

**Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie**

Année Universitaire 2010 – 2011

N° ____/

Thèse**Evaluation de la perception et des connaissances des élèves et enseignants vis-à-vis de la santé scolaire à Bamako.**

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2011 devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par : M. Mamadou SANGARE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Jury

Président: Pr Soukalo DAO

Membres : Docteur Issa DIALLO

Docteur Djimé DEMBELE

Directeur: Pr Mamadou KONE



Dédicaces

CHU du Point-G

DEDICACES

Je remercie **DIEU**, le tout miséricordieux de m'avoir donné la santé physique et intellectuelle pour venir à bout de ce travail.

Je dédie ce travail :

A mon père **ABOU SANGARE**

Tu m'as donné une bonne éducation et m'as inscrit à l'école, si je suis là aujourd'hui c'est grâce à tes efforts de tous les jours, tes encouragements, ton soutien moral et financier qui n'ont jamais fait défaut. Père je ne saurais assez te remercier, ce travail est le vôtre.

A ma mère **ADIARA SANGARE**

Une mère exemplaire tu l'es, tu as supporté à un moment toutes mes caprices, ma réussite d'aujourd'hui est due en grande partie à l'éducation et aux conseils que tu as su me prodiguer. Mère, je suis fier de t'avoir comme maman, je prie Dieu pour qu'il vous donne longue vie afin que nous puissions d'avantage bénéficier de tes conseils.

A mes sœurs et frères : **Seydou, Oumar, Djénéba, Bintou, Awa et Amidou**

Vous avez montré par vos actes et vos soutiens moraux que le lien de sang ne ment pas et que nous sommes une famille soudée. La réussite de ce travail vous revient.



Remerciements

REMERCIEMENTS

Gloire et louange à DIEU, l'éternel.

Mes remerciements sincères vont à l'endroit de :

La famille Diakité à Bamako-coura :

Ma réussite à la FMPOS a été possible grâce à l'accueil que vous m'avez accordé, je ne me suis jamais senti étranger chez vous, votre encouragement et votre soutien ne m'ont jamais fait défaut. Vous êtes un exemple parfait de cohésion familiale, que Dieu fasse régner la paix et la prospérité au sein de la famille. Recevez ici mes remerciements les plus sincères qui soient.

Mes tontons et Tantes : Siaka, Amadou et Sitan Kéita

Je vous remercie pour tous ce que vous avez faits pour moi, vos encouragements et vos soutiens n'ont jamais fait défaut. Vous m'avez assisté durant toute ma scolarité en m'aidant à faire les bons choix. Cette réussite est la vôtre. Trouvez ici mes sincères remerciements.

Mes frères, sœurs, cousins et cousines

Votre soutien ne m'a jamais fait défaut.

Que nos liens fraternels se resserrent d'avantage avec la bénédiction de DIEU et de nos parents.

A mon cousin Mahamadou, tu m'as soutenu durant toute ma scolarité sur tous les plans. Je ne l'oublierais jamais et que Dieu t'assiste dans toutes tes entreprises. Merci pour toujours.

Aux personnels du service

Aux personnels du cabinet BATOU : Professeur SANOGO, Madame SANOGO, Docteur Salif, Dr A.SANGARE, Docteur Malle, Docteur YATTARA, Alassane DEMBELE, Djénéba SANGARE, Pierre DAOU, Harouna SANOGO, etc....

Aux personnels du C.M.KARAHIMBE, notamment Docteur DEMBELE, Docteur MALLE, Docteur CISSE et tous les autres, chers collègues, les mots me manquent je ne sais comment vous remercier en dehors des connaissances médicales, j'ai appris beaucoup sur le plan social. Votre simplicité m'a facilité la réalisation de ce travail. C'est le moment de vous dire merci pour votre collaboration sereine et votre bon esprit d'équipe.

Tous mes amis et collègues en thèse ou déjà Médecin :

De peur de ne pas en omettre, je me suis sciemment gardé de citer des noms. Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous bon succès et courage.

Le corps professoral de la Faculté de Médecine de Pharmacie et

D'Odontostomatologie

Pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu de vous. Toute ma gratitude.

Tous ceux qui m'ont aidé dans ma vie d'une façon ou d'une autre, ne serait-ce qu'un instant ; Toute ma reconnaissance.



Hommages

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury

Professeur Soukalo DAO

Maitre de conférences de maladies infectieuses

Praticien hospitalier au CHU du point G

Responsable des cours de maladies infectieuses à la FMPOS.

Enseignant chercheur au programme de recherche et de formation VIH/TB (SEREFO).

Cher maître,

Nous avons admiré vos qualités scientifiques et humaines tout au long de ce travail. Nous avons été séduits par votre qualité d'accueil et d'encadrement.

Homme de principe, votre rigueur scientifique fait de vous un maître exemplaire et reconnu de tous.

Votre souci du travail bien fait nous a amené à croire en nos propres capacités. Nous vous prions d'accepter ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Docteur Issa DIALLO

- **Ancien conseiller gouvernemental local de l'ONG « les voix du Mali » Projet de plaidoyer pour la lutte contre le paludisme.**
- **Trésorier général du Collège Malien de la Réflexion sur la Médecine du Sport.**
- **Professeur d'état de karaté do-shotokan.**
- **Membre fondateur et 1^{er} président du comité universitaire pour la coordination des Arts martiaux à la faculté de médecine (CUCAM/ FMPOS).**
- **Candidat Master Santé Publique.**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines et pédagogiques, votre rigueur et votre sens élevé des responsabilités font de vous un maître exemplaire.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre grand respect.

A notre maître et juge :
Dr. Djimé DEMBELE
Médecin généraliste
Médecin chef du centre médical Karahimbé

Cher maître,

Nous avons été honorés que vous acceptiez de juger ce travail. Votre humilité, votre grande disponibilité et votre dévouement imposent respect et admiration.

Vous nous avez toujours cultivé le travail bien fait, la patience et la sincérité.

Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Mamadou KONE

Professeur titulaire dans l'enseignement de la physiologie

Directeur général adjoint du CNOU

Médecin du sport

**Membre du comité scientifique international de la revue française de médecine du sport
(Med sport)**

Membre du groupement latin et méditerranéen de médecine du sport.

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse, pour la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant ce sujet et pour votre aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

Votre pédagogie pour transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous l'un des maîtres les plus appréciés de cette faculté.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect.



SOMMAIRE

Table DES MATIERES

1. INTRODUCTION	16
2. GENERALITES :	21
2.1. Santé scolaire au Mali	22
3. METHODOLOGIE :	25
3.1. Cadre d'étude :	25
3.2. Description du cadre d'étude:.....	25
3.3. Type et période d'étude:	25
3.4. Population d'étude :	25
3.5. Echantillon :.....	25
3.6. Technique et supports de collecte des données :	26
3.7. VARIABLES :	26
3.8. ASPECTS ETHIQUES :	26
3.9. DIAGRAMME DE GANTT OU CHRONOGRAMME :.....	27
4. RESULTATS	29
5. Discussion :	41
5.1. Élève :.....	41
5.2. Enseignants :.....	43
6. Conclusions.....	48
7. Recommandations.....	50
8. Références bibliographiques	53
9. ANNEXES :.....	56



SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles et abréviations :

A.I : Aucune idée

C.H.S : conseil d'hygiène et de santé

CSCOM : Centre de santé communautaire.

CSREF : Centre de santé de référence.

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

FRESH : Focusing resources for an effective school health.

OMS: Organisation mondiale de la santé.

JNV : Journée nationale de vaccination.

PRODEC : Programme décennal pour le développement de l'éducation.

S.I : sensibilisation et information

UNESCO : Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture.

UNICEF : Organisation des nations unies pour l'enfance.



Introduction

1. INTRODUCTION

L'école a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Elle participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'école sert à la formation des futurs cadres pour le pays. Pour se développer de manière stable et harmonieuse, les cadres doivent être sains tant physiquement que mentalement. La bonne santé à l'école est forcément liée à la présence de ressources humaines qualifiées et disponibles, de bonnes infrastructures sanitaires et surtout d'une bonne organisation du système et de la prise en charge des patients. C'est pourquoi la prise en compte de la santé des élèves ne peut-être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller à leur bien être, de contribuer à leur réussite scolaire et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective [17]. Le bas niveau des effectifs, l'absentéisme, la médiocrité des résultats et les abandons en début d'études sont dus pour une large part à la mauvaise santé et à la malnutrition. **La Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous** l'a mis en évidence. Des programmes visant à assurer de bonnes conditions de santé, d'hygiène et de nutrition aux enfants d'âge scolaire sont donc indispensables si l'on veut promouvoir l'éducation de base pour tous [11].

Etant donné l'incapacité des enfants à apprendre lorsqu'ils ont faim ou lorsqu'ils sont malades, la promotion de l'état général de santé, d'hygiène et de nutrition des enfants doit être l'affaire de la politique scolaire. Mais de bonnes politiques de santé scolaire devraient aussi assurer un environnement physique sain et sûr et un environnement psychosocial positif, et devraient traiter des problèmes tels que les mauvais traitements ; la discrimination et le harcèlement ; l'abus de drogues, d'alcool et de tabac ; la violence et l'intimidation ; la prestation d'une éducation à la santé et de tous les aspects des services de santé scolaire. En garantissant par exemple la continuité de l'éducation des jeunes filles enceintes ou ayant des enfants à charge ou en défendant les droits des élèves ou du personnel enseignant, affectés par le VIH, les politiques peuvent contribuer à promouvoir l'inclusion et l'équité dans l'environnement scolaire. Les politiques scolaires de régulation du comportement des enseignants et des élèves en matière de santé, constituent des moyens importants de renforcement de l'éducation à la santé : en s'abstenant de fumer à l'école, par exemple, les enseignants peuvent servir de modèles positifs à leurs élèves. Les efforts pour accroître le taux d'accès à l'éducation ou pour améliorer la fréquentation et réduire, les abandons scolaires, pourraient manquer de produire les résultats escomptés à moins que les écoles n'élaborent et n'appliquent des politiques de santé qui garantissent un environnement scolaire sain, propre, qui offre des chances égales d'éducation. Cela est particulièrement valable pour les efforts en direction des filles et autres groupes défavorisés.

Pour plusieurs raisons, les écoles devraient offrir ou orienter les élèves vers les services de santé et de nutrition de base: d'abord, bien sûr, à cause de l'effet négatif d'une mauvaise santé et une mauvaise nutrition sur les résultats scolaires, mais aussi parce les écoles sont dans une certaine mesure éminemment qualifiées pour offrir ces services.

Les écoles offrent un accès sans égal au groupe cible, elles sont dotées du personnel qualifié et ont tendance à être des endroits où la communauté dans son ensemble se retrouve.

Heureusement, l'expérience des années récentes a montré comment cela est possible par des manières sûres et rentables.

D'abord, les écoles doivent faire face aux problèmes qui prévalent et qui sont considérés comme importants par la communauté. Ensuite, elles doivent faire appel à d'autres secteurs (comme la santé et l'assainissement) et à des partenaires de la communauté (dont les entreprises et les organisations de la société civile) qui peuvent contribuer par leur expertise et par leurs ressources. Enfin, elles doivent adopter et suivre un protocole (normal) standard pour assurer que les services produisent les effets escomptés.

Alors que les répercussions positives de l'éducation se manifestent plusieurs années après, les impacts positifs de l'amélioration de la santé des enfants sont immédiatement apparents aux parents et aux autres membres de la communauté. Partout où les écoles sont perçues comme ayant un rôle prépondérant dans la protection de la santé et du bien-être des enfants, les familles et les membres de la communauté vont collaborer. [20]

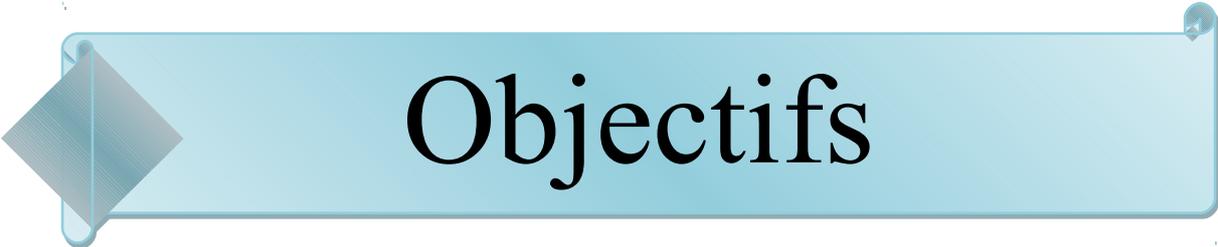
La politique nationale de santé à l'école découle des conclusions de la conférence mondiale sur l'éducation à Dakar en avril 2000. A cette conférence les états ont décidé d'articuler leurs interventions en matière de santé à l'école autour du concept FRESH (Focusing resources for an effective school health) qui signifie (accorder la priorité à un programme efficace de santé à l'école). Cette initiative a été accompagnée par la Banque mondiale, l'OMS, l'UNESCO, et l'UNICEF.

Pour mettre en œuvre les recommandations de cette conférence le ministère de l'éducation nationale a inscrit dans son programme décennal pour le développement de l'éducation (PRODEC), le volet santé à l'école et qui est considéré comme l'un des éléments d'amélioration de la qualité de l'apprentissage et du taux de fréquentation dont l'objectif était d'améliorer la qualité de l'apprentissage et du rendement des élèves par l'acquisition de comportements sains en matière de santé, d'hygiène, de nutrition, d'éducation à la vie familiale et de la santé reproductive, en mettant un accent particulier sur la lutte contre le VIH/SIDA, le trachome, le paludisme, la bilharziose, afin de promouvoir l'éducation de base pour tous [13].

Une étude réalisée à Sfax (Tunisie) en 2004, sur les attentes des élèves vis-à-vis des services de santé scolaire a montré que 54% étaient insatisfaits des services de santé scolaire offerts. Leurs attentes concernaient surtout la disponibilité du médecin, la qualité du contact à savoir l'écoute (85%), le dialogue (82%), la compréhension des vrais problèmes (82%) mais aussi la concertation (61%) et l'information (51%) en cas de problèmes de santé et la qualité de l'accueil (50%) [1].

Au Mali la plupart des études ont porté sur le tabagisme scolaire, les connaissances et comportements sexuels des élèves vis-à-vis du VIH/SIDA, des thèmes d'hygiène et de nutrition, etc. En ne tenant pas en compte la santé scolaire dans sa globalité définie par l'OMS comme suit : la santé scolaire comporte trois axes complémentaires que sont les services de santé scolaires, l'éducation pour la santé et l'environnement scolaire.

C'est dans ce cadre que nous avons initié cette étude dont les objectifs sont :



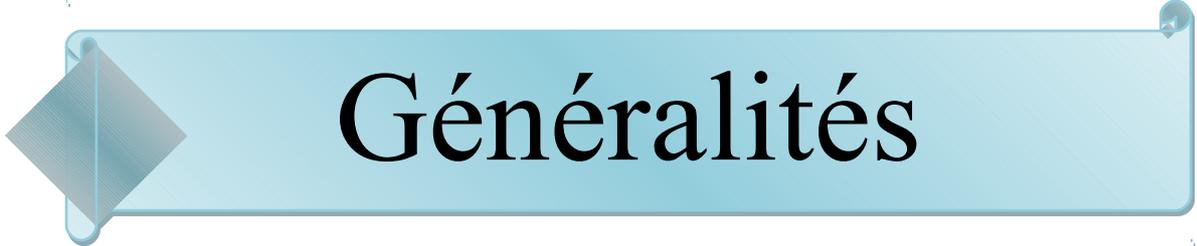
Objectifs

Objectif général :

Evaluer les connaissances et des pratiques de santé scolaires au sein des établissements scolaires.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la qualité de soins des services de santé scolaires à savoir l'accueil, la disponibilité, l'accessibilité, etc...
- Identifier les types de collaboration entre les agents de santé et les enseignants.
- Déterminer les connaissances et les attitudes des élèves en matière de santé, d'hygiène, de nutrition et d'assainissement.



Généralités

2. GENERALITES :

La situation de la santé continue à être précaire dans les pays en voie de développement. C'est pour cette raison que l'OMS de par sa vocation a entrepris diverses actions mondiales pour promouvoir la santé. Parmi celles-ci s'insère l'initiative mondiale de la santé à l'école. Cette initiative découle de la conjugaison de plusieurs facteurs qui sont entre autres : La fragilité et la vulnérabilité des élèves aux maladies infectieuses en général et celles liées à l'eau et à l'assainissement. Le sida constitue de nos jours la plus grande menace pour la jeunesse.

Le fait que les écoles soient des cadres propices pour promouvoir la santé des enfants et de leurs communautés dans la mesure où :

- Les enfants sont plus ouverts aux nouvelles idées que les adultes, transmettent leurs connaissances et leurs expériences aux autres membres de la communauté.
- Les écoliers sont plus facilement accessibles à travers les établissements scolaires.
- Des enseignants peuvent dans un cadre d'apprentissage, apporter des appuis nécessaires.

L'initiative de l'OMS pour la santé à l'école a débuté vers 1950 avec la définition des bases théoriques d'une action mondiale concertée sur les services de santé scolaires [17].

En 1956 l'OMS et l'UNESCO ont publiés le document « Helping a billion children to learn about health » suite à une consultation internationale sur l'apprentissage de la santé [13].

Depuis 1986 et suite à la charte d'OTTAWA, l'OMS encourage la participation de tous les secteurs de développement dans la promotion de la santé.

Promouvoir la santé, c'est donner à tous les secteurs davantage de maîtrise et de moyens afin d'améliorer leur propre état de santé. Ce principe a été à la base de l'élaboration et de la mise en œuvre par l'OMS de ce qui est désormais appelé « Initiative mondiale de la santé ». L'un des objectifs de cette initiative est la création des « écoles-santé ». Cette initiative fait de l'école, un cadre idéal permettant à l'enfant d'acquérir des connaissances relatives à l'hygiène, à l'assainissement et à la santé. Elle permet aussi de susciter chez l'enfant l'émergence de comportement et d'attitudes pratiques favorisant l'amélioration de son état de santé d'une part et des communautés d'autre part. La santé scolaire se confond avec la santé en général. En effet des études ont démontré qu'il existe un lien entre la santé, les résultats scolaires, la qualité de la vie et la productivité économique. La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel, une importante dimension de la qualité de vie. [17]

La santé scolaire est une composante de la santé communautaire, peut être son premier maillon.

En 1991 le contenu d'une éducation sanitaire complète en milieu scolaire et les mesures à prendre sont définis pour renforcer la mise en place de la santé scolaire, en 1995 la réunion du comité d'experts sur l'éducation parachève ces dispositifs en matière de santé scolaire [15].

Suite au lancement de l'Initiative mondiale de la santé, les actions suivantes ont été réalisées : En 1995 : l'atelier de Ouagadougou sur l'hygiène en milieu scolaire et l'atelier à Gaborone dans le but de constituer le réseau « Ecole-Santé »

En 1996, la consultation de cap Town en faveur de Task-Force chargé du premier réseau formé à Gaborone.

En 1998 : l'atelier d'ACCRA pour des échanges d'expériences en matière « d'Ecole-Santé »

En 1999 : Mise en place du réseau anglophone d'Ecole-Santé suite à l'atelier de Nyanga (juillet) et la mise en place du réseau francophone et lusophone d'Ecole-Santé suite à l'atelier de Bamako (septembre) [14,15]

L'initiative de l'OMS a été renforcée par la déclaration du sommet mondial pour les enfants en recommandant vivement aux pays en voie de développement, entre autres l'élaboration de plan d'action pour promouvoir la santé scolaire.

Selon l'OMS, les devoirs d'une Ecole-Santé sont :

- Améliorer la santé des élèves, du personnel scolaire ainsi que celle des familles et des membres de la communauté.
- Promouvoir la santé et l'apprentissage avec tous les moyens disponibles.
- Inviter tous les partenaires à joindre leurs efforts pour que l'école devienne un lieu propice au développement de la santé.
- Offrir un environnement sain, une éducation sanitaire et des services de santé scolaires.
- Appliquer des principes et des pratiques qui respectent la fierté humaine.

L'OMS préconise la stratégie suivante pour la création des Ecole-Santés :

- Renforcer l'aptitude à se mobiliser en faveur de l'amélioration des programmes de santé scolaire ;
- Mettre en place des réseaux d'alliances par la création d'Ecole-Santé ;
- Renforcer les capacités nationales ;
- Favoriser les études sur l'amélioration des programmes de santé scolaire. [16]

2.1. Santé scolaire au Mali

2.1.1. Pendant la colonisation :

Il existait une politique de santé scolaire destinée aux enfants scolarisés en cas d'épidémie.

Le service médical des écoles a été créé au cours des années 1955-1956 et a pleinement fonctionné à partir de 1957. Il avait pour objectifs de :

- Visiter et de traiter les élèves internes des établissements du second degré de Bamako, des élèves atteints d'affections ne nécessitant pas d'hospitalisation.
- Procéder aux visites, vaccinations et enquêtes par le règlement dans toutes les écoles du premier et du second degré de la commune de Bamako et à l'intérieur du territoire.
- Etudier l'incidence des grandes endémies tropicales sur les écoles, en procédant à des enquêtes épidémiologiques.

L'activité médicale portait sur l'hygiène des locaux (salles de classe, dortoir, installations sanitaires, mobilier scolaire) et celle des élèves (propreté, nourriture abondante et bien

préparée, pratique correcte et régulière de l'éducation physique) et la surveillance médicale de l'écolier (dépistages de maladies, examens médicaux, soins médicaux et vaccinations) [19].

2.1.2. De l'indépendance à 2000 :

La santé scolaire a été renforcée comme étant une priorité nationale, ainsi, le premier séminaire de la santé publique tenue en 1964 déclara que :

L'éducation sanitaire à l'école doit être efficace, méthodique, continue pour donner des résultats permanents ;

L'écolier doit acquérir un certain nombre de connaissances sur la santé : description du corps humain et de son fonctionnement, l'hygiène individuelle et collective, ainsi que les principales maladies et les moyens pour les lutter et les prévenir ;

En même temps que ces connaissances, l'écolier doit acquérir un comportement nouveau c'est-à-dire les habitudes de santé. On crée ainsi une « mentalité de santé » : l'enfant ne restera plus passif devant la maladie ni les fautes d'hygiène collective.

L'écolier est l'élément le plus apte à accepter les idées nouvelles concernant la santé, à les comprendre, à les répandre autour de lui.

La politique a été soutenue par la mise en place d'une inspection médico-scolaire au niveau national et par des infirmeries au niveau des écoles [13].

2.1.3. De 2000 à nos jours

la politique nationale de santé scolaire découle des conclusions de la conférence mondiale de l'éducation tenue à Dakar en avril 2000 dont les interventions sont basées autour du concept FRESH (Focusing resources for an effective school health).

Pour mener à bien les recommandations de la conférence mondiale de l'éducation tenue à Dakar en Avril 2000, le ministère de la santé a pris la Décision n°00-0299 portant création d'un groupe de travail sur la santé scolaire en juin 2000. C'est ainsi que dans son article 2 la décision précise que le groupe est chargé d'évaluer la situation actuelle des services de santé scolaire et d'élaborer le programme national de santé scolaire 2000-2002 avec le plan d'action pour la 1^{ère} année du programme.

Le Décret n° 01-219/P-RM du 24 mai 2001 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement de la direction nationale de la santé, dans son article 8 (division : prévention et lutte contre la maladie est chargée de promouvoir les actions relatives à la santé des travailleurs, des enfants scolarisés, des sportifs et des prisonniers).

Le Décret n° 02 311/P-RM du 04 juin 2002 fixe le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les établissements publics de santé du Mali, dans son article 3 les examens sont gratuits pour les enfants de 0-14 ans et les élèves et étudiants.

La loi 02-049/AN-RM portant loi d'orientation sur la santé du 22 juillet 2002, dans son article 38 :un programme de santé scolaire est élaboré d'un accord commun entre le ministère de la santé et celui de l'éducation. Il doit faire l'objet d'une réactualisation au moins une fois tous les cinq ans. Il doit permettre à tout enfant de disposer du niveau minimum de connaissance lui permettant d'adopter des conduites appropriées dans sa vie personnelle, au sein de sa famille et vis-à-vis de son entourage.



Méthodologie

3. METHODOLOGIE :

3.1. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans les établissements suivants : le lycée Askia Mohamed, le lycée El Madani Dravé et l'école fondamentale Jean Richard.

3.2. Description du cadre d'étude:

Le lycée Askia Mohamed est situé au centre commercial en face du ministère de la défense et des anciens combattants dans la commune III. Il fut créé en 1915 et compte dans l'année scolaire 2009-2010 un effectif de 2452 élèves, 108 professeurs, un proviseur, un censeur et un surveillant. Le lycée est composé de 46 salles de classes, un provisorat, un censorat, une salle de surveillance, 12 toilettes, une infirmerie, mais il n'y a pas de cantine scolaire. Le lycée Askia Mohamed est une structure scolaire publique.

Le lycée El Madani Dravé est situé près de l'église Saint Thérèse de Lafiabougou et du centre de santé de référence de la commune IV. Le lycée a été créé en 1997 et compte un effectif de 1400 élèves, 35 professeurs, un proviseur, un censeur, un surveillant et une infirmière. On y compte également 24 salles de classes, un provisorat, un censorat, une salle de surveillance, une infirmerie, quatre toilettes et une cantine. Le lycée El Madani Dravé est une structure scolaire privée.

L'école Jean Richard est située au centre commercial à l'ouest de l'école française Liberté et à l'est du musée national dans la commune III. L'école fut créée en octobre 1965 et compte actuellement un effectif de 466 élèves, 14 professeurs et un directeur. L'école a 7 salles de classes, une direction, trois toilettes mais elle ne possède ni infirmerie, ni cantine. C'est une structure scolaire publique.

3.3. Type et période d'étude:

IL s'agit d'une étude transversale, descriptive qui s'est déroulée du 05 avril 2010 au 20 mai 2010

3.4. Population d'étude :

L'étude a porté sur les élèves de l'enseignement fondamental et secondaire, leurs enseignants et le personnel soignant.

3.5. Echantillon :

Pour construire un échantillon qui soit représentatif, on procède soit par un tirage aléatoire, soit par un contrôle de certains critères. Dans cette étude l'échantillonnage au hasard simple est la méthode que nous avons utilisée pour le choix de notre échantillon étant donné qu'il est celui par lequel tous les échantillons possibles (de même taille) ont la même probabilité d'être choisis et tous les éléments de la même population ont une chance égale de faire partie de l'échantillon. Ne connaissant pas au départ les effectifs exacts des élèves et éducateurs, nous sommes limités au vu de sa taille très élevée à 175 élèves et 35 éducateurs inégalement répartis entre les établissements.

3.5.1. Critères d'inclusion :

Tout le personnel soignant, tous les encadreurs et les élèves se trouvant dans l'établissement pendant la période d'étude.

3.5.2. Critères de non inclusion :

Tout le personnel ne travaillant pas dans l'établissement (vendeuses, travailleurs de la cantine) et tous les élèves et enseignants hors de l'établissement enquêté.

3.5.3. Calcul de la taille de l'échantillon :

La formule utilisée pour le calcul de la taille de l'échantillon est :

$$n = \frac{t^2 * P(1 - P)}{e^2}$$

n : taille de l'échantillon requise

t : niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

p : proportion estimative de la population étudiée est fixée à 0,5 lorsque cette population est ignorée.

e : marge d'erreur à 6,7% (valeur type de 0,067).

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5(1 - 0,5)}{(0,067)^2} = 210$$

Cette formule nous a permis d'avoir un échantillon de 210 personnes.

3.6. Technique et supports de collecte des données :

Une fiche d'enquête individuelle a été élaborée pour chaque élève et enseignant et personnel soignant. Nous avons utilisé le logiciel Microsoft Word 2003 pour le traitement de texte et des tableaux. La saisie et l'analyse des données ont été faites sur Epi info version 2000.

3.7. VARIABLES :

Les variables utilisées pour notre étude sont : l'âge, le sexe, les élèves, les éducateurs, le personnel soignant, le niveau d'étude (classe), l'établissement, l'infirmier.

3.8. ASPECTS ETHIQUES :

Avant le début de l'enquête, d'amples informations ont été fournies aux élèves, aux éducateurs et aux administrations scolaires sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien. Nous avons reçu l'autorisation de l'administration (proviseur, censeur et directeur) et le consentement éclairé de chaque élève et éducateur.

Les questionnaires étaient individuels et l'enquête garantissait le secret.

3.9. DIAGRAMME DE GANTT OU CHRONOGRAMME :

Période d'examen	Novembre 2009 à Mars 2010	Avril 2010 à Mai 2010	Juin 2010 à Septembre 2010	Octobre 2010 à Juillet 2011	Août 2011 à Septembre 2011	Octobre 2011 à Novembre 2011
Activités						
Références bibliographiques	+					
Elaboration du protocole	+					
Collecte des données		+				
Rédaction du draft			+			
Correction du Pr Koné				+	+	+
Correction du Dr Dembélé			+	+	+	
Correction du Dr Diallo						+
Correction du Pr Dao						+
Correction du Pr de français					+	



Résultats

4. RESULTATS

Tableau I : Répartition des élèves selon la tranche d'âge, par établissement.

Etablissement	Tranche d'âge				Total
	13 – 15 ans	%	16 – 23 ans	%	
Lycée Askia Mohamed	0	0	71	100	71
Lycée El Madani	1	2,4	40	97,6	41
Ecole Jean Richard	57	90,5	6	9,5	63
Total	58	33,1	117	66,9	175

La classe modale était 16 -23 ans, avec un âge moyen de 17,30 ans.

Tableau II : Répartition des élèves enquêtés selon le sexe et l'établissement.

Etablissement	SEXE				Total
	Masculin	%	Féminin	%	
Lycée Askia Mohamed	57	80,3	14	19,7	71
Lycée El Madani	32	78,0	9	22,0	41
Ecole Jean Richard	27	42,9	36	57,1	63
Total	116	66,3	59	33,7	175

Le sexe masculin représentait 66,3% des élèves enquêtés.

Tableau III : Répartition des élèves selon leur niveau d'étude et par établissement.

Classe	ETABLISSEMENT						Total	
	Askia		El Madani		Jean Richard			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
8 ^{ème}	0	0	0	0	31	49,2	31	17,7
9 ^{ème}	0	0	0	0	32	50,8	32	18,3
10 ^{ème}	3	4,2	0	0	0	0	3	1,7
11 ^{ème}	29	40,8	0	0	0	0	29	16,6
12 ^{ème}	39	54,9	41	100	0	0	80	45,7
TOTAL	71	100	41	100	63	100	175	100

La douzième année était majoritaire dans 45,7% des cas.

Tableau IV : Répartition des élèves selon le lieu de la consultation Médicale et par établissement.

Structure sanitaire	ETABLISSEMENT SCOLAIRE						Total	
	Lycée Askia Mohamed		Lycée El Madani		Ecole Jean Richard			
	E	%	E	%	E	%	E	%
CSCOM	27	38,0	17	41,5	23	36,5	67	38,3
Hôpitaux	20	28,2	2	4,9	15	23,8	37	21,7
Cliniques	17	23,9	1	2,4	18	28,6	36	19,9
CSREF	7	9,9	8	19,5	7	11,1	22	12,6
Infirmierie	0	0	13	31,7	0	0	13	7,5
Total	71	100	41	100	63	100	175	100

La structure de santé la plus utilisée était les CSCOM soit 38,3% des élèves enquêtés.

Tableau V : Répartition des élèves selon l'accessibilité de la structure sanitaire

Structures de santé	Etablissement et accessibilité						Total			
	Lycée Askia Mohamed		Lycée El Madani		Ecole Jean Richard					
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
CSCOM	20	7	13	4	22	1	55	31,4%	12	6,9%
CSREF	5	2	6	2	6	1	17	9,7%	5	2,9%
Hôpitaux	7	13	1	1	4	11	12	6,8%	25	14,3%
Cliniques	11	6	1	0	14	4	26	14,8%	10	5,7%
Infirmierie	0	0	4	9	0	0	4	2,3%	9	5,2%
Total	43	28	25	16	46	17	114	65,0%	61	35,0%

Les CSCOM étaient les structures de santé les plus accessibles soit 31,4%.

Tableau VI : Répartition des élèves enquêtés selon l'accueil et l'établissement

Etablissement	Satisfaction à l'accueil				TOTAL
	Oui	%	Non	%	
Lycée Askia Mohamed	42	59,1	29	40,9	71
Lycée El Madani	23	56,1	18	43,9	41
Ecole Jean Richard	37	58,7	26	41,3	63
TOTAL	102	58,3	73	41,7	175

Les élèves enquêtés n'étaient pas satisfaits de l'accueil dans les différentes structures sanitaires fréquentées avec un taux de 41,7%.

Tableau VII : Répartition des élèves enquêtés selon la disponibilité et l'établissement

Etablissement	Disponibilité des agents				TOTAL
	Oui	%	Non	%	
Lycée Askia Mohamed	57	80,3	14	19,7	71
Lycée El Madani	8	19,5	33	80,5	41
Ecole Jean Richard	49	77,8	14	22,2	63
TOTAL	114	65,1	61	34,9	175

Les élèves des établissements du lycée Askia Mohamed et de l'école Jean Richard jugeaient que les agents de santé étaient disponibles, ceux du lycée El Madani disposant d'une infirmerie trouvaient les agents de santé non disponibles avec un taux de 80,5%.

Tableau VIII : Répartition des élèves enquêtés selon la qualité de soins et l'établissement

Etablissement	Satisfaction sur la qualité des soins				TOTAL
	Oui	%	Non	%	
Lycée Askia Mohamed	52	74,6	17	25,4	71
Lycée El Madani	28	70,7	13	29,3	41
Ecole Jean Richard	55	87,3	8	12,7	63
TOTAL	137	78,3	38	21,7	175

La qualité des soins était non satisfaisante dans 21,7% des cas.

Tableau IX : Répartition des élèves enquêtés selon la cause de l'insatisfaction et l'établissement

Etablissement	INSATISFACTIONS								TOTAL
	Accès difficile		Mauvais accueil		Absence d'écoute		Non disponibilité		
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Lycée Askia Mohamed	3	17,6	4	23,6	6	35,2	4	23,6	17
Lycée El Madani	0	0,0	4	30,8	6	46,1	3	23,1	13
Ecole Jean Richard	1	12,5	2	25,0	4	50,0	1	12,5	8
TOTAL	5	11,1	10	26,3	16	45,4	8	20,2	38

La non écoute des élèves enquêtés étaient la cause principale de leur non satisfaction soit 45,4%.

Tableau X : Répartition des élèves selon les attentes

Etablissement	ATTENTES DES ELEVES										TOTAL
	Accueil		Accessibilité		Ecoute		Disponibilité		Demande d'infirmierie		
Lycée Askia Mohamed	9	12,5	3	4,2	40	55,3	21	28,0	0	0,0	71
Lycée El Madani	6	14,6	0	0,0	27	65,9	8	19,5	0	0,0	41
Ecole Jean Richard	0	0,0	0	0,0	1	1,6	3	4,8	59	93,6	63
TOTAL	15	8,6	3	1,7	68	38,9	30	17,1	59	33,7	175

Selon les attentes des élèves vis à vis des services de santé, on pouvait énumérer l'écoute (38,9%) et la demande de construction d'une infirmerie (33,7%).

Tableau XI : Répartition des élèves en fonction de l'existence des cours centrés sur la santé, l'hygiène, la nutrition et l'assainissement.

Cours sur la santé	Effectifs	Pourcentage
Oui	92	52,6
Non	83	47,4
Total	175	100

Parmi les élèves interrogés, 52,6% avaient des cours centrés sur la santé.

Tableau XII : Répartition des élèves selon le niveau de connaissance sur le paludisme (transmission et prévention)

Mode de transmission du paludisme	Effectifs	Pourcentage
Piqûres de moustiques	155	88,6
Aliments gras et fruits	1	0,6
Eaux sales	4	2,3
Piqûres de moustiques et eaux sales	11	6,3
Aucune idée	4	2,3
Total	175	100
Prévention du paludisme		
Prévention du paludisme	Effectifs	Pourcentage
Dormir sous moustiquaire	164	93,7
Eviter les aliments gras	1	0,6
Eviter les fruits	1	0,6
Aucune idée	9	4,6
Total	175	100

Parmi les élèves enquêtés, 88,6% connaissaient le mode de transmission du paludisme et 93,7% maîtrisaient son mode de prévention.

Tableau XIII: Répartition des élèves selon le niveau de connaissance sur la bilharziose urinaire : transmission et prévention

Transmission	Effectifs	Pourcentage
Eaux souillées des rivières et marigots	140	80,0
Utilisations des toilettes sales	7	4,0
Eaux sales des rivières et toilettes sales	9	5,1
Aucune idée	19	10,9
Total	175	100
Prévention		
Prévention	Effectifs	Pourcentage
Ne pas se baigner dans eaux souillées	141	80,6
Ne pas utiliser toilettes sales	2	1,1
Eviter les eaux souillées et les toilettes sales	10	5,7
Aucune idée	22	12,6
Total	175	100

Quant à la bilharziose urinaire, 80% des élèves interrogés connaissaient le mode de transmission et 80,6% le mode de prévention.

Tableau XIV : Répartition des élèves selon le niveau de connaissance sur le VIH/SIDA : transmission et prévention

Transmission du VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentages
Objets tranchants souillés	21	12,0
Rapports non protégés	26	14,9
Objets tranchants souillés et les rapports sexuels non protégés	126	72,0
Aucune idée	2	1,1
Total	175	100
Prévention du VIH/SIDA		
Prévention du VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentages
Eviter les rapports non protégés	51	29,1
Eviter les objets tranchants souillés et les rapports non protégés+abstinence fidélité condom	122	69,8
Aucune idée	2	1,1
Total	175	100

Parmi les élèves interrogés, 72% avaient choisi comme mode de transmission les objets tranchants souillés et les rapports sexuels non protégés et 69,8% comme mode de prévention, l'éviction des objets tranchants souillés, l'abstinence, la fidélité, l'utilisation du condom.

Tableau XV : Répartition des élèves en fonction de leur point de vue sur les questions d'hygiène, de nutrition et d'assainissement :

Geste élémentaire après la toilette et avant les repas	Effectifs	Pourcentage
Se laver les mains au savon	174	99,4
Aucune idée	1	0,6
Total	175	100
Trois principales classes d'aliments		
	Effectifs	Pourcentage
Glucides lipides protides	88	50,3
Viandes lait vitamines	17	9,7
Poissons lait fruits	17	9,7
Aucune idée	53	30,3
Total	175	100
Type d'eau pour une bonne santé		
	Effectifs	Pourcentage
Eau potable	175	100
Total	175	100

Concernant les interrogés, 99,4% maîtrisaient le geste élémentaire à effectuer après la toilette et avant le repas, 50,3% connaissaient les trois principales classes d'aliments et 100% l'eau idéale pour une bonne santé.

Tableau XVI : Répartition des élèves en fonction de leur point de vue sur l'assainissement de leur établissement

Différentes stratégies pour l'assainissement des établissements	Effectifs	Pourcentage
Utilisation des poubelles	69	39,4
Journées de salubrité	66	37,7
Utilisation des poubelles et les journées de salubrité	11	6,3
Journées de salubrité et ne pas écrire sur les murs et bancs	1	0,6
Utilisation des poubelles, journées de salubrité et ne pas écrire sur les murs et bancs	14	8,0
Aucune idée	14	8,0
Total	175	100

Parmi les élèves enquêtés, 39,4% utilisaient des poubelles pour l'assainissement de leur établissement

Tableau XVII : Répartition des enseignants en fonction du sexe et de l'établissement:

Etablissement	SEXE				TOTAL
	Masculin	%	Féminin	%	
Askia Mohamed	12	80,0	3	20,0	15
El Madani	9	75,0	3	25,0	12
Jean Richard	5	62,5	3	37,5	8
TOTAL	26	74,3	9	25,7	35

Concernant le sexe, dans tous les établissements nous avons constaté une prédominance masculine avec un taux de 74,3% des enseignants enquêtés.

Tableau XVIII : Répartition des enseignants en fonction de l'âge.

Etablissement	Tranche d'âge				Total
	28 – 40 ans	%	41 – 59 ans	%	
Lycée Askia Mohamed	7	20,1	8	22,8	15
Lycée El Madani	8	22,8	4	11,5	12
Ecole Jean Richard	5	14,3	3	8,6	8
Total	20	57,1	15	42,9	35

Concernant les enseignants enquêtés, 57,1% étaient âgés de 28-40 avec un âge moyen de 42,63 ans

Tableau XIX : Répartition des enseignants en fonction des postes occupés :

Poste	Effectifs	Pourcentages
Enseignant de cours	32	91,6
Censeur	1	2,9
Surveillant	1	2,9
Proviseur ou directeur	1	2,9
Total	35	100

Concernant les enseignants interrogés, 91,6% étaient des enseignants de cours.

Tableau XX : Répartition des enseignants par rapport à leur formation à l'éducation pour la santé des élèves :

Etablissement :	Formation des enseignants par rapport à l'éducation pour la santé des élèves				TOTAL
	OUI	%	NON	%	
Askia Mohamed	1	6,7	14	93,3	15
El Madani	2	16,7	10	83,3	12
Jean Richard	0	0,0	8	100,0	8
TOTAL	3	8,6	32	91,4	35

Par rapport à leur formation, 91,4% des enseignants n'avaient jamais reçu de formation concernant l'éducation à la santé des élèves.

Tableau XXI : Répartition des enseignants non formés en fonction de leur méthode d'éducation à la santé des élèves :

Etablissement :	Méthodes d'éducation à la santé des enseignants non formés						TOTAL
	S.I	%	C.H.S	%	A.I	%	
Askia Mohamed	3	21,4	5	35,7	6	42,9	14
El Madani	5	50,0	4	40,0	1	10,0	10
Jean Richard	0	0,0	4	50,0	4	50,0	8
TOTAL	8	25,0	13	40,6	11	34,4	32

Concernant les méthodes d'éducation à la santé des élèves, 40,6% des enseignants prodiguaient des conseils d'hygiène et de santé.

Tableau XXII : Répartition des enseignants en fonction de l'existence d'un volet de santé dans leurs programmes :

Etablissement	Existence d'un volet de santé dans les programmes scolaires				TOTAL
	Oui	%	Non	%	
Askia Mohamed	2	13,3	13	86,7	15
El Madani	3	25,0	9	75,0	12
Jean Richard	0	0,0	8	100,0	8
TOTAL	5	14,3	30	85,7	35

Par rapport au volet de santé, 85,7% des enseignants ignoraient l'existence d'un volet de santé dans les programmes.

Tableau XXIII : Répartition des enseignants en fonction de leurs remarques sur l'amélioration de la santé des élèves :

Etablissement	Point de vue des enseignants sur l'amélioration de la santé des élèves						TOTAL
	Oui	%	Non	%	Pas d'idée	%	
Askia Mohamed	10	66,7	1	6,7	4	26,7	15
El Madani	9	75,0	0	0,0	3	25,0	12
Jean Richard	0	0,0	4	50,0	4	50,0	8
TOTAL	19	54,3	5	14,3	11	31,4	35

Sur ce plan, 54,3% des éducateurs avaient remarqué une nette amélioration de la santé des élèves.

Tableau XXIV : Répartition des enseignants par rapport à leurs collaborations avec les agents de santé :

Etablissement	Collaboration des enseignants avec les agents de santé				TOTAL
	Oui	%	Non	%	
Askia Mohamed	8	53,3	7	46,7	15
El Madani	6	50,0	6	50,0	12
Jean Richard	0	0,0	8	100,0	8
TOTAL	14	40,0	21	60,0	35

Par rapport à la collaboration, 60,0% des enseignants n'avaient jamais collaboré avec les agents de santé.

Tableau XXV : Répartition des enseignants en fonction de leurs types de collaborations avec les agents de santé :

Etablissement	Types de collaborations des enseignants avec les agents de santé				TOTAL
	Echanges	%	Conseils	%	
Askia Mohamed	2	25,0	6	75,0	8
El Madani	2	33,3	4	66,7	6
TOTAL	4	28,6	10	71,4	14

Les types de collaboration concernaient les conseils de santé, d'hygiène et de nutrition à 71,4%.

Tableau XXVI : Répartition des enseignants en fonction de leur collaboration avec des structures sanitaires :

Etablissement	Collaboration des enseignants avec des structures sanitaires				TOTAL
	Oui	%	Non	%	
Askia Mohamed	4	26,7	11	73,3	15
El Madani	6	50,0	6	50,0	12
Jean Richard	0	0,0	8	100,0	8
TOTAL	10	28,6	25	71,4	35

Concernant la collaboration des enseignants avec une structure sanitaire, 71,4% n'avaient jamais collaboré avec un centre de santé.

Tableau XXVII : Répartition des enseignants en fonction des politiques locales d'améliorations de la santé des élèves :

Etablissement	Politiques locales d'améliorations de la santé des élèves						TOTAL
	Sensibilisation sur les thèmes de santé		Conseils d'hygiène et de nutrition		Journées de salubrité et débats sur les thèmes de santé		
Askia Mohamed	7	46,7%	3	20,0%	5	33,3%	15
El Madani	6	50,0%	1	8,3%	5	41,7%	12
Jean Richard	3	37,5%	1	12,5%	4	50,0%	8
TOTAL	16	45,7 %	5	14,3 %	14	40,0%	35

Par rapport aux politiques locales d'amélioration de la santé des élèves, 45,7% avaient adopté la sensibilisation sur les problèmes de santé.

Tableau XXVIII : Répartition des enseignants en fonction de leur responsabilité dans une politique de santé scolaire

Etablissement	Responsabilité des enseignants dans la politique de santé scolaire						TOTAL
	Accompagnement actif		Information et communication		Aucune idée		
Askia Mohamed	5	33,3%	3	20,0%	7	46,7%	15
El Madani	8	66,7%	3	25,0%	1	8,3%	12
Jean Richard	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%	8
TOTAL	13	37,1%	6	17,1%	16	45,7%	35

Les enseignants n'avaient aucune idée sur leur responsabilité dans 45,7% des cas.

Tableau XXIX : Répartition des enseignants en fonction des types d'information lors des journées nationales :

Etablissement	Types de messages d'information des enseignants lors des journées nationales de vaccination				TOTAL
	Oui	%	Non	%	
Askia Mohamed	15	100,0	0	0,0	15
El Madani	12	100,0	0	0,0	12
Jean Richard	5	62,5	3	37,5	8
TOTAL	32	91,4	3	8,6	35

Par rapport aux méthodes d'information lors des journées nationales de vaccination ou de distribution massive des antiparasitaires, 91,4% des enseignants étaient informés par la direction qui recevait des lettres écrites de la part des autorités sanitaires locales et 8,6% ne recevaient des informations que de la part des télévisions ou des réseaux de télécommunications.



Discussion

5. DISCUSSION :

5.1. Élève :

LIMITES DE L'ETUDE :

Au cours de cette étude nous avons répertorié un certain nombre de difficultés à savoir :

- Difficultés d'accès aux intéressés durant les périodes de cours.
- Certaines autorités scolaires par crainte de perturber les cours nous ordonnaient d'expliquer le contenu et l'intérêt de l'étude, de laisser les élèves le remplir au domicile.
- Nombreux sont ceux qui ne nous ont jamais ramené les copies.

5.1.1. Age :

Les élèves étaient âgés de 13 à 23 ans avec un âge moyen de 17,30 ans et la tranche d'âge 16 – 23 ans était majoritaire avec 66,9 % des élèves enquêtés par contre M.M.TRAORE dans son étude avait trouvé la tranche d'âge de 15-19 ans comme majoritaire à 86,6% [4].

5.1.2. Sexe :

Quant au sexe, nous avons une prédominance masculine dans l'ensemble avec un taux de 66,3%. Cette prédominance masculine s'expliquait par la réalisation de l'étude dans des écoles mixtes où les garçons sont les plus scolarisés.

5.1.3. Etablissement :

Parmi les élèves enquêtés 40,6 % venaient du lycée Askia Mohamed, 36 % de l'école Jean Richard et 23,4 % du lycée EL Madani.

5.1.4. Niveau d'étude :

La classe prédominante était la 12^{ème} année avec 45,7% de l'ensemble des élèves enquêtés dont 54,9 % des élèves du lycée Askia Mohamed et 100 % des élèves du lycée El Madani. Quant à l'école Jean Richard, 49,2% faisaient la 8^{ème} année et 50,8% la 9^{ème} année.

5.1.5. Infirmerie :

Il existait une infirmerie dans chacun des deux établissements secondaires (Askia Mohamed et El Madani) et la majorité des élèves enquêtés étaient au courant de leur existence. L'école fondamentale ne disposait pas d'infirmerie. Concernant la fonctionnalité des infirmeries seul le lycée El Madani disposait d'une infirmerie fonctionnelle et sa fréquentation était de 31,7% de l'ensemble des élèves du dit établissement. Cette sous fréquentation de l'infirmerie était liée à la non régularité de l'infirmière mais aussi à l'absence de matériels adéquats pour assurer les soins primaires.

5.1.6. Services de santé fréquentés par les élèves :

Concernant la fréquentation des structures de santé dans l'ensemble, 38,3% des élèves enquêtés fréquentaient les CSCOM, 21,7% les hôpitaux, 19,9% les cliniques privées, 12,6% les CSREF et enfin seulement 7,5% les infirmeries des établissements.

Le lycée El Madani qui disposait d'une infirmerie n'était fréquentée que par 31,7% de ses élèves enquêtés. Cette sous fréquentation de l'infirmerie pouvait s'expliquer par la proximité du CSREF de la commune IV et du CSCOM et la non régularité l'infirmière. Par rapport aux établissements scolaires, la majorité des élèves étaient consultés au CSCOM avec un taux de 38,0% pour le lycée Askia, 41,5% pour le lycée El Madani et 36,5% pour l'école Jean Richard. Cette augmentation de la fréquentation des CSCOM était due à leur proximité et à leur accès facile.

5.1.7. Evaluation des services de santé par les élèves :

L'évaluation des différents services de santé fréquentés par les élèves interrogés révélait une bonne accessibilité à 65,0% dans l'ensemble, mais l'infirmerie du lycée El Madani n'était accessible que par 2,3% de ses élèves et cela s'expliquait par la non régularité de l'infirmière. L'accueil était moyennement bon dans l'ensemble avec un taux de 58,3% et 41,7% n'étaient pas satisfaits de l'accueil donc ceci doit attirer l'attention des agents de santé pour revoir la qualité de leur accueil notamment vis-à-vis des élèves.

La disponibilité des agents de santé était assez bonne dans l'ensemble avec un taux de 65,1%, mais le lycée El Madani qui disposait d'une infirmerie jugeait les agents de santé indisponibles avec un taux de 80,5% et ceci confirmait la non régularité de l'infirmière.

Concernant la qualité des soins prodigués, 21,7% des élèves enquêtés n'étaient pas satisfaits et ces insatisfactions concernaient l'absence d'écoute (45,4%), le mauvais accueil (26,3%), la non disponibilité (20,2%) et l'accès difficile (11,1%).

Parmi les élèves fréquentant l'infirmerie de l'établissement, les insatisfactions portaient aussi sur l'absence d'écoute à 46,1%, le mauvais accueil à 30,8% et la non disponibilité à 23,1%. Ces résultats s'expliqueraient par l'absence de formation des agents de santé s'occupant de la santé des élèves.

5.1.8. Attentes des élèves vis à vis des services de santé scolaire:

Les attentes des élèves par rapport aux services de santé des établissements portaient sur l'écoute à 38,9%, la demande de construction d'infirmerie à 33,7% réclamée surtout par les élèves de Jean Richard, la disponibilité à 16,6%, l'accueil à 8,6% et l'accessibilité à 1,7%. Les attentes des élèves enquêtés disposant d'une infirmerie portaient également sur l'écoute à 65,9%, la disponibilité des agents à 19,5% et l'accueil à 14,6%.

Nos résultats sont comparables à ceux obtenus par MF. JARRAYA en 2004 lors d'une étude réalisée à Sfax (Tunisie) en 2004 sur les attentes de 625 lycéens par rapport aux services de santé scolaire dont 54% étaient insatisfaits des services de santé scolaire offerts alors que notre étude avait enregistré 21,7% d'insatisfaction.

Les attentes des élèves de Sfax vis-à-vis des services de santé scolaire concernaient surtout la disponibilité du médecin, la qualité du contact à savoir l'écoute (85%), le dialogue (82%), la compréhension des vrais problèmes (82%), mais aussi la concertation (61%), l'information (51%) en cas de problèmes de santé et la qualité de l'accueil (50%) [1].

Les différentes attentes des élèves vis-à-vis des services de santé s'expliquaient par les différents problèmes propres à chaque établissement dans notre contexte.

L'absence d'écoute pouvait s'expliquer par la non formation des agents de santé chargés des problèmes des adolescents qui demandent le plus souvent une formation médicale appropriée. La demande d'infirmier, l'accessibilité et l'indisponibilité des agents pouvaient s'expliquer par l'inexistence ou la non dotation des établissements scolaires d'infirmier et d'agents de santé avec les moyens matériels nécessaires pour la prise en charge des problèmes des élèves.

5.1.9. Niveau de connaissances des élèves en santé, hygiène, nutrition et assainissement :

Nous avons constaté un bon niveau de connaissance des élèves en matière de santé, d'hygiène, de nutrition et d'assainissement.

L'étude a révélé que 88,6% connaissaient le mode de transmission du paludisme et 93,7% son mode de prévention et ce résultat est nettement supérieur à celui trouvé par F.DICKO lors d'une étude réalisée dans les écoles fondamentales à Bamako en 1999, son étude a trouvé que 51,4% des élèves connaissaient le mode de transmission du paludisme à savoir les moustiques et 47,3% le mode de prévention à savoir la moustiquaire imprégnée [4].

En ce qui concernait la bilharziose, 80% des élèves maîtrisaient son mode de transmission et 80,6% son mode de prévention.

Quant au VIH/SIDA, 72% des élèves connaissaient le mode de transmission du VIH/SIDA et 69,8% son mode de prévention. Nos résultats sont comparables à ceux de F.DICKO dans son étude, 78,1% des élèves pensaient que le VIH/SIDA se transmettait par les objets tranchants et 68,6% avaient cité comme moyen préventif le préservatif [4].

M.M. TRAORE a trouvé dans son étude en 2009 que les élèves avaient cité comme mode de transmission, les objets tranchants à 72,7% suivi par la transmission sexuelle à 54,7% et le moyen préventif le plus cité était le préservatif à 88,3% [3].

Malgré ces bons résultats si on ne met pas en place un bon programme de santé scolaire ces maladies pourraient entraîner des absentéismes et des échecs scolaires.

Concernant l'hygiène, 99,4% des élèves enquêtés pratiquaient le lavage des mains au savon après la toilette et avant les repas.

Par rapport à la nutrition, 50,3% connaissaient les trois classes d'aliments (glucides, lipides, protides) propices au développement de l'organisme et 100% des élèves utilisaient de l'eau potable pour une bonne santé par contre F.DICKO a trouvé dans son étude que presque la totalité des élèves ne connaissaient ni les classes d'aliments ni leur rôle pour l'organisme [4].

Quant à l'assainissement, 39,4% utilisaient des poubelles et 37,7% organisaient des journées de salubrité pour un assainissement durable de leur établissement.

Le bon niveau de connaissance des élèves en matière de santé, de nutrition, d'hygiène et assainissement s'expliquerait par l'accès aux médias (télévisions, radios), les nouvelles technologies de l'information et certaines matières scolaires comme la biologie et l'économie familiale qui abordent fréquemment ces sujets.

5.2. Enseignants :

5.2.1. Age :

Les enseignants étaient âgés de 28 à 59 ans dont 57,1% étaient dans la tranche d'âge 28-40 ans et 42,9% dans la tranche d'âge 41-59 ans.

5.2.2. Sexe et établissement :

Sur les 35 enseignants enquêtés, 74,3% étaient de sexe masculin et 25,7% de sexe féminin dans l'ensemble des établissements.

Dans le lycée Askia Mohamed, 80,0% des enseignants étaient de sexe masculin contre 20,0% de sexe féminin ; dans le lycée El Madani, nous avons aussi 75,0% de sexe masculin contre 25% de sexe féminin et dans l'école fondamentale Jean Richard, nous avons également une prédominance masculine à 62,5% contre 37,5% de sexe féminin.

Dans tous les établissements enquêtés, nous avons une prédominance masculine et ceci s'explique par le comportement socio-culturel de la population où les hommes occupent la plupart des postes et à une faible scolarisation des filles malgré des efforts consentis dans ce domaine.

5.2.3. Poste des enseignants :

Parmi les enseignants interrogés, 91,6% étaient des enseignants de cours et nous avons également interrogé un directeur, un surveillant et un censeur.

Nos entretiens avec les administrations des établissements avaient mis en évidence la méconnaissance d'une politique nationale de santé scolaire et on avait pas imaginé une telle chose avant l'étude. Certaines administrations avaient dit qu'elles allaient profiter de notre passage pour aller plaider auprès des autorités afin d'obtenir une infirmerie fonctionnelle et la formation des enseignants pour l'éducation à la santé des élèves.

Certains enseignants avaient clairement affirmé que la santé des élèves n'était pas leur affaire que c'est à l'administration de s'en occuper.

5.2.4. Formation des enseignants à l'éducation à la santé :

Au cours de notre étude, nous avons constaté que 91,4% des enseignants enquêtés n'avaient reçu aucune formation sur l'éducation à la santé des élèves contre 8,6% qui avaient reçu une formation sur l'éducation à la santé des élèves.

Cette absence de formation des enseignants peut s'expliquer par l'absence d'un module de formation de la santé scolaire dans leur programme de formation de base.

Les enseignants ayant reçu une formation avaient comme objectifs : éduquer et former les élèves sur les thèmes de santé, d'hygiène et d'assainissement.

Les enseignants qui n'avaient pas reçu de formation procédaient de leur manière pour l'éducation à la santé des élèves comme la sensibilisation et l'information sur les thèmes de santé soit un taux de 25%, les conseils d'hygiène soit un taux de 40,6% et enfin 34,4% des enseignants ne pratiquaient pas l'éducation à la santé des élèves.

Nos résultats concernant la pratique de l'éducation à la santé sont comparables à ceux d'une étude réalisée en France entre avril et décembre 2001 sur les pratiques et représentations de l'éducation à la santé des élèves concernant un échantillon de 286 enseignants du primaire.

Cette étude a enregistré les résultats suivants : 27% des enseignants avaient reçu une formation sur l'éducation à la santé et 73% des enseignants n'avaient pas reçu de formation.

Parmi les enseignants qui pratiquaient l'éducation à la santé, on avait 86% des enseignants ayant reçu une formation contre 67% des enseignants non formés donc cela met en exergue l'importance de la formation dans la pratique de l'éducation à la santé.

Concernant les enseignants qui ne pratiquaient pas l'éducation à la santé, les obstacles majeurs tournaient autour du manque de temps (92,8%), le manque de formation (76,8%) et le manque de matériel (70,7%) [2].

Ces différents résultats ont mis en évidence l'importance de la formation des enseignants dans la pratique de l'éducation à la santé.

5.2.5. Rôles des enseignants dans une politique de santé scolaire :

A propos de la responsabilité des enseignants dans une politique de santé scolaire, 37,1% des enseignants interrogés pensaient qu'il s'agissait d'un accompagnement actif, 17,1% parlaient d'information et de communication et enfin 45,7% n'avaient aucune idée sur leur responsabilité. Nos résultats sont similaires à ceux d'une étude réalisée en France, concernant les rôles des enseignants dans l'éducation à la santé des élèves, 8% considéraient que ça ne fait pas partie de leurs missions, 30% pensaient que leur rôle s'arrête à l'information et 62% estimaient un rôle d'éducation globale de la personne. [2]

Ces résultats ont mis en exergue l'importance de la collaboration entre les secteurs responsables de la santé scolaire ainsi que l'information sur les rôles de chacun des acteurs à savoir les enseignants et les agents de santé.

5.2.6. Existence d'un volet de santé dans les programmes :

Concernant le volet de santé, 85,7% des enseignants avaient affirmé l'inexistence d'un volet de santé dans les programmes scolaires.

Parmi les enseignants enquêtés, 14,3% affirmaient avoir un volet santé dans leur programme avec comme objectifs : éducation des élèves sur les mesures préventives de certaines maladies et les conseils d'hygiène, de nutrition et de santé.

Ceci peut s'expliquer par l'existence de certaines matières comme la biologie, l'enseignement ménager à travers celles-ci les élèves apprennent certaines notions de la santé.

5.2.7. Entretien avec les enseignants sur les infirmeries :

Par rapport aux infirmeries des établissements, tous les éducateurs interrogés des établissements Askia Mohamed et El Madani étaient au courant de l'existence d'une infirmerie dans leur établissement et ceux de l'établissement Jean Richard savaient également l'inexistence d'une infirmerie chez eux.

Tous les enseignants du lycée Askia Mohamed savaient que l'infirmerie n'avait pas d'agent de santé au moment de l'enquête et ceux du lycée El Madani étaient au courant de la présence d'un agent dans leur infirmerie ainsi que son programme et les soins qu'il prodigue (consultations et soins infirmiers).

5.2.8. Entretien avec l'infirmière :

Nous avons également interrogé l'infirmière du lycée El Madani, elle nous a fait savoir qu'elle a été engagée par l'établissement et que ses activités étaient basées sur les soins curatifs et d'orienter les élèves vers d'autres centres de santé en cas de problèmes dépassant sa compétence. Elle nous a fait savoir qu'elle n'a pas reçu de formation particulière pour exercer cette fonction.

Concernant l'amélioration de la santé des élèves, 54,3% des éducateurs ont remarqué une nette amélioration de la santé des élèves et 31,4% des éducateurs n'étaient pas intéressés par la santé de leurs élèves.

5.2.9. Collaboration des enseignants avec les agents de santé :

Par rapport à la collaboration entre enseignants et agents de santé, 60,0% des éducateurs n'avaient jamais collaboré avec les agents de santé pour raison que les élèves sont autonomes concernant leur santé.

Concernant les 40% des enseignants collaborant avec les agents de santé, les types de collaboration concernaient les échanges sur les thèmes de santé à 28,6% et des conseils de santé, d'hygiène et de nutrition à 71,4%. Cette collaboration ne se faisait pas dans un cadre interprofessionnel mais dans un cadre amical ou familial.

Concernant la collaboration des enseignants avec une structure sanitaire, 71,4% n'avaient jamais collaboré avec un centre de santé et notamment l'ensemble des enseignants de l'école fondamentale.

Les enseignants avaient diverses raisons pour leur non collaboration, les établissements Askia Mohamed et Jean Richard avaient laissé l'autonomie aux élèves concernant leur santé, mais ceux du lycée El Madani disposant d'une infirmerie avaient adopté la stratégie d'orienter les élèves vers les centres de santé environnants en cas de problèmes dépassant la compétence de l'infirmerie.

Cette non collaboration des enseignants avec les agents de santé pouvait s'expliquer par la méconnaissance de la santé scolaire notamment l'éducation à la santé des élèves et son impact sur les résultats scolaires et tout cela est lié à l'absence d'un bon programme de santé scolaire où les rôles de chacun des acteurs doivent être bien différenciés.

5.2.10. Politiques locales d'amélioration de la santé des élèves :

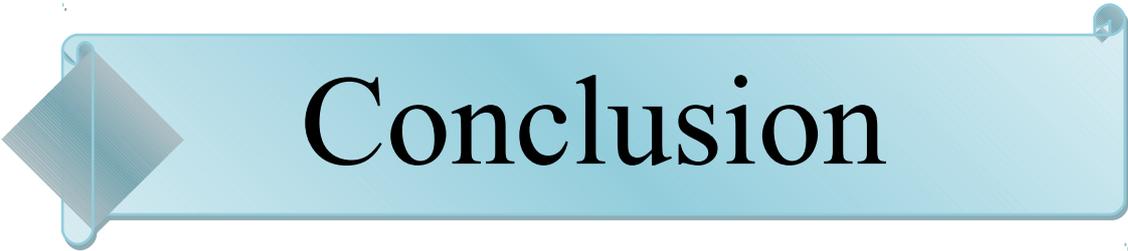
Par rapport aux politiques locales d'amélioration de la santé des élèves, 45,7% des enseignants faisaient la sensibilisation sur les problèmes de santé et 40,0% organisaient des journées de salubrité et les débats sur les thèmes de santé.

Ces différentes activités étaient pratiquées dans tous les établissements.

Quand il n'y a pas une bonne politique de santé scolaire, les établissements scolaires pour ne pas rester insensibles aux problèmes de santé des élèves sont obligés d'adopter leurs propres stratégies pour pallier à ces problèmes.

5.2.11. Sources d'informations des enseignants lors des JNV :

Par rapport aux méthodes d'information lors des journées nationales de vaccination ou de distribution massive des antiparasitaires, 91,4% des enseignants étaient informés par la direction qui recevait des lettres écrites de la part des autorités sanitaires locales (CSREF) et 8,6% n'étaient informés que par des télévisions ou des réseaux de télécommunications (SMS).



Conclusion

6. CONCLUSIONS

Au terme de notre étude nous pouvons conclure que :

- La tranche d'âge de 16 à 23 ans était la plus représentée avec une fréquence de 66,9% chez les élèves et la tranche d'âge de 28 à 40 ans avec un taux de 57,1% chez les éducateurs.
- Le sexe masculin était le plus représenté dans les deux cas avec un taux de 66,3% chez les élèves et 74,3% chez les éducateurs.
- Il n'existe pas de services de santé scolaire appropriés et les services de santé qui assuraient ce rôle ne répondaient pas aux attentes en matière de qualité des soins.
- La collaboration entre enseignants et agents ne se faisait pas dans un cadre interprofessionnel mais elle est amicale ou familiale alors que cette collaboration est indispensable à la réussite de toute bonne politique de santé scolaire.
- Le programme de santé scolaire qui doit être élaboré d'un accord commun entre le ministère de la santé et celui de l'éducation n'était pas connu au niveau des établissements donc ceci nous permet de dire que les deux ministères étant les principaux décideurs de la santé scolaire n'assumaient pas leur responsabilité.
- Le niveau de connaissances des élèves en matière de santé, de nutrition, d'hygiène et d'assainissement était vraiment encourageant car ils connaissaient les modes de transmission et de prévention de la plupart des maladies infectieuses susceptibles d'entraîner des absentéismes scolaires répétés et durables.

Enfin nous pouvons dire que la santé scolaire dans sa globalité était méconnue au niveau des établissements scolaires surtout par les bénéficiaires à savoir les élèves et les enseignants car la politique nationale de santé scolaire n'était pas connue par ceux-ci et les pratiques de santé scolaire ne se faisaient pas dans un cadre réglementaire ni professionnel.



Recommendations

7. RECOMMANDATIONS

➤ **Aux décideurs de la santé scolaire (Ministères de la Santé et de l'Education) :**

- d'élaborer un programme de santé scolaire en spécifiant les rôles des différents acteurs dans un cadre de collaboration interinstitutionnelle,
- de faire en sorte que ce programme soit suivi et évalué périodiquement,
- d'offrir une formation spécifique aux agents s'occupant de la santé des élèves en ouvrant une filière de médecine scolaire à la FMPOS,
- d'intégrer l'éducation à la santé dans les programmes des instituts de formation des maîtres,
- de construire les infirmeries dans les écoles en les dotant de matériels et de personnels qualifiés,
- de dépister systématiquement des affections oculaires et auditives chez tous les élèves du primaire car elles sont responsables de beaucoup d'échecs scolaires à ce niveau.

➤ **Aux responsables des administrations scolaires :**

- de recruter des enseignants ayant reçu des formations pour l'éducation à la santé,
- de faire en sorte que les enseignants puissent bénéficier des ateliers de formation sur l'éducation à la santé,
- de collaborer avec les CSCOM pour la prise en charge de la santé des élèves si l'école ne possède pas d'infirmerie.

➤ **Aux établissements enquêtés :**

- de mettre en place un programme local de santé scolaire intégrant les enseignants, les élèves et les parents d'élèves.
- de solliciter l'aide des parents d'élèves ou de tout autre organisme intéressé par la santé scolaire pour pouvoir soutenir les programmes.
- de collaborer avec les CSCOM pour la prise en charge de la santé des élèves.
- de faire en sorte que les enseignants puissent bénéficier des formations sur l'éducation à la santé de façon continue.

- d'équiper les infirmeries de personnels qualifiés et de matériels adéquats.

➤ **Aux encadreurs et élèves :**

- d'adhérer et de se conformer aux programmes de santé scolaire,
- de veiller à la réussite de ces programmes en les soutenant activement.



Références
bibliographiques

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CAIRN- Attentes des élèves de Sfax (Tunisie) 2004 vis à vis des services de santé scolaire. Article S. Pub 0430447 de MF. Jarraya 2004.
2. CAIRN- Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. Article S. Pub 0240403 de D. Jourdan 2002.
3. Comportements sexuels, connaissances et attitudes des jeunes lycéens face aux IST et VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la commune III du district de Bamako. Thèse méd. 2009. N°310. Mory Moussa Traoré.
4. Connaissances sanitaires des enfants scolarisés : cas des élèves de la 6^{ème} année du district de Bamako. Thèse méd.1999. N°57 Fatoumata Dicko.
5. OMS : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)
6. Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace (focusing resources on effective school health). Une approche FRESH pour réaliser l'éducation pour tous. www.unesco.org/new/fr/éducation.
7. Décision n° 00-0299/MS-SG portant création d'un groupe de travail sur la santé scolaire. Juin 2000.
8. Décret n°0D1-219/P-RM du 24 mai 2001 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la direction nationale de la santé du mali(DNS).
9. Décret n° 02311/P-RM du 04 juin 2002 fixant le régime de rémunération des actes médicaux et d'hospitalisation dans les établissements publics de santé du mali.
10. FRESH : Accorder la priorité à un programme efficace de santé scolaire. Politiques en santé scolaire et services de santé scolaire. www.unesco.org/new/fr/éducation.

11. FRESH : Privilégier un programme efficace de santé scolaire : une nouvelle manière d'améliorer la qualité et d'accroître l'équité dans le domaine de l'éducation.
www.unesco.org/new/fr/education.
12. Loi n°02-049/AN-RM du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé.
13. Ministère de la Santé du Mali : Analyse documentaire sur la santé scolaire au mali.
Octobre 2000.
14. Ministère de la Santé, des personnes âgées et de la solidarité (1999). Atelier sous régional sur la formation des réseaux (Ecoles santé) dans les pays francophones, lusophones et hispanophones. Bamako Septembre 1999.
15. OMS (1995)= Education sanitaire et hygiène du milieu des écoles de l'Afrique de l'ouest francophone. Rapport d'un atelier régional sur les problèmes et possibilités d'amélioration. EIER Ouagadougou 19-21 avril 1994.
16. OMS, 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, Genève 1997.
17. OMS (1998) Initiative mondiale de l'OMS pour la santé à l'école=aider les écoles à devenir les écoles -santé (Aide mémoire n°92).
18. PRSP 2005-2009 cahier des charges 2008, 16 Santé scolaire et d'éducation à la santé. Contexte et problématique de santé.
19. Territoire du soudan français (1957). Rapport sur le fonctionnement du service médical des écoles.
20. UNESCO. Education : composante principale FRESH (Politiques en santé scolaire et services de santé scolaire). www.unesco.org/new/fr/education.



Annexes

9. ANNEXES :

QUESTIONNAIRE :

Questionnaire d'enquête :

Elèves :

N° identification : []

Age : [] ans

Sexe : masculin [], féminin []

Classe :

Etablissement :

Existe-t-il une infirmerie au sein de votre établissement ? Oui [] Non []

Si oui : La structure est-elle fonctionnelle ? Oui [] Non []

Si oui, ya-t-il un agent de santé ? Oui [] Non []

Si non : quand vous tombez malades, où faites-vous vos consultations médicales ?

Centre de santé communautaire []

Centre de santé de référence []

Hôpital []

Cliniques privées (clinique et cabinet médical) []

Infirmerie de l'établissement []

Quelle est-elle l'accessibilité de cette structure ? Facile [] Difficile []

Comment les élèves sont-ils accueillis par l'agent de santé ? Bon [] Mauvais []

Pas d'idée []

Cet agent est-il disponible pour vous ? Oui [] Non []

Etes-vous satisfaits de la qualité des soins prodigués ? Oui [] Non []

Qu'attendez-vous des services de santé au niveau de votre établissement

Dans vos programmes, y a-t-il des cours centrés sur la santé, l'hygiène et la nutrition ? Oui [] Non []

Comment se transmet le paludisme ?

Que faites-vous pour éviter le paludisme ?

Comment se transmet la bilharziose urinaire ?

Que faites-vous pour éviter la bilharziose urinaire ?

Comment se transmet le VIH/SIDA?

Quels sont les comportements à adopter pour éviter le VIH/SIDA ?

Que faites-vous après avoir quitté la toilette ou avant de manger un repas ?
Quelles sont les trois classes d'aliments dont l'organisme humain a besoin pour son développement ?
Quelle sorte d'eau doit-on boire pour une bonne santé ?

Que faites-vous pour que votre établissement reste toujours propre ?

Pour les enseignants :

Age :

Sexe :

Etablissement :

Avez-vous été formés par rapport à l'éducation pour la santé des élèves ? Oui [] Non []

Si oui, quels étaient les objectifs de cette formation ?

Si non, comment faites-vous pour l'éducation pour la santé des élèves ?

Dans vos programmes y a-t-il un volet pour la santé ? Oui [] Non []

Si oui, quels sont les objectifs de ce volet ?

Avez-vous une infirmerie au sein de votre établissement ? Oui Non

Cette infirmerie est-elle fonctionnelle ? Oui [] Non []

Y a-t-il un agent de santé dans cette infirmerie ? Oui [] Non []

Quel est le niveau de formation de cet agent ? Médecin [] Infirmier (ère) []

Quelles sont ses activités ?

Consultations médicales [] Pansements []

Piqûres [] Le tout []

Quelle est la fréquence de sa prestation ?

Tous les jours [] Une fois par semaine []

Une fois par mois [] Une fois par trimestre []

Collaborez-vous avec les agents de la santé pour l'amélioration de la santé des élèves ? Oui [] Non []

Si oui, quels sont les types de collaboration ?

Si non, pourquoi ?

Collaborez-vous avec une structure sanitaire pour la prise en charge de la santé de vos élèves ? Oui [] Non []

Quels sont les types de collaboration ?

Quelle est votre politique locale pour l'amélioration de la santé des élèves ?

Quelle est la responsabilité des enseignants dans la politique de santé scolaire ?

Lors des journées nationales de vaccination et/ou des campagnes de déparasitage massif recevez-vous des messages d'information de la part des autorités sanitaires de votre localité que les élèves seront vaccinés contre telle maladie tel jour ?

Oui [] Non []

Quels sont les types de messages d'information ?

Messages verbaux []

Des lettres écrites adressées à l'administration []

Des médias : Télévision [] Radio [] Réseau de télécommunication []



Fiche signalétique

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SANGARE

Prénom : Mamadou

Adresse Email : madouasangaré@yahoo.fr

Téléphone : +223(66597926)

Année de soutenance : 2011

Pays d'origine : Mali

Ville : Bamako

Titre : Evaluation de la perception et des connaissances des élèves et enseignants vis-à-vis de la santé scolaire à Bamako.

Lieu de dépôt : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS)

Secteurs d'intérêt : Santé publique, médecine scolaire.

INTRODUCTION :

La santé scolaire demeure un problème de santé publique dans les pays en de voie de développement. Le but de cette étude était de d'identifier les pratiques ainsi que les connaissances des élèves et enseignants vis-à-vis de la santé scolaire au sein des établissements scolaires.

METHODES :

Nous avons mené une étude transversale, descriptive d'avril 2010 à mai 2010 en introduisant une fiche d'enquête individuelle pour les élèves, les enseignants et personnels soignants au niveau des établissements enquêtés. Ces fiches contenaient une série de questionnaire touchant la santé scolaire dans sa globalité.

RESULTATS :

L'étude a révélé que les services de santé étaient insuffisants ou inexistant, l'éducation à la santé n'était pratiquée que par une minorité car 91,4% des enseignants n'avaient pas été formés et que 45,7% des enseignants ignoraient leur responsabilité dans une politique de santé scolaire.

CONCLUSION :

Au terme de cette étude nous pouvons conclure que la santé scolaire n'était pas bien connue au niveau des établissements scolaires tant par les élèves que par les enseignants et cela est due à l'absence d'une bonne politique de santé scolaire.

MOTS CLES :

Santé scolaire_ Enseignants_ Elèves_ Etablissement scolaire.

FICHE SIGNALETIQUE

Name: SANGARE **SURNAME:** Mamadou
Email Address: madouasangaré@yahoo.fr
Phone: +223 (66597926)
Year of completion: 2011
Country of origin: Mali **City:** Bamako
Title: Evaluation of perception and knowledge of students and teachers to the School Health in Bamako.
Place of filing: Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry (FMPOS)
Areas of interest: Public health, school health.

INTRODUCTION:

School health remains a public health problem in developing countries of the developing world. The purpose of this study was to identify practices and knowledge of students and teachers to the school health in schools.

METHODS:

We conducted a cross-sectional, descriptive of April 2010 to May 2010 by introducing a separate survey form for students, teachers and health workers at the establishments surveyed. These sheets contain a series of questionnaires related to health education as a whole.

RESULTS:

The study found that health services were inadequate or nonexistent, the health education was practiced by a minority because 91.4% of teachers were not trained and that 45.7% of teachers unaware of their responsibility in a school health policy.

CONCLUSION:

After this study we can conclude that school health was not well known at school as the students by teachers and this is due to the lack of proper school health policy.

KEYWORDS:

Health school_ Teachers_ Students_ schools.