81
4.5	L'état de santé des jeunes	82
4.6	Sous-représentation des filles à l'école	82
4.7	Evaluation de l'infrastructure disponible	83
4.8	Intégration des programmes de santé scolaires	84
4.8.1	L'environnement sanitaire de l'école	84

4.8.2	L'éducation sanitaire à l'école	85
4.8.3	Les services de santé scolaires	85
4.9	Rentabilité des programmes de santé scolaires complets et d'interventions spécifiques	86
4.10	Diffusion et adoption des innovations dans les programmes de santé scolaires	87
4.11	Relation entre santé et organisation scolaire	87
4.12	Exemples du mode d'influence de la recherche sur la pratique	88
4.13	Resserrement des liens entre recherche et pratique	89
5.	Recommandations	90
5.1	Principes et priorités	91
5.2	Plaidoyer pour l'action	95
	Remerciements	96
	Bibliographie	98

Comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général

Genève, 18-22 septembre 1995

Membres

- Mme I. Capoor, Directrice du Centre for Health Education Training and Nutrition Awareness, Ahmadabad, Inde
- Dr D. Hopkins, Tutor, Institute of education, University of Cambridge, Cambridge, Angleterre
- Dr L.J. Kolbe, Directeur de la Division of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, Etats-Unis d'Amérique (*Président*)
- Dr D.O. Nyamwaya, Directeur du Health Behaviour and Education Department, African Medical and Research Foundation, Nairobi, Kenya
- Mme K. Sanguor, National Coordinator for School Health and Environment Education, Ministry of Education, Manama, Bahreïn
- Dr G.-J. Ye, Directeur de l'Institut pour la santé de l'enfant et de l'adolescent, Université de médecine de Beijing, Beijing, Chine

Représentants d'autres organisations

Fondation Aga Khan

Dr K. Bartlett, Responsable de programme, Education, Genève, Suisse

Education International

M.E. Jouen, Secrétaire Général Adjoint, Bruxelles, Belgique

Union internationale pour l'éducation sanitaire et la promotion de la santé

Dr M. Rajala, Président, Vanves, France

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Dr B. Dick, Senior Youth Health Advisor, New York, NY, Etats-Unis d'Amérique

Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO)

Mme A.M. Barthes, Spécialiste de programme, Service de l'éducation, Paris, France

Secrétariat

- M.S. Cohen, Directeur adjoint, Health and Human Development Programs, Education Development Center, Newton, MA, Etats-Unis d'Amérique (*Conseiller temporaire*)
- M.J.T. Jones, Education sanitaire et promotion de la santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
- Dr I. Kickbusch, Directeur de la Division de la Promotion, de l'Education et de la Communication pour la Santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse

Mme H.B. Macdonald, Education sanitaire et Promotion de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse

Dr D.J. O'Byrne, Chef du service Education sanitaire et Promotion de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse (*Secrétaire*)

Dr C. Vince-Whitman, Senior Vice-Président, Health and Human Development Programs, Education Development Center, Newton, MA, Etats-Unis d'Amérique (*Conseiller temporaire*)

1. Introduction

“La santé est indissociable de la réussite scolaire, de la qualité de vie et de la productivité économique. En inculquant aux enfants des connaissances, des valeurs, des qualifications et des pratiques relatives à la santé, on leur confère la capacité de mener une vie saine et d’être des agents du progrès sanitaire dans leur communauté.”

Dr Hiroshi Nakajima
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Afin d’encourager les institutions et les organisations spécialisées dans l’éducation et la santé à coordonner leurs efforts visant à assurer la promotion de la santé grâce à l’école, l’OMS a réuni à Genève (Suisse), du 18 au 22 septembre 1995, un Comité d’experts sur le rôle de l’école dans l’éducation sanitaire globale et de la promotion de la santé. La réunion a été ouverte, au nom du Directeur général, par le Dr N.P. Napalkov, Sous-Directeur général, qui a souligné l’importance du rôle que l’école peut jouer sur l’éducation et la santé des générations futures.

L’objectif global du Comité d’experts était de formuler des recommandations concernant la politique générale et les mesures que pourraient adopter et prendre l’OMS (y compris par l’intermédiaire de ses bureaux régionaux), d’autres institutions du système des Nations Unies, les gouvernements nationaux et les organisations non gouvernementales pour que les établissements scolaires soient désormais à même d’exploiter pleinement leurs capacités en vue d’améliorer la santé des enfants et des jeunes, mais aussi celle du personnel scolaire, des familles et des membres de la communauté.

Le Comité d’experts a fait observer que les cinquante dernières années se sont accompagnées de progrès sans précédent en matière de santé, d’éducation et de situation économique: tandis que l’espérance de vie moyenne augmentait, les taux de mortalité infantile ont baissé et une amélioration a été enregistrée partout dans le monde en ce qui concerne les programmes nutritionnels, la couverture vaccinale, la prévention des maladies et la scolarisation. Grâce à ces progrès, il y aura en 1996 environ 2,5 millions de décès d’enfants de moins qu’en 1990 (1). Comme les enfants sont aujourd’hui plus nombreux à atteindre l’âge d’entrer à l’école, le nombre des enfants scolarisés, du moins pour les premiers niveaux,¹ a

¹ Le terme “niveau” est utilisé dans le présent rapport pour désigner un groupe d’écoliers faisant partie de la même “classe”, correspondant à un niveau d’études déterminé; contrairement au cas de pays francophones, ces classes sont le plus souvent numérotées à partir de 1 pour les plus jeunes (normalement, ces 5-6 ans).

augmenté dans des proportions spectaculaires. Dans nombre de pays, on se rapproche de l'objectif d'une éducation de base universelle. Dans l'ensemble des pays en développement, 71% des enfants vont à l'école primaire pendant au moins les 4 premières années (1, 2). Par ailleurs, un rapport récent conclut que "le système éducatif de type classique constitue, dans le monde en développement, le réseau le plus vaste et le plus approfondi dont on dispose pour informer le citoyen" (3).

1.1 Santé et éducation

Dès 1950, le Comité d'experts des services d'hygiène scolaire de l'Organisation mondiale de la Santé notait que "pour pouvoir étudier avec succès, les enfants doivent être en bonne santé" (4). Les travaux de recherche montrent que les carences nutritionnelles et la mauvaise santé des enfants en âge d'aller à l'école contribuent à expliquer la faible scolarisation, l'absentéisme élevé, le retrait précoce de l'école et les mauvais résultats dans le primaire. C'est dire que la santé est un élément essentiel qui conditionne l'entrée puis le séjour à l'école et les résultats que l'enfant y obtient (5, 6). En outre, une éducation qui apporte à l'enfant, en plus des connaissances scolaires de base, des connaissances, attitudes et qualifications concernant spécifiquement la santé, est capitale pour leur bien-être physique, psychologique et social. Cela est vrai à court terme, mais aussi pendant toute l'adolescence puis à l'âge adulte puisqu'une éducation ainsi conçue fournit les bases d'un développement sain.

Toute une série d'affections et de troubles altèrent la capacité d'apprentissage. Parmi ceux que la recherche (5, 6) a permis de mettre en évidence, on citera les carences nutritionnelles (malnutrition protéino-énergétique et carences en fer, en vitamine A et en iode), les helminthiases (spécialement la schistosomiase et les trématodoses, entre autre parasitoses intestinales), diverses infections, les invalidités physiques ou mentales et, enfin, des problèmes en rapport avec la sexualité (grossesse précoce, violences sexuelles et maladies sexuellement transmissibles).

1.2 Education et santé

Le lien qui existe entre la santé de l'enfant et l'éducation qu'il reçoit est extrêmement solide. Tout comme la santé conditionne beaucoup la capacité d'apprentissage, une fréquentation scolaire assidue constitue l'une des clés d'une meilleure santé. De par sa culture, son organisation et sa gestion, grâce à la qualité de son environnement matériel et social, de son programme d'enseignement et de ses méthodes pédagogiques, enfin selon la façon dont les progrès de

l'élève¹ sont évalués, l'école exerce un effet direct sur l'estime de soi et les résultats scolaires et, par voie de conséquence, sur la santé des élèves et du personnel (7-9). Ainsi, l'école n'est un milieu favorable à la promotion de la santé que pour autant qu'elle constitue elle-même une organisation saine.

En outre, quand l'école est effectivement favorable à la promotion de la santé, elle donne aux élèves et au personnel les moyens de se réaliser, d'obtenir les outils et les ressources indispensables à cette fin et de se faire les avocats de leur cause auprès des institutions et structures sociales capables de soutenir leur effort.

Dans leur très grande majorité, les travaux menés au cours des 15 dernières années confirment l'idée que l'école fréquentée n'est pas sans influence sur les résultats scolaires. Outre qu'ils ont permis de définir clairement les caractéristiques des écoles efficaces (notamment, l'exercice partagé des fonctions de direction, l'adoption d'une vision commune et des mêmes objectifs, un milieu favorable à l'apprentissage, des attentes élevées pour tous, la fixation de buts précis à l'enseignement, la surveillance des progrès accomplis et le souci des droits et des responsabilités des élèves), ces travaux démontrent sans contestation possible que tous les élèves sont capables d'apprendre quand les conditions requises sont réunies. L'une de ces conditions essentielles est que la capacité d'apprentissage ne soit pas amoindrie par une mauvaise santé (9).

L'intérêt de l'éducation pour la santé des filles est particulièrement sensible, et abondamment démontré. Qui plus est, il s'étend à leurs futurs enfants et à la société tout entière. De tous les facteurs qui déterminent la santé d'un jeune, le plus important est le degré d'éducation de sa mère (10-13).

Cependant, l'école ne peut pas agir sur la santé par son seul enseignement, ni même grâce à la combinaison de celui-ci avec le contexte éducatif. Un troisième partenaire dans le progrès de la santé et de l'éducation, est représenté par un ensemble de services assurés ou procurés par l'école: services de santé physique, programmes de prévention, services de santé psychologique, services de nutrition et de salubrité des aliments, services sociaux, éducation physique, etc. La prestation de ces services, la mobilisation d'un soutien général en faveur des programmes de santé scolaires et le renforcement de ces programmes, exigent inévitablement la collaboration des familles, d'autres institutions et d'autres membres de la communauté.

¹ Par élève, on entend dans le présent rapport un enfant ou un adolescent qui va à l'école, à l'exclusion des "étudiants" de l'enseignement supérieur.

1.3 Programmes de santé scolaires

Les programmes de promotion de la santé par l'intermédiaire de l'école (programmes de santé "scolaires"), constituent, lorsqu'ils sont mis en œuvre par des établissements eux-mêmes organisés de façon à assurer cette promotion ("écoles-santé"), l'un des moyens essentiels pour atteindre les deux objectifs parallèles de "La santé pour tous d'ici l'an 2000" (14) et de "L'éducation pour tous" (15). Ces programmes offrent des possibilités considérables, face à des problèmes qui ne le sont pas moins.

Menaces pour la santé et l'éducation

Bien que des miracles aient été fait pour la survie et l'éducation des enfants, les enfants d'âge scolaire sont exposés à des menaces qui pourraient ruiner l'œuvre accomplie. Dans de nombreuses régions, la malnutrition, les parasitoses intestinales et d'autres maladies infectieuses ont une prévalence élevée et prolifèrent dans un contexte général d'urbanisation rapide, d'insuffisance des moyens d'assainissement et d'approvisionnement en eau saine, d'instabilité politique et d'économie chancelante. Alors que les maladies traditionnelles les plus meurtrières chez l'enfant ont perdu du terrain, parfois même été éradiquées, il arrive qu'elles soient remplacées par des traumatismes conséquence de la violence, par des troubles mentaux et des problèmes de comportement, par des maladies chroniques et par diverses atteintes à la santé qui résultent directement de facteurs sociaux, comportementaux ou environnementaux susceptibles d'être prévenus.

Rapidité des transformations sociales

Les sociétés connaissent une évolution rapide. Dans de nombreux pays, tant développés qu'en développement, les structures familiales et sociales traditionnelles sont caduques ou ont été profondément modifiées. Partout dans le monde, la pauvreté condamne des millions d'enfants à être mal logés, nourris et soignés et elle les éloigne de l'école. Dans les régions rurales et les collectivités nomades, les enfants sont, dans le meilleur des cas, insuffisamment pris en charge par les établissements de soins et les programmes de santé. De nombreuses régions sont en proie à la guerre ou au chaos civil, avec de lourdes conséquences pour la santé et l'éducation des enfants. La majorité des décès provoqués par ces conflits (jusqu'à 80-90%) concernent des civils, femmes et enfants pour la plupart. Pareille situation de dénuement et d'incertitude extrême sur le plan social, matériel et économique — avec pour corollaire la mauvaise santé des enfants — compromet la réussite scolaire des jeunes et leur capacité

à devenir des membres bien portants, responsables et productifs de la société (16).

Des messages contradictoires

Les jeunes¹ et les adultes sont confrontés à des messages contradictoires dans de nombreuses situations. Si les professionnels de la santé sont capables d'expliquer pourquoi l'usage du tabac est dangereux, la publicité et d'autres médias propagent des messages séducteurs sur le plan psychologique mais qui masquent les dangers réels. Malgré le soin apporté à leur élaboration et à leur exécution, les programmes destinés à réduire les rapports sexuels précoces ou les pratiques sexuelles qui contribuent à la propagation catastrophique du VIH/SIDA peuvent voir leur influence sapée par les pressions de la société ou par les abus et l'exploitation sexuels dont sont victimes les jeunes.

Evolution du rôle de l'école

L'école n'échappe pas au changement général de la société. Les tâches qu'on attend d'elle sont désormais infiniment plus nombreuses; dans bien des endroits, l'école est la principale institution responsable de la socialisation des enfants. Pourtant, elle dispose rarement de toutes les ressources indispensables pour ce faire. Qui plus est, les ressources existantes sont souvent mal utilisées dans la mesure où le manque de soins de santé aux élèves se traduit par un absentéisme important, l'abandon précoce de l'école et des redoublements. A certains endroits, le rôle de l'école concernant la santé des enfants est même controversé.

1.4 **Efforts visant à promouvoir la santé par l'intermédiaire de l'école**

La promotion de la santé des enfants grâce à l'école constitue depuis les années 50 un objectif important pour l'OMS, pour l'UNESCO et pour l'UNICEF, entre autres organisations internationales. Parmi les principales actions menées au plan international en vue d'améliorer la santé scolaire, on peut citer les réunions du Comité OMS d'experts des services d'hygiène scolaire en 1950, du Comité OMS d'experts de l'éducation sanitaire de la population en 1954 et du Comité conjoint OMS/UNESCO d'experts pour la préparation des enseignants à l'éducation sanitaire en 1959, la collaboration de l'UNESCO et de l'OMS en vue de la publication, en 1966, de l'ouvrage *Planification de*

¹ Par "jeunes", on entend dans le présent rapport les enfants et les adolescents d'âge scolaire.

l'éducation pour la santé à l'école, la réunion du Comité OMS d'experts sur les nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires en 1983, la Consultation internationale OMS/UNICEF sur l'éducation sanitaire des enfants d'âge scolaire en 1985, les Discussions techniques concernant la santé des jeunes à la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 1989, la Consultation mondiale OMS/UNESCO/OIT sur le SIDA à l'intention des représentants des syndicats d'enseignants en 1990, la Consultation OMS/UNESCO/UNICEF sur les stratégies de mise en œuvre des programmes d'éducation sanitaire globale promotion de la santé à l'école en 1991, enfin, la Conférence mondiale OMS/UNESCO sur la santé scolaire et la prévention de l'infection par le VIH en 1995.

Selon la définition de l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (14). Des professionnels de la santé venus de nombreux pays sont tombés d'accord pour reconnaître que "la santé est créée et vécue au quotidien — qu'il s'agisse de la formation, du travail, des loisirs ou de la vie affective. La santé consiste à s'occuper de soi et des autres, à savoir prendre des décisions, à être maître des conditions de sa propre existence, en veillant à ce que la société crée les conditions permettant à chacun de ses membres d'en jouir" (17).

De même que la création d'un environnement qui permette à chacun d'accéder à la santé est l'affaire de la population elle-même, c'est aussi à elle qu'il incombe de créer un environnement favorisant la réussite scolaire. A une époque où le système et les établissements scolaires connaissent une transformation rapide touchant à tous leurs éléments, chacun à l'école — élève, enseignant, responsable administratif — doit devenir à quelque titre un acteur du changement (18). Créer un environnement qui soit favorable tant à la santé qu'à l'éducation, est l'affaire de tous.

1.5 Mandat du Comité

Le Comité avait le mandat suivant:

- Faire le point:
 - de la santé scolaire dans le monde;
 - des mécanismes selon lesquels l'école influe sur la santé des enfants d'âge préscolaire, des enfants d'âge scolaire, de ceux qui ne vont pas à l'école, du personnel scolaire, des familles et des autres membres de la communauté.

- Recenser les facteurs favorables et les obstacles au renforcement des programmes de santé scolaires au niveau international, régional, de district et local.
- Formuler des recommandations visant à renforcer l'infrastructure de la santé scolaire et des activités de promotion de la santé à l'école de nature à:
 - intensifier au maximum l'action intersectorielle dans ce sens;
 - aider les responsables et les décideurs dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes;
 - encourager la recherche nécessaire pour faire progresser les connaissances et combler les lacunes.

1.6 Thèmes essentiels du rapport

Lors de la préparation de la réunion du Comité d'experts, l'OMS a demandé à différents spécialistes de rédiger des documents sur la promotion de la santé à l'école. Ont été sollicités à cette fin des fonctionnaires de l'Organisation, en poste au Siège de Genève ou dans les Bureaux régionaux, ainsi que des experts d'autres organisations, d'établissements universitaires ou d'organisations non gouvernementales.

Une trentaine de documents de travail, assortis d'exemples concernant aussi bien des pays en développement que des pays développés, ont été rédigés sur toute une série de sujets (on trouvera le nom des auteurs et le titre de ces documents à la rubrique Remerciements). Ils ont servi de base à la rédaction de trois documents de synthèse: *Le point sur la santé scolaire, Obstacles au progrès de la santé scolaire et stratégies applicables pour obtenir ce progrès* et, *Recherche en vue d'améliorer la mise en œuvre et l'efficacité des programmes de santé scolaires* (disponibles, en anglais uniquement, sur demande au service Education sanitaire et Promotion de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, 1211, Genève 27, Suisse).

Lors de la préparation de son rapport, le Comité d'experts s'est servi de ces trois documents de synthèse pour choisir les exemples, issus tant de la recherche que de l'expérience dans l'ensemble du monde, qui illustreraient le mieux les questions ci-dessous:

- Comment l'école peut-elles s'adapter à l'évolution de l'environnement et répondre aux besoins des élèves et du personnel en matière de santé et d'éducation?
- Quels sont les éléments constitutifs absolument indispensables pour que l'école contribue réellement à la promotion de la santé?
- Un nouveau cadre est-il nécessaire pour orienter le processus de promotion de la santé?

- Quels arguments peut-on mettre en avant pour convaincre les hauts responsables de l'intérêt éducatif, sanitaire, économique, social et politique à attendre d'un investissement dans les programmes de santé scolaires?
- Sur quelles preuves de leur efficacité peut-on s'appuyer pour choisir des stratégies de nature à améliorer la santé des enfants d'âge scolaire, de leurs familles et du personnel des écoles?
- Quelles sont les stratégies particulières nécessaires pour mettre en œuvre, faire progresser et institutionnaliser les programmes de santé scolaires?

Comme ces questions sont interdépendantes, elles ne sont pas traitées séparément dans ce qui suit, mais elles y constituent la trame et la préoccupation implicite dans tous les sujets abordés.

2. Tendances en matière de santé scolaire

2.1 Introduction

La population mondiale compte plus de 50% de personnes de moins de 25 ans et 29% de jeunes âgés de 10 à 25 ans, dont 80% habitent des pays en développement. En 1990, les moins de 25 ans constituaient 64% de la population en Afrique, 57% en Asie du Sud et 56% en Amérique latine (19). En l'an 2001, on comptera sur la planète 2 milliards d'adolescents, ce qui représente le record historique. Ces jeunes vivent pour la plupart en Afrique, en Amérique latine et en Asie (20). A une époque où l'accès à la technologie devient plus facile et où les techniques sont marquées par des innovations rapides, des possibilités immenses s'offrent à ces jeunes. Pourtant, si l'on néglige de satisfaire leurs besoins en matière de santé, de répondre à leurs espoirs et de tirer parti de leurs capacités, ils pourraient avoir un effet destabilisateur considérable sur les systèmes politiques, sociaux et économiques.

La condition des jeunes d'aujourd'hui

Si la santé des enfants enregistre des progrès constants depuis quelques décennies, l'évolution actuelle de la situation sociale et politique, le déclin économique local et mondial et la marginalisation croissante des pays et des collectivités les plus pauvres, font que, dans chaque région du monde, des millions de jeunes sont mis dans l'incapacité de se réaliser pleinement sur le plan physique et mental, d'achever leur scolarité, de trouver du travail et de devenir des adultes bien adaptés, économiquement productifs et socialement responsables, capables de contribuer à la croissance de leur

communauté et de leur pays (1). Des enfants qui seraient autrefois morts en bas âge survivent aujourd'hui et parviennent à l'adolescence et à l'âge adulte, mais au prix de nombreuses menaces à l'intégrité de leur santé physique, mentale et sociale.

L'avenir des jeunes d'aujourd'hui

- En l'an 2000, on comptera de 30 à 40 millions de personnes infectées par le VIH.
- Le tabac est responsable de 3 millions de décès prématurés par an, et contribue à la hausse rapide des dépenses de santé (21). Si le comportement tabagique n'évolue pas, l'usage du tabac dans le monde en développement causera dans une trentaine d'années davantage de décès prématurés que le SIDA, la tuberculose et les complications de l'accouchement à eux tous.
- De nombreux microbes ont désormais acquis une pharmacorésistance qui explique la recrudescence de la tuberculose, du paludisme et de certaines maladies sexuellement transmissibles. Le rôle de la prévention est, et restera, prédominant (22).

La santé et l'éducation sont particulièrement préoccupantes dans le cas des filles. Partout dans le monde, celles-ci continuent d'être l'objet d'une discrimination, d'une violence croissante et sont les victimes d'affections pourtant susceptibles d'être prévenues. Dans les pays en développement, la fréquentation scolaire s'est régulièrement améliorée puisque, de 1960 à 1990, le taux de scolarisation des 12 à 17 ans est passé de 43% à 53% pour les garçons et de 26% à 42% pour les filles. Pourtant, dans l'ensemble du monde, 60% des enfants d'âge scolaire qui ne vont pas à l'école, sont de sexe féminin. Même lorsqu'il existe des moyens d'éducation, de nombreuses filles n'en bénéficient pas pour des raisons économiques, culturelles ou religieuses ou par suite d'un mariage précoce ou d'obligations ménagères (par exemple, les soins à donner à des proches) (1).

Une meilleure santé pendant l'enfance et l'adolescence est le gage d'une meilleure santé chez la femme adulte, qui ne peut qu'avoir des répercussions spectaculaires sur la santé de ses enfants et du reste de sa famille. Des filles éduquées sont en meilleure santé et davantage capables, une fois devenues mères de famille, de s'occuper de leurs enfants. Une éducation plus poussée a généralement pour conséquence le retard de la première grossesse qui, du même coup, est en principe dangereuse. Des filles et des femmes qui ont reçu une éducation viennent plus tôt aux consultations prénatales, mettent au monde des enfants en meilleure santé et les ramènent avec elles dans un logement et un environnement plus salubres. Comme il est expliqué en détail dans ce qui suit, l'éducation rend la femme plus

apte à créer de bonnes conditions de salubrité dans son ménage, à tirer profit de l'information sanitaire et à faire bon usage des services de santé, tout en lui donnant de meilleures possibilités d'acquérir un revenu et de mener une vie plus saine (2, 22):

- Des enquêtes réalisées dans 25 pays en développement montrent que la mortalité infantile est réduite d'environ 15% chez les nouveaux nés de mères qui sont allées à l'école 1 à 3 ans.
- Dans de nombreux rapports nationaux, il est indiqué que plus une femme est allée longtemps à l'école, plus elle a des chances d'avoir des enfants qui survivent au-delà de l'âge de 5 ans.
- Selon des observations faites dans 13 pays africains, de 1975 à 1985, une augmentation de 10% du taux d'alphabétisation des femmes s'accompagne d'une baisse égale, de 10%, du taux de mortalité infantile.
- Au Pérou, la fréquentation de l'école pendant au moins 7 ans par les filles, réduit de 75% le risque de mortalité chez leurs futurs enfants.

Toutefois, malgré les progrès manifestes qu'on observe dans certains pays développés dans le sens de l'égalité des sexes, les abandons scolaires chez les filles continuent d'avoir pour principale raison une grossesse non désirée.

2.2 Le rôle de l'école

Etant donné que les années scolaires représentent une époque de formation dans le développement de l'être humain, l'école constitue un cadre efficace pour améliorer chez les jeunes la santé, l'estime de soi, les aptitudes vitales (efficacité de la prise de décision, communication, compréhension des émotions, réflexion critique, adaptation aux contraintes, etc.) et le comportement. Outre que l'école est un endroit adapté à des interventions efficaces et rentables contre de nombreuses maladies, c'est un cadre possible pour informer la communauté des problèmes et des techniques de santé et la mobiliser en préconisant des politiques et des services favorables au progrès sanitaire.

Les programmes de santé mis en oeuvre par les écoles acquises à l'idée de la promotion de la santé — les "écoles-santé", comme on a fini par les appeler en bref — permettent de faire face à bon nombre des grands problèmes de santé auxquels on se trouve confronté partout dans le monde, à savoir l'infection par le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, les actes de violence et les coups et blessures, les grossesses non désirées et une santé génésique

médiocre, les helminthiases, une mauvaise nutrition et l'insalubrité des aliments, l'insuffisance de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau, l'absence de vaccination, une santé bucco-dentaire déficiente, le paludisme, les infections respiratoires, les problèmes psychologiques, les troubles associés au manque d'exercice physique, enfin, l'usage de l'alcool, du tabac et des drogues illicites.

Des programmes de santé scolaires qui mettraient en place, de façon coordonnée, des services d'éducation et de santé et favoriseraient un environnement salubre, pourraient devenir l'un des moyens les plus efficaces, presque partout dans le monde, pour améliorer notablement le bien-être de la population. C'est dire que ces programmes pourraient un jour devenir un moyen décisif pour améliorer la condition humaine à l'échelle de la planète. Toutefois, il n'existe pratiquement aucun pays où les programmes de santé scolaires soient développés comme il faudrait. Partout, ils souffrent de l'insuffisance des ressources, qu'il s'agisse d'argent, de temps, de professionnels qualifiés, de fournitures ou de volonté des hommes politiques et du grand public.

Il faut déplorer que l'idée d'une approche globale des programmes de santé scolaires ou celle des écoles-santé restent essentiellement théoriques, sans guère déboucher sur la pratique. Bien que la terminologie et les définitions diffèrent parfois, la plupart des pays reconnaissent et prennent en compte trois domaines dans la santé scolaire: les services de santé, l'éducation sanitaire et un environnement salubre. Cependant, il est rare qu'une seule institution assume la responsabilité de toutes ces composantes. Ces dernières années, nombre de pays ont essayé d'organiser la planification et le développement de ces domaines traditionnels, à côté de domaines connexes, selon une approche des programmes de santé scolaires qui soit davantage intégrée.

2.3 **Les programmes de santé scolaires: définition**

La définition de la santé scolaire et, plus particulièrement, celle des programmes de santé scolaires, ont sensiblement évolué au cours des 40 dernières années. Si, traditionnellement, on faisait entrer dans la rubrique des programmes de santé scolaires l'éducation sanitaire à l'école, les services d'hygiène scolaire et un environnement scolaire salubre (englobant à la fois les aspects matériels et les aspects psychosociaux), on négligeait, en théorie comme en pratique, l'interdépendance de ces divers éléments et la façon dont ils peuvent et doivent se renforcer mutuellement.

Vers la fin des années 80, la définition des programmes de santé scolaires a été affinée, face à l'évolution des rôles et des

responsabilités dans les écoles. Désormais, on a identifié dans ces programmes huit composantes spécifiques, comme suit (23):

- services de santé scolaire
- éducation sanitaire à l'école
- environnement scolaire (physique et psychosocial) salubre
- promotion de la santé auprès du personnel scolaire
- projets et activités périphériques associant l'école et la communauté
- nutrition et salubrité des aliments
- éducation physique et activités de loisirs
- soutien en santé mentale, services de conseil et soutien social.

Ainsi révisée, cette définition a constitué la base d'une approche globale de la santé scolaire. Les professionnels de la santé et de l'éducation ont commencé à comprendre que le succès de la promotion de la santé dans le cadre de l'école n'est pas la simple résultante des succès remportés au niveau de chacune de ses composante, mais qu'il est le résultat d'une approche organisée et cohérente de toute une série de questions de santé, mise en œuvre selon des stratégies globales, étendues à tous les aspects. Les écoles où la santé était abordée dans cette optique ont désormais reçu le nom d'"écoles-santé".

La dernière décennie a été marquée par l'émergence de trois courants de pensée dont la synthèse permet d'affiner encore le concept de programme de santé scolaire et de réunir les conditions requises pour l'élaboration, l'exécution et la réussite de ces programmes:

- les programmes de santé scolaires doivent être fondés sur des composantes qui soient organisées et se renforcent l'une l'autre;
- l'école est une organisation dynamique, capable de s'adapter à l'évolution des besoins et aux transformations de l'environnement;
- les programmes de promotion de la santé qui connaissent le succès s'appuient sur cinq piliers: une politique générale, des environnements favorables, l'action communautaire, le développement des capacités personnelles, et la réorientation des services de santé.

A ce stade, il convient de faire la synthèse des meilleurs enseignements de la théorie et de la pratique modernes pour aboutir à une définition des programmes de santé scolaires qui soit dénuée de rigidité et mette l'accent sur les relations qui existent entre leurs différentes composantes et à l'intérieur de chacune d'elles. Cette définition est donc donnée ici par référence à l'environnement, aux services et à l'éducation. Dans chacun de ces domaines, plusieurs implications de la notion de programmes de santé scolaires globaux sont présentés.

Environnement

L'environnement de la santé scolaire doit englober:

- un environnement matériel, social et psychologique qui soit orienté dans le sens du développement, adapté au contexte culturel et permette aux élèves de se réaliser pleinement;
- une culture organisationnelle saine au sein de l'école;
- une interaction productive entre l'école et la communauté dont elle fait partie.

Services

Les services de santé scolaires doivent inclure:

- des services préventifs, thérapeutiques et d'orientation/recours (il est essentiel de disposer d'un réseau d'établissements de recours qui déborde le cadre scolaire);
- des services nutritionnels et des services de salubrité des aliments;
- des services de conseil, de soutien psychologique et d'aide sociale;
- des services d'approvisionnement en eau saine et des services d'assainissement;
- des services de promotion de la santé à l'intention du personnel.

Education

L'éducation sanitaire à l'école doit recouvrir les aspects suivants:

- l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques (en faisant appel à toute une gamme de techniques pédagogiques modernes, y compris l'apprentissage actif, l'éducation reçue de pairs et l'apprentissage au moyen d'enquêtes);
- l'éducation sanitaire et nutritionnelle;
- l'acquisition des aptitudes vitales;
- l'éducation du personnel, grâce à des activités de formation et de développement.

La définition ci-dessus des programmes de santé scolaires est conçue de façon à être un guide, pour les responsables de la politique générale, les planificateurs, les éducateurs et les professionnels de santé. Mais, en pratique, force est de reconnaître que chaque pays et chaque école doit subir des contraintes et a des points forts qui lui sont propres. Il faudrait donc que chaque établissement scolaire commence à mettre en place son programme en s'appuyant sur son point fort.

On notera que la définition ci-dessus englobe les composantes des programmes de santé scolaires, sans spécifier les rôles et responsabilités au sein du système scolaire. Par exemple, l'éducation

sanitaire peut *a priori* être confiée à un enseignant ou à tel ou tel professionnel de la santé. Elle peut faire l'objet d'un cours particulier ou, au contraire, être répartie dans l'ensemble du programme des études. En outre, si l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement constituent des services, ce sont également des éléments essentiels d'un environnement salubre. Bref, la définition rejette toute rigidité et est conçue de façon à pouvoir facilement être adaptée aux circonstances.

Toutefois, une vérité fondamentale en matière de santé comme en matière d'éducation, est que l'action dans ces deux domaines est impossible si l'environnement est dégradé au point de présenter des risques au lieu d'offrir des possibilités. Pour prendre un exemple, le Comité d'experts a exprimé sa conviction absolue qu'il était fondamental, compte tenu du stade de développement atteint et des techniques dont on dispose aujourd'hui, qu'une école soit équipée d'une latrine en état de fonctionnement pour atteindre des résultats sur le plan sanitaire ou éducatif.

2.4 Le point des connaissances en matière de santé scolaire

Il n'existe aucune description ni aucune évaluation complètes des trois composantes — environnement, services et éducation — qui influent sur la situation de la santé scolaire dans le monde. La littérature descriptive consacrée aux programmes de santé scolaires est en grande partie insuffisante, et axée sur des interventions relatives à des problèmes individuels. Sa couverture géographique est de surcroît extrêmement inégale, puisqu'on est beaucoup mieux informé au sujet de l'Europe, des Etats-Unis d'Amérique et du Canada qu'à celui des autres régions et pays du monde.

2.5 Justification des investissements dans les programmes de santé scolaires

Dans l'ignorance où l'on est de la situation exacte de la santé scolaire dans le monde, il est raisonnable de se demander si l'accroissement des investissements dans les programmes de santé scolaires serait justifié. Le Comité d'experts répond sans hésitation par l'affirmative, pour les raisons suivantes.

Les programmes de santé scolaires peuvent être le moyen le plus efficace et le plus rentable d'améliorer la santé des élèves et, par voie de conséquence, leurs résultats scolaires. C'est dire que pour les élèves, pour le personnel des établissements, pour l'école en tant qu'institution, pour les familles, pour les communautés et pour la

nation, la promotion de la santé par le biais de l'école apparaît opportune du point de vue financier, éducatif, social et politique.

Il est amplement démontré que les dépenses consacrées à la santé scolaire se traduisent par des économies importantes:

- Une étude réalisée aux Etats-Unis d'Amérique a montré que pour chaque dollar investi dans une éducation antitabac efficace à l'école, on fait 18,80 dollars E.-U. d'économie du fait de la baisse des coûts associés à la prise en charge des problèmes de santé et autres imputables au tabagisme. Cette étude a également permis d'estimer à 5,69 dollars E.-U. les économies réalisées pour chaque dollar consacré à l'éducation préventive concernant l'abus de l'alcool et des drogues. En outre, pour chaque dollar consacré à l'éducation préventive visant à éviter les rapports sexuels précoces et non protégés, on économise 5,10 dollars. En moyenne, les économies réalisées par la société pour un investissement de 1 dollar dans ces trois formes d'éducation sanitaire, s'élèvent à environ 14 dollars E.-U. (24).
- Les dépenses consacrées aux programmes de santé scolaires ont une autre justification, sur le plan strictement économique, puisque l'instruction est le gage de revenus supérieurs et d'un meilleur état de santé pour la population active (22).
- Selon une analyse de 1993 de la Banque mondiale (22), la plupart des régions du monde bénéficieraient beaucoup de la mise en œuvre d'une série d'actions de santé publique essentielles, à savoir:
 - un programme élargi de vaccinations;
 - des programmes de santé scolaires assurant le traitement des verminoses et des carences en micronutriments et l'éducation sanitaire;
 - des programmes destinés à mieux faire connaître du grand public les questions de planification familiale et de nutrition, l'opposition entre soins auto-administrés et troubles nécessitant une consultation, et les activités de lutte antivectorielle et de surveillance des maladies;
 - des programmes destinés à faire baisser la consommation de tabac, d'alcool et de drogues;
 - des programmes de prévention du SIDA, faisant une large place à la prévention des autres maladies sexuellement transmissibles.

Bien que les programmes de santé scolaires ne soient explicitement mentionnés que dans l'une des rubriques ci-dessus, l'école pourrait, pour une importante fraction de la population mondiale, se charger efficacement de la totalité des cinq composantes recommandées.

Il est amplement démontré qu'une meilleure santé améliore les résultats scolaires:

Partout dans le monde, les exemples abondent qui prouvent que la prise en charge des problèmes médicaux à l'école se traduit par l'amélioration des résultats scolaires. L'un de ces exemples concerne des enfants de la Jamaïque qui, après avoir été soignés pour une trichocéphalose modérée, ont obtenu à des tests les mêmes résultats que leurs camarades non parasités, alors qu'auparavant ils avaient des résultats inférieurs de 15% (22). Les programmes de restauration scolaire ont également une incidence sensible sur la fréquentation de l'école et les résultats scolaires (6).

Il est amplement démontré que des programmes basés à l'école permettent d'atteindre une très importante population d'enfants d'âge scolaire:

- Pour l'ensemble du monde, les écoles permettent d'atteindre environ un milliard d'élèves et, par leur intermédiaire, leurs familles et communautés. Comme on l'a déjà fait observer, "le système éducatif de type classique constitue dans le monde en développement le réseau le plus vaste et le plus approfondi dont on dispose pour informer le citoyen" (3).
- Les programmes de santé scolaires améliorent la santé de populations importantes lorsqu'ils sont mis en œuvre à l'échelle nationale. En République de Corée, par exemple, la prévalence des helminthiases chez les enfants a été abaissée de 80% à 0,2% en 30 ans grâce à un programme de chimiothérapie, d'éducation sanitaire et d'assainissement associant l'école à la collectivité.
- Les maîtres peuvent exercer une influence considérable sur la santé des jeunes. Selon l'UNESCO, on compte dans le monde près de 43 millions d'enseignants pour l'ensemble du primaire et du secondaire (23,9 millions et 18,8 millions respectivement) (2). Par son seul effectif, cette population d'enseignants a de l'importance pour la santé publique.

Il est amplement démontré que l'éducation sanitaire et les services de santé ont des effets d'une vaste portée:

- Des études menées aux Etats-Unis d'Amérique ont apporté la preuve que des programmes d'éducation sanitaire complets et soigneusement conçus et mis en œuvre, détournent les jeunes d'adopter des comportements nocifs, notamment le tabagisme, l'usage de drogues illicites, des pratiques alimentaires dangereuses pour la santé, des pratiques sexuelles à risque et le manque d'exercice physique. En outre, ce type d'éducation réduit l'absentéisme scolaire en atténuant les conséquences de la maladie, de l'abus de l'alcool ou

- des drogues et en diminuant le nombre de traumatismes secondaires à la violence et celui des grossesses non désirées; par ailleurs, il améliore les résultats cognitifs grâce à une bonne alimentation, à un exercice et un sommeil suffisants et à la réduction du stress (25–34).
- Contractées à un âge précoce, des habitudes saines (par exemple, la manipulation des aliments de manière à éliminer tout danger) se conservent toute la vie (35).
 - La présence d’une infirmerie à l’école se révèle un bon moyen pour apprendre aux élèves à devenir des utilisateurs efficaces des services de santé, réduire les consommations abusives et abaisser les taux d’hospitalisation (36–38).
 - La promotion de la santé au bénéfice du personnel scolaire — l’un des aspects les moins visibles des programmes de santé scolaires mais l’un des plus décisifs — permet de réduire l’absentéisme chez le personnel enseignant, de lui donner meilleur moral et d’améliorer la qualité de l’enseignement dispensé (39–42). Un programme mis en œuvre aux États-Unis d’Amérique à l’intention du personnel scolaire, s’est traduit chez les intéressés par la baisse du poids corporel, du pouls au repos, du taux de cholestérol sanguin et de la tension artérielle (43).
 - Le recensement de 35 études évaluées par ailleurs et portant sur l’éducation sexuelle et l’information sur le VIH/SIDA à l’école a montré que l’éducation sexuelle, complétée par la mise à disposition de moyens contraceptifs, n’incitait pas les jeunes à avoir des rapports plus précoces. En fait, cette éducation et une information sur le VIH/SIDA peuvent même retarder l’âge du premier rapport, réduire l’activité sexuelle et augmenter, chez les jeunes qui ont déjà une vie sexuelle, l’adoption de pratiques sans danger (44).

Ainsi, les programmes de santé scolaires peuvent avoir des avantages pour la société tout entière:

- Pour les élèves, ils consistent dans une amélioration du bien-être physique, psychologique et social et l’aptitude à tirer pleinement parti de toutes les occasions de parfaire leur éducation.
- Pour le personnel scolaire, les avantages consistent dans un meilleur moral et dans la capacité de mieux remplir sa mission et d’améliorer sa propre santé.
- Pour les familles et les communautés, leur capacité peut être accrue, du point de vue économique comme du point de vue sanitaire.
- Pour le système scolaire et le système de santé, l’utilisation de ressources rares peut être optimisée et les gaspillages, réduits.
- Pour la nation, des hommes et des femmes en meilleure santé et mieux éduqués constituent une base plus solide sur laquelle fonder le développement économique.

- Pour le monde, des progrès sont possibles en vue d'assurer le respect des droits fondamentaux de l'Homme, tels qu'ils ont été énoncés, entre autres documents, dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme et dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.

2.6 **Planification stratégique des programmes de santé scolaires — de l'identification des problèmes à l'action**

Il existe un décalage important entre ce qu'on peut attendre des programmes de santé scolaires et ce qu'on en obtient en réalité. L'existence de tels programmes est davantage l'exception que la règle, dans les pays développés comme dans les pays en développement. On trouvera dans ce qui suit l'exposé du cadre général préconisé par le Comité d'experts pour une planification stratégique destinée à développer les programmes de santé scolaires et à créer des écoles-santé.

La publication des résultats de travaux sur la façon dont l'école évolue et s'adapte à l'innovation démontre sans conteste possible que faire évoluer l'école et la communauté est un processus de longue haleine, obligatoirement organisé à partir de la base et évolutif, qui doit impliquer l'ensemble du système. Les "traitements de choc" ne marchent pas: la mise en œuvre et l'institutionnalisation d'une réforme prennent souvent 20 ans. Selon une étude internationale récente consacrée au processus du changement dans une réforme de l'éducation, le succès exige trois ingrédients principaux:

- un engagement national bien planifié, effectif le moment venu et se matérialisant grâce à des pratiques gestionnaires et à un soutien institutionnel appropriés, maintenu sur une durée d'au moins 10 ans;
- une forte capacité locale;
- une articulation cohérente entre les différents niveaux scolaires — central, de district et local — grâce à un système d'information, d'assistance, de pressions et de récompenses (45).

Les cinq stratégies décrites ci-dessous appellent l'attention sur les aspects qui ont une importance critique quand on cherche à renforcer un programme de santé scolaire. Elles s'inspirent de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (17) et reposent sur des bases théoriques solides et sur l'expérience de professionnels de la santé et d'éducateurs du monde entier.

Ces stratégies sont les suivantes:

- Promotion de politiques publiques de la santé scolaire qui assurent les ressources nécessaires au progrès de la santé et de l'éducation et reflètent un engagement réel dans ce sens.

- Promotion d'environnements propices, sur la base d'une évaluation et des améliorations apportées à l'environnement matériel et psychosocial de l'école.
- Encouragement de l'action communautaire en faveur du processus de promotion de la santé et de l'établissement de liens entre l'école et les autres institutions concernées.
- Action en faveur du développement des compétences personnelles (à la fois grâce au programme des études et au processus d'enseignement et d'apprentissage), en mettant l'accent sur tel ou tel comportement favorable à la santé et également sur les aptitudes qui facilitent le maintien en bonne santé pendant toute sa vie.
- Réorientation des services de santé — tant à l'école que dans la communauté — de façon que:
 - ils assurent un meilleur accès aux services de santé scolaires ainsi qu'au système de santé extérieur, grâce à des mécanismes d'orientation/recours;
 - ils permettent de recenser et de mettre en œuvre les interventions sanitaires spécifiques pour lesquelles l'école constitue le meilleur cadre possible;
 - ils intègrent prévention et thérapeutique.

Il ne s'agit pas là de stratégies du changement qui puissent être adoptées de façon indépendante, mais pas davantage des étapes successives d'une séquence à suivre impérativement. Il s'agit en fait de stratégies intégrées, se renforçant les unes les autres au sein d'un cadre global du changement. Comment utiliser ce cadre pour identifier les activités essentielles à entreprendre à l'école face aux problèmes de santé? La réponse à cette question est illustrée ci-après par une série d'exemples concernant le VIH/SIDA, la malnutrition et le manque de salubrité des aliments, le tabagisme, les problèmes psychologiques et le paludisme.

2.6.1 **VIH/SIDA**

Des *politiques* sont nécessaires pour empêcher à l'école une discrimination à l'encontre des élèves ou des enseignants séropositifs ou sidéens et pour garantir une information sur la prévention du SIDA aux élèves, au personnel scolaire, aux familles et aux membres de la communauté.

Un *environnement favorable* pourrait inclure les éléments ci-dessous:

- un soutien social, y compris des activités de conseil, à l'intention des maîtres ou élèves séropositifs ou atteints du SIDA;

- un climat dans lequel il soit facile à tous de s'informer au sujet de la prévention du SIDA, soit publiquement, soit de façon confidentielle;
- des aménagements aux alentours de l'école, par exemple le ramassage des seringues hypodermique comportant un risque de transmission du VIH et l'expulsion des "dealers".

L'action communautaire peut contribuer à prévenir le SIDA en facilitant la diffusion d'une information concrète sur le VIH/SIDA et en témoignant de l'adhésion de la communauté aux activités de prévention et de sa compréhension et de sa compassion vis-à-vis des séropositifs ou des sidéens.

Le développement des capacités personnelles peut aider les jeunes et le personnel scolaire à acquérir les connaissances, les attitudes et les qualifications essentielles pour la prévention du SIDA, notamment une aptitude à la négociation qui permette d'éviter les comportements à risque, grâce à un enseignement adapté à l'âge et (ou) à la situation sociale du public visé.

Les services de santé peuvent être réorientés dans le sens de la prévention, en plus du traitement, et de façon qu'on puisse, si besoin est, organiser des séances de conseil et pratiquer des tests dans des conditions de confidentialité et de soluhieté des oliements.

2.6.2 **Nutrition et salubrité des aliments**

Des *politiques* sont nécessaires au niveau de l'école (mais de façon intégrée avec la politique nationale de l'alimentation et de la nutrition) pour appuyer et doter de ressources les programmes de supplémentation alimentaire et de correction des carences en micronutriments déterminé et de salubrité des aliments.

Un *environnement favorable* pourrait inclure la mise à disposition de locaux où l'on puisse stocker et consommer les aliments dans de bonnes conditions de sécurité et des mesures garantissant que les aliments éventuellement distribués à l'école soient à la fois nutritifs et sans danger.

L'action communautaire peut soutenir et promouvoir les programmes de restauration scolaire.

Les capacités personnelles peuvent être développées par l'information appropriée des élèves, du personnel (y compris les cuisiniers), des parents et des agents de santé concernant les caractéristiques d'une bonne nutrition et la salubrité des aliments.

Les services de santé peuvent être réorientés afin que l'école devienne un endroit où la supplémentation en micronutriments et la distribution d'anthelminthiques soient des opérations rentables.

2.6.3 **Tabagisme**

L'école peut se déclarer en faveur d'une *politique* d'interdiction de la vente de produits du tabac aux enfants et aux adolescents. Il est possible d'adopter dans les établissements scolaires une politique qui interdise l'usage du tabac aux élèves, au personnel, aux administrateurs et aux visiteurs.

Un *environnement favorable* est un environnement d'où l'usage du tabac, fumé ou non fumé, a disparu et qui fait pièce, par sa culture et ses normes, aux fortes pressions de la société et des médias en faveur du tabagisme.

L'*action communautaire* peut viser à interdire aux élèves l'accès aux produits du tabac, spécialement à proximité des établissements scolaires.

Le *développement des capacités personnelles* peut aider les jeunes et le personnel à acquérir les aptitudes vitales (par exemple, efficacité dans la prise de décision, réflexion critique et affrontement des contraintes) qui sont spécialement utiles pour se défendre de la tentation de fumer.

La *réorientation des services de santé* peut leur permettre de jouer un rôle capital dans la prévention du tabagisme, d'une part en appuyant les activités scolaires dans ce domaine et, d'autre part, en menant une action promotionnelle au sein de la communauté et au niveau national par la revendication d'une politique antitabac vigoureuse qui soit effectivement appliquée.

2.6.4 **Problèmes psychologiques**

Des *politiques* sont nécessaires pour que le personnel scolaire puisse contribuer positivement au développement psychosocial des élèves et pour que les parents et les enseignants aient la possibilité de travailler ensemble à la recherche de solutions aux besoins et problèmes d'ordre psychosocial. Des politiques sont également nécessaires afin d'encourager la formation du personnel scolaire, lequel doit apprendre à déceler les problèmes psychologiques et à diriger les élèves en cause vers un organisme extérieur compétent.

Un *environnement favorable* se caractérise par le fait qu'il incite les élèves à explorer de nouvelles connaissances et à expérimenter leur qualifications nouvelles sans crainte d'être brimés ou punis s'ils rencontrent des difficultés ou commettent des erreurs.

L'*action communautaire* est nécessaire pour assurer le soutien par la communauté des efforts consentis par l'école. Une action isolée de la part des seuls établissements scolaires, face aux problèmes

psychosociaux, est souvent condamnée à l'échec si les normes et les pratiques adoptées à l'école ne sont pas généralisées à la communauté locale et dans la vie de famille.

Le *développement des capacités personnelles* peut aider les jeunes à acquérir et exploiter des aptitudes vitales qui leur permettent d'être à la hauteur des exigences psychologiques et des défis de la vie quotidienne.

Une *réorientation des services de santé* peut soutenir l'école dans ses efforts visant à promouvoir le bien-être social, en tant que stratégie préventive primaire des problèmes de santé physique, mentale et sociale.

2.6.5 **Paludisme**

Des *politiques* sont nécessaires pour que les élèves et le personnel parasités puissent recevoir des soins sur place, à l'école. Il est en outre important de définir la politique administrative applicable aux absences des élèves et du personnel qui sont motivées par une crise de paludisme.

Un *environnement favorable* se caractérise par la reconnaissance du fait que les élèves (et les membres du personnel) ont des capacités réduites pendant les crises de paludisme, de sorte qu'ils ne doivent pas être sanctionnés mais au contraire aidés à ne pas perdre pied dans le programme d'études.

L'*action communautaire* peut contribuer à l'amélioration et à l'extension, si besoin est, des campagnes de démoustication et à leur poursuite en cas de succès.

Le *développement des capacités personnelles* peut faciliter la compréhension du mode de transmission du paludisme et développer l'aptitude à se servir d'une moustiquaire et à éviter la formation de mares ou flaques d'eau stagnante à proximité de l'école ou de l'habitation.

Les *services de santé communautaires* peuvent être réorientés dans le sens d'un souci accru de la prévention et du renforcement de la coopération avec l'école, endroit de choix pour le diagnostic et le traitement initial des sujets parasités.

2.6.6 **Résumé**

Les exemples donnés ci-dessus à propos du VIH/SIDA, de la nutrition et de la salubrité des aliments, du tabagisme, des problèmes psychosociaux et du paludisme, montrent comment on peut faire des cinq stratégies définies plus haut le cadre général de la planification.

On notera cependant que des différences sont inévitables dans le détail selon les écoles et les pays.

L'essentiel est que les programmes de santé scolaires soient intégrés et globaux si l'on veut qu'ils bénéficient au maximum aux jeunes sur le plan sanitaire et éducatif. Il ressort des exemples présentés que le genre d'activité nécessaire en présence d'un problème déterminé est souvent le même, ou à peu près, que face à d'autres problèmes. C'est ainsi que les politiques destinées à exclure toute discrimination à l'égard des élèves et des membres du personnel séropositifs ou sidéens, doivent être conçues de façon suffisamment large pour interdire du même coup d'autres formes de discrimination. S'agissant du développement des capacités personnelles, la notion de formation aux aptitudes vitales se retrouve dans bon nombre des exemples, vu que ces aptitudes sont d'une importance capitale pour le maintien de la santé et du bien-être tout au long de l'existence. Enfin, un aspect primordial dans la réorientation des services de santé, que l'on retrouve dans tous les exemples donnés, consiste à y incorporer un volet préventif à côté du volet strictement curatif.

2.7 Obstacles à surmonter pour imposer l'idée des programmes de santé scolaires

Dans un environnement social et technologique en transformation rapide, les pays du monde entier doivent avant toute chose développer leur potentiel humain. L'école offre la possibilité de travailler au sein d'un des systèmes les mieux organisés et les plus puissants de la société en vue d'influer sur la santé et le bien-être de tous ceux qui entrent en contact avec elle.

La présente mise au point sur la santé scolaire a été l'occasion de constater qu'il existait une multitude de travaux de recherche et tout une gamme d'expériences concrètes concernant les différentes composantes des programmes de santé scolaires, ainsi que diverses maladies, y compris les stratégies applicables à leur traitement.

Cependant, selon la conception que le Comité d'experts se fait de l'avenir des programmes de santé scolaires, il faudrait que les écoles du monde entier mettent le développement d'êtres humains bien portants au coeur même de leur mission et consacrent toutes leurs ressources à cet objectif. Le Comité d'experts incite vivement chacun d'entre nous à imaginer un monde où l'école accepterait la lourde charge d'avoir à expérimenter de nouvelles façons de coordonner les trois composantes des programmes de santé scolaires — éducation, environnement et services — pour améliorer les processus

d'enseignement et d'apprentissage, les résultats scolaires et la productivité du système éducatif.

Quels sont les défis — sur le plan de la politique générale, des programmes et de la pratique — que devront relever les systèmes éducatifs qui adoptent cette vision et mobilisent leurs ressources pour mettre en oeuvre les meilleures méthodes inspirées par la théorie et l'expérience concrète? Ces défis sont illustrés par les questions suivantes:

- Comment arriver à convaincre les responsables des grandes orientations et les hommes politiques qu'adopter l'idée selon laquelle l'école est un système capable de promouvoir l'apprentissage, la santé et le développement constitue la façon la plus rentable d'organiser et d'utiliser les ressources?
- Comment faire pour qu'un plus grand nombre de systèmes éducatifs aient la possibilité d'appliquer les meilleures méthodes pratiques d'enseignement et d'apprentissage et de profiter ainsi de leur profonde influence sur le développement de jeunes en bonne santé?
- Qui doit prendre l'initiative à cet égard — le secteur éducatif ou celui de la santé — et en vue de quelles actions? Quels sont les autres secteurs à impliquer? Qui doit assurer la gestion et la coordination des actions entreprises?
- Quels seront les mécanismes, les processus et les critères utilisés pour la fixation des priorités? Par exemple, quelles composantes convient-il de renforcer? Quelles sont les méthodes et les stratégies efficaces? Dans quel sens est-il préférable de mener la réforme: de l'école vers la communauté ou de la communauté vers l'école?
- Comment faire pour déployer les ressources disponibles afin d'exploiter au mieux les systèmes existants? Quelles autres ressources sont nécessaires? A qui revient-il de les fournir?
- Quelles sont les capacités et les compétences — en matière de leadership, de gestion et de coordination — qu'il faut renforcer chez les responsables de la politique générale, les administrateurs, les enseignants, les praticiens du secteur sanitaire, etc., pour parvenir à imposer cette vision des programmes de santé scolaires? Vu le rôle essentiel que les enseignants jouent dans le système scolaire, comment faire pour qu'ils arrivent à concevoir leur mission différemment et à appliquer des conceptions et des qualifications nouvelles? Comment les soutenir efficacement à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience? Quel rôle doit jouer le personnel de l'enseignement supérieur et de la formation continue?
- Etant donné que l'école se situe nécessairement dans un cadre général politique, économique et culturel particulier, quel rôle est-il souhaitable ou opportun qu'elle adopte dans la promotion de la

meilleure pratique possible? Jusqu'où sera-t-elle prête à affronter les controverses et les discussions? Comment peut-elle s'assurer le soutien d'autres instances de la société dans ce processus?

- Comment faire pour que les programmes de santé scolaires répondent aux besoins des élèves qu'une invalidité ou une maladie chronique rend différents de la majorité sur le plan physique ou psychologique?

Tous ces problèmes, et il en existe d'autres, sont inévitables dans un processus de changement et doivent absolument être compris et pris en considération si l'on veut que les programmes de santé scolaires cessent d'être une idée pour devenir une réalité. Les établissements scolaires partout dans le monde doivent prendre des mesures pour que les enfants s'impliquent davantage dans le processus d'apprentissage, pour que les maîtres adoptent des conceptions nouvelles et acquièrent de nouvelles capacités et pour que les uns et les autres soient désormais capables de veiller eux-mêmes à leur santé. Si l'on parvient à mettre davantage d'éléments du système scolaire au service du développement d'hommes sains, les bénéfices seront innombrables tant pour l'école que pour la société.

Cependant, il existe des obstacles à surmonter pour faire face à ces défis et tirer le maximum des programmes de santé scolaires. La difficulté la plus grande consiste peut-être à repérer à chaque niveau, (international, national et local) les stratégies utilisables pour renforcer et améliorer les programmes de santé scolaires dans le monde entier. Ces stratégies font l'objet de la section 3.

3. Renforcement des programmes de santé scolaires aux niveaux international, national et local

La pauvreté et le déclin économique se généralisent dans le monde, rendant de plus en plus difficile l'affectation de ressources à l'éducation et à la santé qui ont déjà à supporter la concurrence d'autres secteurs dans la répartition du budget de l'Etat. En outre, cette dégradation de la situation économique aboutit à modifier la finalité du système éducatif, qui est désormais davantage chargé de préparer les jeunes à leur emploi futur et à leur rôle de travailleur et de producteur que d'en faire des citoyens et des hommes en bonne santé. De plus, les enseignants, qui ont une influence capitale sur la santé et l'éducation de leurs élèves, se sentent souvent surchargés et mal appréciés. Dans certains pays, leur rémunération est franchement insuffisante et, dans d'autres, il arrive même que les traitements ne soient versés qu'avec deux ou trois mois de retard.

L'amélioration des programmes de santé scolaires se heurte à des obstacles à tous les niveaux — international, national et local. Il existe toutefois des stratégies pour en venir à bout. On examinera dans ce qui suit les obstacles rencontrés à tous les niveaux, puis ceux qui sont particuliers à chacun d'eux, en indiquant les stratégies générales à adopter pour éliminer ces obstacles et améliorer et renforcer ainsi les programmes de santé scolaires. Des exemples précis sont donnés pour les trois niveaux — local, national et international.

3.1 Niveaux organisationnels en cause dans la santé scolaire

A chacun des trois niveaux indiqués, il existe des organisations dont les activités et la collaboration sont essentielles si l'on veut améliorer les programmes de santé scolaires. Ces organisations peuvent exercer une action transversale, face à des obstacles communs à l'ensemble des niveaux, ou mettre en œuvre des stratégies valables spécifiquement au niveau qui est le leur.

Au niveau international, les organisations concernées sont les suivantes:

- des organisations internationales chargées d'une mission au niveau mondial (par exemple les sièges respectifs de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNESCO); des organisations non gouvernementales travaillant également au niveau mondial (par exemple, Education International, le Comité international de la Croix-Rouge, Rotary International, l'Union internationale pour l'éducation sanitaire et la promotion de la santé);
- des organisations internationales chargées d'une mission au niveau régional (comme les Bureaux régionaux de l'OMS, le Conseil de l'Europe et les antennes régionales d'autres organisations à vocation mondiale).

Au niveau national, les organisations en cause sont les suivantes:

- des instances de l'administration nationale centrale, par exemple les ministères de la santé et de l'éducation;
- des organismes nationaux extra-étatiques, par exemple les syndicats d'enseignants et les associations de parents d'élèves.

Au niveau local, enfin, sont concernés:

- des organismes compétents au niveau d'un Etat fédéré ou d'une province;
- des organismes compétents au niveau d'un département, d'un district, d'un comté, etc.;
- les établissements scolaires individuels.

3.2 **Obstacles communs à tous les niveaux**

Certains obstacles à l'amélioration des programmes de santé scolaires se rencontrent à tous les niveaux:

- manque de hauteur de vues et insuffisance de la planification stratégique;
- incompréhension et réticence vis-à-vis des programmes de santé scolaires;
- manque de collaboration et de coordination entre les parties responsables;
- sentiment de ne pas être directement concerné, responsable ni tenu de rendre compte pour ce qui est des activités visant à améliorer les programmes de santé scolaires;
- manque de ressources (ressources financières et humaines, matériels, infrastructure organisationnelle).

3.2.1 ***Manque de hauteur de vues et insuffisance de la planification stratégique***

Il est capital d'avoir une vision claire des avantages qu'on peut attendre des programmes de santé scolaires et de la façon de s'y prendre pour y parvenir. C'est là une motivation à imaginer et mettre en œuvre des solutions et à s'engager jusqu'à son terme dans une entreprise difficile. Mais cette vision ne suffit pas: une planification stratégique soigneuse est ensuite indispensable pour que l'idée devienne réalité. Une vision non doublée d'un plan reste du domaine du rêve, tandis qu'un plan qui ne s'inspire pas d'une vision d'ensemble n'est qu'un mécanisme dénué de vie. Aucun de ces deux éléments ne peut à lui seul donner durablement des résultats bénéfiques.

3.2.2 ***Incompréhension et réticence vis-à-vis des programmes de santé scolaires***

La nécessité des programmes de santé scolaires et les nouvelles techniques que les programmes supposent sur le plan éducatif, médical et environnemental, sont mal comprises et acceptées par le grand public, et pas davantage par les responsables qui définissent la politique des institutions internationales, nationales et locales. A vrai dire, ces programmes risquent de susciter des controverses dans la mesure où ils n'ont pas pour seul objectif un enseignement concret, mais visent aussi à aider les élèves, le personnel scolaire, les parents et les membres de la communauté à modifier certains de leurs comportements. Même lorsqu'on s'accorde sur l'intérêt d'une telle évolution, d'autres priorités semblent souvent plus urgentes.

3.2.3 **Manque de collaboration et de coordination entre les divers responsables**

Etant donné les liens étroits qui unissent la santé et l'éducation, des progrès ne sont possibles que si une collaboration est assurée entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation, ainsi qu'entre leurs organismes délégués dans les provinces, dans les districts et à l'échelon local. Mais cela ne suffit pas, car, trop souvent, ces ministères sont les plus mal lotis en matière de personnel et de budget. En outre, d'autres ministères, par exemple ceux de la planification, du développement, des transports, ont des domaines d'activité, des compétences et des responsabilités qui peuvent influencer sur les programmes de santé scolaires. Enfin, quand on sait le rôle que les organisations non gouvernementales jouent dans le progrès de la santé et de l'éducation des jeunes (rôle dont l'importance ne peut que s'accroître), il est évidemment indispensable de s'assurer leur collaboration effective.

3.2.4 **Sentiment de ne pas être directement concerné, responsable, ni tenu de rendre compte**

Il est difficile de convaincre de leur responsabilité des personnes qui ne se sentent pas réellement concernées par le changement projeté. Et comment attendre d'une personne qui ne sent pas responsable qu'elle rende compte? Dans ces conditions, il est pratiquement impossible de savoir si l'objectif visé a été atteint ou s'il convient de modifier l'action conduite. Ce lien causal existe à chacun des niveaux et dans leur ensemble. Quand le gouvernement déclare que la responsabilité des programmes de santé scolaires incombe à l'école, mais qu'ils ne lui donnent pas les ressources nécessaires, il fait surgir un obstacle. Quand les directeurs d'école et les principaux de collège délèguent aux enseignants la responsabilité du changement sans les impliquer dans l'orientation et les mécanismes de ce changement, les enseignants ne peuvent pas se sentir directement concernés, et il se crée de même un obstacle. C'est encore ce qui arrive en matière de collaboration intersectorielle si le rôle de chacun est mal défini et si personne ne se sent légitimement partie au processus.

3.2.5 **Manque de ressources**

La faible priorité accordée à l'éducation et à la santé des enfants et des jeunes lors de l'attribution des ressources explique qu'il soit souvent difficile de progresser dans ces deux domaines. Le personnel scolaire, enseignant ou administratif, est trop peu nombreux à avoir reçu une éducation et une formation aux grands principes des programmes de santé scolaires et à avoir la capacité de les mettre en

œuvre. Dans de nombreuses écoles, rien n'existe pour l'enseignement dans le domaine de la santé, par exemple ni programme d'études précis ni manuels. De nombreux établissements sont même dépourvus d'installations élémentaires, comme des latrines et un système d'adduction d'eau potable ce qui rend la santé et l'éducation impossibles.

3.3 **Obstacles particuliers au niveau international**

Au niveau international, les obstacles ci-dessous sont habituels:

- *Obstacles à une coopération efficace entre organisations internationales ou institutions des Nations Unies.* Malgré leurs différences, les domaines de compétence et le mandat d'organisations internationales telles que l'OMS, l'UNESCO et l'UNICEF comportent des zones de chevauchements qui peuvent entraîner une concurrence néfaste à leur coopération. En outre, il n'existe actuellement aucun mécanisme de collaboration au sujet des programmes de santé scolaires. Aussi, la collaboration entre organisations internationales a-t-elle tendance à être sans lendemain et de portée restreinte, ce qui fait que, souvent, on ne tire pas pleinement parti de l'expérience, de la compétence et des ressources de chacune d'elles.
- *Obstacles à une action commune des gouvernements et au partage entre eux des connaissances de chacun.* De nombreux pays pourraient tirer des enseignements des politiques et des programmes élaborés et appliqués ailleurs. Pourtant, certains gouvernements nationaux sont portés à croire que leur situation diffère tellement de celle des autres qu'il serait vain de confronter les expériences des uns et des autres. De surcroît, il n'existe que peu de mécanismes de collaboration qui donneraient à différents gouvernements la possibilité de définir leurs problèmes communs, au terme d'une analyse concertée, et de s'unir de façon que chacun tire parti des connaissances des autres.
- *Obstacles à la collaboration entre les pays et les organisations internationales.* Dans de nombreux pays, il n'existe que peu de ressources pour les programmes nationaux de santé scolaires, de sorte qu'on voit mal comment en préconiser l'utilisation partielle pour des activités concertées au niveau international ni même pour la mise en œuvre de méthodes et programmes recommandés par les organisations internationales.
- *Obstacles opposés par les gouvernements aux organisations internationales.* Les changements de régime politique ou de structure gouvernementale, de même que les crises politiques et économiques, font qu'il est parfois difficile pour des organisations internationales

de s'engager durablement avec des organismes nationaux dans la planification et l'édification d'une capacité.

3.4 **Obstacles particuliers au niveau national**

Il existe des similitudes entre les obstacles qu'on rencontre au niveau national dans les pays développés et dans les pays en développement:

- la méconnaissance, de la part des fonctionnaires de la santé et de l'éducation, de l'importance de la santé pour l'éducation et, inversement, de l'éducation pour la santé;
- l'absence de politiques et de ressources sur lesquelles appuyer les programmes de santé scolaires;
- le manque de coordination entre les organismes concernés par la santé à l'école;
- la pénurie de personnel compétent, formé à la planification, à la gestion et à l'évaluation des programmes de santé scolaires.

3.5 **Obstacles particuliers au niveau local**

Tant dans le monde développé que dans le monde en développement, les obstacles rencontrés à ce niveau consistent pour l'essentiel dans une connaissance insuffisante des programmes de santé scolaires, un manque de confiance lors de leur mise en œuvre, une résistance fondamentale au changement, la difficulté générale qu'il y a à faire adopter toute innovation, l'insuffisance de la communication entre le personnel scolaire, les parents d'élèves et les autres membres de la communauté, enfin, des problèmes de juridiction qui peuvent compliquer la planification d'activités coordonnées en vue du changement.

D'autres obstacles sont par ailleurs fréquents dans les pays en développement:

- le manque de salles de classe et d'équipement scolaire;
- l'absence, dans les écoles, de sanitaires et d'un approvisionnement en eau saine;
- l'effectif réduit du personnel scolaire qualifié — enseignants et autres — et son taux de renouvellement élevé;
- le caractère dangereux des bâtiments ou des terrains scolaires;
- la mauvaise santé des élèves et du personnel, responsable d'un absentéisme important;
- l'absence, dans la communauté, de services indispensables, notamment en matière de santé;
- la distance à parcourir pour aller à l'école, souvent sans avoir pris de petit déjeuner;

- la résistance de la communauté à certains sujets et à l'idée que l'éducation puisse aller au-delà de l'instruction "traditionnelle" (apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul).

Prendre conscience de l'existence d'un problème, constitue la première étape sur la voie de sa résolution. Après l'identification, dans les lignes qui précèdent, d'un certain nombre d'obstacles importants, la section suivante sera donc consacrée à l'examen des stratégies envisageables pour en venir à bout.

3.6 **Stratégies applicables à tous les niveaux**

Des domaines aussi divers que le monde des affaires, la santé publique, l'éducation et la publicité, offrent toute une gamme de stratégies utilisables pour améliorer les programmes de santé scolaires. Dans certains cas, leur application a été un franc succès, mais, ce qui importe, c'est de généraliser cette application à tous les niveaux.

Au cœur même de toute stratégie se trouve le concept de gestion du changement. Le véritable objectif consiste à faire évoluer la culture des institutions, et non à faire adopter des innovations isolées. S'agissant des programmes de santé scolaires, les stratégies du changement doivent prendre en compte l'école en tant que système et être appliquées dans le contexte plus large de la communauté et de la société.

Ce à quoi il faut parvenir, ce sont des façons radicalement différentes de considérer le processus du changement, d'y réagir et de le gérer. Une approche possible du changement consiste à y voir l'affaire de tous: pour que les programmes de santé scolaires soient renforcés, il faut, selon cette conception, que de nombreuses personnes à l'école et au sein du système éducatif et du système de santé deviennent des acteurs du changement. Grâce au dialogue et à l'exercice de responsabilités communes en matière de planification et d'exécution, chacun peut se faire une idée personnelle des implications des programmes de santé scolaires et adapter son action aux conditions locales.

Six stratégies sont applicables au niveau international, au niveau national et au niveau local:

- acquisition d'une vision d'ensemble et planification stratégique
- action promotionnelle
- création de réseaux, et collaboration
- mobilisation et affectation des ressources
- édification d'une capacité
- recherche opérationnelle.

3.6.1 *Acquisition d'une vision d'ensemble, et planification stratégique*

Des programmes de santé scolaires ne sauraient voir le jour si les responsables n'ont pas une vision d'ensemble de ce à quoi il faut tenter de parvenir et ne disposent pas d'un plan stratégique précisant dans le détail comment passer de l'idée à la réalité. Même quand on a une idée exacte de ce qu'il convient de faire, encore faut-il en informer de façon efficace et régulière les nombreux organismes et professionnels susceptibles de collaborer à sa mise en œuvre, et obtenir leur agrément. De surcroît, si l'on veut être certain que les organismes concernés aient la volonté réelle de faire passer dans la pratique la conception théorique, il faut qu'ils soient impliqués dès l'élaboration de cette dernière. Elaborer une vision d'ensemble et planifier des stratégies pour la mettre à exécution, supposent également le recours aux autres stratégies examinées ci-dessous.

3.6.2 *Action promotionnelle*

La stratégie de l'action promotionnelle a pour buts d'améliorer les politiques de santé scolaire, de renforcer l'adhésion aux programmes de santé scolaires et d'accroître les ressources affectées à ces programmes. Cette action s'impose à tous les niveaux et peut être menée par toute personne qui est elle-même acquise à l'idée de ces programmes et est familiarisée avec eux. Elle implique la synthèse et la présentation simple et directe d'informations recueillies auprès d'experts et portant sur deux aspects: les rapports critiques qui existent entre santé et éducation et les mécanismes selon lesquels les programmes de santé scolaires peuvent être bénéfiques pour les élèves, le personnel scolaire, les familles, les communautés et le pays tout entier. L'action promotionnelle peut insister davantage sur tel ou tel aspect des programmes de santé scolaires, selon les préoccupations du public visé, et peut contribuer à convaincre les responsables d'élaborer une législation et des politiques en faveur des programmes de santé scolaires et de leur attribuer des ressources. En faisant largement connaître la position des experts et les résultats de la recherche, on peut beaucoup influencer sur les priorités et les activités des institutions et des organismes.

3.6.3 *Constitution de réseaux, et collaboration*

Une action promotionnelle efficace peut entraîner l'adhésion à la conception proposée et à la stratégie envisagée pour la mettre en œuvre et faire en sorte que la santé scolaire occupe désormais un rang de priorité élevé parmi les préoccupations de la société. Mais, pour passer de l'idée à l'action, il faut créer des réseaux et instaurer une collaboration entre les personnes concernées. Cela nécessite aussi le concours de personnes capables de conduire le changement sur le

terrain. Il convient donc de repérer à tous les niveaux des individus compétents, responsables et sachant rendre compte. S'il importe que les activités menées au niveau national s'inspirent des expériences et des connaissances au plan local, il n'importe pas moins qu'elles soutiennent le développement des programmes de santé scolaires locaux. Cela suppose que les différents acteurs mettent en commun leurs informations et que chacun d'eux puisse influencer sur l'activité des autres.

Des réseaux constitués peuvent également être un moyen efficace pour assurer le partage de l'information et la recherche en commun de solutions. Les réseaux facilitent le progrès au sujet des aspects techniques, gestionnaires et financiers des programmes de santé scolaires et favorisent, par leur cadre informel, l'échange des idées, la confrontation des expériences et la mise en commun de matériels éducatifs aux niveaux international, national et local. Ces réseaux peuvent prendre de nombreuses formes et utiliser des méthodes variées: réunions à caractère consultatif, lettres circulaires, conférences, visites mutuelles, échange de matériels et évaluation par des pairs. Ils doivent englober toute personne qui s'intéresse à l'amélioration de la santé scolaire — professionnels de la santé et de l'éducation, administrateurs, responsables des grandes orientations, élèves, familles et membres de la communauté. Les individus comme les institutions peuvent être impliqués et contribuer:

- à la diffusion des connaissances, des stratégies et des interventions nouvelles et des résultats récents de la recherche;
- à la motivation à appliquer les innovations;
- au partage des connaissances et à la confrontation des expériences;
- à l'action promotionnelle en faveur de la santé scolaire;
- à l'amélioration des composantes techniques des programmes de santé scolaires.

3.6.4 Mobilisation et affectation de ressources

Faute de moyens financiers suffisants, les planificateurs et les autorités éducatives considèrent souvent que les activités de santé scolaires représentent une charge budgétaire supplémentaire et inutile. Il importe donc que les nations, les Etats ou provinces et les communautés locales élaborent des politiques et des mécanismes qui garantissent le soutien financier des programmes de santé scolaires. Ce financement doit être d'origine diverse car les responsabilités et les activités associées à ce type de programmes sont souvent complexes et sont du ressort de plusieurs organisations. En plus du financement de base assuré par le secteur public, notamment les ministères de la santé et de l'éducation, les administrations de district

et les administrations locales, on peut rechercher le concours financier de nombreuses autres sources :

- la communauté;
- l'école, grâce à des activités rémunérées comme l'exploitation d'une cantine scolaire;
- les entreprises privées;
- des organisations internationales.

Il faut incorporer dans la planification stratégique des programmes de santé scolaires un mécanisme de financement par différents secteurs et organismes: c'est la garantie d'un soutien régulier et durable grâce au nombre accru de parties intéressées.

3.6.5 **Edification d'une capacité**

Les stratégies d'édification d'une capacité consistent à aider les individus (éducateurs, enseignants et agents de santé) comme les institutions (écoles, administrations et organisations locales du secteur privé) à acquérir l'information, les compétences et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre efficacement des programmes de santé scolaires.

Par ailleurs, ces stratégies favorisent la création d'un environnement propice à la santé. Elles incluent notamment la formation de base et la formation en cours d'emploi du personnel enseignant, une aide à la formation de recyclage et le développement de l'infrastructure requise pour planifier, exécuter, surveiller et évaluer les programmes de santé scolaires. Comme pour les autres stratégies examinées ici, la stratégie d'édification d'une capacité exige la collaboration de nombreux individus et institutions. Par exemple, les établissements du secondaire peuvent contribuer à la formation des élèves qui souhaitent faire carrière dans l'enseignement, tandis que le programme de formation des futurs professeurs de collège et d'université peut inclure une formation préliminaire qui les aidera à intégrer la promotion de la santé dans leur activité professionnelle. Les universités, les bureaux de la statistique officiels et les organisations internationales peuvent aider, d'une part, à l'élaboration de méthodes de collecte des données et, de l'autre, à la formation de praticiens et de membres de la communauté pour leur apprendre à utiliser les données recueillies en vue d'améliorer la santé scolaire.

3.6.6 **Recherche opérationnelle**

Une fois les programmes de santé scolaires en place et les ressources mobilisées, il convient de rassembler une documentation sur le

déroulement et l'impact de chaque programme. Si un programme donne de bons résultats, il importe de savoir comment le poursuivre et le reproduire ailleurs. En cas d'échec, il faut essayer de comprendre quels sont les éléments à modifier pour redresser la situation. Tel est le rôle de la recherche opérationnelle. En assurant la collecte de données avant, pendant et après la mise en œuvre d'un programme, ainsi que la comparaison de ses résultats avec ceux de programmes similaires conduits ailleurs, elle permet de repérer les stratégies les plus rentables.

3.7 **Stratégies applicables au niveau international**

Les stratégies examinées dans la présente section illustrent la démarche adoptée par les organisations internationales pour résoudre les problèmes que leur posent l'amélioration de la santé scolaire et s'inspirent de l'expérience des institutions des Nations Unies et de celle également d'organisations non gouvernementales. Les actions stratégiques menées au niveau international sont importantes par l'appui qu'elles constituent pour les stratégies nationales et locales. Les stratégies exposées ci-après concernent le développement des infrastructures, l'action promotionnelle, le soutien social et l'habilitation.

3.7.1 **Développement des infrastructures**

Les organisations internationales ont besoin d'une infrastructure appropriée pour exploiter pleinement leurs propres ressources organisationnelles et pouvoir collaborer avec d'autres organisations. Des groupes de travail peuvent fournir l'infrastructure nécessaire à la coordination des actions menées dans une même organisation ou dans plusieurs organisations.

Groupe de travail intra-organisation

L'OMS dispose de nombreux programmes qui sont à même d'assurer un soutien technique à toute une série d'interventions en milieu scolaire concernant la promotion de la santé, l'éducation sanitaire, la prévention des maladies et des traumatismes, les soins de santé, la santé mentale et l'hygiène de l'environnement. En outre, le soutien de nombreux programmes de l'OMS est indispensable pour favoriser des approches intégrées et globales de la santé scolaire et pour impulser le lancement avec succès d'une initiative destinée à améliorer les programmes de santé scolaires partout dans le monde.

Aussi l'OMS a-t-elle mis en place le Groupe de travail sur la santé scolaire dont l'objectif est de réunir dans un effort commun toutes les

unités de l'Organisation qui s'intéressent à l'école et à la santé scolaire, conformément au mandat suivant:

- aider à la définition des priorités en vue d'actions internationales, nationales et communautaires visant à améliorer la santé scolaire;
- améliorer la collaboration et le soutien d'organismes internationaux, nationaux, régionaux et communautaires en vue du progrès de la santé scolaire;
- renforcer les capacités internationales, nationales et communautaires en matière de planification, d'exécution et d'évaluation des programmes de santé scolaires.

Groupe de travail inter-organisations

En 1993, Education international (organisme professionnel représentant plus de 18 millions de membres du monde de l'éducation) et l'OMS ont décidé de travailler ensemble au soutien des programmes de santé scolaires. Elles ont constitué un Groupe de travail inter-organisations constitué de représentants d'organisations qui sont engagées dans l'amélioration des programmes de santé scolaires, à savoir l'UNESCO, l'Education Development Center (organisation non gouvernementale des Etats-Unis d'Amérique à but non lucratif), la National Education Association (l'un des plus importants syndicats d'enseignants des Etats-Unis), l'Institut néerlandais pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie, ainsi que les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis.

Depuis cette date, ces organisations ont tenu des réunions régulières, l'OMS et Education international assurant en commun le secrétariat du Groupe de travail. Chacune apporte ses ressources et son expérience et participe à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des actions du Groupe. En 1994, ce dernier a effectué une enquête auprès des organisations membres d'Education international pour déterminer l'ampleur du soutien qu'elles apportaient aux programmes de santé scolaires, ainsi qu'à la prévention de l'infection par le VIH et à la lutte contre la discrimination à l'encontre des séropositifs. En 1995, le Groupe a organisé la Conférence mondiale sur la santé scolaire et la prévention du VIH/SIDA qui a réuni plus de 300 personnalités des organisations membres d'Education international. La Conférence a été axée sur la façon dont ces organisations pourraient utiliser leurs capacités pour renforcer les politiques de santé scolaire, les cursus et les programmes d'enseignement concernant le VIH. En 1996, le Groupe commencera à organiser une série d'ateliers régionaux où seront présentés des matériels qui pourraient aider les syndicats d'enseignants à travailler, en tant que partenaires à part entière des ministères de la santé et de l'éducation

de leur pays, à l'élaboration de plans et programmes de santé scolaires relatifs à l'infection par le VIH.¹

Le Groupe de travail inter-organisations fournit à ses membres un moyen d'assurer une coordination et d'obtenir des résultats qui auraient été impossibles par les seuls efforts de chacun.

3.7.2 **Action promotionnelle**

Par l'intermédiaire de son Groupe de travail sur la santé scolaire, et de ses Bureaux régionaux, l'OMS travaille à faire la synthèse du point de vue des experts sur la nature, la portée, l'efficacité et le potentiel des programmes de santé scolaires et des écoles-santé et à élaborer un argumentaire dont pourront s'inspirer les individus et les groupes pour plaider la cause d'un accroissement des investissements dans les programmes de santé scolaires. Cet argumentaire serait également utile aux décideurs qui ont à justifier leur volonté d'accroître le soutien des programmes de santé scolaires.

L'UNICEF s'emploie à promouvoir les programmes de santé scolaires en recherchant des personnes et des institutions qui acceptent de s'engager dans ce sens et en mobilisant les ressources techniques et le concours de la société pour atteindre les objectifs et les normes fixés en matière de santé et d'éducation des enfants.

L'UNESCO joue elle aussi un rôle important par l'aide qu'elle apporte aux responsables de la politique générale, aux administrateurs, aux enseignants, aux élèves et à tous ceux qui travaillent dans les secteurs de l'éducation, de la nutrition, de l'éducation sanitaire et de l'éducation à la prévention ou s'y intéressent. Elle favorise des actions destinées à sensibiliser les gens aux problèmes de la santé scolaire, en appliquant des approches novatrices adaptées au contexte socio-culturel des différents pays, par exemple l'éducation à la prévention par l'intermédiaire des médias.

3.7.3 **Soutien de la société**

Les stratégies de l'OMS s'agissant du soutien de la société visent à mobiliser des ressources organisationnelles au service des programmes de santé scolaires. Cela implique le recensement d'organisations ayant la représentativité et la capacité nécessaires pour renforcer ces programmes, la constitution d'alliances et de réseaux entre ces organisations et l'encouragement d'actions concertées ou complémentaires destinées à renforcer les programmes

¹ Un atelier a eu lieu en 1996 en Amérique latine et une réunion semblable a été convoquée en Asie en 1997.

de santé scolaires. Les réseaux d'écoles-santé constitués par l'OMS sont un exemple de stratégies à grande échelle ayant pour objectif de susciter un soutien international, national et local en faveur des programmes de santé scolaires.

Grâce à sa forte implantation sur le terrain, l'UNICEF contribue à assurer le soutien de la base aux programmes destinés à améliorer la santé et le bien-être des jeunes.

L'UNESCO encourage l'utilisation de matériels éducatifs qui puissent être adaptés au contexte socio-culturel. Par ailleurs, elle procède à des évaluations sur le terrain consacrées à la nutrition et à la santé des enfants et à la participation des écoles primaires au soutien des programmes de santé scolaires.

3.7.4 **Habilitation**

Par l'intermédiaire de son Groupe de travail sur la santé scolaire et de ses Bureaux régionaux, l'OMS s'emploie à accroître les connaissances théoriques et pratiques et la capacité technique des responsables de programme de santé scolaires qui sont en poste dans les ministères nationaux ou d'autres organisations concernées. Dans certains pays, l'OMS aide ces responsables à obtenir le soutien technique et financier nécessaire au renforcement des programmes de santé scolaires. Elle collabore activement avec d'autres organisations en vue de renforcer l'intérêt pour la santé, d'obtenir pour elle des investissements accrus et de préparer les leaders qui seront capables de renforcer les programmes de santé scolaires et d'aider les écoles à s'engager dans la promotion de la santé.

Un organe de l'UNICEF, le Groupe de soutien technique des interventions basées à l'école, illustre l'effort mené pour donner aux éducateurs et aux agents de santé les moyens de s'engager dans des activités réalistes, susceptibles de donner des résultats rapides et durables, réalisables à grande échelle et de nature à contribuer à la santé et au développement des jeunes. Pour accélérer la mise en œuvre des programmes au niveau national, l'UNICEF s'appuie sur l'expérience de représentants de certains programmes par pays, ainsi que sur celle de partenaires organisationnels et techniques de premier plan comme l'OMS et l'UNESCO. C'est ainsi que l'UNICEF collabore étroitement avec l'OMS à l'élaboration de moyens destinés à renforcer l'éducation aux aptitudes vitales et qu'elle travaille, dans le cadre de son Groupe de soutien technique, à la recherche de moyens pour améliorer la santé et la capacité d'apprentissage des enfants d'âge scolaire, (par exemple, grâce à la distribution de micronutriments et d'anthelminthiques et à l'assainissement et à

l'approvisionnement en eau saine), établir des liens avec des services organisationnels de santé extérieurs à l'école (par exemple, des clubs de santé scolaires) et explorer le rôle possible des établissements scolaires, en leur qualité de ressource communautaire, dans l'amélioration de la santé et du développement des jeunes.

L'UNESCO, quant à elle, donne aux professionnels de la santé et de l'éducation les moyens d'agir en travaillant avec eux à la collecte de données sur lesquelles fonder des programmes efficaces. Grâce à ses ressources dans les domaines des sciences éducatives, sociales et humaines, des sciences naturelles, de la culture et de la communication, elle aide à la création de programmes multisectoriels et pluridisciplinaires. En outre, elle élargit le champ d'action possible des professionnels de la santé et de l'éducation par une conception du développement social et économique dont les lignes de force sont l'équité, l'applicabilité sur le long terme et la primauté de l'individu.

3.8 Stratégies applicables au niveau national

Au niveau national aussi, diverses stratégies peuvent améliorer les programmes de santé scolaires: l'instauration d'une collaboration officialisée entre les ministères de la santé et de l'éducation, la surveillance active de la santé en vue de définir les actions prioritaires, l'octroi d'un soutien (sous forme de l'attribution de ressources et d'une aide technique) aux districts et aux établissements scolaires locaux, enfin la mise en place de moyens qui permettraient aux organismes du secteur public de coordonner leurs efforts avec ceux du secteur privé.

Le Comité d'experts a recommandé à tous ceux à qui il incombe d'améliorer les programmes de santé scolaires au niveau national de procéder comme suit:

- repérer le personnel et l'unité organisationnelle responsables;
- élaborer un plan stratégique;
- entreprendre des activités pour atteindre les objectifs du plan;
- surveiller la mesure dans laquelle ces objectifs sont atteints et, le cas échéant, modifier le plan;
- constituer un groupe de travail intra-organisation, selon les besoins,
- constituer un groupe de travail inter-organisations réunissant toutes les parties concernées.

Les exemples qui suivent et concernent aussi bien des pays développés que des pays en développement, montrent que les moyens utilisés pour mettre à exécution ces stratégies sont susceptibles d'être adaptés à d'autres pays. Selon les exemples, les ressources exigées sont d'importance inégale.

3.8.1 *Antigua*

Environ 4000 élèves ont pris part à un programme intersectoriel visant le développement d'un mode de vie sain. Placé sous le patronnage des ministères de la santé et de l'éducation et bénéficiant du soutien d'organisations locales du secteur privé et de celui des parents et des chefs de communauté, ce projet avait pour objectifs de rendre les élèves mieux aptes à adopter et conserver un mode de vie sain et de suivre les progrès individuels dans ce sens. Le mode de vie dont l'adoption par les élèves était encouragée, comportait la surveillance régulière de son poids, la pratique quotidienne d'un exercice physique, une bonne nutrition et l'entretien d'une image positive de soi.

3.8.2 *Bahreïn*

Le programme d'éducation sanitaire global à l'école vise à aider les élèves du primaire à devenir autosuffisants et aptes à résoudre les problèmes et à adopter des pratiques qui contribueront durablement à leur santé et à leur bien-être ainsi qu'à ceux de leur famille et de leur communauté. Dans le cadre d'un programme décentralisé de collaboration à l'échelle nationale, un groupe de travail multisectoriel s'emploie à faire intégrer les questions touchant à la santé dans l'enseignement des autres matières scolaires. Il surveille également le bon déroulement du programme, prépare des matériels à son intention et élabore des outils pour sa surveillance et son évaluation. L'un des volets consiste dans la formation des maîtres. Tous les indicateurs du programme, lequel a commencé en 1989, témoignent d'un progrès très sensible en ce qui concerne les connaissances, les attitudes et les comportements des élèves du primaire à l'égard des maladies les plus courantes. Le programme fonctionne dans 57% des écoles primaires de Bahreïn. En outre, la quasi-totalité des écoles primaires du pays appliquent le programme de santé scolaire orienté vers l'action qui a été élaboré à l'intention de ce niveau par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (46) et comporte 22 modules et un guide du maître. Ce programme en œuvre à Bahreïn constitue un modèle de collaboration entre les ministères de la santé et de l'éducation, ainsi qu'entre des ministères et départements relevant d'autres secteurs (47).

3.8.3 *Canada*

Une vaste étude réalisée au Canada et dans 10 autres pays sur les attitudes et les comportements des jeunes en matière de santé, à l'âge de 11 ans, 13 ans et 15 ans, a servi de guide au Canada pour modifier et améliorer les programmes de santé scolaires

existants. L'expérience est rapportée dans deux documents, *Health of Canada's Youth: Views and behaviours of 11, 13 and 15 years olds from 11 countries* (48), et *The health of youth: a cross-national survey* (49).

3.8.4 **Réseau européen des écoles-santé: l'expérience de la Bulgarie**

Ce réseau, qui constitue un projet conjoint du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, du Conseil de l'Europe et de la Commission des Communautés européennes, a pour objectifs de faire inscrire l'éducation sanitaire au programme de toutes les classes des Etats Membres, d'encourager la coopération entre ces Etats et de faire largement connaître les résultats de projets qui démontrent l'applicabilité de telle ou telle intervention dans les conditions du programme. Chaque Etat Membre participant s'engage à favoriser la coopération intersectorielle entre les autorités éducatives et sanitaires de la santé, à désigner un coordinateur national et à créer un centre national chargé de soutenir les activités en faveur du développement des écoles-santé.

Dans chaque pays, on choisit une dizaine d'écoles-santé pour participer au Réseau. Chacune désigne en vue du projet une équipe (et le responsable à sa tête) qui l'aidera:

- à créer un environnement propice à la santé — tant pour ceux qui travaillent à l'école que pour ceux qui y étudient — qu'il s'agisse des bâtiments, des terrains de jeu, de la cantine ou de l'intendance, notamment grâce à l'adoption d'un règlement approprié en matière de sécurité;
- à promouvoir la responsabilité individuelle, familiale et communautaire à l'égard des questions de santé;
- à encourager l'adoption d'un mode de vie sain et à présenter aux élèves et au personnel une gamme réaliste de choix possibles sur le plan sanitaire;
- à donner aux élèves la possibilité de se réaliser pleinement du point de vue physique, psychologique et social et à acquérir une meilleure estime de soi;
- à assigner des objectifs clairs à la promotion de la santé et de la sécurité à l'école, pour l'ensemble du personnel comme pour les élèves;
- à favoriser l'établissement de bonnes relations entre les élèves et le personnel comme entre les élèves eux-mêmes, ainsi que la création de liens efficaces entre l'école, le domicile et la communauté;
- à exploiter les ressources communautaires disponibles pour la promotion de la santé par l'intermédiaire de l'école;

- à établir un programme d'enseignement cohérent concernant la santé, fondé sur des méthodes exigeant la participation active des élèves;
- à faire acquérir par les élèves les connaissances théoriques et pratiques nécessaires tant pour prendre des décisions rationnelles en ce qui concerne leur santé que pour préserver et améliorer un environnement matériel qui soit salubre et sans danger;
- à élargir la conception des services de santé scolaires dans lesquels il faut voir une ressource éducative pouvant apprendre aux élèves à recourir à bon escient au système de santé.

Les actions du Réseau favorisent clairement l'élaboration de stratégies nationales de promotion de la santé scolaire, comme l'illustre l'exemple de la Bulgarie. En 1992, les Ministères bulgares de l'éducation et de la santé ont demandé l'organisation d'une consultation avec le Secrétariat du Réseau européen des écoles-santé afin d'examiner l'adhésion éventuelle de la Bulgarie. Le pays traversait alors une période de transformations économiques et sociales rapides. Le système éducatif et celui de la santé scolaire nécessitaient des réformes urgentes, et les bâtiments scolaires avaient besoin d'être remis en état. Une réforme s'imposait tant pour les programmes de formation des enseignants que pour les programmes d'études des élèves. L'adhésion au Réseau a été l'occasion d'adopter au niveau national une conception et une approche nouvelles de l'éducation sanitaire, tout en offrant la possibilité d'interactions avec d'autres participants de ce Réseau européen.

La signature d'un accord entre les Ministères bulgares et le Réseau a été immédiatement suivie de la désignation d'un coordinateur bulgare aux fins du Réseau, du choix comme centre de soutien du Réseau du Centre national de promotion de la santé qui existait déjà et de la constitution d'une équipe d'appui restreinte réunissant des psychologues de l'éducation et des professionnels de la santé.

Ensemble, le coordinateur, le centre de soutien et l'équipe d'appui ont assuré le leadership, la coordination et l'apport technique. Au terme d'une compétition opposant 68 écoles, ils en ont choisi dix pour faire partie du Réseau. Il était essentiel que les écoles choisies aient fait la preuve qu'elles comprenaient les objectifs du Réseau et y adhéraient pleinement. Elles étaient en outre tenues d'avoir l'agrément de leur municipalité en ce qui concerne le projet.

Les dix écoles choisies étaient représentatives de toute la gamme des conditions éducatives, sociales et économiques en Bulgarie. Certaines étaient situées dans des villages de montagne, d'autres dans de petites villes comptant moins de 50000 habitants et quelques autres dans de

grandes villes. Devant le nombre des écoles désireuses de participer au projet, on a créé un système à trois niveaux. Le niveau 1 était constitué des dix écoles admises dans le Réseau et le niveau 2, des 58 autres écoles éliminées au terme de la compétition. Ces dernières se sont constituées en Association nationale bulgare d'écoles-santé et ont continué de travailler au développement de programmes de santé scolaires fondés sur la conception des écoles-santé. Quant au niveau 3, il réunissait des écoles désireuses de travailler sur un problème particulier, par exemple l'abus des drogues, l'éducation sexuelle ou la salubrité de l'alimentation, sans toutefois pleinement adhérer au concept des écoles-santé.

D'emblée, le financement a constitué un problème, qui n'est toujours pas résolu. Les fréquents changements de Gouvernement en Bulgarie ont porté atteinte à la continuité et à la motivation de l'équipe d'appui nationale. Néanmoins, le Gouvernement bulgare a reconnu le rôle moteur que l'Association nationale bulgare des écoles-santé avait joué dans l'amélioration des locaux et de l'équipement scolaires, des programmes d'études et de l'enseignement. En outre, au cours de ses deux premières années d'existence, l'Association:

- a établi de bonnes relations de travail et instauré une communication efficace avec les Ministères de la santé et de l'éducation;
- a créé un groupe d'orientation national constitué de hauts fonctionnaires de l'éducation et de la santé et ayant pour mission de conseiller l'équipe d'appui nationale au sujet de questions administratives et techniques et de soumettre les nouvelles initiatives à l'agrément du pouvoir politique;
- a organisé des ateliers réguliers à l'intention des enseignants pour leur permettre de se perfectionner dans des domaines tels que la planification et l'évaluation, la gestion d'un projet ou dans des matières particulières (par exemple, l'éducation sexuelle ou les interventions en situation de crise);
- a organisé des conférences sur divers aspects du concept des écoles-santé à l'intention de parents d'élèves, de membres des communautés locales et de journalistes de la presse écrite, parlée et télévisée;
- a mené des négociations avec des établissements nationaux de formation des enseignants en vue de l'inscription à leur programme de la théorie de l'éducation sanitaire;
- a noué des relations avec d'autres réseaux d'écoles-santé de pays voisins; c'est ainsi que de nombreuses écoles peuvent faire part de leurs connaissances et de leur expérience à des collègues du Réseau européen à l'occasion d'ateliers nationaux organisés en Albanie et en Roumanie;

- a obtenu que le concept des écoles-santé soit définitivement inscrit à l'ordre du jour des instances politiques bulgares.

3.8.5 *Etats-Unis d'Amérique*

L'approche suivie aux Etats-Unis d'Amérique par les Centers for Disease Control and Prevention pour promouvoir les programmes de santé scolaires comporte sept stratégies intégrées, envisagées à long terme. Environ la moitié d'entre elles sont axées sur l'exécution des programmes, tandis que les autres portent sur la recherche de méthodes d'évaluation de ces programmes et d'amélioration de leur impact. Ces stratégies sont décrites ci-dessous:

- *Création d'une unité opérationnelle au niveau national* formée de personnel ayant l'expérience de l'exécution et de la conduite de travaux de recherche sur les programmes de santé scolaires. Ce personnel est responsable de la mise en œuvre des stratégies ci-dessous.
- *Surveillance sanitaire en vue de définir les objectifs des programmes*, à savoir identification des résultats jugés prioritaires pour la santé des jeunes, identification des comportements en matière de santé qui influent sur ces résultats, identification des connaissances, attitudes et aptitudes qui contribuent à l'adoption de ces comportements, enfin politiques et programmes scolaires visant à améliorer des connaissances, attitudes, aptitudes et comportements déterminés.
- *Octroi d'un soutien aux Etats* pour qu'ils puissent eux-mêmes aider les écoles locales à mettre en œuvre des programmes efficaces. Les ressources fournies aux Etats sont destinées à permettre la création au sein de leurs ministères de l'éducation et de la santé de postes de hauts fonctionnaires chargés d'aider les districts scolaires locaux à améliorer et intégrer les éléments des programmes de santé scolaires. Cette stratégie apporte à chaque Etat la capacité et la souplesse nécessaires pour déterminer les centres d'intérêt et les besoins qui lui sont propres et mener une action en conséquence. Une collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation devient ainsi possible, grâce à la mise à leur disposition des ressources nécessaires.
- *Soutien et encouragement d'organisations nationales* dans leur action visant à aider les écoles locales à mettre en œuvre des programmes efficaces. Un soutien financier et technique est accordé dans ce but à environ 25 organisations non gouvernementales nationales qui assurent des services éducatifs, sanitaires et sociaux et qui ont pour la plupart des organismes délégués au niveau des Etats ou au niveau local.
- *Réunion des groupes intéressés pour faciliter la planification et l'exécution concertées des stratégies*. Des réunions régulières

permettent de rassembler des représentants, pour chaque Etat, du ministère de l'éducation et des services sanitaires et sociaux, ainsi que des représentants des organisations non gouvernementales, des organismes fédéraux, d'établissements de l'enseignement supérieur et des organisations philanthropiques.

- *Exécution de travaux de recherche* sur l'évaluation de l'efficacité des programmes: élaboration et évaluation d'interventions semblant promises au succès, évaluation des résultats obtenus d'une part, dans la tentative d'aider les écoles à appliquer ces interventions et, d'autre part, dans la tentative, au niveau des Etats, d'aider les écoles à mettre en œuvre des programmes de santé scolaires.
- *Synthèse des résultats de la recherche et de l'exécution de programmes* de façon qu'on puisse plus facilement en tenir compte pour rendre les programmes plus efficaces. Pour cette stratégie, on a créé des registres de la recherche et des bases de données provenant de méta-analyses où sont compilés et synthétisés les résultats des travaux effectués dans l'intention de réduire l'importance d'un comportement particulièrement dangereux (comme le tabagisme ou l'absence de toute précaution lors des rapports sexuels), de recenser les programmes de santé scolaires qui se sont révélés efficaces contre tel ou tel comportement à risque et de formuler, à partir des travaux réalisés, des recommandations sur la façon d'éliminer progressivement ces comportements à risque grâce aux programmes de santé scolaires.

3.8.6 *Inde*

La recherche montre que l'efficacité des innovations apportées aux méthodes d'enseignement, suppose avant tout que les enseignants aient le sentiment que la réforme engagée répond bien à leur préoccupation professionnelle (50, 51). C'est pour mettre à profit cette observation que les responsables du Teacher Empowerment Project ont organisé dans l'Etat du Madhya Pradesh, en Inde, une série de séminaires où des enseignants ont la possibilité d'élaborer leurs propres matériels de formation et leurs méthodes pédagogiques et d'en faire la démonstration à leurs pairs. Ces séminaires sont l'application d'une stratégie qui consiste à donner aux maîtres eux-mêmes le pouvoir de décision et à en faire les agents de la réforme de l'enseignement. Environ 77 000 écoles seront concernés par ce projet. Ont été obtenus jusqu'ici une diminution du taux d'absentéisme et de meilleurs résultats scolaires chez les élèves, et chez les enseignants, une habilitation et une satisfaction accrues (52).

3.8.7 *Indonésie*

Le *Little Doctor Programme* [Programme des médecins en herbe] a pour objectif de préparer certains élèves à jouer un rôle d'animateur

dans la promotion de la santé et des comportements propices à la santé, à l'école, à la maison et dans la communauté. Par comparaison avec les autres écoles, celles qui participent au Programme ont obtenu des progrès importants en matière d'assainissement, d'environnement, d'hygiène personnelle et de sensibilisation des parents et de la collectivité aux questions de santé (53). Le Programme est largement appliqué et bénéficie de l'entier soutien du Président.

3.8.8 *Pakistan*

Un programme scolaire de santé mentale a été lancé dans le district de Rawalpindi où l'on compte au total 1,5 million d'élèves. Ce programme vise à prévenir les risques en faisant acquérir par les élèves des aptitudes vitales. Les écoles incitent les élèves à transmettre leurs connaissances à leurs parents et à leur communauté (54).

3.8.9 *Philippines*

Les programmes de santé scolaires aux Philippines tirent leur orientation fondamentale de la Constitution elle-même où il est indiqué que la santé et le bien-être des citoyens, spécialement les jeunes, sont une valeur fondamentale de la nation. Cette déclaration est à l'origine de deux plans, dont l'un vise à imposer à l'école une approche globale de la santé des enfants — en exposant une conception et une mission générales et en précisant les grandes orientations, les objectifs, les composantes et les activités des programmes ainsi que les mécanismes de coordination recommandés — et l'autre prévoit la surveillance des programmes. Sous le nom de Programme intégré pour la santé et la nutrition à l'école, ce programme vise à répondre aux besoins de la nombreuse population philippine, compte tenu de la pénurie et de la distribution inégale des ressources et d'un mauvais état de santé fréquent chez les élèves, les enseignants et les autres personnels scolaires. Le programme intéresse une population scolaire de plus de 15 millions de personnes et s'inspire des principes ci-dessous:

- La planification et l'exécution du programme seront orientés vers l'amélioration de l'état de santé et de l'état nutritionnel de la totalité de la population scolaire.
- Les services de santé scolaires seront organisés de façon à assurer la protection et le maintien de la santé grâce à la précocité du diagnostic et du traitement.
- Les questions de santé, de nutrition et d'environnement seront intégrées dans le programme d'études habituel de façon à inciter les élèves à prendre de bonnes habitudes en matière de santé et d'alimentation.
- La méthode d'enseignement utilisée devra préparer les enfants à devenir eux-mêmes des formateurs auprès de leurs parents.

- L'enrichissement du contenu de l'enseignement sera une préoccupation constante.
- Les interventions nutritionnelles seront fondées sur le principe de l'auto-assistance et tournées vers la recherche d'une participation active de l'école, de la famille et de la communauté.
- Des programmes de restauration scolaire seront créés pour assurer la récupération nutritionnelle des enfants souffrant de sous-alimentation.
- L'autoresponsabilité sera facilitée par la culture et la consommation de plantes indigènes.
- Des travaux de recherche et d'évaluation de type classique seront menés en vue d'apprécier l'impact du programme.
- La collaboration intra-organisation et inter-organisations sera renforcée à tous les niveaux.
- Le développement continu du personnel sera institué (55).

3.9 **Stratégies applicables au niveau local**

C'est au niveau local que se fait le plus sentir le besoin de stratégies efficaces pour l'exécution de programmes de santé scolaires. C'est aussi à ce niveau qu'ont lieu la plupart des travaux de recherche et qu'on trouve la plus grande concentration d'intelligence et d'expérience. La présente section utilise la définition des programmes de santé scolaires qui a été examinée au début du rapport, à la section 2.3, et s'articule par conséquent autour de trois aspects: l'environnement de la santé scolaire, les services de santé scolaire et l'éducation sanitaire à l'école. Chacun est étudié dans l'optique de ses éléments constitutifs, de ses problèmes et de ses stratégies. Des exemples sont donnés, lorsqu'il y a lieu, qui proviennent presque tous des documents de travail originaux dont la liste figure sous Remerciements.

3.9.1 **Environnement**

Un environnement scolaire favorable suppose des installations en bon état (qu'il s'agisse des bâtiments, des terrains ou des structures intérieures) et un bon environnement psychosocial. De plus en plus, l'environnement sanitaire de l'école est conçu comme englobant la communauté où l'école est située. L'état de l'environnement matériel (propreté, présence de paniers et poubelles, installations de distribution d'eau et d'assainissement) et les politiques qui en régissent l'utilisation (concernant le tabagisme, les armes et la nature des aliments servis à la cafétéria), contribuent beaucoup à renforcer ou au contraire à atténuer l'influence des messages diffusés et des pratiques encouragées à l'école en matière de santé. A vrai dire, quand les éléments essentiels d'un environnement salubre — une eau saine et

des sanitaires — font défaut, on voit mal comment on pourrait parler d'une école-santé.

L'environnement psychosocial, de son côté, dépend très directement de la culture de l'école, c'est-à-dire de la façon dont elle est gérée et organisée. Une culture favorable permet d'amortir le choc des transitions psychosociales et d'atténuer le stress occasionné chez les élèves par certains événements de leur vie. Spécialement à cet âge où la vie se caractérise par une perpétuelle évolution, l'environnement scolaire peut beaucoup contribuer au bien-être des adolescents. Pour ce qui est du personnel scolaire, un environnement où chacun est respecté, est invité à participer à la décision contribue à l'amélioration du travail et, par voie de conséquence, à celle des résultats des élèves.

Les membres de la communauté doivent avoir le sentiment que l'école est ouverte sur l'extérieur, prête à accepter leur participation et à accueillir leurs idées. De son côté, l'école doit bénéficier du soutien de la communauté, sous forme d'une participation au développement du programme de santé scolaire et de l'octroi de moyens financiers suffisants pour que l'école puisse s'acquitter de sa mission. Ce soutien est essentiel à l'efficacité du programme de santé scolaire. Il l'est aussi par son effet multiplicateur sur la formation et sur la prestation des services et par son incidence sur les changements de comportement et l'évolution de l'environnement dans un sens favorable, le respect des programmes de dépistage et le renforcement des relations entre enfants et parents bénéfiques à la santé.

Problèmes de mise en œuvre

- De nombreuses écoles ont une politique ou une philosophie qui pose le bien-être des élèves en principe; mais l'environnement ne peut être tenu pour favorable que si l'on passe du principe à l'action. Lorsqu'on y est parvenu, les enseignants se font les défenseurs des élèves, il existe à l'école des rondes de sécurité, la solution des problèmes s'appuie sur l'échange d'informations, les procédures fixant les rapports individuels avec les élèves sont dénuées de rigidité, les enseignants et les autres personnels scolaires jouent le rôle de modèles pour les jeunes, et la résolution des difficultés est facilitée par une intervention précoce auprès des élèves.
- Quant à savoir si un projet de la catégorie des programmes de santé scolaires peut être mené durablement et reproduit ailleurs, "cela dépend entièrement de la façon dont la communauté participe au projet du début à la fin, depuis la phase initiale de la planification jusqu'à la phase finale de l'évaluation et de l'arrêt définitif du projet", comme le soulignent les auteurs du rapport sur un programme de santé et d'assainissement à l'école exécuté en République-Unie de

Tanzanie (56). Ces auteurs poursuivent en déclarant qu'obtenir une participation durable de la communauté représente un processus "long, lent et éprouvant", avant d'attirer l'attention sur le fait qu' "il n'existe pas de méthode miracle qui évite d'avoir à solliciter une participation authentique de la communauté".

- Des latrines en état, la distribution d'eau saine pour boire et se laver les mains, des moyens de ramassage et d'évacuation des déchets et une désinsectisation efficace, sont autant d'éléments essentiels à l'établissement et au maintien d'un environnement scolaire salubre (57-59).
- Les politiques, les programmes et les environnements scolaires devraient favoriser l'établissement, entre garçons et filles, de rapports empreints de respect mutuel et excluant discrimination et abus de toutes sortes. Il faut se déclarer ouvertement hostile et, le cas échéant, mettre un terme aux situations de discrimination, de favoritisme ou d'abus entre les élèves ou entre les élèves et le personnel, en imposant comme norme intangible de la société l'absence d'abus, de violence et de discrimination.
- Les écoles peuvent être le centre de toute une série de projets ayant pour objectif le progrès communautaire, par exemple des programmes destinés à améliorer la santé physique et mentale au sein de la communauté. Elles peuvent aussi servir de centres de formation pour les parents qui pourront y trouver une information complémentaire sur le développement de l'enfant et la façon de l'élever et y recevoir un soutien qui renforcera leur confiance dans leur propre valeur et leur compétence. Des programmes de ce type sont particulièrement efficaces lorsque les parents se réunissent en groupe. La participation des parents doit être assurée dès le tout début et se maintenir pendant toute la durée d'un programme de santé scolaire. L'information des parents au sujet de la santé génésique, aussi bien à leur propre sujet qu'à celui de leurs enfants, fait partie des questions qui peuvent être abordées de cette façon.
- Le recul des helminthiases, spécialement dans des régions où tous les habitants sont parasités, peut constituer un catalyseur dans la mobilisation de la communauté au service des programmes de santé scolaires. Il faut encourager un effort concerté de la part de l'école et de la communauté pour que le traitement antiparasitaire administré dans le cadre de l'intervention bénéficie également aux enfants trop jeunes pour aller à l'école, aux enfants non scolarisés et aux adultes.

Stratégies

L'OMS avait élaboré un certain nombre d'approches pour faciliter l'obtention de la participation et du soutien de la communauté en faveur de la santé des adolescents. Ces approches, rappelées ci-

dessous, devraient également être utiles dans le cas des programmes de santé scolaires:

- La méthode des *grilles de référence* consiste dans l'utilisation de trois grilles, au cours d'un atelier d'une durée d'une semaine, pour identifier les problèmes de santé, examiner les solutions qui leur sont apportées et, lorsqu'elles ne suffisent pas, déterminer les actions qui permettraient de combler l'écart (60).
- Le système des "*portiers*": des "portiers", on entend par là des praticiens travaillant sur le terrain, sont interrogés sur leurs opinions et sur les méthodes qu'ils préconisent face à des problèmes précis en vue de leur solution. On peut également leur demander de quel type d'information ils ont besoin, quelle serait leur réaction au plan ou à la réforme projetés et quelles seraient, selon eux, les autres personnes à interroger (61).
- Le recours au *théâtre comme instrument de recherche* consiste à faire jouer une pièce par des élèves sur un sujet important, puis à demander à des élèves et à des adultes de la même communauté d'engager le débat sur la question en vue d'arriver à des décisions. Ce recours à un vécu commun pour stimuler la réaction, encourage le dialogue (62).

Exemples

Un important collège polyvalent pluriculturel de la région métropolitaine de Sydney (Nouvelle-Galles du Sud, Australie), la Kair High School, a créé un environnement scolaire propice en améliorant les rapports entre le personnel enseignant et les élèves, entre les enseignants eux-mêmes, ainsi qu'entre ceux-ci et les parents. Le principal objectif du collège est de faire jouer aux enseignants le rôle de modèles pour les élèves et d'instaurer des rapports de confiance entre enseignants et élèves. L'un des aspects de l'approche adoptée a consisté dans l'application d'une politique déterminée en cas de situation de crise subie par un élève (par exemple décès d'un proche, accident, événement traumatique). Cette politique définit la philosophie de l'école et formule des directives sur le rôle et l'action attendus du personnel scolaire, des parents d'élèves, des élèves et des membres de la communauté (professionnels, membres du clergé, etc.) lorsqu'ils sont confrontés à ce genre de situation. Comme autres méthodes pratiquées, on peut citer le rôle d'avocats des élèves assumé par les enseignants, la tenue de réunions qui permettent aux enseignants de faire part aux élèves de leur expérience personnelle, enfin une intervention rapide en cas de problème rencontré par un élève.

Le projet HESAWA concernant l'amélioration de la santé et de l'assainissement grâce à l'école se déroule en République-Unie de Tanzanie et vise à mobiliser la communauté à cette fin selon une démarche en trois étapes: l'examen "médical" des élèves pour repérer leurs principaux problèmes de santé (enquête confiée à des élèves plus âgés), la convocation des parents à une réunion afin d'analyser les problèmes et d'en trouver les causes profondes, et la détermination d'un commun accord des activités à entreprendre, collectivement et individuellement. Ce projet était placé sous le patronnage du Gouvernement de la République-Unie de Tanzanie et de l'Agence suédoise pour le développement international. Il a eu des résultats bénéfiques, notamment sur les points suivants:

- Le projet a créé chez les populations visées une sensibilisation aux problèmes d'environnement liés à l'assainissement, ainsi qu'à leurs causes et à leurs solutions possibles.
- Les communautés se sont senties désormais motivées à participer à la décision et à l'exécution des activités du programme.
- Le projet a augmenté le nombre d'installations sanitaires et il a favorisé l'utilisation de matériaux et fournitures disponibles localement.
- Grâce au projet, l'interaction s'est renforcée, spécialement au niveau communautaire, entre les agents de vulgarisation du secteur public, les enseignants et les membres de la communauté, en vue de la recherche de solutions aux problèmes de santé les plus fréquents.
- Ce projet est éminemment apte à être reproduit ailleurs (56).

3.9.2 **Services de santé**

Les modèles utilisables pour mettre en place des services de santé scolaires et autres, présentent des différences considérables, non seulement entre pays développés et pays en développement, mais également entre pays développés et à l'intérieur d'un même pays de cette dernière catégorie. A l'évidence, la prestation de services de santé scolaires reflète la façon dont les soins de santé en général sont organisés et assurés dans la société. Le budget du système général de services de santé est fort variable selon les pays et les endroits, et également d'une année sur l'autre. L'importance de ce budget influe elle-même sur la portée et le volume des services assurés, sur l'effectif du personnel qualifié et sur la capacité à planifier et évaluer l'action menée.

Problèmes de mise en œuvre — pays développés

Dans nombre d'écoles, les services de santé ne sont pas assez complets pour pouvoir contribuer de façon appréciable à des

problèmes critiques en rapport avec la santé, tels les échecs scolaires, l'abandon précoce de l'école, les grossesses d'adolescentes, les consommations abusives et les actes de violence (63).

D'après les données disponibles, il semble que la présence d'un centre de santé dans un établissement scolaire garantit parfois aux adolescents un meilleur accès aux soins, une plus large gamme de services et un souci accru des problèmes de santé qui leur sont propres que le recours aux médecins de ville. Si l'on ne dispose guère de données sur les résultats précis obtenus en matière de santé, il ressort des rapports et des commentaires des éducateurs et des prestataires de soins de santé que la présence d'un centre de santé dans une école peut augmenter le taux de scolarisation, diminuer la fréquence des renvois temporaires pour raison disciplinaire et réduire les taux d'abandon scolaire (37).

Problèmes de mise en œuvre — pays en développement

Dans les pays en développement, l'activité des services de santé scolaire englobe normalement l'identification des problèmes de santé, le traitement des affections et traumatismes fréquents, la surveillance de la croissance, celle des flambées de certaines maladies et les vaccinations.

L'enquête, commandée par l'UNICEF sur les services de santé scolaires assurés en Afrique subsaharienne montre qu'on s'intéresse principalement à six domaines:

- l'ouverture de l'accès des élèves aux services de santé;
- une gamme de pathologies précises;
- l'implication de la communauté dans la résolution des problèmes;
- la pratique d'activités parascolaires pour mieux faire assimiler les messages relatifs à la santé;
- le recours à des activités qui favorisent les contacts entre les enfants et entre les enfants et leurs parents;
- la modification des programmes.

De plus en plus, c'est dans les écoles et avec leur concours que se déroule la lutte contre les helminthiases. Un organisme créé en 1992 par l'OMS, le PNUD et les fondations Edna McConnell Clark et James S. McDonnell sous le nom de Partnership for Child Development, cherche actuellement quelle serait la meilleure méthode pour mener dans le cadre de l'école un ensemble d'interventions spécifiques, notamment la distribution d'anthelminthiques et de suppléments de micronutriments. Ces interventions devraient pouvoir être facilement intégrées dans d'autres programmes de priorité élevée, par exemple ceux qui sont consacrés à la vaccination

et à la nutrition, aux soins de santé maternels et infantiles, aux enquêtes sur la tuberculose, la lèpre et la maladie du sommeil et à la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Il faudrait que l'accès aux services de santé scolaires soit assuré pendant les heures d'école normales, mais aussi en dehors de ces heures grâce à des dispositions particulières. Les prestataires de services de santé doivent avoir un système de coordination efficace, de sorte que chacun soit au courant des activités des autres lorsqu'il a à s'occuper d'un élève présentant des problèmes multiples.

Peuvent être inclus dans les services de santé scolaires la réalisation de tests de grossesse, de frottis cervicaux et d'exams gynécologiques, des services d'orientation/recours, de conseil et de soins, et des services sur la prévention du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles. Il serait bon également que les élèves aient accès à une information sur la contraception et à des moyens contraceptifs, sous réserve que ce soit autorisé par la loi et acceptable dans le contexte culturel.

Problèmes de mise en œuvre — aspects généraux

Lorsqu'elle met en place des services de santé scolaires, toute communauté doit se poser les questions ci-dessous:

- Quels sont les services préventifs et thérapeutiques qui peuvent le mieux être assurés à l'école, compte tenu des besoins et des ressources?
- Quels sont, parmi les services déjà accessibles à la communauté, ceux qui devraient également être proposés à l'école?
- Quel genre de système de communication serait-il bon de mettre en place entre les prestataires de services de santé travaillant les uns à l'école, les autres dans la communauté?
- Dans quelle proportion peut-on financer les services de santé scolaires sur les primes et cotisations d'assurance-maladie, du secteur privé et du secteur public? Comment assurer le financement des services non couverts par l'assurance?
- Comment va-t-on s'y prendre pour que l'accès aux services et la qualité de ceux-ci soient les mêmes dans l'ensemble du système scolaire?

Exemples

Chaque fois qu'on a eu recours à une intervention chimiothérapeutique peu coûteuse pour tenter de réduire la morbidité associée aux helminthiases, on a constaté chez les élèves une amélioration des symptômes, de meilleurs résultats et un meilleur fonctionnement scolaires (64–69). Par exemple, une étude sur le traitement des hel-

minthiases en milieu scolaire à Montserrat a révélé une diminution globale tant de la prévalence que de l'intensité de l'infection. Quand la parasitose a une prévalence élevée, une chimiothérapie de masse par les anthelminthiques est possible à l'école en faisant appel soit aux services de santé existants, soit à du personnel soignant autre que des médecins. (66, 70).

3.9.3 **Services d'approvisionnement en eau et d'assainissement**

Des latrines, de l'eau saine et en quantité suffisante pour se laver les mains et boire, des moyens pour la collecte et l'évacuation des déchets et une désinsectisation efficace, constituent le minimum requis pour créer et maintenir un environnement salubre.

L'école peut être un endroit bien choisi pour faire connaître à la communauté les nouvelles pratiques et technologies d'assainissement.

Au Japon, une réglementation nationale exige qu'un contrôle annuel soit effectué dans les écoles sur les points suivants:

- qualité de l'eau de boisson, de l'eau des piscines, et du système de drainage;
- désinfection des systèmes d'approvisionnement en eau et de drainage;
- éclairage des salles de classe et qualité générale de l'éclairage dans les bâtiments;
- aération, chauffage et niveau sonore dans les salles de classe;
- autres problèmes repérés par le directeur ou le principal (71).

3.9.4 **Services de nutrition et de salubrité des aliments**

Les trois principaux problèmes nutritionnels qu'on observe chez les enfants du primaire dans les pays en développement, sont la malnutrition protéino-énergétique, certaines carences en micronutriments et une sous-alimentation drastique de tous les jours. La mesure systématique de la taille est la méthode la plus couramment utilisée pour évaluer les besoins nutritionnels des enfants du primaire. Ces besoins peuvent être satisfaits par une combinaison d'interventions diverses comme une éducation en matière de nutrition, des programmes de supplémentation en micronutriments, des programmes scolaires d'alimentation comportant au besoin la distribution d'aliments enrichis et des programmes de déparasitage en milieu scolaire (5, 6).

Problèmes de mise en œuvre

Mis en œuvre au moment voulu, les programmes de restauration scolaire peuvent être très efficaces en période de disette. Ils peuvent

constituer également une incitation pour les parents à envoyer leurs enfants à l'école pour faire des économies sur le budget alimentaire de la famille. Quant à savoir dans quelle mesure des programmes de restauration scolaires permettent d'améliorer l'état nutritionnel et éducatif global des enfants, la question mériterait des travaux complémentaires.

La composition et l'horaire des repas scolaires et leur valeur nutritive (qui dépend, par exemple, de l'apport protéino-énergétique et en micronutriments) influent sur les résultats scolaires (72). La rentabilité des programmes exige qu'ils soient ciblés sur les écoles situées dans des régions où l'on rencontre de nombreux élèves qui souffrent ou risquent de souffrir de malnutrition.

S'il existe un lien théorique entre les programmes scolaires de lutte contre les carences nutritionnelles et de restauration, il est rare, en pratique, que les deux soient planifiés et mis en œuvre dans le même cadre administratif. Le plus souvent, les carences nutritionnelles des élèves sont prises en charge par le système de soins de santé, sous la responsabilité du ministère de la santé. De leur côté, les services de restauration scolaires sont habituellement gérés par des acteurs du secteur public ou du secteur privé, souvent sous la tutelle du ministère de l'éducation.

Exemples

La taille des enfants en première année du primaire, est un indicateur de leurs antécédents sanitaires et nutritionnels depuis la naissance et reflète également la qualité de l'environnement où ils ont grandi. Sa mesure systématique constitue un instrument utilisable pour repérer les régions où la pauvreté et les besoins sont les plus aigus. Le coût d'une campagne de mensuration n'excède pas 0,10 dollar E.-U. par enfant et il est nettement inférieur quand le passage sous la toise devient systématique dans le cadre du programme de santé scolaire. Plusieurs pays d'Amérique latine ont adopté cette politique, à savoir l'Argentine, le Chili, l'Equateur et l'Uruguay, de même que quelques pays d'autres régions du monde, par exemple le Kenya et les Philippines (73).

Des études réalisées en Inde et à la Jamaïque ont montré que les repas scolaires (déjeuner et petit-déjeuner) ont une influence sensible sur le taux d'absentéisme et sur les résultats scolaires. Aux Etats-Unis d'Amérique, on a constaté que les enfants de familles à revenu modeste obtenaient de meilleurs résultats à des tests portant sur des aptitudes de base, manquaient moins souvent l'école et étaient moins en retard dans leurs études quand ils bénéficiaient d'un programme de distribution de petits-déjeuners à l'école (74).

Certains programmes de supplémentation en micronutriments comportent la distribution quotidienne de comprimés de sulfate de fer aux élèves carencés en fer, jusqu'au retour à un taux normal. Selon des études récentes, les élèves carencés en fer obtiennent de meilleurs résultats à des tests quand ils bénéficient de ce genre de supplémentation.¹ S'agissant de la carence en iode, un programme thérapeutique a consisté dans l'administration d'un supplément (par incorporation aux aliments) à chaque enfant une fois tous les deux ans, pour un coût de 0,12 dollar E.-U. Dans un autre programme réalisé dans la province de Guizhou (Chine), l'incorporation d'iode au sel de table a ramené la capacité d'apprentissage moyenne d'un groupe d'élèves carencés sensiblement au même niveau que pour leurs camarades. La carence en vitamine A peut être corrigée par la modification des pratiques alimentaires ou par la distribution de gélules de vitamine, d'un coût unitaire de 0,02–0,03 dollar E.-U., que la plupart des pays peuvent se procurer par l'intermédiaire de l'UNICEF.

En République islamique d'Iran, les programmes de santé scolaires mettent l'accent sur l'importance du sel iodé. Les élèves sont invités à apporter à l'école un échantillon du sel utilisé chez eux, de façon qu'on puisse vérifier, au moyen d'une solution simple, s'il a une teneur suffisante en iode. Les résultats constituent le point de départ de discussions en classe sur les troubles associés à la carence en iode.

Stratégies

Une bonne coordination et une bonne collaboration entre tous les ministères et organismes impliqués dans les services nutritionnels et les services de restauration, améliore le fonctionnement du programme à tous les niveaux.

Dans toute la mesure du possible, les programmes de restauration scolaire doivent utiliser des denrées locales: cela évite d'avoir à dépendre d'une source d'approvisionnement extérieure, cela permet de distribuer des aliments compatibles avec les ressources et le régime alimentaire locaux et cela encourage une production locale (75).

Les meilleurs résultats sont obtenus quand il existe une articulation administrative entre les programmes nutritionnels et les programmes de restauration scolaire.

Les maladies d'origine alimentaire constituent un grave problème, dans les pays développés comme dans les pays en développement. Si

¹ Berkley S. & Jamison D. A conference on the health of school-age children. Patronnée par le Programme des Nations Unies pour le Développement et par la Fondation Rockefeller, Bellagio, Italie, août 1991.

dans certaines régions, les progrès de l'assainissement, la distribution d'une eau saine utilisable pour se laver les mains et pour boire, et le recours systématique (principalement dans des pays développés) à des techniques garantissant la salubrité des aliments, ont éliminé ces maladies, le taux global de morbidité n'a pas baissé. Surtout dans les pays en développement, où les maladies d'origine alimentaire ont pris une gravité accrue par suite de la dégradation de la situation sanitaire dans des villes, grandes ou petites, en extension rapide, il est indispensable de développer l'éducation sanitaire des consommateurs et de ceux qui manipulent les aliments pour les sensibiliser aux causes possibles de la propagation des maladies d'origine alimentaire. A cette fin, il importe:

- d'introduire le problème de la salubrité des aliments dans la formation des enseignants et des personnels des services de restauration scolaire;
- d'inscrire le problème de la salubrité des aliments dans le programme d'études des élèves;
- d'assurer l'éducation relative à la salubrité des aliments par toute une série de moyens (par exemple, bandes dessinées, télévision, radio);
- d'insister pour que les enfants participent au processus éducatif (éducation d'enfant à enfant) et montrent à leurs parents ce qu'ils ont appris (éducation d'enfant à parent);
- d'assurer au moins le minimum en matière d'assainissement (par exemple, la fourniture d'eau propre et de savon pour le lavage des mains, l'installation de latrines et un système d'évacuation des déchets) (76).

3.9.5 **Services de conseil, services psychologiques et services sociaux**

Il est aussi important de préserver la santé psychologique des élèves et du personnel scolaire que leur santé physique. Le bien-être psychologique est capital pour rester en bonne santé, conserver sa propre estime et garder la confiance en soi nécessaire pour prendre de bonnes décisions en matière de santé et éviter les comportements à risque. C'est dire qu'un programme efficace de conseil scolaire et de soutien social, représente un aspect important d'un programme de santé scolaire.

Les problèmes de santé mentale, par exemple les suicides et les dépressions et divers troubles associés au stress, concernent un grand nombre de jeunes. Les enfants et les adolescents qui ont des problèmes affectifs l'expriment de diverses façons, par exemple l'échec scolaire, l'installation en marge de la société et une mauvaise image de soi. Ils peuvent aussi éprouver des difficultés dans leurs relations avec les jeunes de leur âge et avec les adultes et se montrer

rebelles à la loi. Il s'agit pourtant de problèmes qu'on peut éviter en renforçant la capacité des jeunes d'affronter les difficultés de la vie et en prenant des mesures pour pouvoir repérer précocement les signes d'un problème de santé mentale et agir en conséquence.

Problèmes de mise en œuvre

Entre autres caractéristiques importantes, un programme efficace de conseil en milieu scolaire doit:

- tenir compte des rapports qui existent entre l'école et la communauté et des valeurs qui sont propres à la culture en cause;
- faire des familles et des membres de la communauté des partenaires dans la planification, l'exécution et l'évaluation permanente des services de conseil;
- exploiter les compétences des professionnels de la santé mentale présents à l'école et dans la communauté (77).

Outre qu'il doit porter sur la prévention et la prise en charge des problèmes affectifs et psychologiques des jeunes, un programme de conseil scolaire et de soutien social doit promouvoir un mode de vie sain, une meilleure contribution de l'école aux aspects psychosociaux et l'élaboration des méthodes éducatives compte tenu de leur impact sur la santé mentale des élèves et du personnel.

Exemples

En Norvège, un programme visant à interdire les brimades à l'école, à organiser trois séries d'activités à l'intention des systèmes scolaires: des ateliers pour les enseignants et les parents, la préparation de brochures et de vidéos et une formation destinée à apprendre aux élèves à résoudre leurs problèmes et à acquérir des aptitudes sociales. Dans chacune de ces activités, il était souligné fermement mais sans agressivité que les brimades ne seraient plus tolérées (78).

Dans le district de Rawalpindi, au Pakistan, le programme scolaire de santé mentale donne l'occasion aux élèves de travailler ensemble à la recherche d'une meilleure santé mentale, pour eux-mêmes, pour leurs familles et pour leurs communautés (79). Le programme fait appel à des slogans, à des compétitions écrites et orales, à des comités de santé mentale, à des associations de parents et d'enseignants et à des ateliers de formation destinés aux responsables de l'éducation dans les districts. L'évaluation a montré que, à la suite du programme, les élèves obtenaient de meilleurs résultats, étaient moins souvent absents et moins nombreux à quitter l'école de façon prématurée et que le nombre des cas d'orientation/recours judiciaires était accru, tant pour des problèmes de santé généraux que pour des problèmes de santé mentale.

Un autre programme d'enseignement novateur concernant la santé mentale a été élaboré en Ouganda, dans le cadre du programme d'éducation sanitaire du secondaire (80). Y sont abordés les rapports entre santé mentale et santé physique, l'influence des événements stressants et du contexte culturel sur les troubles mentaux, l'étiologie, la prévention et le traitement de ces troubles tout au long de la vie, les consommations abusives, les troubles sexuels, l'arriération mentale, le suicide, enfin, les troubles mentaux associés au SIDA.

Stratégies

L'éducation pour la santé mentale doit s'inscrire dans un programme global de santé scolaire. On estime qu'elle a son maximum d'efficacité quand les conditions ci-dessous sont remplies:

- le contenu de l'enseignement est en phase avec le mode de vie des élèves;
- les élèves participent, en assumant la responsabilité, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'activités scolaires *ad hoc*;
- les élèves acquièrent des connaissances dans le domaine de la santé, adhèrent à la cause de la promotion de la santé et adoptent des comportements bénéfiques à la santé.

3.9.6 Services destinés à améliorer la santé du personnel scolaire

S'agissant du personnel scolaire, la promotion de la santé suppose l'application des concepts, principes et stratégies de la promotion de la santé au lieu de travail de ce personnel, aux employés de l'école eux-mêmes et à leurs familles, ainsi qu'aux caractéristiques organisationnelles, gestionnaires et environnementales de l'école (81–83).

S'il est désormais fréquent que des programmes de promotion de la santé soient organisés au profit de la population générale dans les pays développés, il est rare que de tels programmes le soient pour le personnel scolaire, tant dans les pays développés que dans ceux en développement (84–85). Par rapport à d'autres composantes du programme de santé scolaire, ces programmes sont en général dotés d'un budget insuffisant et ne reçoivent qu'un faible rang de priorité, faute d'être considérés comme ayant une influence directe sur les élèves. Pourtant, les établissements scolaires sont un endroit idéal pour assurer la promotion de la santé sur le lieu de travail, vu qu'ils emploient un effectif important d'adultes qui pourraient ainsi servir de modèles aux élèves et travailler à rendre l'environnement plus propice à la santé (86). Il est inévitable que la santé mentale et physique du personnel scolaire se répercute directement sur les

élèves, par le biais de la qualité de l'enseignement et de l'ambiance psychosociale qui règne à l'école.

On ne dispose pas de données suffisantes sur les programmes existants, et rares sont les travaux bien conçus qui ont été consacrés à leur évaluation. Il existe un décalage important entre la théorie et la pratique dans la mise en place des services de promotion de la santé destinés au personnel scolaire.

Problèmes de mise en œuvre

Les éléments importants des services de santé destinés au personnel scolaire sont les suivants:

- une orientation au profit de l'ensemble du personnel scolaire et non des seules personnes à risque;
- une information au sujet de l'exercice physique, de la nutrition, de la maîtrise du poids corporel, de la prise en charge du stress, des consommations abusives, de la sécurité et de la santé de la femme;
- des matériels d'apprentissage efficaces — imprimés, documents sonores ou visuels;
- des services de conseil, d'évaluation, de dépistage et d'orientation/recours;
- la formation des enseignants à la promotion de la santé, avant leur entrée en fonctions puis en cours d'emploi.

Divers problèmes peuvent être rencontrés au stade de la mise en œuvre:

- la faible priorité accordée à la promotion de la santé du personnel dans les préoccupations de l'école;
- le peu d'intérêt porté à ce domaine;
- le manque des qualifications requises pour mettre ces services en œuvre efficacement;
- l'absence de moyens financiers suffisants.

Bien que quelques programmes seulement aient fait l'objet d'une évaluation empirique dans des pays développés, la faisabilité de ce genre de programme semble démontrée, ainsi que leur intérêt pour les enseignants comme pour les élèves. On a constaté qu'ils entraînaient un recul de l'absentéisme et un meilleur moral chez le personnel, et une qualité accrue de l'enseignement (86, 87).

Stratégies

Les associations et les syndicats d'enseignants ou les organismes similaires, peuvent avoir un rôle promotionnel et aider au développement et à la conduite de programmes de promotion de la

santé destinés au personnel scolaire. La formulation d'une politique générale et de directives et un leadership efficace, sont un moyen d'encourager et d'appuyer une action dans ce sens, notamment grâce à la formation du personnel dans ce domaine avant son entrée en fonctions puis en cours d'emploi (87). Ces programmes ont des chances accrues de ne pas rapidement tourner court s'ils sont élaborés en tenant compte des besoins et des intérêts du personnel scolaire.

Exemples

Les initiatives visant à préparer les maîtres à l'enseignement de questions de santé, sont également l'occasion pour eux de mieux connaître leur propre santé. Un certain nombre de pays d'Asie (Inde, Indonésie, Malaisie, Philippines, Sri Lanka et Thaïlande) ont entrepris la révision des programmes, pour les enseignants comme pour les élèves (88). En République arabe de Syrie, l'administration centrale prend en compte certains aspects de la santé scolaire en organisant des stages de courte durée pour les enseignants et pour les agents de santé scolaires (89).

Les enseignants qui ont participé à des programmes de promotion de la santé à l'école, signalent une amélioration de leurs attitudes à l'égard de leur propre santé et une meilleure perception de leur bien-être général (86). Dans deux des Etats Unis d'Amérique, on a constaté chez le personnel scolaire un progrès dans les connaissances et les comportements en matière de santé à la suite de programmes de promotion de la santé organisés à l'intention de ce personnel (87).

En Egypte, des "clubs d'été" fonctionnant pendant les grandes vacances permettent d'organiser des activités touchant à la santé et d'encourager des changements de comportement de la part des élèves et des enseignants, loin du formalisme du cadre scolaire. Ces clubs sont financés et planifiés par les pouvoirs publics compte tenu des besoins constatés. L'évaluation de leur efficacité a montré qu'ils avaient eu des avantages pour les enseignants, pour les élèves et pour la communauté tout entière et que les enseignants y ayant participé en avaient tiré des "avantages personnels et des avantages pour leur carrière" (90).

3.9.7 Education sanitaire

L'éducation sanitaire peut soit constituer une matière à part entière, soit être incorporée dans d'autres matières, une formule mixte étant possible. L'éducation sanitaire dispensée à l'école doit suivre un programme précis et progressif, allant de la première à la dernière année d'études et abordant toutes les dimensions de la santé — physique, mentale, affective et sociale. L'objectif est d'influer sur la

compréhension, les attitudes et le comportement des élèves en matière de santé. En pratique, l'éducation sanitaire dispensée à l'école est souvent moins ambitieuse et se limite à des questions isolées ou aux interventions contre des maladies déterminées. L'idéal serait que l'éducation sanitaire soit reconnue comme une matière à part entière, mais soit également intégrée dans l'enseignement d'autres matières quand il y a lieu.

L'éducation sanitaire à l'école devrait être axée sur les aspects ci-dessous:

- comportements et conditions propices ou néfastes à la santé;
- aptitudes vitales nécessaires à l'adoption d'un comportement sain et à la réunion de conditions concourant à la promotion de la santé;
- connaissances, attitudes, croyances et valeurs associées à l'acquisition d'un comportement sain et de conditions concourant à la promotion de la santé;
- organisation de l'enseignement de façon que les élèves aient la possibilité de mettre en pratique les connaissances acquises et les comportements modèles.

Pour être qualifiée de globale, l'éducation sanitaire à l'école doit satisfaire aux conditions suivantes:

- voir dans la santé plus que la simple absence de maladie;
- tirer parti de toutes les possibilités qui se présentent (enseignement dans un cadre formel ou informel, enseignement de type classique ou autre, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement);
- harmoniser les messages de santé diffusés;
- permettre aux élèves de promouvoir des conditions favorables à la santé;
- favoriser l'interaction entre l'école, la communauté, les parents d'élèves et les services de santé locaux;
- encourager la création et le maintien d'un environnement salubre à l'école (47).

Problèmes de mise en œuvre

Aux Etats-Unis d'Amérique, des évaluations de grande ampleur portant sur des programmes d'éducation sanitaire globale à l'école, ont abouti aux conclusions ci-dessous:

- l'éducation sanitaire à l'école accroît la connaissance, par les élèves, des comportements propices à la santé et réduit chez eux les comportements à risque;
- la formation des enseignants à l'éducation sanitaire exerce une influence sensible sur les résultats qu'obtiennent les élèves en matière de santé;

- l'éducation sanitaire exige un recyclage tous les 2 à 3 ans;
- une cinquantaine d'heures suffisent pour faire progresser de façon appréciable les connaissances des élèves;
- une amélioration modérée du comportement des élèves sur le plan sanitaire s'observe au bout de 30 heures d'enseignement (91, 92).

La prévention du SIDA est un problème important qui mérite une priorité élevée dans les programmes d'éducation sanitaire à l'école. Les moyens de se prémunir contre l'infection par le VIH doivent être présentés dans le cadre d'un programme plus vaste, englobant la sexualité, les autres maladies sexuellement transmissibles et tout ce que des adolescents doivent savoir pour se développer en bonne santé. L'éducation relative au VIH et au SIDA doit être complétée par l'application d'une politique générale et de normes allant dans le même sens que les stratégies nationales concernant la prévention du SIDA et de nature à prévenir les abus sexuels et la discrimination. L'éducation sur la prévention du SIDA et les problèmes connexes, devrait être étroitement intégrée dans l'enseignement des autres matières qui s'y prêtent.

Le Comité d'experts a noté que, selon certaines études, "l'approche de l'éducation sanitaire sous l'angle des aptitudes vitales est à n'en pas douter une stratégie efficace et rentable pour la promotion de la santé" [*Trad.*] (93). De plus, des études consacrées à des programmes d'éducation sanitaire tournant autour de questions précises ont montré qu'on obtient ainsi un recul de comportements à risque déterminés lorsque les aptitudes vitales sont acquises et pratiquées en relation avec ces comportements.

Enfin, l'efficacité de l'éducation sanitaire dépend du temps qu'on lui consacre en classe, du soutien effectif qu'elle recueille auprès des administrateurs scolaires et de la mesure dans laquelle les enseignants s'estiment préparés et motivés à faire cours dans ce domaine (94).

Toute une série de moyens sont efficaces en éducation sanitaire: les jeux de rôles, des exercices fondés sur des questions et des réponses anonymes, des discussions ouvertes, l'apprentissage de l'art de négocier pour défendre l'adoption de comportements sains, et l'apprentissage de méthodes pour résister à la pression de ses pairs.

L'éducation préventive est plus efficace lorsqu'elle débute avant l'adoption d'un comportement à risque, par exemple l'absence de protection lors des rapports sexuels.

Les élèves peuvent être encouragés à faire profiter leur famille de ce qu'ils apprennent à l'école aux cours d'éducation sanitaire. C'est ainsi

que des enfants allant à l'école ont réussi à amener leurs jeunes frères et sœurs à se faire vacciner dans les services habituels ou à l'occasion de campagnes spéciales.

Des recommandations au sujet de l'organisation de programmes scolaires de prévention du tabagisme ont été élaborées aux Etats-Unis d'Amérique par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en collaboration avec un large éventail d'experts. Ces recommandations, dont le but est d'aider les personnels scolaires à appliquer des programmes efficaces de prévention du tabagisme, exposent brièvement les stratégies les plus susceptibles d'être efficaces chez des jeunes en milieu scolaire et préconisent l'adoption et la mise en œuvre, par tous les établissements scolaires, d'une politique sur l'usage du tabac. Les écoles devraient également assurer un enseignement sur les effets physiologiques négatifs, à court et à long terme, et sur les conséquences sociales de l'usage du tabac, sur les facteurs sociaux qui influent sur le tabagisme, sur les attitudes et les normes des camarades à l'égard du tabagisme, et sur les compétences à acquérir pour ne pas se laisser tenter. Cet enseignement devrait être assuré à tous les niveaux. Les enseignants devraient bénéficier d'une formation spéciale, et les parents et les familles devraient être invités à soutenir les programmes scolaires de prévention du tabagisme. Les élèves et les personnels scolaires qui fument devraient être encouragés à renoncer au tabac, et aidés pour cela. Enfin, l'efficacité des efforts de prévention du tabagisme devrait être évaluée à intervalles réguliers (28).

En un sens, la promotion de la santé à l'école peut être décrite comme le développement de «la capacité de réfléchir à ses propres désirs, idéaux, motivations et actes, tout en s'efforçant de renforcer au maximum l'estime de soi» (95). L'éducation sanitaire, qu'elle vise à prévenir l'abus du tabac, de l'alcool ou de la drogue, à faire adopter une bonne nutrition ou une bonne hygiène ou encore à prévenir telle maladie infectieuse ou tel autre problème important de santé publique, a son maximum d'efficacité lorsqu'elle est dispensée dans un environnement favorable. L'éducation sanitaire doit être renforcée, et non battue en brèche, par l'environnement physique, social et culturel dans lequel elle est dispensée.

L'idéal serait que l'éducation sanitaire à l'école soit l'occasion, pour les élèves, les enseignants et les parents, de participer à des activités bénéfiques à leur propre santé mais aussi à celle de leurs familles et de la collectivité, notamment à une action éducative en faveur des jeunes non scolarisés (53).

Exemples

Le programme "Let's Talk" (Parlons!) a pour objectif de faire reculer les comportements sexuels à risque et de diminuer l'abus d'alcool et de drogue. Placé sous le patronnage du Ministère de l'Éducation, en collaboration avec l'UNICEF, il utilise des brochures où sont présentées des activités adaptées à chaque niveau (de la 4^e à la 12^e, par âge croissant). Au lieu de s'attacher aux aspects biomédicaux des risques pour la santé (aspects qui sont examinés dans les annexes référencées de chaque brochure), le programme s'appuie sur diverses activités en classe, par exemple des sketches ou des histoires, pour aider les élèves à mieux exprimer ce qu'ils ressentent, à rechercher des solutions de rechange, à réfléchir à toutes les conséquences des situations à risque, et à prendre des décisions en conséquence. Ces sketches et ces histoires tournent autour des thèmes suivants: croissance, amitié et amour, choix d'une carrière, estime de soi et rôle de chacun des sexes. Le problème des abus sexuels, dans la famille ou à l'école, est abordé franchement. Le problème des grossesses des adolescentes est également examiné, compte tenu de la norme sociale en la matière. Les élèves sont encouragés à participer à des projets communautaires, tandis que les enseignants reçoivent une formation poussée, avant d'entrer en fonctions puis en cours d'emploi. Le succès du programme s'explique par un engagement politique réel, un large soutien communautaire, des ressources financières suffisantes, le recours à la recherche évaluative, la mise en place de systèmes d'appui, et la constitution de moyens de formation au niveau local.

Le "télé-enseignement" est une méthode efficace pour la constitution d'une capacité lorsque les ressources pédagogiques spécialisées sont limitées. C'est ainsi que l'instruction interactive grâce à la radio est désormais reconnue partout dans le monde comme un moyen peu coûteux d'améliorer les résultats chez les élèves du primaire (96).

En 1989, la Bolivie s'est lancée dans l'utilisation de cette technique dans le domaine de l'éducation sanitaire; à ce jour, les résultats sont très prometteurs. Pour faire face à un taux de mortalité infantile élevé et aux problèmes de santé et d'assainissement soulevés par l'exode rural massif, les autorités éducatives et sanitaires boliviennes ont créé un programme de radiodiffusion consacré à l'exposé des notions sanitaires de base et à la promotion des comportements propices à la santé. Ce programme était destiné aux enfants de 8 à 13 ans à qui l'on a fourni une information sur la prévention des épisodes diarrhéiques et sur la réhydratation par voie orale, étant donné que les enfants de ce groupe d'âge sont souvent chargés des soins à leurs plus jeunes

frères et soeurs et participent aux tâches ménagères relatives à la préparation des aliments et à l'assainissement.

Pour encourager la participation active des enfants, on organise les leçons sous forme d'une série de questions auxquelles il faut répondre oralement ou par écrit ou sous forme d'une représentation théâtrale de courte durée (97). L'évaluation, tant qualitative que quantitative, montre que cet enseignement a eu un effet bénéfique sur les attitudes et le comportement des enfants: ils se lavent les mains plus souvent qu'autrefois, les ménages sont plus nombreux à filtrer leur eau et davantage d'enfants savent reconnaître et prendre en charge une déshydratation secondaire à une diarrhée. De plus, et c'est capital, les enfants commencent à comprendre ce que veut dire "être en bonne santé".

Sur la base des résultats ci-dessus, les responsables de l'élaboration des programmes travaillent actuellement à un programme d'enseignement global de la santé préventive destiné aux enfants du primaire, de la 3e à la 5e (par âge croissant). Les plus âgés, ceux de la 5e, suivent en outre des cours radiodiffusés sur l'hygiène de la reproduction qui couvrent les transformations de l'adolescence, la reproduction humaine, les besoins nutritionnels de la mère et du nouveau-né et les soins du nouveau-né.

3.9.8 **Education physique**

Traditionnellement, l'éducation physique est étroitement associée à l'éducation sanitaire et vise à développer les aptitudes motrices et les qualités sportives. Depuis quelques années, c'est le maintien d'une bonne condition physique qui est mis au premier plan. L'idéal est que toute la vie, les sports et loisirs soient l'occasion pour chacun, par leur caractère d'activité collective échappant à la contrainte, de prendre davantage confiance en soi et de nouer plus facilement des relations d'amitié avec des représentants de l'autre sexe.

Problèmes de mise en œuvre

Partout dans le monde, il existe des situations de fait qui influent sur les besoins et sur les possibilités des jeunes en matière d'éducation physique:

- Dans de nombreux pays en développement, les tâches qui sont imposées aux jeunes et les distances qu'ils doivent parcourir pour aller à l'école, excèdent souvent leur capacité physique.
- A l'opposé, les jeunes de certains pays développés souffrent du manque d'exercice au point de devenir obèses et de risquer de contracter une maladie cardio-vasculaire.

- Dans certains pays, les traditions religieuses ou culturelles interdisent la participation des filles aux activités physiques.
- Dans de nombreux contextes, mieux vaut sans doute adopter une conception de l'éducation physique qui soit axée sur la santé, grâce à l'acquisition de bonnes habitudes pour toute la vie, que de mettre l'accent sur les capacités sportives et le développement moteur dans l'optique de la compétition.

Exemples

Il est démontré que l'éducation physique peut entraîner l'amélioration des résultats scolaires. Une étude menée à Trois Rivières au Canada, l'a montré de façon nette chez des élèves du primaire pour qui on avait augmenté le nombre d'heures d'éducation physique (98).

Le programme "Go for Health" (Cap sur la santé) lancé au Texas (Etats-Unis d'Amérique), combinait des cours d'éducation sanitaire, l'amélioration de la valeur nutritive des repas de midi pris à l'école et la réforme de l'éducation physique dans le but d'encourager chez les enfants l'adoption d'un régime alimentaire sain et la pratique régulière de l'exercice physique. Ce programme a entraîné des changements statistiquement significatifs dans le régime alimentaire, par exemple la diminution de la consommation de sel, et le développement de l'activité physique. Il a également influé sur d'autres comportements favorables à la santé (99).

Le programme "Trim and Fit" (En bonne santé, en bonne forme) mis en œuvre à Singapour est un programme de mise en condition physique, complété par des activités éducatives, un service de restauration de qualité et divers concours de la part des élèves et de leurs parents. Les activités scolaires, dont l'objectif est de lutter contre l'obésité des jeunes, d'améliorer leur condition physique et de les inciter à se maintenir en forme, s'accompagnent au niveau national d'une action promotionnelle des dirigeants du secteur éducatif en faveur de la santé. Des épreuves nationales de contrôle de la condition physique sont organisées chaque année et sont dotées de prix, pour les élèves individuellement et pour les écoles, sur la base des résultats moyens obtenus. Un volet du programme est réservé aux élèves d'un poids excessif qui doivent participer à des séances d'exercice physique et à des séances de conseil sur la nutrition. Afin d'améliorer la salubrité de l'environnement scolaire, des conseils sont donnés sur le choix à la cantine d'aliments bons pour la santé et nutritifs et sur l'acquisition de matériels et d'équipements de culture physique. Lancé en 1992, le programme a réussi à améliorer la condition physique dans l'ensemble du pays, à en juger par les épreuves

annuelles de contrôle. Il bénéficie du soutien du ministère de la Santé, du Conseil des sports de Singapour et du ministère de la Défense.

3.9.9 **Formation**

La formation du personnel scolaire représente un aspect important des programmes de promotion de la santé à l'école. Les études montrent que les cours dans cette matière sont de meilleure qualité lorsque les enseignants y ont été spécialement préparés lors de leur propre formation (91).¹ Dans ce cas, il est en outre plus facile de trouver chez eux l'engagement, la compréhension, les qualifications et les attitudes nécessaires à la mise en œuvre du programme de façon efficace et résolue. Un programme de formation complet doit avoir cinq grands objectifs:

- donner aux enseignants une connaissance suffisante de l'organisme humain et des causes des maladies et traumatismes;
- obtenir des enseignants qu'ils adoptent une attitude positive et adhèrent sans réserve à une conception globale de la santé scolaire;
- mieux leur faire connaître les principes des changements de comportement qui sont efficaces en matière d'éducation sanitaire;
- améliorer leur pédagogie dans des techniques particulières — discussion en classe, jeux de rôles, activités de groupe concertées, discussion en petit groupe, activités impliquant la communauté, communication avec les familles, jeux et simulations;
- préparer les enseignants à affronter les problèmes délicats et leur apprendre à orienter sur une personne ou un établissement compétent les cas hors norme.

Problèmes de mise en œuvre

La formation des enseignants, des chefs d'établissement et du personnel administratif peut être envisagée dans des domaines généraux comme l'élaboration d'un programme d'enseignement, la mise en place de services scolaires et l'amélioration de l'environnement scolaire, et dans des matières précises.

Pour être efficace, la formation des maîtres doit présenter les caractéristiques ci-dessous:

- porter sur des problèmes jugés intéressants par les enseignants eux-mêmes;
- avoir lieu aussi près que possible du lieu de travail des enseignants;

¹ Ross J G & Nelson G. *The role of teacher training and other factors in fidelity and proficiency*. Présenté à la 63e Convention annuelle de l'American School Health Association, 19 octobre 1989, Chicago, IL.

- associer cours ex cathedra et travaux pratiques, donner aux enseignants la possibilité de faire cours dans les conditions d'une classe normale et de savoir comment ils ont été jugés, et mettre l'accent sur une formation entre collègues, où chacun joue successivement le rôle de l'élève et celui du maître;
- avoir le soutien à la fois des enseignants et de la direction de l'établissement;
- donner aux participants le sentiment qu'ils ont la maîtrise du programme;
- s'appuyer sur la théorie de l'apprentissage chez les adultes;
- se dérouler sur un temps suffisant;
- fournir des occasions de réflexion et d'information en retour;
- comporter l'engagement actif des participants;
- assurer l'acquisition de compétences déterminées;
- être dispensée à des groupes plutôt qu'à des individus.

Stratégies

Le Comité d'experts a pris note des recommandations généralement formulées au sujet de la formation des enseignants:

- la formation des enseignants doit être évaluée et améliorée à tous les niveaux: formation avant l'entrée en fonctions, formation sur place et formation continue;
- les programmes de formation des enseignants doivent comporter des stages pratiques;
- les ateliers, séminaires et stages de courte durée organisés de façon régulière, doivent être soigneusement conçus et mis en œuvre;
- la formation doit intéresser, en plus des agents de santé et des enseignants faisant des cours sur la santé, le personnel scolaire sans fonctions pédagogiques;
- des mécanismes doivent être mis au point pour assurer la formation continue et des inspections contribuant à maintenir et renforcer la qualité de l'enseignement (53).

3.9.10 **Coordination des programmes de santé scolaires**

Même quand tous les éléments décrits ci-dessus sont en place dans une école, on ne peut pas toujours dire qu'il y existe un programme de santé scolaire complet ni qu'il s'agisse véritablement d'une école-santé, faute que les divers éléments soient coordonnés et gérés de façon à avoir un maximum d'efficacité. Dans une école-santé, les administrateurs encouragent toutes les occasions d'expérimenter et d'innover, tandis que les élèves et le personnel sont libres de prendre des décisions et d'apporter des modifications aux pratiques en vigueur.

Pour qu'on puisse vraiment qualifier de complet un programme de santé scolaire, il faut qu'il présente les caractéristiques essentielles ci-dessous:

- il met l'accent sur les comportements et les conditions essentiels qui influent sur la santé et l'apprentissage à l'école ou dans la région;
- il favorise le développement, à l'école, au domicile des élèves et dans la communauté, d'un environnement tourné vers l'éducation et les soins;
- il définit clairement ses objectifs;
- il s'appuie sur des composantes et sur des interventions multiples;
- il assure la coordination des programmes inter-organisations ou pluridisciplinaires;
- il tire parti de toutes les ressources disponibles;
- il exige une participation active de la part des élèves;
- il assure le développement du personnel;
- il bénéficie du soutien de l'administration régionale et/ou nationale.

La gestion d'un programme de santé scolaire complet ou d'une école-santé n'est efficace que si elle présente les sept qualités ou caractéristiques inter-dépendantes ci-dessous (100):

- *Familiarité avec le programme*: les dirigeants sont au fait de tous les aspects du programme.
- *Vue d'ensemble du programme*: les dirigeants ont une idée claire de l'efficacité d'une approche globale, de la contribution à attendre de chacune des composantes du programme et de l'intérêt qu'il y a à assurer la coordination et renforcer l'articulation de ces composantes.
- *Aptitude aux fonctions d'animation et de gestion*: des tâches administratives telles que la préparation du budget et la préparation et la diffusion des plans et déclarations de politique générale concernant la promotion de la santé, sont aussi importantes que les fonctions de direction et de supervision.
- *Temps suffisant*: assurer la coordination d'un programme pluridimensionnel qui implique des enseignants de différentes disciplines ainsi que des membres des familles et de la communauté, exige à l'évidence un certain temps.
- *Planification et évaluation du programme*: les responsables doivent être à même de rendre compte de leur action, d'en démontrer l'efficacité et de planifier les activités futures.
- *Connaissances des ressources disponibles*: les responsables doivent être informés des ressources éducatives, sanitaires et financières de la communauté, et y avoir accès en vue de les mobiliser pour élaborer un programme qui soit véritablement complet.

- *Aptitude à la communication*: des responsables qui ont la plume ou la parole facile sont mieux à même de plaider la cause de programmes de santé scolaires complets.

Problèmes de mise en œuvre

La coordination des différentes composantes d'un programme de santé scolaire est essentielle face à la complexité des problèmes de santé qui se posent aujourd'hui. Ainsi, dans l'attente d'un vaccin efficace contre le SIDA, l'adoption de pratiques sexuelles moins risquées est le moyen dont on peut le plus attendre sur le plan préventif. L'éducation concernant la sexualité, les comportements sexuels à risque et la prise de décisions favorables à la santé, doit être complétée par la présence de services de santé et par l'établissement, à l'école et dans la communauté, de normes favorisant l'estime de soi, le respect mutuel et une bonne santé. L'éducation sexuelle est un succès lorsque l'éducation et les services dispensés par l'école le sont dans un environnement où les normes sociales favorisent un début moins précoce de la vie sexuelle et, s'il y a lieu, encouragent l'utilisation du préservatif. En outre, les programmes de santé scolaires sont renforcés si les chefs d'établissement nouent des relations durables de confiance avec les parents et les membres des organisations communautaires concernées. L'éducation sexuelle, à la différence des autres matières scolaires, touche à des valeurs et à des pratiques qui étaient souvent du ressort traditionnel de la famille ou d'autres institutions communautaires. Pour être efficaces, les messages adressés aux jeunes dans le cadre de l'éducation sexuelle doivent être cohérents et admis et renforcés par la communauté et par la famille. Les programmes de promotion de la santé destinés au personnel scolaire peuvent, en améliorant les connaissances des enseignants dans ce domaine, les rendre mieux aptes à discuter efficacement des problèmes de sexualité et des questions connexes, comme le rôle de chacun des deux sexes, les abus sexuels et la discrimination sexuelle. Des politiques et des plans d'action scolaires qui préviennent ou font reculer le harcèlement sexuel et la discrimination fondée sur la race, le sexe ou l'appartenance à tel ou tel type sexuel, peuvent contribuer à l'instauration d'un environnement psychosocial positif et, corrélativement, à l'amélioration des résultats scolaires. Ainsi, l'éducation à visée préventive concernant le VIH doit s'inscrire dans un ensemble d'efforts soigneusement coordonnés, faisant intervenir d'autres éléments des programmes de santé scolaires.

L'argumentation peut être similaire en ce qui concerne la prévention des traumatismes à l'école. Pour être couronnée de succès, l'intervention visant à les prévenir doit comporter trois stratégies principales: l'adoption et l'application de lois en la matière, une action

éducative pour faire évoluer les comportements et des modifications dans la conception des produits et l'environnement matériel. Dans les écoles, il faut appliquer une politique de sécurité s'étendant à tous les éléments de l'établissement et assurer une information sur les risques potentiels (101). Les programmes scolaires de prévention des traumatismes ne doivent pas se limiter à l'introduction d'un enseignement complémentaire sur la question; il faut en outre qu'ils visent à améliorer l'environnement physique et psychosocial de l'école, ainsi que l'éducation et la participation active de tout le personnel de l'école — administrateurs, enseignants, etc. — et des parents. L'éducation visant à prévenir les traumatismes à l'école est renforcée si elle donne lieu à une interaction avec la communauté et d'autres éléments du programme de santé scolaire et bénéficie de leur soutien.

De façon analogue, la lutte contre les helminthiases a des chances accrues d'être efficace si l'éducation sanitaire, l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement et l'aménagement de l'environnement sont intégrées dans l'action menée, par la chimiothérapie ou sous d'autres formes.

Dans l'ensemble, il existe un cloisonnement entre les programmes de restauration scolaire et les autres initiatives de l'école en matière de santé. C'est la preuve que les autres responsables comprennent fort mal que ces programmes n'ont pas grande chance d'atteindre leurs objectifs, à savoir la diminution du taux d'absentéisme et l'amélioration des résultats scolaires, s'ils ne sont pas complétés et renforcés par ailleurs. L'analyse et la réforme des programmes de restauration scolaire, sur le plan de la conception comme sur celui de l'exécution, sont impossibles sans le concours d'experts de plusieurs secteurs, par exemple l'aide alimentaire, l'éducation, la santé et la nutrition.

Pour assurer la cohérence de toutes les dimensions d'un programme de santé scolaire, il faut que des objectifs précis soient assignés à chacune d'elles et qu'elles soient intégrées, ce qui nécessite des dirigeants et des gestionnaires de qualité. Cependant, le Comité d'experts a observé que l'efficacité de la direction des programmes de santé scolaires n'était pas le résultat automatique de la formation de spécialistes de l'administration scolaire, de l'efficacité de la direction globale au niveau du district scolaire ni même de l'existence de programmes bien développés dans chacun des huit domaines constitutifs d'un programme élargi de santé scolaire et il a tenu à insister sur la nécessité d'une nouvelle approche (100).

Exemples

De 1962 à 1988, un programme d'hygiène bucco-dentaire comportant plusieurs volets — notamment la fluoration de l'eau de distribution et

l'éducation sanitaire — a permis une amélioration de la santé bucco-dentaire en Suisse. En comparant les traitements requis en 1962 et 1988, on a calculé que 40 millions de francs suisses étaient économisés chaque année à la suite de la diminution des taux de caries. Ce programme, qui avait pour cible les enfants de 5 à 17 ans, associait l'application locale de fluorures, des exercices de brossage des dents six fois par an, et des conseils d'ordre diététique. En 1967, tous les élèves de 15 ans étaient porteurs de caries, sans exception. En 1988, 34% avaient toutes leurs dents saines. Au total, le coût du programme a été estimé à 5 millions de francs pour les activités d'éducation et les exercices de brossage des dents et à 0,5 francs par personne et par an pour la fluoration de l'eau. Le succès du programme a été renforcé par la mise sur le marché, au cours de la même période, de pâte dentifrice et de sel de table fluorés. Dans les pays où ni l'eau ni le sel ne sont fluorés, on a également observé un recul des caries dentaires après l'introduction de programmes scolaires d'hygiène bucco-dentaire et de la fluoration de la pâte dentifrice (102).

Un autre exemple d'approche coordonnée est fourni par le système scolaire de Nouvelle-Galles du Sud (Australie). En coordination avec le Conseil de la lutte contre le cancer, les écoles de cet Etat ont renforcé leur contribution à la prévention des cancers de la peau en expliquant comment se protéger du soleil pour un coût modique, en incitant les enseignants à donner l'exemple en se couvrant la tête lorsqu'ils sont à l'extérieur pendant leurs heures de travail, en faisant participer les parents à des travaux de plantation sur les terrains de jeux pour accroître le couvert naturel, en adhérant à la politique qui interdit de jouer tête nue à l'école et en distribuant des écrans scolaires, des couvre-chefs et des lunettes de soleil bon marché.

3.9.11 **Thèmes essentiels**

Au cours de l'examen ainsi consacré par le Comité d'experts aux stratégies locales destinées à améliorer la santé scolaire, plusieurs thèmes sont revenus avec une fréquence particulière. Les écoles et les pays pourraient s'en inspirer pour l'introduction ou la coordination de leurs programmes de santé scolaires.

- Des politiques et des ressources nationales devraient être mises au service d'une approche globale pour renforcer et guider les efforts locaux.
- L'enseignement scolaire des questions de santé n'est que l'un des aspects d'un programme de santé scolaire complet; l'idéal est qu'il soit complété par l'existence de services de santé et d'un environnement salubre à l'école.
- Pour avoir leur maximum d'efficacité, les messages diffusés grâce aux

programmes de santé scolaires doivent être renforcés par les organisations communautaires, la famille et les médias.

- De nombreuses ressources importantes (par exemple, le personnel infirmier dans les écoles, les services de santé communautaires, l'Université) sont sous-utilisées dans les efforts visant à améliorer les programmes de santé scolaires.
- La qualité d'un programme de santé scolaire peut être aussi bien compromise que renforcée par la qualité de l'organisation et de l'environnement scolaires.
- Des progrès sur le plan de la santé et de l'éducation des filles doivent constituer une priorité, car ils se traduiront automatiquement par des progrès dans la santé des femmes et celle de leurs enfants et de leurs familles.

Par ailleurs, les responsables de l'exécution d'un programme de santé scolaire doivent garder un certain nombre de points présents à l'esprit:

- Le succès de ces programmes est la résultante de la solidité des principes théoriques et de l'analyse des besoins locaux.
- L'association de plusieurs stratégies est plus efficace que l'application d'un seul type de mesures.
- La participation des élèves est décisive pour le succès du programme étant donné tout ce que peut apporter la mobilisation des jeunes au progrès de leur santé personnelle, de la santé scolaire et de la santé communautaire.
- La formation des maîtres et autres personnels scolaires est une condition sine qua non du succès.
- L'enseignement des aptitudes vitales a son maximum d'efficacité quand il commence de bonne heure de façon que les élèves aient le temps d'acquérir ces aptitudes avant d'être confrontés à des situations de risque.
- Tous ceux qui travaillent à l'école ont la possibilité d'influer sur les jeunes en assumant le rôle de modèles à leurs yeux, en discutant avec eux des problèmes délicats, en les aidant à trouver une aide complémentaire pour résoudre un problème précis, et en leur fournissant une information en leur proposant des stratégies de nature à améliorer leur santé.

4. **Recherche sur les programmes de santé scolaires**

Le plus grand soin s'impose dans le choix des investissements dont on peut le plus attendre dans les domaines de la santé, de la nutrition et de l'éducation des jeunes. La décision d'investir dans tel domaine à

l'exclusion de tel autre est habituellement le fait des gouvernements nationaux, d'organismes non gouvernementaux, des institutions du système des Nations Unies et de leurs bureaux régionaux, des organismes donateurs, publics ou privés, et des établissements scolaires. Ces décisions ont des répercussions directes sur la santé des jeunes et celle de leur famille et, en dernière analyse, sur la santé de leur communauté. La recherche sur les programmes de santé scolaires peut guider ces choix et aider les décideurs:

- à tirer parti des connaissances actuelles pour mieux concevoir les programmes de santé scolaires;
- à vérifier que ces programmes sont adaptés à la population, au système scolaire et aux communautés concernées;
- à surveiller l'exécution des programmes pour s'assurer qu'on respecte le plan prévu tout en y apportant les modifications et améliorations éventuellement nécessaires;
- à déterminer l'impact des programmes sur la santé et l'éducation des jeunes et sur la santé du personnel scolaire, et à s'assurer de la rentabilité de la méthode.

La recherche sur les programmes de santé scolaires englobe les travaux suivants:

- des études d'intervention, réalisées le plus souvent dans des conditions rigoureusement contrôlées;
- des études de démonstration où l'on essaie de reproduire les résultats des études d'intervention dans les conditions d'un programme normal;
- des études de diffusion où l'on cherche à voir dans quelle mesure on pourrait reproduire plus largement et durablement les études de démonstration qui ont été couronnées de succès.

Les études d'intervention sont les plus courantes dans le cas des programmes de santé scolaires. S'il existe un nombre croissant d'études de démonstration, les études de diffusion sont, quant à elles, relativement rares.

L'avancement des recherches est inégal au sujet des divers éléments des programmes de santé scolaires qui ont été définis à la première section. Les études sont relativement approfondies en ce qui concerne les services de santé scolaire et l'éducation sanitaire à l'école. Mais elles le sont moins, spécialement dans les pays en développement, pour ce qui est de l'environnement scolaire, de la promotion de la santé à l'intention du personnel scolaire, des projets scolaires et communautaires communs, des services de restauration et de nutrition, de l'éducation physique et des activités récréatives, enfin, de la santé mentale et du conseil.

De même, les travaux sont relativement rares sur les résultats d'une approche globale intégrant tous les éléments ci-dessus. Pourtant, les observations semblent bien démontrer l'intérêt qu'il y a à incorporer plusieurs éléments dans un même programme.

4.1 Quelques exemples des connaissances acquises

La recherche a permis de nombreuses conclusions importantes au sujet du rapport entre l'état de santé et la nature et les modalités d'exécution des programmes de santé scolaires. Celles qui suivent, à titre d'exemple, paraissent particulièrement intéressantes.

- Les comportements néfastes à la santé sont généralement liés entre eux, comme d'ailleurs entre ceux qui lui sont favorables (103).
- Cinq grands problèmes sanitaires et nutritionnels sont particulièrement bien adaptés à une intervention, rentable, au niveau des écoles:
 - les helminthiases
 - les troubles auditifs et visuels
 - les épisodes de disette
 - la malnutrition protéino-énergétique
 - les carences en micronutriments (5, 6).
- Il existe un lien indéniable entre le niveau d'éducation atteint par les filles et leur propre santé, la santé et le bien-être de leurs futurs enfants et leur capacité à contribuer au progrès de leur communauté (10-13).
- La qualité de l'environnement scolaire, physique et psychosocial, peut influencer sur la santé des élèves et du personnel (104-107).
- Les programmes d'éducation sanitaire les plus efficaces présentent les caractéristiques suivantes: ils mettent l'accent sur l'acquisition de compétences, ils sont organisés de façon séquentielle — chaque cours s'appuyant sur l'acquis antérieur —, ils font appel à une large gamme de méthodes pédagogiques et ils tiennent compte de l'interdépendance entre les élèves, leurs camarades, leur famille et leur communauté (47, 91, 108-110).
- En confiant les services de planification familiale et les soins génésiques à des dispensaires polyvalents installés dans les écoles, on parvient à réduire la fréquence des grossesses chez les adolescentes particulièrement exposées (103).
- Les programmes de santé scolaires comptent parmi les méthodes les plus rentables dont on dispose pour améliorer la santé et le développement des jeunes (22, 24).
- La recherche montre que la diffusion des innovations est conditionnée par les éléments ci-dessous:
 - les caractéristiques du changement, telles qu'elles sont perçues;

- la façon dont les décisions sont prises en vue d'imposer des changements;
- les moyens de communication utilisés pour propager ces changements;
- la nature du système social au sein duquel le changement est introduit;
- le degré d'adhésion au changement des divers acteurs du système;
- la mesure dans laquelle l'innovation répond aux besoins des enseignants dans leur rôle professionnel, tels du moins qu'ils les perçoivent (52, 111–114).

4.2 **Besoins critiques**

Le Comité d'experts a défini cinq domaines prioritaires pour la recherche future:

- de meilleures données, spécialement au niveau national et au niveau local, sur lesquelles fonder la planification des programmes de santé scolaires, ainsi que des systèmes simples et souples pour surveiller les programmes et évaluer les progrès réalisés dans la santé des enfants;
- une meilleure analyse, une plus large diffusion et une meilleure exploitation des données existantes, spécialement au niveau local;
- l'évaluation systématique de programmes et d'interventions fondés à la fois sur la théorie et sur des pratiques prometteuses afin d'en déterminer l'efficacité à faire évoluer les conditions et comportements en rapport avec la santé, à améliorer la santé des jeunes et à les rendre mieux à même de tirer profit de l'enseignement reçu;
- l'étude de l'avantage qu'il y aurait à coordonner les diverses composantes du programme, au sein d'une approche globale;
- le recours abondant à des travaux de recherche conçus de façon que la communauté puisse y participer et, ce faisant, s'éduquer et acquérir la capacité d'agir par elle-même à l'avenir.

4.3 **Principaux thèmes de recherche**

Si l'on veut que la recherche présente un intérêt pour l'orientation du développement et de l'exécution des programmes de santé scolaires, il faut que les travaux apportent la réponse aux questions suivantes:

- Quels indicateurs peut-on utiliser pour la planification et la surveillance des programmes de santé scolaires?
- Quel est l'état de santé des jeunes, de quelle nature sont les risques qui menacent leur santé?
- Quels sont les obstacles à la scolarisation des filles?
- Comment opérer, au niveau national, pour déterminer l'infrastructure qui existe et pourrait servir au lancement et au maintien de programme de santé scolaires?

- Quelle est la nature des travaux sur l'environnement sanitaire, l'éducation sanitaire et les services de santé à l'école — et sur l'intégration de ces trois composantes — qui pourraient guider la pratique?
- Quelle est la rentabilité des programmes de santé scolaires complets et quelles sont les interventions sanitaires précises qui peuvent le mieux être assurées dans le cadre de ces programmes?
- Que sait-on de la diffusion et de l'adoption des innovations apportées par les programmes de santé scolaires?
- Que sait-on des rapports entre la santé et l'organisation scolaire?

4.4 **Indicateurs nécessaires pour la planification et la surveillance des programmes de santé scolaires**

Plusieurs types d'indicateurs sont nécessaires pour la planification, la mise en œuvre et la surveillance des programmes de santé scolaires. Certains sont nécessaires pour mesurer l'exécution d'un programme, d'autres pour en mesurer l'impact final. Quelques indicateurs importants sont:

- l'état de santé des enfants;
- la capacité d'apprentissage, l'absentéisme et les résultats scolaires;
- les comportements ayant des répercussions sur la santé;
- la qualité des programmes de santé scolaires.

Ces indicateurs sont examinés plus en détail dans ce qui suit.

4.4.1 **Indicateurs de l'état de santé**

De tous les indicateurs nécessaires, ce sont les indicateurs de l'état de santé qui sont les mieux connus. Plusieurs décennies de recherche ont permis d'élaborer, de définir et de perfectionner ceux qui suivent, qui sont d'utilisation courante (22, 115, 116): le fardeau global de la maladie (exprimé sous forme de l'indice DALY — années de vie corrigées de l'incapacité), le taux de mortalité chez les moins de cinq ans, le poids pour l'âge, le poids pour la taille et la taille pour l'âge. Plutôt que de poursuivre l'élaboration de ces indicateurs, il serait donc plus utile de faciliter la collecte des données correspondantes et d'en développer l'utilisation en vue de l'amélioration des programmes de santé scolaires. Il convient de choisir des indicateurs et des méthodes appropriés pour apprécier et surveiller l'état nutritionnel des enfants et pour évaluer les interventions correctives. S'il y a lieu, les activités de surveillance et d'évaluation dans ce domaine pourront être intégrées dans les systèmes de surveillance nutritionnelle à l'échelle nationale.

4.4.2 **Indicateurs de la capacité d'apprentissage et des résultats scolaires**

Pour savoir dans quelle mesure les programmes de santé scolaires peuvent contribuer à l'éducation et pour connaître l'efficacité du volet éducation sanitaire de ces programmes, il faut mettre au point des indicateurs de la capacité d'apprentissage des enfants et de leurs résultats scolaires. Pour mesurer la capacité d'apprentissage, il faut, au minimum, déterminer si l'enfant est à même d'aller régulièrement à l'école et de poursuivre sa scolarité, ce dont témoignent les taux d'inscription, d'abandons scolaires et d'absentéisme. Quant aux résultats scolaires, on peut les mesurer par la capacité de lire et de compter et les aptitudes vitales acquises. Depuis 1992, un projet conjoint UNESCO-UNICEF est consacré, dans cinq pays (Chine, Jordanie, Mali, Maroc et Maurice), à l'élaboration de méthodes simples, praticables et utilisables durablement pour surveiller l'éducation de base. L'évaluation porte principalement sur la capacité de lire et de compter et sur les aptitudes vitales, mais également sur d'autres facteurs (caractéristiques personnelles, environnement scolaire et milieu familial et égalité d'accès à des programmes de qualité...) qui influent sur les résultats scolaires, l'évaluation se faisant dans ce cas par voie de questionnaires adressés aux élèves, aux parents, aux enseignants et aux administrateurs scolaires (117).

Des progrès importants ont été réalisés dans la définition d'indicateurs de la capacité d'apprentissage et des résultats scolaires et dans l'usage qui en est fait pour améliorer les programmes éducatifs. Le principal acquis dans ce domaine est qu'on sait désormais qu'il existe un lien entre toute une série de carences nutritionnelles et la capacité d'apprentissage de l'enfant. Cela a permis d'élaborer des interventions globales efficaces en matière de nutrition, comportant la distribution de suppléments alimentaires et nutritifs. Toutefois, beaucoup reste encore à faire. Les taux d'inscription, d'absentéisme et d'abandons sont faciles à mesurer, mais ils ne reflètent pas directement la capacité d'apprentissage (6). En outre, il conviendrait d'adapter certaines mesures des résultats scolaires qui ont été mises au point dans des pays industrialisés afin d'en faciliter l'application aux systèmes scolaires, et l'utilisation par les planificateurs de l'éducation, dans les pays en développement. La diffusion de ces mesures représente le principal problème à résoudre pour assurer la poursuite des progrès dans ce domaine.

4.4.3 **Indicateurs des comportements touchant à la santé**

Malgré son importance, l'évaluation des connaissances, des attitudes et des aptitudes est loin de donner la mesure des comportements effectifs. L'un des principaux objectifs d'un programme de promotion

de la santé est d'agir sur les comportements et d'appuyer ceux qui témoignent d'un mode de vie sain. Mais l'élaboration d'indicateurs des changements de comportement, est un domaine où la recherche devra être développée (118, 119). Les études démontrant qu'il existe une interdépendance entre les comportements nocifs, ainsi qu'entre les comportements bénéfiques à la santé, ont eu le grand intérêt de faire apparaître le besoin d'indicateurs des comportements en matière de santé et de guider l'élaboration de ces indicateurs (103, 120). Ces observations ont amené à aborder l'éducation sanitaire sous l'angle des aptitudes vitales, c'est-à-dire en s'efforçant de faire acquérir par les jeunes, et de renforcer chez eux, la capacité et la volonté de prendre des décisions bénéfiques pour leur santé pendant toute leur vie (121, 122). La poursuite des travaux sur les liens qui existent entre les risques associés à certains comportements (par exemple, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'abus de la drogue, les comportements susceptibles de provoquer un traumatisme, et la violence) pourra spécialement contribuer à la réduction des principales causes d'incapacité et de mortalité chez les enfants et les adolescents (123).

4.4.4 **Indicateurs de la qualité des programmes de santé scolaires**

Que l'environnement scolaire "influe sur la santé et le bien-être quotidien de ceux qui interagissent avec lui" (104) et qu'un environnement scolaire insalubre puisse compromettre l'efficacité d'un programme de santé pourtant de qualité (105), ne saurait être contesté. L'environnement scolaire comporte trois éléments: l'environnement matériel, le contexte psychosocial de l'éducation et la communauté où l'école fonctionne. C'est pour l'environnement matériel qu'on a élaboré le plus grand nombre d'indicateurs. Des indicateurs et des recommandations ont été publiés au sujet de la qualité de l'eau et de l'assainissement (57-59), et des indicateurs ont été établis pour d'autres aspects de l'environnement scolaire, par exemple l'éclairage (105). L'une des priorités des travaux futurs devrait être d'élaborer, à partir des indicateurs déjà connus, un instrument simple et adaptable pour l'évaluation de la qualité de l'environnement scolaire. On pourrait incorporer ces indicateurs dans un ensemble de normes minimales, base de la surveillance et incitation à progresser.

Les progrès sont moins nets pour l'élaboration et la mesure d'indicateurs psychosociaux. Toutefois, vu la place que les élèves tiennent dans l'environnement scolaire, ils doivent être considérés comme l'un des facteurs contribuant à l'influence de cet environnement. Il faut s'interroger sur l'influence réciproque de

l'environnement scolaire et des élèves perturbateurs, qu'ils soient seulement difficiles à tenir en main ou en rébellion ouverte. Serait-il possible, pour les enseignants ou d'autres adultes, de repérer à un âge précoce les enfants qui présentent ces tendances et, grâce à des interventions appropriées, de les y soustraire? Tels sont les thèmes qui devront être abordés lors des travaux de recherche futurs. Il y aurait également beaucoup à faire pour clarifier la définition et le mode d'évaluation de concepts tels que la "communication ouverte" entre élèves et corps enseignant. Un autre axe de recherche consisterait dans le perfectionnement et l'utilisation d'instruments destinés à encourager les communautés à prendre des mesures pour améliorer l'assainissement et l'hygiène à l'école.

Aux États-Unis d'Amérique, les Centers for Disease Control and Prevention travaillent à l'étude la plus détaillée qu'on n'ait jamais menée sur les politiques et programmes de santé scolaires (éducation sanitaire, éducation physique, services de restauration et de salubrité des aliments, et services de santé) (124) au niveau des États, des districts et des établissements scolaires. Les résultats de l'étude serviront à évaluer les progrès vers la réalisation de différents objectifs nationaux en matière de santé et d'éducation et devraient être particulièrement utiles aux éducateurs, aux professionnels de la santé publique et aux décideurs au niveau local, au niveau des États et au niveau national. Il serait bon d'étudier les instruments utilisés à cette occasion pour la collecte de données pour voir si leur usage pourrait être transposé à d'autres pays et dans d'autres contextes culturels et fournir à l'avenir la base sur laquelle élaborer des indicateurs du degré de mise en œuvre des programmes de santé scolaires.

4.4.5 **Amélioration de l'exploitation des données**

Lorsqu'on met en place un système de collecte de données, spécialement au niveau local, il est capital de prévoir des mécanismes qui garantissent l'utilisation effective des données recueillies. Dans de nombreux organismes éducatifs et sanitaires, dans les pays développés comme dans les pays en développement, il n'est pas rare que ces données malgré leur intérêt, voire leur importance, soient oubliées dans "les archives" — registres, relevés, feuilles volantes ou fichiers informatiques. Il n'est pas tiré de ces sources diffuses d'information la quintessence, seule utile pour l'élaboration, l'exécution et l'évaluation de programmes de santé scolaires. Le mode d'exploitation de cette information importe au moins autant que la nature des indicateurs ou la méthode de collecte des données.

On néglige souvent d'articuler comme il le faudrait la collecte des données, les interventions corrélatives et la formulation d'une politique générale, alors que la collecte de données n'a d'autre but que d'influer sur l'élaboration des politiques et pratiques concernant les programmes de santé scolaires. Si l'on ne met pas en place des systèmes pour garantir une meilleure exploitation des données en vue de l'amélioration de ces programmes, beaucoup d'efforts de recherche sur la santé scolaire seront réduits à néant.

4.5 **L'état de santé des jeunes**

On connaît mal le fardeau général de la maladie chez les jeunes, que ce soit dans l'ensemble du monde ou dans de nombreux pays. Les carences nutritionnelles et les helminthiases sont souvent l'objet principal de la recherche et des études d'intervention et ont fait l'objet de mises au point où sont précisées leurs conséquences sur la capacité d'apprentissage (5). Des synthèses ont également été publiées au sujet des comportements qui sont à l'origine des principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants d'âge scolaire dans les pays industrialisés (103, 125, 126).

Deux grandes enquêtes sont actuellement menées pour étudier et surveiller le comportement sanitaire des adolescents et des enfants d'âge scolaire, à savoir l'Enquête sur la santé des jeunes au Canada (48) et l'Enquête sur le comportement sanitaire des enfants d'âge scolaire (49). Elles ont fourni une masse considérable de renseignements utiles sur les comportements des adolescents et des enfants touchant à la santé et sur les facteurs associés, la première au Canada et la seconde en Europe. Ces enquêtes peuvent fournir un modèle utile pour la collecte de données relatives aux comportements des élèves en matière de santé. Le questionnaire aurait besoin d'être adapté aux régions et pays, mais la démarche générale devrait pouvoir être largement conservée.

4.6 **Sous-représentation des filles à l'école**

Il est habituel d'expliquer la sous-représentation des filles à l'école par des motifs économiques, sociaux et culturels (par exemple, les pressions visant à les garder à la maison pour qu'elles s'occupent de leurs jeunes frères et sœurs ou de leurs vieux parents, où l'âge précoce du mariage) ou par les risques particuliers que les filles encourent, par exemple une grossesse précoce, des abus sexuels et des actes de violence. Il faudrait en réalité approfondir ce qu'on sait de la nature précise de ces contraintes et voir comment on pourrait les surmonter (127). Par exemple, le manque de sanitaires et d'eau de distribution a

sans doute un effet disproportionné sur la fréquentation scolaire des jeunes filles pendant leurs règles.

Certains résultats établis grâce aux travaux menés dans des pays en développement devraient être pris en compte en vue d'améliorer l'état de santé des filles et d'accroître leur taux de scolarisation et leur durée de séjour à l'école. Dans les régions où les infections respiratoires ou les maladies diarrhéiques aiguës ont une prévalence élevée chez les enfants d'âge scolaire, les filles risquent davantage de manquer l'école pour pouvoir s'occuper de leurs jeunes frères et sœurs (5).

Selon des études récentes, le goitre est en progression chez les filles, alors que la carence en iode, lourde de risques dont il est le signe est facile à corriger (5). Le taux de caries dentaires est également plus élevé chez les filles que chez les garçons (128), de même que la fréquence des infections respiratoires basses (129) et celle des troubles mentaux (130). On a pu constater que les programmes de restauration à l'école avaient parfois des répercussions plus importantes chez les filles que chez les garçons du point de vue de la fréquentation et des résultats scolaires (131).

4.7 **Evaluation de l'infrastructure disponible**

L'élaboration de politiques nationales en faveur des programmes de santé scolaires doit s'appuyer sur une connaissance précise des ressources existantes qui sont consacrées, ou pourraient l'être, à la santé scolaire. Dans de nombreux pays en développement, la tendance à la décentralisation de l'administration et des programmes publics et les difficultés en matière de transports et de communication font que les planificateurs de l'échelon national ont du mal à déterminer ces ressources.

L'analyse de situation et *l'évaluation rapide* constituent deux méthodes possibles pour faire le point sur les ressources disponibles. De conception similaire, elles diffèrent par leur complexité, leur intensité et l'ampleur des moyens nécessaires. Chacune a été appliquée à des contextes fort divers, depuis la gestion agricole jusqu'à l'aménagement de l'environnement, mais ni l'une ni l'autre n'a encore été largement utilisée pour évaluer l'infrastructure nationale, régionale ou locale pouvant servir de base aux programmes de santé scolaires.

L'analyse de situation est la méthode la plus complète des deux et exige davantage de temps et de moyens. Elle repose sur le rassemblement et l'analyse des données existantes, par exemple les rapports relatifs aux programmes, les analyses de tendance et les études de prospective et l'information épidémiologique. Ces données

sont complétées par des entretiens avec des responsables de la politique générale ou d'autres personnels jouant un rôle clé (membres du personnel scolaire, agents de santé, parents d'élèves, enseignants et élèves) et par l'analyse des systèmes de soutien social et d'information sanitaire (136). Les données ainsi obtenues servent ensuite à guider l'élaboration des politiques et des programmes.

Le recours à une *évaluation rapide*, s'agissant de l'infrastructure de la santé scolaire, a l'avantage d'éliminer certains inconvénients de l'analyse de situation, à savoir la durée et le coût nécessaires pour recueillir des données auprès d'un grand nombre de personnes. L'Organisation mondiale de la Santé travaille, avec l'Education Development Center (organisation non gouvernementale à but non lucratif des Etats-Unis d'Amérique) et les ministères de la Santé et de l'Education de la Bolivie et du Costa Rica, à la mise au point d'un instrument d'évaluation rapide dont pourraient se servir les gouvernements nationaux, les institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales pour déterminer et tenter de renforcer la capacité d'un pays à planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes de santé scolaires.

4.8 **Intégration des programmes de santé scolaires**

Depuis les années 50, toute une masse de travaux et de publications ont été consacrés à la santé scolaire, principalement en Australie, au Canada, aux Etats-Unis d'Amérique et en Europe. Plus récemment, la littérature sur la question s'est également enrichie pour les pays en développement. Mais la partie de cette littérature qui concerne la recherche tourne principalement autour d'aspects déterminés de la santé (comme la nutrition, le comportement sexuel ou le tabagisme). Relativement peu de travaux ont été consacrés à l'intégration des composantes programmatiques, qu'on en limite le nombre à trois selon l'analyse classique de la santé scolaire — environnement sanitaire, éducation sanitaire et services de santé — ou qu'on le porte à huit conformément au modèle d'Allensworth & Kolbe (23).

4.8.1 **L'environnement sanitaire de l'école**

Les études confirment l'importance de l'environnement scolaire, matériel et psychosocial pour la santé des élèves et du personnel et pour le succès ou l'échec des programmes de santé scolaires (104-107, 123). Pour ce qui est de l'environnement matériel, le strict minimum requis dans le cadre des programmes de santé scolaires consiste dans des sanitaires et un système de distribution d'eau saine. De nombreux autres facteurs, par exemple l'éclairage et l'ambiance sonore, ont

également de l'importance. Il faut aussi tenir compte des dangers particuliers tenant à la situation géographique ou topographique de l'école ou à des facteurs biologiques, physiques ou chimiques (par exemple, les conditions de température et d'hygrométrie ou des causes non reconnues de traumatismes).

4.8.2 **L'éducation sanitaire à l'école**

Depuis les années 60, la composante éducative des programmes de santé scolaires est celle qui retient le plus l'attention (51, 91, 108, 110). Selon une mise au point récente concernant l'Europe et les Etats-Unis d'Amérique, les programmes comportant une évaluation des changements de comportement se sont attachés au comportement sexuel, à l'usage du tabac, à l'abus d'alcool, à la consommation de marijuana et à l'exercice physique (109).

Les programmes d'éducation sanitaire les plus efficaces présentent les caractéristiques ci-dessous, dont on pourrait utilement s'inspirer dans la pratique:

- L'éducation dispensée met au premier plan l'acquisition de compétences, elle est organisée de façon séquentielle et elle reflète l'interdépendance entre les élèves, leurs camarades, les familles et la communauté.
- Ces programmes préconisent une approche positive de la santé et du bien-être.
- Ils mettent l'accent sur les compétences, des objectifs cognitifs et les qualités affectives pertinentes.
- Ils répondent aux préoccupations essentielles des élèves et des enseignants en matière de santé.
- Ils font appel à toute une gamme de techniques pédagogiques.
- Ils incluent une formation des maîtres (généralement assurée entre eux par ces derniers), une aide technique permanente et des programmes de formation en cours d'emploi.
- Les activités en classe sont complétées par l'exécution d'activités et de projets chez soi et dans la communauté, qui permettent aux élèves de mieux appréhender les fondements familiaux et sociaux d'une bonne santé.

4.8.3 **Les services de santé scolaires**

Certains services de santé sont assurés aux élèves dans la quasi-totalité des pays, encore que l'accès à ces services et leur qualité soient extrêmement inégaux d'un pays à l'autre, voire dans un même pays. Si, traditionnellement, les services de santé scolaires étaient le domaine d'une infirmière attachée à l'école ou d'un praticien y effectuant des visites périodiques, ils sont de plus en plus souvent

assurés par des dispensaires polyvalents installés dans les écoles (63). Quand ces dispensaires s'occupent entre autres de santé génésique, ils semblent contribuer efficacement à la réduction des cas de grossesse chez les adolescentes particulièrement exposées (133).

Plusieurs principes communs caractérisent les programmes de services de santé scolaires qui réussissent (63):

- Ces programmes sont fondés sur une évaluation locale des besoins et des ressources.
- Les prestataires de services et l'école sont résolus à collaborer et à travailler dans un esprit de respect mutuel.
- Ces prestataires s'efforcent de répondre à toute la gamme des besoins des élèves. Quand un service est impossible à assurer à l'école, on organise un recours auprès des services communautaires.
- Le responsable du service de santé scolaire entretient des relations étroites avec les personnes chargées, dans la communauté, des services médicaux, des services de santé mentale, des services sociaux et des services juridiques.
- Le programme de services de santé scolaires et les institutions avec lesquelles il coopère élaborent des politiques préservant le caractère confidentiel de leurs activités.
- Les services de santé scolaires sont intégrés dans les autres composantes d'une école-santé.

Les éléments ci-dessus font souvent défaut dans les pays en développement où il est plus difficile d'assurer des services de santé. Une enquête récente de l'UNICEF sur les services de santé scolaires dans un certain nombre de pays subsahariens a révélé que ces services:

- reposent rarement sur une évaluation des besoins;
- ne bénéficient pas de l'appui d'une stratégie efficace visant à mobiliser le soutien de la communauté;
- souffrent de l'insuffisance de la collaboration intersectorielle;
- sont affaiblis par la dispersion des efforts des organismes donateurs et par l'existence de doublons;
- ne comportent pas de mécanismes appropriés en matière de surveillance et d'évaluation;
- ne sont pas viables de façon durable (Lusakulira-Villeneuve, communication personnelle, 1995).

4.9 **Rentabilité des programmes de santé scolaires complets et d'interventions spécifiques**

Constitué en 1992 par l'OMS, le PNUD et les Fondations Rockefeller, Edna McConnell Clark et James S. McDonnell, le Part-

nership for Child Development travaille en collaboration avec la Colombie, le Ghana, l'Indonésie et divers autres pays à des projets de recherche opérationnelle dont l'objectif est de voir comment assurer dans les meilleures conditions de rentabilité possibles des interventions de santé scolaire qui ne soient pas rapidement vouées à l'échec. Les travaux portent sur des interventions rangées parmi les plus rentables dans le *Rapport sur le développement dans le monde* de la Banque mondiale (22). L'essentiel de ces interventions consiste à distribuer des anthelminthiques et des suppléments de micronutriments (principalement de l'iode et de la vitamine A) et à assurer une éducation sanitaire participative pour encourager et promouvoir les comportements de nature à améliorer l'état de santé (134). Ce type d'intervention est préconisé par l'UNICEF comme représentant l'essentiel de ce qu'on peut attendre de l'école (135).

Il existe dans presque tous les pays un programme de santé scolaire qui pourrait servir de point de départ à l'adoption de cette approche globale (47).

4.10 **Diffusion et adoption des innovations dans les programmes de santé scolaires**

Il existe fréquemment un décalage important entre ce que l'on sait et ce qu'on met effectivement en application. Le plus souvent, un délai passablement long sépare la découverte d'une nouvelle méthode et son adoption à grande échelle. Un problème que doivent résoudre de nombreux planificateurs et responsables des grandes orientations consiste à trouver le moyen d'accélérer la diffusion d'une innovation (115). Des exemples de travaux sur la question sont donnés à la section 4.1 (p. 75). Le processus de changement n'est pas "linéaire", mais peut être considéré comme comportant trois étapes qui se chevauchent: la décision d'aller de l'avant, la mise en œuvre, et l'institutionnalisation (114, 136). La lenteur du processus et la nature de son déroulement, par à-coups, sont également reconnus pour des recherches qui montrent que les innovations sont d'autant mieux adoptées qu'elles répondent aux préoccupations des enseignants (50, 51).

4.11 **Relation entre santé et organisation scolaire**

Aucun travail n'a été consacré au rapport entre la santé et les caractéristiques de l'organisation scolaire. Toutefois, il est établi que diverses caractéristiques de l'école (par exemple l'importance accordée aux résultats scolaires, l'existence d'incitations et de récompenses, l'ambiance générale de l'enseignement) se combinent pour donner naissance à un ensemble de valeurs et d'attentes qui peuvent influencer sur l'apprentissage des élèves (8, 137). A l'évidence, il

existe une relation entre ces facteurs et la santé psychologique de l'enfant, même si la corrélation exacte n'a pas été exactement déterminée. Dans les écoles où les élèves sont valorisés, où la participation est poussée et où il existe un environnement propice à la santé, on constate souvent que les comportements à risque, par exemple les actes de violence, sont moins fréquents, de même que les facteurs nocifs à l'éducation, par exemple un absentéisme important. Il est à espérer que les études futures sur l'efficacité et l'organisation scolaires comporteront des indicateurs relatifs à la santé des élèves et des membres du personnel.

4.12 Exemples du mode d'influence de la recherche sur la pratique

Les approches éducatives et la méthodologie de la recherche sont transposables à des situations pourtant très différentes. Il est temps que tous les professionnels de la santé scolaire profitent de la sagesse collective, autrement dit de la masse de connaissances acquises (138). Quelques exemples illustreront ce point:

- La recherche montre que les enseignants adoptent une innovation pour deux raisons: tout d'abord, la réponse qu'elle apporte à leurs propres préoccupations concernant ce qu'on attend d'eux dans la gestion de leur classe et la pratique de leurs cours et, en second lieu, l'incidence escomptée sur les élèves. Si le premier critère n'est pas satisfait, de nouvelles pratiques, quel qu'en soit l'intérêt, n'ont pas grandes chances d'être adoptées durablement (50, 51). En Inde, dans l'Etat du Madhya Pradesh, un travail sur la question se déroule dans le cadre du Teacher Empowerment Project (Projet d'habilitation des maîtres). Les enseignants assistent à des séminaires où ils mettent au point de nouveaux matériels éducatifs et de nouvelles méthodes pédagogiques et en font la présentation à leurs collègues. Lors de ces séminaires, on vise principalement à donner aux enseignants le pouvoir de décision de sorte qu'ils aient la maîtrise du changement dans leurs classes, prennent davantage confiance en eux-mêmes et voient leur statut relevé aux yeux de la communauté. Le projet comporte également des séminaires à l'intention des fonctionnaires de l'éducation et des chefs d'établissement locaux, et il s'accompagne d'améliorations peu coûteuses de l'environnement scolaire. D'après les résultats préliminaires, les élèves sont beaucoup moins souvent absents et assimilent bien mieux ce qu'on leur enseigne, tandis qu'on note chez les enseignants des progrès en matière d'habilitation, de participation et de satisfaction (52).
- Vers la fin des années 80, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique ont patronné la première évaluation à grande échelle (5000 élèves et 150 enseignants répartis

dans sept Etats) des *Teenage health teaching modules (91)* qui constituent un programme global d'enseignement de la santé à l'école, de la 7e à la 12e (par âge croissant). Cette évaluation a révélé des progrès dans les connaissances et attitudes relatives à la santé et le recul de certains comportements (par exemple l'abus d'alcool et de drogue). L'une des constatations les plus importantes a été que la formation des maîtres était capitale puisque les enseignants sans formation n'avait pas obtenu d'aussi bons résultats.¹ Au vu de ces conclusions, d'ailleurs confirmées par ailleurs, les Centers for Disease Control and Prevention ont entrepris:

- d'assurer une aide technique et financière à des organismes chargés de la santé et de l'éducation dans les Etats et au niveau local pour leur permettre d'organiser et d'élaborer des programmes complets de santé scolaires;
 - d'appuyer des programmes de formation et de démonstration;
 - de soutenir un réseau de 58 centres de formation des maîtres relevant des agences de l'éducation dans les Etats et au niveau territorial et des plus grands systèmes scolaires urbains (depuis sa création, le réseau a assuré la formation de plusieurs centaines de milliers d'enseignants du primaire et du collège);
 - de surveiller l'évolution chez les jeunes de la pratique de comportements importants pour la santé, de façon à pouvoir poursuivre et améliorer les programmes.
- Les travaux sur les helminthiases montrent que, en règle générale, cette parasitose est associée à un fonctionnement cognitif médiocre, à de mauvais résultats scolaires et à une faible capacité d'apprentissage (5, 7). Il existe pourtant des traitements efficaces et peu coûteux dont l'application permettrait d'atténuer les effets de l'infestation sur les enfants (66). Un projet mené à Montserrat a montré que l'école constitue un lieu privilégié pour mener la lutte contre les helminthiases, en liaison avec le système de services de santé existant. Une baisse significative du taux d'infestation a en effet été obtenue, pour un coût plus faible qu'avec les autres systèmes de soins connus (67).

4.13 Resserrement des liens entre recherche et pratique

Les dernières acquisitions de la recherche doivent être portées à la connaissance des praticiens pour donner des résultats significatifs. En réalité, ce transfert est loin d'être aussi bon qu'il le pourrait, car les chercheurs sont trop peu incités à mener des travaux susceptibles d'une application généralisée et à développer systématiquement les

¹ Ross JG, Nelson G. *The role of teacher training and other factors in fidelity and proficiency*. Communication à la 63e Convention annuelle de l'American School Health Association, 19 Octobre 1989, Chicago. IL.

interventions prometteuses. De leur côté, les praticiens sont souvent contraints de s'attaquer à un problème de santé publique de la façon prescrite par la communauté ou imposée par un impératif politique. En outre, la plupart des études d'intervention sont conçues pour se dérouler dans des conditions rigoureusement contrôlées qui ne sont pas reproductibles sur une longue période ou à grande échelle. Il existe certes un nombre croissant d'études où l'on s'efforce de reproduire les résultats expérimentaux dans des conditions normales, mais, apparemment, elles n'ont pas le même attrait pour des universitaires malgré leur intérêt plus immédiat pour les responsables de la politique générale et les praticiens.¹ La recherche active et la recherche participative, qui font appel à des élèves et à des adultes dans leur propre communauté, constituent des outils puissants pour l'élaboration des programmes de santé scolaires et mériteraient d'être davantage utilisées.

Une meilleure formation des praticiens à l'utilisation des résultats de la recherche, le recours accru à la recherche active-participative, une orientation privilégiant la recherche appliquée, et la communication rapide des résultats, tous ces facteurs contribueraient beaucoup à améliorer le transfert de la recherche dans la pratique. En outre, il faudrait mettre au point un mécanisme qui permette de réunir et d'analyser les comptes rendus des programmes de santé scolaires couronnés de succès dans l'ensemble du monde, afin d'identifier les causes de ce succès qui pourraient être reproduites ailleurs.

5. **Recommandations**

Les enfants sont plus nombreux que jamais à aller à l'école où ils passent une plus grande partie de leur vie. C'est dire que, dans la quasi-totalité des pays, l'école pourrait faire davantage peut-être que toute autre institution pour améliorer le bien-être et la capacité des enfants et des adolescents. Pourtant, il semble bien que, partout dans le monde, les établissements scolaires parviennent mal à assurer la satisfaction des besoins critiques des jeunes en matière de santé physique, mentale et sociale.

Après avoir fait le point de la situation des programmes de santé scolaires dans le monde et examiné les possibilités, stratégies et travaux de recherche qui permettraient de les améliorer, tant dans l'immédiat qu'à l'avenir, le Comité d'experts est tombé d'accord sur

¹ Nutbeam D. *Achieving "best practice" in health promotion: improving the fit between research and practice*. Communication à la First Canadian Conference on Dissemination Research in Health Promotion, Vancouver, Canada, mars 1995.

les principes et priorités ci-après pour l'action future. Trois idées les inspirent: investir dans l'éducation revient indirectement à investir dans la santé; la santé des enfants influe de façon sensible sur leur capacité d'apprentissage; enfin, l'école ne peut constituer un environnement propice à la santé que pour autant qu'elle est elle-même une organisation saine, pour ses élèves comme pour son personnel. Le Comité a souligné que l'école, par sa culture et par la façon dont elle organise l'enseignement et l'apprentissage, exerce elle-même un effet direct sur l'estime personnelle, les résultats scolaires et la santé de ses élèves.

Par ailleurs, le Comité d'experts est tombé d'accord sur le fait qu'il existe aujourd'hui une large base de connaissances sur laquelle s'appuyer pour agir. Les travaux de recherche effectués tant dans des pays en développement que dans des pays développés montrent que les programmes de santé scolaires peuvent à la fois atténuer les problèmes de santé ordinaires et accroître l'efficacité du système éducatif, et donc contribuer au progrès de la santé publique, de l'éducation et de la situation socio-économique dans chaque Etat Membre. C'est dire qu'il conviendrait d'appliquer largement et rapidement à l'école les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité face aux problèmes de santé les plus fréquents et les plus graves.

5.1 Principes et priorités

Le Comité d'experts a reconnu que la fréquentation de l'école a une influence profonde sur la santé, tout autant que sur l'éducation et a souligné la nécessité d'appliquer les recommandations suivantes pour que la santé soit effectivement encouragée à l'école.

Améliorer et augmenter les investissements en vue de la scolarisation des enfants:

Le droit à l'éducation est un droit fondamental de l'homme. Chaque Etat Membre devrait donc offrir aux enfants la possibilité de s'éduquer dans des écoles où l'on tienne compte de toute la gamme de leurs besoins en matière d'apprentissage et de développement et étendre cette possibilité aux enfants non scolarisés, notamment à ceux qui souffrent de troubles physiques ou mentaux.

Assurer aux filles une place à part entière à l'école:

Le taux de scolarisation des filles et la durée de leur séjour à l'école restent beaucoup plus faibles que chez les garçons. L'amélioration et l'expansion des possibilités éducatives au profit des filles constituent l'un des meilleurs investissements auxquels un pays puisse procéder

sur le plan sanitaire et social. Chaque Etat Membre et chaque communauté devrait s'efforcer d'éliminer tous les obstacles à l'éducation des filles — sociaux, culturels et économiques.

En outre, le Comité d'experts a reconnu que, pour promouvoir la santé grâce à l'école, il fallait d'abord que les établissements scolaires soient eux-mêmes des organisations saines et répondent à un certain nombre de conditions.

Chaque établissement scolaire devrait fournir à ses élèves un lieu d'enseignement et à son personnel un lieu de travail d'où soit écarté tout danger:

Trop souvent, l'environnement scolaire lui-même comporte des risques pour la santé physique et affective. Seraient indispensables:

- des installations sanitaires et un système de distribution d'eau saine;
- la protection des élèves contre les maladies infectieuses;
- la protection des élèves contre la discrimination, le harcèlement, les abus et la violence;
- l'interdiction du tabagisme et de l'abus d'alcool et de drogue.

Chaque établissement scolaire devrait donner aux enfants et aux adolescents de tous les niveaux la possibilité d'acquérir des aptitudes qui seront décisives pour leur vie et leur santé futures:

Cette éducation comporte les éléments suivants:

- une éducation sanitaire axée sur des points précis, adaptée au développement de l'enfant et fondée sur l'acquisition de compétences dans des domaines tels que les maladies infectieuses, la nutrition, les soins de santé préventifs et la santé génésique;
- une formation globale et intégrée aux aptitudes vitales qui permettra aux futurs adultes, pendant toute leur vie, de procéder à des choix et d'adopter des comportements qui soient favorables à la santé;
- une éducation sanitaire qui permette aux futurs adultes de protéger le bien-être de leur famille et celui de la communauté où ils résideront.

Chaque établissement scolaire devrait mieux remplir son rôle de "point d'entrée" dans la promotion de la santé et de lieu d'intervention sanitaire:

Les écoles devraient prévenir les problèmes de santé courants chez leurs élèves et leur personnel lorsque c'est efficace, en assurer le traitement lorsque c'est possible et prévoir un recours quand c'est indispensable.

Chaque établissement scolaire devrait:

- assurer la distribution d'aliments et de micronutriments sains et nutritifs pour combattre la faim, prévenir la maladie et favoriser la croissance et le développement;
- mettre en place des programmes de prévention pour faire reculer le tabagisme et l'abus d'alcool et de drogue, ainsi que les comportements favorisant la propagation du VIH;
- assurer, si possible, le traitement des helminthiases, du paludisme, des maladies cutanées et des infections respiratoires, à côté d'autres maladies infectieuses;
- repérer et, si possible, prendre en charge, les problèmes de santé bucco-dentaire et les troubles de la vision et de l'audition;
- déceler les problèmes psychologiques et diriger les enfants en cause sur un établissement capable d'assurer le traitement approprié.

Le Comité d'experts a estimé que de nombreuses écoles pouvaient dès maintenant commencer à mettre en oeuvre les cinq recommandations qui précèdent. Cependant, la création d'écoles-santé au plein sens du terme exigera toute une série d'actions de soutien de la part d'organisations à différents niveaux.

Des politiques, une législation et des directives devraient être élaborées pour permettre le recensement, l'affectation, la mobilisation et la coordination des ressources au niveau local, national et international en vue de soutenir des programmes de santé scolaires:

Ce soutien doit avoir les objectifs suivants:

- arriver à faire comprendre aux décideurs et au grand public à comprendre que le recours à l'école pourrait être le moyen le plus rentable pour améliorer la santé des enfants et, par suite, contribuer au progrès sanitaire et économique;
- encourager une collaboration active entre les ministères de la santé et de l'éducation;
- mettre en place des comités et réseaux de santé scolaire réunissant des représentants de l'administration nationale (par exemple dans les secteurs des transports, de la planification, de l'agriculture et des sports et loisirs) et d'organisations non gouvernementales capables de fournir les experts et les ressources nécessaires à l'amélioration des programmes de santé scolaires;
- repérer, former et développer du personnel qualifié au niveau national et au niveau local;
- établir un organigramme clair précisant les responsabilités et la situation hiérarchique de chacun en matière de programmes de santé scolaires.

Apprécier les enseignants et le personnel scolaire à leur juste valeur et leur fournir le soutien nécessaire pour qu'ils puissent travailler à la promotion de la santé:

Ce soutien doit avoir les objectifs suivants:

- assurer la disponibilité des ressources nécessaires pour préparer les enseignants, le personnel et les administrateurs scolaires en poste à répondre aux besoins éducatifs et sanitaires des élèves;
- obtenir le concours des universités, des écoles de formation des maîtres et des organisations non gouvernementales pour préparer de nouveaux enseignants, personnels et administrateurs scolaires à promouvoir la santé des enfants et des adolescents;
- fournir aux enseignants, au personnel et aux administrateurs scolaires des possibilités et des moyens qui leur permettent d'améliorer leur propre santé.

La communauté et l'école devraient travailler ensemble au soutien de la santé et de l'éducation:

Les familles, les membres de la communauté, les établissements de soins de santé et d'autres institutions ont un rôle important à jouer dans l'amélioration de la santé des jeunes. De son côté, l'école peut beaucoup contribuer au progrès de la santé dans l'ensemble de la collectivité. Sont nécessaires dans ce but:

- une action promotionnelle et un soutien de la communauté en vue du développement de l'école, en temps qu'organisation tournée vers la santé;
- une consultation et une collaboration actives entre les familles, la communauté et l'école en vue d'améliorer la santé des enfants et des adolescents, qu'ils soient ou non scolarisés;
- une participation active de l'école et de ses élèves à des programmes visant à améliorer la santé et le développement de la communauté toute entière.

Les programmes de santé scolaires devraient être bien conçus, surveillés et évalués pour garantir leur succès et les résultats souhaités:

Cela implique:

- l'élaboration ou l'adoption, dans chaque Etat Membre, des méthodes les mieux appropriées et les mieux supportables financièrement pour la collecte de données sur la santé, l'éducation et les conditions de vie des enfants, par groupes d'âge et pour chaque sexe;
- l'octroi de la priorité, autant que faire se peut, à des travaux de recherche qui permettent de tirer parti des connaissances et des

compétences des éducateurs, des élèves, des familles et des membres de la communauté au plan local;

- l'élaboration de méthodes qui permettent d'analyser, de diffuser et d'utiliser sans délai les données au niveau local, là où elles peuvent avoir le maximum d'efficacité.

Renforcer le soutien international en vue d'aider les Etats Membres, les communautés locales et les écoles à promouvoir la santé et l'éducation:

Ce soutien comporte les aspects ci-dessous:

- le lancement d'une initiative mondiale en faveur de la santé scolaire, grâce à l'action concertée d'organisations telles que l'OMS, l'UNESCO, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale, le Programme alimentaire mondial, Education International et l'Union internationale pour l'éducation sanitaire et la promotion de la santé;
- la coordination entre les organisations internationales et les Etats Membres en vue de la répartition des tâches, de façon à réduire la dispersion des efforts et les doublons et à imposer une vision plus large où les programmes de santé scolaires soient complets et intégrés.

5.2 Plaidoyer pour l'action

Le Comité d'experts invite instamment chacun à imaginer:

- un avenir où la mission essentielle de l'école, partout dans le monde, serait d'assurer le développement de tous les jeunes en bon état de santé;
- un monde où l'école relève ce défi et applique des méthodes nouvelles et prometteuses pour coordonner le processus éducatif, les conditions environnementales à l'intérieur et à l'extérieur des établissements scolaires et la gamme des services de santé disponibles en vue d'améliorer des résultats scolaires et la santé des jeunes.

A vrai dire, l'application des recommandations formulées ici aiderait à faire entrer dans la réalité la vision des choses présentée plus haut et contribuerait notablement à la réalisation des principaux objectifs de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et du mouvement de l'Education pour tous, ainsi qu'à ceux du Sommet mondial pour l'enfance (New York, 1990), du Sommet mondial pour le développement social (Copenhague, 1995) et de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995).

Aussi le Comité d'experts invite-t-il les Etats Membres, les organisations internationales compétentes, les organisations non gouvernementales concernées et les écoles du monde entier à

élaborer et mettre à exécution des plans pour qu'il soit donné suite aux recommandations ci-dessus afin de développer plus pleinement le potentiel des générations futures.

Remerciements

Le Comité d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général tient à remercier l'équipe constituée de membres de l'Education Development Center, Newton, MA, Etats-Unis d'Amérique (Dr C.V. Whitman, M.S. Cohen et Mme D. Northrop) et du National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, GA, Etats-Unis d'Amérique (Dr L.J. Kolbe) qui, en collaboration avec des fonctionnaires de l'Organisation mondiale de la Santé, a fait la synthèse des 34 documents de travail originaux pour rédiger les trois documents récapitulatifs qui ont servi à la réunion:

The status of school health (WHO/HEP/ECCSHEP/BP/95.1); Improving school health programmes: barriers and strategies to improve school health (WHO/HEP/ECCSHEP/BP/95.2); Research to improve the implementation and effectiveness of school health programmes (WHO/HEP/ECCSHEP/BP/95.3).

On peut s'en procurer des exemplaires en s'adressant à la Division de la Promotion, de l'Education et de la Communication pour la Santé, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

Par ailleurs, le Comité d'experts a rendu hommage à l'importance du travail du Groupe central du Groupe de travail de l'OMS sur la santé scolaire qui s'est chargé, en liaison avec des représentants du service Education sanitaire et Promotion de la Santé (M. J.T. Jones, Mme H.B. Macdonald et Dr D.J. O'Byrne) de rédiger son mandat et l'ordre du jour provisoire de la réunion. La liste qui suit indique l'identité, et la place dans l'organigramme des fonctionnaires de l'OMS qui ont fait partie du Groupe central à Genève, Suisse:

Dr M. Baldo, Programme mondial de Lutte contre le SIDA; Mme R. Birrell-Weisen, Promotion de la Santé mentale; Dr H.L. Friedman, Santé des Adolescents; Mme Y.M. Grandbois, Bureau des Services de Bibliothèque et de Documentation sanitaire; M. H. Kolstad, Programme de Lutte contre les Toxicomanies; Dr M. Mokbel, Programmes d'Aide alimentaire; Dr K.E. Mott, Lutte contre la Schistosomiase; Dr L. Savioli, Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles; Dr M. Simpson-Hébert, Hygiène du Milieu rural.

Enfin, le Comité d'experts a tenu à rendre hommage à la science et à l'expérience des nombreux professionnels de la santé et de l'éducation qui ont rédigé les documents de travail originaux:

Aarø L, Wold B. *Health behaviour in school-age children (HBSC): a WHO cross-national survey.*

Allensworth D. *The comprehensive school health programme: essential elements.*

Birrell-Weisen R, Lee J, Pellaux D. *Life-skills education as a component of a comprehensive school health programme.*

Baldo M. *HIV/AIDS, STD and school health.*

Brellocks C. *School health services in the United States: a 100-year tradition and a place for innovation.*

Bundy D. *School health research.*

Cohen S. *Injury and violence.*

Collins J. *School health research.*

- Collishaw N. *Do smoking prevention programmes in schools really work?*
- Cross D. *Health promotion for school personnel.*
- Ferguson J. *Resourcing the future: the economics of adolescent health.*
- Goh EP. *Programme implementation and monitoring of the Trim and Fit Programme (TAF): a case study from Singapore.*
- Hawes H. *Comprehensive health education: the concept and its implications.*
- Hendren RL. *Mental health.*
- Israel RC. *Priorities for school nutrition and food service programmes in developing countries.*
- Kamau E. *Health promotion for school personnel.*
- Kann L. *Surveillance activities for a national school health programme.*
- Kolstad H. *Using schools to shape communities.*
- Levinger B. *School and community projects.*
- Mokbel M. *School health and school feeding programmes.*
- Motarjemi Y, Käferstein FK. *Food safety in the school setting.*
- Mott K. *History of international school health initiatives.*
- Normand C. *Developing health promotion in schools: political, policy, and economic issues.*
- Nutbeam D. *Tobacco use.*
- Orley J. *Mental health.*
- Paulussen TGW. *School health research: practices and perspectives.*
- Philip L. *International movements, initiatives, and programmes that have provided opportunities in strengthening school health at international, regional, and local levels.*
- Rice M. *Reproductive health within the school setting.*
- Rosenburg M. *Health promotion for school personnel.*
- Rowling L. *A supportive school environment for meeting the psychosocial needs of young people.*
- Simpson-Hébert M. *Healthy school environments: water supply, sanitation, and hygiene education.*
- Smith P. *The role of nursing personnel in comprehensive school health programmes.*
- Williams JH. *Health promotion for school personnel.*
- Ziglio E, Rivett D, Rasmussen VB. *The European Network of Health Promoting Schools: managing, innovation and change.*

Le Comité d'experts a également remercié les fonctionnaires de l'OMS dont la liste suit pour leur aide à la préparation de la réunion:

Dr M. Al-Khateeb, Conseiller régional pour l'Éducation sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Égypte; Dr M.A.C. Dowling, Division de la Coopération intensifiée avec les Pays, OMS, Genève, Suisse; Dr T.K. Ng, Éducation sanitaire et Promotion de la Santé, OMS, Genève, Suisse; M.L. Sanwogou, Conseiller régional pour l'Éducation sanitaire, Bureau régional de

l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, Congo; Dr S.-H. Yu, Education sanitaire et Promotion de la Santé, OMS, Genève, Suisse.

Enfin, le Comité d'experts a tenu à exprimer ses vifs remerciements et sa gratitude particulière au Dr D.A.P. Bundy, Université d'Oxford, Oxford, Angleterre, des contributions importantes qu'il a apportées aux travaux de la réunion.

Bibliographie

1. *La situation des enfants dans le monde, 1995*. Oxford, Oxford University Press (pour l'UNICEF), 1995.
2. *World education report*. Paris, UNESCO, 1993.
3. *La situation des enfants dans le monde, 1988*. New York, Oxford University Press (pour l'UNICEF), 1988.
4. *Comité d'experts des services d'hygiène scolaire. Rapport sur la première session*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1951 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 30).
5. **Pollitt E.** *Malnutrition and infection in the classroom*. Paris, UNESCO, 1990.
6. **Levinger B.** *Nutrition, health and education for all*. Newton, MA, USA Education Development Center et Programme des Nations Unies pour le Développement, 1994.
7. **Hopkins D.** *Improving the quality of schooling*. Lewes, Angleterre, Falmer Press, 1987.
8. **Rutter M et al.** *Fifteen thousand hours*. Londres, Open Books, 1979.
9. **Sammons P, Hillman J, Mortimore P.** *Characteristics of effective schools*. Londres, OFSTED, 1994.
10. **Caldwell J.** Education and fertility: an expanded examination of the evidence. In: Kelly GP, Elliot CM, réd. *Women's education in the third world: comparative perspectives*. New York, SUNY Press, 1982.
11. **Das Gupta M.** Death clustering, mother's education and the determinants of child mortality in rural Punjab. *Population studies*, 1990, 44(3):489–505.
12. **Arya A, Devi R.** Influence of maternal literacy on the nutritional status of preschool children. *Indian journal of paediatrics*, 1991, 58:265–268.
13. **Gupta MC, et al.** Relation of childhood malnutrition to parental education and mother's nutrition related KAP. *Indian journal of paediatrics*, 1991, 58:269–274.
14. *Les soins de santé primaires. rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6–12 septembre 1978*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978.
15. *Education for all: purposes and content: roundtable themes I*. Paris, UNESCO, 1991.

16. **Stansfield SK, Smith GS, McGreevey WP.** Injury, In: Jamison DT, et al., éd. *Disease control priorities in developing countries*. New York, Oxford University Press (pour la Banque mondiale), 1993:609–633.
17. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Health promotion, 1986, 1(4):iii–v.*
18. **Fullan M, Miles M.** *Getting reform right: what works and what doesn't. Phi Delta Kappan*, 1992, 73(6):745–52.
19. *World demographic estimates and projections. 1995–2025*. New York, Nations Unies, 1988.
20. **Schwartz P.** *The art of the long view. The path to strategic insight for yourself and your company*. New York, Doubleday, 1991.
21. Mortalité attribuable au tabac: estimations et projections mondiales. *Tabac: alerte!*, 1991:4–5.
22. *Rapport sur le développement dans le monde, 1993. Investir dans la santé*. New York, Oxford University Press, 1993:33–34.
23. **Allensworth D, Kolbe L, réd.** The comprehensive school health programme: exploring an expanded concept. *Journal of school health*, 1987, 57:409–473.
24. **Rothman M et al.** *Is school health education cost effective? An exploratory analysis of selected exemplary components*. American journal of health promotion, (sous presse).
25. **Nelson G, Cross F, Kolbe L.** Evaluation of the teenage health teaching modules: overview. In: Ross JG, Nelson GD, Kolbe LJ, éd. A special insert: teenage health teaching modules evaluation. *Journal of school health*, 1991, 61(1):19–42.
26. **Tolsma D, Koplan J.** Health behaviours and health promotion. In: Last JH, Wallace R éd. *Public health and preventive medicine*, 13e éd. Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1992:709.
27. *School health: findings from evaluated programs*. Washington, DC. US Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1994.
28. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *Journal of school health*. 1994, 64:353–360.
29. **Perry C.** Expert review of school drug abuse education programs. *Journal of school health*, 1986, 56:359–363.
30. Guidelines for school health programs promote lifelong healthy eating. *Morbidity and mortality weekly report*, 1996, 45(RR.9):1–42.
31. **Kirby D et al.** School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public health reports*, 1994, 109:339–360.
32. Guidelines for school and community health programs promote physical activities among youths *Morbidity and mortality weekly report* (sous presse).
33. **Fasciano N, Devaney B.** *A study to design an evaluation of the effects of school-based health interventions on school performance: a review of the literature on school-based health interventions*. Princeton, NJ, Mathematical policy research, 1993.

34. Kolbe L et al. Appropriate functions of health education in schools: improving health and cognitive performance. In: Krasnegor N, Arasteh J, Cataldo M, réd. *Child health behavior: a behavioral pediatrics perspective*. New York, John Wiley and Sons, 1986.
35. Motarjemi Y, Käferstein FK. *Food safety in the school setting*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (document non publié, disponible sur demande au Programme sur la Salubrité des Aliments et l'Aide alimentaire, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
36. Zabin L et al. The Baltimore pregnancy prevention program for urban teenagers. *Family planning perspectives*, 1988, 20(4):182-192.
37. Kirby D. *School-based clinics: an emerging approach to improving adolescent health and addressing teenage pregnancy*. Washington, DC, Center for Population Options, 1985.
38. Dryfoos J. School-based social and health services for at-risk students. *Urban education*, 1991, 26(1):118-137.
39. Belcastro A, Gold R. Teacher stress and Burnout: implications for school health personnel. *Journal of school health*, 1983, 53(7):404-407.
40. Jamison J. Health education in schools: a survey of policy and implementation. *Health education journal*, 1993, 52(2):59-62.
41. Falck V, Kilcoyne M. A health promotion program for school. *Personnel journal of school health*, 1984, 54(7):239-243.
42. Passwater D et al. *Seaside health education conference: effects of the five-day teacher in-service conferences*. Salem, OR, Oregon Department of Education 1980.
43. Bishop N et al. The school district for health promotion. *Health values*, 1988, 12(2):41-45.
44. Grunseit A & Kippax S. Effects of sex education on young people's sexual behaviour, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié, disponible sur demande au Centre d'information de l'ONUSIDA, ONUSIDA, 1211 Genève 27, Suisse).
45. Dalin P. *How schools improve*. New York, Cassel, 1994.
46. *Action-oriented school health curriculum for primary schools*. Alexandrie, Egypte, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, pour la Méditerranée orientale, 1988.
47. *Comprehensive school health education: suggested guidelines for action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992 (document non publié WHO/UNESCO/UNICEF/92.2, disponible sur demande à la Division de la Promotion, de l'Education et de la Communication pour la santé, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
48. King AJC, Coles BJ. *The health of Canada's youth: views and behaviours of 11-, 13- and 15-year olds from 11 countries*. Ottawa, Santé et Bien-Etre social, Canada, 1992.
49. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhague, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, 1996 (Publications régionales de l'OMS, Série européenne No 69).

50. Loucks SF, Hall GE. Assessing and facilitating the implementation of innovations: a new approach. *Educational technology*, février 1977:18–21.
51. Hall GE et al. Levels of use of the innovation: a framework for analyzing innovation adoption. *Journal of teacher education*, 1975, 26(1):52–56.
52. Sandal V. Teacher empowerment in India: making schools “child-friendly”. *First call for children*, 1995 UNICEF:4.
53. *Health education strategies in South-East Asia. Report of an Intercountry Consultation on Health Education Strategies in South-East Asia in the context of Health for All by the Year 2000 and with special reference to the prevention and control of AIDS. New Delhi, 10–15 December 1990.* New Delhi, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Asie du Sud-Est, 1991.
54. *Mental health programmes in schools.* Alexandrie, Egypte, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, 1994.
55. *School health promotion in the Philippines: a case study.* Manille, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour le Pacifique occidental, 1995.
56. Mwashia ES. *The HESAWA School Health & Sanitation Package.* Mwanza, Tanzanie, Zonal HESAWHA Coordination Office (non daté).
57. *School sanitation and hygiene education in Latin America: summary report of a workshop on problems and options for improvement, Cali, Colombia, 22–27 March 1993,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié WHO/EOS/94.38, disponible sur demande à la Division du Soutien opérationnel à l'Hygiène du Milieu, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
58. *Hygiene education and environmental sanitation in schools in Viet Nam: the report of a project identification and formulation workshop, Hanoi, 8–10 June 1993,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (document non publié WHO/EOS/94.8, disponible sur demande à la Division du Soutien opérationnel à l'Hygiène du Milieu, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
59. *Hygiene education and environmental sanitation in schools in francophone West Africa: the report of an inter-country workshop to identify problems and options for improvement, EIER, Ouagadougou, 19–21 April 1994.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (document non publié WHO/EOS/94.56, disponible sur demande à la Division du Soutien opérationnel à l'Hygiène du Milieu, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
60. Friedman HL, Edström KG. *Aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents. Comment planifier la recherche sur les services de santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1983 (OMS, Publications Offset, N° 77).
61. *La santé des jeunes: un défi, un espoir.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994.
62. *Reproductive health care and the young adolescent.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié, disponible sur

- demande à la Division de la Santé et du Développement de l'Enfant, 1211 Genève 27, Suisse).
63. **Brellocks C.** *Ingredients for success: comprehensive school-based health centers.* New York, School Health Policy Initiative (Albert Einstein College of Medicine), 1995.
 64. *Progress in assessment of morbidity due to schistosomiasis: reviews of recent literature: Schistosoma heamatobium, Schistosoma intercalatum, Shistosoma japonicum, Shistosoma mansoni.* Londres, Bureau of Hygiene and Tropical Diseases, 1989.
 65. *Fiches modèles OMS d'information à l'usage des prescripteurs: médicaments utilisés en parasitologie, 2ème éd.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.
 66. *Informal Consultation on Intestinal Helminth Infections, Geneva, 9-12 July 1990.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1990 (document non publié WHO/CDS/IP/90.1, disponible sur demande à la Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles-Surveillance et Lutte, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
 67. *Lutte contre la schistosomiase. Deuxième rapport du Comité OMS d'experts.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 830).
 68. *Meeting between the World Health Organization and the Partnership for Child Development/jointly organized by the Division of Communicable Diseases, Programme of Parasitic Infections and the WHO Collaborating Centre for the Epidemiology of Intestinal Parasitic Infections, Geneva, 7-8 December 1993.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (document non publié WHO/CDS/IP/94.1, disponible sur demande auprès de la Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles, Surveillance et Lutte, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
 69. *Lutte contre les trématodoses d'origines alimentaire. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 849).
 70. **Bundy DAP et al.** Control of geohelminths by delivery of targeted chemotherapy through schools. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1990, **84**:115-120.
 71. **Watanabe K et al.** Japan: perspectives in school health. *Journal of school health*, 1990, **60**(7):330-336.
 72. **Ivanovic D et al.** Nutrition and education III, Educational, achievement and nutrient, intake of Chilean elementary and high school graduates. *Archivos Latinamericanos de nutrición*, 1992, **42**:9-14.
 73. **Powell C, Grantham-McGregor S, Elson M.** An evaluation of giving the Jamaican government school meal to a class of children. *Human nutrition clinical nutrition*, 1983, **37c**:381-388.
 74. **Devadas RP, Kupputhail U, Dhanalaskshmi M.** Evaluation of the school lunch programme in four selected primary schools in Coimbatore city. *The Indian journal of nutrition and dietetics*, 1978, **15**:144-148.

75. **Levinger B.** *School feeding programs in developing countries: an analysis of actual and potential impact.* Washington, DC, USAID, 1986.
76. **Williams T, Moon A, Williams M.** *Alimentation, environnement et santé: le livre du maître d'école.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992.
77. **Hendren R, Birrell Weisen R, Orley J.** *Mental health programmes in schools.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994, (document non publié WHO/NMH/PSF/93.3, disponible sur demande à la Division de la Santé mentale et de la Prévention des Toxicomanies, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
78. **Olweus D.** Victimization among schoolchildren: intervention and prevention. In Albee GW, Bond LA, Monsey TVC éd. *Improving children's lives: global perspectives on prevention.* Newbury Park, CA, SAGE Publications, 1992:275–295.
79. **Mubbasher MH et al.** Promotion of mental health through school health programmes. *Eastern Mediterranean Region health service journal*, 1989, 6:14–19.
80. *Health education syllabus for secondary schools in Uganda.* Ministères, Kampala, Ministères ougandais de la Santé et de l'Éducation (non daté).
81. **Sloan R et al.** *Investing in employee health: a guide to effective health promotion in the workplace.* San Francisco CA, Jossey-Bass, 1987.
82. **Parkinson R.** *Managing health promotion in the workplace.* Palo Aeto, CA, Mayfield Publishing, 1982.
83. **Milz H.** Approaches to holistic health promotion at the workplace. *Health promotion*, 1986, 1(3): 373–384.
84. **Ballard J et al.** School worksite health promotion: an interdependent process. *Journal of health education*, 1991, 22(2):111–115.
85. **Blair S et al.** Worksite health promotion for school faculty and staff. *Journal of school health*, 1987, 57(10):469–473.
86. **Allensworth D, Wolford C.** Schools as agents for achieving the 1990 Health Objectives for the Nation. *Health education quartily*, 1988, 15(1):4–15.
87. **Futrell M.** Teacher support for comprehensive school health education. *Hygie*, 1992, 11:37–39.
88. **Dhillon H et al.** Health in education for All: enabling school-age children and adults for healthy living. *Hygie*, 1992, 11:17–27.
89. OMS/UNICEF/UNESCO. School health education experiences throughout the world. *Hygie*, 1992, 11:53–64.
90. **el Katsha S, Watts SJ.** School-based summer club.: Venues for health education using a partnership model in Egypt. *Promotion and education*, 1994, 1(2):24–28.
91. **Connell DB, Turner RR, Mason EF.** Summary of findings of the school health education evaluation: health promotion effectiveness, implementation, and costs. *Journal of school health*, 1985, 55(8):316–321.

92. Ross JG, Nelson GD, Kolbe LJ, réd. A special insert: Teenage Health Teaching Modules evaluation. *Journal of school health*, 1991, 61(1):19-42.
93. Igoe JB. Healthier children through empowerment. In Wilson-Barnett J, Clark M, réd. *Research in health promotion and nursing*. Basingstoke, Angleterre, Macmillan, 1993.
94. Marx E, Northrop D. *Educating for health: a guide to implementing a comprehensive approach to school health education*. Newton, MA, Education Development Center, 1995.
95. Hurrelmann K, Leppin A, Nordlohne E. Promoting health in schools: the German example. *Health promotion international*, 1995, 10(2):126.
96. Moulton J. *Interactive radio-instruction: broadening the definition. Learn Tech Case Study Series No.1*. Newton, MA, Education Development Center, 1994.
97. Fryer ML. Health education through interactive radio: a child-to-child project in bolivia. *Health education quarterly*, 1991, 18(1):65-77.
98. Pate RR et al. Physical education and its role in school health promotion. *Journal of school health*, 1987, 57:445-450.
99. Parcel GS et al. School promotion of healthful diet and physical activity: impact on learning outcomes and self-reported behavior. *Health education quarterly*, 1989, 16(2):181-199.
100. Davis TM, Allensworth DD. Program management: a necessary component for the comprehensive school health program. *Journal of school health*, 1994, 64(10):400-404.
101. *Injury prevention: meeting the challenge*. New York, Oxford University Press, 1989.
102. Marthaler TM et al. Caries prevalence in Switzerland. *International dental journal*, 1994, 44:393-401.
103. Dryfoos J. *Adolescents at risk*. New York, Oxford University Press, 1990.
104. Rowe DE. Healthful school living: environmental health in the school. In: Allensworth DD, Kolbe LJ, réd. The comprehensive school health programme: exploring and expanded concept. *Journal of school health*, 1987, 57(10):426-431.
105. Nkinyangi JA, Van der Vynckt S. *Child health, nutrition and educational participation*. Paris, UNESCO, 1995.
106. Schultz EW, Glass RM, Kamholz JD. School climate: psychological health and well-being in school. In Allensworth DD, Kolbe LJ, réd. The comprehensive school health programme: exploring and expanded Concept. *Journal of school health*, 1987, 57(10):432-436.
107. Hoy WK, Tarter J, Kottkamp B. *Open schools — healthy schools: measuring organizational climate*. Newbury Park, CA, SAGE Publications, 1991.
108. Wieberdink EAM, réd. *Health education in Europe*. Utrecht, Pays-Bas, centre hollandais pour la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, 1988.

109. **Peters LWH, Paulussen TGW.** *School health: A review of the effectiveness fo health education and health promotion.* Utrecht, Pays-Bas, Centre hollandais pour la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation sanitaire et Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe 1994.
110. **Cortese P, Middleton K, réd.** *The comprehensive school health challenge,* Vols 1 & 2. Santa Cruz, CA, ETR Associates, 1994.
111. **Rogers EM.** *Diffusion of innovations,* 3e éd New York, Free Press, 1983.
112. **House ER.** Technology versus craft: a ten-year perspective on innovation. *Journal of curriculum studies,* 1979, 11(1):1–15.
113. **House ER.** *The politics of educational innovation.* Berkeley, CA, McCutchan, 1974.
114. **Fullan MG.** *The new Meaning of educational change.* New York, Teachers College Press, 1991.
115. *Mesure des modifications de l'état nutritionnel. Guide pour la mesure de l'impact nutritionnel des programmes d'alimentation pour les groupes vulnérables.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1983.
116. **Beaton G et al.** *Appropriate uses of anthropometric indices in children: a report based on an ACC/SCN workshop.* Genève, Comité administratif de coordination de l'ONU, Sous-comité de la nutrition, 1990 (Nutrition Policy Discussion Paper, No. 7).
117. *Monitoring education-fo-all goals: focusing on learning achievement. Progress report (september 1992–March 1994).* Paris, UNICEF 1994.
118. **Ajzen I, Fishbein M.** *Understanding attitudes and predicting social behaviour.* Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1980.
119. **Slaby RG, Wilson-Brewer R, De Vos E.** *Aggressors, victims & bystanders: an assessment-based middle school violence prevention curriculum. Final report of grant # R494CCR103559 funded by the US Centers for Disease Control and Prevention.* Newton, MA, Education Development Center, 1994.
120. **Nutbeam D, Aarø L, Wold B.** Le concept de mode de vie et l'éducation sanitaire chez les jeunes. Résultats d'une enquête internationale menée par l'OMS. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales,* 1991, 44:55–61 (en anglais, résumé en français).
121. *Teenage health teaching modules.* Newton, MA, Education Development Center, 1979–95.
122. *Life skills education in schools: introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (document non publié WHO/MNH/PSF/93.7, disponible sur demande à la Division de la Santé mentale et de la Prévention des Toxicomanies, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

123. **Manciaux M, Romer CJ, réd.** *Les accidents de l'enfance et de l'adolescence. La place de la recherche.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1988.
124. *School health policies and programmes study (SHPPS). Questionnaires.* Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1994.
125. **Sand EA.** Facteurs psychosociaux en cause dans l'enfance et l'adolescence. In: Manciaux M, Romer CJ., réd. *Les accidents de l'enfance et de l'adolescence.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1988:105-117.
126. **Wilson M et al.** *Saving children a guide to injury prevention.* New York, Oxford University Press, 1991.
127. **Rihani M.** *Learning for the 21st century: strategies for female education in the Middle East North Africa.* Amman, Jordanie, UNICEF (Bureau régional pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord), 1993.
128. **Chironga L, Manji F.** Dental caries in 12-year-old urban and rural children in Zimbabwe. *Community dentistry and oral epidemiology*, 1989, 7:31-33.
129. **Armstrong JR, Campbell H.** Indoor air pollution exposure and lower respiratory infections in young Gambian children. *International journal of epidemiology*, 1991, 20:424-429.
130. **Okonofua FE et al.** Influence of socio-economic factors on the treatment and prevention of malaria in pregnant and non-pregnant girls in Nigeria. *Journal of tropical medicine and hygiene*, 1992, 95:309-315.
131. **Gupta MC, Hom K.** *Evaluation of the PL 480 Title II School Feeding Programme in India.* Washington, DC USAID, 1987.
132. *A UNICEF guide for monitoring and evaluation. Making a difference?* New York UNICEF, 1991.
133. **Heller R.** School-based clinics: impact on teenage pregnancy prevention. *Pediatric nursing*, 1988, 14(2):103-106.
134. *Description of programmes.* Oxford, Partnership for Child Development, 1994.
135. *The Bamako initiative: rebuilding health systems.* New York, UNICEF, 1995.
136. **Miles MB.** *Research findings on the stages of school improvement.* New York, Center for Policy Research, 1986.
137. **Mortimore P.** School effectiveness research: which way at the crossroads? *School effectiveness and school improvement*, 1991, 2(3):213-229.
138. **Hopp JW.** A perspective on international school health education research. *Journal of school health*, 1990, 60(7):379-382.