

**UNIVERSITE A-MIRA DE BEJAÏA.**  
**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES,**  
**COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION**  
**Département des Sciences Economiques**

Mémoire

En vue de l'obtention du diplôme

de Magistère en Sciences Economiques

Option : Economie de la Santé et Développement Durable

Thème

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Sous la direction du :**

Pr. KAID TLILANE Nouara

**Présenté par :**

BENSMAIL Kahina

**Jury de soutenance :**

**Président :** Dr. ALI-ZIANE Mohand Ouamar, Maître de Conférences, Université de Boumerdes.

**Examineur :** Dr. KASSA Rabah, Maître de Conférences, Université de Béjaïa.

**Rapporteur :** Pr. KAID TLILANE Nouara, Université de Béjaïa.

# Dédicaces

*A la mémoire de mon père*

*A ma mère :* dont les mots sont insuffisants pour exprimer ma gratitude, ma reconnaissance et mon profond amour.

*A mon frère et mes sœurs et toute ma famille*

*A mon fiancé et ma belle famille*

*A mes ami(e)s*

***BENSMAIL Kahina.***

# Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude et mes remerciements les plus chaleureux à ma directrice de mémoire professeur KAÏD TLILANE Nouara qui m'a fait l'honneur d'accepter de diriger mon travail, en dépit de ses multiples occupations. Je lui exprime ici ma vive reconnaissance pour son soutien indéfectible tout au long de la réalisation de ce travail, pour ses valeureux conseils, son charisme et son sens unique des responsabilités.

Mes vifs remerciements vont aussi à l'égard des membres du jury Dr. ALI-ZIANE Mohand Ouamar et Dr. KASSA Rabah pour la peine qu'ils se sont donnés pour examiner et évaluer ce travail.

Je remercie infiniment Dr. ADGEB Tayeb Zoubir, Dr. Draifi M. et Dr. Bouchouchi Farida (Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière), Mr. MIHOUBI Abdelyazid et Mr. DERRICHE Khaled (Ministère de l'éducation nationale) pour leur grande disponibilité et pour le temps qu'ils ont bien voulu m'accorder.

J'insisterai pour souligner combien je suis redevable envers Mr. OURARI Abdelghani (Direction de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière), Dr. IBOUDGHACEN Fatima et Dr. SOUAMI Nadia (Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive de l'EPSP de Béjaïa) pour leur disponibilité malgré leurs responsabilités, pour leur confiance et leur aide.

Je tiens à remercier de façon particulière Mlle HADDOUCHE Souad qui m'a aidé dans la collecte des données au niveau des différents organismes et universités d'Alger et Mme. MEKBEL Anissa qui a toujours répandu à mes préoccupations.

Mes vifs remerciements vont également à tous mes enseignants du primaire à l'université, particulièrement Mr. MAKHLOUFI Athman.

Mes gratitudes les plus profondes vont également à l'égard de ma famille qui m'a toujours apporté du soutien aussi bien moral que financier, pour leurs encouragements et pour leur confiance. Ce travail est aussi le leur.

Je ne peux oublier de remercier mon fiancé pour m'avoir aidée à rester calme devant tant de remises en questions, pour son amour, sa patience, sa compréhension et son soutien infaillible.

Merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

***BENSMAIL Kahina.***

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AES** : Approche Ecole en Santé

**A.M.** : Année Moyenne

**A.P.** : Année Primaire

**APC** : Assemblée Populaire Communale

**A.S.** : Année Secondaire

**CEM** : Cycle d'Enseignement Moyen.

**C.E.S** : Certificat d'Etudes Spécialisées.

**CIM** : Circulaire Interministérielle

**CSHP**: Coordinated School Health Program

**CSSP** : Centre de Soins de Santé Primaire

**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire

**CNTSSU** : Comité National Technique de Santé Scolaire et Universitaire

**CPMS** : Centres Psycho-Médico-Sociaux

**DA** : Dinar Algérien

**DSPRH** : Direction de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

**DTP** : antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux

**ENSP** : Ecole Nationale de Santé Publique

**EPSP** : Etablissements Publics de Santé de Proximité

**F.L.N** : Front de Libération Nationale

**FNS** : Fonds National de Santé

**HPS**: Health Promoting School

**HS**: Healthy School

**MSP** : Ministère de la Santé et de la Population

**MSPRH** : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**MSS**: Médecin de Santé Scolaire

**NHSP:** National Healthy School Program

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

**ONG:** Organisation Non Gouvernementale

**PEV:** Programme Elargi de Vaccination

**PMI :** Protection Maternelle et Infantile

**PSE :** services de Promotion de la Santé à l'Ecole

**RAA :** Rhumatisme Articulaire Aigu

**SEMEP :** Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive

**SIDA :** Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**UDS :** Unité de Dépistage et de Suivi

**UNESCO:** Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

**UNICEF:** Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**USA:** United States of America

<b>Sommaire</b>	<b>Pages</b>
Dédicaces .....	I
Remerciements .....	II
Liste des abréviations .....	III
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>1</b>
 <b>CHAPITRE I : APPROCHE GLOBALE DE LA SANTE EN MILIEU SCOLAIRE : EVOLUTION HISTORIQUE ET PERSPECTIVES</b>	
Introduction .....	7
I. PHASES DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DETERMINANTS DE SANTE DES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE .....	8
II. EVOLUTION DE LA SANTE SCOLAIRE DANS LE MONDE.....	25
Conclusion.....	49
 <b>CHAPITRE II : EVOLUTION DE LA SANTE SCOLAIRE EN ALGERIE</b>	
Introduction .....	51
I. EVOLUTION HISTORIQUE DE LA SANTE SCOLAIRE EN ALGERIE .....	51
II. EVALUATION DES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE EN ALGERIE DEPUIS SA REORGANISATION A NOS JOURS .....	78
Conclusion.....	101
 <b>CHAPITRE III : ESSAI D'ANALYSE DU PROGRAMME DE SANTE SCOLAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAÏA</b>	
Introduction .....	103
I. EVALUATION DES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAÏA .....	103
II. ENQUETE AUPRES DES DIRECTEURS DES ETABLISSEMENT SCOLAIRES ET DES MEDECINS DE SANTE SCOLAIRE DE LA COMMUNE DE BEJAÏA SUR LA SANTE SCOLAIRE.....	121
Conclusion.....	141
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>144</b>
Bibliographie .....	149
Annexes	
Liste des tableaux	
Liste des figures	

## **INTRODUCTION GENERALE**

L'avenir sanitaire de la société dépend de la santé des enfants d'aujourd'hui. Dans chaque communauté et dans chaque pays, les enfants constituent la ressource naturelle la plus importante. Ils doivent être au cœur même du développement. Leur bien-être, leurs capacités, leurs connaissances et leur énergie conditionneront l'avenir des nations du monde entier.

L'épanouissement de l'enfant et par voie de conséquence sa santé et son équilibre dépendent en grande partie de l'environnement dans lequel il évolue. Cette phase d'éveil de l'enfant où s'acquièrent les automatismes et se fixent les habitudes doit faire l'objet d'une préoccupation continue et attentive.

Le monde de l'enfant est centré autour du foyer, de l'école et de son entourage immédiat. De ce fait, il devient impératif que ces environnements soient salutaires.

L'école est le deuxième milieu de vie en importance pour le jeune, après sa famille. De ce fait, elle 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.

Les interactions sont nombreuses entre l'école et la santé chez les enfants et les adolescents, que ce soit sur le plan individuel ou collectif. La santé retentit sur la scolarisation et sur l'éducation : une mauvaise santé est un facteur important d'une faible scolarisation, de l'absentéisme, de mauvais résultats scolaires et de décrochages précoces. Inversement, la scolarisation retentit sur la santé : l'école est un lieu où pourrait se construire la santé, par un environnement favorable à la santé et à l'épanouissement, par le transfert de savoirs sur la santé, par l'acquisition de modes de vie sains, par la préparation à une vie adulte réussie, enfin par son rôle possible dans la réduction des inégalités sociales, dont le poids sur la santé tant immédiate qu'ultérieure des individus est particulièrement lourd.

L'école peut aussi être un lieu d'atteinte à la santé, par un environnement nuisible, par les rythmes de vie qu'elle impose, par l'angoisse qu'elle peut générer, par l'échec et les phénomènes de désocialisation qui peuvent s'ensuivre, ou plus simplement par les répercussions de l'échec scolaire sur l'avenir social et professionnel des élèves.

L'école est aussi l'endroit où se trouve la quasi-totalité des enfants, et où il peut donc être facile de repérer des difficultés, des troubles ou des maladies à leur début. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont mis en place, dans la plupart des pays, des systèmes de santé scolaire chargés de veiller sur la santé des enfants.

L'école n'a commencé à s'intéresser à la santé des enfants qu'à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. En effet, en rendant l'école obligatoire, l'Etat est devenu responsable non seulement de l'instruction mais aussi de la santé des enfants. En effet, la fréquentation généralisée de l'école révèle non

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

seulement la misère dans laquelle vit une partie de la population, mais aussi les dangers qu'il y a pour les enfants à passer des journées entières dans des lieux souvent insalubres et à subir des rythmes astreignants.

Le troisième congrès international sur l'éducation tenu en 1880 à Bruxelles a fait de la question de l'hygiène à l'école un des principaux sujets de ce congrès<sup>1</sup>.

Historiquement, la médecine scolaire avait une mission essentiellement préventive. Elle est passée de l'hygiène scolaire qui tendait à préserver les élèves des maladies transmissibles, à la médecine scolaire basée sur les visites médicales systématiques de dépistage, puis les bilans médicaux, à la santé scolaire basée sur l'identification des besoins et problèmes et l'intégration aux soins de santé primaires.

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 pour la santé et l'environnement scolaire.

Les prestations de santé à destination des enfants et des adolescents scolarisés, malgré les différents types d'organisation, sont sensiblement les mêmes dans tous les pays. Cependant, selon la culture politique et institutionnelle des pays considérés ainsi que leurs priorités de santé publique, tel ou tel volet peut être plus ou moins accentué. En ce qui concerne les soins individuels, les activités de dépistage et les bilans de santé sont toujours réalisés (soit par des services de soins dans la communauté, soit par des services spécifiques de santé pour les enfants et les adolescents et/ou soit par des services de santé scolaire).

Concernant l'éducation pour la santé, les méthodes utilisées, les formes de l'enseignement et les intervenants sollicités varient d'un pays à l'autre, et au sein du même pays d'un établissement à l'autre. L'éducation à la santé peut apparaître comme un moment régulièrement inscrit dans l'emploi du temps ou intégrée dans certaines disciplines comme, par exemple, les sciences de la vie et de la terre, l'éducation civique, l'éducation physique...etc. Elle prend aussi des formes variées : participation à des groupes de parole autour d'un professionnel (médecin par exemple), réalisation de documentaires, d'expositions et de cassettes vidéo, création et mise en scène de sketches ou de théâtre-forum...etc.

L'environnement scolaire comprend l'environnement physique, c'est-à-dire l'état des édifices et des lieux, l'aménagement de l'espace, les ressources récréatives et sportives et les conditions physiques (qualité de l'air, niveau de bruit), l'environnement social et l'environnement pédagogique, c'est-à-dire le climat, la qualité des relations interpersonnelles, la gestion de classe, les méthodes pédagogiques et les politiques et règles de l'école. La qualité de l'environnement scolaire exerce une grande influence sur le succès des programmes de santé scolaire.

---

<sup>1</sup> Etudes thématiques : santé et nutrition en milieu scolaire, In forum mondial sur l'éducation, l'éducation pour tous -bilan à l'an 2000, Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000, P.15.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

En 1986, la charte d'Ottawa a défini la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Sur cette base, des approches globales de santé en milieu scolaire ont été lancées dans plusieurs pays. Leur objectif est de promouvoir la santé et le bien-être des élèves, du personnel et des parents au-delà de la prévention de problèmes de santé.

Ces approches globales permettent d'agir sur les déterminants individuels et sociaux de la santé des jeunes et sur leur réussite éducative, et ce, à partir de l'école. Ce type d'approche requiert des changements substantiels dans la façon dont les écoles et leur personnel pratiquent la santé en milieu scolaire, soit le passage de pratiques axées sur des modèles d'éducation à la santé en classe à l'adoption d'une approche globale et intégrée de la promotion de la santé qui vise les comportements et attitudes des jeunes et leur environnement.

En Algérie, les premiers centres médico-scolaires remontent à l'ère coloniale. En effet, ces derniers étaient limités aux zones d'implantation des populations européennes. A l'indépendance, l'Algérie maintient le système hérité de la colonisation (même type de structures et d'organisation spécifiques).

Après la création des secteurs sanitaires en 1981 selon le décret n° 81-242 du 5 septembre 1981, l'hygiène scolaire a été intégrée aux activités de base des centres de santé et polycliniques.

Par la suite, l'intérêt de déterminer de façon plus précise les objectifs de la protection sanitaire en milieu scolaire s'imposa et fait l'objet de plusieurs séminaires ateliers dont celui de Annaba (15-17 avril 1980), celui de Béjaïa (03-05 janvier 1989), le séminaire de Sidi Fredj (20-22 avril 1991) et enfin le séminaire de Zéralda (les 9 et 10 juillet 2002).

Ces séminaires ont préparé le passage de la notion d'hygiène scolaire qui tendait à préserver les élèves des maladies transmissibles, à la médecine scolaire basée sur les visites médicales systématiques de dépistage, effectuées dans de mauvaises conditions et sans système de suivi opérationnel (absence de locaux et de matériel, éloignement des écoles, organisation souvent déficiente...etc.), pour aboutir au concept plus large de santé scolaire suite au dispositif organisationnel mis en place par la circulaire interministérielle du 6 avril 1994 s'appuyant sur les conclusions et recommandations du séminaire de Sidi Fredj.

Le dispositif organisationnel mis en place à la suite de la circulaire prise par les ministères de la santé, de l'éducation et des collectivités locales le 6 avril 1994 a permis la mobilisation des moyens humains et matériels nécessaires à la prise en charge des besoins de santé du milieu scolaire. Ainsi, des structures spécifiques pour la santé scolaire dénommées « unités de dépistage et de suivi (UDS) » ont été créées.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

En 2011, 1709 UDS auxquelles sont affectés 2173 médecins, 1926 chirurgiens dentistes, 899 psychologues et 2646 agents paramédicaux prennent en charge 7908369 élèves.

L'objet de ce travail est de tenter d'analyser la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie en étudiant le cas de la commune de Béjaïa. Pour cela, un certain nombre de questions mérite réflexion, à savoir :

- Comment a évolué la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie et quels sont les principaux obstacles auxquels se heurte cette dernière ?
- Quels sont les moyens (humains et matériels) consacrés à la protection de la santé en milieu scolaire en Algérie et quelles sont les mesures prises pour améliorer la santé des élèves ?
- Quelles sont les maladies prédominantes en milieu scolaire dans la commune de Béjaïa et quel est le niveau de prise en charge des élèves par la santé scolaire dans cette commune?
- Les moyens mis en œuvre pour la prise en charge de la santé des élèves dans la commune de Béjaïa correspondent-ils aux effectifs d'élèves à prendre en charge ?

La contribution que nous apporterons n'a pas pour ambition de répondre à toutes les questions posées, mais de participer à la réflexion sur la problématique de la prise en charge de la santé des enfants scolarisés en Algérie, en se basant sur les hypothèses suivantes :

- L'insuffisance des moyens humains et matériels consacrés à la santé scolaire en Algérie semble être à l'origine de la faiblesse des taux de couverture et de prise en charge sanitaires des élèves.
- Les moyens humains et matériels affectés à la santé scolaire dans la commune de Béjaïa ne correspondent pas aux effectifs d'élèves à prendre en charge.
- Les mauvaises conditions de travail des médecins de santé scolaire et l'absence de coordination entre les différents acteurs de la santé scolaire semble avoir des effets négatifs sur la prise en charge de la santé des élèves.

Dans ce travail nous avons tenté de répondre à la démarche méthodologique suivante : D'abord, une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects de la santé scolaire aussi bien local que national ou international et l'étude des textes réglementaires relatifs au thème. Plusieurs bibliothèques universitaires nationales ont été visités, à savoir : Béjaïa, Alger, Constantine, Tizi Ouzou, l'Institut National de Planification et des Statistiques (INPS), l'Institut National de Santé Publique (INSP) et la bibliothèque de l'école nationale de santé publique (ENSP).

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

De plus, nous avons réalisé une recherche documentaire et une collecte de données statistiques relatives au thème auprès des organismes nationaux et locaux suivants : Le Ministère de la santé , de la Population et de la Réforme Hospitalière, le Ministère de l'Éducation Nationale, la Direction de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (DSPRH) de la wilaya de Béjaïa, la Direction de l'Éducation de la wilaya de Béjaïa, le Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) de l'EPSP de Béjaïa et la Direction de la Population et de l'Aménagement du Territoire (DPAT) de la wilaya de Béjaïa.

Outre la recherche documentaire et la collecte de données sur le thème et dans le but de combler les insuffisances de références bibliographiques et le manque de données disponibles au niveau national et local, nous avons procédé à une enquête par questionnaire auprès des médecins de santé scolaire et des directeurs des établissements scolaires de la commune de Béjaïa. La présentation de l'enquête et l'analyse de ses résultats sont exposées de façon plus détaillée dans le chapitre 03.

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction des données disponibles, nous avons organisé notre travail en trois chapitres, présentés comme suit :

- Le premier chapitre, basé essentiellement sur la recherche bibliographique, porte sur l'évolution de la santé scolaire dans le monde et l'étude des déterminants de santé des enfants d'âge scolaire après avoir présenté les étapes charnières du développement de l'enfant.
- Le deuxième chapitre, combinant la recherche bibliographique et la collecte de données statistiques, présente la situation de la santé scolaire en Algérie. Nous nous intéresserons d'abord à l'évolution historique de la santé scolaire en Algérie depuis l'ère coloniale à nos jours, puis à l'évaluation des moyens humains et matériels affectés à la santé scolaire et la présentation des différents indicateurs de santé scolaire en Algérie.
- Dans le troisième chapitre, qui relie la collecte de données statistiques et les résultats de l'enquête, nous avons essayé de présenter l'étude empirique réalisée auprès des médecins de santé scolaire et des directeurs des établissements scolaires de la commune de Béjaïa. Nous avons d'abord tenté d'évaluer les activités de santé scolaire dans la commune de Béjaïa à travers l'évaluation des moyens humains et matériels qui lui sont affectés et la présentation des différents indicateurs de santé scolaire dans la commune. Ensuite, nous avons tenté d'analyser les réponses fournies par les enquêtés en essayant d'évaluer les conditions de travail des médecins à travers la description des locaux des UDS (nombre de locaux et leur aménagement), les besoins des UDS en aménagement et équipements, les relations de coordination entre les différents acteurs de la santé scolaire (MSS, directeurs des établissements scolaires, enseignants, parents d'élèves), les connaissances des directeurs des établissements scolaires concernant la

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

santé scolaire et le degré de leur satisfaction des services de santé scolaire , la pratique de l'éducation à la santé à l'école et l'état d'hygiène dans les établissements scolaires.

## **CHAPITRE I : APPROCHE GLOBALE DE LA SANTE EN MILIEU SCOLAIRE : EVOLUTION HISTORIQUE ET PERSPECTIVES**

### **Introduction**

C'est durant l'enfance et l'adolescence que se mettent en place les fondements de la santé à l'âge adulte et dans la vieillesse. Ainsi, un investissement précoce dans la santé de l'enfant et de l'adolescent favorisera le bien-être de l'individu tout au cours de sa vie.

Tout au long de leur trajectoire développementale, les enfants et adolescents doivent faire face à de multiples situations, possibilités, contraintes et pressions extérieures susceptibles d'influencer leurs décisions face à un cheminement personnel et social. Ils seront également exposés à des risques et à des difficultés pouvant affecter leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative. Ainsi, une bonne compréhension des phases de développement et des défis qui y sont associés permet d'identifier les besoins particuliers liés à la santé, au bien-être.

En tant que passage obligé, l'école concerne l'ensemble de la population scolaire. Elle touche des enfants et adolescents qui passent par les stades les plus importants de leur développement, tant sur le plan affectif que cognitif. Si la famille constitue le cadre le plus important de leur développement, l'école a aussi la responsabilité particulière de veiller à la santé des enfants et de les préparer à leur future vie d'adulte et de citoyen. Elle doit donc veiller au bien-être des élèves, contribuer à leur réussite et les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective.

Le milieu scolaire est reconnu comme un milieu privilégié pour la promotion de la santé des enfants en raison des interactions importantes entre la santé, la réussite scolaire et l'éducation et parce que la très grande majorité d'une classe d'âge la fréquente obligatoirement pendant les années correspondant aux phases critiques de leur développement.

Ce présent chapitre sera scindé en deux sections. La première section traitera les phases du développement de l'enfant ainsi que les déterminants de santé des enfants d'âge scolaire. Avant d'aborder les déterminants de santé des enfants d'âge scolaire, nous aborderons d'abord l'évolution des définitions de la santé. La deuxième section présentera l'évolution de la santé scolaire et celle de l'éducation à la santé à l'école dans le monde.

## **I. PHASES DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DETERMINANTS DE SANTE DES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE**

Une bonne compréhension des phases et des défis développementaux des enfants et des adolescents est nécessaire pour discerner les besoins particuliers liés à leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative.

### **1. Développement de l'enfant de la naissance à l'adolescence**

Le développement de l'enfant désigne l'ensemble des phénomènes dynamiques qui participent à la transformation progressive de l'être humain depuis la conception jusqu'à l'âge adulte. Le développement global de l'enfant est le résultat conjugué de son développement physique et psychique.

Au cours de son développement, l'enfant passe par toute une série de phases qui diffèrent les unes des autres non seulement par les formes extérieures et les proportions corporelles, mais aussi par le développement relatif et l'activité des divers tissus et organes.

#### **1.1. Le développement physique de l'enfant**

La croissance physique est l'aspect le plus facilement observable et quantifiable du développement de l'enfant. Elle est essentiellement due à l'augmentation du nombre de cellules et secondairement, à celle de leur taille. Cet accroissement se traduit par une augmentation du poids, de la taille et du volume des enfants. Mais parallèlement à ce phénomène quantitatif, se déroule un processus de maturation : les cellules se modifient, se structurent, se perfectionnent et acquièrent une fonction spécifique qui les acheminent vers la maturité. Ces deux phénomènes quantitatif et qualitatif sont concomitants.

À la naissance, la taille moyenne est de 50 cm. A la fin de la croissance, elle est de 175 cm chez le garçon et de 162 cm chez la fille. Entre les deux, la croissance peut être divisée en quatre phases en fonction de la vitesse de croissance et de l'influence prédominante de tel ou tel facteur de croissance<sup>2</sup> :

##### **1.1.1. La petite enfance (de la naissance à 30 mois)**

Cette phase est caractérisée par une vitesse de croissance très rapide et par la diminution de l'influence des facteurs intra-utérins sur la croissance au profit des facteurs génétiques. La taille augmente de 44% pendant la première année chez le garçon et de 40% chez la fille,

---

<sup>2</sup> Brauner R. : Diagnostic d'une anomalie de la croissance post-natale. In : Gamarra E., Brauner R. et Lenclen R. : Croissance : Régulation et évaluation de sa qualité, 8<sup>ème</sup> séminaire Guigoz. G.E.N.E.U.P, Deauville, 27-28 Septembre, 1993 : p.87-p.196.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

proportion qui ne sera plus jamais atteinte par la suite. L'accroissement en poids est de 143% chez le garçon et de 157% chez la fille.

### **1.1.2. La moyenne enfance (de 30 mois jusqu'à environ 6 ans)**

Cette phase commence au moment où s'achève l'éruption des dernières dents de lait et elle se termine en même temps que débute la seconde dentition permanente. Les changements physiques qui se produisent au cours de cette période sont moins spectaculaires et moins nombreux qu'au cours de la période précédente, le rythme des changements est également plus lent. Il en est de même pour les augmentations de taille et de poids qui se font également à une cadence plus lente qu'au cours des trois premières années. Entre l'âge de 3 ans et l'adolescence, l'enfant gagne de 5 à 8 cm et prend entre 2 et 3 kg par an. La moyenne enfance se caractérise par un mode de croissance qui se fait davantage en largeur qu'en hauteur.

### **1.1.3. La grande enfance**

Cette période s'étend de 6 ans environ jusqu'à l'apparition des premières manifestations de la puberté (11 ans chez les filles et 12 ans chez les garçons). Elle se divise en deux phases : une phase d'allongement rapide de squelette qui survient entre 5 et 7 ans et une phase de croissance relativement ralentie pendant laquelle le développement en largeur prédomine. L'allongement porte surtout sur les membres inférieurs et contraste avec l'accroissement beaucoup plus faible des dimensions transversales.

### **1.1.4. L'adolescence**

L'adolescence est généralement entendue comme la période de vie qui s'étend de la puberté (qui se caractérise par une croissance staturale et l'évolution des caractères sexuels primaires (organes génitaux) et secondaires (voix, pilosité, seins, système musculaire)) à l'âge adulte.

Les avis sur les limites d'âge de cette période sont très partagés mais on admet généralement qu'elle commence aux alentours de 12 ans et se poursuit jusqu'à environ 18-20 ans, quand les principales transformations biologiques, psychologiques et sociales sont accomplies. En raison de l'évolution plus précoce du sexe féminin, elle débute et se termine environ 2 ans plus tôt chez les filles que chez les garçons. Chez les filles elle commence vers 10 ou 11 ans et se prolonge jusqu'à 15 ou 16 ans, chez les garçons, elle va de 12 ou 13 ans jusqu'à 17 ou 18 ans. Ainsi, on observe un pic de croissance à l'adolescence qui va être plus élevé et plus tardif chez les garçons. Ce gain de taille peut aller de 8 à 12 cm par an sur plusieurs années.

On perçoit généralement l'adolescence comme une période de crise et de turbulences au cours de laquelle de nombreux paramètres sont remaniés. L'individu doit en effet gérer au mieux les changements corporels qu'il subit, l'image de soi qui se trouve de fait modifiée, la recherche

et l'affirmation de son identité, les attentes des parents ainsi que la multiplication des rapports sociaux.

## **1.2. Le développement psychologique de l'enfant**

Le développement intellectuel, affectif et social de l'enfant constituent les différentes facettes de son développement psychologique qui est divisé en quatre stades<sup>3</sup> :

### **1.2.1. La première enfance (0-2 ans)**

Au début, l'enfant est complètement égocentrique et incapable de distinguer entre lui et la réalité extérieure. A la suite de son développement affectif, intellectuel et social, qui constituent les bases de l'élaboration de la personnalité, l'enfant acquiert progressivement des capacités motrices et perceptives qui lui confèrent peu à peu des possibilités d'action et d'échange avec le milieu extérieur et un certain degré d'autonomie.

A cette période de la vie, le développement cognitif, désigné sous le terme d'intelligence sensori-motrice, est caractérisé d'abord par l'incapacité de l'enfant à distinguer entre lui et la réalité extérieure et saisir par la suite les relations de cause à effet. Il manifeste de ce fait des comportements intentionnels et anticipatoires.

Ainsi, au cours de cette période l'enfant est totalement dépendant de son entourage. Son développement sensoriel lui permet de percevoir très tôt tous les stimuli externes. L'enfant et la mère communiquent par leurs attitudes, postures et gestes.

### **1.2.2. La deuxième enfance (2-6 ans)**

A la fin de la première enfance, l'enfant peut marcher et courir, se tenir debout ou s'asseoir, et en général se déplacer sans l'aide de son entourage. Durant les quatre années suivantes, l'évolution de l'enfant continue vers un perfectionnement et une plus grande maîtrise des possibilités motrices et perceptives dans le sens d'une meilleure représentation par l'enfant de son propre corps. L'enfant de 3 ans a une exubérance motrice qui rend compte de l'instabilité normale de cet âge. Il va acquérir progressivement plus d'aisance et une plus grande précision dans le geste pour parvenir vers 6-7 ans à un contrôle moteur et perceptif qui le mènera vers les apprentissages scolaires.

La latéralisation (une asymétrie fonctionnelle du corps dont un côté est plus habile et utilisé préférentiellement) apparaît progressivement. Elle est particulièrement marquée au niveau de la main. La plupart des individus ont une préférence pour l'utilisation de la main droite dans

---

<sup>3</sup> Ali-L'hadj L. : Quelques repères du développement psychologique de l'enfant, In Education pour la santé en milieu scolaire, ministère de la santé et de la population et ministère de l'éducation nationale avec la collaboration du bureau de liaison de l'OMS en Algérie, 1999, p.26.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

les activités telles que l'écriture, ou les travaux de précision. Cette dominance paraît s'étendre à l'usage du pied et aux organes sensoriels (œil directeur notamment). Lorsque la main, le pied et l'œil dominants sont concordants du même côté, on parle de latéralité homogène. L'apparition et l'évolution de la latéralité chez un enfant sont assez variables et se fixent définitivement à l'âge de 5 ans.

Le schéma corporel qui est la représentation du corps, c'est-à-dire l'image de soi par rapport à autrui, s'effectue vers l'âge de 3 ans, au moment où l'enfant commence à représenter le dessin d'un bonhomme de manière globale quoi qu'imparfaite (homme têtard).

La représentation spatiale est en étroite relation avec le schéma corporel. C'est à partir du corps, de la posture et du geste que les notions du dedans, dehors, en haut, en bas, ...etc se forment. Vers 6-7 ans, les éléments de base de la représentation spatiale notamment ceux qui sont nécessaires aux apprentissages scolaires sont acquis.

Sur le plan cognitif, c'est l'apparition de la fonction symbolique. Le langage va permettre à l'enfant d'acquérir une intériorisation progressive par l'utilisation des signes verbaux et des symboles. A ce stade, sa pensée n'est pas réversible, c'est à dire qu'il ne peut revenir sur le fil d'une action ni rassembler les différents aspects d'une situation. C'est ce qui fait qu'il est incapable, par exemple de comprendre que la quantité d'eau transversée d'un récipient large à un récipient étroit soit la même.

### **1.2.3. La grande enfance (6 ans - puberté)**

Durant cette phase, la coordination des mouvements augmente (maîtrise des mouvements de l'écriture, manipulation de certains outils, exécution de certains mouvements gymniques, pratique de la danse...), la force s'accroît de façon considérable (le goût pour les jeux violents en est la preuve), la rapidité, la précision et l'endurance se développent d'une manière très marquée (jusqu'à 13-15 ans) et se manifestent dans les jeux de compétition.

La grande enfance est appelée aussi phase de latence, en raison de la mise en sourdine de la sexualité. Elle est caractérisée par deux traits fondamentaux de la pensée et des conduites sociales. Tout d'abord la raison s'ébauche dans sa forme proprement logique mais seulement en tant que leçon apprise et c'est l'âge scolaire par excellence. Ensuite, la contrainte des disciplines morales et sociales (famille, école, religion) exerce une pression accrue dans l'ordre des sentiments, des actions et des règles de la pensée.

Cette phase est aussi l'âge des opérations concrètes. L'enfant est maintenant capable de décentration. Il ne tient plus compte de l'action propre seulement, mais aussi des différents aspects qui l'accompagnent. Il parvient à mettre en rapport les informations du milieu et par là à prendre conscience de sa propre pensée. La loi de causalité commence à être exécutée et un système de valeurs relativement fixe se constitue (règles du jeu, code accepté, etc.).

#### **1.2.4. L'adolescence**

L'adolescence est la période au cours de laquelle se fait le développement morphologique qui commence avec les premiers signes pubertaires (caractères sexuels secondaires) et qui se termine avec la pleine maturité sexuelle et la reproduction. A la fin de cette période, la croissance est relativement achevée et l'adolescent a atteint sa taille adulte.

La puberté amène ainsi la nécessité de l'intégration d'une nouvelle image du corps. Les transformations subies obligent l'adolescent à de nouveaux repérages dans l'espace et les sensations d'étrangeté du corps sont fréquentes à ce stade d'où les longues stations devant la glace, la recherche plus ou moins anxieuse de défauts mais aussi d'une certaine permanence de soi, derrière les changements de physionomie, pour conforter la conscience de l'identité propre. L'intégration du schéma corporel et l'apprivoisement de la nouvelle image de soi se font progressivement d'où la vulnérabilité narcissique de cette période et la fréquence des désharmonies pubertaires.

A l'adolescence, les mécanismes du fonctionnement psychique, affectif et intellectuel cessent d'être ceux d'un enfant pour devenir ceux d'un adulte. L'adolescent passe de l'état de dépendance totale à l'indépendance relative. Il commence à acquérir son autonomie en se détachant des parents par une remise en cause plus au moins importante de leur autorité et surtout de leur image idéalisée. Ceux-ci sont critiqués et jugés au lieu d'être surestimés.

L'adolescence est aussi l'âge des opérations formelles, logiques. L'enfant est maintenant apte à dégager sa pensée du contenu concret et à la situer dans un contexte plus large. Il peut raisonner sur une probabilité. La pensée opère sa construction rationnelle sur des modèles idéo-verbaux (abstractions, opérations logiques, jugements, etc.).

## **2. Définitions de la santé**

Il n'y a pas de définition unique et univoque de la santé, le concept de santé est variable et plusieurs acceptions coexistent. Cependant, nous pouvons classer les définitions du concept de santé en trois groupes :

**Le 1<sup>er</sup> groupe (le modèle biomédical) :** la santé est appréhendée comme l'absence de maladie, elle-même définie comme un problème organique (biophysique), objectivable, déterminé par une ou plusieurs causes qui doivent être identifiées et traitées. Cette articulation maladie / santé sera à l'œuvre dans de nombreuses définitions et s'accroîtra au XIX<sup>ème</sup> et dans la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Cependant, comme cette conception de la santé est la plus ancienne, elle reste très prégnante dans l'idée quotidienne d'envisager la santé<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Lhoste Y. : L'éducation à la santé à l'école : quels problèmes en formation des enseignants ?, In actes du 2<sup>ème</sup> colloque national du réseau des IUFM pour la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives 2008, Editions universitaires du sud, septembre 2010, p.406.

**Le 2<sup>ème</sup> groupe (le modèle biopsychosocial):** la période qui suit la deuxième guerre mondiale valorise une approche globale de la santé. En 1946, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité »<sup>5</sup>. Cette définition vient en rupture avec le modèle biomédical, puisqu'elle met en avant l'idée que la santé ne se réduit pas à sa dimension médicale et biologique, mais qu'elle inclut d'autres dimensions (psychologique, sociale). La santé n'est donc pas limitée à être le négatif de la maladie, au contraire, elle devient une valeur positive, un concept global. La santé y est à la fois objective (contrôlable par des mesures biophysiques) et subjective (en tant que volet d'une construction personnelle et/ou sociale, variant selon les groupes et les périodes).

Cette approche de la santé sera critiquée en raison de son caractère statique et utopique. La notion de normal, d'état optimum de bien-être, qui serait le même pour tous les hommes, est une généralisation difficilement acceptable, la notion de santé varie suivant les personnes, les époques et les civilisations. Les critiques soulevées par cette définition vont amener à sa révision, vers une approche plus dynamique.

**Le 3<sup>ème</sup> groupe :** en 1986, la conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, sous l'égide de l'OMS, a développé une conception plus élargie de la santé. La charte d'Ottawa définit la santé comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ».

Dans le contexte de la promotion de la santé, on a considéré que la santé n'était pas un état abstrait, mais plutôt un moyen d'atteindre un but ; sur le plan fonctionnel, il s'agit d'une ressource qui permet de mener une vie productive sur les plans individuel, social et économique. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques<sup>6</sup>.

La santé est ainsi la capacité d'adaptation permanente à son environnement, capacité à mobiliser les ressources personnelles (physiques et mentales) et sociales en vue de répondre aux nécessités de la vie. La santé est donc dynamique : elle recouvre tout ce qui concourt à l'adaptation au monde dans lequel l'individu vit<sup>7</sup>.

La Charte d'Ottawa mentionne certaines conditions préalables à la santé, qui sont la paix, des ressources économiques suffisantes, des aliments et un logement appropriés, un écosystème stable et une utilisation viable des ressources. La prise en compte de ces conditions préalables

---

<sup>5</sup>Glossaire de la promotion de la santé, OMS, 1999, p.1.

<sup>6</sup> Pirard A.-M. : « Promotion de la santé à l'école », Ed. Labor, 2003, p.15.

<sup>7</sup> Fayard Grelier E. : « L'éducation à la santé dans les collèges français : pratiques et représentations des professeurs », Mémoire de Master 1 à distance, Université de Rouen, juin 2010, p.6.

met en évidence les liens inextricables qui existent entre la situation sociale et économique, l'environnement physique, les modes de vie individuels et la santé.

La promotion de la santé définie dans la charte d'Ottawa comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci », comprend des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus et des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. Cinq domaines d'actions prioritaires sont ainsi définis pour réussir à mettre concrètement en œuvre le processus de promotion de la santé<sup>8</sup> :

- **Élaborer une politique publique saine** : la promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Ainsi, la politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption de politiques publiques saines, dans les domaines non sanitaires, ainsi que la détermination de solutions.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

□

- **Créer des milieux favorables à la santé** : toute stratégie de promotion de la santé exige la protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles. L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé – et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement – est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. Ainsi, l'évolution des schèmes de la vie du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

□

- **Acquérir des aptitudes individuelles** : la promotion de la santé soutient le développement individuel et social en développant chez chaque individu des aptitudes et des compétences (capacité de faire des choix personnels, développement de la confiance en soi, capacité d'agir de manière autonome) et pas seulement des savoirs,

---

<sup>8</sup> Pirard A.-M. : « Promotion de la santé à l'école », Ed. Labor, 2003, p.17.

car posséder des connaissances ne suffit pas pour adopter un comportement sain. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

- **Renforcer l'action communautaire** : la politique de promotion de la santé favorise la participation de la population à tous les stades d'un projet, de la définition à l'évaluation. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.
- **Réorienter les services de santé** : cette action vise l'adéquation des services de santé à l'évolution des besoins, mais aussi à la population elle-même. La qualité de l'accueil et de l'écoute des personnes doit permettre de mieux comprendre leur point de vue et leurs besoins. Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains. La réorientation des services de santé exige une attention accrue à l'égard de la formation professionnelle qui doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

□

La déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé (juillet 1997) a confirmé que ces domaines d'action sont valables pour tous les pays et que les approches globales du développement sanitaire sont les plus efficaces. Celles qui combinent les cinq actions susmentionnées sont plus efficaces que celles qui reposent sur une seule d'entre elles.

### **3. Les déterminants de santé des enfants d'âge scolaire**

Les déterminants de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations »<sup>9</sup>. Ces facteurs influencent la santé soit directement, soit par leur effet sur un comportement ou une décision qui aura des retombées sur la santé des individus ou d'une population, et ils interagissent aussi entre eux.

---

<sup>9</sup> OMS : Glossaire de la promotion de la santé, Division de la promotion, de la communication pour la santé, service éducation sanitaire et promotion de la santé, Genève, 1999, p.25, In [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf).

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 01 : Les déterminants de la santé et du bien être des enfants d'âge scolaire.**

L'individu	L'environnement immédiat	L'environnement global
<p><b>Biologie et génétique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexe</li> <li>- Ethnie</li> <li>- Maladie, handicap</li> </ul> <p><b>Psychologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concept de soi</li> <li>- Compétences sociales</li> <li>- Autres compétences (motrices, intellectuelles, etc.)</li> </ul> <p><b>Habitudes de vie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité physique</li> <li>- Alimentation</li> <li>- Sommeil</li> <li>- Consommation d'alcool ou de drogues</li> <li>- Tabagisme</li> <li>- Comportements sexuels</li> </ul>	<p><b>Famille</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristiques personnelles des parents.</li> <li>- Caractéristiques socio- économiques de la famille (revenu suffisant et pauvreté, niveau de scolarité des parents)</li> <li>- Type et composition de la famille</li> <li>- Attitudes et valeurs des parents</li> <li>- Relation parents – enfants</li> <li>- Pratiques éducatives des parents</li> </ul> <p><b>École</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Climat scolaire</li> <li>- Pratiques pédagogiques</li> <li>- Caractéristiques de la population scolaire</li> <li>- Ouverture de l'école à la communauté</li> </ul> <p><b>Soutien social</b></p> <p>Soutien des parents, des enseignants, d'autres adultes, des pairs</p> <p><b>Autres milieux de vie</b></p> <p>Accessibilité à d'autres milieux de vie de qualité : voisinage, clubs sportifs, groupements culturels, etc.</p> <p><b>Environnement physique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécurité et salubrité du logement, des écoles</li> <li>- Absence de matières toxiques et de contaminants (air, eau)</li> <li>- Sécurité de l'environnement</li> </ul>	<p><b>Valeurs sociales et culturelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolérance vis-à-vis de la violence</li> <li>- Place faite aux jeunes</li> <li>- Culture axée sur la compétition ou la coopération</li> </ul> <p><b>Environnement politique et conditions économiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Politiques sociales</li> <li>- Concertation intersectorielle</li> <li>- Niveau et sécurité du revenu</li> <li>- Emploi et chômage</li> </ul> <p><b>Organisation des services et des programmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité et accessibilité</li> <li>- Coordination</li> </ul>

Source : Hamel M., Blanchet L. et Martin C. : 6-12-17. Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien être des enfants d'âge scolaire », Ed. Les publications du Québec, 2001, p.5.

Dans leur ouvrage « 6-12-17. Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien être des enfants d'âge scolaire », Hamel M., Blanchet L. et Martin C. proposent un tableau de synthèse des différents déterminants de la santé et du bien être des enfants et des adolescents. Selon eux, les déterminants de santé des enfants et des adolescents peuvent être liés à<sup>10</sup> :

- **L'individu** : il s'agit surtout ici de ses habitudes de vie (telles que l'activité physique, l'alimentation, le sommeil, la consommation de substances licites ou illicites, les

<sup>10</sup> Dans ce qui suit on ne mettra le point que sur les déterminants microsystemiques relatifs aux individus et à leurs milieux de vie immédiats.

comportements sexuels) et de sa psychologie, avec le concept de soi, les compétences sociales, et enfin de sa biologie avec son patrimoine génétique ;

- **L'environnement immédiat** : citons par exemple, la famille, l'école, le soutien social, l'environnement physique, les autres milieux de vie, etc. ;
- **L'environnement global** : il regroupe les valeurs sociales et culturelles, l'environnement politique et les conditions économiques, l'organisation des services et des programmes, etc.

### **3.1. Les habitudes de vie**

De saines habitudes de vie sont indéniablement des déterminants importants de la santé et du bien être des enfants et des adolescents et de celle des adultes qu'ils deviendront.

#### **3.1.1. L'activité physique**

La pratique régulière d'activités physiques durant l'enfance et l'adolescence contribue au développement des tissus osseux et musculaires de l'enfant (surtout les activités où l'on doit supporter son poids comme l'aérobic et l'anaérobic). En effet, la pratique vigoureuse et régulière d'activités physiques comportant une résistance ou une charge importante améliore la minéralisation et la densité osseuse du squelette chez les jeunes.

Par ailleurs, l'activité physique combinée avec une alimentation appropriée et de saines habitudes de vie est un important facteur à la fois de contrôle de la masse corporelle et de prévention de l'embonpoint et de l'obésité, tant chez les jeunes que chez les adultes, contribuant du même coup à réduire les risques d'hypertension, de diabète, de maladies coronariennes et de décès prématurés associés à l'obésité chez les adultes.

En outre, l'activité physique est associée à des effets bénéfiques sur la santé mentale (meilleures dispositions psychologiques). En effet, les jeunes physiquement actifs ont une meilleure estime de soi et souffrent moins d'anxiété et de dépression par l'effet de relaxation que l'activité physique produit dans les heures qui suivent sa pratique.

Les connaissances sur les effets à long terme de la pratique d'activités physiques sont limitées (par exemple, les effets à long terme de l'activité physique sur les maladies cardiovasculaires en général ne persistent à l'âge adulte que s'il y a poursuite de l'activité physique pratiquée régulièrement). Toutefois, la pratique régulière d'activités physiques pendant l'enfance et l'adolescence, en permettant l'apprentissage des habiletés motrices fondamentales et en développant le goût de l'activité physique, favorise le maintien d'un mode de vie physiquement actif à l'âge adulte, en plus des saines habitudes de vie notamment à l'égard du tabagisme, de l'alimentation et du sommeil.

### **3.1.2. L'alimentation**

Les aliments sont la source des éléments essentiels à la vie, et à la vie en bonne santé (vitamines, minéraux, glucides complexes, antioxydants, les acides gras essentiels, les protéines, les isoflavones, les indoles, etc.).

Une alimentation adéquate en quantité et en qualité nutritive représente un facteur de base de la croissance et du développement de l'organisme humain, de la résistance du système immunitaire tout au long de la vie, de la protection contre plusieurs types de cancers et de la prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'ostéoporose, de l'obésité, de la naissance de bébés de petit poids, des malformations du tube neural, etc.

Selon l'organisation mondiale de la santé, une alimentation et une nutrition satisfaisantes durant l'âge scolaire contribuent à la productivité des personnes d'âge adulte et ainsi à l'économie des pays.

Toute la période de croissance qui caractérise l'enfance et l'adolescence est intimement liée à la qualité de l'alimentation. La poussée de croissance particulière à l'adolescence est accompagnée de changements hormonaux, cognitifs et émotionnels. Ces changements créent des besoins nutritionnels particuliers. Par exemple, les besoins en fer sont accrus durant l'adolescence à cause de l'augmentation de la masse musculaire, de celle du volume sanguin et de celle de la concentration de l'hémoglobine. Le calcium est important dans la formation osseuse et dentaire. Les personnes qui ont une quantité adéquate de calcium au cours de l'enfance, de l'adolescence et au début de la période adulte risquent moins de souffrir d'ostéoporose. En outre, les demandes plus élevées d'énergie durant la période de croissance rapide nécessitent une alimentation plus riche en thiamine et en riboflavine afin de mieux libérer l'énergie des sources glucidiques. Les vitamines A, C et E sont nécessaires au maintien de nouvelles cellules.

La malnutrition, entendue comme déséquilibre alimentaire ou insuffisance alimentaire, diminue la capacité d'apprentissage. En effet, le rendement scolaire et les capacités mentales sont beaucoup plus élevés chez les élèves ayant un bon état nutritionnel que chez ceux qui ont un pauvre état nutritionnel. La sous alimentation affecte la capacité de se concentrer et d'apprendre en plus d'entraîner l'absentéisme.

Le petit déjeuner influence beaucoup les apports nutritionnels d'une journée. Les personnes qui déjeunent à la maison ou à l'école améliorent leurs apports en fibres, en vitamines et en minéraux. Les enfants qui déjeunent ont un meilleur rendement cognitif, particulièrement dans les fonctions faisant appel à la mémoire, que ceux qui ont jeûné depuis la veille.

### **3.2. Facteurs relevant de la psychologie de l'enfant**

Dans ce point, nous allons traiter la compétence sociale de l'enfant et de l'adolescent et le concept de soi.

#### **3.2.1. La compétence sociale de l'enfant et de l'adolescent**

La compétence sociale est la capacité d'intégrer les éléments cognitifs et affectifs ainsi que les comportements afin d'accomplir des tâches sociales précises et d'obtenir des éléments de développement positifs. Elle comprend une série d'aptitudes, d'habiletés et de sentiments fondamentaux dont le sens fonctionnel est déterminé par les contextes de la culture, de l'entourage et de la situation<sup>11</sup>.

Les habiletés fondamentales à la base de la compétence sociale sont : la capacité de percevoir et d'interpréter correctement les indications sociales pertinentes, la capacité de trouver des solutions efficaces pour surmonter les problèmes interpersonnels, d'évaluer de façon réaliste les solutions possibles et de traduire les décisions sociales en comportements efficaces, la capacité d'exprimer, d'évaluer et de reconnaître son efficacité personnelle.

Le manque de compétence sociale durant l'enfance, vu sous l'angle des difficultés vécues avec les pairs, constitue un risque pour la santé mentale à l'adolescence et à l'âge adulte. Les enfants qui ont un faible niveau de compétence sociale sont perçus par leurs pairs comme étant malheureux. Plusieurs dimensions de la compétence sociale en milieu scolaire, comme l'attachement aux amis, la capacité de demander des conseils et du soutien ainsi que la participation à des activités parascolaires, sont des variables qui permettent de distinguer les enfants sains mentalement des autres.

Les enfants qui affichent une bonne compétence sociale, particulièrement au début de leur scolarisation et au moment des transitions scolaires, suscitent des réactions positives non seulement de leurs pairs, mais également de leurs enseignants, ce qui crée un contexte favorable aux apprentissages. Inversement, une piètre compétence sociale, qui se traduit par le rejet des pairs, fait en sorte que certains enfants ne se sentent pas les bienvenus à l'école. Le fait d'être rejetés par une majorité de leurs pairs provoquerait chez eux un sentiment d'isolement social. Bien qu'ils aient des amis, les enfants rejetés perçoivent qu'ils en retirent moins de soutien et de satisfaction que les autres enfants. La faible qualité de leurs amitiés ferait en sorte que ces enfants sont privés du soutien nécessaire pour se sentir à l'aise à l'école. L'absentéisme et l'abandon scolaire constitueraient, pour ces élèves, un moyen de se soustraire au rejet de leurs pairs.

---

<sup>11</sup> Gottlieb B.H. : Promouvoir le développement optimal des jeunes du Canada, In forum national sur la santé, les déterminants de la santé : les enfants et les adolescents, Sainte-Foy, Ed. Multi mondes, 1998, p.261.

Les relations difficiles avec les pairs, qui se traduisent souvent par le rejet des pairs, risquent beaucoup d'occasionner ultérieurement des difficultés comme des problèmes d'externalisation, de la délinquance, ainsi que des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues.

### **3.2.2. Le concept de soi ou l'estime de soi**

Le concept de soi correspond à la perception qu'une personne a d'elle-même. Il se construit donc à partir des perceptions que la personne accumule sur elle-même au fil des expériences qu'elle vit dans son environnement et à partir des interprétations qu'elle en fait.

Un bon concept de soi conférerait à la personne un sentiment de contrôle sur sa vie qui préviendrait l'angoisse et différents problèmes affectifs, cognitifs et motivationnels. Ce sentiment d'emprise influencerait positivement le système immunitaire en atténuant la réponse de l'organisme au stress. De plus, un bon concept de soi favorise l'adoption de comportements favorables à la santé et, de là, la prévention de certains problèmes relatifs à la consommation d'alcool ou de drogues. Ainsi, ils évalueraient mieux la qualité de l'information qu'ils reçoivent et ils seraient plus en mesure de prévoir les conséquences de certains actes sur leur santé et résisteraient mieux à la pression des pairs.

La perception de sa propre compétence représente une source potentielle de motivation. Ainsi, les élèves qui ont le sentiment d'être compétents pour accomplir une tâche seraient plus enclins à s'engager sur le plan cognitif et ils manifesteraient davantage de persévérance à la tâche, ce qui influencerait positivement le rendement scolaire de l'élève qui, à son tour, influencerait le concept de soi.

### **3.3. La relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents**

La famille constitue le milieu de vie le plus stable pour la majorité des enfants et des adolescents. Les parents, quant à eux, sont des personnes de référence privilégiées. Ils demeurent, d'une part, des personnes importantes sur le plan relationnel et, d'autre part, ils incarnent les figures d'autorités chargées d'assumer une fonction éducative tout au long de l'enfance et de l'adolescence.

En fonction des caractéristiques de la relation parents-enfants et de celles relatives aux pratiques parentales, quatre catégories de style parental peuvent être distinguées, à savoir :

- Le style démocratique : les parents démocratiques imposent des limites claires et raisonnables à leur enfant tout en lui laissant une certaine liberté. Ils savent encadrer adéquatement leur enfant, sans toutefois se montrer intrusifs ou inutilement restrictifs. Ces parents sont généralement chaleureux et sensibles aux besoins de leur enfant. Ils exercent une discipline ferme qui vise à soutenir l'enfant plutôt qu'à le punir.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Le style permissif : les parents permissifs sont peu directifs et exercent une discipline laxiste et inconsistante. Ils encouragent la libre expression chez leur enfant et évitent la confrontation avec lui. Ils se montrent généralement affectueux avec leur enfant, mais leur encadrement se résume souvent au laisser faire.
- Le style autoritaire : les parents autoritaires sont très directifs et mettent l'accent sur l'obéissance de la part de leur enfant et sur l'observance des règles qu'ils établissent. Ils font recours au pouvoir pour imposer ces règles plutôt qu'aux explications et à la persuasion. Ces parents sont souvent peu sensibles aux besoins de leur enfant et ils accordent une grande importance au contrôle qu'ils exercent sur son comportement.
- Le rejet et la négligence : sont le lot des parents désengagés à l'égard de leur enfant. ces parents manifestent peu d'affection à l'enfant ou sont hostiles envers lui. Ils offrent peu d'encadrement et peu de soutien à leur enfant, allant jusqu'à négliger leurs responsabilités parentales ou à carrément rejeter leur enfant.

**Tableau 02** : les catégories de style parental.

	Degré élevé d'exigence	Degré faible d'exigence
Degré élevé de sensibilité	Style démocratique	Style permissif
Degré faible de sensibilité	Style autoritaire	Rejet ou négligence

Source : Hamel M., Blanchet L. et Martin C. : 6-12-17. Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien être des enfants d'âge scolaire », Ed. Les publications du Québec, 2001, p.14.

Il existe des liens entre les styles parentaux et la compétence sociale de l'enfant. Les enfants de parents exerçant un style démocratique ont une plus forte probabilité d'être compétents socialement et d'établir des relations d'amitié et de coopération avec leurs pairs. Ce style parental est en outre associé à la maturité du développement moral et au comportement prosocial de l'enfant, à un bon concept de soi et à un rendement scolaire élevé (il serait plus orienté vers le travail et plus engagé dans les activités de la classe, il aurait des aspirations plus élevées par rapport à l'éducation, des sentiments plus positifs envers l'école et consacrerait plus de temps à ses travaux scolaires).

Par contre, les enfants de parents exerçant un style autre que démocratique ne sont pas compétents socialement et manifestent de l'agressivité ou du retrait social. Les parents qui démontrent de la froideur et du rejet à l'endroit de leur enfant et qui exercent une discipline trop sévère risqueraient plus que les autres parents d'avoir des enfants agressifs. En effet, l'hostilité et le recours à des stratégies de pouvoir par les parents, risquent fort de constituer le modèle de référence de l'enfant pour les échanges avec ses pairs ou avec les autres personnes

extérieures au milieu familial. Toutefois, le style parental ne représenterait pas la variable la plus puissante pour prédire le recours à l'agressivité et la délinquance après l'enfance, ce serait plutôt les comportements agressifs en bas âge qui laisseraient prévoir avec plus de certitude l'agressivité, la criminalité et la délinquance à l'adolescence et à l'âge adulte. Le style parental jouerait toutefois un rôle dans la genèse de l'agressivité et des troubles du comportement en général.

Par ailleurs, un style parental autoritaire favoriserait l'anxiété et le retrait social chez les enfants. En effet la surprotection des parents favoriserait chez l'enfant, le retrait social, la timidité et la dépendance à l'égard de l'adulte.

### **3.4. Le soutien social**

Le concept de soutien social se traduit par l'interaction qui lie une personne dans le besoin, le receveur, et une personne qui tente de combler ce besoin, le donneur, et qui a pour but d'apporter diverses formes d'aide ou de ressources à quelqu'un pour qu'il puisse faire face aux difficultés de la vie.

On distingue différentes catégories de soutien social :

- Le soutien émotionnel : fait référence à toute communication d'affection, d'appréciation et de reconnaissance permettant à une personne de se sentir entourée et valorisée.
- Le soutien instrumental : consiste en différentes formes d'aide concrète comme l'aide matérielle ou les services rendus.
- L'information : fournie sous forme de conseils, de guides, de suggestions pour régler des problèmes.
- L'accompagnement à des activités : permet d'expérimenter un sentiment d'appartenance ou de camaraderie.

Le soutien social a des effets sur la santé physique et mentale des personnes. L'effet du soutien social sur la santé est comparable à celui de facteurs de risques relatifs au tabagisme, à l'hypertension artérielle et à la sédentarité. Les personnes isolées socialement ou qui ont un réseau social pauvre présentent des taux de mortalité plus élevés. Le soutien social influence plusieurs aspects des fonctions cardiovasculaires, endocriniennes et immunologiques. Il exerce un rôle de régulation de la tension artérielle, influence le taux d'hormones, le taux des cellules immunitaires et enfin la qualité de la réponse immunitaire. Le soutien émotionnel et le soutien provenant de la famille joueraient un rôle positif particulièrement important dans le maintien et la restauration de plusieurs dimensions de la santé.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Le soutien des parents, des amis et du personnel scolaire a une influence non négligeable sur le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents.

Le soutien des parents influencerait positivement le développement des enfants sur les plans cognitif, social et émotionnel. Chez les enfants du primaire, le soutien des parents serait associé à la confiance en soi et à l'adaptation sociale, tandis que le manque de soutien parental serait lié à des problèmes d'agressivité ou de timidité dans les relations avec les pairs. Les adolescents qui font l'objet d'un bon soutien parental présentent moins de problèmes de dépression et de détresse psychologique, ils ont un cheminement scolaire normal et sont moins enclins aux tentatives de suicide, à l'usage de drogues et d'alcool ainsi qu'aux comportements délinquants.

Le soutien social des amis améliorerait l'évaluation que les enfants et les adolescents font d'eux même, encouragerait la participation à des activités parascolaires et réduirait les sentiments dépressifs.

### **3.5. Le climat scolaire, la participation parentale et l'ouverture de l'école à la communauté**

Le climat scolaire donne une indication générale de l'atmosphère qui prévaut dans les rapports sociaux, et de la valeur accordée aux personnes, à la mission éducative de l'école et à l'institution comme milieu de vie. Le climat scolaire comprend : le climat relationnel, le climat éducatif, le climat de sécurité, le climat de justice et le climat d'appartenance.

- La qualité du climat relationnel varie en fonction de la chaleur et de l'empathie dans les contacts interpersonnels, du respect manifesté entre les personnes et de l'assurance du soutien d'autrui. Dans les écoles où règne une bonne entente interpersonnelle entre les différents acteurs, les élèves réussissent mieux et ont moins de difficultés comportementales. La qualité des relations entre maître et élèves et la perception du soutien provenant de ce dernier exerce une influence sur l'intérêt et la motivation des élèves ainsi que sur le respect des normes et des règles de la classe.
- Le climat éducatif se traduit par la valeur accordée à l'éducation dans le milieu et par le maintien d'attentes aussi élevées que réalistes à l'égard du rendement des élèves. L'ensemble des acteurs montrent un dévouement à la réussite, manifestent de l'enthousiasme, offrent une bonne éducation, véhiculent la valeur de la scolarisation et donnent un sens aux apprentissages.
- Le climat de sécurité a trait à l'ordre et à la tranquillité qui sont essentiels à l'accomplissement des tâches scolaires. Les élèves susceptibles de décrocher de l'école sont ceux qui perçoivent peu d'ordre et peu d'organisation en classe.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Le climat de justice constitue un signe que l'attitude, l'évaluation ou la réaction disciplinaire des adultes à l'égard des jeunes sont marquées par une juste appréciation, une reconnaissance et un respect des droits de chacun.
- Enfin, le climat d'appartenance est la résultante des autres aspects du climat scolaire. Il se manifeste par le sentiment de fierté à fréquenter l'école, l'importance accordée à l'école comme milieu de vie et l'adhésion aux valeurs véhiculées par l'institution.

La participation parentale au suivi scolaire a des effets bénéfiques à la fois sur le développement, le rendement et le comportement des élèves ainsi que sur les attitudes de ces derniers par rapport à l'école. En général, les enfants et adolescents dont les parents participent au suivi scolaire ont de meilleurs résultats et de plus grandes aspirations scolaires, ils terminent davantage leurs devoirs, s'absentent moins souvent, manifestent moins de difficultés comportementales et abandonnent moins l'école. On distingue cinq dimensions de la participation parentale au suivi scolaire :

- Le soutien affectif : s'exprime par des encouragements, des compliments, l'aide aux devoirs, des discussions sur les choix à faire, la présence à l'école pour assister à des activités dans lesquelles les enfants sont engagés.
- La communication avec les enseignants, qui se traduit par des rencontres ou des appels téléphoniques.
- Les interactions parents-enfants ou parents-adolescents axées sur le quotidien scolaire, qui se traduisent par des conversations sur l'école, sur les travaux ou sur les relations scolaires.
- La communication parent-école, qui se manifeste par la présence à des réunions de parents ou la participation à des comités décisionnels.
- La communication parents-enfants ou parents-adolescents, qui s'établit par des discussions sur l'actualité ou les projets d'avenir.

Le soutien affectif constitue le facteur qui a la plus grande influence sur les résultats scolaires et les aspirations scolaires. Il est également associé à un nombre moindre d'incidents disciplinaires en classe et à un risque d'abandon scolaire moins élevé.

Le soutien de la communauté aide les enfants et les adolescents à se développer sainement, particulièrement sur le plan social, et à devenir autonomes. La collaboration avec la communauté augmente les ressources disponibles pour assurer le développement, le bien être et la réussite des élèves. Grâce à une telle collaboration, les enfants et les adolescents peuvent être entourés d'adultes importants pour eux qui s'occupent de l'ensemble de leurs besoins.

## **II. EVOLUTION DE LA SANTE SCOLAIRE DANS LE MONDE**

En Europe, au XVII<sup>e</sup> siècle, la protection de la santé de l'enfant se résumait souvent à des initiatives médico-sociales prises par des associations caritatives et philanthropiques, dirigées le plus souvent vers les plus défavorisés. L'école était du ressort des organisations religieuses (l'église)<sup>12</sup>.

Avec la séparation de l'Etat et de la religion et en rendant l'école obligatoire, l'Etat est devenu responsable non seulement de l'instruction mais aussi d'une partie de la santé des enfants.

Dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, la question de la santé a une part importante dans la mission éducative. En effet, la fréquentation généralisée de l'école révèle non seulement la misère dans laquelle vit une partie de la population, mais aussi les dangers qu'il y a pour les enfants à passer des journées entières dans des lieux souvent insalubres et à subir des rythmes astreignants. Ainsi en 1880, le troisième congrès international sur l'éducation à Bruxelles a fait de la question de l'hygiène à l'école un des principaux sujets de ce congrès<sup>13</sup>.

Aux USA, dès les premières décennies du 19<sup>ème</sup> siècle, des programmes d'hygiène scolaire ont été mis en place pour combattre la propagation des maladies infectieuses et prendre en charge les élèves présentant des maladies graves. A cette époque, pour beaucoup d'enfants, ce service était le seul moyen d'accéder à des soins.

### **1. La santé scolaire dans les pays européens**

En Europe, la santé scolaire relève des compétences de l'Etat, des communautés ou cantons et des municipalités. Il existe différentes stratégies de prise en charge de la santé des enfants et des adolescents scolarisés. Les bilans de santé se réalisent dans tous les pays soit principalement dans les centres de santé avec des équipes non spécifiques pour la santé scolaire soit par des équipes spécifiques en milieu scolaire ou dans les centres de soins. Les médecins et infirmières sont les principaux concernés.

#### **1.1. En France**

En France, La médecine scolaire a été évoquée en 1793 par Lakanal, homme politique membre de la Convention nationale, qui présente un projet de loi sur l'instruction civique et spécifie que des officiers de santé visiteront au cours des quatre saisons de l'année les élèves des écoles nationales et leur indiqueront en général et en particulier les règles les plus propres

---

<sup>12</sup> Ould-Metidji T. : Santé scolaire dans le monde : évolution et résultats, In actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 Avril 1991, p.21.

<sup>13</sup> Etudes thématiques : santé et nutrition en milieu scolaire, In forum mondial sur l'éducation, l'éducation pour tous -bilan à l'an 2000, Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000, P.15.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

à fortifier leur santé<sup>14</sup>. Ce projet ne sera pas suivi d'effet mais il montre les prémices de la prise de conscience par l'institution scolaire nationale de sa responsabilité dans le domaine de l'éducation à la santé des élèves qui lui sont confiés.

Sous Napoléon 1, les préfets sont chargés par décret de visiter collèges, lycées, pensions et institutions afin de contrôler si les mœurs et la santé des élèves y sont correctement assurées.

En 1833, la loi Guizot confie à un comité communal la mission de veiller à la salubrité des écoles publiques ou privées. Cette mission sera confirmée par la loi Falloux en 1850. Mais à cette époque, on inspecte bien plus les écoles que les écoliers.

Un décret impérial en 1855 institue l'inspection médicale scolaire, mais son caractère obligatoire n'est reconnu qu'en 1886 par la loi du 30 octobre 1886, sous l'influence de Jules Ferry. Les collectivités locales (départementales et municipales) sont chargées de mettre en œuvre ces services d'inspection médicale<sup>15</sup>. L'école apparaît comme le lieu de prédilection pour informer les enfants sur l'hygiène afin d'éviter les maladies contagieuses gravissimes à cette époque. L'hygiène est intégrée aux programmes scolaires où elle est traitée dans le cadre des leçons de morale.

Dans la mesure où ce sont les collectivités locales qui sont chargées de mettre en place l'inspection médicale scolaire, sa mise en œuvre effective sera très imparfaite. C'est par l'ordonnance du 18 octobre 1945 que le service national d'hygiène scolaire et universitaire est créé<sup>16</sup>. Il répond au besoin de protéger une population particulièrement exposée, car l'état de santé des enfants à la fin de la seconde guerre mondiale est très préoccupant : enfants sous-alimentés, carencés, souvent hypotrophiques...etc. Des examens périodiques de dépistage des maladies contagieuses comme la tuberculose sont instaurés. Le service national d'hygiène scolaire et universitaire relèvera du ministère de l'éducation nationale, le ministère de la Santé ayant cependant un droit de regard pour les directives d'ordre technique. Le service comprend alors des médecins, des assistantes sociales et des adjointes qui font le travail d'infirmière. Il deviendra en 1955 le service de santé scolaire et universitaire<sup>17</sup>.

En 1964, l'évolution de l'état sanitaire et le développement de besoins nouveaux entraînent une nouvelle orientation définie par le décret du 30 juillet 1964. Le service de médecine scolaire est transféré au ministère de la santé<sup>18</sup>. Dans le cadre de la réorganisation des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale, le directeur départemental des

---

<sup>14</sup> Rognon E. : Entre éducation et médiation : le rôle des infirmières scolaires dans la prévention de la violence, DEA d'éthique médicale et biologique, Université René Descartes (Paris V), 2001, p.18.

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Pharm-Daubin N.-C. : Les enjeux éthiques de l'éducation à la santé en milieu scolaire, mémoire de l'école nationale de santé publique, 2005, p.7.

<sup>17</sup> Idem.

<sup>18</sup> Rognon E. : Entre éducation et médiation : le rôle des infirmières scolaires dans la prévention de la violence, DEA d'éthique médicale et biologique, Université René Descartes (Paris V), 2001, p.18.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

actions sanitaires et sociales est responsable des orientations à mener en milieu scolaire; un médecin inspecteur de la santé en est le responsable technique. Il s'agit de ramener ce secteur de la médecine dans le giron de la santé publique et de le faire échapper à la tutelle de l'éducation nationale, réputée difficile à diriger et réformer.

En 1969, apparaît dans les textes la création du service unifié de l'enfance qui regroupe au sein de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale, la protection maternelle et infantile, la santé scolaire, l'aide sociale à l'enfance et la psychiatrie infanto juvénile<sup>19</sup>. Ce regroupement devrait permettre à tous les professionnels de l'enfance de coordonner leurs actions pour une meilleure efficacité.

Le 12 juin 1969 est publiée l'instruction générale sur le fonctionnement du service de santé scolaire. Sur le papier, tout y est : l'existence d'une équipe de secteur (médecin, assistantes sociales, infirmières, secrétaire), la notion d'un secteur médico-social scolaire qui devrait compter au maximum 5 000 à 6 000 élèves, un large éventail de missions faisant la part belle aux examens médicaux systématiques, mais comportant également des tâches de liaison avec les parents, les enseignants, la PMI, les médecins libéraux, la surveillance de l'hygiène du milieu, l'éducation à la santé, des permanences médicales au moins une fois par mois et des permanences sociales, la participation aux différents conseils : de classe, d'administration, d'orientation et de discipline, etc.<sup>20</sup>

Au cours des années 1980, une nouvelle orientation prend place, la médecine scolaire devant répondre à des besoins de prévention à la fois généraux et localement définis, et réduire les inégalités. Dans ce cadre, la circulaire de Bagnolet en 1982, relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire, affirme que le développement de la prévention médicale et sociale au profit des élèves scolarisés est une des grandes priorités du ministère de la santé<sup>21</sup>. Elle pose la réduction des inégalités comme un objectif fondamental, annonce un accroissement notable des effectifs de personnel tenant compte de l'ampleur des besoins non satisfaits, et préconise des actions planifiées par programme pour tenir compte des besoins et des priorités.

Cette circulaire développe la prévention médicale et sociale en faveur de l'enfant grâce à des actions de portée générale, et notamment la réalisation à 100% des trois bilans de santé (5 - 6 ans, 10 - 11 ans et entre 13 et 16 ans), des actions d'éducation à la santé, le suivi de l'hygiène de l'environnement scolaire, des actions sélectives pour résorber les inégalités et notamment des programmes prioritaires planifiés et décentralisés au niveau de la région ou du département, s'appuyant sur les données épidémiologiques existantes, harmonisés avec la

---

<sup>19</sup> Rognon E. : Entre éducation et médiation : le rôle des infirmières scolaires dans la prévention de la violence, DEA d'éthique médicale et biologique, Université René Descartes (Paris V), 2001, p.19.

<sup>20</sup> Tricoire M., Pommier J., Deschamps J.-P. : La santé scolaire en France : évolution et perspectives, In revue Santé publique, volume 10, n° 3, 1998, p.259.

<sup>21</sup> Chikhi S. : La santé scolaire (secteur sanitaire de Birtraria), thèse de doctorat en sciences médicales, Université d'Alger, 2003, p.40.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

politique de réduction des inégalités entreprise par le ministère de l'éducation nationale, ainsi que des actions de recherche épidémiologique.

En 1984, le service de santé scolaire est rattaché au ministère de l'éducation nationale par le décret du 21 décembre 1984<sup>22</sup>. Mais l'application va s'étaler de 1985 à 1991, avec des mesures transitoires complexes concernant la gestion des personnels. Les infirmières et assistantes sociales relèvent entièrement du ministère de l'éducation nationale. Les médecins et les secrétaires restent gérés par le ministère chargé de la santé, et sont placés sous l'autorité de l'inspecteur d'académie.

Par la circulaire du 24 Juin 1991, portant sur les missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves, le service de santé scolaire change de dénomination et devient le service de promotion de la santé en faveur des élèves<sup>23</sup>. Ce dernier est chargé non seulement de la surveillance de l'état de santé des élèves (prévention, dépistage précoce) mais aussi de la promotion de la santé physique et mentale de tous les jeunes scolarisés en vue de contribuer à leur bon équilibre et à leur épanouissement, et d'assurer leur bonne insertion dans l'école.

Par le décret du 10 Octobre 1991, tous les personnels des services de santé scolaire (y compris les médecins et les secrétaires) sont gérés par le ministère de l'éducation nationale<sup>24</sup>. Un corps des médecins de l'éducation nationale est créé par le décret du 27 novembre 1991. Ces derniers sont recrutés par voie de concours national. Les lauréats des concours bénéficient d'une formation spécialisée d'un an à l'école nationale de santé publique avec notamment la formation aux méthodes et techniques de dépistage des troubles d'apprentissage, la formation en santé publique et en épidémiologie.

Des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ont été mis en place par la circulaire du 01 juillet 1998 portant sur la prévention des conduites à risque et la mise en place des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté<sup>25</sup>. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est présidé par le chef de l'établissement scolaire, le médecin et l'infirmière scolaires font également partie de ce comité. Il est l'instance opérationnelle pour la définition et la mise en œuvre de l'éducation préventive en matière de conduites à risques et de dépendances dans et hors l'école en associant aux membres de la communauté éducative, les élèves, les parents et les partenaires extérieurs dans une logique de réseau et de renforcement des liens.

---

<sup>22</sup> Chikhi S. : La santé scolaire (secteur sanitaire de Birtraria), thèse de doctorat en sciences médicales, Université d'Alger, 2003, p.40.

<sup>23</sup> Circulaire du 24/06/91 portant sur les missions et fonctionnement du Service de promotion de la santé en faveur des élèves

<sup>24</sup> Décret du 10/10/91 portant sur la gestion de tous les personnels des Services de santé scolaire par le Ministère de l'Education nationale.

<sup>25</sup> Circulaire n° 98-108 du 01 juillet 1998 portant sur la prévention des conduites à risques et comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

En 2001, les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves ainsi que les missions dévolues aux médecins et aux infirmières de l'éducation nationale sont redéfinies par la circulaire n° 2001-012 du 12/12/2001, portant sur les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, la circulaire n° 2001-013 du 12/12/2001, portant sur les missions des médecins de l'Education nationale et la circulaire n° 2001-014, portant sur les missions des infirmières de l'éducation nationale, respectivement. Les nouvelles circulaires visent à prendre soin de la santé plus que de la maladie, dépister précocement des déficiences ou des pathologies, aider les familles à accéder aux soins requis pour leurs enfants, aider à l'intégration des enfants et adolescents atteints de handicap ou de troubles de la santé et prendre en charge des élèves dans le cadre de l'enfant en danger ou victime de mauvais traitement. De plus, ces circulaires stipulent que l'éducation à la santé doit s'inscrire dans un projet éducatif global et se dérouler tout au long de la scolarité des élèves depuis la maternelle jusqu'à la fin du collège. Les parents doivent être informés des actions entreprises et y être associés individuellement. L'élève doit être un acteur de sa prévention en l'aidant à faire des choix par rapport aux risques et pour cela il convient d'animer des échanges avec des groupes d'élèves afin de mieux cerner leurs préoccupations et de répondre à leurs attentes.

La circulaire du 8 septembre 2003 relative au projet d'accueil individualisé permet aux enfants atteints de maladies chroniques de prendre leur traitement à l'école et d'y avoir les soins et les aménagements nécessités par leur état de santé. La loi du 11 février 2005 et ses décrets apportent des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des élèves handicapés et le 4 avril 2008 une nouvelle circulaire fait de la scolarisation des élèves atteints de handicap une priorité.

Cet historique fait apparaître l'évolution de la médecine scolaire en fonction des besoins et des idéologies. On est passé de l'hygiène pédagogique à la promotion de la santé et du seul médecin à une équipe comportant infirmières, assistante sociale et parfois secrétaire médicale.

Le rattachement de la médecine scolaire alternativement au ministère de la santé et à l'éducation nationale montre les oscillations entre le pôle soins et le pôle médico-social. Le regroupement en 1991 au sein de l'éducation nationale atteste des choix qui ont été faits : l'action médico-éducative et l'action sociale, c'est-à-dire la prévention. Ainsi, le service de promotion de la santé des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller au bien-être des élèves, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité.

### **1.2. En Pologne**

En Pologne, jusqu'en 1998, on pouvait trouver un médecin, un dentiste et une infirmière hygiéniste dans les établissements scolaires. La réforme du système de santé de 1999 a induit un certain nombre de changements concernant la prise en charge de la santé des jeunes à

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

l'école. Un fonds national de santé (FNS), responsable des programmes de santé, a été créé<sup>26</sup>. Le FNS passe un contrat avec les écoles pour la mise en place de ces programmes. Ce programme consiste dans le financement d'un poste d'infirmière dans les établissements depuis 2003 avec une mission liée à la prévention. La prise en charge de l'enfant est assurée par le médecin de famille dans son cabinet. Il peut arriver que des médecins des centres de santé publique soient envoyés pour des actions ponctuelles dans les écoles pour des contrôles de vaccination ou des examens de santé. Les missions du service de santé scolaire sont des missions centrées sur les bilans de santé, la vaccination et l'éducation à la santé.

Pour autant, le FNS n'est pas le seul acteur responsable de la santé des jeunes à l'école, le ministère de l'éducation a aussi une responsabilité en termes d'éducation pour la santé. En 1999 est aussi intervenue une grande réforme de l'éducation qui prévoit un développement de l'éducation pour la santé. Chaque école doit préparer 2 documents : l'un concernant un programme d'éducation à la vie citoyenne et l'autre concernant un programme de prévention dans une perspective citoyenne (santé mais aussi écologie, médias, etc.).

### **1.3. Au Danemark**

Au Danemark, l'organisation de la santé scolaire est décentralisée. Le système de santé scolaire est basé sur la loi de 1996 qui confie directement aux municipalités, la responsabilité des mesures de prévention et de promotion de la santé pour les enfants et les adolescents<sup>27</sup>.

L'autorité nationale de santé formule les principales directives et définit le cadre législatif de l'exercice de la santé scolaire mais les municipalités définissent, chacune, leurs priorités et leur propre programme. Il existe donc des spécificités locales.

Les services de santé dans les écoles au Danemark reposent sur l'activité en première ligne, des infirmières scolaires présentes dans les établissements et elles sont secondées par des médecins ou d'autres professionnels des services municipaux, qui interviennent seulement de façon ponctuelle dans les écoles.

L'office national de la santé a mis au point un manuel de santé scolaire qui a été publié en novembre 2005. Il est destiné aux médecins des écoles et infirmiers chargés des soins primaires. Il existe une coopération interdisciplinaire entre le personnel de santé (infirmière/médecin), les enseignants, les psychologues, les travailleurs sociaux, la police et autre, dans les écoles et la municipalité.

---

<sup>26</sup> Pommier J., Jourdan D. : la santé à l'école dans les pays européens, Ed. Sudel, Paris, novembre 2007, P.37.

<sup>27</sup> Idem, P.35.

#### **1.4. Au Portugal**

Au Portugal, le ministère de la santé a un département de santé scolaire qui définit le programme de santé scolaire et une division de l'éducation à la santé qui fixe les orientations d'éducation à la santé et met en place des programmes nationaux. Le ministère de l'éducation prend l'initiative de la mise en œuvre d'autres programmes d'éducation à la santé dans les écoles. Les deux ministères s'accordent pour promouvoir les actions d'éducation à la santé dans les écoles, avec la signature commune d'un protocole de santé scolaire le 7 Février 2006<sup>28</sup>. Au niveau local, la santé des jeunes scolarisés est prise en charge par les infirmières et les médecins des centres de santé primaires. Les consultations se font sur place mais le personnel peut être amené à se déplacer pour des actions ponctuelles en éducation à la santé ou autres activités de promotion de la santé. Les missions de ces centres sont de délivrer des soins primaires et de mettre en œuvre les projets et les activités de promotion de la santé en partenariat avec les écoles, les municipalités, les organisations non gouvernementales, etc.

#### **1.5. En Suisse**

En Suisse, l'organisation du service de santé scolaire est décentralisée, la constitution fédérale reconnaît aux cantons des compétences en santé publique. Au niveau national, l'office fédéral de santé publique n'a qu'un pouvoir décisionnel limité. Son rôle est d'assurer la coordination des différentes activités sanitaires des cantons et de promouvoir des projets cantonaux innovateurs. Ainsi, la structure et le fonctionnement de la médecine scolaire en Suisse présentent une grande hétérogénéité. Les différences principales portent sur le type d'attache institutionnelle (éducation ou santé), la présence ou l'absence d'une équipe de santé scolaire, le statut des médecins scolaires (fonctionnaires ou pratique privée), etc.

Dans le canton du Jura, la médecine scolaire a été réformée, on parle désormais de « services de santé scolaire ». Il s'agit d'un modèle fondé sur l'existence d'une équipe de santé scolaire comprenant infirmières, médiateurs, animateurs de santé et médecins. L'apparition de la fonction d'infirmière scolaire est une grande nouveauté dans ce système. Elles interviennent, pourtant, en première ligne. Le médecin scolaire a plusieurs rôles mais il intervient en 2<sup>ème</sup> ligne. Des enseignants motivés sont désignés et formés pour jouer le rôle de médiateur, d'animateur de santé, de relais de prévention. Parmi les médecins scolaires, le gouvernement nomme un médecin délégué. Il a pour mission générale de coordonner les activités des médecins scolaires. Il existe également une infirmière déléguée qui assume les mêmes missions pour les infirmières scolaires. L'objectif du service de santé scolaire est de protéger, maintenir et promouvoir la santé des enfants et des adolescents. Les contrôles somatiques ne sont plus systématiques et passent au second plan en faveur d'un travail de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Les priorités sont l'interdisciplinarité et le travail en réseau. Il a été créé un forum de santé scolaire. Il comporte trois types de membres, selon leur degré d'implication: l'équipe de terrain (médecin, infirmière et médiateur), les membres permanents

---

<sup>28</sup> Pommier J., Jourdan D. : la santé à l'école dans les pays européens, Ed. Sudel, Paris, novembre 2007, p.38.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

(directeur, enseignants, psychologue, représentants des parents d'élèves et élèves eux-mêmes) et les membres invités. Le forum est un lieu d'échange et de coordination entre les acteurs dont l'objectif est d'appuyer l'équipe de terrain, de garantir la cohérence des activités proposées et de se mettre en accord sur une définition des priorités.

Pour le canton de Fribourg, le service de médecine scolaire existe seulement dans la ville de Fribourg. Le personnel comprend le médecin cantonal, le médecin cantonal adjoint, une collaboratrice administrative, deux secrétaires à temps partiel et 3 infirmières. En dehors de la ville, il n'y a pas de service. Seuls des médecins sont engagés de façon contractuelle par les communes pour intervenir dans les écoles. Sur le préavis du service du médecin cantonal, la direction propose aux autorités scolaires des médecins scolaires. Par la suite, les autorités scolaires informent sans délai la direction de leur choix et en informe la direction de l'instruction publique, le service de santé publique et la commune. Il n'existe pas d'équipe de santé scolaire et les infirmières n'interviennent pas sauf, cas exceptionnel, quand il en est fait la demande par le médecin.

### **1.6. En Belgique**

Deux modes d'organisation de l'enseignement cohabitent en Belgique : l'enseignement organisé par l'Etat et l'enseignement organisé par des pouvoirs organisateurs qui peuvent être des provinces, des communes, des personnes morales ou de confession (écoles libres, communales, provinciales).

Dans le premier type d'enseignement, les écoles sont financées et gérées par l'Etat et le personnel est un personnel fonctionnarisé. Il y a peu d'écoles dans ce cas. Dans le deuxième type d'enseignement, les écoles sont financées et gérées par les pouvoirs organisateurs et reçoivent des subventions de l'Etat qui rémunère les enseignants.

La médecine scolaire en Belgique est organisée par les communautés. Pour l'enseignement subventionné par l'Etat, les services de promotion de la santé à l'école (PSE) et les centres psycho-médico-sociaux sont deux services différents, autonomes, appelés à collaborer. Les services PSE dépendent du ministère de la santé. Pour ce qui est de l'enseignement organisé par l'Etat, un seul service existe : le centre psycho médico-social (CPMS) qui remplit et assure les fonctions des services PSE et CPMS. La fusion entre CPMS et services PSE est, ici, effective. Ces équipes dépendent du ministère de l'éducation<sup>29</sup>.

### **1.7. En Espagne**

En Espagne, au niveau national, l'institut national de santé (Insalud) veille à la promotion de la santé et la prévention des maladies, à la protection sanitaire de la population, à l'égalité des conditions d'accès aux soins et à la protection maternelle et infantile. Au niveau régional, les

---

<sup>29</sup> Pommier J., Jourdan D. : la santé à l'école dans les pays européens, Ed. Sudel, Paris, novembre 2007, P.41.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

17 communautés autonomes peuvent assurer les compétences en matière de promotion de la santé. Au niveau local, les aires de santé (composées de plusieurs centres de santé primaires) délivrent les soins de santé primaires et les soins spécialisés. Les acteurs des centres de santé primaires sont des médecins généralistes, infirmières, pédiatres, assistantes sociales, dentistes et autres spécialistes médicaux.

Depuis la création de la sécurité sociale, il n'existe plus de services de médecine scolaire dans tout le pays. La prise en charge de la santé des jeunes scolarisés est désormais exclusivement de la responsabilité des services de soins communautaires. Toutefois, dans le cadre du programme « Santé à l'école » élaboré en 2005, les infirmières interviennent dans les lycées pour essentiellement des actions de prévention et d'éducation à la santé. L'équipe des centres de santé primaires doit travailler, en particulier, en étroite collaboration avec les cabinets psychopédagogiques. Lorsque l'enfant est scolarisé, il est évalué par le cabinet psychopédagogique qui comprend un psychologue, un pédagogue et parfois un assistant social. Dans les grandes villes ou dans les centres éducatifs avec un nombre d'élèves important, ces professionnels sont attachés à plein temps dans un centre éducatif.

### **2. La santé scolaire en Amérique latine et les caraïbes**

Les programmes de santé scolaire dans les pays de l'Amérique latine et les Caraïbes se caractérisent par une forte tendance à la concentration des efforts dans l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement de l'environnement, la prévention des maladies transmissibles et la réalisation périodique et systématique d'examen médicaux ou de dépistage.

Les programmes de santé scolaire relèvent de la responsabilité exclusive du secteur de la santé. Ils reflètent les priorités des administrations centrales ou des bailleurs de fonds, bien plus que les vrais besoins ou attentes des communautés éducatives<sup>30</sup>. Les écoles sont considérées comme des cibles passives (populations captives) des actions du secteur de la santé, ni les membres de la propre communauté éducative, ni les équipes locales de santé, ni les autres membres de la communauté en général n'avaient une quelconque influence sur les décisions touchant au contenu ou aux objectifs de telles interventions. L'éducation pour la santé qui, d'une manière ou d'une autre, a toujours fait partie des programmes de santé dans les écoles, se caractérise fondamentalement par la transmission didactique d'informations sur des thèmes isolés (en général concernant des maladies spécifiques ou les aspects physiques de la santé).

---

<sup>30</sup> Organisation panaméricaine de la santé : Ecoles promotrices de la santé- renforcement de l'initiative régionale, mai 2003, p.9.

### **3. La santé scolaire dans les pays africains et asiatiques**

Selon la disponibilité de la documentation relative à la santé scolaire dans les pays africains et asiatiques, nous avons choisi d'exposer le cas de la Tunisie, du Mali et du Liban.

#### **3.1. En Tunisie**

La direction de la médecine scolaire et universitaire a été créée en 1981. Elle est intégrée au service de soins et de santé de base. Ses activités sont définies officiellement par un calendrier national des activités médico-scolaires<sup>31</sup>.

Des unités régionales de médecine scolaire et universitaire sont créées au niveau des services régionaux des soins de santé de base avec un médecin coordinateur régional à mi-temps et un surveillant régional scolaire à plein temps.

Les centres de santé de base affectent une équipe de santé scolaire (un médecin et un paramédical) pour un ensemble d'établissements scolaires selon les normes de répartition (en 1998, la norme était de un médecin pour 6 établissements scolaires, soit un médecin pour 10000 élèves et une infirmière pour 4 établissements, soit une infirmière pour 4000 élèves).

L'équipe de santé scolaire assure des examens de dépistage systématiques. Le premier examen systématique a lieu en préscolaire au niveau des centres de santé de base. Les enfants doivent être accompagnés de leurs parents. Un deuxième examen est fait en première année primaire, puis en 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année. De plus, un calendrier de vaccination scolaire officiel complète le PEV par des rappels tous les 5 à 6 ans par le DT.BCG - Polio - Rougeole. En outre, l'équipe de santé scolaire assure la surveillance de l'hygiène et de la sécurité des établissements scolaires (les locaux d'enseignement, de restauration et d'hébergement, la qualité des aliments et des menus, la santé du personnel manipulateur des denrées alimentaires, avec bilan biologique au début de chaque année et chaque fois que nécessaire). L'éducation à la santé est aussi un axe de la santé scolaire en Tunisie avec son intégration aux cursus de formation scolaire dans les différents programmes, en plus de la célébration de journées nationales, magrébines et mondiales de la santé. En outre, des séances d'éducation à la santé sont organisées par les équipes de santé scolaire à l'occasion des visites médico-scolaires. Des clubs santé sont également créés dans les établissements scolaires depuis 1990.

Parallèlement à ces composantes, la santé scolaire en Tunisie s'appuie sur différents programmes spécifiques de santé en milieu scolaire<sup>32</sup> :

---

<sup>31</sup> Mahjoub-Zarrouk A. : La santé scolaire et universitaire en Tunisie, ministère de la santé publique, Tunis, p.43.

<sup>32</sup> Idem, p.48.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Le programme national de dépistage et de prise en charge des troubles de la réfraction basé sur une fiche technique et des moyens de diagnostic standardisés et un programme d'octroi gratuit de lunettes optiques aux élèves indigents,
- Le programme national de dépistage et de prise en charge des déficits auditifs axé sur les premières années à l'école de base, la première année anticipée, la première année de base, les redoublants du premier cycle de base,
- Le programme national de santé bucco-dentaire qui comporte le dépistage des caries et des parodontopathies avec une prise en charge gratuite des caries dentaires et une large composante d'éducation à la santé,
- Le programme national de santé des adolescents avec quatre composantes : la santé physique (évolution de la puberté, croissance), la santé mentale et les comportements (conduites à risque), la santé reproductive (éducation pour la santé, cellules d'information et de conseil en santé sexuelle et reproductive, consultation d'adolescenlogie), et l'éducation à la santé (club de santé, éducation par les pairs...),
- Le programme national de santé mentale en milieu scolaire avec trois composantes essentielles : les cellules d'écoute et de conseil (il s'agit de permanences médicales en sus des visites classiques durant lesquelles le médecin reste à la disposition des élèves et des étudiants pour les informer et éventuellement les conseillers), les consultations de psychologie et psychiatrie, ainsi que l'examen et le suivi des redoublants,
- Le programme d'action sociale en milieu scolaire : il s'agit d'un programme piloté par le ministère des affaires sociales, le ministère de l'éducation et le ministère de la santé publique. Ses objectifs sont de lutter contre l'abandon scolaire et de prolonger au maximum la scolarisation (6 à 16 ans), aider, dans une approche multidisciplinaire l'institution scolaire à accomplir sa mission d'enseignement, d'éducation et de socialisation, favoriser l'ouverture de l'école sur l'environnement extérieur, aider la famille à encadrer son enfant scolarisé et prévenir la délinquance à travers la réduction de l'échec et de l'abandon scolaire.

### **3.2. La santé scolaire au Mali**

Durant l'ère coloniale, la politique de santé scolaire au Mali était destinée à la fois aux enfants scolarisés et aux enfants non scolarisés en cas d'épidémies. Un service médical des écoles a été créé au cours de l'année 1955-1956. Il avait pour rôle de visiter et de traiter les élèves internes des établissements du second degré de Bamako, de vacciner tous les élèves des écoles du premier et second degré établies sur le territoire de la commune de Bamako, ainsi que

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

d'étudier l'incidence des grandes endémies tropicales sur les écoles en procédant à des enquêtes épidémiologiques<sup>33</sup>.

Après l'indépendance la politique de santé scolaire a été soutenue par la création d'une inspection médico-scolaire au niveau national et par des infirmeries au niveau des écoles. Cette inspection prendra par la suite le non de centre de médecine scolaire et sportive qui est la structure d'application de la division de la médecine scolaire et sportive. Ce dernier a été doté de moyens humains et matériels suffisants pour mener à bien sa mission qui est à la fois curative et préventive.

Suite à la mise en place du programme d'ajustement structurel, les contraintes financières imposées ont entraîné des restrictions budgétaires et en 1990, le centre de médecine scolaire et sportive avait été supprimé par décret, coupant ainsi les écoles des facilités d'accès aux services médicaux, ce qui a presque remis en cause la prise en charge des élèves. Toutefois, ce dernier a continué, en dépit de cet état de fait, à assurer le service minimal dominé par les tâches administratives au détriment de celles techniques.

Les actions pratiques de santé scolaire au Mali sont développées par divers institutions. Les services étatiques jouent le rôle de planification. Les organisations internationales (l'OMS, l'UNICEF, la banque mondiale qui intervient surtout dans la santé communautaire) appuient dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes sectoriels en apportant des ressources humaines, financières et/ ou matérielles. A coté de ces intervenants, des organisations non gouvernementales internationales et nationales interviennent également dans le but de promouvoir la santé dans les écoles. Parmi les programmes et projets pilotes mis en place par ces dernières, on trouve<sup>34</sup> :

- Le programme de santé scolaire de Save the Children/USA : Save the Children/USA est l'organisation la plus avancée en termes d'expériences pratiques et par le contenu de son programme dans le domaine de la santé scolaire. ce programme comporte plusieurs volets : études préliminaires sur la situation sanitaire et l'état nutritionnel des élèves, construction ou amélioration des infrastructures d'hygiène et d'assainissement dans les écoles, formation des enseignants, des comités de gestion des écoles et des infirmières en hygiène scolaire, distribution de micronutriments (fer, iode et vitamine A), déparasitage de tous les enfants, y compris non scolarisés, examen clinique annuel de tous les enfants scolarisés, création de club santé scolaire pour impliquer les communautés dans la programmation et la gestion des activités dans le but de renforcer la reproduction et la durabilité du programme, etc.
- Le programme santé scolaire de HKI : ce programme est centré sur la lutte contre le trachome. HKI a choisi deux régions touchées par cette maladie. Il s'agit des zones des cercles de Kita et de Bougouni. Pour la mise en œuvre du programme, HKI a

---

<sup>33</sup> Diawara A. : Analyse documentaire sur la santé scolaire au Mali, ministère de la santé, octobre 2000, p.12.

<sup>34</sup> Idem, p.16.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

procédé d'abord à une étude documentaire pour connaître la prévalence du trachome dans les différentes régions, et selon les résultats de cette étude, elle a choisi les zones de Kita où le taux de prévalence du trachome est très élevé et Bougouni où le taux est moyen.

### **3.3. La santé scolaire au Liban**

La loi de 1983 divise le Liban en plusieurs régions sanitaires. Une région regroupe une population d'environ 200 000 habitants. Dans une région sanitaire, un centre de soins de santé primaire est établi pour chaque 30 000 habitants. Parmi les services offerts théoriquement par les CSSP figurent la santé scolaire et l'éducation sanitaire. En pratique, il n'y a pas d'intervention en matière de santé scolaire par manque d'organisation<sup>35</sup>.

En 1993, un comité de santé scolaire a été créé au Liban. Ce dernier a pour fonction de mettre au point un programme de santé scolaire. Il réunit des représentants des ministères de la santé, de l'éducation et des affaires sociales, des parents d'élèves et de l'UNICEF.

En 1996, ce comité est remplacé par un comité national permanent pour la santé scolaire qui réunit en plus de son prédécesseur, des représentants du ministère de l'environnement, de l'université libanaise, des ONG, du secteur scolaire privé, de l'ordre des médecins et de la société de pédiatrie de l'OMS et de l'UNESCO. Ses fonctions demeurent les mêmes, s'y rajoute une mission d'évaluation du programme<sup>36</sup>.

Les activités en santé scolaire consistent en l'examen médical à l'entrée scolaire avec contrôle de l'état vaccinal et de l'absence de maladies contagieuses ou dangereuses pour la santé publique ainsi que la distribution d'un modèle unifié du dossier médical de l'élève aux écoles publiques et privées. Ce dossier comporte deux parties : la première partie renseigne sur les antécédents personnels et familiaux et l'état vaccinal de l'élève, la deuxième comporte les résultats des avis médicaux et la surveillance des courbes de croissance staturo-pondérale. De plus, un projet d'éducation sanitaire a été élaboré par le ministère de l'éducation et l'UNICEF en 1981. De 1981 à 1995 il y eut plusieurs initiatives : la création d'une unité d'éducation sanitaire au ministère de l'éducation, la création d'une nouvelle matière d'enseignement (édition de manuels pour le cycle primaire) et la formation de 1350 enseignants en éducation à la santé. Depuis l'année scolaire 1995-1996, l'éducation sanitaire est intégrée dans plusieurs disciplines (langues, sciences, etc.).

---

<sup>35</sup> El Hajj I. : La santé en milieu d'enseignement scolaire, universitaire et technique : état des lieux au Liban, ministère de la santé publique, p.62.

<sup>36</sup> Idem.

#### **4. Les approches globales de promotion de la santé en milieu scolaire**

En vue d'améliorer la santé et le bien être des jeunes d'âge scolaire, des approches globales de promotion de la santé à l'école ont été proposées par différents organismes internationaux ou nationaux. Ces approches globales permettent d'agir sur les déterminants individuels et sociaux de la santé des jeunes et sur leur réussite éducative, et ce, à partir de l'école. Ce type d'approche requiert des changements substantiels dans la façon dont les écoles et leur personnel pratiquent la santé en milieu scolaire, soit le passage de pratiques axées sur des modèles d'éducation à la santé en classe à l'adoption d'une approche globale et intégrée de la promotion de la santé qui vise les comportements et attitudes des jeunes et leur environnement.

Les approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire sont maintenant répandues internationalement et elles ont des appellations diverses. Elles ont évolué au cours des années et diffèrent légèrement selon les continents. Toutefois, En dépit de leurs différences, toutes ces stratégies ont en commun une approche globale de l'école. Elles reconnaissent le fait que tous les aspects de la vie de la communauté scolaire jouent un rôle important dans la promotion de la santé. Ces différentes approches peuvent être regroupées en trois grandes approches, à savoir :

##### **4.1. Le Health Promoting School (les écoles promotrices de santé)**

L'organisation mondiale de la santé définit le Health Promoting School (HPS) comme un milieu où tous les membres de la communauté scolaire travaillent ensemble pour offrir aux élèves un cadre et une expérience enrichissante afin de promouvoir et maintenir leur santé. Ceci inclut un curriculum formel et informel en santé, la création d'un environnement scolaire sain et sécuritaire, la prestation de services appropriés ainsi que l'implication de la famille et de la communauté aux efforts de promotion de la santé<sup>37</sup>.

Le HPS repose sur une conception sociale et globale de la santé, considérant que les facteurs personnels, les caractéristiques sociales globales (niveau socioéconomique, ethnie, pays, etc.) et proximales (environnement familial, école, travail, communauté, etc.) agissent sur la santé d'un individu. Ainsi, le HPS cible les déterminants sociaux de la santé plutôt que seulement les caractéristiques individuelles. Il vise six domaines d'intervention :

- Les politiques scolaires de santé : elles visent les pratiques de promotion de la santé et du bien être, comme les politiques contre l'intimidation, les politiques sur l'alimentation saine, etc.

---

<sup>37</sup> Institut national de santé publique du Québec : recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, janvier 2011, p.8.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- L'environnement physique de l'école : comprend les installations, les équipements et les terrains de l'école qui favorisent l'activité physique, la saine alimentation et l'apprentissage des élèves.
- L'environnement social de l'école : réfère à la qualité des relations entre les acteurs de l'école (personnel et élèves) et à la création de relations positives entre tous les intervenants clés de la communauté éducative.
- Les compétences personnelles en matière de santé développées à travers le curriculum : elles touchent aux activités du curriculum formel (programme de formation) et informel (hors programme) qui permettent aux élèves d'acquérir des connaissances, des habiletés et des expériences en fonction de leur âge. À partir de celles-ci, ils peuvent construire des compétences d'action destinées à améliorer leur réussite scolaire, leur bien-être et leur santé de même que celle des membres de leur communauté.
- Les liens entre l'école et la communauté : concernent les relations entre l'école et la famille des élèves et celles entre l'école et les différents groupes ou organismes de la communauté. La consultation et la participation de l'ensemble de ces acteurs renforcent la capacité de l'école à devenir un milieu promoteur de santé en plus d'offrir aux élèves et au personnel de l'école du soutien pour leurs actions.
- Les services de santé à l'école : regroupent les services locaux et régionaux en milieu scolaire ayant la responsabilité de promouvoir la santé des élèves et de leur fournir des soins de santé. Ces services touchent également les élèves ayant des besoins spéciaux.

Le HPS est répandu principalement en Europe, en Australie, à Hong Kong, à la République démocratique populaire du Laos, en Nouvelle Zélande, à Zhejiang et au Québec.

Les domaines d'intervention du HPS sont regroupés de manières diverses et leur nombre varie en fonction du pays où est implanté le HPS. Ainsi, à Hong Kong et à Zhejiang en Chine, les six (6) domaines d'intervention sont repris intégralement. Au Norvège, le HPS comprend 5 des 6 domaines d'intervention précédents. L'environnement physique et l'environnement social sont regroupés sous l'expression « environnement scolaire » alors que le domaine de la collaboration école-famille-communauté est scindé en deux, soit la collaboration avec les parents et la collaboration avec la communauté. Le HPS de la République démocratique populaire du Laos comporte cinq domaines d'intervention et exclut les politiques scolaires, celles-ci étant intégrées dans le domaine des services de santé et de nutrition. De plus, pour répondre aux besoins de la communauté, le HPS laotien cible la prévention et le contrôle des maladies communes.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

L'approche école en santé (AÉS) au Québec représente une variante du HPS. Cette initiative a été offerte à toutes les écoles québécoises à partir de 2004. L'AÉS propose d'intervenir de façon globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école. Cela se concrétise par un ensemble d'actions déployées de façon cohérente par les divers acteurs et partenaires de l'école préoccupés par la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. L'AÉS permet de déployer des actions de promotion de la santé qui touchent les jeunes, l'école, la famille et la communauté. Elle cible divers facteurs clés relatifs aux individus, dont : l'estime de soi, les compétences sociales, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, l'environnement scolaire, familial et communautaire et les services préventifs<sup>38</sup>.

En Europe, un réseau européen des écoles promotrices de santé a été créé en 1991. Après une première phase d'expérimentation, il s'est développé dans de nombreux pays d'Europe. Le réseau constitue un projet conjoint du bureau régional de l'OMS pour l'Europe, du conseil de l'Europe et de la commission européenne. Ses principaux objectifs sont 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. L'accent est mis sur les dimensions psychologiques et sociales de la santé, sur l'amélioration de l'estime de soi, des compétences et du bien être des élèves et sur le bien être des équipes éducatives, ainsi que les liens entre l'école et la communauté<sup>39</sup>.

43 pays étaient impliqués dans le Réseau. Chacun d'entre eux avait son propre réseau, constitué d'un nombre d'écoles pilotes suffisamment limité pour en permettre la bonne gestion. Pour l'union européenne, le nombre d'écoles appartenant au réseau variait, selon les pays, de 2 (Pays-Bas) à 85 (Espagne)<sup>40</sup>.

Dans quelques pays (Belgique francophone, Norvège, Grèce) le réseau est bien défini et tend à s'étendre alors qu'il existe peu d'initiatives de promotion de la santé (à l'école) en dehors du réseau. Dans d'autres pays, telle la Finlande, l'approche s'est développée parallèlement dans et hors du Réseau européen.

### **4.2. Le Healthy School (HS)**

Cette approche est répondue en Grande Bretagne. Tout comme l'approche école en santé (AÉS), le concept du healthy school (HS) s'inspire fortement de celui du health promoting

---

<sup>38</sup> Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien être des jeunes, 2005, p.23.

<sup>39</sup> Pirard A-M : Promotion de la santé à l'école, Ed. Labor, 2003, P.35

<sup>40</sup> Institut national de santé publique du Québec : recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, janvier 2011, p.7.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

school (HPS), car le HS soutient l'idée que l'école a le potentiel d'offrir un environnement favorable à la santé et au bien-être des jeunes, en agissant avec l'ensemble de la communauté éducative sur le curriculum, l'environnement scolaire et les liens entre l'école, la famille et la communauté.

Pour soutenir le HS et s'assurer que la promotion de la santé en milieu scolaire bénéficie de l'apport des secteurs de la santé et de l'éducation, le National Healthy School Program (NHSP) a été lancé en Grande-Bretagne en octobre 1999. Il est géré conjointement par le département de la santé et le département de l'éducation. Il a pour objectifs de soutenir les jeunes dans le développement de comportements de santé, aider à la réussite éducative des élèves, aider à réduire les inégalités de santé, aider à promouvoir l'inclusion sociale et bonifier le travail de collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation<sup>41</sup>.

Le NHSP requiert que les écoles utilisent une approche milieu impliquant toute la communauté éducative et comprenant 10 composantes : le leadership et la gestion du changement, l'élaboration de politiques, la planification du curriculum et le travail avec les organismes de la communauté, l'enseignement et l'apprentissage, la culture de l'école et l'environnement, la participation des enfants et des jeunes, l'offre de services de soutien pour les enfants et les jeunes, le développement professionnel continu sur la santé et le bien-être pour les employés, le partenariat avec les parents et la communauté locale et l'évaluation des résultats scolaires des enfants et des jeunes.

Pour être certifiées Healthy School, les écoles doivent répondre à certains critères au regard de quatre thèmes clés de santé qui sont interdépendants et interreliés. Ces quatre thèmes sont :

- La formation personnelle et sociale et l'éducation à la santé, incluant l'éducation à la sexualité, aux relations interpersonnelles et ce qui a trait à la consommation de substances,
- L'alimentation saine,
- L'activité physique,
- La santé émotionnelle et le bien être (incluant la prévention de l'intimidation).

### **4.3. Le Coordinated School Health Program (CSHP)**

Le Coordinated School Health Program (CSHP) se définit comme un ensemble de stratégies, d'activités et de services intégrés, planifiés, successifs et affiliés à l'école, visant à promouvoir le développement physique, émotionnel, social et cognitif de l'élève. Le

---

<sup>41</sup> Institut national de santé publique du Québec : recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, janvier 2011, p.13.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

programme implique et soutient les familles. Il est également élaboré par la communauté locale à partir des besoins, ressources, normes et exigences du milieu. Le programme est coordonné par une équipe multidisciplinaire qui est responsable, face à la communauté, de sa qualité et de son efficacité.

Principalement répandu aux États-Unis et au Canada, le CSHP est une approche qui vise la santé et la réussite éducative des élèves. Il compte huit domaines d'intervention<sup>42</sup> :

- L'éducation à la santé : réfère à un programme scolaire (curriculum) planifié et séquentiel qui vise les dimensions physique, mentale, émotionnelle et sociale de la santé. Ce programme permet aux élèves de développer et d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habiletés liées à la santé.
- Les services de santé : ciblent l'amélioration, la protection et la promotion de la santé des élèves.
- Les services alimentaires : concernent l'accès à une variété de mets nutritifs qui répondent aux besoins de santé des élèves.
- Les services psychologiques : sont offerts pour améliorer la santé mentale des élèves. Ils incluent des interventions de groupe ou individuelles.
- L'environnement scolaire : il a trait à l'aspect physique de l'école (édifice, terrain, installations, bruits, éclairage, etc.), au climat et à la culture de l'école.
- La promotion de la santé du personnel : correspond aux activités destinées à améliorer leur santé et leurs habitudes de vie.
- L'implication de la famille et de la communauté : permet de soutenir les efforts de l'école en matière de santé.
- L'éducation physique.

### **5. L'éducation à la santé en milieu scolaire**

Tout comme la santé, l'éducation à ou pour la santé<sup>43</sup> se définit de multiples façons, selon les époques et les auteurs.

---

<sup>42</sup> Veugelers P. J., Schwartz M. E.: Approche globale de la santé en milieu scolaire au Canada, Revue canadienne de santé publique, volume 101, supplément 2, juillet/ août 2010, p.5-8.

<sup>43</sup> Les acteurs du système éducatif utilisent plutôt l'expression « éducation à la santé », par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement. L'emploi de la préposition « à » met l'accent sur la dimension éducative de cette mission. En revanche, Les professionnels de la santé, en référence à la santé comme une dynamique d'adaptation permanente, s'attachent à une « éducation pour la santé » comme un moyen d'entretenir

### **5.1. L'évolution historique de l'éducation à la santé**

La première moitié du XX<sup>e</sup> siècle est marquée par le développement des principaux outils de prévention et d'éducation pour la santé<sup>44</sup>. Cette période se caractérise par l'expansion de l'approche hygiéniste née au XIX<sup>e</sup> siècle<sup>45</sup>. A cette époque-là, les maladies infectieuses provoquaient beaucoup d'absentéisme au travail et représentaient un problème économique majeur. L'industrialisation et l'urbanisation des pays occidentaux et, en premier lieu, de la Grande-Bretagne ont amené à mettre en évidence, dès le milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle, l'influence des conditions d'hygiène et de vie comme déterminants des maladies contagieuses.

A la suite de la seconde guerre mondiale, la médecine fait des progrès importants dans les domaines de la prévention, du dépistage et du traitement de la maladie. Le modèle biomédical de la santé reste dominant : la maladie est organique, concerne l'individu et peut être empêchée par l'adoption de bons comportements. L'éducation à la santé se doit donc d'informer la population sur les causes des pathologies et sur les moyens de les éviter.

Dans les années 1970, l'individu est pris dans sa globalité, on se réfère dorénavant à la définition de la santé donnée par l'OMS en 1946. L'apport de l'épidémiologie permet l'approche de la santé par la notion de risque, on évite donc la maladie en luttant contre les facteurs de risque, et la nécessité d'adopter les comportements adéquats reste toujours une préoccupation de l'éducation à la santé. Les thèmes les plus abordés sont alors : le tabac, l'alcool, l'éducation sexuelle et l'hygiène. Cependant, les approches pédagogiques tendent à changer, elles restent centrées sur le savoir à transmettre mais utilisent des méthodes participatives et actives visant le développement de la responsabilité individuelle<sup>46</sup>.

Dans les années 1980, l'épidémie du SIDA donne à la prévention et à l'éducation à la santé une légitimité nouvelle en l'absence de solutions thérapeutiques efficaces. L'accent est délibérément mis sur les habitudes, les styles et les modes de vie en tant que comportements individuels. En plus de la consommation des substances psychoactives (tabac, alcool, autres drogues...etc.), la liste des comportements à risque s'étend jusqu'à des domaines aussi intimes que les pratiques sexuelles<sup>47</sup>. Dès lors, l'éducation à la santé est investie de la fonction d'éclairer, par moment d'alerter ou d'attirer l'attention des individus, afin que leurs comportements ne soient pas trop dommageables pour leur santé. Ainsi, l'éducation à la santé vise le changement des comportements (modifier, influencer, faire évoluer, faire adopter,...etc.)

---

cette dynamique. Cependant cette distinction n'existe qu'en français, car en anglais, il n'existe que l'expression « health education ».

<sup>44</sup> Dans ce travail, on utilisera indifféremment les expressions « éducation à la santé » et « éducation pour la santé ».

<sup>45</sup> San Marco J.L. et Lamoureux P. : « Prévention et promotion de la santé », In traité de santé publique, Ed. Flammarion SA, 2007, p.194.

<sup>46</sup> Idem

<sup>47</sup> Lamour P. et Brixi O. : « éducation pour la santé entre conceptions dominantes et nouvelles approches », In traité de santé publique, Ed. Flammarion SA, 2007, p.203.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

en recourant à des stratégies plus ou moins explicites (l'appel à la raison, parfois l'humour, ainsi qu'un recours récurrent aux stratégies de la menace et de la peur).

Dans le contexte de la promotion de la santé où la santé est définie comme la capacité d'adaptation permanente à son environnement, l'éducation pour la santé n'a plus pour objectif de changer les comportements, mais d'accompagner des individus considérés comme auteur et acteur de leur santé, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent. En d'autres termes, l'éducation pour la santé n'a pas pour finalité de faire baisser la prévalence d'un comportement mais bien de permettre l'émergence du sujet, c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre<sup>48</sup>.

L'organisation mondiale de la santé définit l'éducation pour la santé comme visant non seulement la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé<sup>49</sup>.

L'éducation à la santé intervient en amont et en aval de la maladie ou de l'accident de santé. On distingue trois catégories d'éducation pour la santé : primaire, secondaire et tertiaire (sur le modèle de la catégorisation de la prévention).

L'éducation primaire est toute action éducative visant à renforcer l'état de santé. L'éducation secondaire consiste en des mesures éducatives visant à éviter l'accident de santé ou, dans le cas où il est intervenu, à restaurer le plus rapidement possible un nouvel état de santé. L'éducation tertiaire étant toute intervention éducative visant à faire vivre au mieux les séquelles de l'accident. Les actions en milieu scolaire correspondent au niveau primaire, voire secondaire ; l'éducation thérapeutique du patient<sup>50</sup> se situe essentiellement au niveau tertiaire.

En éducation pour la santé, nous travaillons principalement sur la prévention primaire bien que nous puissions parfois jouer un rôle au niveau de la prévention secondaire.

L'éducation pour la santé se centre sur l'individu alors que la promotion de la santé se centre sur les individus en interaction avec leur environnement. Ainsi, la notion de groupe et d'approche communautaire de la santé est introduite. L'éducation pour la santé y est une des

---

<sup>48</sup> Jourdan D, Berger D. : « De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé », In La Santé de l'homme, 2005, p.17.

<sup>49</sup> Glossaire de la promotion de la santé, OMS, 1999, p.5.

<sup>50</sup> L'éducation thérapeutique du patient peut être définie comme l'aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie. L'éducation thérapeutique diffère de l'éducation pour la santé dans la mesure où l'apprentissage du patient intéresse la maladie, le corps, la chronicité, la mort et engage des réaménagements psychologiques et identitaires.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

stratégies importantes et vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé. Les autres stratégies sont : la réorientation des services d'action sanitaire et médicale (soins de santé primaires) vers la détection (examen de santé), le dépistage, la protection (vaccination) ; l'action environnementale (mesures de protection et de modification de l'environnement) ; l'apport communautaire (participation et ressources) ; les mesures légales (règlements et lois en faveur de la santé).

### 5.2. Modèles d'éducation à la santé

Les modèles théoriques en éducation à la santé sont nombreux. Chacun d'eux est caractérisé par une orientation qui dépend étroitement de la définition de l'éducation et de celle de la santé préalablement adoptées.

Selon Deccache A. et Mermans P., le croisement des modèles de santé et d'éducation fournit quatre types possibles d'éducation pour la santé présentés dans le tableau 03 ci après :

**Tableau 03 :** Les différents types d'éducation pour la santé selon Deccache A. et Mermans P.

Modèle d'éducation	Modèle de santé	
	biomédical	biopsychosocial
Logique d'enseignement (fondée sur l'enseignement)	Type 1 : enseignement de savoirs médicaux	Type 2 : enseignement de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale
Logique d'apprentissage (fondée sur l'apprenant)	Type 3 : apprentissage de savoirs médicaux	Type 4 : apprentissage de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale

Source : Deccache A., Mermans P. : « L'éducation pour la santé des patients au carrefour de la médecine et des sciences humaines ». In Sandrin-Berthon B. : « L'éducation pour la santé au secours de la médecine », Ed PUF, p.147.

**Type 1 : enseignement de savoirs médicaux :** La santé étant considérée ici comme l'absence de maladie, l'éducation y correspond à l'enseignement de la prévention, et plus particulièrement des comportements susceptibles d'empêcher les risques, l'apparition des problèmes ou des complications. Les sujets d'enseignement sont définis en relation avec les risques considérés par des experts médicaux et une relation causale entre un comportement et un problème de santé y est établie. L'éducation pour la santé se fonde sur une bonne connaissance des risques et des conséquences possibles et favorise la pédagogie de la peur.

**Type 2 : enseignement de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale :** Ce type d'éducation pour la santé se différencie du précédent par l'inclusion d'aspects non médicaux. Ses référents sont autant la santé que la maladie et le risque, et les déterminants

psychologiques et sociaux y sont pris en compte. L'éducation pour la santé consiste encore à enseigner les comportements de santé ou de prévention adéquats, en les étendant à tous les aspects de la santé (par exemple, connaissance des risques mais aussi de leurs déterminants psychologiques et sociaux). Les savoirs à transmettre restent prédéfinis, mais par des experts travaillant en complémentarité, ajoutant à la médecine et l'épidémiologie des disciplines telles que la psychologie médicale ou la médecine sociale. L'éducateur est un enseignant, un expert maîtrisant plusieurs disciplines.

**Type 3 : apprentissage de savoirs médicaux :** Plus rare, ce type d'éducation pour la santé s'élabore autour d'un apprentissage participatif, dans lequel les apprenants contribuent à leur propre formation, notamment en définissant eux-mêmes leurs objectifs et moyens d'apprendre. La maladie, les complications et le risque en sont les objets principaux, et le choix des apprenants est limité, de manière libre ou imposée, à la prévention primaire, secondaire ou tertiaire. L'éducateur est encore un expert, qui définit le champ d'intérêt, mais aussi un facilitateur, un animateur capable de s'adapter, dans les limites de son expertise, aux attentes et choix des apprenants. C'est le cas par exemple d'un programme de prévention du sida, qui, tout en restant centré sur le problème de santé, peut être orienté selon les intérêts du public sur les aspects liés à la transmission ou sur les risques, les possibilités de prévention, les représentations de la maladie...etc.

**Type 4 : apprentissage de savoirs de santé physique, mentale et sociale :** L'éducation pour la santé revêt ici sa forme la plus ouverte, puisque fondée à la fois sur une vision globale de la santé et de la maladie et sur une logique éducative de type apprentissage. Elle permet aux personnes concernées de se centrer sur les questions de prévention des risques, si elles le jugent utile, et de prendre le cas échéant du recul pour considérer leur santé dans ses dimensions subjective et globale. La participation occupe une place majeure dans ce type d'éducation pour la santé. Elle se définit à la fois comme la possibilité de négocier les sujets de santé, les contenus et les méthodes, et comme la possibilité, pour le public concerné, de décider du sujet, même et souvent en dehors du champ et des questions apportés par l'éducateur. Ce dernier a un rôle de personne ressource, de facilitateur et en tout cas d'aide à l'empowerment du public.

A coté de ces quatre modèles présentés par Deccache A. et Mermans P, un autre modèle où la santé est définie comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » et où l'éducation est inscrite dans une logique d'apprentissage peut également être présenté. Ce modèle dépasse le développement personnel pour questionner les rapports permanents de l'Homme à son environnement et interroger son degré de liberté au sein du groupe social. L'éducateur part d'où sont les personnes, du point de vue cognitif, émotionnel et social. Il a une fonction d'accompagnement dans une démarche qui part de l'émergence d'attentes individuelles motivant des demandes gérées collectivement. Le concept d'empowerment employé aujourd'hui de manière extensive s'inscrit dans ce modèle.

L'empowerment renvoie au développement du pouvoir d'agir. Il repose sur deux notions fondamentales : la rationalité et la liberté de choix (de comportement). Il vise, d'une part, l'acquisition de pouvoir par un sujet et des groupes sociaux à travers l'optimisation de leurs savoirs et compétences, et, d'autre part, la reconnaissance et l'exercice effectif de ce pouvoir. Les stratégies construites sur le concept d'empowerment ont pour objectif d'entraîner le sujet à maîtriser les situations dans lesquelles il peut se trouver, à maîtriser son environnement, et donc à devenir autonome.

### **5.3. L'évolution de l'éducation à la santé en milieu scolaire**

Le milieu scolaire peut jouer un rôle considérable sur la détermination des comportements de santé et sur l'état de santé des jeunes et futurs adultes en raison de la longueur du cursus scolaire des enfants, du fait que l'enfant soit à un stade important de son développement personnel, et en raison de l'opportunité fournie par le milieu scolaire de mettre en œuvre un ensemble d'approches pédagogiques et de la présence d'une équipe éducative entraînée<sup>51</sup>.

En outre, l'enfance et l'adolescence sont les périodes de l'existence auxquelles chacun est généralement le plus réceptif aux apprentissages, donc des âges de la vie privilégiés pour mettre en place des actions de prévention et des programmes d'éducation à la santé. On part de l'idée qu'il est plus facile de faire acquérir des comportements sains à l'enfant que de changer des habitudes nuisibles à la santé chez l'adulte<sup>52</sup>.

À la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, l'éducation à la santé à l'école se faisait par les leçons de morale. À l'époque, les maladies infectieuses sont nombreuses et les médicaments efficaces pour lutter contre les microbes restent à découvrir<sup>53</sup>. On enseigne donc dans les écoles les principes d'hygiène qui permettent de lutter contre ce fléau. L'alcoolisme lui aussi fait des ravages, l'antialcoolisme était alors inscrit dans les programmes scolaires dès la fin du XIXe siècle. De plus, nombre d'adultes étant illettrés, on compte sur les enfants pour transmettre aux familles les consignes d'hygiène et de santé apprises à l'école.

À partir de la Seconde Guerre mondiale, le modèle biomédical de la santé, qui est à son apogée, assimile le corps à une machine qu'il faut apprendre à entretenir pour qu'elle fonctionne le mieux et le plus longtemps possible. L'école enseigne alors aux enfants le moyen de garder leur corps en bon état de fonctionnement. On pense qu'il suffit de savoir et de comprendre qu'un comportement nuit à la santé pour être capable d'y renoncer.

Pendant les années 1970, on prend de plus en plus nettement conscience d'une part des limites d'une approche exclusivement organique de la santé et d'autre part des limites de méthodes

---

<sup>51</sup> Green J., Tones K., Manderscheid J.-C. : « Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école », In revue Française de Pédagogie, n° 114, janvier-février-mars 1995, p.103.

<sup>52</sup> Fellah L. : « Etude exploratoire du système de prévention algérien : déterminisme et problématique », thèse pour le doctorat d'université ES sciences économiques, université Montesquieu-Bordeaux IV, 1998, p.235.

<sup>53</sup> Pirard A.-M. : « Promotion de la santé à l'école », Ed. Labor, 2003, p.21.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

pédagogiques centrées sur le savoir à transmettre. À cette époque, on commence à mettre l'accent sur la prise en compte de l'être humain dans sa globalité<sup>54</sup>. L'éducation à la santé à l'école doit aborder des aspects diversifiés de la santé (ses dimensions physique, mentale, émotionnelle et sociale). Les thèmes abordés portent alors sur la croissance et le développement, la nutrition, l'exercice physique, les relations humaines, la santé familiale, la sécurité, la réduction du stress, la sexualité, la prévention des maladies, les risques liés à la consommation excessive de substances dont la toxicité est démontrée (tabac, alcool, drogues), les aspects environnementaux...etc.

Au cours des années 80 des méthodes axées sur les savoir-faire et les compétences de la vie courante ont été développées. L'éducation à la santé cherche à faire acquérir par l'élève les compétences nécessaires pour prendre les décisions les plus appropriées en matière de santé et pour agir en conséquence. L'OMS définit en 1993 les compétences psychosociales comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Ces compétences sont au nombre de dix : savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions, avoir une pensée créative, avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles, avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress et savoir gérer ses émotions. L'éducation s'intéresse donc au sujet, à ses comportements, ses attitudes, ses motivations, son affect.

Beaucoup de pays (par exemple, le Zimbabwe, le Cameroun, la Colombie, le Costa Rica) ont ainsi mis en place des projets d'éducation sanitaire axés sur les savoir-faire. L'Ouganda a lancé une initiative de santé scolaire globale très bien planifiée. Outre la création au niveau du district d'un réseau d'éducateurs de santé destiné à des activités d'éducation sanitaire, l'éducation à la santé axée sur les savoir-faire a été intégrée au curriculum des sciences de base et introduite dans les examens. En septembre 1999, l'organisation panaméricaine de la santé a organisé une conférence avec les pays d'Amérique latine et des Caraïbes pour planifier le renforcement d'une éducation sanitaire axée sur les savoir-faire dans la région<sup>55</sup>.

Tandis que plusieurs méthodes axées sur les savoir-faire et les compétences de la vie courante ont été développées au cours des années 80, la méthode d'enseignement dominante est restée le cours didactique. En effet, l'information est nécessaire, mais ne suffit pas. L'amélioration des connaissances est plus facile et plus rapide que celle des comportements, mais ne conduit pas nécessairement à des changements de comportements. Les méthodes d'enseignement qui ont la plus grande probabilité de modifier les comportements liés à la santé des élèves sont celles qui font appel à l'interactivité ou aux apprentissages expérientiels. Les méthodes fondées sur l'expérimentation (par l'élève) permettent d'intégrer cet apprentissage dans le vécu passé et futur de l'élève. Les méthodes d'apprentissage actif impliquent les élèves à participer

---

<sup>54</sup>Pirard A.-M. : « Promotion de la santé à l'école », Ed. Labor, 2003, p.22.

<sup>55</sup> Etudes thématiques : « santé et nutrition en milieu scolaire », In forum mondial sur l'éducation- l'éducation pour tous bilan à l'an 2000-, Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000, p.28.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

dans le processus d'apprentissage, et dans le choix des thèmes et des sujets de santé à aborder.<sup>56</sup> L'approche l'enfant pour l'enfant par exemple, initiée à Londres, se centre sur la formation d'enfants plus âgés pour qu'ils fassent passer des messages sur la santé à leurs frères et sœurs plus jeunes par le biais de méthodes interactives. Cette approche donne aux jeunes un rôle actif de formateur.

Les méthodes utilisées en éducation à la santé, les formes de l'enseignement et les intervenants sollicités varient d'un pays à l'autre, et au sein du même pays d'un établissement à l'autre. L'éducation à la santé peut apparaître comme un moment régulièrement inscrit dans l'emploi du temps ou intégrée dans certaines disciplines comme, par exemple, les sciences de la vie et de la terre, l'éducation civique, l'éducation physique...etc. Elle prend aussi des formes variées : participation à des groupes de parole autour d'un professionnel (médecin par exemple), réalisation de documentaires, d'expositions et de cassettes vidéo, création et mise en scène de sketches ou de théâtre-forum...etc.

Comme toute éducation, l'éducation à la santé à l'école est l'affaire de tous les membres de l'équipe éducative. Les enseignants et les conseillers d'éducation y ont une place stratégique car ils sont les premiers au contact des jeunes. Les médecins et les infirmières de santé scolaire, les assistantes sociales, les psychologues scolaires...etc ont aussi un rôle à jouer. L'éducation pour la santé fait l'objet d'une formation définie dans de nombreux pays (USA, Royaume-Unis, Pays-Bas, Espagne et Belgique), tant pour les enseignants que pour les professionnels de santé. Les établissements font également appel à des personnels d'autres services publics (gendarmes, magistrats, universitaires), à des bénévoles, membres d'associations...etc. La qualité des outils pédagogiques et l'existence de partenariats avec les parents et les communautés locales sont également très importantes.

### **Conclusion**

Les facteurs déterminants de la santé des enfants et des jeunes tiennent autant à des conditions biologiques et physiologiques qu'à leur environnement physique, socio-éducatif, culturel et relationnel. Si l'école n'agit pas sur tous les déterminants de la santé, elle est en interaction avec la majorité d'entre eux. Son action passe à la fois via les enseignements dispensés et la vie dans l'établissement.

Une population importante d'enfants et d'adolescents fréquente le milieu scolaire. Ce dernier constitue pour eux un lieu de socialisation et de changement. L'action préventive est aisée du fait du regroupement d'un grand nombre d'enfants et de jeunes. Cette action préventive est nécessaire du fait même de ces regroupements qui favorisent la transmission de certaines maladies. Elle s'adresse à des tranches d'âge où le dépistage de certaines affections et déficiences est important.

---

<sup>56</sup> Etudes thématiques : « santé et nutrition en milieu scolaire », In forum mondial sur l'éducation- l'éducation pour tous bilan à l'an 2000-, Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000, p.18.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Les activités de santé scolaire se ressemblent d'un pays à l'autre, on trouvera généralement : des visites médicales ou des bilans (faits annuellement ou limités à des âges clés de l'enfance (entrée à l'école, âge pubertaire, 15 ans, et au changement de cycle scolaire, dans certains pays ces bilans sont effectués à un âge plus précoce (2-4 ans)), les vaccinations, l'éducation pour la santé, l'hygiène des locaux et la prise en charge des maladies dépistées.

L'approche de la santé à l'école a considérablement évolué, d'un modèle biomédical basé sur les bilans de santé, les dépistages, les vaccinations et une éducation à la santé axée sur des programmes scientifiques, la santé à l'école propose désormais une approche positive de la santé considérant l'élève dans sa globalité.

Concernant l'éducation pour la santé, l'école est reconnue comme le lieu d'intervention privilégié. En effet, l'école permet d'atteindre la très grande majorité d'une classe d'âge. Les jeunes y représentent une population captive facile à informer dans le cadre des programmes d'enseignement.

Traditionnellement, l'éducation pour la santé consistait en des interventions éducatives qui visaient à apporter des informations et à inciter les individus à adopter des attitudes et des comportements favorables à leur santé dans un objectif de prévention. Actuellement, l'éducation pour la santé est plus souvent considérée comme un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités, valorisant leur autonomie et leur responsabilité, ceci dans un but de promotion de la santé.

## **CHAPITRE II : EVOLUTION DE LA SANTE SCOLAIRE EN ALGERIE**

### **Introduction**

L'âge et l'importance de la population du milieu scolaire représentée par 7908369 élèves en 2011, soit environ le quart de la population, nécessite une attention particulière et une action prioritaire pour la protection et la promotion de la santé de cette tranche de population et à travers elle de l'ensemble de la population.

Les activités de protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire sont définies par un programme national relevant du ministère de la santé publique, en impliquant la participation du ministère de l'éducation nationale et du ministère de l'intérieur et des collectivités locales.

La santé scolaire a été instituée car il est important de veiller sur la santé des élèves à cause de leur regroupement qui, s'il favorise la diffusion de certaines maladies qui peuvent prendre une allure épidémique facilite également l'action préventive et surtout l'éducation pour la santé et la promotion de celle-ci, car l'enfant véhicule également auprès de sa famille et de son entourage les messages et acquisitions comportementales pour une santé optimale.

La santé scolaire telle qu'elle est conçue aujourd'hui a connu plusieurs étapes qui ont contribué chacune, un peu plus, à son processus de maturation pour arriver à un consensus autour de son objectif, à savoir : « fournir à l'enfant et à l'adolescent un ensemble de prestations sur les plans préventif, curatif et éducatif afin de leur assurer un développement harmonieux physique, mental, intellectuel et social ».

L'objet de ce chapitre est de présenter, dans une première section, l'évolution historique de la santé scolaire en Algérie depuis l'ère coloniale à nos jours. Dans la deuxième section nous présenterons les principaux indicateurs de la santé scolaire depuis sa réorganisation en 1994 à nos jours. Nous présenterons également dans cette section l'évolution du budget accordé à la santé scolaire ainsi que l'évolution des cantines scolaires.

### **I. EVOLUTION HISTORIQUE DE LA SANTE SCOLAIRE EN ALGERIE**

Dans cette section nous allons présenter l'évolution historique de la santé scolaire en Algérie en remontant à l'ère coloniale qui a donné l'empreinte à l'organisation sanitaire dans notre pays.

## **1. La santé scolaire en Algérie durant l'ère coloniale**

Le développement de l'école et de l'hygiène scolaire en Algérie durant l'ère coloniale répondait aux besoins de la colonisation de peuplement. Ils étaient limités aux zones d'implantation des populations européennes.

Le décret impérial de 1855 instituant l'inspection médicale scolaire en métropole ne fut suivi d'application pour la ville d'Alger qu'en 1872. L'exécution aux autres villes d'Algérie avait été lente et inégale<sup>57</sup>.

En 1944, une direction de l'hygiène scolaire fut créée à Alger. À la fin de la seconde guerre mondiale, la situation sanitaire est déplorable : la malnutrition et les maladies transmissibles sont fréquentes, la tuberculose est en pleine extension. On ressent le besoin de protéger une population particulièrement exposée : enfants sous alimentés et carencés. Il est ainsi décidé d'élargir la pratique de la médecine scolaire dans toute la France et aux zones d'implantation des populations européennes en Algérie en créant le service national d'hygiène scolaire et universitaire par le décret du 18 octobre 1945<sup>58</sup>.

Un service de santé scolaire différent de l'hygiène scolaire des métropoles fut proposé au niveau de l'Académie d'Alger en 1955. Le service de santé scolaire qui est une conception beaucoup plus large que l'hygiène scolaire concerne aussi bien la médecine préventive, le dépistage et la prévention, mais aussi la médecine curative<sup>59</sup>.

## **2. L'évolution de la santé scolaire en Algérie de l'indépendance à 1994**

Dans ce point, nous allons présenter l'évolution historique de la santé scolaire de l'indépendance à 1994 ainsi que les principaux indicateurs de la santé scolaire durant cette même période.

### **2.1. Évolution historique de la santé scolaire en Algérie de l'indépendance à 1994**

A l'indépendance, l'Algérie maintient le système hérité de la colonisation (même type de structures et d'organisation spécifiques). On comptait alors 82 centres médico-scolaires, concentrés dans les grandes et petites villes<sup>60</sup>.

---

<sup>57</sup> Ould-Metidji T. : Santé scolaire dans le monde : évolution et résultats, In actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 Avril 1991, p.22.

<sup>58</sup> Chikhi S. : La santé scolaire (secteur sanitaire de Birtraria), thèse de doctorat en sciences médicales, Université d'Alger, 2003, p.37.

<sup>59</sup> Kaïd Tlilane N. : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Béjaïa. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger, 2003, p.185.

<sup>60</sup> Ould-Metidji T. : Santé scolaire dans le monde : évolution et résultats, In actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 Avril 1991, p.23.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

La nécessité d'imprimer un développement plus grand au système scolaire s'est très vite posée, afin de prévenir un état de sous-nutrition généralisé chez les enfants d'âge scolaire. Ainsi, afin d'éviter que l'école ne constitue un facteur aggravant de la sous-nutrition, un développement intégré des cantines scolaires s'imposait.

En 1963, le service de l'hygiène scolaire est transféré du ministère de l'éducation nationale vers le ministère de la santé (le ministère des affaires sociales à l'époque) par le décret n° 63-397 du 07 octobre 1963. Avec ce transfert, on opte alors (circulaire du 3 mars 1964) pour l'unification des services de santé, la médecine préventive, et l'extension à toute l'enfance scolarisée<sup>61</sup>.

Les activités d'hygiène scolaire sont des activités préventives et sont donc régies par les textes relatifs à la santé en général et ceux relatifs à la prévention plus particulièrement. Les textes fondamentaux du pays jettent les bases de l'hygiène scolaire<sup>62</sup> :

- La constitution de 1965 dans son article 67 dispose que tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. Ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit, l'extension de la médecine préventive, l'amélioration constante des conditions de vie et de travail ainsi que par la promotion de l'éducation physique, des sports et des loisirs.
- La charte nationale de 1976 préconise une politique active de prévention et d'éducation sanitaire qui contribuera à une meilleure efficacité des structures curatives, et la poursuite de l'action de protection maternelle et infantile, de l'hygiène scolaire, des actions relatives à la nutrition, à la médecine du travail, à la lutte contre les fléaux sociaux de manière à donner à l'action de santé publique un contenu social prononcé.
- Le comité central du parti du F.L.N a adopté des résolutions sur l'hygiène scolaire le 31 décembre 1980. Il a recommandé que la médecine scolaire soit systématiquement étendue à toutes les collectivités à travers le territoire national y compris les centres de vacances, qu'elle soit un des axes principaux de la politique de santé, l'instauration de l'éducation sanitaire et la promotion du sport à l'école pour un développement équilibré physique et mental de l'enfant.

L'hygiène scolaire a été intégrée aux activités de base des centres de santé et polycliniques après la création des secteurs sanitaires en 1981 par le décret n° 81-242 du 5 septembre 1981<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Ould-Metidji T. : Santé scolaire dans le monde : évolution et résultats, In actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 Avril 1991, p.23.

<sup>62</sup> MSP : Guide à l'usage des personnels chargés de la protection sanitaire en milieu éducatif-Textes fondamentaux-, 1989, pp. 27-28.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

En 1980, dans le but de déterminer de façon plus précise les objectifs de la protection sanitaire en milieu éducatif, un séminaire atelier fut organisé à Annaba du 15 au 17 avril 1980 à l'initiative conjointe des ministères de la santé et de l'éducation nationale.<sup>64</sup> Les commissions de travail ont été chargées de définir, outre les objectifs de la protection sanitaire en milieu éducatif, les moyens et l'organisation de cette activité, et d'étudier les problèmes liés à l'information sanitaire, à l'évaluation et à la coordination entre les différents acteurs de la santé scolaire.

Lors de ce séminaire, les activités de protection sanitaire en milieu éducatif furent conçues comme étant l'ensemble des mesures destinées à assurer la protection sanitaire et sociale de la collectivité scolaire située par rapport à un environnement général d'une part et spécifique d'autre part. La protection sanitaire en milieu éducatif comprend, en plus de l'hygiène scolaire (activités de protection sanitaire dans les établissements de l'enseignement fondamental et secondaire), la protection sanitaire en milieu universitaire (les centres, les cités et les restaurants universitaires), la protection sanitaire dans les centres de formation professionnelle et la protection sanitaire dans les centres de vacances du fait des regroupements d'enfants et de jeunes pendant la période estivale, ce qui permet de prolonger l'action menée durant l'année scolaire<sup>65</sup>.

Les travaux des commissions de travail ont abouti à un certain nombre de recommandations :

- Concernant les objectifs de la protection sanitaire en milieu scolaire, des objectifs institutionnels et intermédiaires ont été définis. L'objectif institutionnel faisait référence à la promotion de la santé physique, mentale et sociale de l'enfant tout en l'étendant à l'ensemble de son environnement humain, éducatif et matériel.

Dans les objectifs intermédiaires, les commissions ont défini trois populations cibles à prendre en charge : les enfants scolarisés, le personnel enseignant et le personnel administratif et de service. L'enfant devra être pris en charge par des activités de dépistage et de prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles, en s'assurant que les vaccinations réglementaires ont été effectuées dans les périodes préscolaires et en mettant en œuvre les revaccinations nécessaires, la surveillance du développement statur pondéral et de l'état nutritionnel de l'enfant (les cantines scolaires doivent permettre un apport équilibré pour un meilleur développement physiologique et s'intégrer dans une perspective nutritionnelle et éducative), l'amélioration générale et la promotion de l'environnement matériel de l'enfant en

---

<sup>63</sup> Semid A. : Evolution de la santé scolaire de 1995 à 2001, In actes et conclusions des assises nationales de la santé scolaire, Safir Hôtel Mazafran-Zéralda, les 9 et 10 juillet 2002, p.16.

<sup>64</sup> MSP : Guide à l'usage des personnels chargés de la protection sanitaire en milieu éducatif -Journées d'études sur la protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire, Annaba 15-16 et 17 avril 1980-, 1989, pp. 9-26.

<sup>65</sup> Dans notre présentation des recommandations et des conclusions de ce séminaire, nous nous intéresserons qu'aux aspects qui concernent la protection sanitaire en milieu scolaire.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

milieu scolaire (entretien, éclairage, aération et chauffage des locaux scolaires, installations sanitaires, eau, égouts,...etc). L'action médico-sanitaire au profit du personnel enseignant doit s'exercer par le dépistage et la prise en charge des risques de tuberculose notamment lors des visites systématiques et obligatoires de recrutement et des examens périodiques (périodicité annuelle) ou occasionnels (titularisation, réintégration), ainsi que par le dépistage et la prise en charge à la demande de l'administration ou de l'autorité médicale des affections psychiques. Concernant le personnel administratif et de service, un dépistage et une prise en charge doivent être dispensés lors du contrôle de recrutement et lors des visites périodiques annuelles (un contrôle renforcé doit être exercé sur les personnels des cuisines, surtout pour ce qui concerne les maladies transmissibles d'origine entérique et staphylococcie cutanéomuqueuses).

- Concernant l'organisation de l'activité et les moyens à mettre en œuvre, les commissions de travail ont proposé des visites médicales systématiques et complètes pour les élèves de 1<sup>ère</sup>, 6<sup>ème</sup>, et 9<sup>ème</sup> année fondamentale et ceux de la 3<sup>ème</sup> année secondaire. Pour les élèves des autres classes, des activités de dépistage et de mesures biométriques doivent être assurées par un agent para-médical. De plus, des examens médicaux ou psychologiques peuvent être demandés. Les activités biométriques et de dépistage doivent se dérouler à l'école dans un local approprié (il doit être équipé d'une toise, d'une balance, d'une table d'examen, d'un matériel pour les examens d'urine, etc.) et le suivi au niveau de toute structure de santé permettant la prise en charge. Les participants ont également insisté sur l'importance de l'éducation sanitaire en milieu scolaire qui doit s'adresser essentiellement à l'enseignant, à l'élève, au personnel de service et aux parents d'élèves. Ils ont proposé un programme qui tient compte de l'hygiène personnelle (hygiène corporelle, hygiène bucco-dentaire, hygiène vestimentaire,...etc.), de l'hygiène du milieu (les eaux usées, les ordures et les détritiques, l'hygiène alimentaire,...etc.), et de l'éducation nutritionnelle (les besoins nutritionnels de l'enfant, l'intérêt nutritionnel des aliments, le principe d'une ration alimentaire équilibrée, les maladies nutritionnelles particulièrement carencielles,...etc.).

Devant l'ampleur des tâches générales du secteur sanitaire et devant la spécificité de certaines tâches de l'hygiène scolaire, les participants ont recommandé d'une part le renforcement du potentiel humain des unités de santé de base et des services de prévention, d'autre part, la mise en œuvre d'un recyclage et d'une formation appropriée en vue d'aboutir à l'adéquation entre les tâches et les compétences.

- Compte tenu de l'importance de la protection sanitaire en milieu scolaire, la participation de tous les acteurs (services de santé, enseignants, parents d'élèves et autorités locales) est nécessaire. Des comités de coordinations au niveau de la commune, de la daïra, de la wilaya et au niveau central ont été proposés.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Le comité de coordination au niveau de la commune (comprenant un représentant des services de santé, un représentant de l'APC et un autre représentant de l'association des parents d'élèves) doit se réunir au début de l'année scolaire, puis tous les trimestres pour l'étude du programme de travail des services de santé, son suivi et les améliorations à lui apporter lors de son exécution par l'intervention de tous les services concernés.

Le comité de coordination au niveau de la daïra (comprenant un représentant de l'inspection primaire de la daïra, un représentant des services de santé, un représentant de la direction de l'éducation, un représentant de l'association des parents d'élèves, et un conseiller en alimentation scolaire) aura pour tâche de programmer, animer, coordonner et évaluer les activités de la protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire. Ce dernier doit se réunir au début d'année scolaire et trimestriellement.

Le comité de coordination au niveau de la wilaya (comprenant les responsables de la santé de la wilaya et du secteur sanitaire, les responsables de la direction de l'éducation de la wilaya et de l'inspection primaire de la daïra, les conseillers de l'alimentation scolaire de la wilaya et de la daïra, le médecin responsable de la protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire et un responsable du ministère de l'éducation. Ce dernier se chargera de l'évaluation annuelle des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.

Un comité interministériel santé-éducation est également proposé au niveau central.

Les conclusions de ce séminaire ont fait l'objet de trois circulaires interministérielles (santé, éducation, collectivités locales)<sup>66</sup>:

- Instruction n° 42 du 24 mai 1981 relative à l'établissement et à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.
- Circulaire interministérielle n° 00495/C.I.M/MS du 21 novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.
- Circulaire interministérielle n° 00005 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.

En 1985, la protection sanitaire en milieu scolaire a été définie par la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé<sup>67</sup> dans son article 77 comme visant la prise en charge de la santé des élèves et des enseignants dans leur milieu éducatif par :

---

<sup>66</sup> cf. annexe.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Le contrôle de l'état de santé de chaque élève, enseignant et de toute autre personne ayant un contact direct ou indirect avec eux.
- Les activités d'éducation sanitaire.
- Le contrôle de l'état de salubrité des locaux et dépendances de tout établissement d'enseignement.

Cette loi stipule dans son article 78 que l'exécution des activités sanitaires est assurée par les services de santé, d'une façon coordonnée avec les établissements éducatifs et les collectivités locales. Elle insiste dans ses articles 79 à 81 sur la nécessité d'encourager la pratique de l'éducation physique dans tous les établissements d'enseignement, et ce de façon régulière, équilibrée et de manière adaptée à l'âge et à la constitution physique des jeunes.

Neuf ans après le séminaire atelier d'Annaba, un deuxième séminaire-atelier intersectoriel (santé-éducation-collectivités locales) relatif aux objectifs institutionnels et organisationnels de la santé scolaire a eu lieu à Béjaïa du 03 au 05 janvier 1989. Les participants ont noté une amélioration de la prise en charge de la santé de l'enfant en milieu scolaire, mais des contraintes liées aux effectifs importants d'élèves et à une coordination intersectorielle insuffisante se traduisent sur le terrain par des programmes insuffisants, une prise en charge en milieu spécialisé très en deçà de la demande et des activités d'éducation sanitaire non faites<sup>68</sup>.

Lors de ce séminaire, la protection sanitaire en milieu scolaire a été redéfinie comme étant l'ensemble des prestations sur les plans préventif, curatif et éducatif afin d'assurer à l'enfant et à l'adolescent un développement harmonieux physique, mental, intellectuel et social. Ce séminaire a également défini les objectifs intermédiaires de la protection sanitaire en milieu scolaire, l'organisation des activités, leur évaluation et leur coordination.

Les conclusions de ce séminaire ont fait l'objet de deux circulaires interministérielles du 27 décembre 1989 n°175 et 176 relatives respectivement à la coordination et à l'organisation et l'évaluation des activités de protection sanitaire en milieu éducatif. Les principales innovations apportées par ces deux circulaires concernaient :

- La constitution de deux autres comités de coordination (le conseil de santé de l'école et le comité de coordination au niveau du secteur sanitaire) et la modification de la composition et des tâches des comités déjà créés par la circulaire interministérielle n° 00005 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination (le comité de coordination communal, le comité de

---

<sup>67</sup> Cette loi sur la protection et la promotion de la santé consacre six articles (de 77 à 82) aux mesures de protection sanitaire en milieu éducatif.

<sup>68</sup> MSP : Séminaire atelier relatif à la protection sanitaire en milieu scolaire, Béjaïa du 3 au 5 janvier 1989.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

coordination de la wilaya et le comité national de coordination). En effet l'expérience et les études entreprises ont montré que les comités déjà existants se sont souvent avérés inefficaces. Leur composition n'est pas précisée et les personnes qui y siègent ne sont pas toujours les mêmes et ne possèdent pas le pouvoir de décision.

- L'implication étroite de toutes les institutions concernées : santé, éducation, collectivités locales, mais aussi la participation active des associations de parents d'élèves, des enseignants, des inspecteurs et des bureaux communaux d'hygiène.
- La mise en place d'un système d'évaluation avec une standardisation des supports d'information. Les nouveaux supports d'information sont constitués de la fiche de renseignement de l'élève, le registre de santé de l'établissement, la fiche de contrôle sanitaire de l'établissement et le cahier de visite et de suivi du médecin<sup>69</sup>.
- Les programmes d'éducation pour la santé ont été retenus comme étant la pierre angulaire de la promotion de la santé en milieu scolaire et devant être intégrés à l'enseignement.

Les séminaires d'Annaba et de Béjaïa ont défini les objectifs institutionnels et les objectifs organisationnels de l'hygiène scolaire et ont aussi constitué un moment de l'évaluation des activités de protection sanitaire en milieu scolaire. Afin de préciser les objectifs spécifiques de la médecine scolaire, un séminaire-atelier intersectoriel a été organisé à Sidi Fredj du 20 au 22 avril 1991. Ce dernier devait se pencher sur la conception et le contenu de l'hygiène scolaire ainsi que les tâches à accomplir pour atteindre les objectifs fixés.

Lors de ce séminaire, l'insuffisance de l'efficacité et de l'efficience des activités de l'hygiène scolaire trop souvent réduites à de rapides visites systématiques effectuées dans de mauvaises conditions et sans système de suivi opérationnel a été mise en exergue. Ces insuffisances sont particulièrement liées aux effectifs considérables d'élèves à prendre en charge, à l'insuffisance des moyens humains et matériels et à la coordination intersectorielle qui n'a pas toujours été à la hauteur de l'ampleur des tâches, ce qui s'est traduit par<sup>70</sup> :

- Des programmes mal coordonnés et sous évalués.
- L'absence de locaux appropriés ou de simples infirmeries scolaires.
- Une prise en charge insuffisante par les spécialistes des affections dépistées en milieu scolaire.

---

<sup>69</sup> Les supports antérieurs d'information étaient constitués du dossier médico-scolaire, la fiche de liaison avec le médecin spécialiste et le rapport trimestriel d'activité avec évaluation de la prise en charge des affections dépistées.

<sup>70</sup> MSP avec la collaboration du bureau de liaison de l'OMS en Algérie : Cours de santé scolaire : Manuel de base, Ed journal algérien de médecine, p.16.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Des recommandations formulées par les services de santé non suivies d'effets en matière d'hygiène et d'entretien des établissements scolaires, avec un désengagement de plus en plus prononcé des collectivités locales.

Les conclusions de ce séminaire, ont ainsi mis en exergue la nécessité de rompre progressivement avec cette démarche qui a prévalu jusqu'alors et de privilégier l'approche par objectifs de santé à atteindre au profit de cette tranche de population cible, que ces objectifs aient un caractère national ou locale<sup>71</sup>. Il est également suggéré de<sup>72</sup> :

- Continuer à effectuer les examens systématiques en améliorant la qualité de l'examen et en ciblant plus particulièrement les affections prévalentes, en attendant qu'une nouvelle approche par programme plus efficiente soit graduellement mise en place pour remplacer ces examens systématiques.
- Développer le système d'information et d'évaluation des visites et des programmes mis en œuvre.
- Libérer les initiatives locales pour la réalisation immédiate de l'approche par programme là où cela est possible.
- La notion d'hygiène scolaire devra être dépassée et il faudra parler de santé scolaire en y intégrant la dimension santé mentale. Par ailleurs, il est impératif de prévoir des postes de travail pour les psychologues dans les établissements scolaires.

Le 17 mai 1993, un comité national technique de santé scolaire et universitaire (CNTSSU) a été mis en place auprès du ministère de la santé et de la population. Il est composé des représentants du ministère de la santé et de la population, du ministère de l'éducation nationale, du ministère de l'intérieur et des collectivités locales, ainsi que des représentants de la fédération nationale des associations des parents d'élèves<sup>73</sup>.

Ce comité a été chargé d'établir un programme national et de proposer des actions à mettre en œuvre pour :

---

<sup>71</sup> Les problèmes de santé prioritaires identifiés au niveau national, lors de ce séminaire, concernaient : les problèmes de santé bucco-dentaires, les problèmes d'acuité visuelle, les problèmes d'hygiène de l'école et de l'environnement de l'enfant, les problèmes d'intégration des programmes nationaux de prévention (vaccination DT, Rubéole/RAA...), et les problèmes d'adaptation. A l'échelle locale ou régionale, les problèmes identifiés étaient les accidents de l'enfant et les problèmes de santé régionaux tels que le goitre, le trachome, la bilharziose,...

<sup>72</sup> MSP et Ministère de l'Éducation : Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj le 20-21-22 avril 1991, p103.

<sup>73</sup> MSP avec la collaboration du bureau de liaison de l'OMS en Algérie : Cours de santé scolaire : Manuel de base, Ed journal algérien de médecine, p.16.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Mener à terme les recommandations du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire (Sidi Fredj 1991).
- Elargir les recommandations à la population universitaire.
- Mener une réflexion sur la participation communautaire et intersectorielle des différents secteurs concernés par la santé scolaire et universitaire.

En application des conclusions du séminaire relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire et suite aux travaux du CNTSSU, le plan d'action portant sur l'amélioration des prestations médico-sanitaires au profit des élèves comportait des mesures transitoires pour préparer une réorganisation de la santé scolaire. C'est ainsi qu'une nouvelle organisation de la santé scolaire telle que prévue par la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire, et la circulaire n°02 du 07 avril 1995 relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des unités de dépistages et de suivi a été mise en place.

### **2.2. Evolution des principaux indicateurs de la santé scolaire avant 1994**

Avant la mise en œuvre de la réorganisation de la santé scolaire en 1994 et la mise en place des UDS, l'activité d'hygiène scolaire s'exécutait par les services de santé en coordination avec les établissements éducatifs et les collectivités locales. L'activité d'hygiène scolaire était intégrée aux activités de santé publique, les secteurs sanitaires dégageaient les moyens humains (médecins et auxiliaires) nécessaires au dépistage qui se pratiquait au niveau de l'école. Le suivi des affections dépistées était assuré au niveau des structures de soins pouvant les prendre en charge (hôpitaux et polycliniques)<sup>74</sup>.

#### **2.2.1. Evolution de la couverture sanitaire par les visites médicales systématiques de dépistage**

Pendant l'année scolaire 1989-1990, 61,34% des élèves du 1<sup>er</sup> groupe (les élèves de toutes les classes) ont subi les examens de dépistage et de mesures biométriques<sup>75</sup> (par un agent paramédical). Ce taux était de 59,20 % pour l'année scolaire 1984-1985.

La totalité des élèves du 2<sup>ème</sup> groupe/classes cibles (1<sup>ère</sup>, 6<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> A.F. et 1<sup>ère</sup> A.S.) ont subi des visites médicales systématiques complètes (par un médecin) durant les années 1985 à 1990 (cf. tableau 04). Toutefois, il est à noter que ces visites médicales de dépistage sont

---

<sup>74</sup> Dans ce point, nous allons présenter les principaux indicateurs de la santé scolaire de 1985 à 1990 en raison de la non disponibilité des statistiques pour la période 1991-1994 et avant 1985.

<sup>75</sup> L'examen du 1<sup>er</sup> groupe comprend, en plus de l'examen biométrique, le contrôle de la cicatrice vaccinale (en 1<sup>ère</sup> année), le contrôle de l'acuité visuelle et auditive, le contrôle de l'hygiène corporelle et bucco-dentaire, la recherche d'albumine et de glycosurie et la recherche du trachome. En revanche l'examen du 2<sup>ème</sup> groupe comprend : cardiopathies, pneumopathie, hernies, déformations squelettiques, caries dentaires, appareils genito urinaires.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

pratiquées dans des conditions déplorables (les élèves sont examinés debout, à moitié habillés dans des salles de classe non aménagées) ce qui a un effet négatif sur les résultats obtenus.

Pour le personnel des établissements scolaires, 24% uniquement de ces derniers ont subi les examens de dépistage pendant l'année scolaire 1989-1990 contre 45,50% pour l'année 1984-1985, soit une perte de 21 points (cf. tableau 04).

**Tableau 04:** Evolution de la couverture sanitaire des élèves et du personnel des établissements scolaires par les visites médicales systématiques de dépistage en Algérie entre 1985 et 1990.

Années	1984/1985	1985/1986	1986/1987	1987/1988	1988/1989	1989/1990
Nombre d'élèves examinés en 1 <sup>er</sup> groupe	2650672	2875889	3296704	3427628	3453011	3543011
Taux de couverture du 1 <sup>er</sup> groupe	59,20	59,15	61,95	60,57	61,34	61,34
Nombre d'élèves examinés en 2 <sup>ème</sup> groupe	-	2559070	2469269	2635049	3004814	3004814
Taux de couverture du 2 <sup>ème</sup> groupe	-	100	100	100	100	100
Effectif du personnel des établissements scolaires examinés	11235	37321	67242	75484	50056	50066
Taux de couverture du personnel des établissements scolaires examinés	45,50	24,16	46,44	39,22	23,82	24

Source : Semid A. : évolution de la couverture de la santé de l'enfant en milieu scolaire en Algérie, In Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 avril 1991, p.19.

### 2.2.2. Prévalence des affections dépistées

La morbidité totale par enfant est passée de 57,08 % pendant l'année scolaire 1987-1988 à 52,66% pour l'année scolaire 1989-1990, soit un gain de 4 points. Cependant, si on soustrait la morbidité liée à la carie dentaire, la morbidité générale retombe à une moyenne de 22%.

La carie dentaire est l'affection la plus fréquente en milieu scolaire, elle représente plus de la moitié de la morbidité générale, elle est suivie de loin des affections O.R.L. (4,87% en 1990 contre 2,86% en 1986), puis des problèmes de l'acuité visuelle (3,96% en 1990 contre 2,60% en 1985). Les affections liées à l'hygiène corporelle sont importantes malgré leur régression, elles sont passées de 6,19 % en 1986 à 5,42 % en 1990. (cf. tableau 05)

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 05:** évolution de la prévalence des affections dépistées en milieu scolaire en Algérie entre 1985 et 1990.

<b>Affections dépistées</b>		<b>1984/1985</b>	<b>1985/1986</b>	<b>1986/1987</b>
Affections ophtalmiques	Trachome	2,18	1,20	0,56
	Affections oculaires non trachomateuses	2,85	1,19	1,40
	Acuité visuelle défectueuse	2,60	2,46	2,67
	Acuité auditive défectueuse	0,11	0,31	0,30
Affections liées à l'hygiène corporelle	Gâle	1,84	2,77	1,97
	Péculose	3,64	2,60	2,97
	Teigne	0,76	0,63	0,68
	Autres affections	-	1,67	0,77
Caries dentaires		-	24,73	35,13
Malformations dentaires		-	2,59	3,08
Affections ORL		-	2,86	2,33
Affections respiratoires non tuberculeuses		-	1,22	1,38
Affections cardiaques		0,78	1,91	1,27
R.A.A.		-	-	-
Affections digestives		-	-	-
Affections génito-urinaires		-	-	-
Retards scolaires		-	0,23	0,23
Total		-	-	-
<b>Affections dépistées</b>		<b>1987/1988</b>	<b>1988/1989</b>	<b>1989/1990</b>
Affections ophtalmiques	Trachome	0,42	0,58	0,11
	Affections oculaires non trachomateuses	1,16	1,43	0,91
	Acuité visuelle défectueuse	3,37	3,05	3,96
	Acuité auditive défectueuse	0,79	0,36	0,48
Affections liées à l'hygiène corporelle	Gâle	1,37	1,22	0,99
	Péculose	2,41	2,78	2,28
	Teigne	0,51	0,60	0,57
	Autres affections	1,42	1,70	1,57
Caries dentaires		33,13	33,40	29,82
Malformations dentaires		3,39	2,05	3,29
Affections ORL		3,98	4,54	4,87
Affections respiratoires non tuberculeuses		1,28	1,27	1,38
Affections cardiaques		1,11	1,75	1,20
R.A.A.		0,37	0,23	0,20
Affections digestives		0,50	0,28	0,34
Affections génito-urinaires		0,48	0,43	0,44
Retards scolaires		0,37	0,23	0,24
Total		57,08	55,63	52,66

Source : Tableau réalisé et ratios calculés par nos soins à partir de : Adjeb T.Z., Benhabyles B., Harrat B., Semmar H., Souami H. : prévalence et prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire à travers les rapports d'hygiène scolaire : analyse critique, In Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 avril 1991, p.69.

### 2.2.3. Prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire

Une fois les élèves examinés, ils sont si nécessaire, traités par le médecin ou le chirurgien dentiste selon le cas, sinon adressés au centre de santé le plus proche ou encore orientés en spécialité en s'assurant du suivi de l'enfant par le retour de la fiche de liaison médico-scolaire.

Moins de la moitié des affections dépistées en milieu scolaire sont prises en charge en raison du défaut de l'organisation des consultations de spécialité. Toutefois, ces chiffres restent en deçà de la réalité car les fiches de liaison ne sont pas retournées dans tous les cas<sup>76</sup>.

Les affections O.R.L. sont les mieux prises en charge durant l'année scolaire 1989-1990 (42,60%), viennent ensuite les affections cardiaques avec un taux de prise en charge de 30,35%. Les affections ophtalmiques ne sont prises en charge qu'à hauteur de 27,78 % en 1989-1990 (cf. tableau 06).

**Tableau 06:** évolution de la Prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire en Algérie entre 1986 et 1990.

Année	O.R.L.			Cardiologie			Ophtalmologie			Total		
	O	PEC	%	O	PEC	%	O	PEC	%	O	PEC	%
1985/1986	12297	3906	31,7	4810	1648	34,2	11023	4835	43,8	28130	10389	36,93
1986/1987	22524	13888	61,65	13255	4602	34,74	38164	15746	41,25	73933	34236	46,30
1987/1988	49691	25619	51,55	16119	6962	43,19	62499	21686	34,69	128309	54267	42,27
1988/1989	37713	24751	65,62	17857	5918	33,14	87229	29652	33,99	142799	60321	42,24
1989/1990	52975	22570	42,60	22504	6832	30,35	58971	16376	27,78	134450	45778	34,04

Source : Adjeb T.Z., Benhabyles B., Harrat B., Semmar H., Souami H. : prévalence et prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire à travers les rapports d'hygiène scolaire : analyse critique, In Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 avril 1991, p.71.

O : orientés.

P : pris en charge.

### 2.2.4. Contrôle d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires

La grande majorité des établissements et des cantines scolaires sont contrôlés durant l'année scolaire 1987-1988. Les taux de couverture sont passés de 82,60 % à 80,78 % de 1985 à 1988 pour les établissements scolaires et de 73,56 % à 78,20 % pour les cantines (cf. tableau 07).

<sup>76</sup> Adjeb T.Z., Benhabyles B., Harrat B., Semmar H., Souami H. : prévalence et prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire à travers les rapports d'hygiène scolaire : analyse critique, In Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 avril 1991, p.67.

**Tableau 07 :** évolution des Contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires en Algérie entre 1985 et 1988.

Année	1984/1985	1985/1986	1986/1987	1987/1988
Nombre d'établissements scolaires recensés	1474	8152	12394	12878
Nombre d'établissements contrôlés sur le plan hygiène	1218	4130	9302	10403
Pourcentage des établissements contrôlés sur le plan hygiène	82,60	50,66	75,05	80,78
Nombres de cantines recensées	-	2402	3810	4023
Nombre de cantines contrôlées	-	1767	2226	3146
pourcentage des cantines contrôlées	-	73,56	58,42	78,20

Source : Tableau réalisé et ratios calculés par nos soins à partir des statistiques sanitaires du Ministère de la santé et des affaires sociales.

### **3. La santé scolaire en Algérie après 1994**

La santé scolaire concerne plus du quart de la population et constitue un élément fondamental dans la promotion de la santé de la population dans son ensemble ce qui justifie la priorité qui doit lui être accordée dans les programmes nationaux de santé. Or, il est constaté l'insuffisance de l'efficacité et de l'efficience des activités d'hygiène scolaire, trop souvent réduites à de rapides visites systématiques effectuées dans de mauvaises conditions et sans système de suivi opérationnel. Partant de ce constat, les ministères de la santé et de la population, de l'éducation nationale et de l'intérieur et des collectivités locales ont décidé de mettre en œuvre progressivement un plan de redressement de la santé scolaire. C'est ainsi qu'une nouvelle organisation de la santé scolaire a été mise en œuvre par la circulaire n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

#### **3.1. Objectifs de la nouvelle organisation de la santé scolaire**

Les objectifs de la nouvelle organisation de la santé scolaire telle que prévue par la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire sont les suivants :

##### **3.1.1. Objectifs généraux**

- Améliorer la qualité des prestations et le niveau de couverture sanitaire en milieu scolaire.
- Développer des actions sanitaires basées sur l'approche par programme.
- Promouvoir l'éducation sanitaire dans les écoles et lycées.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Impliquer tous les secteurs concernés par la santé scolaire (santé, éducation, collectivités locales et associations des parents d'élèves).

### **3.1.2. Objectifs intermédiaires**

- Mettre en œuvre les moyens humains et matériels correspondant à l'importance de la population à couvrir.
- Améliorer les conditions et le contenu de la visite médicale systématique de dépistage.
- Mettre en place un suivi plus rigoureux des affections dépistées visant une amélioration de leur prise en charge.
- Faire participer les autres secteurs concernés par la santé scolaire.

### **3.2. Plan d'opération de la nouvelle organisation de la santé scolaire**

Dans le but d'atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus, la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire et la circulaire n°02 du 07 avril 1995 relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi prévoient un certain nombre de mesures à savoir :

3.2.1. La désignation d'un coordinateur de la santé scolaire dans le cadre des activités du service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) de chaque secteur sanitaire, qui aura pour tâche d'aider ses confrères et les autres intervenants à mettre en œuvre les actions destinées à réorganiser la santé scolaire.

3.2.2. Relancer le fonctionnement des comités de coordination prévus par la circulaire interministérielle n°175 du 27 décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire, à savoir : le conseil de santé de l'école, le comité de santé scolaire communal, le comité de santé scolaire du secteur sanitaire et le comité de santé scolaire de la wilaya. La coordination des activités de santé scolaire doit aboutir à une cogestion effective de la santé scolaire impliquant les communes et les associations des parents d'élèves.

3.2.3. Les salles de classes s'étant révélées inadéquates pour effectuer un dépistage scientifiquement valide, il importe de trouver et d'équiper d'autres locaux mieux adaptés. Ainsi, afin d'améliorer les conditions de la visite médicale systématique de dépistage, des structures spécifiques pour la santé scolaire dénommées « **unités de dépistage et de suivi (UDS)** » doivent être réalisées.

Il est indiqué dans la fiche n°1 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire que l'UDS peut être localisée soit dans une

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

unité de santé de base ou bien dans un établissement scolaire<sup>77</sup>, à condition qu'il soit ouvert à tout élève des autres établissements, 44 heures par semaine, et durant toute l'année, y compris les périodes des congés scolaires. Là où il n'existe aucune de ces deux possibilités, les autorités communales devront chercher des locaux disponibles, les aménager et en assurer l'entretien et le gardiennage. Dans les zones éparses, l'acquisition et l'utilisation de clinomobiles est à envisager.

Si aucun local satisfaisant n'est disponible, et si l'on ne dispose pas d'un clinomobile, les visites de dépistage devront encore se dérouler dans des classes après que le directeur de l'école eut préparé convenablement ces classes. Cependant, un local adéquat ou un clinomobile devra être inscrit au programme de développement communal. La circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire stipule que la pratique de la visite médicale systématique en classe devrait prendre fin en septembre 1995.

3.2.4. L'unité de dépistage et de suivi est le moyen infrastructurel mis en place dans le cadre des actions menées afin d'améliorer les conditions de la visite médicale systématique de dépistage. Elle doit comprendre<sup>78</sup> :

- Un cabinet médical normalisé, chauffé, bien éclairé, avec deux vestiaires.
- Une salle paramédicale longue de 5 m (pour optométrie), bien éclairée et abritant secrétariat et documents.
- Une salle d'attente avec accès aux vestiaires.
- Un bloc sanitaire à proximité.

Une population scolaire de 8000 élèves dans une commune nécessite l'utilisation d'une UDS à plein temps (visites de dépistage, suivi, consultation, évaluation).

Quand la population scolaire est inférieure à 8000 élèves, ce local sera utilisé à raison de 1 jour par semaine, par tranche de 1500 élèves, et pourra servir à d'autres activités de santé le reste du temps (moins de 1500 = 1 jour par semaine, 1500 à 3000 = 2 jours par semaine, 3000 à 4500 = 3 jours par semaine, 4500 à 6000 = 4 jours par semaine, 6000 à 8000 = plein temps).

Quand la population scolaire est supérieure à 8000 élèves, il faut prévoir une autre UDS (de 10000 à 16000 élèves) ou plusieurs, dans la même commune, si leur éloignement le justifie.

---

<sup>77</sup> La gestion et le fonctionnement de l'UDS implantée dans un établissement scolaire sont assurés par le directeur de cet établissement, qui veille au bon déroulement des activités. Cependant, sur le plan médical et technique le médecin de l'UDS est le seul responsable. L'équipement et la fourniture de produits consommables sont pris en charge par les services compétents de l'éducation.

<sup>78</sup> Fiche technique n°1 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Dans le cas contraire, il suffira d'ajouter à l'UDS de la commune, un cabinet médical par tranche de 8000 élèves.

3.2.5. Le plan de réorganisation de la santé scolaire comporte entre autres mesures la mise en place des moyens humains et matériels en rapport avec l'importance de la population scolarisée à couvrir. C'est pourquoi il a été décidé de renforcer de manière significative l'effectif des praticiens médicaux exerçant en santé scolaire.

3.2.5.1. Renforcement en personnel médical : La fiche technique n°2 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire stipule qu'il est nécessaire d'affecter aux activités de santé scolaire un ou plusieurs médecins par commune, à temps complet ou partiel, à raison de 1 jour par semaine pour chaque tranche de 1500 élèves scolarisés comme le montre le tableau n°8 ci-dessous.

**Tableau 08** : nombre de médecins nécessaires en rapport avec l'importance de la population scolarisée à couvrir.

Nombre d'élèves	Médecin à temps plein	Médecin à temps partiel
Moins de 1500	-	1 jour / semaine
1500 à 3000	-	2 jours / semaine
3000 à 4500	-	3 jours / semaine
4500 à 6000	-	4 jours / semaine
6000 à 8000	1	-
8000 à 9500	1+	1 jour / semaine
9500 à 11000	1+	2 jours / semaine
14000 à 16000	2+	-
16000 à 17500	2+	1 jour / semaine

Source : tableau réalisé par nos soins à partir de la fiche technique n°2 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

L'affectation du personnel médical aux activités de santé scolaire se fait par la direction du secteur sanitaire. Il sera choisi :

- Parmi le personnel existant au niveau du secteur sanitaire.
- Par réintégration technique au SEMEP du secteur sanitaire, des médecins qui auraient pu être recrutés pour un établissement scolaire. La responsabilité administrative restera dévolue à leur organisme employeur mais ils devront organiser leur activité médicale sous la responsabilité du SEMEP du secteur sanitaire.
- Par recours à la direction de la santé et de la protection sociale pour mutations intersecteurs ou pour recrutement si nécessaire.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

3.2.5.2. Renforcement en personnel paramédical : La fiche technique n°2 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire stipule qu'il faudra affecter un ou deux infirmières pour un médecin durant tout son temps d'activité de santé scolaire. Les paramédicaux recrutés par l'éducation nationale devront être intégrés aux activités de santé scolaire.

### **4. Les activités assurées par la santé scolaire**

L'unité de dépistage et de suivi constitue le pivot de la santé scolaire, elle occupe une place importante dans la stratégie actuelle du programme national de santé scolaire. Elle est la structure sanitaire où se déroulent les activités médicales de santé scolaire.

Les activités en santé scolaire comprennent les visites médicales systématiques de dépistage et la prise en charge des affections dépistées, l'éducation sanitaire, les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires et la vaccination.

#### **4.1. Les visites médicales systématiques de dépistage**

La fiche technique n°3 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire précise les étapes à suivre pour bien réussir la visite médicale systématique de dépistage.

##### **4.1.1. Préparation et programmation de la visite médicale systématique de dépistage**

La préparation et la programmation de la visite médicale systématique de dépistage s'effectuent comme suit :

- Le coordinateur du secteur sanitaire obtient à la direction de l'éducation de la wilaya (ou aux directions de lycées et écoles fondamentales intégrées) les listes des établissements scolaires du secteur sanitaire, commune par commune. Chaque établissement est identifié par son nom officiel, son appellation usuelle si elle diffère, et son adresse précise (quartier, rue, douar,... etc.).
- Le coordinateur du secteur sanitaire ou le médecin-chef de sous-secteur, obtient des directeurs de lycées et d'écoles fondamentales intégrées, avant le 20 septembre, les prévisions de toutes les divisions pédagogiques (appellation officielle d'une classe), clairement identifiées, pour chaque établissement et annexe.
- Le coordinateur du secteur sanitaire (ou/et les médecins-chefs des sous-secteurs) établit, avec le ou les médecins affectés à la santé scolaire pour chaque commune, la liste des divisions pédagogiques que ces derniers se proposent d'examiner. Pour améliorer l'efficacité des activités de santé scolaire, il suffira d'examiner chaque année, en visite systématique de dépistage, les élèves de 4 classes cibles, à savoir : 1<sup>ère</sup>,

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

2<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> AF et 1<sup>ère</sup> AS, puisque ces classes cibles permettent de dépister des affections ayant pu apparaître à ces âges clés et de retrouver les élèves suivis à leur entrée dans un nouveau cycle d'études ( il n'y a donc plus à tenir compte des anciennes classes cibles 1<sup>ère</sup>, 6<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup> AF, 3<sup>ème</sup> AS). En outre, la visite de 1<sup>ère</sup> AF sera décalée en préscolaire, à l'âge de 5 ans, dès qu'il sera possible.

- Le coordinateur et les médecins désignés pour chaque commune établissent ensemble, en début d'année scolaire, la programmation des visites médicales systématiques de dépistage, au rythme de 1 ou 2 divisions pédagogiques par jour de visite médicale systématique (en moyenne, 3h30 pour une classe de 36 élèves).
- Le coordinateur doit, enfin, s'assurer des moyens de déplacement des classes entières de l'école vers l'UDS (les élèves des établissements proches de l'UDS pourront s'y rendre à pied accompagnés de leur enseignant), ou du clinomobile vers les écoles.

### **4.1.2. Déroulement de la visite médicale systématique de dépistage**

La visite médicale systématique de dépistage doit toujours se dérouler en la présence de l'enseignant et de la mère (ou du père) pour les 1<sup>ères</sup> A.F. Elle comprend :

#### **4.1.2.1. Les activités paramédicales**

L'infirmière de santé scolaire doit réaliser les tâches suivantes :

- Préparation des documents : dossiers, carnets de vaccination des 1<sup>ères</sup> A.F., prélistes des affections dépistées.
- Accueil des élèves.
- Inspection à la recherche de : cicatrice BCG (1<sup>ères</sup> A.F. seulement), pédiculose, gâle et déformation des membres (1<sup>ères</sup> A.F.).
- Observation de la bouche à la recherche de : caries, malpositions et gingivites.
- Optométrie : baisse de l'acuité visuelle.

#### **4.1.2.2. Les visites médicales**

La visite médicale est réalisée par le médecin de santé scolaire aidé par une infirmière. Elle comprend :

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Un examen physique à la recherche de : ptosis, nystagmus, anémie clinique (observation des conjonctivites pour les 1<sup>ères</sup> A.F.), goitre (palpation du cou en région d'endémie), souffle cardiaque organique (auscultation cardiaque), déformation du rachis, ectopie testiculaire (palpation en 1<sup>ère</sup> A.F.), acoumétrie vocale (pour les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> A.F. si une hypoacousie a été signalée), labstix (si des troubles uro-néphrologiques ont été signalés).
- L'interrogatoire de l'élève à la recherche de : antécédents de RAA, diabète, asthme, épilepsie, parasitose intestinale (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F.), énurésie (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F.), dysurie, pollakiurie, hématurie, troubles du langage, problèmes psychologiques.
- L'interrogatoire des parents (1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> A.F) et /ou l'analyse de leurs réponses au questionnaire : les renseignements demandés dans l'interrogatoire sont destinés à aider et orienter le médecin de santé scolaire dans son examen de l'enfant à la recherche d'une éventuelle maladie nécessitant une surveillance et un suivi ou perturbant la scolarité de l'enfant. Le questionnaire rempli par les parents, avec l'aide de l'enseignant si nécessaire, doit être remis à l'enseignant avant la visite médicale systématique (cf. annexe).
- L'interrogatoire de l'enseignant et l'analyse de ses réponses au questionnaire (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F.) : le questionnaire rempli par l'enseignant est à joindre au dossier médico-scolaire avant la visite médicale systématique de dépistage (cf. annexe).

#### **4.2. Le suivi et la prise en charge des affections dépistées**

Le suivi des affections dépistées lors de la visite médicale systématique de dépistage a pour objectifs de préciser les diagnostics des affections dépistées, permettre prescription ou orientation pour prise en charge, contrôler les résultats des prescriptions et prises en charge, améliorer la connaissance épidémiologique de la population scolaire et enfin de recenser les ressources nécessaires pour la prise en charge.

Les affections nécessitant un suivi sont précisées par la fiche technique n°5 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire comme suit : amaigrissement, hypotrophie, pâleur des conjonctives, difficultés scolaires, troubles du langage, troubles du comportement, baisse de l'acuité visuelle, strabisme ptosis, nystagmus, conjonctivite chronique, hypoacousie, rhinite chronique, goitre, antécédent de RAA, souffle organique, diabète, asthme, épilepsie, déformation du rachis, déformation des membres, ectopie testiculaire, énurésie, dysurie, pollakiurie, hématurie, absentéisme répété (signalé par l'enseignant ou le directeur), retour d'hospitalisation (signalé par l'enseignant ou le directeur), affection chronique grave (retrouvée dans les documents ou en consultation).

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

L'organisation du suivi des élèves présentant l'une des affections citées ci-dessus s'effectue comme suit :

### **4.2.1. Listing des élèves à convoquer pour un suivi**

Pour chaque UDS, le médecin responsable de la santé scolaire établira un registre reclassant les élèves à suivre, par école et par classe, et laissant, en face de nom-prénom-affection dépistée pour chacun, la place pour les dates de convocations, les diagnostics approchés ou confirmés durant les examens de suivi et les décisions prises (orientation, traitement de longue durée...etc.).

En plus des élèves dépistés en visite médicale systématique en cours d'année, le registre regroupera aussi les élèves recensés les années précédentes et qui doivent continuer d'être suivis soit parce qu'ils présentent une affection chronique ou parce que leur diagnostic n'est pas encore précisé.

Le registre du suivi constitue l'outil indispensable pour la réalisation effective du suivi, l'amélioration de la prise en charge et la connaissance épidémiologique de la population scolaire.

### **4.2.2. Convocation des élèves à suivre**

Selon les journées choisies par le médecin pour le suivi et selon les priorités qu'il indiquera (sévérité, délai de prise en charge,...etc.) l'infirmière porte sur le registre les dates de convocation (par exemple, au rythme de 20 par jour) et établit une convocation pour chaque élève. La convocation portera très clairement école/classe/nom et prénom/localisation de l'UDS où il se rendra/ date et heure. En outre, la convocation indiquera que l'élève doit être accompagné de sa mère (de préférence) ou de son père, et qu'il doit apporter son dossier médico-scolaire et les autres documents médicaux le concernant.

Les convocations sont adressées au directeur de l'école pour être remises aux parents d'élèves convoqués, avec les dossiers médico-scolaires correspondants. Les dossiers médico-scolaires sont classés à l'école et transférés avec les dossiers scolaires lors d'un changement d'établissement.

### **4.2.3. Examen médical de suivi à l'UDS**

Dans toute la mesure du possible les médecins ayant pratiqué la visite de dépistage sont responsables du suivi et de l'évaluation (sauf pour ce qui relève de la compétence des chirurgiens dentistes et des psychologues de l'équipe de santé scolaire).

L'entretien et l'examen médical (en présence d'un parent pour chaque élève) ont pour but de préciser le diagnostic et l'expliquer aux parents (et aux grands élèves), ainsi que de permettre puis de contrôler une prise en charge correcte (explication de la nécessité et des modalités d'un traitement, d'exams complémentaires, d'une consultation ou d'une hospitalisation en service spécialisé).

#### **4.3. L'éducation sanitaire**

Les activités éducatives pour la santé en milieu scolaire constituent une tâche prioritaire de l'équipe de santé scolaire et des enseignants. Elles doivent être organisées de façon à ne plus se limiter à des campagnes ponctuelles de célébration de journées mondiales ou nationales de prévention et de lutte contre certains fléaux<sup>79</sup>.

Le médecin de l'UDS peut établir un programme d'éducation sanitaire, complémentaire à celui intégré à l'enseignement, conjointement avec les directeurs d'établissements et les enseignants concernant les problèmes de santé prévalents à l'échelle locale.

#### **4.4. Les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires**

Les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires s'effectuent conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 495 du 21 novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires<sup>80</sup> (cf. en annexe).

Les contrôles se feront toujours en présence du chef d'établissement. La date du contrôle et les observations seront notées sur une fiche de l'établissement, ainsi que les correctifs proposés. Les visites de contrôle à la rentrée scolaire sont obligatoires. Il est souhaitable que ces visites soient répétées au 2ème trimestre et surtout au 3ème trimestre, pour pouvoir vérifier que les travaux demandés ont bien été réalisés.

#### **4.5. La vaccination**

La vaccination est intégrée aux activités de santé scolaire en 1997 par l'instruction interministérielle n° 03 du 24 mai 1999 relative à la vaccination en milieu scolaire. Cette instruction fixe les modalités d'application en milieu scolaire du nouveau calendrier vaccinal défini par l'arrêté ministériel du 14 janvier 1997.

L'instruction interministérielle n° 03 du 24 mai 1999 relative à la vaccination en milieu scolaire fixe les classes cibles de la vaccination en milieu scolaire comme suit :

---

<sup>79</sup> Instruction interministérielle n° 02 du 27/04/1995 relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi installées dans les établissements scolaires.

<sup>80</sup> Idem.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Tous les élèves de la première année fondamentale (quelque soit leur âge) : DT enfant + Polio oral + Antirougeoleux.
- Tous les élèves de la sixième année fondamentale (quelque soit leur âge) : DT adulte + Polio oral.
- Tous les élèves de la première année secondaire (quelque soit leur âge) : DT adulte + Polio oral.

Afin de mettre en application le nouveau calendrier vaccinal, un séminaire relatif aux vaccinations en milieu scolaire a été organisé les 28 et 29 octobre 1997 avec la collaboration de l'UNICEF. Ce séminaire a regroupé les médecins coordinateurs des wilayas<sup>81</sup>. Lors de ce séminaire, des problèmes d'organisation des activités de vaccination (puisque il s'agit d'une nouvelle activité des UDS) et d'absence de matériel spécifique aux vaccinations (réfrigérateurs, boîtes isothermes) ont été soulevés par les participants. C'est pourquoi il a été recommandé aux participants de se rapprocher des S.E.M.E.P. pour démarrer ces activités.

Puis un autre séminaire national d'évaluation de la vaccination en milieu scolaire a été organisé les 14 et 15 novembre 1999 à l'ENSP auquel ont participé 35 coordinateurs de santé scolaire représentant 35 wilayas. Ce séminaire avait pour objectif d'évaluer les taux de couverture vaccinale réalisés, d'identifier les problèmes rencontrés et de proposer des solutions adéquates<sup>82</sup>.

### **5. Coordination intersectorielle**

L'organisation des activités sanitaires en milieu scolaire nécessite un rôle actif de plusieurs intervenants. Pour cela quatre secteurs sont impliqués : le secteur de la santé, le secteur de l'éducation, les collectivités locales et les associations des parents d'élèves.

#### **5.1. Le rôle de chaque secteur**

Le rôle de chacun est défini comme suit :

##### **5.1.1. Le secteur de la santé**

Le secteur de la santé a pour mission de :

- Concevoir et élaborer les textes (arrêtés et circulaires régissant toutes les activités de santé scolaire) conjointement ou en collaboration avec les secteurs concernés.

---

<sup>81</sup> MSP : bilan annuel des activités de santé scolaire, année scolaire 1997-1998.

<sup>82</sup> Kaïd Tlilane N. : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Béjaïa. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger, 2003, p.188.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Recruter, affecter et contrôler les personnels médical et paramédical selon les besoins de la population scolaire et les normes de la circulaire interministérielle n° 01 du 06/04/1994.
- Assurer l'aménagement des UDS implantées dans les structures de santé, polycliniques, centres de santé, etc.).
- Doter ces UDS de mobilier de bureau, matériel médical, instrumentation et consommable (produits médicaux, lingerie, papeterie, etc.).
- Doter les équipes de santé scolaire d'un clinomobile dans les zones éparses où les déplacements des élèves vers une UDS fixe seraient impossibles, ce clinomobile tiendra lieu d'UDS.
- Assurer, en collaboration avec les bureaux communaux d'hygiène, les contrôles d'hygiène et de salubrité dans les établissements scolaires.
- Adresser les rapports d'inspection aux responsables concernés (commune, direction de l'éducation et direction de la santé).

### **5.1.2. Le secteur de l'éducation**

Il a pour mission de :

- Recenser les locaux pouvant être transformés en UDS, à l'intérieur des établissements scolaires.
- Décider, conjointement avec les secteurs concernés, de la création et de l'implantation des UDS.
- Assurer la construction ou l'aménagement et l'équipement (matériel consommable et non consommables) des UDS implantées dans les établissements scolaires.
- Assurer l'impression et la distribution des dossiers médico-scolaires pour tous les élèves, et des questionnaires (parents et enseignants) pour les élèves des 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> A.F.
- Remettre au secteur sanitaire la liste de tous les établissements scolaires, leurs lieux d'implantation dans chaque commune, les effectifs de leurs élèves répartis par classe et par cours pédagogique.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Diffuser et veiller à l'application de tous les textes organisant et réglementant la santé scolaire.
- Faire exécuter les travaux nécessaires pour corriger les anomalies signalées par les rapports d'inspection des équipes sanitaires dans les établissements scolaires.

### **5.1.3. Les collectivités locales**

Elles ont pour mission de :

- Assurer l'hygiène et la salubrité des établissements scolaires du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> palier et de leur environnement.
- Assurer l'approvisionnement de chaque établissement scolaire en eau potable et le traitement de cette eau. Les contrôles de la qualité de cette eau seront effectués par le bureau communal d'hygiène et les SEMAP.
- Prévoir, si nécessaire (aucun local adéquat dans les structures de la santé et de l'éducation), l'aménagement ou la construction, puis l'équipement (matériel consommable et non consommable) d'une UDS, sur le budget du plan communal de développement.
- Mettre à la disposition de certaines UDS, si nécessaire, un véhicule pour transporter les élèves de l'école vers l'UDS.
- Diffuser et veiller à l'application de tous les textes organisant et réglementant la santé scolaire.

### **5.1.4. Les associations des parents d'élèves**

Étant complémentaire des autres secteurs, il est indispensable que chaque établissement ait sa propre association. Les associations des parents d'élèves peuvent :

- Participer à l'éducation sanitaire des enfants : journées d'informations et de sensibilisation.
- Contribuer à l'achat de petit matériel dans l'intérêt des élèves (pèse-personne, boîte à pharmacie, équipement sportif, etc.).
- Aider les établissements scolaires pour l'entretien des locaux.

## **5.2. Les structures de coordination existantes**

Elles ont été définies par la circulaire interministérielle n° 175 du 27/12/1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire qui crée :

### **5.2.1. Le conseil de santé de l'école**

Ce conseil comprend :

- Le chef de l'établissement scolaire (président) ;
- Le médecin chargé de la santé scolaire de l'établissement ;
- Le technicien du bureau communal d'hygiène ;
- Le représentant de l'association des parents d'élèves de l'établissement.

Pour les établissements du troisième palier et du secondaire, sont membres de droit, le gestionnaire et le surveillant général.

Il convient de souligner qu'à titre consultatif, peuvent être associés aux travaux de ce conseil, toutes personnes jugées qualifiées et susceptibles d'aider la communauté éducative.

### **5.2.2. Le comité de coordination communal**

Les membres de ce comité sont nommés officiellement par le wali. Il comprend :

- Le président de l'assemblée populaire communale (président) ;
- Le représentant du bureau communal d'hygiène ;
- Le médecin chef du sous secteur (secrétaire) ;
- Les médecins chargés de la santé scolaire ;
- Le ou les inspecteurs de l'enseignement fondamental (secrétariat) ;
- Les directeurs des écoles fondamentales ;
- Le ou les proviseurs des lycées ;
- Le représentant des associations des parents d'élèves.

Les réunions de ce comité communal sont provoquées au minimum tous les trois mois (fin et début d'année scolaire), fin des premier et deuxième trimestres scolaires par le président du comité. Il a pour tâche de :

- Etablir et /ou discuter le programme de travail des quatre intervenants (éducation, associations des parents d'élèves, assemblée populaire communale, santé) ;
- Identifier les moyens à mettre en œuvre pour la réalisation de ces programmes ;

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Evaluer périodiquement les programmes d'activités ;
- Suivre l'application des mesures à prendre décidées lors des réunions.

Le président tient un registre de délibération et les procès verbaux seront adressés au directeur du secteur sanitaire et au directeur de la valorisation des ressources humaines.

### **5.2.3. Le comité de coordination au niveau du secteur sanitaire**

Ce comité prend en charge les problèmes non résolus au niveau communal. Ses membres sont nommés par arrêté du wali. Il comprend :

- Le directeur du secteur sanitaire (président du comité) ;
- Le médecin chef du service d'épidémiologie et de médecine préventive (secrétaire) ;
- Les inspecteurs de l'enseignement fondamental (secrétariat) ;
- Les médecins chefs des sous-secteurs ;
- Les présidents des assemblées populaires communales ;
- Les représentants des associations des parents d'élèves ;
- Le conseiller en alimentation scolaire ;
- Le directeur du centre d'orientation scolaire professionnelle.

Le comité se réunit au minimum deux fois par an (début et fin d'année scolaire), et en cas de besoin sur convocation du directeur du secteur sanitaire. Les tâches qui lui sont dévolues consistent à :

- Etablir et diffuser aux comités communaux des objectifs prioritaires, spécifiques au secteur sanitaire et les directives pratiques d'organisation ;
- Evaluer les différents programmes établis ;
- Prendre connaissance des différents procès verbaux et des rapports des comités communaux pour régler les problèmes éventuels ;
- Dégager les moyens nécessaires aux programmes établis.

Les procès verbaux établis sont adressés au niveau de la wilaya (directeur de la santé et de la population, le directeur de la valorisation des ressources humaines, directeur de la réglementation et de l'administration locale, moyens généraux).

### **5.2.4. Le comité de coordination de la wilaya**

Les membres de ce comité sont :

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Le directeur de la santé et de la population assisté du chef de service de la santé scolaire (président) ;
- Le directeur de la réglementation et de l'administration locale ;
- Le directeur de la valorisation des ressources humaines ;
- Le représentant des assemblées populaires communales ;

Ce comité se réunit en fin d'année scolaire. Il a pour rôle de :

- Analyser les procès verbaux établis au niveau des secteurs sanitaires ;
- Préparation et orientation du programme d'activités pour l'année à venir à partir des rapports des comités de secteurs et des administrations concernées ;
- Evaluation des programmes généraux établis.

Un rapport est adressé aux ministres de tutelle pour évaluer le programme réalisé et proposer les correctifs éventuels pour l'année scolaire à venir.

### **5.2.5. Le comité national de coordination**

Le comité national de promotion de la santé en milieu scolaire est composé des membres suivants :

- Le directeur de la prévention et de l'éducation sanitaire (ministère de la santé) ;
- Le directeur des activités sociales et culturelles (ministère de l'éducation) ;
- Le représentant de la direction du développement local (ministère délégué aux collectivités locales) ;
- Le représentant des associations des parents d'élèves.

Il se réunit une fois par an avant la rentrée scolaire pour évaluer le programme de l'année écoulée et établir les orientations du programme de l'année scolaire à venir.

## **II. EVALUATION DES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE EN ALGERIE DEPUIS SA REORGANISATION A NOS JOURS**

Pour évaluer les activités de santé scolaire, les sous secteurs adressent chaque mois un rapport d'activité au secteur sanitaire (service d'épidémiologie et de médecine préventive) qui exploite les informations de base des trois rapports mensuels et confectionne un rapport trimestriel qu'il adresse à la direction de la santé de la wilaya et à l'inspection primaire de la daïra.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

La direction de la santé de la wilaya centralise et exploite les rapports trimestriels des secteurs sanitaires afin d'établir un rapport trimestriel reflétant l'activité par secteur sanitaire dans l'ensemble de la wilaya qu'elle transmet au ministère de la santé. Une copie du rapport doit être adressée à la direction de l'éducation. Les rapports trimestriels seront regroupés en un rapport annuel.

### **1. Les supports d'information**

Les supports d'information utilisés dans les activités de santé scolaire sont constitués de :

- **Le registre de santé de l'établissement scolaire :** tout chef d'établissement est tenu d'établir et de tenir à jour, conjointement avec le médecin, un registre de santé où seront consignées toutes les activités de santé scolaire : examens de dépistage, examens cliniques, actions de salubrité et d'assainissement,...etc.
- **Le dossier médical scolaire :** il sera établi obligatoirement pour chaque élève, il comporte les renseignements d'identification de chaque enfant, le cursus scolaire de l'élève, le tableau des vaccinations ainsi que les résultats des examens médicaux effectués par le médecin de santé scolaire.
- **La fiche de renseignement de l'élève :** elle devra être remplie par l'enseignant responsable de la classe fréquentée par l'enfant. Elle comporte des renseignements fournis par la famille et des observations concernant l'enfant et son travail.
- **La fiche de liaison :** elle est établie pour orienter un élève vers une consultation spécialisée. Elle est remise à l'issue des visites médicales au chef de l'établissement qui la transmet ensuite aux parents de l'élève et doit la récupérer après que l'enfant aura été examiné par le spécialiste. Le médecin doit reporter périodiquement le résultat de l'examen du spécialiste sur le registre de santé de l'école et sur le dossier médical de l'enfant. La fiche de liaison sera ensuite classée dans le dossier médical de l'élève.
- **La fiche de contrôle sanitaire de l'établissement :** elle est remplie par la personne qui a effectué le contrôle (l'inspecteur, le technicien du bureau municipal d'hygiène ou le médecin chargé de l'hygiène scolaire). Une copie de cette fiche doit être adressée aux responsables de chaque commune, avec copie au chef de Daïra, à la direction de l'éducation de wilaya et à la direction de la santé et de la population pour les écoles fondamentales du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> palier. Pour les établissements du secondaire, une copie de la fiche de contrôle doit être adressée à la direction de l'éducation de wilaya, avec copie au chef de l'établissement, au chef de la Daïra, et la direction de la santé et de la population.

## 2. Les moyens humains et infrastructurels au service de la santé scolaire

L'un des objectifs de la réorganisation de la santé scolaire était de renforcer la santé scolaire en moyens humains et matériels afin de faire face aux effectifs d'élèves qui augmentent d'année en année.

### 2.1. Les unités de dépistage et de suivi

Depuis la mise en place du plan de réorganisation de la santé scolaire en 1995, les activités de dépistage et de suivi se déroulent de plus en plus dans des structures plus adaptées, les unités de dépistage et de suivi (qui sont plus ou moins normalisées), au lieu des salles de classe.

Afin d'améliorer les conditions de la visite médicale systématique de dépistage et faire face à l'accroissement des effectifs des élèves scolarisés qui est passé de 7001428 élèves en 1996 à 7908369 élèves en 2011 (cf. tableau 11), le nombre des UDS est en évolution croissante d'une année à une autre. Il est passé de 769 UDS en 1996 à 1709 UDS en 2011 (plus du double). Ainsi le nombre d'élèves pris en charge par une seule UDS est passé de 9104 élèves en 1996 à 4627 élèves en 2011. Toutefois, il est à signaler que ces ratios présentent des moyennes au niveau national et qu'il existe des disparités entre wilayas et à l'intérieur d'une même wilaya.

En 2011, 68,93% des UDS (soit 1178 UDS dont 1077 installées dans des établissements scolaires, 81 dans des structures de santé et 20 dans des structures des collectivités locales) fonctionnent à temps plein, contre 31,07% des UDS fonctionnant à temps partiel (soit 531 UDS dont 206 implantées dans des établissements scolaires, 315 dans des structures de santé et 10 dans des structures des collectivités locales)<sup>83</sup>.

**Tableau 09:** évolution du nombre des UDS en Algérie de 1996 à 2011.

Année Scolaire	UDS implantées dans des établissements scolaires	UDS implantées dans des structures de santé	UDS implantées dans des locaux dégagés par les collectivités locales	Total	UDS/élèves
1995/1996*	-	-	-	769	9104
1997/1998**	889	270	10	1169	6322
2000/2001	828	277	16	1121	6976
2001/2002	-	-	-	1211	6443
2002/2003	-	-	-	1263	6245
2003/2004	982	327	8	1317	5964
2004/ 2005	-	-	-	1327	5812
2005/2006	1112	336	12	1460	5224
2006/2007	-	-	-	1485	5079
2007/2008	1164	341	20	1525	4897
2008/2009	-	-	-	1644	4774
2009/2010	1293	369	41	1703	4652
2010/2011	1283	396	30	1709	4627

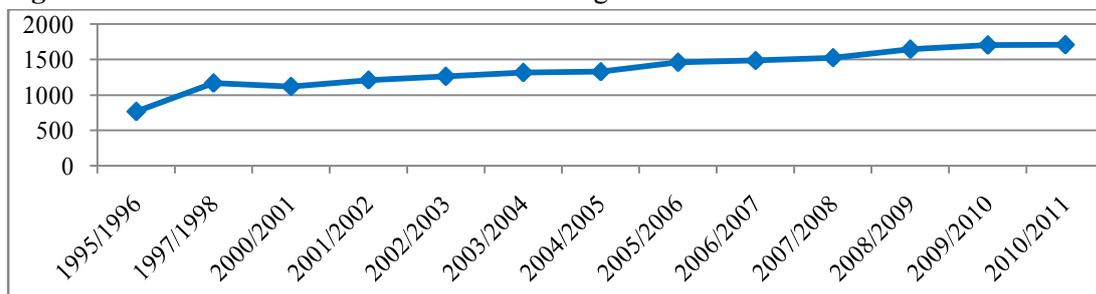
Source : tableau réalisé et ratios calculés par nos soins à partir de Draïfi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

\*rapport sur la santé de la mère et de l'enfant, CNES, 9<sup>ème</sup> session plénière, 28-29 octobre 1997, p.51.

\*\* Kaïd Thilane N. : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Béjaïa. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger, 2003, p.188.

<sup>83</sup> Draïfi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

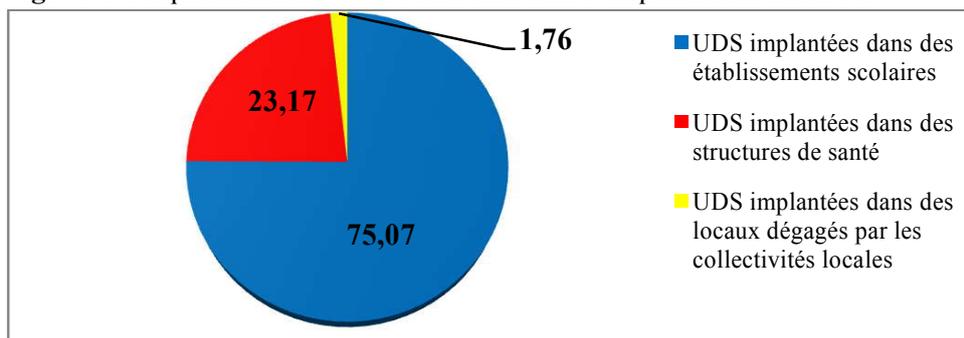
**Figure 01:** évolution du nombre des UDS en Algérie de 1996 à 2011.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 09.

Par besoin de proximité de la population scolaire, plus de la moitié des UDS sont implantées dans des établissements scolaires. Ainsi en 2011, 75,07% des UDS sont implantées dans des établissements scolaires, contre 23,17% pour les structures de santé et 1,76% pour les locaux dégagés par les collectivités locales (cf. figure 02).

**Figure 02:** répartition des UDS selon leur lieu d'implantation en 2011.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 09.

## 2.2. Les personnels exerçants en santé scolaire

Le personnel de santé exerçant au niveau des UDS est constitué de :

### 2.2.1. Les médecins généralistes

Le nombre de médecins généralistes affectés à la santé scolaire, qui était de 1871 médecins durant l'année scolaire 2000-2001, a subi une baisse durant deux années successives pour atteindre 1689 médecins en 2004. Cependant, depuis l'année scolaire 2005-2006, le nombre de médecins affectés à la santé scolaire a connu une augmentation constante d'une année à une autre pour atteindre 2173 médecins en 2011, soit une croissance de 20,93% durant 6 ans (cf. tableau 10).

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

En 2011, la couverture médicale globale au niveau national présente un ratio moyen d'un médecin pour 3639 élèves alors qu'elle était de un médecin pour 4179 élève en 2001, mais la répartition des médecins par wilaya est déséquilibrée.

Durant l'année scolaire 2010-2011, 67,60% des médecins (soit 1469 médecins) exerçaient à plein temps, contre 30,40% exerçant à temps partiel (soit 704 médecins)<sup>84</sup>.

### **2.2.2. Les chirurgiens dentistes**

Le nombre de chirurgiens dentistes a connu des fluctuations de l'année scolaire 2000-2001 à l'année 2010-2011, il est passé de 1130 chirurgiens dentistes en 2001 à 1926 chirurgiens dentistes en 2011, soit une croissance de 70,44% en 10 ans (cf. tableau 10).

Rapporté au nombre d'élèves, le nombre de chirurgiens dentistes est passé de 1 chirurgien dentiste pour 6920 élèves en 2001 à un chirurgien dentiste pour 4106 élèves en 2011. Toutefois, cet effectif de chirurgiens dentistes reste insuffisant vu la prévalence de la carie dentaire en milieu scolaire.

Durant l'année scolaire 2010-2011, 64,12% des chirurgiens dentistes exerçaient à plein temps, contre 35,88% exerçant à temps partiel<sup>85</sup>.

### **2.2.3. Les psychologues**

Le nombre de psychologues affectés à la santé scolaire a connu une croissance soutenue depuis 2001. Il est passé de 201 psychologues en 2001 à 899 en 2011, soit une croissance de 347,26%. Toutefois malgré cette croissance, le nombre de psychologues affectés à la santé scolaire reste insuffisant avec un ratio de 8796 élèves par psychologue en 2011 (cf. tableau 10). L'insuffisance de psychologues affectés à la santé scolaire est aggravée par la répartition inégale de ces derniers sur le territoire national (un nombre important d'UDS sont dépourvues de psychologues).

En 2011, 71,96% des psychologues exerçaient à plein temps et 28,04% à temps partiel.

### **2.2.4. Le personnel paramédical**

L'effectif du personnel paramédical constitue l'effectif le plus important en le comparant avec les autres corps (médecins, chirurgiens dentiste...). Ce dernier a connu une croissance soutenue de l'année scolaire 2000-2001 à l'année scolaire 2010-2011, passant de 2063

---

<sup>84</sup> Draifi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

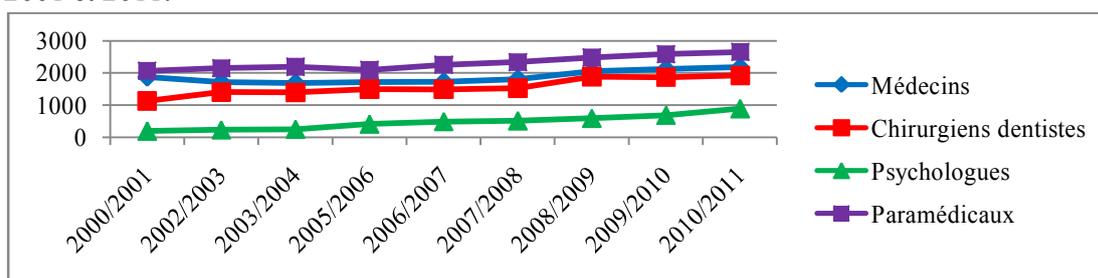
<sup>85</sup> Idem.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

infirmiers en 2001 à 2646 infirmiers en 2011, soit une croissance de 28,26% en 10 ans (cf. tableau 10).

La couverture globale au niveau national pour l'année scolaire 2010-2011 présente un ratio moyen d'un infirmier pour 2988 élèves scolarisés. Durant cette même année 70,63% des infirmiers exerçaient à plein temps et 29,37% à temps partiel.

**Figure 03:** évolution du nombre des personnels médicaux exerçant en santé scolaire entre 2001 et 2011.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 10.

**Tableau 10 :** évolution du nombre des personnels médicaux exerçant en santé scolaire entre 2001 et 2011.

Année scolaire	Nbre méd.	méd./élv	Nbre Chir. dentistes	Chir. dentistes/élv	Nbre psyc	psyc/élv	Nbre paraméd	paraméd/élv
2000/2001	1871	4179	1130	6920	201	38906	2063	3790
2002/2003	1716	4596	1409	5598	238	33144	2145	3677
2003/2004	1689	4651	1392	5643	255	30805	2190	3587
2005/2006	1718	4439	1503	5074	415	18379	2091	3647
2006/2007	1724	4375	1486	5076	494	15269	2254	3346
2007/2008	1810	4126	1524	4900	520	14363	2337	3196
2008/2009	2051	3827	1887	4159	595	13191	2480	3165
2009/2010	2119	3739	1871	4234	694	11416	2578	3073
2010/2011	2173	3639	1926	4106	899	8796	2646	2988

Source : Draïf M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

### 3. Evolution des principaux indicateurs de la santé scolaire en Algérie depuis sa réorganisation à nos jours

Les principaux indicateurs de la santé scolaire sont les taux de couverture sanitaires des élèves par les visites systématiques de dépistage, les taux de suivi et de prise en charge des affections

dépistées, les taux de contrôle d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires, les taux de vaccination des élèves et les activités d'éducation sanitaire réalisées.

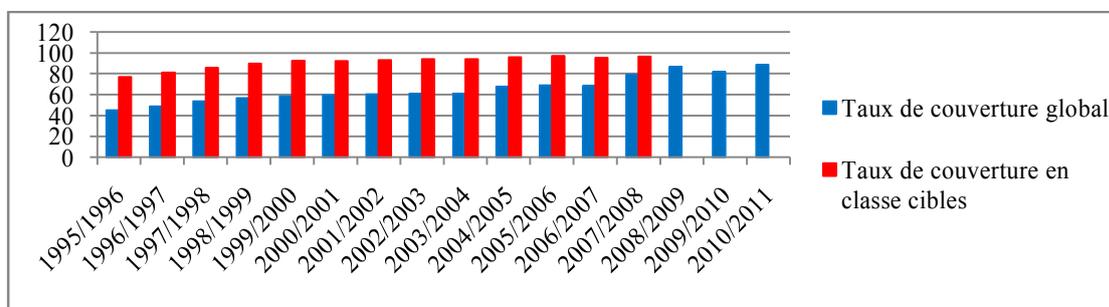
### 3.1. Couverture sanitaire par les visites médicales systématiques de dépistage

La couverture sanitaire par les visites médicales systématiques de dépistage pour l'ensemble des élèves scolarisés est en constante augmentation depuis l'année scolaire 1995-1996. Le taux de couverture global est passé de 45,19% en 1996 à 88,40% en 2011, gagnant ainsi 43 points pendant 15 ans.

La couverture sanitaire par les visites médicales systématiques de dépistage des classes cibles (1ère, 2ème et 7ème année fondamentale, 1ère année secondaire) a enregistré une nette amélioration, passant de 76,78% en 1996 à 96,45% en 2008, soit un gain de 19 points depuis 1996 (cf. tableau 11). L'amélioration des taux de couverture sanitaire des élèves s'explique par l'accroissement des effectifs du personnel médical affecté à la santé scolaire et la création de nouvelles UDS.

A partir de l'année 2008, après le changement de la carte sanitaire par le décret exécutif n° 07/140 du 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, et dans le but d'améliorer la santé des élèves, les visites médicales systématiques annuelles de dépistage sont assurées pour l'ensemble des élèves du préscolaire et de la 1ère année primaire à la 3ème année secondaire. Ainsi, on ne tient plus compte des anciennes classes cibles. Toutefois une priorité doit être accordée aux classes d'examen (4<sup>ème</sup> année moyenne et 3<sup>ème</sup> année secondaire) dont les élèves auront à subir une épreuve sportive pour laquelle les médecins de santé scolaire devront, au terme des visites médicales systématiques, se prononcer sur leur aptitude physique.

**Figure 04:** évolution des taux de couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistage en Algérie entre 1996 et 2011.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 11.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 11** : évolution de la couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistage en Algérie entre 1996 et 2011.

Années scolaires	Effectif global des élèves scolarisés	Nombre total d'élèves examinés	Taux de couverture globale	Taux de couverture en classes cibles***
1995/1996*	7001428	3163947	45,19	76,78
1996/1997*	7404377	3606947	48,71	81,25
1997/1998*	7391218	3967317	53,67	85,76
1998/1999*	7571666	4295481	56,73	89,77
1999/2000*	7641785	4463265	58,41	92,26
2000/2001**	7820164	4641226	59,35	92,05
2001/2002**	7803482	4693794	60,15	93,29
2002/2003**	7888258	4807104	60,94	94,15
2003/2004**	7855373	4780780	60,86	94,07
2004/2005**	7713163	5205613	67,49	95,80
2005/2006**	7627437	5262931	69	96,99
2006/2007**	7543238	5161837	68,43	95,26
2007/2008**	7468858	5916082	79,21	96,45
2008/2009**	7849052	6821611	86,91	-
2009/2010**	7923056	6477432	81,75	-
2010/2011**	7908369	6990885	88,40	-

Source : Tableau réalisé et ratio calculés par nos soins à partir de :

\*MSP, direction des actions sanitaires spécifiques, sous direction de la santé en milieux éducatifs : la santé scolaire de 1995 à 2000.

\*\*Draifi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

\*\*\*Adjeb T.Z., Draifi M. : la santé scolaire en Algérie de 1997 à 2008, direction de la prévention, MSPRH.

### 3.2. Evolution des affections les plus couramment dépistées en milieu scolaire

En soustrayant la morbidité liée à la santé bucco-dentaire qui fait l'objet d'un programme spécifique depuis septembre 2001, la morbidité générale par enfant est passée de 20% en 1988 à 14,78% en 1996, puis à 12,74% en 2010, soit un gain de 7 points depuis 1988. En 2011, elle a remonté à 14,02% (cf. tableau 12 et tableau 05).

L'analyse des données du tableau 12 montre que certaines affections continuent toujours à prédominer en milieu scolaire telles que la baisse de l'acuité visuelle (4,03% des élèves examinés en 2011), les difficultés scolaires (2,16%), l'énurésie (1,43%) et les souffles cardiaques (0.86%). Par ailleurs, les taux de la pédiculose et de la gale sont en diminution constante, passant de 1,84 % en 1985 à 1,73% en 2001, puis à 0,52% en 2011 (soit un gain de 1,32 point depuis 1985) pour la pédiculose et de 3,46 % en 1985 à 0,98% en 2001, puis à 0,09 % en 2011 (soit un gain de 3,37 points depuis 1985) pour la gale. Ceci est dû aux efforts

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

déployés notamment en matière de dépistage actif, le traitement à titre gracieux et l'éducation sanitaire.

**Tableau 12 :** Evolution des taux des affections les plus couramment dépistées en milieu scolaire en Algérie entre 1996 et 2011.

Affections	1995/1996*	1996/1997*	1997/1998*	1998/1999*	1999/2000*	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Baisse de l'acuité visuelle	3.19	3.61	3.28	3.29	3.33	3,47	3,29	3,39	3,47
Pédiculose	2.76	3.15	2.45	2.23	1.94	1,73	1,43	1,31	1,12
Enurésie	1.32	1.54	1.63	1.67	1.70	1,74	1,74	1,74	1,70
Souffle cardiaque	1.26	1.23	1.31	1.34	1.28	1,30	1,26	1,19	1,07
Difficulté Scolaire	0.80	1.01	1.14	1.16	1.22	1,38	1,43	1,49	1,66
Strabisme	0.51	0.72	0.68	0.68	0.83	0,69	0,64	0,66	0,78
Gale	0.37	0.51	0.55	0.57	0.67	0,98	0,82	0,79	0,64
Oxyurose	0.53	0.73	0.67	0.75	0.66	0,73	0,65	0,65	0,59
Ectopie testiculaire	0.64	0.63	0.64	0.64	0.61	0,52	0,56	0,53	0,50
Pâleur conjonctivale	0.32	0.32	0.36	0.35	0.48	0,39	0,40	0,40	0,40
Asthme	0.45	0.53	0.49	0.47	0.43	0,43	0,58	0,83	0,43
Troubles urinaires	0.50	0.39	0.45	0.40	0.40	0,38	0,37	0,36	0,37
Troubles du langage	0.28	0.34	0.32	0.32	0.31	0,31	0,30	0,31	0,33
Antécédents de RAA	0.25	0.40	0.33	0.31	0.27	0,28	0,22	0,25	0,24
Troubles du comportement	0.20	0.26	0.25	0.27	0.25	0,30	0,25	0,27	0,34
Goitre	0.37	0.29	0.33	0.30	0.24	0,30	0,18	0,15	0,14
Surdité, Hypoacousie	0.23	0.26	0.27	0.26	0.23	0,24	0,25	0,23	0,22
Déformation des membres	0.33	0.55	0.29	0.21	0.20	0,37	0,18	0,22	0,18
Déformation du rachis	0.20	0.14	0.20	0.19	0.18	0,19	0,16	0,15	0,16
Epilepsie	0.07	0.11	0.08	0.07	0.13	0,14	0,08	0,08	0,08
Trachome	0.10	0.11	0.09	0.10	0.10	0,14	0,09	0,08	0,08
Ptôsis, Nystagmus	0.04	0.05	0.05	0.08	0.07	0,05	0,04	0,04	0,04
Diabète	0.06	0.06	0.12	0.06	0.07	0,07	0,07	0,07	0,08
<b>Total</b>	14,78	16,94	15,98	15,72	15,6	16,3	14,99	15,19	14,62

Source : Tableau réalisé et ratio calculés par nos soins à partir de : Draïfi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

\*MSP, direction des actions sanitaires spécifiques, sous direction de la santé en milieux éducatifs : la santé scolaire de 1995 à 2000.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Suite du tableau 12**

Affections	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
Baisse de l'acuité visuelle	3,18	3,26	3,26	3,32	3,20	3,56	4.03
Pédiculose	0,90	0,77	0,64	0,61	0,50	0,48	0.52
Enurésie	1,49	1,53	1,50	1,34	1,39	1,33	1.43
Souffle cardiaque	0,99	1,04	0,97	0,94	0,80	0,86	0.86
Difficulté Scolaire	1,58	1,75	1,84	1,72	1,78	1,98	2.16
Strabisme	0,59	0,61	0,60	0,60	0,51	0,56	0.60
Gale	0,53	0,37	0,23	0,22	0,13	0,10	0.09
Oxyurose	0,50	0,53	0,48	0,46	0,44	0,42	0.49
Ectopie testiculaire	0,42	0,45	0,41	0,38	0,39	0,51	0.41
Pâleur conjonctivale	0,37	0,41	0,40	0,38	0,40	0,52	0.62
Asthme	0,42	0,44	0,46	0,38	0,27	0,37	0.44
Trouble urinaire	0,32	0,32	0,33	0,29	0,32	0,30	0.34
Troubles du langage	0,30	0,32	0,32	0,33	0,32	0,33	0.40
Antécédents de RAA	0,21	0,20	0,18	0,18	0,17	0,19	0.18
Troubles du comportement	0,29	0,32	0,37	0,42	0,32	0,35	0.52
Goitre	0,14	0,13	0,13	0,11	0,09	0,08	0.09
Surdité, Hypoacousie	0,19	0,21	0,16	0,18	0,16	0,17	0.17
Déformation des membres	0,18	0,14	0,16	0,16	0,12	0,15	0.15
Déformation du rachis	0,16	0,16	0,16	0,22	0,14	0,20	0.22
Epilepsie	0,09	0,09	0,10	0,10	0,09	0,11	0.11
Trachome	0,06	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03	0.03
Ptôsis, Nystagmus	0,04	0,03	0,06	0,04	0,04	0,04	0.04
Diabète	0,08	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10	0.12
<b>Total</b>	<b>12,97</b>	<b>13,2</b>	<b>12,87</b>	<b>12,5</b>	<b>11,7</b>	<b>12,74</b>	<b>14,02</b>

Source : Tableau réalisé et ratio calculés par nos soins à partir de : Draifi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

\*MSP, direction des actions sanitaires spécifiques, sous direction de la santé en milieux éducatifs : la santé scolaire de 1995 à 2000.

La même tendance baissière est également observée pour le trachome, son taux est passé de 0,10% en 1996 à 0,03% en 2011. Ceci est dû aux campagnes de prévention menées chaque année dans les wilayas du sud. Ces campagnes consistent en l'application de la pommade ophtalmique à tous les élèves de la 1<sup>ère</sup> A.P. à la 4<sup>ème</sup> A.M. durant six mois (d'octobre à mars)

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

et en l'organisation de séances d'éducation sanitaire sur l'hygiène corporelle et l'hygiène de l'environnement. En 2011, 752703 élèves de 12 wilayas du sud ont bénéficié de l'application de la pommade ophtalmique contre 722970 élèves en 2005 (cf. tableau 13).

**Tableau 13** : évolution des campagnes de prévention du trachome en milieu scolaire de 2005 à 2011.

Année scolaire	Population cible (1 <sup>ère</sup> A.P. à 4 <sup>ème</sup> A.M.)	Population ayant bénéficié de l'application de la pommade ophtalmique	Taux de couverture
2004-2005	826912	722970	87
2005-2006	865917	799102	92,28
2006-2007	831415	770365	92,65
2007-2008	869938	690190	79
2008-2009	860493	714075	82,98
2009-2010	951756	829815	87,18
2010-2011	974751	752703	77,22

Source : tableau réalisé par nos soins à partir de Draïfi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

### **3.3. Evolution du suivi au niveau des UDS et de la prise en charge spécialisée des affections dépistées**

L'un des objectifs de la réorganisation de la santé scolaire est d'assurer un suivi plus rigoureux des affections dépistées afin d'améliorer leur prise en charge.

En 2011, 70,17% des élèves convoqués pour un suivi se sont réellement présentés à l'UDS, contre 63,59 % en 1997, soit un gain de 6 points depuis 1997.

En ce qui concerne l'orientation des élèves pour une prise en charge spécialisée, on constate une sensible diminution du taux des élèves orientés depuis l'année scolaire 2000-2001, grâce aux formations relatives à la prise en charge des pathologies prévalentes organisées à l'intention des médecins de santé scolaire (une formation des médecins de santé scolaire a été mise en œuvre dans le cadre du C.E.S. de santé scolaire qui a démarré à Constantine en septembre 2001<sup>86</sup>).

En 1997, seulement 32,24% des élèves orientés pour une prise en charge spécialisée ont été effectivement pris en charge contre 36,63% en 2011, soit un gain de 4 points. Toutefois, malgré cette amélioration, la prise en charge spécialisée des enfants orientés demeure insuffisante puisque moins de la moitié des élèves orientés ont été effectivement pris en charge (cf. tableau 14).

---

<sup>86</sup> Semid A. : évolution de la santé scolaire de 1995 à 2001, In Actes et conclusions des assises nationales de la santé scolaire, Safir hôtel Mazafran, Zéralda, les 9 et 10 juillet 2002, p.19.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

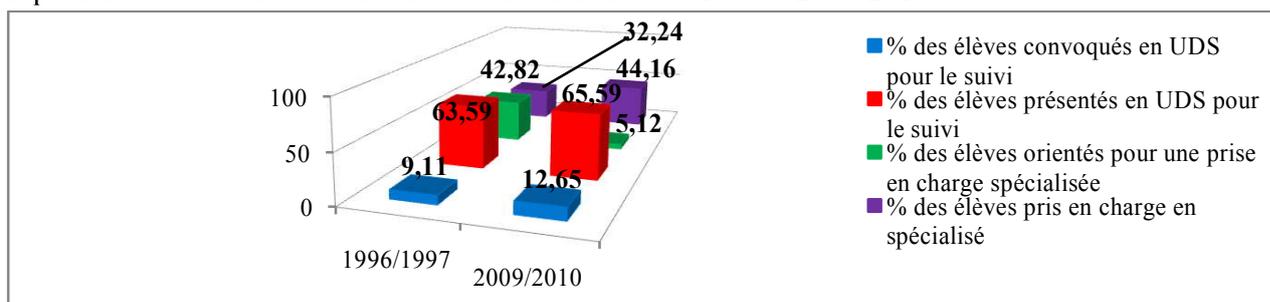
**Tableau 14:** Evolution du suivi au niveau des UDS et de la prise en charge spécialisée des affections dépistées entre 1997 et 2011.

Année	% des élèves convoqués en UDS pour le suivi	% des élèves présentés en UDS pour le suivi	% des élèves orientés pour prise en charge spécialisée	% des élèves pris en charge en spécialisé
1996/1997*	9,11	63,59	42,82	32,24
1997/1998*	11,15	67,28	35,66	42,67
1998/1999*	13,30	73,49	36,69	38,71
1999/2000*	13,83	73,73	51,41	38,31
2000/2001**	15,41	72,91	8,72	39,56
2001/2002**	22,92	73,79	8,26	44,05
2002/2003**	24,03	70,88	7,04	39,70
2003/2004**	21,11	71,53	7,01	33,42
2004/2005**	20,23	75,09	6,92	41,32
2005/2006**	21,18	79,08	6,97	44,39
2006/2007**	19,97	77,20	6,72	45,91
2007/2008**	18,38	72,85	6,30	44,86
2008/2009**	13,51	73,07	5,32	44,86
2009/2010**	12,65	65,59	5,12	44,16
2010/2011**	13,11	70,17	-	36,63

Source : \*MSP, direction des actions sanitaires spécifiques, sous direction de la santé en milieux éducatifs : la santé scolaire de 1995 à 2000.

\*\*Draïfi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

**Figure 05:** comparaison des taux de suivi et de prise en charge spécialisée des affections dépistées en milieu scolaire entre l'année scolaire 1996-1997 et 2009-2010.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 14.

### 3.4. Evolution de la prise en charge des affections chroniques confirmées

Les affections chroniques dépistées en milieu scolaire doivent faire l'objet d'une prise en charge spécialisée et d'un suivi rigoureux par les équipes de santé scolaire.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Malgré l'amélioration du taux de prise en charge des affections chroniques confirmées, qui est passé de 33,22% en 1996 à 47,76% en 2011 (un gain de 14 points depuis 1996), celle-ci reste insuffisante et en deçà des taux espérés (cf. tableau 15).

**Tableau 15:** Evolution de la prise en charge des affections chroniques confirmées en milieu scolaire entre 1996 et 2011.

Années scolaires	Nombre d'affections chroniques orientées en spécialité	Nombre d'affections chroniques prises en charge en spécialité	% de prise en charge
1995/1996*	167370	55606	33,22
1996/1997*	211786	62542	29,53
1997/1998*	486282	90248	18,55
1998/1999*	233803	88298	37,76
1999/2000*	259161	106129	40,95
2000/2001**	221170	84649	38,27
2001/2002**	257574	109444	42,77
2002/2003**	261035	110910	42,49
2003/2004**	258278	115948	44,89
2004/2005**	259834	119540	46,01
2005/2006**	272539	128297	47,07
2006/2007**	262184	128750	49,11
2007/2008**	278485	130908	47,01
2008/2009**	371935	173035	46,52
2009/2010**	334112	159410	47,71
2010/2011**	-	-	47,76

Source : \*Semid A. : évolution de la santé scolaire de 1995 à 2001, In Actes et conclusions des assises nationales de la santé scolaire, Safir hôtel Mazafran, Zéralda, les 9 et 10 juillet 2002, p.25.

\*\*Draifi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

Pendant l'année scolaire 2009-2010, les affections chroniques les mieux prises en charge étaient le diabète (avec un taux de prise en charge de 90,33%), la tuberculose (84,98%), l'épilepsie (84,57%), l'asthme (79,56%), les antécédents de R.A.A. (77,08%), les autres affections hématologiques (74,19%), l'anémie (69,04%), les autres affections neurologiques (62,94%), le trachome (60,26%), les néphropathies (59,51%), le goitre (57,35%). Les affections chroniques les moins prises en charge durant cette même année étaient: la cardiopathie (47,39%), les déformations squelettiques (41,32%), la déficience de l'acuité visuelle (40,91%), l'ectopie testiculaire (40,02%) et l'hypoacousie (34,32%)<sup>87</sup>.

Pour certaines affections, l'insuffisance de la prise en charge s'explique par le manque de spécialistes comme est le cas pour les déformations squelettiques. En ce qui concerne l'acuité visuelle, le problème est d'ordre économique (certains parents ne peuvent pas payer les lunettes de leurs enfants).

<sup>87</sup> Draifi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

### 3.5. Evolution des activités de vaccination en milieu scolaire de l'année scolaire 1997-1998 à l'année scolaire 2010-2011

La couverture vaccinale pour les 1<sup>ère</sup> A.F. a progressé de 17 points de 1998 à 2011 en passant de 79% à 96,01%, respectivement. Le même constat est fait pour la couverture vaccinale des 1<sup>ère</sup> A.M. et 1<sup>ère</sup> A.S., celle-ci a progressé respectivement de 8 et 11 points de 1998 à 2011.

Pour l'année scolaire 2010-2011 la couverture vaccinale des trois classes cibles pour les différents vaccins administrés se présente comme suit :

- 1<sup>ère</sup> A.F. : - le taux de couverture vaccinale au DT. enfant + vaccin anti-Polio=96,01 %  
- le taux de couverture vaccinale au vaccin anti-rougeoleux = 96,32 %  
- le taux de couverture vaccinale de rattrapage au BCG = 57,52 %
- 1<sup>ère</sup> A.M. : le taux de couverture vaccinale au DT. adulte + vaccin anti-Polio = 88,53 %
- 1<sup>ère</sup> A.S. : le taux de couverture vaccinale au DT. adulte + vaccin anti-Polio = 89 %

Le rattrapage de la vaccination des élèves qui n'auraient pas été vaccinés durant l'année scolaire 2009-2010 représentés par les élèves de la 2<sup>ème</sup> A.P., 2<sup>ème</sup> A.M. et la 2<sup>ème</sup> A.S. se présente comme suit :

- 2<sup>ème</sup> A.P. : - le taux de couverture vaccinale au DT. enfant + vaccin anti-Polio = 87,2 %  
- le taux de couverture vaccinale au Vaccin anti-rougeoleux = 87,85 %
- 2<sup>ème</sup> A.M. : le taux de couverture vaccinale au DT. adulte + vaccin anti-Polio = 73,83 %
- 2<sup>ème</sup> A.S. : le taux de couverture vaccinale au DT. adulte + vaccin anti-Polio = 63,69 %

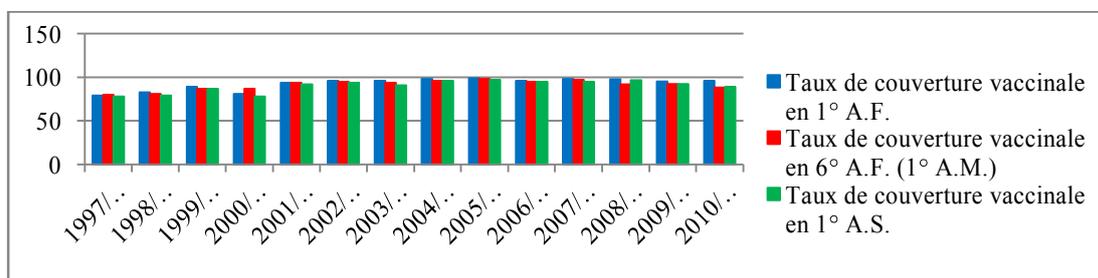
**Tableau 16:** Evolution des taux de la couverture vaccinale en milieu scolaire en Algérie de l'année scolaire 1997-1998 à l'année scolaire 2010-2011.

Années scolaires	Taux de Couverture vaccinale en 1 <sup>ère</sup> A.F.	Taux de couverture vaccinale en 6 <sup>ème</sup> A.F. (1 <sup>ère</sup> A.M.)	Taux de couverture vaccinale en 1 <sup>ère</sup> A.S.
1997/1998*	79	80	78
1998/1999*	83	81	79
1999/2000*	89	87	87
2000/2001**	81	87	78
2001/2002**	94	94	92
2002/2003**	96	95	94
2003/2004**	96	94	91
2004/2005**	98	96	96
2005/2006**	99	98	97
2006/2007**	96	95	95
2007/2008**	98	97	95
2008/2009**	97,87	91,48	96,86
2009/2010**	95,30	92,10	92,21
2010/2011**	96,01	88,53	89

Source : \*Semid A. : évolution de la santé scolaire de 1995 à 2001, In Actes et conclusions des assises nationales de la santé scolaire, Safir hôtel Mazafran, Zéralda, les 9 et 10 juillet 2002, p.26.

\*\*Draifi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

**Figure 06:** Evolution des taux de la couverture vaccinale en milieu scolaire en Algérie de l'année scolaire 1997-1998 à l'année scolaire 2010-2011.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 16.

### 3.6. Evolution des contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires

Durant l'année scolaire 2010-2011, 93,58% des établissements scolaires ont été contrôlés par les équipes de santé scolaire en collaboration avec les techniciens du S.E.M.E.P. et ceux des bureaux d'hygiène communale, contre 78,81% des établissements en 1997, soit une progression de 14 points depuis 1997 (cf. tableau 17). Ces contrôles ont porté essentiellement sur l'hygiène des cantines et du personnel des cantines, de l'environnement scolaire, des sanitaires, des classes et du réseau d'approvisionnement en eau potable ainsi que le réseau d'évacuation.

**Tableau 17:** Evolution des taux des établissements scolaires contrôlés sur le plan de l'hygiène et de la salubrité entre 1997 et 2011.

Années scolaires	% des établissements scolaires contrôlés
1996/1997*	78,81
1997/1998*	76,56
1998/1999*	72,87
1999/2000*	80,24
2000/2001**	84,23
2001/2002**	79,74
2002/2003**	83,67
2003/2004**	82,69
2004/2005**	88,63
2005/2006**	90,24
2006/2007**	90,91
2007/2008**	97,37
2008/2009**	91,66
2009/2010**	92,32
2010/2011**	93,58

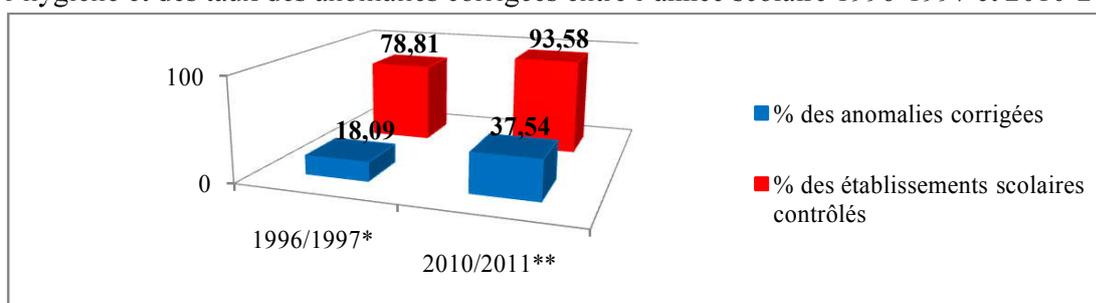
Source : \*Semid A. : évolution de la santé scolaire de 1995 à 2001, In Actes et conclusions des assises nationales de la santé scolaire, Safir hôtel Mazafran, Zéralda, les 9 et 10 juillet 2002, p.26.

\*\*Draïfi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Toutefois, si 93,58% des établissements scolaires ont été effectivement contrôlés en 2011, seulement 37,54% des anomalies constatées ont été corrigées contre 78,58% et 18,09% respectivement pour l'année scolaire 1996-1997.

**Figure 07:** comparaison des taux des établissements scolaires contrôlés sur le plan de l'hygiène et des taux des anomalies corrigées entre l'année scolaire 1996-1997 et 2010-2011.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir de :

\*MSP : la santé scolaire de 1995 à 2000.

\*\* Draifi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.

### **3.7. L'éducation sanitaire en milieu scolaire**

Une population importante d'enfants et d'adolescents fréquente le milieu scolaire. Ce dernier constitue pour eux un lieu de socialisation et de changement et un lieu privilégié pour les informer et les éduquer sur les questions concernant la santé et la promotion de comportements sains pour la préserver.

En Algérie, l'éducation à la santé en milieu scolaire ne fait pas l'objet d'un programme spécifique, elle est intégrée dans certaines disciplines comme l'éducation islamique, l'éducation civique et l'éducation scientifique et technologique qui a remplacé l'étude du milieu (ancien programme) au primaire et la science de la nature et de la vie au CEM et au lycée.

Au primaire, l'éducation scientifique et technologique (introduite par la réforme du système éducatif en 2003 dès la première année de l'enseignement primaire) transmet des connaissances sur le corps humain (les cinq sens et leurs rôles, les mouvements du corps, variation des besoins nutritionnels), les dangers des fuites de gaz et les effets des déchets sur la santé. L'éducation islamique évoque les thèmes de l'hygiène corporelle, vestimentaire, domestique et de l'environnement, ainsi que les ablutions nécessaires à l'accomplissement de la prière. L'éducation civique transmet des connaissances sur la prévention des risques domestiques, à l'école et dans la rue et la prévention des maladies transmissibles par les animaux errants, comme elle transmet des connaissances sur la nutrition, les premiers secours,

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

le respect du code de la route et la relation entre l'environnement et la santé et la nécessité de le protéger.

Au CEM, l'éducation islamique reprend les thèmes relatifs à l'hygiène corporelle ainsi que les ablutions nécessaires à l'accomplissement de la prière, comme elle traite de la protection de l'environnement en islam. L'éducation civique porte sur la protection de l'environnement, les causes de la pollution de ce dernier et les conséquences de la pollution sur la santé. Le programme de la science de la nature et de la vie transmet des connaissances sur le rôle des différents nutriments, l'équilibre et les ratios nutritionnels, l'appareil digestif, l'appareil génital de la femme et de l'homme et les modes de transmissions du VIH/SIDA, les microbes et les maladies d'immunodéficience.

Au lycée, le programme d'éducation islamique de la 1<sup>ère</sup> A.S. apprend aux élèves les comportements nuisibles à la santé que doivent éviter les musulmans (alcool, drogue, cigarette,...etc.). Le programme de la science de la nature et de la vie transmet des connaissances sur les hormones et leurs rôles, l'équilibre hormonal, le diabète, les protéines et leurs rôles et le système immunitaire.

Afin de promouvoir l'éducation sanitaire en milieu scolaire, des programmes de communication sociale et d'éducation sanitaire sont mis en œuvre chaque année à partir de l'année scolaire 1998-1999 par le ministère de la santé en collaboration avec celui de l'éducation nationale.

Pour l'année scolaire 2010-2011, le calendrier des campagnes d'éducation sanitaire et de communication sociale a été fixé comme suit<sup>88</sup> :

- Octobre 2010 : l'hygiène individuelle et collective et l'hygiène de l'environnement.
- Novembre 2010 : l'hygiène alimentaire et l'éducation nutritionnelle.
- Décembre 2010 : prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA.
- Janvier 2011 : la prévention et la lutte contre la rage.
- Février 2011 : la semaine maghrébine de santé scolaire.
- Mars 2011 : la pratique du sport pour la prévention des maladies chroniques.
- Avril 2011 : la journée mondiale de la santé.
- Mai 2011 : la santé des adolescents (la lutte contre le tabagisme, la drogue et la toxicomanie, la santé reproductive et sexuelle).

D'autres thèmes peuvent être retenus localement par les équipes de santé scolaire en tenant compte des besoins identifiés par les personnels de santé scolaire ou à la demande des élèves, des enseignants et des associations de parents d'élèves.

---

<sup>88</sup> Instruction interministérielle n°04 du 04 octobre 2010 relative aux actions à réaliser durant l'année scolaire 2010/2011 dans le cadre du programme national de santé scolaire.

Ces campagnes peuvent être menées sous forme de conférences, débats, expositions, leçons, jeux de rôles, concours de dessins, journées portes ouvertes...etc. elles doivent être réalisées par les équipes de santé scolaire en collaboration avec les enseignants. Ces derniers peuvent faire appel à toutes les compétences ayant un rapport avec les différents thèmes proposés (inspecteurs de l'éducation et de la formation, médecins spécialistes, imams, associations,...etc.).<sup>89</sup>

### **3.8. La Santé bucco-dentaire**

La carie dentaire est la pathologie la plus fréquente en milieu scolaire en Algérie. Sa prévalence est passée de 24,73 % en 1986 à 29,82 % en 1990 puis à 37,99 % en 1996 et à 42,31 % en 1999. La prise en charge de la carie dentaire en milieu scolaire est très insuffisante, elle n'est que de 31,53 % en 1999.

Face à l'impossibilité de satisfaire la demande en soins bucco-dentaires sans cesse croissante et qui ne sont pas accessibles à tous les enfants en raison notamment du coût élevé de l'odontologie restauratrice, le programme de santé scolaire a été enrichi par un sous programme de santé bucco-dentaire par la circulaire interministérielle du 07 mai 2001 relative au programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire. Ce programme est axé sur :

- Essentiellement l'éducation sanitaire avec notamment l'apprentissage du brossage dentaire dans les établissements scolaires.
- Une consultation de prévention pour un dépistage précoce qui doit se faire dans un cabinet dentaire ou à défaut dans un local adéquat désigné à cet effet.
- Le traitement conservateur des caries du 1<sup>er</sup> degré (amélopathies) et des caries du second degré (dentinopathies). Les autres stades de carie doivent être pris en charge dans les cabinets dentaires de santé publique autres que ceux désignés pour ce programme.

#### **3.8.1. Les objectifs du programme**

Le programme de santé bucco-dentaire a pour objectifs de :

- Réduire la prévalence carieuse chez l'enfant scolarisé de 20 à 25 % en 5 ans.
- Réduire la prévalence parodontale chez l'enfant scolarisé de 50 % en deux ans.

---

<sup>89</sup> Instruction interministérielle n° 003 du 19 octobre 2003 relative aux campagnes d'éducation sanitaire et de communication sociale en milieu scolaire.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Expliquer aux enfants l'intérêt d'une dentition saine et les facteurs déclencheurs de la carie et de la parodontopathie.
- Habituer l'enfant à brosser correctement ses dents au moins 2 fois par jour et corriger son comportement alimentaire notamment vis-à-vis des hydrates de carbone.

### **3.8.2. La stratégie du programme**

Les classes cibles du programme national de santé bucco-dentaire sont présentées par les élèves de la 1<sup>ère</sup> A.F., 2<sup>ème</sup> A.F., 4<sup>ème</sup> A.F., 1<sup>ère</sup> A.M., et de la 1<sup>ère</sup> A.S. correspondant respectivement aux âges suivants : 6ans, 7 ans, 9 ans, 12 ans et 15 ans. Ces groupes sont des âges vulnérables en raison de leur âge dentaire, ils ont une probabilité plus élevée de présenter un problème de santé buccodentaire.

Le programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire concerne tous les chirurgiens dentistes de santé publique mais en premier lieu les chirurgiens dentistes de santé scolaire et doit être exécuté comme suit :

- a) **UDS avec chirurgien dentiste et équipement dentaire** : le chirurgien dentiste doit assurer le dépistage, l'éducation sanitaire et le traitement conservateur.
- b) **UDS avec chirurgien dentiste mais sans équipement dentaire** : le chirurgien dentiste de l'UDS doit assurer le dépistage et l'éducation sanitaire. Pour le traitement conservateur, le sous-secteur sanitaire doit réserver un cabinet dentaire pendant deux à trois demi-journées par semaine dont le lundi après midi et pendant les vacances scolaires tous les après midi, pour la prise en charge des enfants orientés. Le chirurgien dentiste de santé scolaire exerçant dans l'UDS peut prendre en charge ses patients au niveau de ce cabinet. Ce dernier doit également contrôler la prise en charge des enfants orientés vers les cabinets des sous secteurs.
- c) **UDS sans chirurgien dentiste ni équipement dentaire** : tous les chirurgiens dentistes du sous-secteur sanitaire sont concernés par ce programme. Ils doivent assurer à temps partiel l'éducation sanitaire, le dépistage et le traitement conservateur. Chaque cabinet dentaire du sous-secteur sanitaire doit réserver une à deux demi journées pour la prise en charge des enfants orientés dont le lundi après midi et pendant les vacances scolaires tous les après midi.
- d) **Dans le cas où il n'y a pas d'UDS** : le chirurgien dentiste de santé scolaire doit assurer le dépistage et l'éducation sanitaire. Pour le traitement conservateur, le sous-secteur sanitaire doit réserver un cabinet dentaire pendant deux à trois demi-journées par semaine dont le lundi après midi et pendant les vacances scolaires tous les après midi, pour la prise en charge des enfants orientés. Le chirurgien dentiste de santé

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

scolaire doit contrôler la prise en charge des enfants orientés vers les cabinets des sous secteurs.

L'éducation sanitaire se fait en salle de classe par le chirurgien dentiste en collaboration avec l'enseignant. Ce dernier doit aussi prendre le relais du chirurgien dentiste pour assurer les séances de brossage. Pour assurer les séances de brossage dans de bonnes conditions, les sanitaires des établissements scolaires doivent être équipées de réserves d'eau, des miroirs doivent également être installés au dessus des lavabos.

En l'absence du chirurgien dentiste, le personnel paramédical peut assurer l'éducation sanitaire. Pour cela, il doit être préalablement formé à l'éducation sanitaire (notamment bucco-dentaire) dans le cadre de la formation continue.

### **4. Evolution du budget de la santé scolaire de 1999 à 2011**

En 2001, dans le but de promouvoir la santé scolaire, le gouvernement a mis en place un budget spécial santé scolaire dans le cadre d'un plan triennal (2001-2003) destiné essentiellement à la réhabilitation et l'équipement des UDS, la création de nouvelles UDS et la conception et la mise en place d'un programme d'éducation sanitaire en milieu scolaire. Ainsi le budget alloué à la santé scolaire est passé de 12705000 DA en 1999 à 863711000 DA en 2001, soit une multiplication par 67,98 fois en DA courant durant 2 ans et par 65,04 fois en DA constant. Puis pendant les deux années suivantes du plan triennal, l'Etat a consacré à la santé scolaire 630511000 DA en 2002 et 630711000 DA en 2003.

La circulaire interministérielle n° 1023 du 31 mars 2001 a prévu la répartition du budget de l'année 2000-2001 entre le ministère de l'éducation nationale et celui de la santé et de la population comme suit : attribution de 630511000 DA (soit 73% du budget) au ministère de l'éducation nationale et 233200000 DA (27%) au ministère de la santé et de la population.

Le budget santé scolaire attribué au ministère de l'éducation nationale en 2001 a été réparti comme suit :

- Réhabilitation des UDS : 449750000 DA.
- Equipement des UDS : 615000000 DA.
- Budget de gestion des UDS : 76307000 DA.
- Dotation des écoles primaires des régions éparses et rurales en médicaments de soins d'urgence : 19704000 DA.
- Compagne de prévention des maladies bucco-dentaires (faire apprendre aux élèves de 10 wilayas du sud la technique de brossage des dents : Adrar, Laghouat, Biskra, Bechar, Tamanrasset, Ouargla, Illizi, Tindouf, Ghardaïa, El-Bayadh) : 3000000 DA.
- Compagnes de communication sociales : 20000000 DA.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

En termes de dinar courant, pendant les trois années suivant le plan triennal, chaque année l'Etat a consacré 197000000 DA pour la santé scolaire. A partir de 2007, le budget consacré à la santé scolaire commençait à augmenter pour atteindre 265000000 DA en 2011 (cf. tableau 18).

En dinar constant, le budget consacré à la santé scolaire a connu une baisse soutenue de 2004 à 2009 passant de 179172351,1 DA en 2004 à 167810831,4 DA en 2009, soit une baisse de 6,34%. Cela est dû à l'augmentation du taux d'inflation qui est passé de 2,6% en 2004 à 5,7% en 2009. A partir de 2010, le budget a augmenté pour atteindre 170226822,3 DA en 2010 et 186095505,6 DA en 2011.

**Tableau 18:** évolution du budget alloué à la santé scolaire de 1999 à 2011.

éennA	Budget alloué en DA courant	Budget alloué en DA constant
1999	12.705.000	13.278.637,12
2000	13.213.000	13.767.844,12
2001	863.711.000	863.711.000
2002	630.511.000	621.621.808,1
2003	630.711.000	596.417.021,3
2004	197.000.000	179.172.351,1
2005	197.000.000	176.729.164,8
2006	197.000.000	172.731.258,2
2007	203.000.000	171.684.709,1
2008	210.000.000	169.382.158,4
2009	220.000.000	167.810.831,4
2010	231.900.000	170.226.822,3
2011	265.000.000	186.095.505,6

Source : Ministère de l'éducation nationale : évolution du budget alloué à la santé scolaire de 1999 à 2011.

### **5. L'alimentation scolaire en Algérie**

Il est indispensable d'apporter à l'enfant d'âge scolaire une alimentation suffisante, équilibrée, adaptée à son âge et susceptible de couvrir tous ses besoins. Toute insuffisance dans ce domaine, sur les plans quantitatifs ou qualitatifs, aura des répercussions sur son état de santé et sur ses capacités d'intégration de nouvelles connaissances.

L'alimentation scolaire joue un rôle essentiel dans la santé des enfants. Elle apporte un complément alimentaire aux enfants défavorisés, tout en évitant de longs déplacements dans les grandes villes ou les zones rurales. Dans tous les cas elle assure une alimentation équilibrée et un gain de temps.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

En Algérie, l'alimentation scolaire concerne les trois paliers de l'éducation nationale. Elle est représentée par les cantines scolaires au primaire et par la demi-pension et l'internat au moyen et au secondaire.

Avant leur organisation, les cantines scolaires créées à l'initiative des maires et des directeurs d'écoles, fonctionnaient d'une manière très irrégulière. Leur but était d'assurer à l'enfant habitant loin de l'école et ne pouvant rentrer chez lui pendant l'interclasse, un repas souvent froid, constitué de pain accompagné d'olives, de dattes et de fromage.

Alimentées par des subventions irrégulières de l'Etat, des wilayas et des communes, les cantines scolaires étaient pratiquement limitées aux grandes agglomérations.

Pour l'année 1963, la situation était dramatique, les cantines scolaires ne figurant même pas au budget de l'Etat. A la fin de la même année, le nombre des cantines scolaires était estimé à 1240 dont 810 à équipement plus ou moins complet, et le reste, soit 430, totalement démunies de matériel. 195000 enfants bénéficiaient pendant un nombre de jours fort variable (60 à 147) d'un repas toujours froid (cf. tableau 19).

De pareils conditions ne permettaient pas un fonctionnement normal des cantines scolaires qui ne pouvaient pas ainsi répondre aux besoins d'une population scolaire en grande majorité sous alimentée et mal nourrie. C'est pourquoi le gouvernement a promulgué le décret n° 65-70 du 11 mars 1965 qui définit les objectifs des cantines scolaires (nutritionnelle et éducative) ainsi que l'organisation de leur gestion et de leur financement.

Depuis leur réorganisation en 1965, les cantines scolaires ont connu un essor remarquable. Le nombre de bénéficiaires des repas scolaires est passé de 195000 élèves en 1963 à 600000 en 1967 puis à 800000 en 1973 pour atteindre 1200000 bénéficiaires en 1982. Mais les effets pervers de la crise économique qui a secoué notre pays en 1986 ont amené le gouvernement algérien à revoir sa politique sociale et par voie de conséquence, à réduire considérablement les crédits accordés aux cantines scolaires. C'est ainsi que le budget qui leur a été accordé est passé de 505000000 DA en 1984 à 379000000 DA en 1986 puis à 185000000 DA en 1987, ce qui a eu pour effet une diminution brutale du nombre de bénéficiaires qui ont passé à 492000 élèves en 1988<sup>90</sup>.

A partir de 1999, la situation des cantines scolaires commence à s'améliorer. Le nombre de cantines est passé à 4384 en 1999, puis à 4652 en 2000 et à 13235 en 2010, soit une multiplication par 3 fois depuis 1999. De même, le nombre de bénéficiaires a considérablement augmenté depuis 1999, passant de 580500 élèves bénéficiaires en 1999 à 2890496 en 2010, soit un taux d'accroissement de 398% entre 1999 et 2010. En outre la qualité des repas servis aux élèves a nettement été améliorée, son coût a atteint 30 DA par

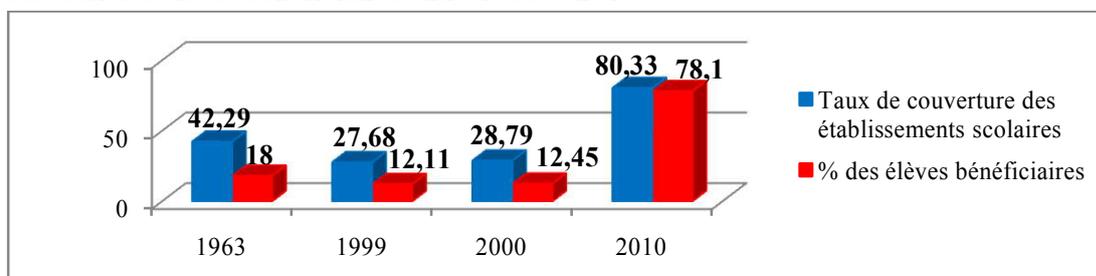
---

<sup>90</sup> Ministère de l'éducation nationale : le programme d'alimentation scolaire, In colloque les cantines scolaires, salle Ibn Khaldoun, 1<sup>er</sup> juin 1995.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

repas pour le nord et 35 DA pour le sud en 2010 alors qu'il était de 6 DA pour l'un et de 7 DA pour l'autre en 1999 (cf. tableau 19).

**Figure 08:** évolution des taux de couverture des établissements scolaires par les cantines et des taux des élèves bénéficiaires entre 1963 et 2010.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 19.

**Tableau 19:** évolution du nombre des cantines scolaires, des bénéficiaires et des prix des repas entre 1963 et 2010.

Année	1963	1999	2000	2010
Nombre de cantines	1240	4384	4652	13235
Taux de couverture des établissements scolaires	42,29	27,68	28,79	80,33
Nombres de bénéficiaires	195000	580500	600100	2890496
% des élèves bénéficiaires	18	12,11	12,45	78,10
Prix du repas (DA)	1,3	6 (nord) - 7 (sud)	10 (nord) - 12 (sud)	30 (nord) - 35 (sud)
Nombre de jours	147	138	137	140

Source : tableau réalisé par nos soins à partir de : Ministère de l'éducation nationale : évolution des cantines scolaires.

Le budget alloué à la restauration au niveau du moyen et du secondaire a connu une progression importante entre 2007 et 2009. Il a plus que doublé en termes de dinar courant, passant de 6,5 milliards de dinars en 2007 à près de 15 milliards de dinars en 2009 et de 5,5 milliards de dinars à 11 milliards de dinars en termes de dinar constant.

Le nombre d'élèves demi-pensionnaires est multiplié par 1,56 entre 2007 et 2009, passant de 627040 élèves en 2007 à 984186 élèves en 2009. Par contre, le nombre d'élèves internes a connu une sensible diminution, passant de 105520 élèves en 2007 à 84537 élèves en 2009, ce qui s'explique par l'urbanisation des régions rurales ce qui a fait rapprocher les établissements

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

scolaires des zones d'habitation et ainsi a contribué à la diminution du nombre d'élèves internes.

**Tableau 20** : évolution des dépenses allouées à la restauration scolaire au niveau du moyen et du secondaire en Algérie entre 2007 et 2009.

Année scolaire	2006/2007	2007/2008	2008/2009
Nombre d'élèves internes	105520	92608	84537
Nombre d'élèves demi-pensionnaires	627040	772154	984186
Dépenses élèves internes	1626242000	1425289100	2145218000
Dépenses élèves demi-pensionnaires	4963543000	5607158900	12591581000
Total des dépenses en DA courant	6590517560	7033312762	14737867723
Total des dépenses en DA constant	5573847733	5672941412	11200779468,48

Source : UNICEF : Rapport de l'Algérie, l'éducation pour l'inclusion : la voie de l'avenir, quarante huitième session de la conférence internationale de l'éducation, ed. 2009, p.35.

## Conclusion

L'école est un endroit adapté à des interventions efficaces et rentables contre de nombreuses maladies. C'est un cadre possible pour informer la collectivité des questions de santé et la mobiliser en préconisant des services favorables au progrès sanitaire. Elle 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 santé scolaire s'adresse à des tranches d'âge où le dépistage de certaines affections et déficiences est important. L'action préventive est aisée du fait du regroupement dans les établissements scolaires d'un grand nombre d'enfants et d'adolescents.

L'histoire de la protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie est marquée par trois étapes. Elle est passée de la notion d'hygiène scolaire qui tendait à préserver les élèves des maladies transmissibles, à la médecine scolaire basée sur les visites médicales systématiques de dépistage, effectuées dans de mauvaises conditions et sans système de suivi opérationnel (absence de locaux et de matériel, éloignement des écoles, organisation souvent déficiente...etc.), pour aboutir au concept plus large de santé scolaire suite au dispositif organisationnel mis en place par la circulaire interministérielle du 6 avril 1994 qui a préparé les conditions de ce passage.

Le plan de réorganisation de la santé scolaire engagé à partir de la rentrée scolaire 1994-1995 a donné lieu à une réorganisation et une intensification des activités de santé scolaire. Il a permis la mobilisation des moyens humains et matériels nécessaires à la prise en charge des besoins de santé de la population du milieu scolaire. Ainsi, des progrès considérables ont été enregistrés en matière de la couverture sanitaire des élèves, la réalisation de taux appréciables

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

en matière de vaccination en milieu scolaire, de contrôle d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires et l'initiation de l'éducation sanitaire en milieu scolaire.

Toutefois, malgré les acquis enregistrés, des insuffisances persistent notamment en matière de la prise en charge des affections dépistées et des activités d'éducation à la santé souvent réduites à des actions ponctuelles et individuelles lors de la visite de dépistage et à la commémoration des événements ayant trait à la santé.

Les résultats appréciables acquis au plan quantitatif, compte tenu des effectifs considérables concernés et des moyens humains et matériels mobilisés, doivent être consolidés en vue de permettre le passage à un stade qualitatif de la santé scolaire en répondant mieux aux besoins de santé des enfants et adolescents scolarisés. Ainsi, des actions plus énergiques doivent être engagées en vue d'aboutir à une nette amélioration des conditions de vie de l'enfant à l'école.

### **CHAPITRE III : ESSAI D'ANALYSE DU PROGRAMME DE SANTE SCOLAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAÏA**

#### **Introduction**

L'effectif de la population scolarisée dans la wilaya de Béjaïa est très important. Pour l'année scolaire 2010-2011, on recense un effectif de 198248 élèves dont 11896 au préscolaire, 70231 au primaire, 77987 au moyen et 38134 au secondaire. La wilaya de Béjaïa dispose de 59 UDS pour la prise en charge de la santé de ses élèves dont 32 UDS implantées dans les établissements scolaires et 27 UDS dans les structures de santé<sup>91</sup>.

La commune de Béjaïa compte un cinquième des élèves de la wilaya en 2011 (20,47%) et dispose de 6 UDS, soit 10,17 % des UDS de la wilaya.

Les seules informations disponibles sur la santé scolaire dans la commune et la wilaya de Béjaïa sont les bilans de santé établis annuellement par les services d'épidémiologie et de médecine préventive des EPSP et la DSPRH de la wilaya. Notre étude se propose de faire une enquête auprès des UDS de la commune de Béjaïa afin de voir si ces dernières respectent les normes de la fiche technique n°1 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire et de la circulaire interministérielle n° 144 du 24 mars 1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une unité de dépistage et de suivi de santé scolaire en matière de nombre des locaux, de leur aménagement et de leur équipement (mobilier, matériel médical et d'instrumentation, consommables, etc.). Nous allons, pour cela, nous rapprocher des professionnels de santé scolaire et des directeurs des établissements scolaires afin d'analyser leur perception des services de santé scolaire, les problèmes rencontrés et recueillir leurs suggestions.

Dans ce chapitre, il sera question d'exposer les résultats de notre enquête menée auprès des médecins de santé scolaire et des directeurs des établissements scolaires de la commune de Béjaïa. Dans la première section, nous présenterons l'évolution de la santé scolaire dans cette commune à travers les bilans annuels des activités de santé scolaire et sa position au niveau de la wilaya. La deuxième section fera l'objet de la conception et de la présentation de l'enquête, puis l'analyse des différents résultats obtenus à partir de notre enquête.

#### **I. EVALUATION DES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAÏA**

Dans cette section, nous essayerons de situer la situation de la santé scolaire au niveau de la commune de Béjaïa en exposant dans un premier lieu la carte sanitaire scolaire de la

---

<sup>91</sup> Données de la DSPRH de la wilaya de Béjaïa.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

commune, et dans un second lieu l'évolution des principaux indicateurs de la santé scolaire au sein de la commune.

### 1. La carte sanitaire scolaire de la commune de Béjaïa

Au niveau de la commune de Béjaïa, 40580 enfants et adolescents fréquentent les 85 établissements scolaires de la commune en 2011. 20,07 % de ces derniers sont inscrits au niveau de 12 lycées, 37,29 % des élèves fréquentent les 22 CEM de la commune et 42,64 % des élèves fréquentent les 51 écoles primaires dont 6,86 % inscrits en préscolaire.

La couverture sanitaire des élèves de la commune de Béjaïa est assurée par six (6) UDS implantées dans des établissements scolaires et fonctionnant à temps plein. Cinq (5) d'entre elles ont été créées en 1995. Il s'agit de l'UDS Technicum implantée au niveau du lycée Technicum, l'UDS Ihaddaden implantée au niveau du lycée Ihaddaden, l'UDS Elhamadia implantée au niveau du lycée Elhamadia, l'UDS Sidi Ahmed implantée au niveau de la polyclinique Sidi Ahmed et l'UDS Rue du vieillard (qui était un centre de santé scolaire depuis l'ère coloniale).

En 2004, l'UDS Sidi Ahmed implantée au niveau de la polyclinique Sidi Ahmed est transférée au CEM Nacéria. Un an après, une autre UDS (UDS Base 7) a été créée au niveau du CEM de Sidi Ahmed base 7.

L'UDS Rue du vieillard est transférée au lycée Ibn Sina en 2006.

**Tableau 21** : la carte sanitaire scolaire de la commune de Béjaïa en 2011.

UDS	Lieu d'implantation	Fonctionnement	Nombre d'établissements rattachés				Effectifs scolaires				
			Ecoles primaires	CEM	Lycée	Total	Préscolaire	Primaire	Moyen	Secondaire	Total
<b>Ibn Sina</b>	Lycée Ibn Sina	Temps plein	11	5	3	19	509	2371	2179	1357	6416
<b>Nacéria</b>	CEM Nacéria	Temps plein	7	5	2	14	412	2074	3553	475	6514
<b>El Hamadia</b>	Lycée El-Hamadía	Temps plein	9	3	2	14	535	2494	1735	1948	6712
<b>Ihaddaden</b>	Lycée Ihaddaden	Temps plein	5	3	2	10	464	2368	3606	1830	8268
<b>Technicum</b>	Lycée Technicum	Temps plein	10	3	2	15	501	2957	1976	1724	7155
<b>Base 7</b>	CEM Sidi-Ahmed Base 07	Temps plein	9	3	1	13	361	2257	2084	813	5515
<b>TOTAL</b>	-	-	51	22	12	85	2782	14518	15133	8147	40580

Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données du SEMEP de l'EPSP de Béjaïa.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

L'UDS Ibn Sina assure la couverture sanitaire de 6416 élèves répartis dans 19 établissements scolaires : 11 écoles primaires, 5 CEM et 3 Lycées.

A l'UDS Nacéria sont rattachés 14 établissements scolaires (7 écoles primaires, 5 CEM et 2 lycées) accueillant 6514 élèves.

14 établissements scolaires accueillant 6712 élèves sont rattachés à l'UDS Elhamadia dont 9 écoles primaires, 3 CEM et 2 lycées.

L'UDS Ihaddaden prend en charge une population scolaire de 8268 élèves répartis dans 10 établissements scolaires dont 5 écoles primaires, 3 CEM et 2 lycées.

L'UDS Technicum prend en charge un effectif de 7155 élèves répartis dans 15 établissements scolaires : 10 écoles primaires, 3 CEM et 2 lycées.

Enfin, l'UDS Base 7 assure la couverture sanitaire d'un effectif de 5515 élèves répartis dans 13 établissements scolaires dont 9 écoles primaires, 3 CEM et 1 lycée (cf. tableau 21).

**Tableau 22** : nombre du personnel médical et paramédical par UDS de la commune de Béjaïa en 2011.

UDS	Médecins	Dentistes	Para médicaux	Psychologues	Orthophonistes
Ibn Sina	1	1	1	3	1
BASE 7	1	1	2	1	1
El Hamadia	1	1	1	2	néant
Nacéria	1	1	1	2	néant
Technicum	1	1	2	4	néant
Ihaddaden	1	1	1	2	néant
Total commune	6	6	8	14	2

Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données du SEMEP de l'EPSP de Béjaïa.

Les activités de santé scolaire au niveau de l'UDS Ibn Sina sont assurées par un médecin, un dentiste, trois psychologues (dont deux sont employés dans le cadre de l'emploi de jeunes), un orthophoniste et un infirmier.

Les UDS Nacéria, Elhamadia et Ihaddaden disposent chacune d'un médecin, un dentiste, un infirmier et deux psychologues (dont un psychologue est employé dans le cadre de l'emploi de jeunes pour chacune des trois UDS). Toutefois ces UDS ne disposent pas d'orthophonistes.

A l'UDS Base 7 sont affectés un médecin, un dentiste, deux infirmiers, un psychologue et un orthophoniste.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Enfin, l'UDS Technicum est encadrée par un médecin, un dentiste, deux infirmiers et quatre psychologues (dont trois sont employés dans le cadre de l'emploi de jeunes). Toutefois cette UDS ne dispose pas d'un orthophoniste (cf. tableau 22).

### **2. Evolution des principaux indicateurs de la santé scolaire dans la commune de Béjaïa**

Les personnels affectés aux UDS de la commune de Béjaïa sont chargés d'assurer les examens de dépistage des élèves fréquentant les établissements qui leurs sont rattachés, d'assurer le suivi et la prise en charge des élèves présentant des pathologies, d'assurer et de contrôler les vaccinations et le rattrapage des élèves non vaccinés, de contrôler les établissements scolaires sur le plan de l'hygiène et de la salubrité en collaboration avec les équipes du bureau communal de l'hygiène et enfin de contribuer à l'éducation sanitaire des élèves.

#### **2.1. Couverture sanitaire par les visites médicales systématiques de dépistage**

Le taux de couverture sanitaire de l'ensemble des élèves inscrits au niveau de la commune de Béjaïa est passé de 32,89 % en 1996 à 53,40 % en 2008, soit un gain de 20 points depuis 1996. Le taux de couverture des classes cibles est variable d'une année à une autre, il est passé de 90,16% en 1996 à 98,80 % en 2005 et à 88,48 % en 2008. La couverture sanitaire des classes intercalaires reste faible malgré les progrès enregistrés. Elle est passée de 0% en 1996 à 2,94% en 1999 puis à 38,52 % en 2008, soit un gain de 35 points depuis 1999.

Il existe des écarts entre le bilan de la wilaya et celui de la commune de Béjaïa concernant les visites médicales de dépistage. Cette dernière enregistre des taux de couverture sanitaire en dessous de la moyenne de la wilaya. En 2008, la différence entre les taux de couverture sanitaire de la commune de Béjaïa et la moyenne de la wilaya est de 19 points pour l'ensemble des élèves, de 24 points pour les classes intercalaires et de 7 points pour les classes cibles. Toutefois, de 2005 à 2007, la commune de Béjaïa a réalisé des taux de couverture des classes cibles supérieurs à la moyenne de la wilaya, soit 98,80 % en 2005 et 99,96 % en 2007 pour la commune contre 94,06 % en 2005 et 97,31 % en 2007 pour la wilaya.

La couverture sanitaire des élèves au sein de la commune de Béjaïa est variable. En 1999 l'écart entre les UDS se situe comme suit :

- de 11,01 % (UDS Elhamadia) à 40,76 % (UDS Rue du vieillard) pour tous les élèves inscrits.
- De 36,54 % (UDS Elhamadia) à 97,54 % (UDS Rue du vieillard) pour les classes cibles.
- 0 % (UDS Elhamadia et UDS Sidi Ahmed) à 14,46 % (UDS Rue du vieillard) pour les classes intercalaires.

L'écart de la couverture sanitaire des élèves entre les UDS a diminué, il se situe comme suit en 2008 :

- de 51,32 % (UDS Base 7) à 61,80 % (UDS Nacéria) pour tous les élèves inscrits.
- de 90,40 % (UDS Technicum) à 99,79 % (UDS Ihaddaden) pour les classes cibles.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

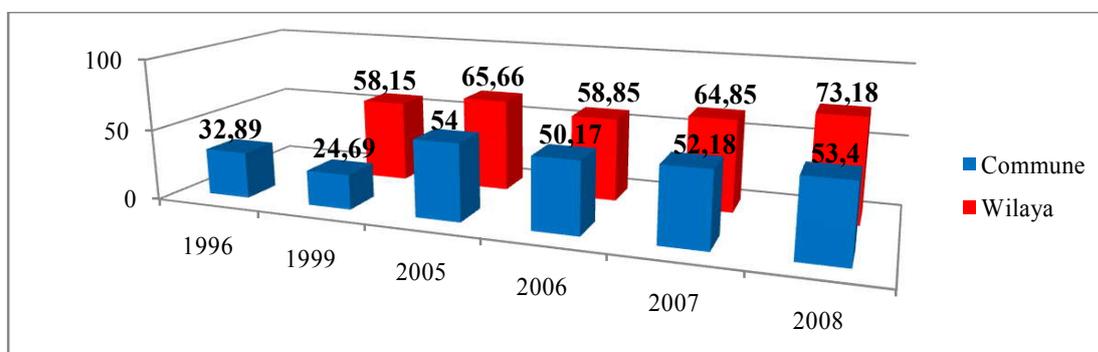
- de 30,05 % (UDS Base 7) à 45,15 % (UDS Nacéria) pour les classes intercalaires (cf. tableau 23).

**Tableau 23** : évolution des taux de couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistage par UDS de la commune de Béjaïa entre 1996 et 2008.

Année	UDS	Effectif global des élèves	Nombre total d'élèves examinés	Taux de couverture global	Taux de couverture en classes cibles	Taux de couverture en classes intercalaires
1996	UDS Rue du Vieillard	7374	2334	31,65	93,85	0
	UDS Sidi Ahmed	9113	2857	31,35	86	0
	UDS Elhamadia	9180	3072	33,46	87	0
	UDS Ihaddaden	8993	2899	32,23	88,49	0
	UDS Technicum	6998	2542	36,32	97,46	0
	<b>Total commune</b>	<b>41658</b>	<b>13705</b>	<b>32,89</b>	<b>90,16</b>	<b>0</b>
	<b>Total wilaya</b>	-	-	-	-	-
1999	UDS Rue du Vieillard	6588	2646	40,76	97,54	14,46
	UDS Sidi Ahmed	8057	2598	32,24	84	0
	UDS Elhamadia	11079	1220	11,01	36,54	0
	UDS Ihaddaden	8945	2309	25,81	67,41	3,92
	UDS Technicum	10578	2401	22,69	75,95	0
	<b>Total commune</b>	<b>45247</b>	<b>11174</b>	<b>24,69</b>	<b>68,26</b>	<b>2,94</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>256537</b>	<b>149179</b>	<b>58,15</b>	<b>84,34</b>	<b>45,26</b>
2005	UDS Rue du Vieillard	7976	4170	52,28	97,93	29,48
	UDS Nacéria	8652	4495	51,95	99,38	29,81
	UDS Elhamadia	8580	4457	51,95	100	30,97
	UDS Ihaddaden	8615	5096	59,15	100	38,37
	UDS Technicum	8298	4525	54,53	96,82	30,79
	<b>Total commune</b>	<b>42121</b>	<b>22743</b>	<b>54</b>	<b>98,80</b>	<b>31,90</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>230465</b>	<b>151334</b>	<b>65,66</b>	<b>94,06</b>	<b>52,36</b>
2006	UDS Rue du Vieillard	7545	3663	48,55	100	21,22
	UDS Nacéria	8296	4806	57,93	100	34,72
	UDS Elhamadia	8231	4030	48,96	100	26,10
	UDS Ihaddaden	8436	4052	48,03	100	26,03
	UDS Technicum	7733	3637	47,03	100	21,82
	<b>Total commune</b>	<b>40241</b>	<b>20188</b>	<b>50,17</b>	<b>100</b>	<b>26,10</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>221603</b>	<b>130417</b>	<b>58,85</b>	<b>93,75</b>	<b>42,35</b>
2007	UDS Ibn Sina	6356	3292	51,80	100	32,36
	UDS Nacéria	5995	2851	47,56	100	24,44
	UDS Elhamadia	6753	3754	55,59	100	38,37
	UDS Ihaddaden	8204	4592	55,97	99,92	36,12
	UDS Technicum	7037	3555	50,52	99,84	31,76
	UDS Base 7	4950	2462	49,74	100	27,10
	<b>Total commune</b>	<b>39295</b>	<b>20506</b>	<b>52,18</b>	<b>99,96</b>	<b>32,23</b>
<b>Total wilaya</b>	<b>213125</b>	<b>138213</b>	<b>64,85</b>	<b>97,31</b>	<b>51,55</b>	
2008	UDS Ibn Sina	6435	3683	57,23	97,88	40,34
	UDS Nacéria	5985	3699	61,80	99,72	45,15
	UDS Elhamadia	6069	3487	57,45	95,74	41,46
	UDS Ihaddaden	7550	4298	56,92	99,79	36,29
	UDS Technicum	7714	4158	53,82	90,40	37,62
	UDS Base 7	5656	2903	51,32	97,69	30,05
	<b>Total commune</b>	<b>39409</b>	<b>22228</b>	<b>53,40</b>	<b>88,48</b>	<b>38,52</b>
<b>Total wilaya</b>	<b>209655</b>	<b>153433</b>	<b>73,18</b>	<b>95,97</b>	<b>62,98</b>	

Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données du SEMEP de l'EPSP de Béjaïa et de la DSPRH de la wilaya Béjaïa.

**Figure 9 :** évolution des taux globaux de couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistage dans la commune et la wilaya de Béjaïa entre 1996 et 2008.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 23.

A partir de l'année 2008, on ne tenait plus compte des anciennes classes cibles, les visites médicales systématiques annuelles de dépistage ont été assurées pour l'ensemble des élèves du préscolaire et de la 1<sup>ère</sup> année primaire à la 3<sup>ème</sup> année secondaire.

En 2009, le taux de couverture sanitaire des élèves du préscolaire au niveau de la wilaya de Béjaïa était de 32,80 %. Dans la commune de Béjaïa, aucune UDS n'a assuré le dépistage de ces derniers en raison des effectifs considérables (de la 1<sup>ère</sup> année primaire à la 3<sup>ème</sup> année secondaire) à prendre en charge par ces dernières. En 2010, seule l'UDS Technicum a assuré les examens de dépistage des élèves du préscolaire avec un taux de couverture de 66,66 %, contre deux UDS en 2011 (UDS Technicum avec un taux de couverture de 74,85 % et l'UDS Base 7 avec 17,17%).

Le taux de couverture sanitaire des élèves du primaire est en constante augmentation dans la commune de Béjaïa depuis 2009. Il est passé de 44,66 % en 2009 à 59,09 % en 2011, soit un gain de 14 points en 2 ans. Toutefois malgré ces progrès, il existe des écarts entre le bilan de la wilaya et celui de la commune de Béjaïa.

Les taux de couverture sanitaire des élèves du moyen et du secondaire sont passés de 65,65 % à 53,30 % pour le moyen et de 74,82 % à 64,65 % pour le secondaire de 2009 à 2011, soit une perte de 12 points pour le moyen et de 10 points pour le secondaire depuis 2009. Au niveau de la wilaya, les taux de couverture sanitaire sont de 67,23 % pour le moyen et de 68,30 % pour le secondaire en 2011 (cf. tableau 24).

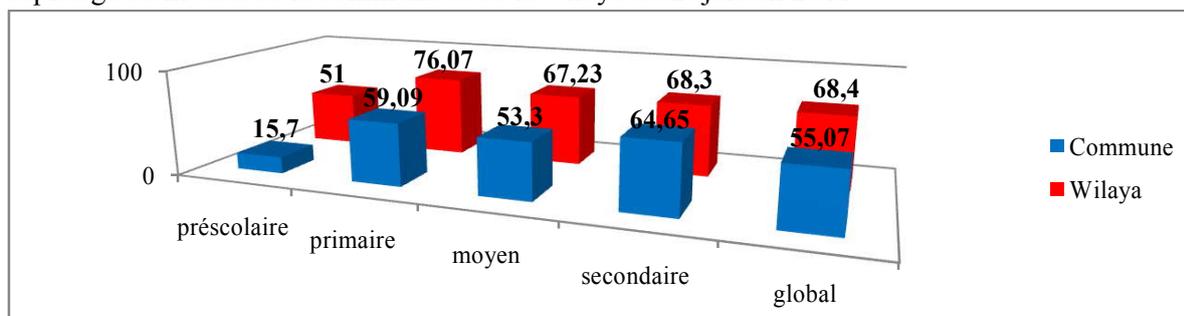
Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 24** : évolution des taux de couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistage par UDS de la commune de Béjaïa entre 2009 et 2011.

Année	UDS	Effectif global des élèves	Nombre total d'élèves examinés	Taux de couverture global	Taux de couverture Des élèves du préscolaire	Taux de couverture des élèves du primaire	Taux de couverture des élèves du moyen	Taux de couverture des élèves du secondaire
2009	UDS Ibn Sina	6377	5358	84,02	00	62,25	86,10	29,90
	UDS Nacéria	6669	3643	54,62	00	56,71	53,57	96,26
	UDS Elhamadia	6059	2732	45,1	00	34,40	65,12	53,83
	UDS Ihaddaden	8089	4047	50,03	00	40,85	58,87	54,40
	UDS Technicum	7141	3269	45,78	00	25,20	71,51	56,60
	UDS Base 7	5639	3302	58,56	00	55,63	67,50	67,20
	<b>Total commune</b>	<b>39974</b>	<b>22351</b>	<b>55,9</b>	<b>00</b>	<b>44,66</b>	<b>65,65</b>	<b>74,82</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>210253</b>	<b>150572</b>	<b>71,62</b>	<b>32,80</b>	<b>75,61</b>	<b>72,04</b>	<b>75,19</b>
2010	UDS Ibn Sina	6478	2137	33	00	21,72	27,03	69
	UDS Nacéria	6497	3112	47,90	00	60,73	39,16	100
	UDS Elhamadia	6487	3818	58,86	00	61,41	52	76
	UDS Ihaddaden	8206	3366	41	00	49,96	37,43	44,71
	UDS Technicum	7180	3476	48,41	66,66	55,73	48,65	31,50
	UDS Base 7	5652	2692	47,63	00	41,45	51,39	77,81
	<b>Total commune</b>	<b>40500</b>	<b>18601</b>	<b>45,93</b>	<b>11,73</b>	<b>48,66</b>	<b>41,38</b>	<b>59,91</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>198425</b>	<b>118382</b>	<b>59,66</b>	<b>41,68</b>	<b>64,85</b>	<b>54,95</b>	<b>66,39</b>
2011	UDS Ibn Sina	6416	2402	37,43	00	22,90	44,88	64,92
	UDS Nacéria	6518	4354	66,84	00	89,63	61,04	68,63
	UDS Elhamadia	6712	3675	54,75	00	63,35	53,71	59,70
	UDS Ihaddaden	8268	3959	47,88	00	33,99	48,36	77,05
	UDS Technicum	7155	4610	64,43	74,85	73,69	49,64	62,35
	UDS Base 7	5515	3350	60,74	17,17	71,51	60,55	50,67
	<b>Total commune</b>	<b>40580</b>	<b>22350</b>	<b>55,07</b>	<b>15,70</b>	<b>59,09</b>	<b>53,30</b>	<b>64,65</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>198248</b>	<b>135599</b>	<b>68,40</b>	<b>51</b>	<b>76,07</b>	<b>67,23</b>	<b>68,30</b>

Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données du SEMEP de l'EPSP de Béjaïa et de la DSPRH de la wilaya de Béjaïa.

**Figure 10** : taux de couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistage au niveau de la commune et de la wilaya de Béjaïa en 2011.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 24.

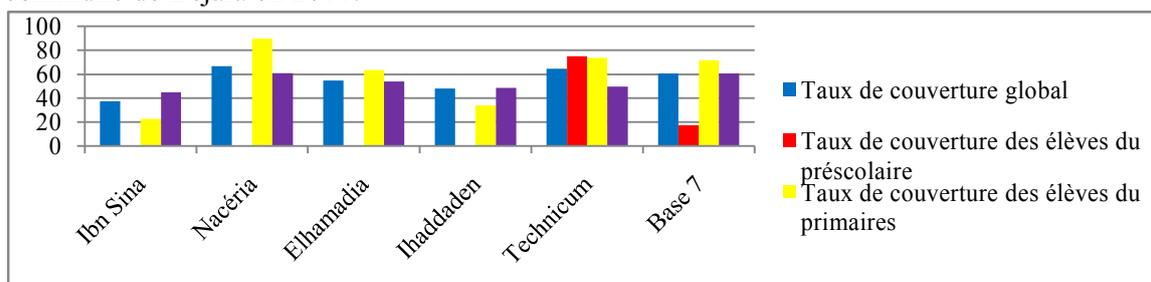
## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Au sein de la commune de Béjaïa, la couverture sanitaire des élèves est variable. En 2011, l'écart entre les UDS se situe comme suit :

- de 37,43 % (UDS Ibn Sina) à 66,84 % (UDS Nacéria) pour tous les élèves inscrits.
- de 0 % (UDS Ibn Sina, Nacéria, Elhamadia et Ihaddaden) à 74,85 % (UDS Technicum) pour le préscolaire.
- de 22,90 % (UDS Ibn Sina) à 89,63 % (UDS Nacéria) pour le primaire.
- de 44,88 % (UDS Ibn Sina) à 61,04 % (UDS Nacéria) pour le moyen.
- de 50,67 % (UDS Base 7) à 68,63 % (UDS Nacéria) pour le secondaire.

L'UDS Nacéria enregistre les meilleurs taux de couverture sanitaire en 2011 à l'exception du taux de couverture des élèves du préscolaire et l'UDS Ibn Sina enregistre les taux de couverture les plus faibles de la commune à l'exception du taux de couverture des élèves du secondaire (cf. figure 11).

**Figure 11:** comparaison des taux de couverture sanitaire des élèves entre les UDS de la commune de Béjaïa en 2011.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 24.

### 2.2. Evolution des affections les plus couramment dépistées en milieu scolaire

La morbidité générale par enfant dans la commune de Béjaïa est passée de 45,76 % en 1999 (soustraction faite de la morbidité liée à la santé bucco-dentaire) à 25,93 % en 2011, soit une amélioration de la santé des élèves de près de 20 points en douze (12) ans.

S'agissant d'une nouvelle activité des UDS, la vaccination incomplète et l'absence de cicatrice BCG représentent une grande partie des affections dépistées en milieu scolaire en 1999 (la vaccination est intégrée aux activités de santé scolaire en 1997). En 2011, aucune vaccination incomplète n'a été dépistée, de même le taux d'absence de cicatrice BCG a baissé et a atteint 2,24 % en 2011.

A l'instar de la moyenne nationale et de la wilaya, les affections liées à l'hygiène corporelle dans la commune de Béjaïa ont considérablement diminué. La prévalence de la gale est passée de 0,49 % en 1999 à 0,004 % en 2011 et celle de la pédiculose de 0,63 % en 1999 à 0,19 % en 2011.

La baisse de l'acuité visuelle représente l'affection la plus fréquente en milieu scolaire (après les affections liées à la santé bucco-dentaire) en 2011 avec un taux de 7,39 %. Viennent

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

ensuite les difficultés scolaires avec une prévalence de 5,03 %, les souffles cardiaques avec 3,03 %, l'absence de cicatrice BCG (2,24 %), l'énurésie (2,16 %), le goitre (0,98 %), les troubles du langage (0,87 %), etc.

**Tableau 25** : évolution de la prévalence des affections les plus couramment dépistées en milieu scolaire dans la commune et la wilaya de Béjaïa entre 1999 et 2011.

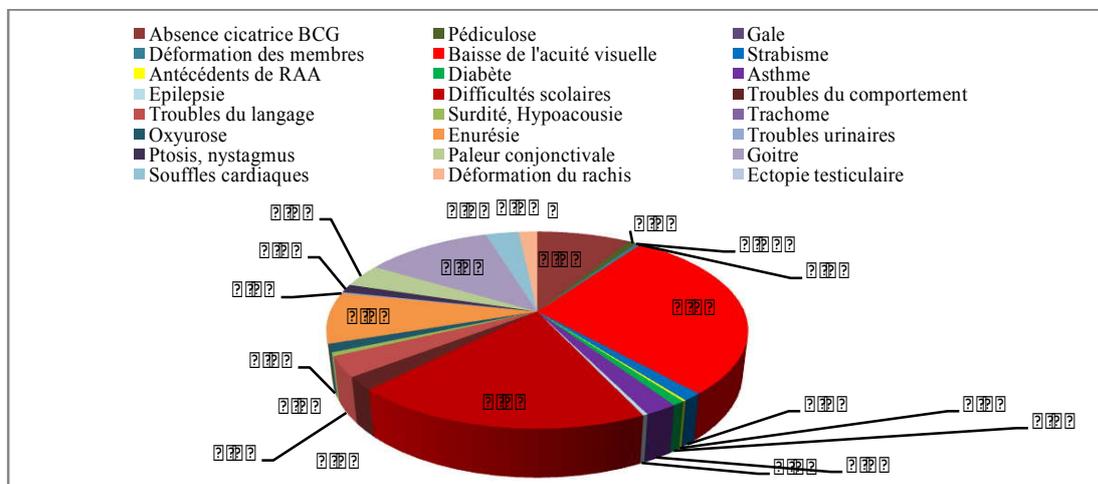
Année	1999		2005		2007		2008		2009		2010		2011	
	C	W	C	W	C	W	C	W	C	W	C	W	C	W
Vaccination incomplète	9,91	3,44	0	0,63	0	0,17	0,09	0,74	0,03	0,15	0,005	0,08	0	0,0007
Absence cicatrice BCG	10,04	4,82	2,65	4,02	3,15	4,22	3,16	3,85	2,35	2,56	1,22	2,02	2,24	1,43
Pédiculose	0,63	1,59	0,25	1,22	0,58	0,73	0,47	0,93	0,32	0,69	0,35	0,47	0,19	0,66
Gale	0,49	0,70	0,15	0,23	0,13	0,12	0,12	0,08	0,02	0,06	0,005	0,03	0,004	0,07
Déformation des membres	0,28	0,26	0,14	0,18	0,13	0,13	0,15	0,22	0,06	0,19	0,02	0,16	0,11	0,36
Caries	43,18	46,07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malpositions dentaires	4,94	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baisse acuité visuelle	5,41	1,82	5,17	3,80	6,26	3,42	9,55	5,51	7,44	4,68	5,50	4,07	7,39	5,12
Strabisme	1,28	0,58	0,39	0,63	0,87	0,56	0,39	0,55	0,37	0,50	0,35	0,46	0,33	0,47
Antécédents de RAA	0,12	0,11	0,11	0,17	0,15	0,11	0,12	0,16	0,12	0,13	0,06	0,12	0,05	0,12
Diabète	0,08	0,03	0,12	0,09	0,17	0,09	0,15	0,12	0,15	0,14	0,17	0,13	0,21	0,15
Asthme	0,63	0,20	0,75	0,25	0,46	0,19	0,66	0,24	0,45	0,19	0,55	0,20	0,55	0,23
Epilepsie	0,08	0,07	0,08	0,09	0,09	0,07	0,12	0,12	0,22	0,12	0,08	0,09	0,08	0,09
Difficultés scolaires	1,67	1,68	1,04	2,99	2,27	3,92	2,06	4,57	2,49	6,16	3,15	5,11	5,03	-
Troubles du comportement	0,46	0,25	0,42	0,28	0,60	0,33	0,55	0,48	0,34	0,57	0,40	0,59	0,56	0,47
Troubles du langage	0,79	0,34	0,69	0,43	0,79	0,40	0,59	0,43	0,49	0,50	0,68	0,58	0,87	0,58
Surdité Hypoacousie	0,15	0,12	0,13	0,13	0,13	0,13	0,16	0,14	0,12	0,16	0,10	0,14	0,15	0,19
Trachome	0	0	0	0	0	0	0,01	0,004	0	0,003	0	0	0	0
Oxyurose	0,55	0,32	0,57	0,26	0,60	0,25	0,60	0,36	0,15	0,41	0,14	0,41	0,35	0,53
Enurésie	2,08	1,42	1,86	1,76	2,94	2,01	2,27	1,97	1,78	2,23	1,82	2,33	2,16	3,21
Troubles urinaires	0,34	0,26	0,12	0,06	0,17	0,08	0,26	0,11	0,03	0,15	0,03	0,15	-	0,19
Ptosis nystagmus	0,02	0,25	0,02	0,04	0,005	0,03	0,004	0,03	0,009	0,23	0,005	0,11	0,06	0,22
Pâleur conjonctivale	0,06	0,12	0,41	0,57	0,49	0,41	0,69	0,63	0,43	0,65	0,59	0,82	0,36	0,94
Goitre	2,33	1,43	1,60	0,71	1,30	0,56	1,57	0,74	1,26	0,54	0,96	0,40	0,98	0,42
Souffle cardiaque	2,05	1,62	1,25	1,33	1,57	0,95	2,84	1,40	2,93	1,64	2,86	1,30	3,03	1,38
Déformation du rachis	0,15	0,06	0,16	0,16	0,14	0,13	0,82	0,42	0,95	0,53	1,52	-	0,79	0,39
Ectopie testiculaire	1,22	0,44	0,27	0,55	0,56	0,40	0,70	0,56	0,92	0,64	0,74	0,53	0,44	0,59
<b>Total</b>	<b>88,94</b>	<b>71</b>	<b>18,35</b>	<b>20,58</b>	<b>23,55</b>	<b>19,41</b>	<b>28,10</b>	<b>24,40</b>	<b>23,43</b>	<b>24,06</b>	<b>21,30</b>	<b>20,30</b>	<b>25,93</b>	<b>17,81</b>

Source : tableau réalisé et ratios calculés par nos soins à partir des données du SEMEP et de la DSPRH de Béjaïa.

C : commune de Béjaïa.

W : wilaya de Béjaïa.

**Figure 12:** prévalence des affections les plus couramment dépistées en milieu scolaire dans la commune de Béjaïa en 2011.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 25.

### 2.3. Evolution du suivi au niveau des UDS et de la prise en charge spécialisée des affections dépistées

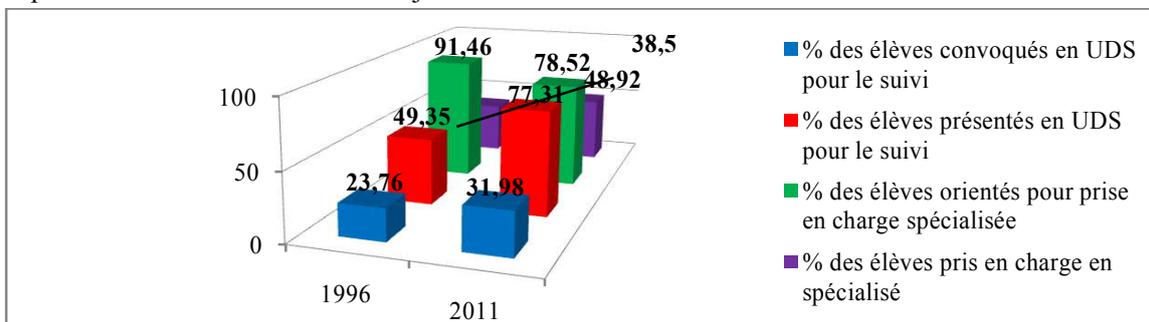
En 2011, 31,98 % des élèves examinés de la commune de Béjaïa ont été convoqués aux UDS pour le suivi contre 23,76 % en 1996, soit une augmentation de 8 points depuis 1996. Au niveau de la wilaya, seulement 16,84 % des élèves examinés ont été convoqués aux UDS pour le suivi en 2011.

49,35 % des élèves convoqués aux UDS pour le suivi s'y sont réellement présentés en 1996 contre 77,31 % en 2011, soit une croissance de 56,65 % des élèves présentés aux UDS pour le suivi. Au niveau de la wilaya, 75,14 % des élèves convoqués aux UDS pour le suivi s'y sont réellement présentés en 2011.

En 1996, 91,46 % des élèves présentés en UDS pour le suivi ont été orientés pour une prise en charge spécialisée. Ainsi, uniquement 8,54 % des élèves ont été pris en charge au niveau des UDS. En 2011, 21,48 % des élèves ont été pris en charge au niveau des UDS, les autres (78,52 %) ont été orientés aux structures de santé pour une prise en charge spécialisée. Ainsi, le taux de prise en charge des élèves au niveau des UDS a crû de 151,52 % de 1996 à 2011.

Seulement 38,50 % des élèves orientés pour une prise en charge spécialisée l'ont été réellement en 1996 au niveau de la commune de Béjaïa. Ce taux est passé à 60,25 % en 2005 puis il a baissé à 48,92 % en 2011. Au niveau de la wilaya, 43,51 % des élèves orientés ont été pris en charge en médecine spécialisée en 2011.

**Figure 13** : comparaison des taux de suivi et de prise en charge spécialisée des affections dépistées dans la commune de Béjaïa entre 1996 et 2011.

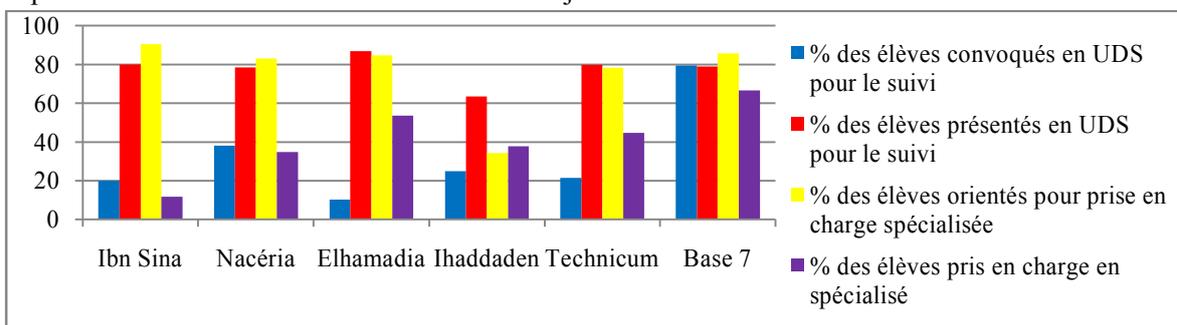


Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 26.

Les taux de suivi et de prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire sont variables au niveau de la commune de Béjaïa. L'écart entre les UDS se présente comme suit en 2011 (cf. figure 14) :

- de 10,34 % (UDS Elhamadia) à 79,4 % (UDS Base 7) pour le taux des élèves convoqués en UDS pour le suivi.
- de 63,41 % (UDS Ihaddaden) à 86,84 % (UDS Elhamadia) pour le taux des élèves présentés en UDS pour le suivi.
- de 34,3 % (UDS Ihaddaden) à 90,4 % (UDS Ibn Sina) pour le taux des élèves orientés pour une prise en charge spécialisée.
- de 11,78 % (UDS Ibn Sina) à 66,66 % (UDS Base 7) pour le taux des élèves réellement pris en charge en spécialisé.

**Figure 14** : comparaison des taux de suivi et de prise en charge spécialisée des affections dépistées entre les UDS de la commune de Béjaïa en 2011.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 26.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 26 :** Evolution du suivi au niveau des UDS et de la prise en charge spécialisée des affections dépistées par UDS de la commune de Béjaïa entre 1997 et 2011.

Année	UDS	% des élèves convoqués en UDS pour le suivi	% des élèves présentés en UDS pour le suivi	% des élèves orientés pour prise en charge spécialisée	% des élèves pris en charge en spécialisé
1996	UDS Rue du Vieillard	26,90	82,84	91,12	26,06
	UDS Sidi Ahmed	11,44	65,75	86,51	49,46
	UDS Elhamadia	16,08	36,63	66	39,94
	UDS Ihaddaden	14,04	73,71	65,33	39,79
	UDS Technicum	55,04	28,07	73,28	49,30
	<b>Total commune</b>	<b>23,76</b>	<b>49,35</b>	<b>91,46</b>	<b>38,50</b>
	<b>Total wilaya</b>	-	-	-	-
2005	UDS Rue du Vieillard	8,82	74,18	81,68	79,82
	UDS Nacéria	16,62	79,78	84,39	54,47
	UDS Elhamadia	19,41	92,83	89,66	48,61
	UDS Ihaddaden	11,14	86,09	38,44	35,11
	UDS Technicum	17,02	57,01	90,20	89,65
	<b>Total commune</b>	<b>13,50</b>	<b>78,36</b>	<b>78,08</b>	<b>60,25</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>29,18</b>	<b>74,58</b>	<b>54,49</b>	<b>39,51</b>
2007	UDS Ibn Sina	9,05	52,7	37,6	75,9
	UDS Nacéria	7,15	93,1	61,8	55,5
	UDS Elhamadia	24,37	81,7	41,4	66,2
	UDS Ihaddaden	12,91	81,4	44	53,2
	UDS Technicum	24,42	68,7	66,7	62,2
	UDS Base 7	10,36	94,5	78,03	34,2
	<b>Total commune</b>	<b>15,28</b>	<b>77,11</b>	<b>68,57</b>	<b>58,57</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>11,69</b>	<b>74,67</b>	<b>73,79</b>	<b>47,87</b>
2008	UDS Ibn Sina	15,20	69,10	81,14	61,46
	UDS Nacéria	63,69	100	31,49	22,67
	UDS Elhamadia	30,37	87,81	69,14	36,39
	UDS Ihaddaden	11,47	83,16	44,63	38,79
	UDS Technicum	26,96	64,76	92,15	37,51
	UDS Base 7	28,52	86,11	84,57	51,90
	<b>Total commune</b>	<b>35,34</b>	<b>88,60</b>	<b>51,82</b>	<b>36,95</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>18,84</b>	<b>82,23</b>	<b>49,35</b>	<b>40,45</b>
2009	UDS Ibn Sina	1,86	100	80	62,5
	UDS Nacéria	52,98	62,23	64,53	23,35
	UDS Elhamadia	18,23	96,18	100	18,37
	UDS Ihaddaden	17,40	87	66,70	87
	UDS Technicum	21,35	42,26	75,93	57,58
	UDS Base 7	25,56	96,09	95,8	44,53
	<b>Total commune</b>	<b>21,36</b>	<b>73,27</b>	<b>78,42</b>	<b>37,22</b>
<b>Total wilaya</b>	<b>22,27</b>	<b>47,78</b>	<b>08,07</b>	<b>37,83</b>	
2011	UDS Ibn Sina	20,1	79,87	90,4	11,78
	UDS Nacéria	38,03	78,5	83,1	34,72
	UDS Elhamadia	10,34	86,84	84,85	53,57
	UDS Ihaddaden	24,85	63,41	34,3	37,85
	UDS Technicum	21,41	79,84	78,43	44,66
	UDS Base 7	79,4	78,95	85,71	66,66
	<b>Total commune</b>	<b>31,98</b>	<b>77,31</b>	<b>78,52</b>	<b>48,92</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>16,84</b>	<b>75,14</b>	<b>72,37</b>	<b>43,51</b>

Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données du SEMEP de l'EPSP de Béjaïa et de la DSPRH de la wilaya de Béjaïa.

## 2.4. Evolution de la prise en charge spécialisée des affections chroniques confirmées

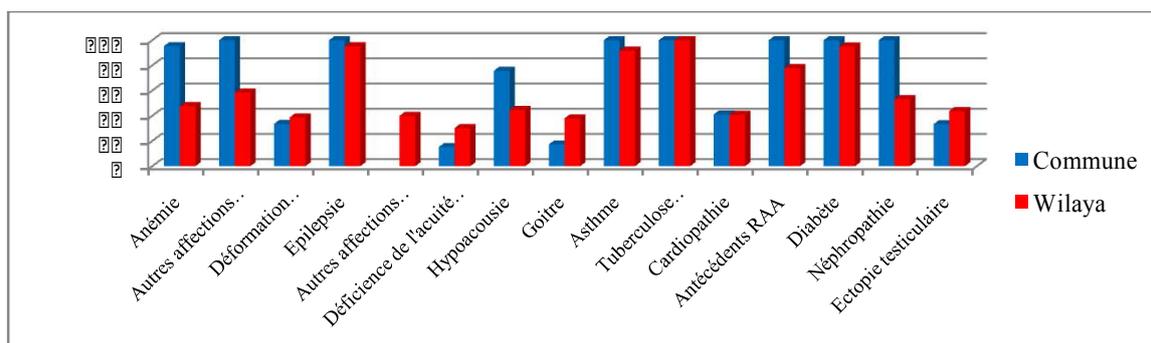
Le taux de prise en charge spécialisée des affections chroniques dépistées dans les établissements scolaires de la commune de Béjaïa est passé de 56,44 % en 2009 à 30,68 % en 2011, soit une baisse de 45,64 % en deux (2) ans. Au niveau de la wilaya de Béjaïa, ce taux est passé de 49,19 % à 34,16 % de 2009 à 2011.

En 2011, les affections les mieux prises en charge dans la commune de Béjaïa sont le diabète, l'asthme, la tuberculose pulmonaire, les antécédents de RAA, les néphropathies, l'épilepsie et les affections hématologiques. Tous les élèves orientés pour ces affections ont été pris en charge (100 %). En outre, l'anémie et l'hypoacousie sont bien prises en charge avec des taux de 95,35 % et 75,75 % respectivement.

Les affections les moins prises en charge dans la commune de Béjaïa en 2011 sont les déficiences de l'acuité visuelle (15,24 % des élèves orientés), le goitre (17,27 %), l'ectopie testiculaire (33,33 %), les déformations squelettiques (33,52 %) et les cardiopathies (41,11 %).

En 2011, la commune de Béjaïa enregistre des taux de prise en charge supérieurs à la moyenne de la wilaya pour les affections suivantes : l'anémie, les affections hématologiques, l'épilepsie, l'hypoacousie, l'asthme, les antécédents de RAA, le diabète, les néphropathies et les cardiopathies. Cependant, la commune de Béjaïa enregistre des taux de prise en charge inférieurs à la moyenne de la wilaya pour les affections suivantes : les déformations squelettiques, les déficiences de l'acuité visuelle, le goitre et les ectopies testiculaires (cf. tableau 27).

**Figure 15 :** taux de prise en charge des affections chroniques confirmées dans la commune et la wilaya de Béjaïa en 2011.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 27.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 27** : évolution de la prise en charge des affections chroniques confirmées dans la commune et la wilaya de Béjaïa de 2009 à 2011.

Année		2009		2010		2011	
		Commune	Wilaya	Commune	Wilaya	Commune	Wilaya
Anémie	Orientés	87	469	104	607	86	716
	Pris en charge	84	309	78	404	82	342
	% prise en charge	<b>96,55</b>	<b>83,74</b>	<b>75</b>	<b>66,65</b>	<b>95,35</b>	<b>47,76</b>
Autres affections hématoLOGIQUES	Orientés	3	19	4	22	5	41
	Pris en charge	3	18	4	18	5	24
	% prise en charge	<b>100</b>	<b>94,74</b>	<b>100</b>	<b>81,81</b>	<b>100</b>	<b>58,53</b>
Déformation squelettique	Orientés	204	626	270	670	176	596
	Pris en charge	118	244	148	365	59	231
	% prise en charge	<b>57,84</b>	<b>38,97</b>	<b>54,81</b>	<b>54,47</b>	<b>33,52</b>	<b>38,76</b>
Epilepsie	Orientés	17	91	15	98	19	106
	Pris en charge	17	84	15	79	19	101
	% prise en charge	<b>100</b>	<b>92,31</b>	<b>100</b>	<b>80,61</b>	<b>100</b>	<b>95,28</b>
Autres affections neuroLOGIQUES	Orientés	6	31	7	34	00	10
	Pris en charge	6	18	7	18	00	4
	% prise en charge	<b>100</b>	<b>58,06</b>	<b>100</b>	<b>52,94</b>	/	<b>40</b>
Déficience acuité visuelle	Orientés	1575	5468	899	4337	1653	6048
	Pris en charge	764	2481	341	1887	252	1831
	% prise en charge	<b>48,51</b>	<b>45,37</b>	<b>37,93</b>	<b>43,51</b>	<b>15,24</b>	<b>30,27</b>
Hypoacousie	Orientés	25	164	16	132	33	159
	Pris en charge	13	60	16	75	25	71
	% prise en charge	<b>52</b>	<b>36,58</b>	<b>100</b>	<b>56,82</b>	<b>75,75</b>	<b>44,65</b>
Goitre	Orientés	282	660	178	458	220	482
	Pris en charge	131	231	76	211	38	183
	% prise en charge	<b>46,45</b>	<b>35</b>	<b>42,69</b>	<b>46,07</b>	<b>17,27</b>	<b>37,96</b>
Asthme	Orientés	97	277	103	256	124	298
	Pris en charge	82	238	103	221	124	274
	% prise en charge	<b>84,53</b>	<b>85,92</b>	<b>100</b>	<b>86,33</b>	<b>100</b>	<b>91,74</b>
Tuberculose pulmonaire	Orientés	2	3	1	00	2	2
	Pris en charge	2	3	1	00	2	2
	% prise en charge	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	/	<b>100</b>	<b>100</b>
Cardiopathie	Orientés	702	1219	532	1057	501	963
	Pris en charge	354	614	350	570	206	393
	% prise en charge	<b>50,42</b>	<b>50,37</b>	<b>65,79</b>	<b>53,92</b>	<b>41,11</b>	<b>40,81</b>
Antécédents RAA	Orientés	25	121	12	143	12	118
	Pris en charge	25	115	12	107	12	92
	% prise en charge	<b>100</b>	<b>95,04</b>	<b>100</b>	<b>74,82</b>	<b>100</b>	<b>77,96</b>
Diabète	Orientés	34	142	33	157	46	182
	Pris en charge	34	138	33	129	46	173
	% prise en charge	<b>100</b>	<b>97,18</b>	<b>100</b>	<b>82,16</b>	<b>100</b>	<b>95,05</b>
Néphropathie	Orientés	3	15	3	19	5	15
	Pris en charge	3	14	3	14	5	8
	% prise en charge	<b>100</b>	<b>93,33</b>	<b>100</b>	<b>73,68</b>	<b>100</b>	<b>53,33</b>
Ectopie testiculaire	Orientés	202	721	137	689	123	631
	Pris en charge	54	260	61	316	41	276
	% prise en charge	<b>26,73</b>	<b>36,06</b>	<b>44,52</b>	<b>45,86</b>	<b>33,33</b>	<b>43,74</b>
Trachome	Orientés	00	00	00	00	00	00
	Pris en charge	00	00	00	00	00	00
	% prise en charge	/	/	/	/	/	/
<b>Total</b>	Orientés	2994	9290	2312	8679	3005	8158
	Pris en charge	1690	4570	1205	4414	922	2787
	% prise en charge	<b>56,44</b>	<b>49,19</b>	<b>52,12</b>	<b>50,86</b>	<b>30,68</b>	<b>34,16</b>

Source : tableau réalisé et ratios calculés par nos soins à partir des données du SEMEP de l'EPSP de Béjaïa et de la DSPRH de la wilaya de Béjaïa.

## 2.5. Evolution de la couverture vaccinale des élèves

La couverture vaccinale des élèves de la commune de Béjaïa est satisfaisante, elle dépasse les 94% pour les trois classes cibles de 2009 à 2011. Toutefois, au sein de la commune la couverture vaccinale est variable, l'écart entre les UDS se situe comme suit en 2011 :

- de 87,11 % (UDS Technicum) à 100 % (UDS Base 7) pour le taux de couverture au vaccin DTP des 1<sup>ères</sup> A.P.
- de 84,54 % (UDS Ibn Sina) à 100 % (UDS Base 7) pour le taux de couverture au vaccin VAR des 1<sup>ères</sup> A.P.
- de 12,50 % (UDS Elhamadia) à 100 % (UDS Base 7) pour le taux de couverture vaccinale de rattrapage au BCG des 1<sup>ères</sup> A.P.
- de 91,45 % (UDS Ibn Sina) à 100 % (UDS Base 7) pour le taux de couverture au vaccin DTP des 1<sup>ères</sup> A.M.
- de 81,23 % (UDS Technicum) à 100 % (UDS Base 7) pour le taux de couverture au vaccin DTP des 1<sup>ères</sup> A.S.

**Tableau 28 :** Evolution des taux de couverture vaccinale des élèves par UDS de la commune de Béjaïa entre 2009 et 2011.

Année	UDS	Taux de couverture DTP 1 <sup>ère</sup> A.P.	Taux de couverture VAR 1 <sup>ère</sup> A.P.	taux de couverture vaccinale de rattrapage au BCG 1 <sup>ère</sup> A.P.	Taux de couverture DTP 1 <sup>ère</sup> A.M.	Taux de couverture DTP 1 <sup>ère</sup> A.S.
2009	UDS Ibn Sina	100	100	23,62	100	100
	UDS Nacéria	100	100	44,44	100	100
	UDS Elhamadia	99,01	99,01	71,08	99,38	98,50
	UDS Ihaddaden	88,01	88,01	41,18	100	100
	UDS Technicum	86,75	86,75	42,19	96,57	100
	UDS Base 7	100	100	100	100	100
	<b>Total commune</b>	<b>95,33</b>	<b>95,33</b>	<b>28,52</b>	<b>99,50</b>	<b>99,69</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>98,03</b>	<b>98,03</b>	<b>27,07</b>	<b>93,04</b>	<b>98,21</b>
2010	UDS Ibn Sina	100	100	95	99,51	99,86
	UDS Nacéria	97,43	97,43	91,66	96,10	99,22
	UDS Elhamadia	100	100	12,90	96,95	100
	UDS Ihaddaden	95,24	95,24	80	96,51	99,10
	UDS Technicum	98,92	98,92	39,47	99,85	98,87
	UDS Base 7	99,27	99,27	100	98,31	99,31
	<b>Total commune</b>	<b>98,52</b>	<b>98,52</b>	<b>41,66</b>	<b>95,45</b>	<b>99,43</b>
	<b>Total wilaya</b>	<b>98,56</b>	<b>98,56</b>	<b>44,44</b>	<b>97,57</b>	<b>91,30</b>
2011	UDS Ibn Sina	89,54	84,54	0absence cicatrice BCG	91,45	99,41
	UDS Nacéria	94,10	94,10	26	96,98	97,82
	UDS Elhamadia	98,68	98,68	12,50	96,52	98,61
	UDS Ihaddaden	99,14	99,14	36,36	99,40	96,40
	UDS Technicum	87,11	87,11	30,84	99,68	81,23
	UDS Base 7	100	100	100	100	100
	<b>Total commune</b>	<b>94,46</b>	<b>94,46</b>	<b>27,88</b>	<b>97,37</b>	<b>94,28</b>
<b>Total wilaya</b>	<b>95,10</b>	<b>95,03</b>	<b>26,15</b>	<b>83,93</b>	<b>87,86</b>	

Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données du SEMEP de l'EPSP de Béjaïa et de la DSPRH de la wilaya de Béjaïa.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

En 2011, la commune de Béjaïa a réalisé des taux de couverture vaccinale supérieurs à la moyenne de la wilaya de 13 points pour les 1<sup>ères</sup> A.M. et de 6 points pour les 1<sup>ères</sup> A.S. En ce qui concerne les 1<sup>ères</sup> A.P., la commune de Béjaïa a réalisé des taux de couverture proches de la moyenne de la wilaya (cf. tableau 28).

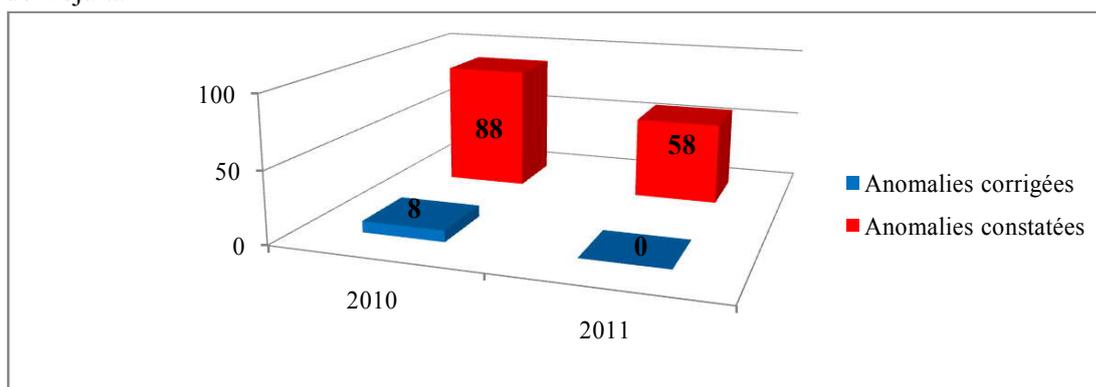
### **2.6. Evolution des contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires**

La totalité des établissements scolaires, des cantines et des internats situés dans la commune de Béjaïa ont été contrôlés sur le plan de l'hygiène et de la salubrité en 2011 et en 2010<sup>92</sup>. Toutefois, si les contrôles d'hygiène et de salubrité ont été réalisés dans tous les établissements scolaires de la commune, seule 9,09 % des 88 anomalies constatées ont été corrigées en 2010 et aucune anomalie des 58 anomalies constatées en 2011 n'a été corrigée.

46,59 % des anomalies constatées en 2010 ont concerné les sanitaires dont seulement 4,88 % ont été corrigées, 26,14 % des anomalies ont concerné les classes (17,39 % ont été corrigées) et 21,59 % des anomalies ont concerné l'environnement des établissements scolaires (11,11 % ont été corrigées). Aucune correction n'a été apportée aux 5,68 % des anomalies constatées dans les cantines. En ce qui concerne l'eau, aucune anomalie n'a été constatée en 2010.

En 2011, 74,14 % des anomalies constatées ont concerné les sanitaires, 10,34 % ont concerné les classes, 8,62 % ont concerné les cantines et 6,90 % des anomalies ont concerné l'environnement des établissements scolaires. Aucune anomalie n'a été constatée en ce qui concerne l'eau.

**Figure 16** : comparaison du nombre d'anomalies corrigées par rapport au nombre d'anomalies constatées en 2010 et en 2011 dans les établissements scolaires de la commune de Béjaïa.



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 29.

<sup>92</sup> Nous aurions aimé présenter les statistiques d'avant l'année 2010, mais elles ne sont disponibles que pour le total du secteur sanitaire de Béjaïa.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 29 : Taux des établissements scolaires contrôlés sur le plan de l'hygiène et de la salubrité en 2010 et en 2011.**

Année		2010						2011							
UDS		Nacéria	Elhamadia	Ihaddaden		Base 7	Total commune	Ibn Sina	Nacéria	Elhamadia	Ihaddaden	Technicum	Base 7		
		Nombre d'établissements scolaires	19	13	11	10	15	13	81	19	14	14	10	15	13
Nombre d'établissements scolaires contrôlés	19	13	11	10	15	13	81	19	14	14	10	15	13	85	
% d'établissements scolaires	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Nombre de cantines	3	5	4	1	4	1	18	4	5	8	1	5	0	23	
Nombre de cantines contrôlées	3	5	4	1	4	1	18	4	5	8	1	5	0	23	
% de cantines contrôlées	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	/	100	
Nombre d'internats	1	1	0	1	0	0	3	1	1	0	1	1	0	4	
Nombre d'internats contrôlés	1	1	0	1	0	0	3	1	1	0	1	1	0	4	
% d'internats contrôlés	100	100	/	100	/	/	100	100	100	/	100	100	/	100	
Anomalies constatées/corrections apportées	Cantines	A	1	1	2	0	1	0	5	1	0	4	0	0	5
		C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	/	0	/	0	0	/	0	/	/	0
	Environnement	A	8	2	2	5	1	1	19	0	0	0	4	0	4
		C	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
		%	25	0	0	0	0	0	11,11	/	/	/	0	/	0
	Eau	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Sanitaire	A	11	8	4	6	4	8	41	0	6	9	6	13	43
		C	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
		%	9,09	0	0	0	0	12,5	4,88	/	0	0	0	0	0
	Classe	A	0	0	0	4	8	11	23	0	0	0	6	0	6
		C	0	0	0	2	0	2	4	0	0	0	0	0	0
		%	/	/	/	50	0	18,2	17,39	/	/	/	0	/	0
Total anomalies constatées		20	11	8	15	14	20	88	1	6	13	16	13	9	58
Total anomalies corrigées		3	0	0	2	0	3	8	0	0	0	0	0	0	
% anomalies corrigées		15	0	0	13,33	0	15	9,09	0	0	0	0	0	0	

Source : tableau réalisé et ratios calculés par nos soins à partir des données du SEMEP de l'EPSP de Béjaïa.

### 3. Evolution du budget alloué à la santé scolaire dans la commune de Béjaïa

Dans le cadre du plan triennal 2001-2003 (cf. chapitre II), les UDS de la commune de Béjaïa ont bénéficié de 1256000 DA en 2001, puis de 459000 DA en 2002 et de 754274 DA en 2003, soit 2469274 DA durant les trois années.

En 2004, le budget alloué à la santé scolaire a connu une sensible diminution à cause de la grève des enseignants qui a duré plusieurs mois causant, en plus du retard scolaire, une suspension des activités de la santé scolaire et le gel des budgets qui lui sont alloués. A partir de 2006, le budget alloué à la santé scolaire dans la commune de Béjaïa a connu une sensible augmentation en termes de DA courant passant de 780000 DA en 2006 à 1043000 DA en 2010. En DA constant, le budget a connu des augmentations moins importantes passant de 683910,56 DA en 2006 à 765616,97 DA en 2010.

**Tableau 30** : évolution du budget alloué aux UDS de la commune de Béjaïa entre 2001 et 2010.

Année	UDS	Budget alloué en DA courant	Budget alloué en DA constant
2001	Elhamadia	137000	137000
	Ihaddaden	437000	437000
	Technicum	682000	682000
	<b>Total commune</b>	<b>1256000</b>	<b>1256000</b>
2002	Elhamadia	153000	150842,94
	Ihaddaden	153000	150842,94
	Technicum	153000	150842,94
	<b>Total commune</b>	<b>459000</b>	<b>452528,84</b>
2003	Elhamadia	173600	164160,75
	Ihaddaden	257074	243095,98
	Technicum	173600	164160,75
	Ibn Sina	150000	141843,97
	<b>Total commune</b>	<b>754274</b>	<b>713261,46</b>
2004	Elhamadia	80000	72760,34
	Ihaddaden	80000	72760,34
	Technicum	80000	72760,34
	Ibn Sina	80000	72760,34
	Nacéria	80000	72760,34
	Base 7	80000	72760,34
	<b>Total commune</b>	<b>480000</b>	<b>436562,07</b>
2005	Elhamadia	133000	119314,61
	Ihaddaden	133000	119314,61
	Technicum	133000	119314,61
	Ibn Sina	133000	119314,61
	Nacéria	133000	119314,61
	Base 7	133000	119314,61
	<b>Total commune</b>	<b>798000</b>	<b>715887,68</b>
2006	Elhamadia	130000	113985,09
	Ihaddaden	130000	113985,09
	Technicum	130000	113985,09
	Ibn Sina	130000	113985,09
	Nacéria	130000	113985,09
	Base 7	130000	113985,09
	<b>Total commune</b>	<b>780000</b>	<b>683910,56</b>

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la direction de l'éducation de la wilaya de Béjaïa.

**Suite du tableau 30.**

Année	UDS	Budget alloué (DA)	Budget alloué en DA constant
2008	Elhamadia	136500	110098,40
	Ihaddaden	136500	110098,40
	Technicum	136500	110098,40
	Ibn Sina	136500	110098,40
	Nacéria	136500	110098,40
	Base 7	136500	110098,40
	<b>Total commune</b>	<b>819000</b>	<b>660590,42</b>
2010	Elhamadia	172000	126257,06
	Ihaddaden	213000	156353,22
	Technicum	199000	146076,49
	Ibn Sina	154000	113044,12
	Nacéria	161000	118182,48
	Base 7	144000	105703,59
	<b>Total commune</b>	<b>1043000</b>	<b>765616,97</b>

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la direction de l'éducation de la wilaya de Béjaïa.

## **II. ENQUETE AUPRES DES DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES ET DES MEDECINS DE SANTE SCOLAIRE DE LA COMMUNE DE BEJAÏA SUR LA SANTE SCOLAIRE**

Dans cette section, il sera question de la présentation, de la conception et de l'analyse des résultats de l'enquête.

### **1. Présentation de l'enquête**

Dans le but d'analyser la situation de la santé scolaire dans la commune de Béjaïa, nous avons mené deux enquêtes, l'une auprès des médecins de santé scolaire et l'autre auprès des directeurs des établissements scolaires.

Les enquêtés ont été interrogés par interview sur le lieu de leur travail, en utilisant des questionnaires comportant 27 questions pour les médecins et 18 questions pour les directeurs. Les deux enquêtes ont été lancées le 22 janvier 2012 et ont pris fin le 26 février 2012. Notre échantillon d'enquête a porté sur 6 médecins (la totalité des médecins de santé scolaire de la commune) et 50 directeurs d'établissements scolaires.

#### **1.1. Objectifs de l'enquête**

Notre enquête a pour objectif d'évaluer :

- Les conditions de travail des médecins de santé scolaire (MSS) à travers la description des locaux des UDS (nombre de locaux et leur aménagement), les besoins des UDS en aménagement et équipements ;

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- L'importance des moyens humains, matériels et financiers affectés à la santé scolaire ;
- Les relations de coordination entre les différents acteurs de la santé scolaire (MSS, directeurs des établissements scolaires, enseignants, parents d'élèves) ;
- Les connaissances des directeurs des établissements scolaires concernant la santé scolaire et le degré de leur satisfaction des services de santé scolaire ;
- La pratique de l'éducation à la santé à l'école ;
- L'état d'hygiène dans les établissements scolaires.

### **1.2. Caractéristiques générales de l'enquête**

Il s'agit d'une enquête devant rassembler les données sur la situation de la santé scolaire dans la commune de Béjaïa à travers l'évaluation des moyens et des conditions de travail des médecins, les contraintes rencontrés et la coordination des différents acteurs, ainsi que les attitudes des directeurs des établissements scolaires vis-à-vis de la santé scolaire.

#### **1.2.1. Collecte d'informations**

La collecte d'informations a été accomplie par moi-même. Nous avons choisi d'utiliser la méthode d'entretien direct avec le sujet afin de tirer le maximum d'informations des enquêtés, leur bien expliquer les questions, éviter toute ambiguïté dans les réponses et minimiser la perte de questionnaires.

Notre enquête a porté sur la totalité des médecins de santé scolaire de la commune (6 médecins) et sur un échantillon de 50 directeurs d'établissements scolaires dont 30 directeurs d'écoles primaires, 13 directeurs de CEM et 7 directeurs de lycées. Néanmoins sur les 50 questionnaires distribués aux directeurs, 7 ont été éliminés. Ainsi, 43 questionnaires ont été complètement et correctement remplis, soit un taux de réponse de 86% pour les directeurs et de 100% pour les médecins.

#### **1.2.2. Contrôle des questionnaires**

Dans le but de vérifier les oublis ou les erreurs des personnes interrogées et la cohérence des réponses fournies par ces derniers, nous avons dû vérifier quotidiennement les questionnaires et notamment la cohérence des réponses, numéroter tous les documents d'enquêtes et relever par numéro les documents incomplets.

Une fois les vérifications terminées, les corrections possibles ont été apportées et les documents ont été classés.

## **2. Dépouillement**

Le dépouillement de notre enquête a été informatisé en utilisant le logiciel SPSS 10.0. Nous avons d'abord procédé à la saisie des données contenues dans les questionnaires, puis à leur traitement afin d'aboutir aux différents résultats sous forme de tableaux et de figures.

Dans le but de mettre en évidence les informations fournies par l'étude, nous avons réalisé des traitements statistiques en utilisant deux formes de tableaux dans le dépouillement, à savoir, la méthode de tri vectoriel (tri plat), puis la méthode de tri matriciel (tri croisé).

Dans un premier temps, nous avons réalisé des tris à plat des données, c'est-à-dire nous avons établi la distribution des fréquences pour toutes les variables sous forme de tableaux. Pour chaque question nous avons calculé le nombre de réponses obtenues par chaque modalité figurant dans la question.

Le simple examen de ces tableaux va nous permettre de :

- Déterminer les erreurs d'enregistrement commises lors de la saisie informatique ;
- Dégager les principaux résultats de l'enquête ;
- Identifier les zones qui demandent une interprétation et celles demandant des analyses supplémentaires.

Par ailleurs, pour mieux expliquer certaines variables et rechercher des corrélations entre les indicateurs, nous avons réalisé des tris croisés pour prendre en considération l'influence d'une variable sur une autre.

## **3. Difficultés rencontrées**

Nous avons rencontré plusieurs difficultés dans la réalisation de notre travail dont les principales sont :

- D'abord un manque flagrant d'ouvrages relatifs au thème.
- Concernant les médecins, nous avons dû nous présenter plusieurs fois car ils étaient surchargés avec deux classes d'élèves par jour. Ainsi pour certains médecins, nous n'avons pu les interviewer qu'à la 5<sup>ème</sup>, voire même la 6<sup>ème</sup> visite.
- Certains directeurs ont refusé de répondre aux questionnaires en se justifiant par leur surcharge de travail et ce malgré l'autorisation d'accès de l'université et celle de la direction de l'éducation.

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Nous avons éprouvé avec quelques directeurs des difficultés à aller au-delà des réponses expéditives de type « tout va bien, je n'ai pas de problème,.... », mais après leur avoir exposé le but de notre enquête et les avoir rassurés de l'anonymat de notre enquête, le sentiment de méfiance a laissé place à une collaboration enthousiaste.

### **4. Présentation et analyse des résultats de l'enquête**

Dans ce point, nous avons tenté d'expliquer les données obtenues après le traitement des deux questionnaires d'enquête à l'aide du logiciel SPSS 10.0.

#### **4.1. Présentation et analyse des résultats de l'enquête menée auprès des directeurs des établissements scolaires**

Nous présenterons dans ce point, les résultats de l'enquête menée auprès des directeurs des établissements scolaires.

##### **4.1.1. Présentation de l'échantillon**

Le nombre d'établissements scolaires dans la commune de Béjaïa est de 85 en 2012 dont 51 écoles primaires (60% des établissements de la commune), 22 CEM (25,9%) et 12 lycées (14,1%). Nous avons travaillé sur un échantillon de 43 directeurs à partir des résultats obtenus par la distribution de 50 questionnaires.

Notre échantillon d'enquête est constitué de 26 directeurs d'écoles primaires, soit 50,98% de l'ensemble des directeurs existants, 11 directeurs de CEM (50% de l'ensemble des directeurs existants) et 6 directeurs de lycées (50% de l'ensemble des directeurs existants).

**Tableau 31** : constitution de l'échantillon

	Type d'établissement scolaire						Total	
	Ecole primaire		CEM		Lycée		Nombre	%
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%		
<b>Nombre de directeurs existants</b>	51	100	22	100	12	100	85	100
<b>Nombre de directeurs enquêtés</b>	30	58,82	13	59,1	7	58,3	50	58,82
<b>Nombre de questionnaires pris en compte</b>	26	50,98	11	50	6	50	43	50,58

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

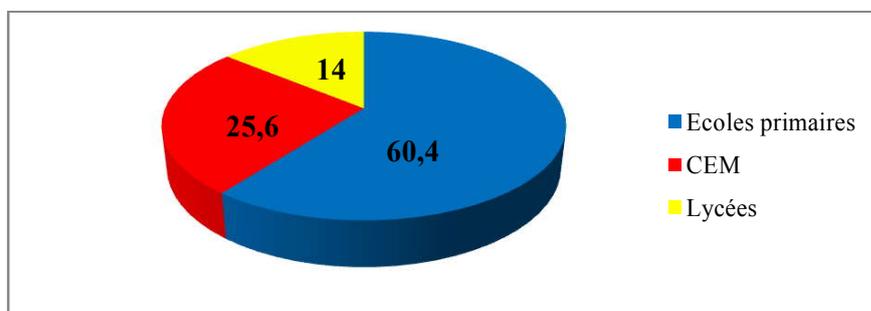
La répartition de notre échantillon selon le cycle d'enseignement montre que 60,4% des directeurs enquêtés sont des directeurs d'écoles primaires, 25,6 % sont des directeurs de CEM et 14% sont des directeurs de lycées (cf. tableau 32).

**Tableau 32** : répartition des enquêtés selon le cycle d'enseignement.

Type d'établissement scolaire	Nombre de directeurs enquêtés	%
Ecole primaire	26	60,4
CEM	11	25,6
Lycée	6	14
Total	43	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

**Figure 17** : répartition des enquêtés selon le cycle d'enseignement.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 32.

#### **4.1.2. Connaissances des directeurs des établissements scolaires concernant la santé scolaire**

Concernant la répartition des enquêtés selon leur perception de la santé scolaire, le tableau 33 nous renseigne que 44% des directeurs enquêtés considèrent la santé scolaire comme l'ensemble des prestations sur les plans préventif, curatif et éducatif afin d'assurer aux élèves un développement harmonieux physique, mental, intellectuel et social, et 21% des directeurs prétendent que la santé scolaire comprend les examens de santé des élèves et la prise en charge des affections dépistées. 35% des directeurs pensent qu'elle comprend uniquement les visites médicales systématiques de dépistage et la vaccination des élèves car elle n'assure pas la prise en charge des maladies dépistées (seule les problèmes de santé bucco-dentaire et les problèmes psychologiques sont pris en charge à l'UDS) tant qu'il n'y a pas d'UDS de référence qui comprendrait des spécialistes qui devront assurer la prise en charge des élèves orientés. Ils ajoutent que ces derniers sont orientés vers les structures publiques où ils doivent faire face aux rendez vous éloignés et aux lignes d'attente tant que des demi journées ne leurs sont pas réservées au niveau de l'EPSP. Ainsi les parents qui ont les moyens soignent leurs

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

enfants chez le privé alors que les enfants issus de familles démunies ne sont pas pris en charge.

**Tableau 33** : répartition des enquêtés selon leur perception de la santé scolaire.

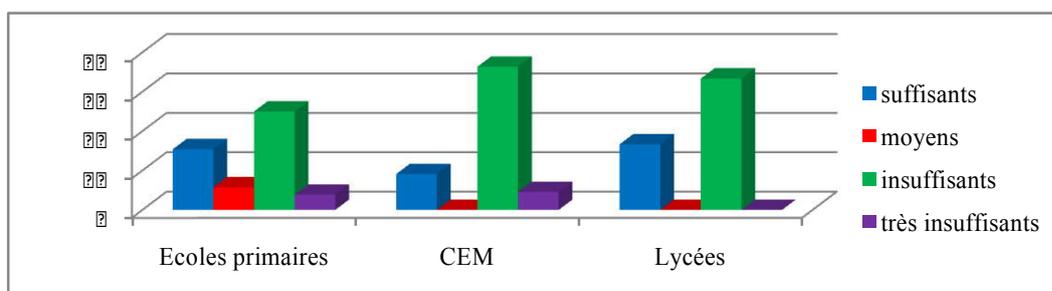
Conception de la santé scolaire		Type d'établissement scolaire			Total
		Ecole primaire	CEM	Lycée	
Visites médicales systématiques de dépistage et vaccinations	Effectif	10	4	1	15
	%	38,5	36,4	16,7	35
Examens de santé des élèves et prise en charge des affections dépistées	Effectif	6	1	2	9
	%	23	9,1	33	21
L'ensemble des prestations sur les plans préventifs, curatifs et éducatifs afin d'assurer aux élèves un développement harmonieux physique, mental, intellectuel et social	Effectif	10	6	3	19
	%	38,5	54,5	50	44
Total	Effectif	26	11	6	43
	%	100	100	100	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

#### 4.1.3. Répartition des enquêtés selon leur perception des moyens affectés à la santé scolaire

En ce qui concerne la répartition des enquêtés selon leur perception des moyens humains et matériels affectés à la santé scolaire, la lecture du tableau 34 nous permet de dire que la santé scolaire est dépourvue de moyens, sachant que plus de la moitié des directeurs enquêtés (58,1%) attestent que les moyens sont insuffisants dont 52% sont des directeurs d'écoles primaires, 32 % sont des directeurs de CEM et 16 % des directeurs de lycées. En outre, 7% des directeurs jugent les moyens comme très insuffisants. Ainsi, la totalité des directeurs des lycées enquêtés, 90,9 % des directeurs de CEM et 30,8 % des directeurs d'écoles primaires jugent qu'il est urgent de créer de nouvelles UDS dans la commune, et seulement 20,9 % des directeurs jugent suffisant le nombre d'UDS existantes.

**Figure 18** : répartition des enquêtés selon leur perception des moyens humains et matériels affectés à la santé scolaire (en %).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 34.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 34 :** répartition des enquêtés selon leur perception des moyens humains et matériels affectés à la santé scolaire.

		Type d'établissement scolaire			Total	
		Ecole primaire	CEM	Lycée		
<b>Comment jugez-vous les moyens humains et matériels affectés à la santé scolaire ?</b>	Suffisants	effectif	8	2	2	12
		%	30,8	18,2	33,3	27,9
	Moyens	effectif	3	0	0	3
		%	11,5	0	0	7
	Insuffisants	effectif	13	8	4	25
		%	50	72,7	66,7	58,1
	Très insuffisants	effectif	2	1	0	3
		%	7,7	9,1	0	7
	Total	effectif	26	11	6	43
		%	100	100	100	100
<b>Pensez-vous qu'il est utile et/ou urgent de créer de nouvelles UDS dans votre commune ?</b>	Oui	effectif	18	10	6	34
		%	69,2	90,9	100	79,1
	Non	effectif	8	1	0	9
		%	30,8	9,1	0	20,9
	Total	effectif	26	11	6	43
		%	100	100	100	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

S'agissant de la répartition de nos enquêtés selon le moyen de transport des élèves aux UDS, le tableau 35 montre que les élèves sont allés à pieds aux UDS dans 67,4% des établissements scolaires. Dans 14% des établissements, c'est l'équipe de santé scolaire qui se déplace aux établissements et dans 11,6% des établissements (6 établissements), l'UDS se trouve au sein même de l'établissement. 7% des directeurs enquêtés ont déclaré qu'ils ont transporté leurs élèves aux UDS par un bus payé par les cotisations des élèves puisque la commune ne fournit pas de moyens de transport aux élèves pour les mener aux UDS (la commune de Béjaïa ne dispose pas de transport pour le ramassage scolaire puisqu'il ne s'agit pas d'une commune rurale).

**Tableau 35 :** répartition des enquêtés selon le moyen de transport des élèves aux UDS.

Moyen de transport	Fréquence	Pourcentage
A pied	29	67,4
Par un bus payé par les cotisations des élèves	3	7
C'est l'équipe de santé scolaire qui se déplace à l'établissement	5	14
L'UDS se trouve à l'intérieur de l'établissement	6	11,6
Total	43	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

#### 4.1.4. Répartition des enquêtés selon leur satisfaction par les services de santé scolaire

En ce qui concerne la satisfaction des enquêtés par les services de santé scolaire, 7% des directeurs ont déclaré être très satisfaits en matière de dépistage des élèves et plus de la moitié des directeurs ont déclaré être satisfaits (53,5%) dont 66,7% sont des directeurs de lycées, 53,8 % des directeurs d'écoles primaires et 45,5 % des directeurs de CEM. Seulement 4,6 % des directeurs ont déclaré que le dépistage des élèves de leur établissement est faible.

**Tableau 36** : répartition des enquêtés selon leur satisfaction par les services de santé scolaire.

Indicateurs de santé scolaire			Type d'établissement scolaire			Total
			Ecole primaire	CEM	Lycée	
<b>Dépistage</b>	Très satisfaisant	effectif	2	1	0	3
		%	7,7	9	0	7
	satisfaisant	effectif	14	5	4	23
		%	53,8	45,5	66,7	53,5
	moyen	effectif	10	3	2	15
		%	38,5	27,3	33,3	35
faible	effectif	0	2	0	2	
	%	0	18,2	0	4,6	
<b>Prise en charge des maladies dépistées</b>	Très satisfaisante	effectif	2	1	1	4
		%	7,7	9,1	16,7	9,3
	satisfaisante	effectif	8	2	3	13
		%	30,8	18,2	50	30,3
	moyenne	effectif	12	6	2	20
		%	46,1	54,5	33,3	46,5
faible	effectif	4	2	0	6	
	%	15,4	18,2	0	13,9	
<b>Vaccination</b>	Très satisfaisante	effectif	22	8	3	33
		%	84,6	72,7	50	76,7
	satisfaisante	effectif	4	2	2	8
		%	15,4	18,2	33,3	18,6
	moyenne	effectif	0	1	1	2
		%	0	9,1	16,7	4,7
<b>Prise en charge de la santé bucco-dentaire</b>	Très satisfaisante	effectif	17	2	0	19
		%	65,4	18,2	0	44,2
	satisfaisante	effectif	7	4	2	13
		%	26,9	36,3	33,3	30,2
	moyenne	effectif	2	5	3	10
		%	7,7	45,5	50	23,3
faible	effectif	0	0	1	1	
	%	0	0	16,7	2,3	
<b>Contrôle d'hygiène et de salubrité</b>	Très satisfaisant	effectif	5	1	0	6
		%	19,2	9	0	14
	satisfaisant	effectif	9	5	4	18
		%	34,6	45,5	66,7	41,8
	moyen	effectif	10	3	2	15
		%	38,5	27,3	33,3	34,9
faible	effectif	2	2	0	4	
	%	7,7	18,2	0	9,3	

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Pour ce qui est de la prise en charge des maladies dépistées, 46,5% des directeurs enquêtés l'ont jugée comme moyenne et 13,9 % comme étant faible, ce qui explique qu'un nombre important des directeurs enquêtés (35,5%) ont une perception négative de la santé scolaire (ces derniers réduisent la santé scolaire aux visites médicales systématiques de dépistage et la vaccination des élèves).

La majorité des directeurs enquêtés sont satisfaits en matière de vaccination de leurs élèves. En effet, 76,7% des directeurs ont déclaré être très satisfaits, 18,6% ont déclaré être satisfait et seulement 4,7% des directeurs ont déclaré que la vaccination de leurs élèves est moyenne.

En matière de la prise en charge de la santé bucco-dentaire des élèves, 44,2% des directeurs ont déclaré qu'elle est très satisfaisante et 30,2 % l'ont considérée comme satisfaisante. Toutefois, 23,3% des directeurs considèrent que la prise en charge de la santé bucco-dentaire de leurs élèves est moyenne et seulement 2,3% des directeurs la considèrent comme étant faible.

En ce qui concerne les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires, 14% des directeurs ont déclaré qu'ils sont très satisfaits des contrôles faits et 41,8% ont déclaré être satisfaits. Toutefois les directeurs ont soulevé les retards pris par la commune (si ce n'est pas le refus) pour corriger les anomalies constatées (cf. tableau 40). Toutefois, 34,9 % des directeurs ont jugé les contrôles d'hygiène comme moyens et 9,3% des directeurs les ont jugés comme faibles, car selon eux, ces derniers ne se font pas régulièrement (cf. tableau 36).

### **4.1.5. Répartition des enquêtés selon leur perception de leur relation de coordination avec l'équipe de santé scolaire et les parents d'élèves**

La majorité des directeurs enquêtés entretiennent de bonnes relations avec l'équipe de santé scolaire, sachant que 30,2% d'entre eux ont déclaré avoir une très bonne relation avec l'équipe et 67,5% comme ayant une bonne relation avec ces derniers. Les 2,3% des directeurs ayant déclaré avoir une relation moyenne avec l'équipe de santé scolaire ont évoqué les désaccords entre eux et les médecins quant à la fixation des rendez vous des visites médicales systématiques de dépistage. Ils ont déclaré que les médecins ne les avisent pas d'avance au sujet des visites, ce qui les perturbe, surtout dans les périodes des examens.

En ce qui concerne la disposition des établissements scolaires d'un conseil de santé de l'école tel que prévu par la loi n° 175 du 27/12/1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire, le tableau 37 montre que la majorité des établissements ne disposent pas d'un conseil de santé de l'école (81,4%). Plus de la moitié d'entre eux déclarent l'avoir créé sur papier mais qu'ils ne se sont jamais réunis en raison de la non disponibilité de ses membres, particulièrement le médecin de santé scolaire et le technicien du bureau communal d'hygiène. Seulement 18,6% des directeurs enquêtés ont déclaré avoir disposé d'un conseil de santé de l'école qui se réunit trimestriellement.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 37 :** répartition des enquêtés selon leur perception de leur relation de coordination avec l'équipe de santé scolaire.

		Type d'établissement scolaire			Total	
		Ecole primaire	CEM	Lycée		
<b>Votre relation avec l'équipe de santé scolaire est :</b>	Très bonne	effectif	10	2	1	13
		%	38,5	18,2	16,7	30,2
	Bonne	effectif	16	8	5	29
		%	61,5	72,7	83,3	67,5
	Moyenne	effectif	0	1	0	1
		%	0	9,1	0	2,3
Total	effectif	26	11	6	43	
	%	100	100	100	100	
<b>Disposez-vous d'un conseil de santé ?</b>	Oui	effectif	3	3	2	8
		%	11,5	27,3	33,3	18,6
	Non	effectif	23	8	4	35
		%	88,5	72,7	66,7	81,4
	Total	effectif	26	11	6	43
		%	100	100	100	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

En ce qui concerne la coordination des parents d'élèves en matière de santé scolaire, trois quarts des directeurs (74,4%) ont déclaré qu'ils ne reçoivent aucune aide de la part de l'association des parents d'élèves. Ils ajoutent que ces derniers ne se préoccupent pas des services de santé scolaire prodigués à leurs enfants et qu'ils ne se rendent à l'établissement que s'ils sont convoqués (83,3% des directeurs ont déclaré que les parents des élèves répondent toujours aux convocations qui leur sont adressées concernant la santé de leurs enfants, contre 16,3% des directeurs qui ont déclaré que les parents ne répondent aux convocations qui leur sont adressées que rarement) ou pour avoir les 2000 DA d'aide de l'Etat aux enfants démunis. Dans les 25,6% des établissements attestant avoir reçu une aide de la part de l'association des parents d'élèves, l'aide ne portait que sur l'achat de lunettes à quelques enfants démunis.

Parmi les 32 directeurs ayant déclaré que leurs élèves se déplacent aux UDS (90,6% d'entre eux ont déclaré qu'ils se déplacent à pied et 9,4% par un bus payé par les cotisations des élèves), 13,9% d'entre eux ont déclaré qu'ils trouvent des problèmes de la part des parents pour faire sortir les élèves de l'école et les amener à l'UDS. Il s'agit des parents des élèves du primaire qui sont inquiets de la sécurité de leurs enfants, surtout pour ceux qui se déplacent à pied.

**Tableau 38 :** répartition des enquêtés selon leur perception de la coordination des parents d'élèves en matière de santé scolaire.

			Type d'établissement scolaire			Total
			Ecole primaire	CEM	Lycée	
<b>Les parents des élèves refusent-ils de faire sortir leurs enfants de l'école pour les amener à l'UDS ?</b>	Oui	effectif	6	0	0	6
		%	30	0	0	13,9
	Non	effectif	14	9	3	26
		%	70	100	100	60,5
	Total	Effectif	20	9	3	32
		%	100	100	100	100
<b>Les parents des élèves répondent-ils aux convocations qui leur sont adressées concernant la santé de leurs enfants ?</b>	toujours	effectif	23	8	5	36
		%	88,5	72,7	83,3	83,7
	Oui mais rarement	effectif	3	3	1	7
		%	11,5	27,3	16,7	16,3
	Total	Effectif	26	11	6	43
		%	100	100	100	100
<b>L'association des parents d'élèves aide-t-elle dans la santé scolaire ?</b>	Oui	effectif	6	3	2	11
		%	23,1	27,3	33,3	25,6
	non	Effectif	20	8	4	32
		%	76,9	72,7	66,7	74,4
	Total	effectif	26	11	6	43
		%	100	100	100	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

#### 4.1.6. Répartition des enquêtés selon leur perception de la qualité d'hygiène dans leurs établissements

La répartition des enquêtés selon leur perception de la qualité d'hygiène dans leurs établissements montre que plus de la moitié (58,1%) des directeurs sont satisfaits de la qualité d'hygiène dans leurs établissements et 11,5% des directeurs en sont très satisfaits. Toutefois 27,9% d'entre eux attestent qu'elle est moyenne et seulement 2,3% des directeurs la jugent comme mauvaise.

L'examen du tableau 39 montre que la majorité (92,3%) des directeurs ayant jugé la qualité d'hygiène dans leurs établissements comme moyenne ou mauvaise sont des directeurs d'écoles primaires. Ce constat peut être expliqué par le manque de moyens humains et de nettoyage affectés aux écoles primaires par la commune de Béjaïa (selon l'article 97 de la loi n° 90.08 du 07 avril 1990 relative à la commune, la réalisation des établissements de l'enseignement primaire relève de la compétence de la commune. Les établissements de l'enseignement moyen et du secondaire sont rattachés à la direction de l'éducation. Certains

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

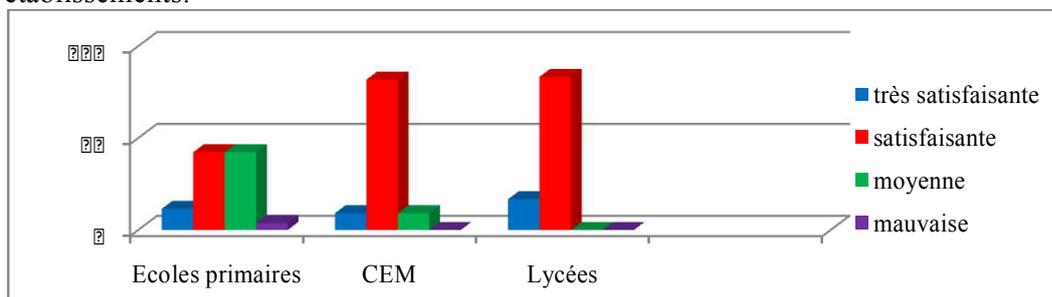
directeurs souhaitent être détachés de la commune). Tous les directeurs ont déclaré que les moyens de nettoyage ne leurs sont parvenus qu'au mois de février de cet année.

**Tableau 39** : répartition des enquêtés selon leur perception de la qualité d'hygiène dans leurs établissements.

L'hygiène		Type d'établissement scolaire			Total
		Ecole primaire	CEM	Lycée	
Très satisfaisant	Effectif	3	1	1	5
	%	11,5	9,1	16,7	11,6
Satisfaisant	Effectif	11	9	5	25
	%	42,3	81,8	83,3	58,1
Moyen	Effectif	11	1	0	12
	%	42,3	9,1	0	27,9
Mauvaise	Effectif	1	0	0	1
	%	3,8	0	0	2,3
<b>Total</b>	Effectif	26	11	6	43
	%	100	100	100	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

**Figure 19** : répartition des enquêtés selon leur perception de la qualité d'hygiène dans leurs établissements.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 39.

En ce qui concerne la répartition des directeurs des écoles primaires selon la prise en charge par la commune des problèmes liés à l'environnement de l'école (état des classes-vitres, chauffage, infiltration des eaux au niveau des plafonds, l'état des sanitaires, etc.), la lecture du tableau 40 montre que seulement 26,9% des directeurs enquêtés attestent que la commune prend en charge les problèmes liés à l'environnement de leurs écoles sans retard ni difficultés. Toutefois, 61,5 % des directeurs ont déclaré que les problèmes liés à l'environnement de leurs écoles ne sont pris en charge que tardivement et après plusieurs recours. En outre, 11,6% d'entre eux ont déclaré que la commune ne prend pas en charge ces problèmes, malgré les nombreux recours qu'ils lui font.

Parmi les 19 directeurs d'écoles primaires ayant déclaré que la commune ne prend pas en charge les problèmes liés à l'environnement de leurs écoles ou qu'elle les prend mais

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

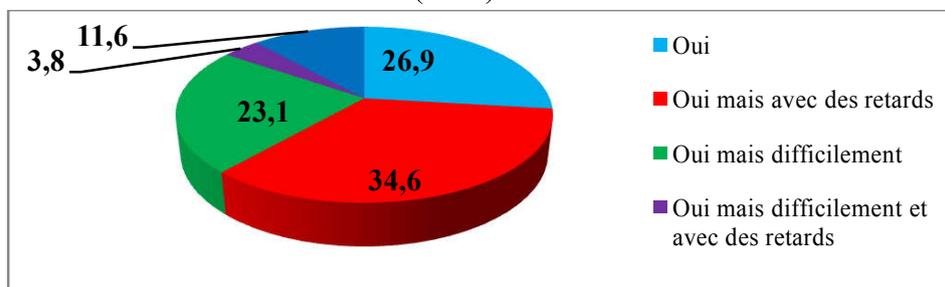
difficilement et/ou avec des retards, 89,5 % d'entre eux l'expliquent par le désintérêt des responsables de la commune et 10,5% par le manque de moyens.

**Tableau 40** : répartition des enquêtés selon la prise en charge par la commune des problèmes liés à l'environnement de l'école.

Prise en charge des problèmes liés à l'environnement des écoles primaires par la commune		Raisons		Total
		Manque de moyens	Désintérêt	
Oui	Effectif	/	/	7
	%	/	/	26,9
Oui mais avec des retards	Effectif	/	9	9
	%	/	52,9	34,6
Oui mais difficilement	Effectif	1	5	6
	%	50	29,4	23,1
Oui mais difficilement et avec des retards	Effectif	/	1	1
	%	/	5,9	3,8
Non	Effectif	1	2	3
	%	50	11,8	11,6
Total	Effectif	2	17	26
	%	100	100	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

**Figure 20** : répartition des enquêtés selon la prise en charge par la commune des problèmes liés à l'environnement de l'école (en %).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 40.

#### 4.1.7. Répartition des enquêtés selon leur perception de l'éducation à la santé à l'école

Concernant la répartition des enquêtés selon leur perception de l'éducation à la santé à l'école, la totalité des directeurs ont déclaré être d'accord que l'école doit jouer un rôle primordial en matière d'éducation à la santé. Ainsi, plus de la moitié des directeurs souhaitent la création d'une matière d'éducation à la santé. Ils ont proposé que cette dernière contienne des cours théoriques et pratiques (faire apprendre aux élèves les bases du secourisme par des enseignants formés à cette fin avec l'intervention des différents acteurs de la société tels que les pompiers, la police, les secouristes, etc.). Toutefois, 37,2% des directeurs enquêtés sont contre la création d'une matière d'éducation à la santé. 43,8 % de ces derniers ont évoqué la

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

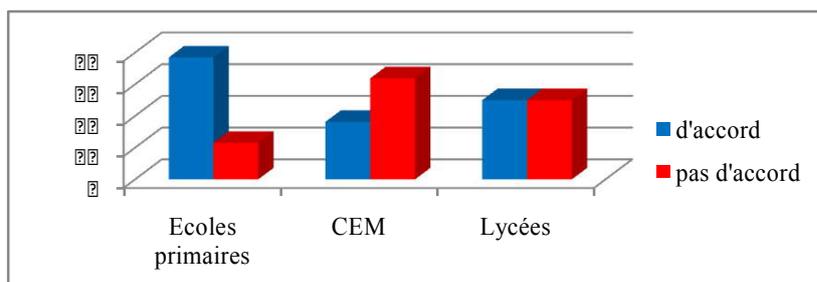
surcharge des élèves, surtout avec les nouveaux programmes introduits par la réforme du système éducatif, 25% d'entre eux ont avancé que l'éducation à la santé est intégrée dans d'autres matières telles que la science de la nature et de la vie, l'éducation islamique, l'éducation civique, etc. et 31,2% des directeurs ont avancé la surcharge des élèves et l'intégration de l'éducation à la santé dans d'autres matières.

**Tableau 41** : répartition des enquêtés selon qu'ils soient d'accords ou non concernant la création d'une matière d'éducation à la santé.

L'éducation à la santé doit faire l'objet d'une matière à part entière :		Type d'établissement scolaire			Total
		Ecole primaire	CEM	Lycée	
D'accord	Effectif	20	4	3	27
	%	76,9	36,3	50	62,8
Pas d'accord car les élèves sont surchargés	Effectif	1	3	3	7
	%	3,8	27,3	50	16,3
Pas d'accord car elle est intégrée dans d'autres matières (éducation islamique, sciences de la nature et de la vie, éducation civique)	Effectif	3	1	0	4
	%	11,6	9,1	0	9,3
Pas d'accord car les élèves sont surchargés et elle est intégrée dans d'autres matières	Effectif	2	3	0	5
	%	7,7	27,3	0	11,6
<b>Total</b>	Effectif	26	11	6	43
	%	100	100	100	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

**Figure 21** : répartition des enquêtés selon qu'ils soient d'accords ou non concernant la création d'une matière d'éducation à la santé.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 41.

En ce qui concerne la répartition des enquêtés selon l'organisation d'activités d'éducation à la santé au sein de leurs établissements, la lecture du tableau 42 montre que 58,1% des établissements disposent d'un club santé (ses membres sont : le directeur de l'établissement, les enseignants, particulièrement ceux de la science de la nature et de la vie, le médecin de santé scolaire et les élèves) et 41,9 % n'en disposent pas. Les établissements disposant d'un

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

club santé ont déclaré avoir organisé des concours de dessin, des expositions sur certaines maladies et sur les dangers des stupéfiants, etc.

Concernant l'organisation de campagnes de communication sociale et d'éducation à la santé au sein des établissements, seulement un quart de l'ensemble des directeurs enquêtés ont déclaré avoir organisé de telles campagnes. Il s'agit de 19,5% des écoles primaires, 45,5% des CEM et 16,7% des lycées de notre échantillon. Dans les écoles primaires, les campagnes ont porté sur les thèmes de l'hygiène, la prévention des accidents, l'éducation nutritionnelle et dans une moindre mesure les toxicomanies. Les thèmes abordés au CEM concernaient surtout les toxicomanies et dans une moindre mesure, la prévention des accidents, l'hygiène et l'éducation nutritionnelle. Au lycée, ce sont les thèmes de la santé reproductive et sexuelle et les toxicomanies qui ont été abordés lors des campagnes.

Dans la majorité des écoles, les campagnes ont été organisées par les médecins de santé scolaire et les enseignants. Des associations, la gendarmerie, la police et les pompiers ont également participé aux campagnes organisés dans quelques établissements. Les campagnes ont été généralement organisées sous forme d'expositions, conférences, débats, concours de dessin, etc.

**Tableau 42 :** répartition des enquêtés selon l'organisation d'activités d'éducation à la santé au sein de leurs établissements.

		Type d'établissement scolaire			Total	
		Ecole primaire	CEM	Lycée		
<b>Existe-t-il un club santé au niveau de votre établissement ?</b>	Oui	effectif	11	8	6	25
		%	42,3	72,7	100	58,1
	Non	effectif	15	3	0	18
		%	57,7	27,3	0	41,9
	Total	effectif	26	11	6	43
		%	100	100	100	100
<b>Des campagnes de communication sociale et d'éducation à la santé ont-elles été organisées au niveau de votre établissement ?</b>	Oui	effectif	5	5	1	11
		%	19,2	45,5	16,7	25,6
	Non	effectif	21	6	5	32
		%	80,8	54,5	83,3	74,4
	Total	effectif	26	11	6	43
		%	100	100	100	100

Source : Enquête personnelle (22 janvier 2012 au 26 février 2012).

## **4.2. Présentation et analyse des résultats de l'enquête menée auprès des médecins de santé scolaire**

Nous présenterons dans ce point, les résultats de l'enquête menée auprès des médecins de santé scolaire.

### **4.2.1. Description des UDS**

Dans ce point nous allons décrire l'espace de travail des médecins de santé scolaire en nous basons sur leurs réponses aux questions sur la description de leurs UDS.

L'analyse des résultats de notre enquête auprès des médecins de santé scolaire (MSS) montre que toutes les UDS disposent d'un cabinet médical pour le médecin. Toutefois, 3 médecins ont déclaré que leurs cabinets, voire toute l'UDS, ne dispose pas de chauffage. Un médecin a soulevé que son cabinet n'est pas bien éclairé et un autre a avancé qu'il ne dispose pas d'un lavabo. En outre, deux (2) médecins ont déclaré que leurs UDS sont dépourvues d'une salle paramédicale. Parmi les quatre (4) UDS disposant d'une salle paramédicale, deux (2) d'entre elles ne sont pas équipées d'un évier.

Deux (2) médecins ont déclaré que leurs UDS respectives ne disposent pas d'une salle d'optométrie et qu'ils se servent de la salle paramédicale pour effectuer la mesure de l'acuité visuelle des élèves.

Toutes les UDS disposent d'une salle pour le psychologue. Toutefois, dans la majorité des UDS, le nombre de salles ne correspond pas au nombre de psychologues. Dans deux (2) UDS, deux (2) psychologues partagent la même salle, dans une autre UDS, quatre (4) psychologues partagent la même salle et dans une autre, trois (3) psychologues partagent la même salle.

Toutes les UDS disposent d'un cabinet dentaire mais seulement trois (3) d'entre elles sont équipées d'un fauteuil dentaire.

Cinq (5) UDS ne disposent pas de vestiaires. Ainsi, les élèves se déshabillent dans le cabinet du médecin. En outre, deux UDS ne disposent pas de salles d'attente (elles se servent du hall d'entrée), une autre UDS dispose d'une seule salle d'attente et trois autres UDS disposent de deux salles d'attente chacune. Un des médecins a déclaré que son UDS ne dispose pas de blocs sanitaires, deux autres médecins ont attesté que leurs UDS disposent d'un seul bloc sanitaire et deux autres médecins ont affirmé que leurs UDS disposent de deux blocs sanitaires.

#### **4.2.2. Répartition des enquêtés selon leur perception des moyens qui leur sont affectés et de leur conditions de travail**

Concernant la répartition des enquêtés selon leur perception des moyens accordés à la santé scolaire, la majorité des médecins enquêtés (4 médecins) jugent les moyens humains accordés à leurs UDS comme insuffisants. Ainsi, l'un d'entre eux souhaite que son UDS soit renforcée par un deuxième médecin, une secrétaire médicale et 2 paramédicaux. Un autre médecin a déclaré que son UDS doit être renforcée par un deuxième médecin et une autre infirmière. Le troisième médecin a soulevé le besoin de son UDS d'un deuxième médecin, une infirmière, un orthophoniste, un deuxième dentiste et une secrétaire médicale. Enfin, le quatrième médecin a soulevé le besoin de son UDS d'une secrétaire médicale.

Concernant les moyens financiers affectés aux UDS, deux (2) médecins ont considéré le budget alloué à la gestion de leurs UDS comme insuffisant, deux (2) autres médecins l'ont jugé suffisant et deux (2) autres ont déclaré n'avoir aucune idée. Concernant la gestion du budget des UDS, tous les médecins ont attesté qu'ils n'y participent pas. Le budget est géré par le directeur de l'établissement d'implantation de l'UDS. Ainsi, les médecins leurs adressent des bons de commandes de leurs besoins sans participer à sa gestion.

Concernant les moyens matériels affectés aux UDS, trois médecins ont soulevé l'absence d'un fauteuil dentaire dans leurs UDS, deux autres médecins ont soulevé la vétusté du mobilier de leurs UDS et souhaitent qu'elles soient renforcées surtout en chaises et en armoires pour les médecins. Trois médecins ont attesté que leurs UDS ne disposent pas d'un téléphone qui est nécessaire pour contacter les directeurs des établissements scolaires rattachés à leurs UDS afin de programmer les jours des visites médicales systématiques de dépistage. Deux médecins ont souhaité que leurs UDS soient renforcées en équipement informatique et en internet qu'ils jugent nécessaire pour leur formation continue (ils ont déclaré que la formation continue est de leur droit et ainsi ils doivent disposer d'ordinateurs et d'internet). Un des médecins a souhaité que son UDS soit équipé d'un électrocardiogramme.

Vu l'insuffisance des moyens humains et matériels affectés aux UDS, deux médecins ont déclaré que leurs conditions de travail sont mauvaises et deux autres comme très mauvaises (seulement deux médecins ont jugé leurs conditions de travail comme bonne). Ils ont soulevé le manque, voire l'absence de chauffage, d'hygiène (ils souhaitent leur affecter du personnel qui s'occuperait de l'hygiène des UDS) et d'entretien de leurs UDS.

Tous les médecins souhaitent la création d'autres UDS dans la commune car ils prennent en charge des effectifs considérables d'élèves ce qui influe négativement sur la qualité de leurs prestations.

#### **4.2.3. Répartition des enquêtés selon leur perception des tâches qu'ils assurent et de leurs outils de travail**

La majorité des médecins ont été recrutés depuis 1995, un seul médecin uniquement a été recruté en janvier 2011. Quatre (4) médecins ont déclaré avoir reçu une formation en santé scolaire une seule fois depuis leur recrutement en 1995, dans le cadre des séminaires de formation organisés en 1995 à l'intention des médecins de santé scolaire, mais qu'ils jugent insuffisante (ils attestent qu'ils ont appris le métier sur le terrain, une véritable auto-formation). Ainsi, tous les médecins souhaitent avoir des séminaires de formation sur la santé scolaire et sur l'enfance et l'adolescence de manière générale.

Concernant l'ouverture des UDS pendant les vacances scolaires, trois médecins ont déclaré qu'ils assurent le service pendant les vacances, un médecin a déclaré qu'il travaille pendant quelques jours seulement et un autre a déclaré qu'il ne travaille pas du tout pendant les vacances scolaires.

Concernant la liste des affections à dépister en milieu scolaire, seulement deux médecins ont souhaité garder cette liste car selon eux, elle comprend l'ensemble des affections prévalentes en milieu scolaire. Les quatre autres médecins ont jugé que cette liste est limitée et qu'elle ne comprend pas certaines affections qu'ils dépistent chez les élèves telles que les affections dermatologiques.

En ce qui concerne la nouvelle mesure de visiter l'ensemble des élèves du préscolaire à la 3<sup>ème</sup> A.S., trois (3) médecins y adhèrent à condition de renforcer les moyens humains (recruter d'autres médecins ou créer d'autres UDS). Deux (2) autres auraient aimé garder les anciennes classes cibles (1<sup>ère</sup> A.P., 2<sup>ème</sup> A.P., 1<sup>ère</sup> A.M. et 1<sup>ère</sup> A.S.), un autre médecin a proposé les classes cibles suivantes : le préscolaire, 1<sup>ère</sup> A.P., 1<sup>ère</sup> A.M., 1<sup>ère</sup> A.S. et les classes d'examen.

Concernant le temps de consultation de chaque élève, deux médecins ont déclaré qu'ils prennent 5 minutes dans la visite de chaque élève. Selon eux, cette durée de consultation est courte en raison des effectifs considérables d'élèves à prendre en charge, en plus de leurs mauvaises conditions de travail. Trois autres médecins ont déclaré qu'ils prennent 10 minutes dans la consultation de chaque élève. L'un d'entre eux juge cette durée suffisante et les deux autres la juge insuffisante et ils arguent par leurs mauvaises conditions de travail et l'effectif considérable d'élèves qu'ils prennent en charge. Le sixième médecin prend 15 minutes dans la consultation de chaque élève. Pour lui cette durée est très courte pour les mêmes raisons avancées par les autres médecins, en plus de la consultation des élèves internes et du personnel de l'établissement d'implantation de l'UDS (il a déclaré que le directeur de cet établissement considère que l'UDS appartient à son établissement et il oublie que l'UDS doit prendre en charge d'autres établissements qui lui sont rattachés).

En ce qui concerne la disposition des élèves d'un dossier médical scolaire, un seul médecin a déclaré que tous les élèves qu'il consulte ont un dossier médical scolaire et que ce dernier est

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

transféré d'un palier à un autre lorsque les élèves changent de palier. Les cinq (5) autres médecins ont déclaré qu'il y a des élèves qui ne disposent pas d'un dossier médical scolaire et que ce dernier n'est pas toujours transféré lorsque l'élève change de palier.

Concernant les interrogatoires des parents et des enseignants pour les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F., trois (3) médecins ont déclaré que ces derniers leurs sont remis pour tous les élèves. Ils ont déclaré ne pas accepter les élèves dont les interrogatoires ne leurs sont pas remis, car les élèves de la 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F sont petits et ils ne savent généralement pas de quoi ils souffrent, ainsi ce sont les parents et les enseignants qui connaissent le mieux leur état de santé, d'où la nécessité de remettre les interrogatoires le jour de la visite médicale systématique de dépistage. Deux (2) autres médecins ont déclaré que les interrogatoires ne leurs sont pas remis pour tous les élèves et un autre médecin atteste que ces derniers ne sont remis que pour la moitié des élèves.

En ce qui concerne le retour des fiches de liaison aux MSS après les consultations des spécialistes, un seul médecin a déclaré que ces dernières lui sont retournées à 100%. Deux (2) autres médecins ont déclaré que plus de 50% des fiches leurs sont retournées, et les deux derniers médecins ont déclaré que moins de 50% des fiches le sont. Les principales raisons avancées par les médecins concernant le non retour des fiches de liaison sont : la perte de la fiche par les parents après la consultation du spécialiste, la non prise en compte de la fiche par le médecin spécialiste (certains spécialistes ne remplissent pas les fiches pour ne pas perdre leur temps), la non prise en charge de l'enfant, soit parce que les parents n'ont pas les moyens de payer les consultations du spécialiste et les rendez vous pour certaines spécialités au niveau des structures publiques de santé sont très éloignés (surtout que des demi journées ne sont pas réservées aux élèves au niveau des structures publiques de santé tel que prévu par la circulaire interministérielle n°05 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination) et lorsque la date du rendez vous arrive, les parents oublient ou n'ont pas le temps de se présenter et ceux qui se présentent font parfois face au manque de produits (surtout pour la chirurgie dentaire et l'ophtalmologie) ou à l'absence du médecin spécialiste, soit parce que les parents sont débordés par leurs propres problèmes de précarité ou bien surchargés par leurs préoccupations professionnelles. Ce manque de continuité de l'activité des médecins de santé scolaire leur donne une sensation de travail inachevé, inutile (un des médecins a avancé : « on travaille, on se dépense, au moment des contrôles il n'y a pas de suivi. A quoi ça sert de faire du dépistage si les problèmes dépistés ne sont pas pris en charge ! »).

### **4.2.4. Répartition des enquêtés selon leurs relations de coordination avec les différents acteurs de la santé scolaire**

A partir de l'année 2008, après le changement de la carte sanitaire par le décret exécutif n° 07/140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, les comités de

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

coordination de la commune, du secteur sanitaire et de la wilaya ont été dissolus car les textes antérieurs concernaient les secteurs sanitaires.

Chaque début d'année, le médecin coordinateur de santé scolaire se réunit avec les médecins de santé scolaire pour arrêter le programme d'action de l'année, fixer les priorités et discuter des problèmes et contraintes rencontrés sur le terrain. En outre, ces derniers se réunissent trimestriellement pour évaluer les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés et élaborer un plan d'action pour lever les contraintes rencontrées. La moitié des médecins ont déclaré avoir de très bonnes relations avec le médecin coordinateur de santé scolaire et le reste atteste avoir de bonnes relations avec ce dernier.

En ce qui concerne la relation des MSS avec les directeurs des établissements scolaires rattachés à leurs UDS, la moitié des médecins enquêtés sont satisfaits de leurs relations avec ces derniers (un médecin a déclaré qu'il entretient de très bonnes relations avec eux et deux autres médecins y entretiennent de bonnes relations). En revanche, un des médecins a déclaré avoir de mauvaises relations avec plus de la moitié des directeurs et deux autres médecins avec presque 40% de ces derniers. Ces médecins attestent que certains directeurs ne collaborent pas avec eux concernant la programmation des visites médicales systématiques de dépistage. Ils ajoutent que ces derniers les perçoivent comme des éléments perturbateurs de leurs établissements (pour eux l'enseignement passe avant la visite médicale). En outre, Deux médecins ont relevé que le directeur de l'établissement d'implantation de l'UDS abuse dans l'utilisation de l'UDS en faisant passer le personnel et les élèves de l'établissement à tout moment ce qui les surcharge (un des deux médecins nous a rapporté que le directeur de l'établissement considère la santé scolaire comme une médecine de travail, que l'UDS appartient à son établissement. Il a déclaré que le personnel de l'établissement ramène même les membres de leurs familles à l'UDS, et quand il refuse de les recevoir, ces derniers coupent tout contact avec lui).

Concernant leurs relations avec les enseignants, les médecins sont satisfaits des relations et de l'apport du corps enseignant à la santé scolaire, sachant que quatre (4) médecins ont déclaré qu'ils entretiennent de bonnes relations et deux autres médecins de très bonnes relations avec eux. Les médecins ont déclaré que l'enseignant est un interlocuteur privilégié après les parents sur la santé et le comportement de l'élève. Toutefois, les relations des MSS avec les enseignants sont plus étroites au niveau des écoles primaires que dans les lycées et CEM. Les enseignants du primaire sont plus disponibles, en plus de ça ils sont obligés par la loi d'accompagner les élèves à l'UDS et de remplir le questionnaire concernant la santé de leurs élèves (pour les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> A.F.).

La relation des MSS avec les parents des élèves ne concerne le plus souvent que ceux dont les enfants posent un problème de santé. Après la visite médicale, le médecin de santé scolaire remet une fiche de liaison aux enfants présentant un problème de santé à régler en milieu spécialisé. Lorsque l'enfant ne ramène pas de réponse ou qu'il n'a pas consulté, le MSS

convoque les parents pour demander les raisons de cette défaillance. Deux médecins ont déclaré avoir de très bonnes relations avec les parents des élèves et deux autres médecins ont de bonnes relations avec ces derniers. Un seul médecin juge sa relation avec certains parents d'élèves comme moyenne et un autre comme très mauvaise.

#### **4.2.5. Répartition des enquêtés selon leur perception de l'éducation à la santé**

Tous les médecins enquêtés reconnaissent l'importance de l'éducation à la santé, toutefois, en raison des effectifs considérables d'élèves qu'ils prennent en charge, l'éducation à la santé est reléguée au deuxième plan. Ainsi, quatre médecins ont déclaré qu'ils font rarement de l'éducation à la santé lors des visites systématiques de dépistage (surtout en ce qui concerne l'hygiène) et deux autres médecins ont déclaré qu'ils ne font pas de l'éducation à la santé lors des visites de dépistage, mais lorsqu'ils sont sollicités pour intervenir auprès des établissements organisant des campagnes d'éducation à la santé, ils y participent. Le choix des thèmes est orienté en fonction de l'âge des élèves. Ainsi, avec les élèves du primaire, les médecins abordent généralement l'hygiène, l'éducation nutritionnelle et la prévention des accidents. Avec ceux du CEM et du lycée, les médecins abordent des thèmes sur la toxicomanie, la santé reproductive et sexuelle (SIDA, Infections sexuellement transmissibles (IST), etc.).

Concernant la disponibilité des supports d'éducation à la santé, tous les médecins ont déclaré qu'ils n'en disposent pas. Ils se servent de quelques dépliants qu'ils jugent très insuffisants. De plus, les médecins n'ont reçu aucune formation en éducation à la santé (tous les médecins souhaitent recevoir une formation en la matière).

#### **Conclusion**

L'analyse des résultats de l'enquête que nous avons réalisée auprès des directeurs des établissements scolaires nous a permis de conclure que 35 % des directeurs enquêtés ont une conception négative de la santé scolaire. Ces derniers réduisent la santé scolaire aux visites médicales systématiques de dépistage et la vaccination car en dehors des problèmes de santé bucco-dentaire et des problèmes psychologiques, la santé scolaire n'assume pas une prise en charge en aval des affections dépistées.

De même, les médecins de santé scolaire ont soulevé le problème de la prise en charge en aval des élèves présentant des problèmes nécessitant un suivi en milieu spécialisé. Ces derniers sont orientés vers les structures publiques de santé où ils doivent faire face aux rendez vous éloignés et au manque de produits pour les soins ou les explorations.

Les enfants scolarisés sont confrontés aux problèmes communs aux secteurs de la santé tant que des demi-journées ne leur sont pas réservées au niveau des structures publiques de santé. De ce fait, en dehors des problèmes de santé bucco-dentaire et des problèmes psychologiques

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

pour lesquels des spécialistes sont disponibles au niveau des UDS, le travail fait par le médecin de santé scolaire n'a pas de continuité pour une grande partie d'élèves (en particulier les élèves issus de familles démunies qui n'ont pas les moyens de consulter chez le privé).

La santé scolaire est dépourvue de moyens, sachant que 58,1% des directeurs enquêtés attestent que les moyens sont insuffisants et 7% des directeurs les jugent comme très insuffisants.

Concernant les locaux des UDS, la majorité des UDS de la commune de Béjaïa ne répondent pas à toutes les normes de la circulaire interministérielle n° 144 du 24 mars 1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une unité de dépistage et de suivi de santé scolaire : deux UDS ne disposent pas d'une salle d'optométrie, le nombre de psychologues ne correspond pas au nombre de salles dans 4 UDS, 3 UDS sont dépourvues d'un fauteuil dentaire, 5 UDS ne disposent pas de vestiaires, 2 UDS ne disposent pas d'une salle paramédicale, 2 UDS ne disposent pas d'une salle d'attente et une autre dispose d'une seule salle au lieu de deux, une UDS ne dispose pas de blocs sanitaires, 3 UDS ne disposent pas de chauffage ni d'une ligne téléphonique, 5 UDS ne disposent pas d'outil informatique. Ainsi, la majorité des médecins ont déclaré qu'ils travaillent dans de mauvaises conditions.

La majorité des médecins jugent les moyens humains accordés à leurs UDS comme insuffisants. Ils souhaitent ainsi la création d'autres UDS ou l'affectation d'autres personnels à leur UDS, car ils prennent en charge des effectifs considérables d'élèves ce qui influe négativement sur la qualité de leurs prestations (la majorité des médecins attestent que la durée de consultation des élèves est très courte).

De même, la totalité des directeurs des lycées enquêtés, 90,9 % des directeurs de CEM et 30,8 % des directeurs d'écoles primaires jugent qu'il est urgent de créer de nouvelles UDS dans la commune.

En matière de coordination, les MSS attestent de l'apport considérable du corps enseignant à la santé scolaire, le manque de collaboration de certains directeurs d'établissements scolaires et le peu de contact avec les parents des élèves. En outre, les comités de coordination de la commune, du secteur sanitaire et de la wilaya ont été dissolus après le changement de la carte sanitaire par le décret exécutif n° 07/140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité. De plus, 82% des établissements scolaires de la commune ne disposent pas d'un conseil de santé de l'école.

En dépit de son importance, l'éducation à la santé reste le parent pauvre de la santé scolaire. Les médecins n'ont reçu aucune formation en la matière et ne disposent pas de supports de travail. Du fait des effectifs considérables d'élèves à prendre en charge, l'éducation à la santé

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

est reléguée au deuxième plan. En outre, dans les écoles, l'éducation à la santé n'est faite qu'à l'occasion de la commémoration des événements ayant trait à la santé.

Plus de la moitié des directeurs enquêtés sont satisfaits de l'état d'hygiène dans leurs établissements. La majorité (92,3%) des directeurs ayant jugé la qualité d'hygiène dans leurs établissements comme moyenne ou mauvaise sont des directeurs d'écoles primaires en raison du manque de moyens humains et de nettoyage affectés aux écoles primaires par la commune.

## **CONCLUSION GENERALE**

L'école, dans l'accomplissement de sa mission éducative, mais aussi comme milieu de vie le plus important après la famille, exerce une grande influence sur la santé et le développement de l'enfant. Aucune autre institution n'accueille une partie aussi importante de la population, de façon quotidienne et pendant une aussi longue période de sa vie.

Le regroupement des élèves à l'école, s'il favorise la diffusion de certaines maladies, facilite également l'action préventive et l'éducation pour la santé. Les jeunes y représentent une population captive facile à informer dans le cadre des programmes d'enseignement. L'école constitue également un endroit idéal pour le dépistage précoce et la prévention. À ce titre, elle constitue un lieu privilégié pour mener des actions de promotion de la santé s'adressant à toute une classe d'âge.

La protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire est l'élément fondamental de la promotion de la santé de la population dans son ensemble. En Algérie, la santé scolaire telle qu'elle est conçue aujourd'hui et les activités médicales, techniques et éducatives qui y concourent a connu plusieurs étapes qui ont contribué chacune, un peu plus, à son processus de maturation pour arriver à un consensus autour de son objectif, à savoir : « fournir à l'enfant et à l'adolescent un ensemble de prestations sur les plans préventif, curatif et éducatif afin de leur assurer un développement harmonieux physique, mental, intellectuel et social ».

Ce n'est qu'après le séminaire d'avril 1991 tenu à Sidi Fredj que les objectifs spécifiques de la médecine scolaire, terme encore usité à l'époque, ont été définis et ont préparé le passage de la notion d'hygiène puis de médecine scolaire à celle plus pertinente de santé scolaire.

Les travaux ultérieurs du comité médical technique de santé scolaire et universitaire, s'appuyant sur les conclusions et recommandations du séminaire de Sidi Fredj ont permis de mettre au point le plan de réorganisation de la santé scolaire qui a été mis en œuvre à partir de la rentrée scolaire 1994-1995 dans le cadre d'une approche intersectorielle fondée sur les problèmes de santé prévalents en milieu scolaire.

Le plan de réorganisation de la santé scolaire mis en place suite à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 a donné lieu à une réorganisation et une intensification des activités de santé scolaire. Il a permis la mobilisation des moyens humains et matériels nécessaires à la prise en charge des besoins de santé du milieu scolaire par la création de structures spécifiques pour la santé scolaire dénommées « unités de dépistage et de suivi (UDS) ».

Ainsi, la visite médicale systématique de dépistage se déroule dans des conditions meilleures avec la création de 769 UDS en 1996. Le nombre d'UDS est passé à 1709 en 2011. De même, l'effectif des médecins, chirurgiens dentistes, psychologues et auxiliaires médicaux a connu

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

un accroissement considérable : passant d'un médecin pour 4180 élèves en 2001 à un médecin pour 3639 élèves en 2011, d'un chirurgien dentiste pour 6920 élèves en 2001 à un chirurgien dentiste pour 4106 élèves en 2011, d'un psychologue pour 38906 élèves en 2001 à un psychologue pour 8797 élèves en 2011 et d'une infirmière pour 3791 élèves en 2001 à une infirmière pour 2989 élèves en 2011.

Des progrès considérables ont été enregistrés en matière de la couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistage (le taux de couverture des élèves est passé de 45,19 % en 1996 à 88,40 % en 2011), de la couverture vaccinale des élèves (le taux de couverture vaccinale est passé de 79% en 1998 à 96,01% en 2011 pour les 1<sup>ères</sup> A.F., de 80% à 88,53% pour les 1<sup>ères</sup> A.M. et de 78% à 89% pour les 1<sup>ères</sup> A.S. durant la même période) et des contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires (en 1997, 78,81% des établissements scolaires ont été contrôlés sur le plan d'hygiène contre 93,58% des établissements en 2011).

Malgré ces acquis indéniables, il n'en demeure pas moins que la situation sanitaire en milieu scolaire ne s'améliore que sensiblement. La morbidité générale par enfant est passée de 14,78% en 1996 à 14,02% en 2011. En effet, certaines affections continuent toujours à prédominer en milieu scolaire telles que la baisse de l'acuité visuelle (4,03% des élèves examinés en 2011), les difficultés scolaires (2,16%), l'énurésie (1,43%) et les souffles cardiaques (0.86%). En outre, la prise en charge spécialisée des affections dépistées reste insuffisante. Seulement 36,63% des élèves orientés par la santé scolaire ont été pris en charge en 2011.

Les résultats de l'enquête menée au niveau de la commune de Béjaïa ont permis de déterminer les attitudes des directeurs des établissements scolaires vis-à-vis de la santé scolaire, d'évaluer la coordination et l'apport des différents acteurs de la santé scolaire, ainsi que les moyens, les conditions de travail des médecins et les difficultés et contraintes rencontrées sur le terrain. Les résultats de l'enquête font ressortir ce qui suit :

- Insuffisance des moyens humains et matériels affectés à la santé scolaire : la majorité des médecins et 58,1% des directeurs enquêtés attestent que les moyens affectés à la santé scolaire sont insuffisants et 7% d'entre eux les jugent comme très insuffisants. Ainsi, la majorité des médecins et des directeurs enquêtés souhaitent la création de nouvelles UDS dans la commune.
- Insuffisance des budgets alloués à la gestion des UDS et la non participation des médecins à sa gestion.
- La majorité des UDS de la commune de Béjaïa ne répondent pas à toutes les normes de la circulaire interministérielle n° 144 du 24 mars 1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une unité de dépistage et de suivi de santé scolaire. Ainsi,

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

la majorité des médecins enquêtés ont déclaré qu'ils travaillent dans de mauvaises conditions.

- Surcharge des MSS ce qui influe négativement sur la qualité des visites médicales. La majorité des médecins jugent le temps qu'ils accordent à la consultation de chaque élève comme insuffisant en raison des effectifs considérables d'élèves qu'ils prennent en charge.
- Absence de formation continue pour les MSS.
- Insuffisance de la prise en charge spécialisée des affections dépistées en milieu scolaire : le travail et l'énergie des MSS s'arrêtent souvent aux portes des écoles en raison des rendez vous éloignés et du manque de produits au niveau des structures publiques de santé (les structures publiques de santé drainent aussi bien la population générale de la commune que les enfants scolarisés) et le manque de moyens chez une grande partie des parents pour aller en consultation privée. L'enfant scolarisé n'est donc pas totalement pris en charge par les services de santé scolaire, d'où la perception négative d'un nombre important de directeurs (35% des directeurs enquêtés) concernant la santé scolaire (pour ces derniers la santé scolaire se réduit aux visites médicales systématiques de dépistage et la vaccination des élèves).
- Manque de coordination entre les différents acteurs de la santé scolaire : les MSS ont soulevé le peu de contact avec les parents des élèves et le manque de collaboration de certains directeurs d'établissements scolaires. Seuls les enseignants collaborent avec les médecins.
- Absence des comités de coordination de la commune, de l'EPSP et de la wilaya et 82% des établissements scolaires de la commune ne disposent pas d'un conseil de santé de l'école.
- En dépit de son importance, l'éducation à la santé reste le parent pauvre de la santé scolaire. Les médecins n'ont reçu aucune formation en la matière et ne disposent pas de supports de travail. Ils ne font de l'éducation à la santé aux élèves que rarement en raison des effectifs d'élèves qu'ils prennent en charge. Quelques manifestations sont parfois organisées sur le sida, la toxicomanie mais elles ne sont pas généralisées à toutes les écoles. De plus, 42% des établissements scolaires ne disposent pas d'un club santé.
- Les problèmes liés à l'environnement des écoles primaires ne sont pas pris en charge par la commune.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Pour améliorer la prise en charge de la santé de l'enfant en milieu scolaire, il est nécessaire de mettre en place quelques actions, à savoir :

*1. En ce qui concerne les moyens affectés à la santé scolaire :*

- La réhabilitation et l'équipement des UDS existantes et la création de nouvelles UDS.
- Doter les UDS d'un budget adéquat et faire participer le médecin de santé scolaire à sa gestion.
- Renforcement des UDS en moyens humains par le recrutement de médecins généralistes, chirurgiens dentistes, psychologues, agents paramédicaux et secrétaires médicales de sorte à aérer les activités des praticiens de santé scolaire (diminuer l'effectif d'élèves par médecin pour atteindre la norme de 1 médecin pour 4000 élèves).
- Formation continue des personnels de la santé scolaire.
- L'acquisition de fauteuils dentaires.
- Veiller à la disponibilité du matériel et consommables nécessaires à la pratique dentaire.

*2. En matière de prise en charge spécialisée :*

- Création d'une cellule de soutien sociale au niveau de l'UDS qui aura pour mission : aide et assistance à l'enfant dans le cadre sanitaire et médical (prendre des rendez vous chez les médecins spécialistes ou au niveau des structures publiques, distribution de médicaments,...prise en charge des cas particuliers (handicapés, enfants démunis, difficultés scolaires).
- Carte de soins gratuits au profit des élèves (convention avec la caisse de sécurité sociale). Cette carte servira également pour le retrait de médicaments auprès des officines pharmaceutiques conventionnées.
- Création d'une UDS de référence au niveau de chaque EPSP ou à défaut une UDS de référence par wilaya en y intégrant les différentes spécialités avec des journées de consultation spécifiques pour chaque discipline s'organisant sur la base d'une contribution des spécialistes du CHU et/ou en établissant des conventions avec les spécialistes du secteur privé si nécessaire.
- Maintenir le fonctionnement des UDS durant les vacances scolaires

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Formation initiale et continue des personnels des établissements afin d'améliorer la prise en charge initiale des urgences nécessitant une intervention rapide. Ainsi, il est indispensable de donner aux enseignants lors de leur formation initiale les bases concernant la santé. En formation continue, des séminaires concernant les maladies les plus fréquemment rencontrées à l'école et la gestion des urgences pourraient être dispensés par les médecins de santé scolaire annuellement ou tous les 2 ans.

*3. Accorder une place privilégiée à l'éducation à la santé en :*

- Dynamisant les campagnes d'éducation sanitaire et de communication sociale,
- Renforçant les moyens didactiques des équipes de santé scolaire,
- Suscitant la création de clubs de santé dans les établissements scolaires qui y sont dépourvus et redynamisation de ceux existants.
- Impliquant les enseignants, le mouvement associatif, le ministère de la jeunesse et des sports, les pompiers, la police, etc.

*4. En matière de coordination intersectorielle :*

- Relancer les comités de coordination de la wilaya, de l'EPSP et de la commune et remplacer le conseil de santé de l'école par un conseil de santé de l'UDS prenant en charge plusieurs écoles afin de décharger les MSS de l'obligation d'être membre dans de nombreux conseils de santé des écoles.
- L'implication effective des secteurs de la santé, de l'éducation et des collectivités locales ainsi que les associations des parents d'élèves dans les missions qui leur sont dévolues.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1. Ouvrages**

- Amado G., Giust D.F. : L'école lieu de socialisation, Ed. Eska, 1999.
- Berthet E. : Information et éducation sanitaires, Ed. PUF, 1983.
- Berthon B.S. : Apprendre la santé à l'école, Ed. ESF, 1997.
- Bourdon R. : Ecole et société : les paradoxes de la démocratie, Ed. PUF, 2001.
- Bruchon-Schweitzer : Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes, Ed. Dunod, Paris, 2002.
- Casaban M., Duffour J., Fabbro-Peray P. : Santé publique, Ed. Masson, 2005.
- Hamel M., Blanchet L. et Martin C. : 6-12-17. Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien être des enfants d'âge scolaire, Ed. Les publications du Québec, 2001.
- Leoir Y., Xypas C., Jamet C. : Ecole et citoyenneté : un déficit multiculturel, Ed. Armand Colin, 2006.
- Pirard A-M : Promotion de la santé à l'école, Ed. Labor, 2003
- Pommier J., Jourdan D. : la santé à l'école dans les pays européens, Ed. Sudel, Paris, novembre 2007.
- Queiroz J.M., De Singly F. : L'école et ses sociologies, Ed. Nathan, 1995.
- Roger E. : L'école est-elle rentable, Ed. PUF, 2002.

### **2. Articles et communication**

- Adjeb T.Z., Benhabyles B., Harrat B., Semmar H., Souami H. : prévalence et prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire à travers les rapports d'hygiène scolaire : analyse critique, In Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 avril 1991.

- Aghion P., Cohen E. : Education et croissance, La Documentation française, Paris, 2004.
- Ali-L'hadj L. : Quelques repères du développement psychologique de l'enfant, In Education pour la santé en milieu scolaire, ministère de la santé et de la population et ministère de l'éducation nationale avec la collaboration du bureau de liaison de l'OMS en Algérie, 1999.
- Barka M.Z. : Démographie, dépense d'éducation et de santé. In les cahiers du CREAD n° 27/28, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1991.
- Barthel B., Cariou C., Lebas-Saison E. et Momas I. : Prévalence de l'obésité chez l'enfant : étude dans les écoles primaires publiques parisiennes, Revue Santé publique 2001/1, N° 13, p. 7-15.
- Baudier F. et Pallais-Baudier P. : Santé mentale des jeunes : perception et prise en charge par les adultes des établissements scolaires. Santé publique 2005/3, N° 53, p. 429-442.
- Beillerot J. et Collette S. : Les politiques d'éducation et de formation (1989-2002). Première partie, Carrefours de l'éducation 2003/1, n° 15, P.160-202.
- Ben Ayed C. : La mixité sociale dans l'espace scolaire : une non-politique publique, Revue Actes de la recherche en sciences sociales, 2009/5, n°180.
- Benhabylès N. : L'éviction scolaire : La prévention des maladies transmissibles en milieu scolaire. In revue : L'enfant et l'école n°1/99, éditée par l'INSP, volume 1.
- Berger D., Nekaa M., Courty P.: Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé, Revue Santé publique 2009, Volume 21, n°6, p.641-657 .
- Buisson-Fenet H. : L'éducation scolaire au prisme de la science politique : vers une sociologie politique comparé de l'action publique éducative ?, Revue internationale de politique comparée 2007/3, Volume 14, p. 385-397.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Brauner R. : Diagnostic d'une anomalie de la croissance post-natale. In : Gamarra E., Brauner R. et Lenclen R. : Croissance : Régulation et évaluation de sa qualité, 8<sup>ème</sup> séminaire Guigoz. G.E.N.E.U.P, Deauville, 27-28 Septembre, 1993
- Danzon A., Quéliier C., Maitrot C. et Carvalho J. : Santé à l'école primaire et partenariat médecin de l'éducation nationale-enseignant. Revue Santé Publique, volume 10, n°3, 1998.
- Defebvre M.-M., Leuridan N., Miquel P.-H., Vandaele M.-P. et Pavageau M. : Bilan préalable au Schéma Régional d'Éducation pour la santé en Nord/Pas-de-Calais : constat et attentes, Revue Santé publique 2005/1, N° 51, p. 13-24.
- Dinh Cong D., Thi Xuan Hanh V., Thu Huong H. et Deschamps J.-P.: Les représentations de la santé chez les lycéens à Hô Chi Minh-Ville (Vietnam) : comparaison avec d'autres pays, Revue Santé publique 2001/2, N° 13, p. 125-136.
- Frikha Jarraya M., Ben Abdelaziz A., Ghedira A. et Ghannem H. : Attentes des adolescents scolarisés à l'égard des services de santé scolaire (Sfax, Tunisie), Revue Santé publique 2004/3, N° 43, p. 447-458.
- Gottlieb B.H. : Promouvoir le développement optimal des jeunes du Canada, In forum national sur la santé, les déterminants de la santé : les enfants et les adolescents, Sainte-Foy, Ed. Multi mondes, 1998
- Green J., Tones K., Manderscheid J.-C. : « Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école », In revue Française de Pédagogie, n° 114, janvier-février-mars 1995
- Guerrier-Sagnes F., Fortin M. et Beynel-Mélinand F.: Planification et suivi de l'activité d'un service de santé scolaire à partir d'indicateurs sanitaires et sociaux : l'expérience de Villeurbanne, Revue Santé publique 2006/1, N° 18, p.141-150.
- Guerrier-Sagnes F., Meister A., Deparis M. et Gayraud P. : Service municipal de santé scolaire et promotion de la santé à Villeurbanne. In revue Santé publique 2005/3, volume 17, N° 53, p. 475-484.
- Guignon N., Fonteneau L. : La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats, Direction de

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. In revue, études et résultats N° 573, mai 2007.

- Jeanneret O. : Santé à l'école ou Écoles en santé ?, Revue Santé publique 2003/2, N°15, p. 167-180.
- Jourdan D. : Éducation à la santé à l'école : le temps de l'action, Revue Santé Publique 2005/4, N°17, p. 649-652.
- Jourdan D, Berger D. : « De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé », In La Santé de l'homme, 2005
- Jourdan D., Piec I., Aublet-Cuvelier B., Berger D., Lejeune M., Laquet-Riffaud A., Geneix C. et Glanddier P. : Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire, Revue Santé publique 2002/4, N°14, p. 403-423.
- Lamour P. et Brixi O. : « éducation pour la santé entre conceptions dominantes et nouvelles approches », In traité de santé publique, Ed. Flammarion SA, 2007.
- Lhoste Y. : L'éducation à la santé à l'école : quels problèmes en formation des enseignants ?, In actes du 2<sup>ème</sup> colloque national du réseau des IUFM pour la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives 2008, Editions universitaires du sud, septembre 2010, p.406.
- Mabilon-Bonfils B. : Méconnaissance du politique, sciences sociales et représentations sociales : le cas des violences scolaires, Déviance et Société 2007/2, Volume 31, p. 173-197.
- Marguerat Y. : Les stratégies scolaires au Togo à l'époque du mandat français. Le cours complémentaire de Lomé et la formation des élites modernes, Cahiers d'études africaines 2003/1-2, 169-170, p. 389-408.
- Merioua A., Pairet L. : Hygiène de vie en lycée professionnel, Revue Santé publique 2010, Volume 22, N°1, p.51-61.
- Ould-Metidji T. : Santé scolaire dans le monde : évolution et résultats, In actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 Avril 1991

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Robin S. et Chabaud F. : Repérage des élèves en difficulté en milieu scolaire. Évaluation comparative des pratiques professionnelles de deux systèmes d'accueil et d'orientation, Revue Santé publique 2006/2, N° 18, p. 311-321.
- Rochigneux J.-C., Berger D., Courty P. et Jourdan D. : Éducation à la sexualité en SEGPA : analyse des représentations et des pratiques des équipes pédagogiques, Carrefours de l'éducation 2007/2, n° 24, p. 73-87.
- San Marco J.L. et Lamoureux P. : « Prévention et promotion de la santé », In traité de santé publique, Ed. Flammarion SA, 2007
- Semid A. : évolution de la couverture de la santé de l'enfant en milieu scolaire en Algérie, In Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 avril 1991
- Semid A. : Evolution de la santé scolaire de 1995 à 2001, In actes et conclusions des assises nationales de la santé scolaire, Safir Hôtel Mazafran-Zéralda, les 9 et 10 juillet 2002
- Semid A. et Belarouci L.: Santé scolaire en Algérie : Etat et perspectives. In revue : L'enfant et l'école n°1/99, éditée par l'INSP, volume 1. Evolution de la protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire en Algérie.
- Thébaud V., Lietard C. et Ktaiche D. : Couverture vaccinale des enfants de CM2 (10-11 ans) du Finistère, France, en 2004. Comparaison avec les résultats nationaux, Revue Santé publique 2009/1, Volume 21, p. 55-64.
- Tricoire M., Pommier J., Deschamps J.-P. : La santé scolaire en France : évolution et perspectives, In revue Santé publique, volume 10, n° 3, 1998.
- Turcotte S., Gaudreau L. et Otis J. : Démarche de modélisation de l'intervention en éducation à la santé incluse en éducation physique, Staps 2007/3, N° 77, p. 63-78.
- Tursz A., Romano M.C. : La santé des enfants, la santé scolaire : Une réponse et un dispositif appropriés? actualité et dossier en santé publique n° 21, décembre 1997.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Veugelers P. J., Schwartz M. E.: Approche globale de la santé en milieu scolaire au Canada, Revue canadienne de santé publique, volume 101, supplément 2, juillet/ août 2010.
- Viguié M., Fayard M., Micheletti P. et Boussuges S. : Prévalence de l'obésité chez les enfants scolarisés en école primaire à Grenoble, Revue Santé publique 2002/4, N° 14, p. 361-370.
- Vince-Whitman C., Aldinger C., Levinger B. et Birdthistle I.: Santé et nutrition en milieu scolaire, Forum mondial sur l'éducation, Dakar, Sénégal 26 - 28 avril 2000.

### **3. Mémoires et thèses**

- Ali Moussa D. : Contribution de l'éducation à la croissance économique : Une analyse de l'allocation des ressources publiques dans le système éducatif du Mali, thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Louis Pasteur de Strasbourg, 23 Novembre 2007.
- Benhassain Z. : Evaluation du programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire au niveau du secteur sanitaire de Baraki après trois années de mise en application, mémoire de l'école nationale de santé publique, juin 2005.
- Bekioua F. : Education et croissance économique en Algérie : Une analyse en termes de causalité à l'aide des modalités VAR, mémoire d'Ingénieur d'Etat en Planification et Statistique, Institut National de la Planification et de la Statistique, 2006.
- Chikhi S. : La santé scolaire (secteur sanitaire de Birtraria), thèse de doctorat en sciences médicales, Université d'Alger, 2003.
- Fayard Grelier E. : « L'éducation à la santé dans les collèges français : pratiques et représentations des professeurs », Mémoire de Master 1 à distance, Université de Rouen, juin 2010.
- Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention algérien : Déterminisme et problématique, thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Montesquieu-Bordeaux, France, 1998.
- Hebbache R. : La santé bucco-dentaire en milieu scolaire, mémoire de l'école nationale de santé publique, juin 2005.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Kaïd Tlilane N. : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Béjaïa. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger, 2003.
- Lachkhab S. : Evaluation du programme national de santé scolaire au niveau de la wilaya de Khenchela, mémoire de l'école nationale de santé publique, juin 2005.
- Ladj M. : La santé bucco-dentaire en milieu scolaire, mémoire de l'école nationale de santé publique, juin 2005.
- Mammeri H. : Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire en milieu scolaire du secteur sanitaire de Souk Ahras entre 2001-2004, mémoire de l'école nationale de santé publique, juin 2005.
- Nedjahi A. : L'impact de l'intersectoriellité en santé scolaire : évaluation pratique du programme de santé scolaire dans la wilaya de Batna, mémoire de l'école nationale de santé publique, juin 2005.
- Pharm-Daubin N.-C. : Les enjeux éthiques de l'éducation à la santé en milieu scolaire, mémoire de l'école nationale de santé publique, 2005.
- Rognon E. : Entre éducation et médiation : le rôle des infirmières scolaires dans la prévention de la violence, DEA d'éthique médicale et biologique, Université René Descartes (Paris V), 2001.

#### **4. Rapports, séminaires et documents divers**

- Adjeb T.Z., Draifi M. : la santé scolaire en Algérie de 1997 à 2008, direction de la prévention, MSPRH.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien être des jeunes, 2005.
- Banque Mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité. In revue des dépenses publiques, Volume I, Rapport N° 36270 – DZ, 15 août 2007.
- Baeumler J.P. : L'Ecole citoyenne, le rôle du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté, Rapport présenté à Monsieur le Premier Ministre,

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Janvier 2002.

- Diawara A. : Analyse documentaire sur la santé scolaire au Mali, ministère de la santé, octobre 2000.
- Direction de la Santé et de la Population de la wilaya de Jijel : Santé et population de Jijel, Bulletin semestriel de formation et d'informations sanitaires, Volume 1, Numéro 2, Décembre 2007.
- Draifi M. : la santé scolaire de 2000 à 2011, Chargé du programme nationale de santé scolaire, direction de la prévention MSPRH, sous direction de la prévention en milieux éducatifs.
- El Hajj I. : La santé en milieu d'enseignement scolaire, universitaire et technique : état des lieux au Liban, ministère de la santé publique
- Etudes thématiques : santé et nutrition en milieu scolaire, In forum mondial sur l'éducation, l'éducation pour tous -bilan à l'an 2000, Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000.
- Inspection Générale de la ville de Paris et l'Inspection des Affaires Sociales : mission d'étude relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile, département de Paris, Juillet 2001.
- Inspection Générale des Affaires Sociales : La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents, Rapport n° 2003 024, Février 2003.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) : comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire, Janvier 2008.  
In [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- INPES : Éducation à la santé en milieu scolaire : Choisir, élaborer et développer un projet, Octobre 2006. In [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- INPES : La santé des élèves de 11 à 15 ans en France, données françaises de l'enquête internationale, Septembre 2008, In [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- INPES : Guide des vaccinations, 2008, [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale : Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver, 2009.
- Institut national de santé publique du Québec : recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, janvier 2011.
- Loizon D., Dedieu L., Stallaerts-Simonot M. : Education à la santé à l'école : Enjeux et dispositifs à l'école, Actes du 2<sup>ème</sup> colloque national 2008, Editions Universitaires du Sud, septembre 2010.
- Mahjoub-Zarrouk A. : La santé scolaire et universitaire en Tunisie, ministère de la santé publique, Tunis
- Ministère de l'Education Français : L'hygiène et la santé dans les écoles primaires, Janvier 2009. In [www.eduscol.education.fr/sante](http://www.eduscol.education.fr/sante).
- Ministère de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche et le Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité : Évaluation du dispositif d'éducation à la santé et au collège, Janvier 2004.
- Ministère de la santé et de la population (MSP) : bilan annuel des activités de santé scolaire, année scolaire 1997-1998.
- MSP : Guide à l'usage des personnels chargés de la protection sanitaire en milieu éducatif, 1989.
- MSP avec la collaboration du bureau de liaison de l'OMS en Algérie : Cours de santé scolaire : Manuel de base, Ed journal algérien de médecine.
- MSP, direction des actions sanitaires spécifiques, sous direction de la santé en milieux éducatifs : la santé scolaire de 1995 à 2000.
- MSP et Ministère de l'Education : Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj le 20-21-22 avril 1991, p103.
- MSP et Ministère de l'Education avec la collaboration du bureau de liaison de l'OMS en Algérie : Education pour la santé en milieu scolaire, mars 1999.
- MSP : Séminaire atelier relatif à la protection sanitaire en milieu scolaire, Béjaïa du 3 au 5 janvier 1989.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Ministère de la Santé et des Solidarités français : Stratégies Nouvelles de Prévention, 11 Septembre 2006.
- Mortier M. : Témoignage d'interventions en milieu scolaire, Études sur la mort 2007/1, N° 131, p. 61-69.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Glossaire de la promotion de la santé, Division de la promotion, de la communication pour la santé, service éducation sanitaire et promotion de la santé, Genève, 1999, p.25, In [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf).
- OMS : Guide relatif à l'élaboration d'un programme de santé scolaire pour la prévention du trachome, 2006.  
In <http://www.who.int>
- OMS : Série informations sur la santé à l'école, 2001, In <http://www.who.int>
- OMS, Bureau Régional de la Méditerranée Orientale : Rapport final de la Consultation technique pour la mise en place d'une stratégie de santé scolaire à Djibouti, Octobre 2004.
- Organisation panaméricaine de la santé : Ecoles promotrices de la santé- renforcement de l'initiative régionale, mai 2003.
- Conseil National Economique et Social (CNES) : rapport sur la santé de la mère et de l'enfant, 9<sup>ème</sup> session plénière, 28-29 octobre 1997.
- Sommelet D. : L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, Rapport de mission sur l'amélioration de la Santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 Octobre 2006.
- Actes et conclusions des assises nationales de la santé scolaire, Zéralda les 9 et 10 juillet 2002.
- Séminaire sur la santé et l'alimentation en milieu scolaire et leur rôle dans la réussite éducative, Dar elmorabi, 08-09-10- décembre 1996.

## 5. Réglementation

### ❖ Lois

- Loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et promotion de la santé modifiée et complétée.

❖ **Circulaires**

- Circulaire interministérielle n°175 du 29 décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.
- Circulaire interministérielle n° 176 du 29 Décembre 1989 relative à la coordination des activités de santé scolaire
- Circulaire interministérielle n° 1 du 06 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.
- Circulaire n° 98-108 du 01 juillet 1998 portant sur la prévention des conduites à risques et comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

❖ **instructions**

- Instruction interministérielle n° 42 du 24 Mai 1981 relative à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.
- Instruction interministérielle n° 2 du 27 Avril 1995 relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi dans les établissements scolaires.
- Instruction interministérielle n° 02 du 27/04/1995 relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi installées dans les établissements scolaires.
- Instruction interministérielle n°144 du 24 Mars 1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une U.D.S. de santé scolaire.
- Instruction interministérielle n° 003 du 19 octobre 2003 relative aux campagnes d'éducation sanitaire et de communication sociale en milieu scolaire.
- Instruction interministérielle n°04 du 04 octobre 2010 relative aux actions à réaliser durant l'année scolaire 2010/2011 dans le cadre du programme national de santé scolaire.

**6. Sites internet**

<http://www.ashaweb.org>

<http://www.hlth.qut.edu.au/ph/ahpsa>

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

<http://www.acdi-cida.gc.ca/index.htm>

<http://www.care.org/>

<http://www.child-to-child.org>

<http://www.ei-ie.org/>

<http://www.fao.org>

<http://www.icrc.org>

<http://www.irc.nl/>

[http://www.paho.org/english/hpp/hs\\_home.htm](http://www.paho.org/english/hpp/hs_home.htm)

<http://www.ceid.ox.ac.uk/child/>

<http://www.savethechildren.org>

<http://www.oneworld.org/scf>

<http://www.unaids.org>

<http://www.undp.org>

<http://www.unfpa.org>

<http://www.unicef.org>

<http://www.info.usaid.gov/>

<http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/index.htm>

<http://www.wfp.org>

<http://www.who.int/hpr/>

<http://www.who.dk/enhps/index.html>

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Annexe 01** : Instruction interministérielle n° 42 du 24 mai 1981 relative à l'établissement et à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.

Messieurs,

Compte tenu de la nécessité de la protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire, une action à caractère national devra être engagée pour la réalisation d'un certain nombre d'objectifs.

Dans cette perspective, la coordination intersectorielle santé-éducation apparaît comme un préalable nécessaire. Dans l'immédiat, et à tous les niveaux, des réunions périodiques de travail entre les responsables de la santé et les responsables de l'éducation devront être organisées afin d'aboutir à la formation d'un programme annuel de protection de la santé en milieu scolaire sur la base des informations suivantes :

- Nombre d'enfants scolarisés par année de scolarité dans chaque établissement,
- Effectif des personnels enseignant, administratif et de service,
- Calendrier des congés et des vacances scolaires,
- Liste des cantines scolaires et des internats,
- Nombre d'internes et de rationnaires,
- Etat prévisionnel de scolarisation.

Ce programme devra prendre en compte l'enfant scolarisé, le personnel enseignant, le personnel administratif et le personnel de service.

1- En ce qui concerne l'enfant, le dépistage doit se dérouler en général à l'école et le suivi au niveau de toute structure de santé permettant sa prise en charge.

Les activités de dépistage doivent être assurées pour les élèves de toutes les classes. Des visites médicales systématiques doivent être assurées pour les élèves de première année fondamentale, sixième année élémentaire ou fondamentale, quatrième année moyenne ou neuvième année fondamentale et troisième année secondaire.

Ces activités doivent viser la prévention primaire et secondaire des maladies transmissibles les plus courantes à cet âge, ainsi que le dépistage et la prise en charge d'un ensemble d'autres maladies non transmissibles.

Le dépistage à lui seul ne suffisant pas, il est indispensable d'accorder une attention particulière à la mise en place d'une filière de prise en charge des affections dépistées.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

2- En ce qui concerne l'enseignant, il s'agit d'assurer le dépistage et la prise en charge des risques de tuberculose et des affections psychiques, notamment lors des visites systématiques et obligatoires de recrutement et des examens périodiques annuels ou occasionnels (titularisation, réintégration, contre-visites, à la demande de l'administration ou de l'autorité médicale).

3- En ce qui concerne le personnel administratif et de service, il faut assurer la prise en charge du contrôle médical lors du recrutement, des visites périodiques annuelles avec nécessité d'une surveillance renforcée en ce qui concerne les personnels de cuisine. Cette surveillance sera orientée notamment vers le dépistage des maladies transmissibles d'origine entérique et des staphylococcies cutanéomuqueuses ainsi que le contrôle rigoureux de l'hygiène alimentaire.

L'exécution du programme doit absolument faire l'objet d'une évaluation correcte. C'est pourquoi, il est impératif d'utiliser un même système et support de l'information à travers le territoire.

Le support de l'information retenu est constitué par :

- La fiche médicale scolaire qui doit être conservée au niveau de l'école,
- Le cahier journalier d'activités de l'équipe médico-scolaire,
- Le rapport mensuel de l'unité sanitaire,
- Le rapport trimestriel du secteur sanitaire,
- Le rapport trimestriel et annuel de la direction de la santé de wilaya,
- Le rapport annuel du secteur sanitaire,
- La fiche de liaison médico-scolaire,
- La fiche de contrôle sanitaire de l'établissement.

Pour évaluer les activités d'hygiène scolaire, *l'unité sanitaire* adresse *chaque mois* un rapport d'activité au secteur sanitaire (service de prévention).

*Le secteur sanitaire* exploite les informations de base des trois rapports mensuels et confectionne un rapport *trimestriel* qu'il adresse :

- à la direction de santé de wilaya,
- à l'inspection primaire de la daïra.

*La direction de la santé de la wilaya* centralise et exploite les rapports trimestriels des secteurs sanitaires afin d'établir un *rapport trimestriel* reflétant l'activité par secteur sanitaire dans l'ensemble de la wilaya.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Une copie du programme transmis au ministère de la santé doit être adressée à la direction de l'éducation.

Les rapports trimestriels seront regroupés en un *rapport annuel* dont les copies seront adressées à l'administration centrale et à la direction de l'éducation.

Les différents niveaux d'évaluation cités ci-dessus doivent diffuser l'information, donner les directives et les recommandations qui découlent de cette évaluation en vue, s'il y a lieu, d'améliorer les actions entreprises et de corriger les insuffisances.

Le Ministre de l'Education

et de l'Enseignement Fondamental

Mohamed Cherif KHARROUBI

Le Ministre de la Santé

Abderrazak BOUHARA

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Annexe 02** : Circulaire interministérielle n°00495/CIM/MS du 21 novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

L'épanouissement de l'enfant et par voie de conséquence sa santé, son équilibre dépendant en grande partie de l'environnement dans lequel il évolue.

Cette phase d'éveil de l'enfant où s'acquièrent les automatismes, se fixent les habitudes, doit faire l'objet d'une préoccupation continue et attentive.

Aussi, compte tenu de l'importance que revêt la protection sanitaire en milieu scolaire, il y a lieu d'engager des actions plus énergiques en vue d'aboutir à une nette amélioration des conditions de vie de l'enfant à l'école.

A cet effet, les mesures de prophylaxie à mettre en œuvre en la matière par messieurs les directeurs des établissements scolaires, sont prescrites dans le document ci-annexé portant instruction générale relative à la protection de l'enfant en milieu scolaire.

Messieurs les directeurs des secteurs sanitaires (services de l'hygiène et de la prévention) apporteront toute aide en matière de conseils techniques sollicités par les chefs d'établissements tout en assurant par ailleurs leurs tâches de suivi et de contrôle.

Les rapports d'inspection établis par les services de l'hygiène et de la prévention et transmis au directeur de la santé de wilaya d'une part et au directeur de l'éducation d'autre part, devront relater les éventuelles insuffisances ou défaillances relevées et proposer les solutions pour y remédier.

Par ailleurs, les cantines communales des jardins d'enfants et des centres pour vieillards, gérés par les assemblées populaires communales sont soumises aux mêmes dispositions en matière d'hygiène et de salubrité. Les responsables de ces cantines veilleront à ce que les repas soient servis et consommés dans les réfectoires.

En cas d'impossibilité nécessitant la remise de repas à emporter, il faudra exiger des bénéficiaires, des ustensiles propres munis d'un couvercle. Messieurs les présidents des A.P.C. et leurs services compétents veilleront à la mise en œuvre de ces dispositions.

#### INSTRUCTION GENERALE

Relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

## **I. HYGIENE DES LOCAUX D'ENSEIGNEMENT ET DES DEPENDANCES**

### **A- les salles de classe :**

Les locaux doivent être maintenus dans un état de propreté permanent et selon les normes d'aération, de ventilation, d'éclairage et de chauffage adéquats.

#### **1°) nettoyage et aération des salles de classe :**

Les salles de classe doivent être nettoyées obligatoirement avec balayage humide et désinfectant, une fois per jour.

L'ouverture de toutes les fenêtres après sortie des élèves doit être systématiquement pratiquée.

#### **2°) Eclairage :**

L'éclairage naturel et/ou artificiel doit être adopté de manière à assurer le confort visuel de l'élève.

A cet effet, la disposition des tables devra obéir au principe de l'éclairage naturel bilatéral. Toutes dispositions doivent être prises pour éviter un ensoleillement intensif nuisible à la santé de l'enfant et aux activités éducatives.

#### **3°) Chauffage :**

En hiver les salles de classes doivent être chauffées à une température uniforme (18° C).

Si les salles de classe sont chauffées à l'aide de poêle, respecter la distance entre l'élève et le poêle qui doit être de 1,25 m. au minimum. Le poêle doit être protégé par un grillage. Eviter les fourneaux en fonte car la fonte, chauffée au rouge, laisse passer l'oxyde de carbone. Les conduites de fumée doivent être étanches et toujours déboucher à l'extérieur au dessus des toits (40 cm. Au moins) pour des raisons de sécurité et d'hygiène, ces conduites d'évacuation doivent être régulièrement entretenues.

En ce qui concerne la disposition des tables, la dernière doit être placée au maximum à 8 m. du tableau, la première à 3 m. au minimum afin que tous les élèves puissent suivre le cours sans rencontrer de difficultés de vision.

L'enseignant doit particulièrement veiller au respect de ces règles élémentaires d'hygiène et signaler au directeur de l'établissement toutes défaillances ou dégradation enregistrées.

### **B- Les dépendances**

Cours de récréation et aires de jeux

## Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

Le sol ne doit être ni glissant ni poussiéreux (sol stabilisé, uniforme sans trous ni bosses) ni perméable (bithumes ou autre). Il serait souhaitable d'agrémenter la cour de récréation, toutes les fois qu'il est possible, d'arbres ou d'arbustes placés au moins à 6 m. des bâtiments.

Ainsi les élèves évolueront dans un établissement où salles de classes, et autres dépendances sont accueillantes, agréables et sécurisantes.

### **Installations sanitaires et dépendances**

#### **- Lavabos**

Il faut prévoir une rampe de robinets à raison de 2 robinets par classes.

#### **- Cabinets de toilette**

Tout établissement scolaire doit comporter des cabinets et urinoirs en nombre suffisant :

2 cabinets + 1 urinoir par classe de garçons

2 cabinets par classe de fille.

Une désinfection journalière est obligatoire.

### **Internats**

Assurer aux élèves les meilleures conditions de séjour par le biais :

- Une alimentation en eau potable en quantité et en qualité suffisante pour assurer l'hygiène personnelle et collective.
- Des mesures de lutte contre les vecteurs (insectes et rongeurs).
- Un renouvellement périodique de la literie.
- De prévention des accidents et de lutte contre les incendies.
- De protection contre les dangers inhérents aux installations électriques.

## **II- HYGIENE ALIMENTAIRE**

Hygiène des cuisines, des internats, des restaurants scolaires et des cantines communales.

### **1- Hygiène des cuisines :**

- Les murs devront être revêtus d'un revêtement adéquat permettant un lavage régulier.
- Le sol des cuisines doit être lavé au moins une fois par jour ; l'écoulement rapide des eaux de lavage doit être assuré.
- L'équipement entre autre les tables, les couverts, les ustensiles et toute autre installation matérielle doivent être maintenus en bon état de propreté et d'utilisation.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Tout le matériel cité doit être nettoyé par lavage à l'eau potable chaude additionnée d'un produit détersif après chaque utilisation.
- Les déchets, rebuts et détritiques de toutes sortes seront conditionnés aussitôt dans des récipients étanches munis de couvercles, vidés et nettoyés au moins une fois par jour.
- Interdire l'accès des animaux (chiens, chats) aux locaux de préparation des mouches et autres insectes.
- Toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour éviter la pénétration des mouches et autres insectes.

Le gestionnaire de la cantine doit veiller au respect de ces règles élémentaires d'hygiène et signaler toute anomalie au directeur de l'établissement.

## **2- Hygiène des denrées alimentaires :**

### **- Approvisionnement :**

Les précautions d'hygiène doivent être prises dès la mise en œuvre de la procédure d'achats et plus particulièrement à l'instant de la livraison.

### **- Transport et stockage :**

Le matériel servant au transport des denrées alimentaires doit être maintenu en état de propreté constante et désinfecté.

### **- Conservation :**

Un système de réfrigération obligatoire doit permettre une conservation adéquate et tenir réfrigérés les aliments habituellement responsables d'intoxications alimentaires comme les viandes, les œufs, les laits et produits laitiers.

### **- Préparation :**

- Au moment de la préparation une vérification des denrées ayant pu s'altérer depuis la livraison est nécessaire.

- La cuisson sera suffisamment prolongée pour détruire non seulement les germes mais les toxines.

- Les denrées doivent être cuites à une température supérieure à 65° C jusqu'au moment de la consommation, si un refroidissement est inévitable, elles doivent être conservées à (+ 2°) dans une chambre de réfrigération.

- Les préparations de la veille sont formellement interdites, les plats doivent être préparés le jour de leur consommation et aussi près que possible de celle-ci.

Les menus élaborés doivent être équilibrés et conformes aux fiches techniques diffusées par le ministère de la santé.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**3- Hygiène du personnel :**

Les personnes en contact avec les aliments doivent être médicalement suivies et contrôlées d'une façon périodique. Toutes les personnes chargées de la manutention, de la préparation des aliments doivent observer pendant les heures de travail une propreté corporelle et vestimentaire permanente.

La mise en œuvre des règles d'hygiène ci-dessus énumérées et leur stricte observation relèvent de la responsabilité directe du chef d'établissement. Ce dernier peut recourir au besoin à la collaboration technique du secteur sanitaire de la circonscription.

Par ailleurs, les services de prévention effectueront des missions d'inspection et de contrôle ponctuelles et inopinées à l'issue desquelles des rapports circonstanciés seront adressés respectivement au directeur de la santé de wilaya, au directeur de l'éducation et au président de l'assemblée populaire communale quand il s'agit d'une cantine communale.

Le Ministre de l'Intérieur

Le Ministre de la Santé

Le Ministre de l'Education

Le Secrétaire d'Etat à

et de l'Enseignement Fondamental.

L'Enseignement Secondaire.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Annexe 03 :** Circulaire interministérielle n°00005 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination

L'évaluation des actions entreprises dans le domaine de la protection de l'enfant en milieu scolaire a montré :

- d'une part la nécessité d'un suivi et d'une prise en charge des affections dépistées, par les services spécialisés au sein des secteurs sanitaires.
- et d'autre part que la coordination intersectorielle est une nécessité pour la concrétisation des objectifs assignés en matière de politique de prévention sanitaire.

#### 1. PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DEPISTES

L'évaluation des actions de dépistage a montré que les affections prévalentes nécessitant un suivi et une prise en charge par les services spécialisés concernent en priorité les disciplines suivantes :

- Ophtalmologie
  - O.R.L.
  - Cardiologie
  - Pédiatrie
  - Stomatologie
- A cet effet une consultation dans les disciplines précitées sera réservée au minimum une fois par semaine aux élèves orientés par le médecin chargé des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.
- Les directeurs des secteurs sanitaires devront communiquer le lieu du déroulement et le calendrier de ces consultations aux responsables des établissements scolaires ainsi qu'aux praticiens concernés.
- Pour les affections relevant d'autres spécialités une priorité d'accès devra être accordée aux élèves qui y auront été orientés.
- Chaque élève orienté fera l'objet de l'établissement d'une fiche médicale de liaison à caractère confidentiel par le médecin à l'intention du service spécialisé.
- Cette fiche de liaison sera remise aux parents de l'élève faisant l'objet d'une orientation par le responsable de l'établissement scolaire. Les observations et conclusions seront consignées sur cette même fiche de liaison ; cette dernière sera conservée au niveau du service spécialisé concerné.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- La section d'hygiène scolaire du service de prévention du secteur sanitaire devra procéder à la collecte des fiches de liaison au niveau des différents services spécialisés, en vue du suivi et de l'évaluation de ces activités.

## 2- COORDINATION INTERSECTORIELLE

Pour être effective, la mise en œuvre de cette coordination implique la création de comité dont le niveau, la composante et les tâches sont définis comme suit :

### 2.1. Au niveau de la commune :

- un représentant des services de santé.
- un représentant de l'inspection primaire
- un représentant de l'A.P.C.
- un représentant de l'association des parents d'élèves.

Ce comité doit se réunir à l'initiative du responsable de la santé (secteur sanitaire), au début de l'année scolaire puis tous les trimestres pour l'étude du programme de travail des services de santé dans le domaine de l'hygiène scolaire, son suivi et les améliorations à apporter lors de son exécution.

### 2.2. Au niveau de la wilaya :

- les responsables de la santé (wilaya et secteur sanitaire).
- les responsables de l'éducation (D.E.C.- Inspecteur primaire)
- conseiller en alimentation scolaire (wilaya et daïra)

Ce comité doit se réunir à l'initiative du directeur de la santé de la wilaya ; à tout moment si la situation sanitaire dans un établissement scolaire l'exige afin d'arrêter les mesures nécessaires et à la fin de chaque année scolaire afin d'évaluer les actions entreprises dans le domaine de la protection de l'enfant en milieu scolaire et de préparer le programme de la prochaine année.

### 2.3. Au niveau central : comité international santé-éducation.

Ce comité se réunira une fois par an à l'initiative du ministère de la santé publique à la veille de chaque rentrée scolaire et définir les futures orientations notamment en matière de prévention et éducation sanitaire.

Le ministre de la santé publique  
Signé : Djamel-Eddine HOUHOU

Le ministre de l'éducation nationale  
Signé : Mohamed-Chérif KHARROUBI

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Annexe 04** : instruction interministérielle n° 144 du 24 mars 1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une unité de dépistage et de suivi de santé scolaire.

DESTINATAIRES : - MM les D.S.P.S en communication aux directeurs des secteurs sanitaires.

REFERENCES : - circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.  
- instruction interministérielle n° 02 du 27 avril 1995 relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi dans les établissements scolaires.

Le fonctionnement optimal des unités de dépistage et de suivi de santé scolaire et l'affectation à ces unités de locaux, de mobilier, de matériel médical et d'instrumentation qui doivent correspondre aux caractéristiques suivantes :

<b>Locaux</b>	<b>Nombre</b>	<b>Surface</b>	<b>Aménagement</b>
Cabinet médical	1	12 m <sup>2</sup>	Bien éclairé, chauffé et équipé d'un lavabo
vestiaire	2	2×2 m <sup>2</sup>	Chauffé et ayant un double accès, l'un vers le cabinet médical et l'autre vers la salle d'attente.
Salle paramédicale	1	15 m <sup>2</sup>	Bien éclairée, chauffée et équipée d'un évier.
Salle d'attente	1	25 m <sup>2</sup>	Bien aérée, chauffée et ayant accès vers le cabinet médical, la salle paramédicale et le hall d'entrée.
Blocs sanitaires	2	2×6 m <sup>2</sup>	Comprenant chacun 2 w-c et un lavabo et donnant accès vers le hall
Hall d'entrée	1	6 m <sup>2</sup>	A munir de double porte d'accès vers la porte et vers la salle d'attente.
Cabinet dentaire*	1	15 m <sup>2</sup>	Bien éclairé, chauffé, équipé d'un lavabo et doit disposer d'une alimentation électrique adaptée.

(\*) : Cabinet dentaire pour les UDS qui doivent en disposer.

## 2. MOBILIER, MATERIEL ET INSTRUMENTS MEDICAUX

### 2.1. CABINET MEDICAL

#### 2.1.1. MOBILIER

- bureau

(2)

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- chaise (4)
- paravent (1)
- classeur métallique (1)
- porte-manteaux (4)
- banc (2)
- tabouret à vis hauteur variable (2)
- guéridon roulant (1)
- armoire métallique (1)

2.1.2. MATERIEL MEDICAL

- pèse-personne (1)
- toise (1)
- échelle optométrique (1)
- armoire vitrée à pharmacie (1)
- poupinel p.m (1)
- escabeau à 2 marches (1)
- seau à pédale (2)
- thermomètre (2)

2.1.3. INSTRUMENTATION

- tensiomètre pour adulte (1)
- tensiomètre pour enfant (1)
- stéthoscope (1)
- otoscope (1)
- marteau à reflexe (1)
- spéculum nasal (1)
- boîte à instrument p.m (1)
- ciseaux droits (1)

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- pinces à griffes (2)
- pinces sans griffes (2)
- pinces Kocher (2)
- tambour (2)
- haricot (2)
- abaisse-langue métallique (1)
- flacon pissette en plastique (4)

2.2. CABINET DENTAIRE 5(pour les UDS qui doivent en disposer)

2.2.1. MOBILIER

- bureau
- chaise
- classeur
- Armoire vitrée
- sceau à pédale

2.2.2. MATERIEL

- fauteuil dentaire
- compresseur d'air
- lampe dentaire
- stérilisateur
- siège opérateur
- meuble dentaire (instruments)
- radio dentaire

2.2.3. INSTRUMENTATION

DAVIER

Daviers supérieurs :

- davier pour incisive du haut (2)

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- davier pour canine du haut (2)
- davier pour prémolaire du haut (2)
- davier pour molaire du haut (denture permanente) (2)
- davier pour molaire du haut (denture latérale) (2)
- davier à racines (1)

Daviers inférieurs :

- davier pour incisive du bas (2)
- davier pour canine du bas (2)
- davier pour prémolaire du bas (2)
- davier pour molaire du bas (denture permanente) (2)
- davier pour molaire du bas (denture latérale) (2)
- davier à racines (1)

SYNDESMOTOMES :

- syndesmotome droit (2)
- syndesmotome coudé (2)

ELEVATEURS :

- élévateur de Bernard (1)
- élévateur droit (2)
- élévateur américain droit (1)
- élévateur américain gauche (1)
  
- miroir (5)
- excavateur (2)
- sonde (3)
- Precelle (3)
- plateau en inox (5)



Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Annexe 05 :** Questionnaire à remplir par les parents de chaque élève de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F.

Wilaya :

Commune :

Ecole :

Classe :

Nom et Prénom :

Nombre de personnes vivant à la maison :

Père

Mère

Frères

Sœurs

Autres






<b>Votre enfant a-t-il :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
été hospitalisé ou traité pour une inflammation des articulations ?		
reçu des injections tous les 15 ou 21 jours ?		
présenté un amaigrissement rapide ?		
présenté des difficultés à respirer ?		
des pertes de connaissances, évanouissements ?		
des convulsions ?		
des troubles du comportement (instabilité, agressivité, isolement, fugue,..) ?		
des troubles du langage (mauvaise articulation, bégaiement) ?		
une baisse de l'audition ?		
une fréquente rougeur des yeux ?		
un fréquent écoulement nasal ?		
des vers dans les selles ou un prurit anal		
une énurésie (urine dans son lit) ?		
des besoins urinaires très fréquents ?		
du sang dans les urines ?		
été traité pour une des affections suivantes ? : -Rhumatisme articulaire aigu -Diabète -Asthme -Epilepsie -Autre affection Si laquelle :.....		
présenté d'autres troubles que vous jugez utile de signaler ? lesquels.....		

**Source :** Fiche technique n°5 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Annexe 06** : Questionnaire à remplir par l'enseignant de chaque élève de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F.

Wilaya :

Commune :

Ecole :

Classe :

Nom et Prénom de l'enseignant:

Veillez avoir l'obligeance de noter ci-dessous les remarques sur lesquelles vous aimeriez attirer l'attention du médecin qui doit examiner votre élève (nom et prénom) :.....  
et de classer cette fiche dans son dossier médico-scolaire.

<b>Votre élève a-t-il :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Observations</b>
vue insuffisante ?			
troubles de l'audition ?			
difficultés scolaires (d'adaptation ou d'acquisition) ?			
troubles du comportement ?			
troubles du langage ?			
absences répétées ?			
fréquente rougeur des yeux ?			
fréquent écoulement nasal ?			
besoins urinaires très fréquents ?			

**Source** : Fiche technique n°5 annexée à la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

**Annexe 07 : Questionnaires d'enquête**

*Université Abderrahmane MIRA de Béjaïa  
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de  
Gestion  
Département des Sciences Economiques  
Post-Graduation  
Option : Economie de la Santé et Développement Durable*

**THEME :**

***Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Bejaïa***

**Questionnaire d'enquête adressé aux directeurs des établissements scolaires**

La présente enquête rentre dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de magistère portant sur la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie. Dans ce contexte, nous vous prions de bien vouloir répondre à ce questionnaire et nous tenons à vous assurer que toutes les réponses que vous fournissez demeureront strictement confidentielles et ne serviront qu'à des fins scientifiques.

Merci pour votre collaboration.

Commune : Béjaïa

Enquêteur : BENSMAIL Kahina

Date d'enquête : ...../...../.....



**6. Les collectivités locales assurent-elles le transport des élèves à l'UDS ?**

- Oui  Non

**7. Est-ce que les élèves sont accompagnés par leur enseignant à l'UDS ?**

- Oui  Non

**8. Votre relation avec l'équipe de santé scolaire est :**

- Très bonne  Bonne  
 Mauvaise  Très mauvaise

**9. Existe-t-il un conseil de santé de l'école au niveau de votre établissement ?**

- Oui  Non

**- Si oui, combien de fois se réunit-il par ans ?**

.....fois par an

**10. Les parents des élèves refusent-ils de faire sortir leurs enfants de l'école pour les amener à l'UDS ?**

- Oui  Non

**11. Les parents des élèves répondent-ils aux convocations qui leur sont adressées concernant la santé de leurs enfants ?**

- Oui  Non

**12. L'association des parents d'élèves aide-t-elle dans la santé scolaire ?**

- Oui  Non

**- Si oui, par quel moyen ?**

.....

**13. L'hygiène dans votre établissement est :**

- Très satisfaisante  Satisfaisante  
 Mauvaise  Très mauvaise

**14. Les problèmes liés à l'environnement de l'école sont-ils pris en charge par votre commune ?**

- Oui  Oui mais avec des retards  
 Oui mais difficilement  Non

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Si non, pensez vous que cela est du au :

- Manque de moyens  Désintérêt

**15. Le rôle de l'école est primordial en matière d'éducation à la santé :**

- D'accord  Pas d'accord

**16. L'éducation à la santé doit faire l'objet d'une matière à part entière :**

- D'accord  Pas d'accord

**17. Des compagnes de communication sociale et d'éducation à la santé ont-elles été organisées au niveau de votre établissement au cours des deux dernières années ?**

- Oui  Non

- Si oui,

Quels sont les thèmes abordés ?	Qui a participé ?	Sous quelles formes ?
<input type="checkbox"/> Hygiène	<input type="checkbox"/> Médecins de santé scolaire	<input type="checkbox"/> Conférences
<input type="checkbox"/> Prévention des accidents		<input type="checkbox"/> Débats
<input type="checkbox"/> Santé reproductive et sexuelle	<input type="checkbox"/> Enseignants	<input type="checkbox"/> Expositions
<input type="checkbox"/> Les toxicomanies	<input type="checkbox"/> Parents d'élèves	<input type="checkbox"/> Jeux de rôles
<input type="checkbox"/> Education nutritionnelle	<input type="checkbox"/> associations	<input type="checkbox"/> Concours de dessins
<input type="checkbox"/> Autres, à préciser.....	<input type="checkbox"/> Autres, à préciser.....	<input type="checkbox"/> Journées portes ouvertes
.....	.....	<input type="checkbox"/> Autres, à préciser.....
.....	.....	.....

**18. existe-t-il un club santé au niveau de votre établissement ?**

- Oui  Non

Suite de l'annexe 07

*Université Abderrahmane MIRA de Béjaïa  
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de  
Gestion  
Département des Sciences Economiques  
Post-Graduation  
Option : Economie de la Santé et Développement Durable*

**THEME :**

***Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Bejaïa***

**Questionnaire d'enquête adressé aux médecins de santé scolaire**

La présente enquête rentre dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de magistère portant sur la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie. Dans ce contexte, nous vous prions de bien vouloir répondre à ce questionnaire et nous tenons à vous assurer que toutes les réponses que vous fournissez demeureront strictement confidentielles et ne serviront qu'à des fins scientifiques.

Merci pour votre collaboration.

Commune : Béjaïa

UDS :

Enquêteur : BENSMAIL Kahina

Date d'enquête : ...../...../.....

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**1. Description de l'UDS**

<b>Disposer vous des locaux suivants ?</b>	<b>Nombre</b>	<b>Surface</b>	<b>Aménagement</b>
Cabinet médical : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Bien éclairé <input type="checkbox"/> Chauffé <input type="checkbox"/> Equipé d'un lavabo
Vestiaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....	..... ×..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Chauffé <input type="checkbox"/> Il a un double accès, l'un vers le cabinet médical et l'autre vers la salle d'attente
Salle paramédicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Bien éclairée <input type="checkbox"/> Chauffée <input type="checkbox"/> Equipée d'un évier
Salle d'attente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Bien aérée <input type="checkbox"/> Chauffé <input type="checkbox"/> Elle a un accès vers le cabinet médical, la salle paramédicale et le hall d'entrée
Blocs sanitaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....	..... ×..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Comprend 2 w-c <input type="checkbox"/> Equipé d'un lavabo <input type="checkbox"/> Il a un accès vers le hall
Hall d'entrée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Muni de double portes d'accès la porte et vers la salle d'attente
Cabinet dentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....	..... m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Bien éclairé <input type="checkbox"/> Chauffé <input type="checkbox"/> Equipé d'un lavabo <input type="checkbox"/> Dispose d'une alimentation électrique adaptée

**2. Quels sont les besoins de votre UDS en aménagement ?**

.....  
.....

**3. Quels sont les besoins de votre UDS en équipements et consommables ?**

.....  
.....

**4. Votre UDS dispose-t-elle d'outil informatique ?**

Oui  Non

**5. Votre UDS dispose-t-elle d'une ligne téléphonique ?**

Oui  Non

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**6. Les moyens humains affectés à votre UDS sont suffisants :**

- Oui  Non

**- Si non, quels sont les besoins de votre UDS en moyens humains ?**

.....

**7. Le budget affecté à votre UDS est :**

- Largement suffisant  Suffisant  
 Insuffisant  Très insuffisant  
 Aucune idée

**8. Est-ce que vous participer à la gestion de ce budget ?**

- Oui  Non

**9. vos conditions de travail sont :**

- Très bonnes  Bonnes  
 Mauvaises  Très mauvaises

**10. Pensez vous qu'il est utile et/ou urgent de créer de nouvelles UDS dans votre commune ?**

- Oui  Non

**11. Depuis quand assurez-vous ce travail ?**

Depuis.....

**12. Avez-vous reçu une formation en santé scolaire**

- Oui  Non

**- Si oui, quel type de formation ?**

.....

**13. votre UDS assure-t-elle le service pendant les vacances scolaires ?**

- Oui  Non

**14. Que pensez-vous de la liste des affections à dépister en milieu scolaire ?**

- Comprend l'ensemble des affections prévalentes en milieu scolaire  
 Certaines affections doivent être supprimées de la liste  
 Certaines affections doivent être ajoutées à la liste

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- souhaitez-vous changer cette liste ?

Oui

Non

- Si oui, par quoi ?

.....

**15. Que pensez vous de la nouvelle mesure relative à la visite de l'ensemble des élèves du préscolaire à la troisième année secondaire ?**

D'accord

Pas d'accord

- Si vous n'êtes pas d'accord, quelles sont les classes cibles que vous proposez?

.....

**16. Combien de temps prenez-vous en consultation de chaque élève en moyenne?**

.....

- Cette durée de consultation par élève vous semble-t-elle ?

Largement suffisante

Suffisante

Courte

Très courte

- Si vous jugez que cette durée est courte, cela est dû aux :

Effectifs considérables d'élèves à prendre en charge

Mauvaises conditions du travail

Surcharge dans le travail

Autre, à préciser.....

**17. Est-ce que tous les élèves disposent du dossier médical scolaire ?**

Oui

Non

**18. Est ce que les dossiers médicaux des élèves sont transférés d'un palier à un autre quand ces derniers changent de palier ?**

Oui

Non

**19. Les interrogatoires des parents et des enseignants pour les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> A.F. vous sont-ils remis le jour de la visite médicale systématique de dépistage ?**

Oui à 100 %

moins de 50%

Plus de 50%

Non

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**20. Les fiches de liaison sont-elles retournées à l'établissement après les consultations du spécialiste ?**

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui à 100 % | <input type="checkbox"/> Moins de 50% |
| <input type="checkbox"/> Plus de 50% | <input type="checkbox"/> Non          |

**21. Des demi-journées sont-elles réservées au niveau de votre EPSP pour la prise en charge des élèves orientés ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

**- Si oui, quelles journées ?**

.....

**- pensez-vous que ces journées sont suffisantes ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

**22. Votre relation de coordination avec :**

**- Le médecin coordinateur de santé scolaire :**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Très bonne | <input type="checkbox"/> Bonne         |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise   | <input type="checkbox"/> Très mauvaise |

**- Les directeurs des établissements scolaires rattachés à votre UDS :**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Très bonne | <input type="checkbox"/> Bonne         |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise   | <input type="checkbox"/> Très mauvaise |

**- Les enseignants :**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Très bonne | <input type="checkbox"/> Bonne         |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise   | <input type="checkbox"/> Très mauvaise |

**- les parents des élèves :**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Très bonne | <input type="checkbox"/> Bonne         |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise   | <input type="checkbox"/> Très mauvaise |

**23. Existe-t-il les comités de coordination suivants au niveau de votre commune, EPSP, wilaya ?**

**- Comité de coordination de la commune :**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- **Si oui, combien de fois se réunit-il par an ?**

..... fois par an

- **Comité de coordination de l'EPSP :**

Oui

Non

- **Si oui, combien de fois se réunit-il par an ?**

..... fois par an

- **Comité de coordination de la wilaya :**

Oui

Non

- **Si oui, combien de fois se réunit-il par an ?**

..... fois par an

**24. Avez-vous travaillé l'éducation à la santé au cours des deux dernières années ?**

Oui de façon ponctuelle

Oui dans le cadre des campagnes de communication sociale et d'éducation sanitaire organisées au sein des établissements scolaires

Non

- **Si oui, quels thèmes avez-vous abordé ?**

Hygiène

Prévention des accidents

Santé reproductive et sexuelle

Les toxicomanies

Education nutritionnelle

Autres, à préciser.....

- **Cette action a été menée :**

Seule

Avec des collègues

Avec des enseignants

Avec les parents d'élèves

Autre, à préciser.....

- **Disposez-vous des moyens didactiques pour l'éducation sanitaire ?**

Oui

Non

- **Si oui, de quels moyens disposez vous ?**

.....

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

- Si vous n'avez pas assuré l'éducation sanitaire, cela est du :

- Manque du temps
- Ne relève pas de mes prorogatives
- Autre, à préciser.....

**25. Avez-vous reçu une formation en éducation à la santé ?**

- Oui  Non

**26. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez sur le terrain ?**

.....  
.....  
.....

**27. Quelles sont vos suggestions et /ou propositions pour améliorer la santé scolaire au niveau de votre UDS, commune et wilaya ?**

.....  
.....  
.....

## LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 01 :** Les déterminants de la santé et du bien être des enfants d'âge scolaire.
- Tableau 02 :** les catégories de style parental.
- Tableau 03:** Les différents types d'éducation pour la santé selon Deccache A. et Mermans P.
- Tableau 04:** Evolution de la couverture sanitaire des élèves et du personnel des établissements scolaires par les visites médicales systématiques de dépistage en Algérie entre 1985 et 1990.
- Tableau 05:** évolution des taux de prévalence des affections dépistées en milieu scolaire en Algérie entre 1985 et 1990.
- Tableau 06:** évolution de la Prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire en Algérie entre 1986 et 1990.
- Tableau 07 :** évolution des Contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires en Algérie entre 1985 et 1988.
- Tableau 08 :** nombre de médecins nécessaires en rapport avec l'importance de la population scolarisée à couvrir.
- Tableau 09:** évolution du nombre des UDS en Algérie de 1996 à 2011.
- Tableau 10 :** évolution du nombre des personnels exerçant en santé scolaire entre 2001 et 2011
- Tableau 11 :** évolution de la couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistage en Algérie entre 1996 et 2011.
- Tableau 12 :** Evolution du taux des affections les plus courantes dépistées en milieu scolaire en Algérie entre 1996 et 2011.
- Tableau 13:** évolution des campagnes de prévention du trachome en milieu scolaire de 2005 à 2011.
- Tableau 14:** Evolution du suivi au niveau des U.D.S et de la prise en charge spécialisée des affections dépistées entre 1997 et 2011.
- Tableau 15:** Evolution de la prise en charge des affections chroniques confirmées en milieu scolaire entre 1996 et 2011.
- Tableau 16** Evolution des taux de la couverture vaccinale en milieu scolaire en Algérie de l'année scolaire 1997-1998 à l'année scolaire 2010-2011.
- Tableau 17:** Evolution des taux des établissements scolaires contrôlés sur les plans de l'hygiène et de la salubrité entre 1997 et 2011.
- Tableau 18:** évolution du budget alloué à la santé scolaire de 1999 à 2011.
- Tableau 19:** évolution du nombre des cantines scolaires, des bénéficiaires et des prix des repas entre 1963 et 2010.
- Tableau 20 :** évolution des dépenses allouées à la restauration scolaire au niveau du moyen et du secondaire en Algérie entre 2007 et 2009.
- Tableau 21 :** la carte sanitaire scolaire de la commune de Béjaïa en 2011.
- Tableau 22 :** nombre du personnel médical et paramédical par UDS de la commune de Béjaïa en 2011.

Essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : Cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Béjaïa

**Tableau 23 :** évolution de la couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistages par UDS de la commune de Béjaïa entre 1996 et 2008.

**Tableau 24 :** évolution de la couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistages par UDS de la commune de Béjaïa entre 2009 et 2011.

**Tableau 25:** Evolution de la prévalence des affections les plus courantes dépistées en milieu scolaire dans la commune et la wilaya de Béjaïa entre 1999 et 2011.

**Tableau 26 :** Evolution du suivi au niveau des UDS et de la prise en charge spécialisée des affections dépistées par UDS de la commune de Béjaïa entre 1997 et 2011.

**Tableau 27 :** évolution de la prise en charge des affections chroniques confirmées dans la commune et la wilaya de Béjaïa de 2009 à 2011.

**Tableau 28 :** Evolution des taux de couverture vaccinale des élèves par UDS de la commune de Béjaïa entre 2009 et 2011.

**Tableau 29 :** Taux des établissements scolaires contrôlés sur les plans de l'hygiène et de la salubrité en 2010 et en 2011.

**Tableau 30 :** évolution des budgets alloués aux UDS de la commune de Béjaïa entre 2001 et 2010.

**Tableau 31 :** constitution de l'échantillon

**Tableau 32 :** répartition des enquêtés selon le cycle d'enseignement.

**Tableau 33 :** répartition des enquêtés selon leur perceptibilité de la santé scolaire.

**Tableau 34 :** répartition des enquêtés selon leurs perceptions des moyens humains et matériels affectés à la santé scolaire.

**Tableau 35 :** répartition des enquêtés selon le moyen de transport des élèves aux UDS.

**Tableau 36 :** répartition des enquêtés selon leur satisfaction des services de santé scolaire.

**Tableau 37 :** répartition des enquêtés selon leur perception de leur relation de coordination avec l'équipe de santé scolaire.

**Tableau 38 :** répartition des enquêtés selon leur perception de la coordination des parents d'élèves en matière de santé scolaire.

**Tableau 39 :** répartition des enquêtés selon leur perception de la qualité d'hygiène dans leurs établissements.

**Tableau 40 :** répartition des enquêtés selon la prise en charge par la commune des problèmes liés à l'environnement de l'école.

**Tableau 41 :** répartition des enquêtés selon qu'ils soient d'accords ou non concernant la création d'une matière d'éducation à la santé.

**Tableau 42 :** répartition des enquêtés selon l'organisation d'activités de santé scolaire au sein de leurs établissements.

## LISTE DES FIGURES

- Figure 01 :** évolution du nombre des UDS en Algérie de 1996 à 2011.
- Figure 02 :** répartition des UDS selon leur lieu d'implantation en 2011.
- Figure 03 :** évolution du nombre des personnels exerçant en santé scolaire entre 2001 et 2011.
- Figure 04 :** évolution des taux de couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistage en Algérie entre 1996 et 2011.
- Figure 05 :** comparaison des taux de suivi et de prise en charge spécialisée des affections dépistées en milieu scolaire entre l'année scolaire 1996-1997 et 2009-2010.
- Figure 06 :** Evolution des taux de la couverture vaccinale en milieu scolaire en Algérie de l'année scolaire 1997-1998 à l'année scolaire 2010-2011.
- Figure 07 :** comparaison des taux des établissements scolaires contrôlés sur le plan hygiène et des taux des anomalies corrigées entre l'année scolaire 1996-1997 et 2010-2011.
- Figure 08 :** évolution des taux de couverture des établissements scolaires par les cantines et des taux des élèves bénéficiaires entre 1963 et 2010.
- Figure 9 :** évolution des taux globaux de couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistages dans la commune et la wilaya de Béjaïa entre 1996 et 2008.
- Figure 10 :** taux de couverture sanitaire des élèves par les visites médicales systématiques de dépistages entre la commune et la wilaya de Béjaïa en 2011.
- Figure 11 :** comparaison des taux de couverture sanitaire des élèves entre les UDS de la commune de Béjaïa en 2011.
- Figure 12 :** prévalence des affections les plus courantes dépistées en milieu scolaire dans la commune de Béjaïa en 2011.
- Figure 13 :** comparaison des taux de suivi et de prise en charge spécialisée des affections dépistées dans la commune de Béjaïa entre 1996 et 2011.
- Figure 14 :** comparaison des taux de suivi et de prise en charge spécialisée des affections dépistées entre les UDS de la commune de Béjaïa en 2011.
- Figure 15 :** taux de prise en charge des affections chroniques confirmées dans la commune et la wilaya de Béjaïa en 2011.
- Figure 16 :** comparaison du nombre d'anomalies corrigées par rapport au nombre d'anomalies constatées en 2010 et en 2011 dans les établissements scolaires de la commune de Béjaïa.
- Figure 17 :** répartition des enquêtés selon le cycle d'enseignement.
- Figure 18 :** répartition des enquêtés selon leurs perceptions des moyens humains et matériels affectés à la santé scolaire (en %).
- Figure 19 :** répartition des enquêtés selon leur perception de la qualité d'hygiène dans leurs établissements.
- Figure 20 :** répartition des enquêtés selon la prise en charge par la commune des problèmes liés à l'environnement de l'école (en %).
- Figure 21 :** répartition des enquêtés selon qu'ils soient d'accords ou non concernant la création d'une matière d'éducation à la santé.

## TABLES DES MATIERES

<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	1
<b>CHAPITRE I : APPROCHE GLOBALE DE LA SANTE EN MILIEU SCOLAIRE : EVOLUTION HISTORIQUE ET PERSPECTIVES</b> .....	7
Introduction .....	7
<b>I. PHASES DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DETERMINANTS DE SANTE DES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE</b> .....	8
1. Développement de l'enfant de la naissance à l'adolescence .....	8
1.1. Le développement physique de l'enfant.....	8
1.1.1. La petite enfance (de la naissance à 30 mois) .....	8
1.1.2. La moyenne enfance (de 30 mois jusqu'à environ 6 ans) .....	9
1.1.3. La grande enfance.....	9
1.1.4. L'adolescence .....	9
1.2. Le développement psychologique de l'enfant.....	10
1.2.1. La première enfance (0-2 ans) .....	10
1.2.2. La deuxième enfance (2-6 ans) .....	10
1.2.3. La grande enfance (6 ans - puberté) .....	11
1.2.4. L'adolescence.....	12
2. Définitions de la santé.....	12
3. Les déterminants de santé des enfants d'âge scolaire.....	15
3.1. Les habitudes de vie .....	17
3.1.1. L'activité physique .....	17
3.1.2. L'alimentation .....	18
3.2. Facteurs relevant de la psychologie de l'enfant .....	19
3.2.1. La compétence sociale de l'enfant et de l'adolescent .....	19
3.2.2. Le concept de soi ou l'estime de soi.....	20
3.3. La relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents .....	20
3.4. Le soutien social.....	22
3.5. Le climat scolaire, la participation parentale et l'ouverture de l'école à la communauté .....	23
<b>II. EVOLUTION DE LA SANTE SCOLAIRE DANS LE MONDE</b> .....	25
1. La santé scolaire dans les pays européens.....	25
1.1 En France .....	25
1.2. En Pologne .....	29
1.3. Au Danemark .....	30
1.4. Au Portugal .....	31
1.5. En Suisse .....	31
1.6. En Belgique .....	32

1.7. En Espagne .....	32
2. La santé scolaire en Amérique latine et les caraïbes .....	33
3. La santé scolaire dans les pays africains et asiatiques .....	34
3.1. En Tunisie .....	34
3.2. La santé scolaire au Mali .....	35
3.3. La santé scolaire au Liban .....	37
4. Les approches globales de promotion de la santé en milieu scolaire .....	38
4.1. Le Health Promoting School (les écoles promotrices de santé) .....	38
4.2. Le Healthy School (HS) .....	40
4.3. Le Coordinated School Health Program (CSHP) .....	41
5. L'éducation à la santé en milieu scolaire .....	42
5.1. L'évolution historique de l'éducation à la santé .....	43
5.2. Modèles d'éducation à la santé .....	45
5.3. L'évolution de l'éducation à la santé en milieu scolaire .....	47

Conclusion.....	49
-----------------	----

## **CHAPITRE II : EVOLUTION DE LA SANTE SCOLAIRE EN ALGERIE..... 51**

Introduction .....	51
--------------------	----

### **I. EVOLUTION HISTORIQUE DE LA SANTE SCOLAIRE EN ALGERIE..... 51**

1. La santé scolaire en Algérie durant l'ère coloniale .....	52
2. L'évolution de la santé scolaire en Algérie de l'indépendance à 1994 .....	52
2.1. Évolution historique de la santé scolaire en Algérie de l'indépendance à 1994 .....	52
2.2. Evolution des principaux indicateurs de la santé scolaire avant 1994 .....	60
2.2.1. Evolution de la couverture sanitaire par les visites médicales systématiques de dépistage.....	60
2.2.2. Prévalence des affections dépistées.....	61
2.2.3. Prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire .....	63
2.2.4. Contrôle d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires .....	63
3. La santé scolaire en Algérie après 1994.....	64
3.1. Objectifs de la nouvelle organisation de la santé scolaire .....	64
3.1.1. Objectifs généraux.....	64
3.1.2. Objectifs intermédiaires .....	65
3.2. Plan d'opération de la nouvelle organisation de la santé scolaire.....	65
4. Les activités assurées par la santé scolaire .....	68
4.1. Les visites médicales systématiques de dépistage.....	68
4.1.1. Préparation et programmation de la visite médicale systématique de dépistage .....	68
4.1.2. Déroulement de la visite médicale systématique de dépistage.....	69
4.1.2.1. Les activités paramédicales .....	69
4.1.2.2. Les visites médicales .....	69

4.2. Le suivi et la prise en charge des affections dépistées .....	70
4.2.1. Listing des élèves à convoquer pour un suivi .....	71
4.2.2. Convocation des élèves à suivre.....	71
4.2.3. Examen médical de suivi à l'UDS .....	71
4.3. L'éducation sanitaire .....	72
4.4. Les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires .....	72
4.5. La vaccination .....	72
5. Coordination intersectorielle .....	73
5.1. Le rôle de chaque secteur .....	73
5.1.1. Le secteur de la santé .....	73
5.1.2. Le secteur de l'éducation .....	74
5.1.3. Les collectivités locales .....	75
5.1.4. Les associations des parents d'élèves .....	75
5.2. Les structures de coordination existantes .....	76
5.2.1. Le conseil de santé de l'école .....	76
5.2.2. Le comité de coordination communal .....	76
5.2.3. Le comité de coordination au niveau du secteur sanitaire .....	77
5.2.4. Le comité de coordination de la wilaya .....	77
5.2.5. Le comité national de coordination .....	78

## **II. EVALUATION DES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE EN ALGERIE DEPUIS SA REORGANISATION A NOS JOURS .....**

1. Les supports d'information .....	79
2. Les moyens humains et infrastructurels au service de la santé scolaire.....	80
2.1. Les unités de dépistage et de suivi .....	80
2.2. Les personnels exerçants en santé scolaire .....	81
2.2.1. Les médecins généralistes .....	81
2.2.2. Les chirurgiens dentistes .....	82
2.2.3. Les psychologues .....	82
2.2.4. Le personnel paramédical.....	82
3. Evolution des principaux indicateurs de la santé scolaire en Algérie depuis sa réorganisation à nos jours.....	83
3.1. Couverture sanitaire par les visites médicales systématiques de dépistage .....	84
3.2. Evolution des affections les plus couramment dépistées en milieu scolaire.....	85
3.3. Evolution du suivi au niveau des UDS et de la prise en charge spécialisée des affections dépistées .....	88
3.4. Evolution de la prise en charge des affections chroniques confirmées.....	89
3.5. Evolution des activités de vaccination en milieu scolaire de l'année scolaire 1997-1998 à l'année scolaire 2010-2011.....	91
3.6. Evolution des contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires .....	92
3.7. L'éducation sanitaire en milieu scolaire.....	93
3.8. La Santé bucco-dentaire .....	95
3.8.1. Les objectifs du programme .....	95
3.8.2. La stratégie du programme.....	96

4. Evolution du budget de la santé scolaire de 1999 à 2011 .....	97
5. L'alimentation scolaire en Algérie .....	98
Conclusion.....	101

**CHAPITRE III : ESSAI D'ANALYSE DU PROGRAMME DE SANTE SCOLAIRE  
DANS LA COMMUNE DE BEJAÏA .....** 103

Introduction .....	103
--------------------	-----

**I. EVALUATION DES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE DANS LA COMMUNE  
DE BEJAÏA.....** 103

1. La carte sanitaire scolaire de la commune de Béjaïa.....	104
2. Evolution des principaux indicateurs de la santé scolaire dans la commune de Béjaïa .....	106
2.1. Couverture sanitaire par les visites médicales systématiques de dépistage .....	106
2.2. Evolution des affections les plus couramment dépistées en milieu scolaire .....	110
2.3. Evolution du suivi au niveau des UDS et de la prise en charge spécialisée des affections dépistées .....	112
2.4. Evolution de la prise en charge spécialisée des affections chroniques confirmées.....	115
2.5. Evolution de la couverture vaccinale des élèves .....	117
2.6. Evolution des contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires .....	118
3. Evolution du budget alloué à la santé scolaire dans la commune de Béjaïa .....	120

**II. ENQUETE AUPRES DES DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES  
ET DES MEDECINS DE SANTE SCOLAIRE DE LA COMMUNE DE BEJAÏA SUR  
LA SANTE SCOLAIRE .....** 121

1. Présentation de l'enquête .....	121
1.1. Objectifs de l'enquête.....	121
1.2. Caractéristiques générales de l'enquête .....	122
1.2.1. Collecte d'informations.....	122
1.2.2. Contrôle des questionnaires .....	122
2. Dépouillement .....	123
3. Difficultés rencontrées .....	123
4. Présentation et analyse des résultats de l'enquête .....	124
4.1. Présentation et analyse des résultats de l'enquête menée auprès des directeurs des établissements scolaires.....	124
4.1.1. Présentation de l'échantillon .....	124
4.1.2. Connaissances des directeurs des établissements scolaires concernant la santé scolaire .....	125
4.1.3. Répartition des enquêtés selon leur perception des moyens affectés à la santé scolaire .....	126
4.1.4. Répartition des enquêtés selon leur satisfaction par les services de santé scolaire .....	128

4.1.5. Répartition des enquêtés selon leur perception de leur relation de coordination avec l'équipe de santé scolaire et les parents d'élèves.....	129
4.1.6. Répartition des enquêtés selon leur perception de la qualité d'hygiène dans leurs établissements.....	131
4.1.7. Répartition des enquêtés selon leur perception de l'éducation à la santé à l'école.....	133
4.2. Présentation et analyse des résultats de l'enquête menée auprès des médecins de santé scolaire.....	136
4.2.1. Description des UDS.....	136
4.2.2. Répartition des enquêtés selon leur perception des moyens qui leur sont affectés et de leur conditions de travail.....	137
4.2.3. Répartition des enquêtés selon leur perception des tâches qu'ils assurent et de leurs outils de travail.....	138
4.2.4. Répartition des enquêtés selon leurs relations de coordination avec les différents acteurs de la santé scolaire.....	139
4.2.5. Répartition des enquêtés selon leur perception de l'éducation à la santé.....	141
Conclusion.....	141
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	144
Bibliographie.....	149
Annexes	
Liste des tableaux	
Liste des figures	

## RESUME

La mission première de l'école est de transmettre des savoirs. Cependant, parce qu'il existe un lien réel entre santé et apprentissage et parce que les établissements scolaires sont fréquentés quotidiennement par tous les enfants, il appartient aussi à l'école, espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté, de veiller à leur santé et de les aider à adopter des comportements qui préservent celle-ci dans le respect d'eux-mêmes, des autres et de l'environnement.

La santé scolaire constitue l'un des investissements pour la promotion et la protection de la santé de la population dans son ensemble. En Algérie, elle a enregistré depuis l'indépendance des progrès et acquis indéniables avec le développement des activités de dépistage, des vaccinations, de l'éducation pour la santé et des contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires. Néanmoins, la santé scolaire rencontre encore un certain nombre de contraintes et d'insuffisances liées notamment à l'insuffisance des moyens humains et matériels qui lui sont affectés et une prise en charge insuffisante des affections dépistées.

Les résultats de l'enquête que nous avons menée auprès des médecins de santé scolaire et des directeurs des établissements scolaires de la commune de Béjaïa montrent que l'insuffisance de la prise en charge de la santé des élèves est due à un certain nombre de facteurs à savoir : l'insuffisance des moyens financiers, humains et matériels affectés à la santé scolaire, la surcharge des médecins qui influe négativement sur la qualité de leurs prestations, le manque de coordination entre les différents acteurs de la santé scolaire et une prise en charge insuffisante des affections dépistées en raison des rendez vous éloignés et du manque de produits au niveau des structures publiques de santé et le manque de moyens chez une grande partie des parents pour aller en consultation privée.

**Mots clés :** santé scolaire, dépistage, vaccination, hygiène, éducation pour la santé, prise en charge spécialisée, Algérie, Béjaïa.

## **ABSTRACT**

The first mission of the school is to transfer knowledge. As it exists a link between learning and health and because the school is aimed by a lot of people as a space of specialization and a practice of citizenship, it can play a role of helping pupils to adopt the well behaviors to preserve their health with the respect of each other and their environment.

The school health constitutes an investment for the promotion and protection of the public health. In Algeria, since the independency undeniable progress and achievements have been done with the development of detection activities, vaccinations, health education and the control of hygiene and salubrity of schools. It remains for the school health to satisfy a large demand of human and material means despite the number of constraints and difficulties met in the grand.

The conclusions of our inquiry done with the doctors of school health and the heads of the primary, college and secondary schools in the city of Béjaïa show: the enough financial and human means can lead to the absence of taking in charge the pupils health. In the other hand the full activity program during the week for doctors due to the high number of pupils put the quality of the prestation in question especially with the absence of coordination between school health staff.

**Key words:** school health, detection, vaccination, hygiene, health education, Algeria, Béjaïa.

## ملخص

المهمة الأولى للمدرسة هي تلقين العلم والمعرفة، ولأنه يوجد رابط حقيقي بين التعلم والصحة، وخاصة أن المدرسة مقصودة من جميع التلاميذ تقريبا، فإنه عليها أيضا أن تسهر على صحة التلاميذ بمساعدتهم على تبني السلوكات التي تكفل لهم صحتهم، باحترامهم لأنفسهم ولمحيطهم.

إن الصحة المدرسية تمثل أهم الاستثمارات لترقية وحماية الصحة العامة. في الجزائر، ومنذ الاستقلال، بذلت مجهودات وحققت إنجازات لا يمكن نفيها، كتطور عمليات كشف الأمراض، التلقيح، التربية الصحية ومراقبة نظافة المؤسسات المدرسية. يبقى أن الصحة المدرسية تلقى عدة عوائق نتيجة نقص الإمكانيات البشرية والمادية الموجهة لها.

إن نتائج دراستنا الميدانية التي أجريناها مع أطباء الصحة المدرسية ومدراء المؤسسات المدرسية لمدينة بجاية تبين نقص التكفل بصحة التلاميذ بسبب نقص الإمكانيات المادية والبشرية، وكذلك الأعداد الكثيرة للتلاميذ مقارنة مع عدد الأطباء المتوفرين في الميدان، مما يؤثر سلبا على نوعية الخدمات الطبية، نقص التكفل الصحي بالأمراض المكتشفة بسبب تمديد مواعيد المعاينات الطبية ونقص المواد على مستوى المؤسسات الصحية العامة مما يؤدي إلى توجيه التلاميذ إلى الأطباء الخواص.

**الكلمات الجوهرية:** الصحة المدرسية، الكشف، التلقيح، النظافة، التربية الصحية، التكفل بالأمراض المكتشفة، الجزائر، بجاية.

## RESUME

La mission première de l'école est de transmettre des savoirs. Cependant, parce qu'il existe un lien réel entre santé et apprentissage et parce que les établissements scolaires sont fréquentés quotidiennement par tous les enfants, il appartient aussi à l'école, espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté, de veiller à leur santé et de les aider à adopter des comportements qui préservent celle-ci dans le respect d'eux-mêmes, des autres et de l'environnement.

La santé scolaire constitue l'un des investissements pour la promotion et la protection de la santé de la population dans son ensemble. En Algérie, elle a enregistré depuis l'indépendance des progrès et acquis indéniables avec le développement des activités de dépistage, des vaccinations, de l'éducation pour la santé et des contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires. Néanmoins, la santé scolaire rencontre encore un certain nombre de contraintes et d'insuffisances liées notamment à l'insuffisance des moyens humains et matériels qui lui sont affectés et une prise en charge insuffisante des affections dépistées.

Les résultats de l'enquête que nous avons menée auprès des médecins de santé scolaire et des directeurs des établissements scolaires de la commune de Béjaïa montrent que l'insuffisance de la prise en charge de la santé des élèves est due à un certain nombre de facteurs à savoir : l'insuffisance des moyens financiers, humains et matériels affectés à la santé scolaire, la surcharge des médecins qui influe négativement sur la qualité de leurs prestations, le manque de coordination entre les différents acteurs de la santé scolaire et une prise en charge insuffisante des affections dépistées en raison des rendez vous éloignés et du manque de produits au niveau des structures publiques de santé et le manque de moyens chez une grande partie des parents pour aller en consultation privée.

**Mots clés :** santé scolaire, dépistage, vaccination, hygiène, éducation pour la santé, prise en charge spécialisée, Algérie, Béjaïa.