

DSB
1
Ministère de la Santé

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

Secrétariat Général

Analyse documentaire ***Sur***

la santé scolaire au Mali

Adama DIAWARA
Consultant Indépendant

Octobre 2000

SOMMAIRE

RESUME	4
PREMIERE PARTIE - RESULTATS DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE	
INTRODUCTION	5
I. CONTEXTE	6
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE	9
2.1. Objectif général	9
2.2. Objectifs spécifiques	9
III. METHODOLOGIE	9
IV. PROBLEMATIQUE ET EVOLUTION DE LA SANTE SCOLAIRE	10
4.1. Problématique	10
4.2. Définition et conception de l'école santé scolaire	10
V. LA SANTE SCOLAIRE AU MALI	12
5.1. Historique et évolution de la santé scolaire: de l'ère coloniale à nos jours	12
5.2. Politiques, stratégies et moyens d'intervention en matière de santé scolaire au Mali	13
VI. INSTITUTIONS ET STRUCTURES D' INTERVENTION ET PROGRAMMES DE SANTE SCOLAIRE AU MALI	15
VII. ETUDES DE CAS DE SITUATIONS DE SANTE SCOLAIRE AU MALI	18
7.1 Situation de l'état de santé et nutritionnel dans les écoles au Mali	18
7.2 Situation de l'environnement sanitaire dans les écoles au Mali	19
VIII. ACTIVITESREALISEES ET PERSPECTIVES POUR LA PROMOTION DE LA SANTE SCOLAIRE AU MALI	22
IX. PARTENARIAT	25

X. DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN PLACE DE LA SANTE SCOLAIRE AU MALI

26

XI. CONCLUSIONS

27

DEUXIEME PARTIE - CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ENQUETE NATIONALE SUR LA SANTE SCOLAIRE

29

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

29

II. OBJECTIFS

29

III. RESULTATS ATTENDUS

30

IV. METHODOLOGIE

31

4.1. Echantillonnage

31

4.2. Outils de collecte

32

4.3. Personnel et Calendrier d'exécution des activités

33

4.4. Déroulement sur le terrain

35

4.5. Exploitation et Analyse des données

35

ANNEXES

36

ANNEXES 1 - LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

36

ANNEXES 2 - GUIDE D'ENTRETIEN

37

ANNEXES 3 - BIBLIOGRAPHIE

38

RESUME DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE.

L'état de la santé des populations maliennes en général et celui des enfants scolarisés en particulier, relevant du domaine du ministère de la santé, demeure une préoccupation en dépit des efforts accomplis depuis 1960.

De la colonisation à nos jours, la santé scolaire a toujours été une constante des différentes politiques sanitaires du pays. En 1990, suite aux Programmes d'ajustement structurels, la structure s'occupant de la santé scolaire fut supprimée mais a continué à mener des activités administratives en la matière.

Le concept école-santé, une stratégie de la santé scolaire découle de l'Initiative mondiale de l'OMS sur la promotion de la santé. Cette initiative permet une amélioration de la santé des élèves et fait de l'école un milieu propice d'apprentissage pour la promotion de la santé en direction de la communauté.

Suite à la Charte d'Ottawa et à l'Initiative Mondiale de la Santé, l'OMS a encouragé la création des Ecoles-Santé pour susciter chez l'enfant l'émergence de comportement et d'attitudes pratiques favorisant l'amélioration de son état de santé d'une part et des communautés d'autre part.

Pour cela elle a incité les pays à mettre en place une politique et un Plan d'Action pour la Santé Scolaire. Cette disposition a favorisé la relance des activités de santé scolaire au Mali.

La santé scolaire au Mali connaît une re dynamisation assez forte aux plans politique et opérationnel malgré certaines faiblesses d'ordre institutionnel, technique, structurel et humain. En effet, les projets et programmes nationaux de santé prennent en compte la santé scolaire que des structures étatiques et des ONG nationales et internationales développent à travers le pays.

Les actions, peu ou pas évaluées, sont encore timides et parcellaires et le partenariat entre les structures (potentielles) d'intervention est à améliorer.

L'élaboration d'un Plan d'Action pour la Santé Scolaire au Mali paraît nécessaire pour concrétiser la volonté politique en la matière et pour consolider et étendre les activités en cours d'exécution à l'ensemble du pays.

Pour cette raison, une enquête nationale serait un moyen efficace pour poser un bilan plus global des actions de la santé scolaire et pour proposer des axes de travail conséquents à l'atteinte des objectifs de la santé scolaire au Mali.

PREMIERE PARTIE

RESULTATS DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE

0. INTRODUCTION

La présente étude sur la santé scolaire est fondamentalement documentaire selon les termes de références cités en annexe. Elle porte sur l'analyse et la synthèse de documents relatifs au sujet, sur des informations recueillies auprès des institutions et personnes-ressources qui interviennent dans le domaine de la santé scolaire.

Elle dégagera des axes d'orientation pour la préparation de l'enquête nationale sur la santé scolaire en vue de l'élaboration d'un plan d'action national en la matière. C'est pour cette raison que l'étude, en plus de l'état des lieux ou constats, soulèvera des questions auxquelles l'enquête nationale devrait apporter des réponses malgré l'existence de certaines potentialités ou situations favorables à la santé scolaire qui seront mentionnées.

S'il y a beaucoup d'études sur la santé en général, celles relatives à la santé scolaire ou à la santé de la tranche d'âge scolaire (de 6 à 25 ans) sont rares. Elles sont éparses et fragmentaires portant sur quelques zones du pays où des projets sur la santé scolaire sont exécutés ou sont en cours d'exécution.

L'intérêt de ces études est qu'elles soulèvent des problèmes susceptibles d'être rencontrés au niveau national à des degrés divers car ils sont presque identiques à travers le pays.

Le document comporte deux parties essentielles.

La première procède de l'état des lieux à partir de l'analyse documentaire et des entretiens avec les représentants des institutions intervenant dans la santé scolaire.

La deuxième partie est une proposition méthodologique pour l'enquête nationale.

1. CONTEXTE

La République du Mali couvre une superficie de 1.240.238 km² et partage ses frontières avec sept états. Pays sahélien enclavé, le pays compte plus de 10.000.000 d'habitants repartis entre de nombreuses ethnies qui constituent ses richesses socioculturelles. 52 % de femmes constituent sa population qui est très jeune pour seulement 32 % de scolarisation dont 25 % pour les filles et 44 % de garçons.

A. La situation politique.

La République du Mali a accédé à l'indépendance en 1960.

Elle a connu le régime socialiste de 1960 à 1968.

La deuxième république (1968-1991), se caractérise par le parti unique fondé sur une économie indépendante et planifiée.

La troisième république, née des événements populaires de mars 1991, se fonde sur la démocratie, l'instauration du multipartisme, d'un état de droit et d'un régime économique libéral.

B. La situation économique.

Le Mali est un pays agropastoral dont 80% de la population vit en milieu rural.

72% des maliens vivent en dessous du seuil de la pauvreté selon les indicateurs du Développement Humain Durable, avec un PNB de 250 US.

Les différents programmes d'ajustement structurels, conjugués avec des fléaux naturels dont la sécheresse, ont aggravé cette situation.

C. La situation socio-sanitaire.

L'état sanitaire au Mali demeure toujours préoccupant même s'il a connu des améliorations depuis l'indépendance à nos jours.

Les indicateurs de santé et de nutrition au Mali restent parmi les plus bas au monde avec un taux de couverture sanitaire des populations de 30% dans un rayon de 5 km et une couverture vaccinale antitétanique des femmes en âge de procréer de 51%.

- L'état nutritionnel des enfants, selon l'EDSM-II, est alarmant : 23% des enfants sont atteints d'émaciation, 30% souffrent de malnutrition chronique ou accusent un retard de croissance et 40 % de moins de 3 ans d'une insuffisance pondérale.
- La morbidité reste forte, caractérisée par des maladies dont les plus meurtrières sont le paludisme qui est la 1^{re} cause avec 31,64 %, les IRA basses (pneumonie broncho-pneumonie) avec (15,19%). La pandémie du sida est en progression depuis 1984 où le 1^{er} cas a été découvert même si le Mali a le plus bas taux de prévalence, 4%.
- Un enfant de moins de 3 ans sur 4, selon l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 1995-1996, a eu au moins un épisode diarrhéique au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête.

- La mortalité infantile et maternelle est encore élevée. Le taux de mortalité des enfants de < 5 ans qui est de 236/1000 naissances vivantes demeure inquiétant à cause des niveaux très élevés de maladies infectieuses et de la malnutrition. Le Mali connaît, depuis 1984, une nouvelle forme de méningite de souche de méningocoque A-Clone II-1. Le choléra est presque permanent sur l'ensemble du pays.

Le taux de mortalité maternelle est de 577 cas pour 100.000 naissances vivantes pour la période 1989-1996 et les causes sont variées.

Ces contre-performances sont dues, entre autres facteurs, à :

- l'insuffisance des infrastructures sanitaires et du personnel médical et paramédical avec un médecin pour 15 952 habitants et un technicien de santé pour 10 604 habitants en 1995/1996 alors que les normes de l'OMS sont respectivement de un médecin et un technicien pour 10 000 et 1000 habitants (Rapport de l'ODHD) ;
- la faiblesse relative du budget alloué au secteur ;
- l'analphabétisme ;
- l'influence de certaines croyances traditionnelles ;
- l'insuffisance et la vétusté du matériel technique ;
- la faiblesse de la promotion de la santé ;
- l'absence de mécanisme de solidarité ;
- la fragilité de la politique pharmaceutique.

Ce tableau est encore assombri par des conditions d'hygiène et d'assainissement précaires. L'accès aux services essentiels de base, notamment l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement demeurent insuffisants. Selon EDS II (95-96), seulement 48 % des ménages disposent d'eau potable avec des disparités importantes entre le milieu urbain (81 %) et le milieu rural (36 %) d'une part et entre les régions d'autre part (65 % à Sikasso contre 21 % à Mopti).

Au point de vue hygiène du milieu et de la salubrité seulement 4% des ménages du milieu rural et 8 % en milieu disposent d'installations adéquates d'évacuation des excréta et d'évacuation des ordures ménagères est caractérisée en milieu urbain par la prolifération de décharges sauvages et la difficulté des autorités communales à assurer l'évacuation finale des déchets.

Ces insuffisances liées au niveau des services essentiels de base (alimentation en eau potable et assainissement) combinées aux comportements et pratiques inappropriés des populations en matière d'hygiène du milieu sont à l'origine de l'incidence élevée des maladies hydriques qui occupent dans la plus part des localités la troisième place sur le tableau épidémiologique après le paludisme et les infections respiratoires aiguës.

Les problèmes d'assainissement sont identiques en ville et au village et sont préoccupants pendant la saison des pluies à cause des eaux stagnantes, des égouts à ciel ouvert,... favorisant beaucoup de maladies dont le paludisme.

L'application partielle du schéma directeur de l'hydraulique et la non application de la politique nationale d'hygiène expliquent ces tendances.

Il y a peu de données sur l'action sociale caractérisée par :

- l'aspect discriminatoire des textes législatifs et réglementaires ;
- l'exploitation économique et sociale abusive des enfants et des femmes ;
- la dégradation des mœurs et son impact ;
- la faible protection et prise en charge des besoins des groupes marginalisés et défavorisés (handicapés, personnes âgées, enfants abandonnés,...).

Ceci pourrait s'expliquer par la pauvreté doublée des autres causes évoquées plus haut.

Le Mali, depuis 1993, développe une politique de solidarité à l'endroit des personnes défavorisées et marginalisées.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs , selon les termes de référence sont:

2.1 Objectif général

Mener une étude sur la santé scolaire au Mali

2.2 Objectifs spécifiques

- Procéder à une analyse documentaire sur la santé scolaire.
- Proposer une méthodologie pour l'enquête nationale.

III. METHODOLOGIE

L'enquête est qualitative et à ce titre sera fondée à la fois sur :

Les guides d'entretien (voir annexe 2) : des entrevues ont été organisées avec des personnes ressources sur la base de guides d'entretien élaborés à cet effet pour collecter leurs expériences en matière de santé scolaire et leurs remarques et suggestions pour son amélioration. Il s'agissait, entre autres, des chefs de service de santé, de l'éducation, de responsables d'ONG et d'organisations nationales et internationales travaillant dans le cadre de la santé scolaire (voir liste des personnes rencontrées).

L'analyse documentaire : elle a consisté à lire et à analyser tout document (de base, de rapport d'étape et d'évaluation de projets/programmes) ayant trait au sujet.

Les données ainsi collectées ont permis à la fois d'établir un bilan en matière de santé scolaire au Mali et de proposer à la fois des axes d'orientation pour l'enquête nationale sur la santé scolaire et une méthodologie de travail.

La présente étude a comporté les phases suivantes :

3.1. Phase préparatoire :

- | | |
|---|--------|
| - Préparation de l'offre technique et financière : | 1 jour |
| - Partage et compréhension des termes de référence: | 1 jour |
| - Conception et élaboration des outils de l'étude : | 1 jour |

3.2. Phase – terrain :

- | | |
|---|---------|
| - Administration des guides d'entretien/ Recherche documentaire : | 8 jours |
|---|---------|

3.3. Traitement /compilation des données/rapport préliminaire.

- | | |
|--|--------|
| 3.4. Restitution/amendements du rapport préliminaire | 1 jour |
| 3.5. Finalisation du rapport définitif | 1 jour |

IV. PROBLEMATIQUE ET EVOLUTION DE LA SANTE SCOLAIRE AU PLAN INTERNATIONAL.

4.1 Problématique

La situation de la santé continue à être précaire dans les pays en voie de développement. C'est pour cette raison que l'OMS, de par sa vocation, a entrepris diverses actions mondiales pour promouvoir la santé. Parmi celles-ci s'insère "l'initiative mondiale de la santé à l'école". Cette initiative découle de la conjugaison de plusieurs facteurs qui sont entre autres:

- la fragilité et la vulnérabilité des élèves aux maladies infectieuses en général et à celles liées à l'eau et à l'assainissement. Le SIDA constitue de nos jours la plus grande menace pour la jeunesse
- le fait que les écoles soient des cadres propices pour promouvoir la santé des enfants et de leurs communautés dans la mesure où :
 - les enfants sont plus ouverts aux nouvelles idées que les adultes,
 - transmettent leurs connaissances et leurs expériences aux autres membres de la communauté
 - les écoliers sont plus facilement accessibles à travers les établissements scolaires,
 - des enseignants peuvent, dans un cadre d'apprentissage, apporter les appuis nécessaires.

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

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

En 1991 le contenu d'une éducation sanitaire complète est en milieu scolaire et les mesures à prendre sont définis pour renforcer la mise en place de la santé scolaire.

Et en 1995 la réunion du Comité d'Experts sur l'éducation parachève ces dispositifs en matière de santé scolaire.

4.2 Définition et conception de la santé scolaire

Depuis 1986 et suite à la Charte d'Ottawa, l'OMS encourage la participation de tous les secteurs de développement dans la promotion de la santé. Promouvoir la santé, c'est donner à tous les secteurs davantage de maîtrise et de moyens afin d'améliorer leur propre état de santé. Ce principe a été à la base de l'élaboration et de la mise en oeuvre par l'OMS de ce qui est désormais appelé "Initiative Mondiale de la Santé". L'un des objectifs de cette initiative est la création des "Ecoles-Santé" et de leurs réseaux. Cette initiative fait de l'école, un cadre idéal permettant à l'enfant d'acquérir des connaissances relatives à l'hygiène, à l'assainissement et à la santé. Elle permet aussi de susciter chez l'enfant l'émergence de comportement et d'attitudes pratiques favorisant l'amélioration de son état de santé d'une part et des communautés d'autre part.

La santé scolaire se confond avec la santé en général. En effet, des études ont démontré qu'il existe un lien entre la santé, les résultats scolaires, la qualité de la vie et la productivité économique. Et « La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel une importante dimension de la qualité de la vie. »

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

Suite au lancement de l'Initiative Mondiale de la Santé, les actions suivantes ont été réalisées:

- En 1995:
 - l'atelier de Ouagadougou sur l'hygiène en milieu scolaire
 - l'atelier à Gaborone dans le but de constituer le réseau "Ecole-Santé"
- En 1996 - la consultation de Capetown en faveur de Task-Force chargé du 1er réseau formé à Gaborone
- En 1998 : - l'atelier d'Accra pour des échanges d'expériences en matière "d'Ecole-Santé" En 1999:
 - Mise en place du réseau anglophone d'Ecole-Santé suite à l'atelier de Nyanga (juillet)
 - Mise en place du réseau francophone et lusophone d'Ecole-Santé suite à l'atelier de Bamako (septembre)

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

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

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

L'OMS préconise la stratégie suivante pour la création des Ecoles-Santé:

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

V. LA SANTE SCOLAIRE AU MALI

5.1 Historique et évolution de la santé scolaire : de l'ère coloniale à nos jours

5.1.1. Pendant la colonisation

Il existait une politique de santé scolaire destinée à la fois aux enfants scolarisés et aux enfants non scolarisés en cas d'épidémies.

Le Service Médical des Ecoles a été créé au cours de l'année scolaire 1955-1956 et a pleinement fonctionné à partir de 1957. Il avait pour objectifs de :

- Visiter et traiter les élèves internes des établissements du second degré de Bamako, élèves atteints d'affections ne nécessitant pas d'hospitalisation ;
- Procéder aux visites, vaccinations et enquêtes par le règlement dans toutes les écoles du premier (23) et second degré (5) établies sur le territoire de la commune de Bamako et à l'intérieur du territoire;
- Etudier l'incidence des grandes endémies tropicales sur les écoles, en procédant à des enquêtes épidémiologiques.

L'activité médicale portait sur l'hygiène des locaux (salles de classes, mobilier scolaire, installations sanitaires, dortoirs), celle de l'élève (propreté, nourriture abondante et bien préparée, pratique correcte et régulière de l'éducation physique) et la surveillance médicale de l'élève (examens médicaux, dépistages de maladies, soins médicaux et vaccinations).

5.1.2. De l'indépendance à nos jours.

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

- L'éducation sanitaire à l'école doit être efficace, méthodique et continue pour donner des résultats permanents;
- L'élève doit acquérir un certain nombre de connaissances sur la santé: description du corps humain et de son fonctionnement, l'hygiène individuelle et collective, principales maladies ainsi que les moyens à utiliser pour les éviter ou pour lutter contre elles;
- En même temps que ces connaissances, l'élève doit acquérir un comportement nouveau, c'est à dire des habitudes de santé;
- On crée ainsi une "mentalité de santé": l'enfant ne restera plus passif devant la maladie, ni devant les fautes d'hygiène collective, il se sentira responsable vis-à-vis de lui-même et de ceux qui l'entourent. Il aura le désir de participer effectivement au sein de la collectivité à l'amélioration des conditions de vie;
- L'élève est l'élément de la communauté le plus apte à recevoir les idées nouvelles concernant la santé, à les comprendre, à les répandre autour de lui. Mais il faut une adaptation nécessaire des programmes.

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

Cette inspection prendra, par la suite, le nom de Centre de Médecine Scolaire et Sportive qui est la structure d'application de la Division de la Médecine Scolaire et Sportive.

Le centre était doté de moyens humains et matériels suffisants pour mener à bien sa mission qui est à la fois curative et préventive.

Le centre, au cours du temps, a réduit ses activités au strict minimum et ne couvre plus que le District de Bamako. *En effet, suite à l'impact négatif des différents programmes d'ajustements structurels qui ont entraîné la restructuration du ministère chargé de la santé, le centre fut officiellement supprimé en 1990.*

Toute fois il a continué, en dépit de cet état de fait, à assurer le service minimal dominé par les tâches administratives au détriment de celles techniques.

5.2. Politiques, stratégies et moyens d'intervention en matière de santé scolaire au Mali.

Le Mali a connu, depuis 1960, différentes politiques sanitaires dont les résultats sont plus ou moins satisfaisants.

C'est dans ce cadre que le pays, en 1990 et en 1993, a respectivement adopté une politique sectorielle et de population pour résoudre les problèmes de santé et une autre de solidarité pour lutter contre toutes formes d'exclusion et de marginalisation en vue d'une justice sociale et d'un meilleur partage. Elles ont constitué, depuis 10 ans, les références des projets et programmes socio-sanitaires en cours d'application au Mali. Il s'agit du PSPHR, PDSS et PRODESS.

Cette volonté politique, en matière de santé scolaire est entrain de se traduire, à travers le Ministère de la santé, par l'élaboration et la mise en œuvre future d'un Plan d'Action National de Santé Scolaire (PANS). Pour cela, un comité multisectoriel de pilotage de la santé scolaire vient d'être mis en place. Le comité est composé par les représentants:

- du Ministère de la santé
- du Ministère de l'éducation
- du Ministère de la Communication
- du Ministère de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
- de l'OMS
- de l'UNICEF
- de la Banque Mondiale
- de Save the Children USA (ONG)
- de Plan International (ONG)
- de Helen Keller International (ONG)
- de Africare
- du Groupe Pivot/Santé et Population (groupe d'ONG nationaux)
- de l'APEE
- de la FENASCOM

La présente étude est une des phases en vue de l'élaboration du PANS. Elle sera suivie par une enquête nationale dont les résultats seront déterminants pour définir les objectifs, les stratégies et les actions prioritaires du PANS.

D'une manière générale, les personnes rencontrées ont une perception convergente sur le concept de santé scolaire. Cela est certainement dû au fait que ces personnes sont membres du "Groupe de Travail sur la Santé Scolaire" qui a déjà tenu des réunions périodiques.

Le recoupement des définitions des différents interlocuteurs, fait apparaître *que la santé scolaire est un processus permanent d'éducation où les élèves non seulement apprennent, mais et surtout appliquent les connaissances acquises au cours du processus de leur formation tout en adoptant des comportements et attitudes susceptibles de promouvoir la santé au niveau communautaire. De cette définition, il ressort que l'éducation est la principale action qui doit sous-tendre tout programme de santé scolaire qui se veut durable.*

Cette définition correspond dans son essence à celle de l'OMS qui définit le concept "d'école santé" comme étant une école qui cherche constamment à être un cadre de vie, d'apprentissage et de travail toujours propice au développement de la santé.

VI. INSTITUTIONS ET STRUCTURES D'INTERVENTION ET PROGRAMMES EN SANTE SCOLAIRE AU MALI.

6.1. Institutions et structures d'intervention en santé scolaire au Mali

Les actions pratiques relatives à la santé scolaire sont actuellement développées par diverses institutions qui peuvent être regroupées en trois catégories:

- 6 les services étatiques qui sont essentiellement le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education ;
- 7 les ONG internationales et nationales ;
- 8 les organisations internationales. L'OMS et l'UNICEF sont les organisations internationales les plus actives dans le domaine de la santé scolaire. A celles-ci, on peut ajouter la Banque Mondiale qui intervient activement dans la santé communautaire.

Parmi les ONG on peut retenir surtout:

- Save the Children USA
- Helen Keller International (HKI)
- Groupe Pivot Santé (ONG nationale)
- Plan International
- Save the Children UK
- Africare

6.1.1 Les services étatiques jouent le rôle de planification, c'est à dire d'élaboration de plans sectoriels. Ils abritent souvent des projets, comme ceux de:

- Education pour la Vie Familiale en matière de Population financé par le FNUAP et ayant l'UNESCO comme agence d'exécution. Ce projet opère sous la tutelle du Ministère de l'Education ;
- Education en Hygiène et Assainissement sous la tutelle du Ministère de la Santé ;
- Prévention du SIDA, également sous la tutelle du Ministère de la Santé.

6.1.2 Les organisations internationales appuient dans l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes sectoriels en apportant des ressources humaines, financières et/ou matérielles. En général, elles n'interviennent pas directement dans la mise en oeuvre sur le terrain. Aussi, elles s'accordent à dire que leurs priorités et perspectives sont celles définies ou souhaitées par l'Etat dans leurs domaines d'intervention.

6.1.3 Les ONG internationales et nationales travaillent le plus souvent avec un nombre assez élevé d'ONG locales, c'est à dire aux niveaux régional, des cercles ou villageois.

6.2 Les programmes de santé scolaire en cours d'exécution au Mali.

Quelques programmes et projets pilotes ont été mis en place ou sont en cours d'exécution pour promouvoir la santé dans les écoles. Il y a, parmi les cas recensés:

- Programme de santé de Save the Children/USA
- Programme santé Scolaire de HKI
- Projet d'hygiène et d'assainissement dans les écoles à Kolokani du Service Régional Hygiène/Assainissement de Koulikoro
- Projet EVF

6.1 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 complémentaires:

- ◇ 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 annuelle des enseignants, des comités de gestion des écoles et des infirmiers en hygiène et santé,
- ◇ introduction du maraîchage à travers l'octroi de micro-crédit aux parents d'enfants et à travers les jardins scolaires entre autres améliorer la diète alimentaire,
- ◇ distribution de micro-nutriments (fer, iode et vitamine A),
- ◇ déparasitage de tous les enfants, y compris non scolarisés,
- ◇ examen clinique annuel des tous les enfants scolarisés,
- ◇ utilisation de l'approche enfant/enfant et enfants/parents pour transmettre les connaissances à la communauté,
- ◇ création de clubs 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,
- ◇ la mise en place d'un système de suivi et évaluation.

6.2 Programme santé scolaire de HKI

Bien que récent, ce programme est ambitieux. Il est actuellement centré sur la lutte contre le trachome. Pour ce fait, 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 oeuvre du programme, les étapes suivantes ont été observées:

- ◇ Etude documentaire pour savoir la prévalence du trachome dans différentes régions,
- ◇ Choix des zones de Kita où le taux de prévalence du trachome est élevé et de Bougouni où le taux est moyen,

VII – ETUDES DE CAS DE SITUATIONS DE LA SANTE SCOLAIRE AU MALI

7.1. SITUATION DE L'ETAT DE SANTE ET NUTRITIONNEL DANS LES ECOLES

Il n'a pas été possible de trouver des données d'études (s'il y a en eu) pour caractériser la situation nutritionnelle et de santé dans les écoles au niveau national. Toutefois, une étude réalisée dans les écoles du cercle de Kolondiéba en 1999, sur l'état de santé et le statut nutritionnel des enfants scolarisés (Sacko M. et al), a apporté des données relatives à la situation nutritionnelle des élèves et aux infections parasitaires dont ils souffrent.

7.1.1 Déficits nutritionnels

- *La malnutrition est un problème de santé publique très important puisque 41% des écoliers avaient une insuffisance pondérale. Cette situation est plutôt due à une insuffisance de micro nutriments*
- *L'anémie est un problème de santé majeure avec une prévalence de presque 70%*
- *L'avitaminose A constitue aussi un problème de santé majeure avec une prévalence de tache de Bitot de plus de 5%*

7.1.2 Infections parasitaires

L'ankylostomiase est le principal helminthiase intestinal et est endémique avec une prévalence de plus de 30%. Cette infection est plus importante parmi les enfants âgés.

Selon les spécialistes de la santé rencontrés, tous les problèmes cités, déficit nutritionnel et infections parasitaires, se retrouvent dans tout le pays même si le taux de prévalence peut varier en fonction des zones.

7.1.3 Accès aux soins médicaux

Les élèves ont, longtemps, bénéficié de soins gratuits à travers un centre national spécialisé scolaire et sportif et les centres médicaux régionaux.

Il existe toujours des infirmeries au niveau des écoles, menant des activités à la fois préventives et curatives dans des conditions très difficiles de travail.

Elles développent aussi un volet social envers les élèves en difficultés (indigents), ceux qui sont handicapés ou présentant des maladies incurables.

Depuis la mise en place du programme national d'ajustement structurel, les contraintes financières 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.

La décentralisation du système de santé au Mali rapproche les services sanitaires des populations qui les gèrent. Ce qui a favorisé la mise en place de la pyramide sanitaire allant des hôpitaux nationaux, régionaux et les structures de santé à base communautaire, notamment les Centres de Santé Communautaires (CSCOM), les Centres de Santé d'Arrondissement (CS-A) et les Centres de Santé Réhabilités (CS-R). Cette approche (lucrative) pourrait-elle apporter des solutions aux problèmes d'accès des écoles aux soins médicaux qui, selon les lois en vigueur sont gratuits ?

En 1999, il y avait 426 centres de santé communautaire repartis sur l'ensemble du pays. Pour autant leur répartition géographique correspond-elle à celle des écoles ?

Autrement quelle est l'accessibilité financière et géographique des centres communautaires par les élèves ? Sont-elles une panacée à la réussite de la santé scolaire ?

Faudrait-il des mesures spécifiques pour la couche particulière des écoliers dans le processus de gestion des centres de santé ?

7.2 SITUATION DE L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE DANS LES ECOLES AU MALI

La littérature sur la situation sanitaire dans les écoles est rare, surtout au niveau national. Il en est de même en ce qui concerne les études et les actions spécifiques réalisées dans ce cadre. Toutefois, deux études relativement récentes (1998) menées dans les régions de Ségou et de Sikasso permettent d'appréhender l'environnement sanitaire des écoles de ces deux régions.

Ces études ont cherché à caractériser l'environnement sanitaire des écoles, notamment dans les domaines suivants:

- l'approvisionnement en eau potable (existence de point d'eau potable dans l'école ou à moins de 200 mètres de celle-ci);
- l'évacuation des eaux usées et excréta (existence de latrines, leur niveau d'utilisation; leur état de conservation) ;
- l'évacuation des ordures ménagères (existences de petits matériels d'hygiène et d'assainissement dont les bouilloires, les poubelles);
- le degré de formation du corps enseignant pour éduquer les élèves et promouvoir l'hygiène et l'assainissement.

Certaines données recueillies et présentées par les deux études sont compilées et résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 - Situation sanitaire dans les écoles des cercles des régions de Ségou et de Sikasso

	SEGOU				SIKASSO							
	Macina	Niono	Ségou	Total	Yanfolila	Bougouni	Kolondieba	Sikasso	Yorosso	Kadiola	Koutiala	Total
Nombre d'écoles dans l'aire de santé	45	37	23	105	Nd	nd	nd	nd	nd	nd	Nd	456
Nombre d'écoles enquêtées	12	15	8	35	23	41	14	26	11	10	19	144
Nombre d'élèves	3002	6856	4110	13968	Nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	151686
% d'élèves garçons				63	Nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	63
Nombre d'enseignants	57	101	52	210	Nd	Nd	nd	nd	nd	nd	nd	2407
Taux de couverture en A.E.P (%)	16	33	40	31	21	6	100	34	0*	nd	21**	
Taux de couverture en O.A (%)	33	33	37	34	19	4,5	Nd	9	17,5	nd	12	

nd = non disponible

A.E.P. = approvisionnement en eau potable

O.A = ouvrages d'assainissement

* Tous les établissements visités disposent de forages mais 100% de ces forages sont en panne.

** 79% des forages équipés de pompe manuel sont en mauvais état

L'analyse des données des études mentionnées et aussi les déclarations des personnes rencontrées au cours de notre étude ont décelé des problèmes, mais des potentialités dans les différents domaines qui concourent à la promotion de la santé scolaire.

7.2.1 Au niveau de la formation des enseignants en hygiène/assainissement

Problèmes

- La majorité des enseignants n'ont pas reçu de formations en santé scolaire. Les études menées ont montré que 89% des enseignants de Ségou et 100% de ceux de Sikasso n'ont reçu aucune formation spécifique en éducation à l'hygiène/assainissement
- Les enseignants ne disposent pas de manuels ou d'autres supports didactiques pour l'enseignement de l'éducation relative à l'hygiène/assainissement

Potentialités

Les évaluations des actions pilotes de formation des enseignants ont montré que:

- le corps enseignant manifeste un réel intérêt à apprendre les techniques d'hygiène et d'assainissement;
- quand bien même les enseignants n'ont pas reçu de formation spécifique, ils s'efforcent à administrer des cours d'hygiène dans les écoles;

7.2.2 Au niveau des infrastructures et ouvrages d'hygiène/assainissement

Problèmes

- Déficit généralisé en infrastructures et matériels. Le Service d'Hygiène affirme qu'au niveau national le taux d'écoles ayant accès à l'eau potable se situe aux environs de 12%;
- Les infrastructures d'hygiène/assainissement, quand même elles existent, sont généralement peu fonctionnelles, mal utilisées et mal entretenues;
- Il n'existe aucun système fonctionnel d'évacuation des ordures ménagères,
- Les écoles ne disposent d'aucune structure chargée du nettoyage et de l'entretien des écoles, même si les classes sont souvent nettoyées.

Potentialités

- Plusieurs institutions interviennent dans la construction des infrastructures d'hygiène et d'assainissement;
- Le service d'hygiène s'engage de plus en plus dans l'appui technique aux établissements scolaires et aux institutions intervenant dans le domaine de l'hygiène.

La non disponibilité des chiffres est un handicap à la tenue des statistiques et par conséquent au suivi-évaluation de l'activité.

VIII . ACTIVITES REALISEES ET PERSPECTIVES POUR LA PROMOTION DE LA SANTE SCOLAIRE AU MALI

Le contenu des interventions de leurs programmes actuels et de leurs perspectives dans le domaine de la santé en général et dans le domaine de la santé scolaire en particulier est résumé dans le tableau 2.

Tableau 2 - Les interventions des ONG et projets dans le domaine spécifique de la santé scolaire

Nom de l'institution	Principales zones d'intervention	Domaine d'intervention/ santé	Contenu des programmes	Perspectives	Observations
Save the Children/USA	Cercles de Kolondiéba		<ul style="list-style-type: none"> - Formation des enseignants en santé scolaire; - Distribution du fer, de la vitamine A et des déparasitants aux enfants - Renforcement des systèmes et les infrastructures scolaires - Développement des relations entre l'école et la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidation du programme santé scolaire - Elargissement à d'autres zones si les ressources financières le permettrait 	
Plan International	Banamba, Kangaba, Kati et Kita	Soins de santé primaire/soins maternelles et infantiles	<ul style="list-style-type: none"> - Construction d'écoles - Education sanitaire dans les communautés - Formation des enseignants 	Compléter le paquet santé par la distribution du fer, de l'iode, de la vitamine A et de déparasitants	
Africare	Dioro Konobougou	Santé publique éducation	<ul style="list-style-type: none"> - Animation sanitaire dans les écoles de Konobougou - Création de puits d'eau potable pour les écoles - Construction de latrines 	<ul style="list-style-type: none"> - Donner une meilleure consistance au volet santé scolaire (étude/évaluation des problèmes de santé et élaboration d'un programme d'intervention - Créer une synergie avec le volet éducation du projet 	
Save the Children/UK	Douentza	Soins de santé primaire/soins maternels et infantiles	<ul style="list-style-type: none"> - Construction de CSCOM et centre de référence - Animation scolaire sur la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoirie pour susciter l'intervention d'autres partenaires - Formation renforcer la capacité locale 	Réduction des interventions directes au Mali
Vision Mondiale	Koutiala, Gao, Menaka	Santé/éducation	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution d'aliments dans les Centres de Récupération Nutritionnelle (Gao, Menaka) - Animation en matière de santé 		
Groupe Pivo/SP	Banamba	Soins de santé primaire/soins maternels et infantiles	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des infrastructures sanitaires de base - Début de formation des enseignants en santé - Activités d'animation communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Intensification de la formation des enseignants - Elargissement à certaines zones de la région de Sikasso 	

Nom de l'institution	Principales zones d'intervention	Domaine d'intervention	Contenu des programmes	Perspectives	Observations
Helen Keller International	Bougouni Kita	Lutte contre le trachome	<ul style="list-style-type: none"> - Education scolaire sur la santé oculaire en utilisant des méthodes modernes d'IEC. - Renforcement de la capacité par la formation des agents des services étatiques partenaires - Amélioration des services de lutte contre le trachome au niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Elargir les zones d'intervention des 8 écoles actuellement à 20 en 2000-2001 	Le programme qui a commencé en 1998 est à sa phase pilote
Projet Education à la Vie Familiale et en Matière de Population EVF/EMP	National	Education	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration de programmes - Elaboration des curriculum du 1er et 2^e cycles et du lycée sur l'éducation scolaire à la vie familiale - Pré test et adoption des curriculum (achevés) 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction du module Education Scolaire à la Vie familiale dans le curricula des écoles - Formation de 900 enseignants au niveau du secondaire 	
Service d'hygiène	National	Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Appui technique, sensibilisation des institutions - Elaboration de normes et réglementation et suivi et leur application - formation 	<ul style="list-style-type: none"> - renforcement de la structure en personnel multidisciplinaire (médecins, sociologues) 	
Projet SIDA	National	Education	<ul style="list-style-type: none"> - IEC au niveau des écoles secondaires et supérieures - Appui en moyens de protection (préservatifs) 		

IX. PARTENERIAT

Le partenariat entre les différents acteurs a été amorcé. Son intensification est un souhait manifesté par tous. Ainsi, les organisations internationales soutiennent non seulement les activités et programmes des services étatiques, mais aussi celles des ONG qui sont désormais considérées comme étant les bras exécutifs au niveau des communautés. La politique de décentralisation aidant, les communautés deviennent de plus en plus actives dans la résolution de leurs problèmes.

Il n'en demeure pas moins que persistent encore des difficultés ou divergences entre les acteurs. Ces divergences se situent surtout au niveau des approches et des méthodes dans l'exécution des activités. Les structures les moins décentralisées observent des lenteurs dans la prise des décisions entravant le développement du partenariat.

Un autre facteur influant négativement sur le partenariat est le fait que "l'expertise et les ressources financières ne se retrouvent pas au même lieu et en même temps" pour créer la synergie nécessaire pour la coordination des activités. En d'autres termes, les institutions qui détiennent les ressources financières ne les mettent pas à la disposition des structures qui ont accumulé les expériences requises pour la santé scolaire. Cette situation découle aussi de la rigidité, le plus souvent incompréhensible, du choix des zones d'intervention de certaines institutions.

Le coût très élevé des prestations des services de l'Etat aux ONG constitue aussi un des problèmes. Les agents du corps de la santé ou de l'éducation exigent des ONG des rémunérations pour toute prestation de services, même quand il s'agit de leur propre formation.

La mise en place du comité de travail ou comité de pilotage sur la santé scolaire est un cadre très approprié pour renforcer le partenariat en trouvant des solutions aux problèmes évoqués.

Il est à remarquer que le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées n'est pas membre du Comité de travail pour la mise en place du Plan d'Action National de Santé Scolaire. Or la santé scolaire doit toujours prendre en compte les cas sociaux référés plus haut.

X. DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN PLACE DE LA SANTE SCOLAIRE AU MALI

L'atelier sous-régional sur la formation des réseaux « Ecoles-Santé » dans les pays francophones, lusophones et hispanophones de l'Afrique a dégagé des forces et faiblesses (plus nombreuses) dans la mise en place dans la santé scolaire.

Tableau 3. Forces et faiblesses des services de santé scolaire des pays d'Afrique.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre organisé; - Cadre sur promouvoir la santé; - Potentiel de ressources humaines (enseignants); - Lieu privilégié pour un changement de comportement (acquisition de comportement sain); - Les parents d'élèves constituent un atout; - Existence d'actions en faveur de la santé scolaire; - Existence d'une volonté politique; - Volonté des organisations internationales à soutenir la santé scolaire; - Existence de coopération informelle interministérielle; - Adhésion spontanée de la population cible. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence et/ou insuffisance de politique nationale et de textes réglementaires; - Absence ou/ou insuffisance des programmes en santé scolaire et universitaire; - Insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières; - <i>Insuffisance de coordination des actions entre les secteurs de la santé, de l'éducation et de la communauté en faveur de la santé scolaire;</i> - Inexistence de cadre institutionnel de coordination entre les intervenants; - Insuffisance d'ouvrage d'assainissement pour la promotion de la santé et de l'hygiène scolaire; - <i>Faiblesse du système éducatif à promouvoir la santé scolaire;</i> - <i>Insuffisance d'études et de données statistiques (recherches opérationnelles);</i> - <i>Engagement timide des décideurs nationaux;</i> - <i>Engagement timide des organismes internationaux</i>

L'enquête nationale aura pour objectifs, entre autres, de les confirmer ou de les infirmer dans le cadre spécifique du Mali, tout en en dégageant leurs ampleurs.

XI. CONCLUSIONS

Les documents portant sur la santé scolaire sont rares et fragmentaires. Suite leur analyse et aux interviews, les conclusions suivantes s'imposent:

1. La volonté politique en matière de santé scolaire reste encore timide malgré le fait que le Mali assure la Présidence et le Secrétariat Général du Bureau de Coordination du Réseau « Ecoles-Santé » des pays francophones, lusophones et hispanophones de l'Afrique.
2. La réduction institutionnelle de la santé scolaire au Centre médico-scolaire de Bamako qui n'a plus de statuts bien défini.
3. L'insuffisance, voire le manque d'activités des services étatiques dans le domaine de la santé scolaire.
4. On constate une prédominance des programmes pour les soins de santé primaires, de reproduction, maternels et infantiles touchant les enfants de 0 à 6 ans et leurs mères.
5. Les actions de santé spécifiques pour la promotion de la santé dans les écoles sont encore timides en dépit de l'augmentation sensible tant au niveau du nombre des organisations intervenant dans le domaine de la santé que celui des zones couvertes. Toutefois, il semble que dans la plupart des cas les intervenants dans la santé aient tendance à résoudre le problème de la santé dans les écoles à travers les centres de santé communautaires (CSCOM).
6. L'insuffisance des infrastructures sanitaires et d'assainissement en général, dans les écoles en particulier, est presque une constante partout, sauf dans certaines zones où Save the Children/USA a mené des actions de construction/amélioration de ces infrastructures (Kolondiba).
7. La plupart des programmes/projets interviennent généralement dans une composante de la santé scolaire.
8. La pérennisation des actions constitue un souci majeur pour tous les intervenants, à cause, entre autres facteurs, de la faible implication des communautés dans la gestion des infrastructures sanitaires dans les écoles.
9. Les programmes de santé scolaire mis en œuvre, en général, n'ont pas fait l'objet d'évaluation, donc leurs effets et impacts sont peu ou pas connus.

10. L'ensemble du pays n'est pas couvert par les structures d'intervention principalement les régions de Kayes, Mopti et Tombouctou. Les actions en matière de santé scolaire sont éparées et de moindre intensité.
11. Plusieurs structures et institutions reconnaissent que la santé scolaire est un domaine spécifique d'une part prévoient et d'autre part initier ou consolider leurs activités à court terme dans ce domaine.
12. Le partenariat, amorcé entre les intervenants en santé scolaire, reste faible.

En somme, la santé scolaire est une notion qui prend à la fois les aspects curatifs et préventifs de l'élève d'où sa prise en charge d'abord mais aussi sa formation en vue d'un changement de comportement et d'« agent de sensibilisation » des populations pour une meilleure santé pour tous. Ce qui confère à la santé scolaire une dimension multisectoriel le et multidimensionnelle.

De nos jours, au Mali, la santé scolaire est en voie de ré dynamisation. Elle connaît des difficultés à la fois institutionnelle, humaine, structurelle et technique et doit être redynamisée.

DEUXIEME PARTIE

CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ENQUETE NATIONALE SUR LA SANTE SCOLAIRE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La santé scolaire est, de nos jours, une priorité pour le gouvernement malien estimant que les élèves constituent des groupes vulnérables et de potentiels promoteurs de la santé communautaire.

L'étude documentaire sur la santé scolaire montre que les enfants souffrent de problèmes de santé dont nutritionnels importants. Les infrastructures sanitaires et d'assainissement dans les écoles sont presque inexistantes. Les projets de santé scolaire en cours d'exécution ne couvrent pas l'ensemble du pays.

Devant ces insuffisances et défis, il est impérieux de mettre en place un programme de santé scolaire qui prendra en compte toutes les aspirations des populations cibles.

Il s'agit plus spécifiquement de fournir des informations sur:

- la place, le rôle et l'importance de la santé scolaire dans la politique et le système sanitaires en cours d'exécution au Mali
- le bilan complet de la santé scolaire au Mali
- le cadre institutionnel de la santé scolaire au Mali
- le rôle et la place du Centre médico-scolaire actuel dans l'organigramme et le fonctionnement dans le système de la santé scolaire au Mali
- la qualité des services de santé scolaire et leur accès
- la surveillance actuelle des élèves et des préscolaires
- les partenaires du programme et leurs rôles respectifs (enseignants, société civile, etc....)
- le type de collaboration pouvant se tisser entre le Ministère de la santé, le ministère de l'Education et autres partenaires
- les attitudes et pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement, de la protection de l'environnement, de la prévention des maladies, de la nutrition et de la santé de la nutrition des cibles (élèves, enseignants, populations)
- les conditions de création d'écoles santé
- l'opportunité d'introduire dans les curriculums de formations, les notions relatives à la santé et à l'hygiène
- les pistes de recherche-action en santé scolaire.

II. OBJECTIFS

2.1 L'objectif général

L'enquête nationale de santé scolaire se fixe comme objectif général de fournir les renseignements nécessaires en vue de l'élaboration et de la mise en oeuvre du plan national de santé scolaire.

2.2 Les objectifs spécifiques

Ils visent à :

- déterminer la place, le rôle et l'importance de la santé scolaire dans la politique et le système sanitaire actuels au Mali ;
- établir le bilan des actions menées dans le cadre de la santé scolaire au Mali ;
- procéder à un inventaire des structures et institutions intervenant dans la santé scolaire aux niveaux :
 - . politique et stratégique ;
 - . technique (formation et information) ;
 - . financier (sources de financement externe et interne) ;
 - . logistique (structures sanitaires généralistes et spécialisées) ;
 - . exécution (Etat et services décentralisés, ONG, communautés, associations d'élèves et étudiants, de parents d'élèves) ;
- dégager les capacités et potentialités des acteurs intervenant et pouvant intervenir dans la mise en place de la santé scolaire :
 - . Enseignants formés et à former ;
 - . Elèves et étudiants ;
 - . autres intervenants ;
- identifier les besoins d'information et de formation des dits acteurs ;
- proposer un cadre institutionnel et organisationnel d'opérationnalisation pour la santé scolaire (structures, tâches, responsabilités) dans le cadre d'un partenariat complémentaire et interactif ;
- proposer des axes de recherche-action pour la santé scolaire.

III. RESULTATS ATTENDUS

- Rapport de l'enquête nationale sur la santé scolaire au Mali
 - . connaissance de la place et du rôle de la santé scolaire au Mali
 - . bilan des activités menées en la matière
 - . répertoire des structures et institutions nationales et internationales intervenant dans la santé scolaire au Mali
 - . liste et appréciation des projets et programmes de santé scolaire exécutés et en cours d'exécution
 - . orientations pour la définition et la mise en place d'un Plan d'Action pour la Santé Scolaire
 - . propositions de thèmes de recherche en matière de santé scolaire au Mali.

IV. METHODOLOGIE

4.1 Echantillonnage.

Il sera procédé à un choix raisonné des zones d'enquête et du nombre d'unités statistiques à interroger.

4.1.1 Zones d'étude

En fonction des résultats de l'analyse documentaire, on peut considérer cinq zones :

- le District de Bamako
- la zone du nord (Gao ou Tombouctou ou Kidal) où il y a peu de programmes de santé scolaire
- la région de Mopti où il y a peu de programmes de santé scolaire et où on note une insalubrité notoire
- la région de Kayes (touchée par des problèmes particuliers de santé oculaire ; (trachome, onchocercose)
- la zone sud (Sikasso) où il existe des programmes pilotes intéressants en matière de santé scolaire

4.1.2 Cibles

L'enquête touchera plusieurs cibles à différents niveaux: national, régional et local.

Niveau national :

- Les ministères et leurs directions nationales de la santé, de l'éducation et les directions des structures intervenant ou pouvant intervenir dans la mise en place de la santé scolaire.
- Les associations nationales des élèves/étudiants, de parents d'élèves, des enseignants et le personnel de santé

Niveau régional :

- Représentations régionales des structures du niveau national (Directions régionales de l'éducation, de la santé, Coordinations régionales Ong, etc.....
- Elus communaux;

Niveau local

- Représentations des collectivités décentralisées;
- Directions des écoles ;
- Responsables de la santé ;
- Associations villageoises ;
- Leaders communautaires : chefs de fractions/villages, conseillers;
- Les élèves/étudiants, enseignants, personnel de santé
- Membres des communautés individuellement

4.1.3 Techniques utilisées

Pour atteindre les objectifs de l'enquête, la démarche suivante est proposée:

- **Analyse documentaire** : la présente étude en constitue la base. Elle sera enrichie par d'éventuelles sources d'informations au cours de la dite enquête.
- **Enquêtes sur le terrain**: qui privilégiera l'approche participative. Pour cela, l'approche "PACA" (participatory analysis for community action" sera utilisée durant toutes les interviews. Au cours de ces dernières, l'**enquête appréciative** sera observée c'est à dire partir des points forts des populations cibles pour les amener à s'exprimer de façon participative. Les entrevues tiendront compte également de l'aspect **genre** c'est à dire tenir compte des préoccupations des femmes, et de toutes les autres couches défavorisées. Aussi, certains outils de la **MARP**, comme l'arbre des problèmes et des solutions, seront utilisés.

L'enquête **qualitative** sera complétée par une enquête **quantitative** légère pour mieux cerner les problèmes.

L'enquête terrain sera axée sur la connaissance du programme Santé scolaire, le profil des acteurs et des bénéficiaires, celui des activités.

4.2 Outils de collecte

4.2.1 Guides d'entretien.

Des interviews individuelles seront organisées avec des personnes ressources sur la base de guides d'entretien élaborés à cet effet. Il s'agira, entre autres, des responsables du programme, des ONG et d'organisations nationales et internationales travaillant dans le cadre de la santé scolaire.

Des focus groupes seront administrés aux hommes et aux femmes adultes, aux jeunes de 10 à 20 ans sur la base de guides d'entretien bien élaborés.

Les questions contenues dans ces guides seront élaborées en fonction des objectifs spécifiques.

4.2.2 Questionnaires

Un questionnaire adulte est adressé aux femmes et aux hommes adultes c'est à dire âgés de 15 à 64 ans. Toutefois certaines questions sont spécifiques soit à l'homme, soit à la femme.

Un autre questionnaire sera adressé aux responsables et agents de santé, de l'éducation, des Ong et associations.

4.2.3 Manuel

Un manuel sous forme de guides tant pour les chercheurs que les enquêteurs (au nombre de 4) sera élaboré. Ce manuel comprend:

- une première partie sera consacrée aux conduites à tenir pour mener de bonnes interviews (y compris la formation en PACA);
- une deuxième partie est relative à la définition de certains concepts comme la santé scolaire.
- une troisième partie qui indique les méthodes de formation des personnes en groupe, de tirage des personnes à interroger.
- une quatrième partie sera consacrée au mode de remplissage du questionnaire. Cette partie sera moins étoffée du fait que le questionnaire renfermera déjà en son sein des instructions guidant l'agent enquêteur pour le bon remplissage du questionnaire.
- une cinquième partie définit le rôle des différents acteurs: chercheurs, enquêteurs.

4.2.4 Plan d'analyse

Avant d'aller sur le terrain, une proposition de plan d'analyse sera élaborée. Le plan d'analyse détermine les principaux croisements à faire.

4.3 Personnel et Calendrier d'exécution des activités.

Deux chercheurs et huit enquêteurs seront recrutés pour mener l'étude.

4.3.1 Critères de sélection des chercheurs

Les critères de choix des chercheurs seront, entre autres :

- l'expérience en matière de recherche
- la disponibilité
- la capacité de travailler en équipe
- La connaissance de la santé scolaire est un atout

4.3.2 Critères de sélection des enquêteurs

Pour minimiser les coûts et pour plus d'efficacité, il sera proposé des personnes ressources dans chaque zone de l'étude en fonction des critères suivants:

- Etre disponible pendant toute la durée de l'enquête
- Parler la langue des aires de couverture de l'enquête
- Etre capable de travailler en équipe
- Avoir une expérience dans les enquêtes de cette nature

NB : Il sera choisi deux agents par zone, un de la santé et l'autre de l'éducation.

4.3.3 Formation des enquêteurs

La formation s'étend sur quatre jours, un jour par zone. La méthodologie suivante sera observée:

- Présentation du cadre méthodologie
- Présentation des outils de l'enquête
- Synthèse des travaux de groupes en séance plénière

4.3.4 Le pré test.

Il permet:

- de vérifier la pertinence des questions et la qualité de l'information à obtenir
- de vérifier l'adéquation et la clarté, tant pour les chercheurs que pour les enquêteurs, de la terminologie utilisée dans les questionnaires
- de vérifier l'utilité des instructions préparées pour chaque question
- de mesurer le temps nécessaire pour remplir chaque questionnaire et/ou liste de contrôle et
- de vérifier la meilleure façon d'organiser les tâches de l'équipe.

4.3.5 Calendrier d'exécution

L'étude durera soixante jours.

4.3.5.1 Phase préparatoire

- | | |
|--|---------|
| - Partage et compréhension des termes de référence avec l'équipe | 1 jour |
| - Conception et élaboration des outils | 7 jours |
| - Formation des enquêteurs | 3 jours |
| - Pré test des outils de travail | 2 jours |

4.3.5.2 Phase terrain

- | | |
|--|----------|
| - Administration des guides d'entretien/focus groupe | 28 jours |
|--|----------|

4.3.5.3 Traitement et Analyse des données

- | | |
|--|----------|
| - Traitement/saisie des données/ Analyse/rédaction d'un rapport préliminaire | 14 jours |
|--|----------|

4.3.5.4 Restitution des résultats

- | | |
|---|---------|
| - Présentation du rapport préliminaire au Groupe de travail | 1 jour |
| - Finalisation du rapport/dépôt du rapport final | 4 jours |

4.4 Déroulement sur le terrain

La formation des enquêteurs aura lieu sur le terrain, dans chaque d'enquête. La collecte des données durera un mois. Les moyens logistiques seront mis à la disposition des équipes. Un plan détaillé sera fourni permettant d'harmoniser davantage le travail sur le terrain.

4.5 Exploitation et Analyse des données

L'exploitation des données se fera en quatre étapes :

4.5.1 La vérification :

Il s'agit d'un contrôle exhaustif des fiches de terrain et un contrôle sommaire de la cohérence des données. L'équipe de chercheurs vérifie déjà sur le terrain au jour le jour les données collectées.

4.5.2 Compilation/saisie des données

La synthèse des focus sera réalisée par les chercheurs et les enquêteurs depuis le terrain et finalisée après au niveau de Bamako. Les données des questionnaires seront traitées sur le logiciel Epi-Info.

4.5.3 Apurement des données quantitatives

Un programme de contrôle sera exécuté pour vérifier la cohérence interne des réponses justes. A ce niveau, tous les fichiers seront fusionnés en un seul fichier.

4.5.4 Tabulation

Les programmes destinés à fournir des tableaux de base nécessaires à l'élaboration du rapport préliminaire et du rapport final seront développés et exploités.

L'analyse des données tiendra compte de toutes les données collectées tant qualitatives que quantitatives.

NB. Il est à préciser que toutes les phases de l'étude seront partagées avec les membres de l'équipe de pilotage afin que chaque structure puisse s'en approprier en se prononçant sur leurs pertinences.

ANNEXE 1**LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**

1. M. Weleba Bagayoko - Coordinateur du programme SVF/EMP
2. Dr. Ousmane Diadié Haidara - Spécialiste en santé publique du Plan International
3. M. Bakary Sogoba - Représentant de Save the Children/UK au Mali
4. M. Djibril Dicko - Chargé du suivi-évaluation de Save the Children/USA
5. M. Boubacar Abida Maiga - Chef Division Hygiène, DNSP
6. M. Kourounko Keita - Coordinateur IEC HKI
7. Dr. Diarra Aissetou Sacko - Chargée de programme santé Africare
8. Dr. Guindo Moussa- Chargé de santé scolaire à la DNSP
9. M. Yaya Coulibaly - Conseiller IEC Africare
10. M. Hamidou Maiga - Administrateur adjoint - Eau Assainissement, UNICEF
11. Mme Fadim Maiga - Chargée de programme santé scolaire de Save the Children/USA
12. Mme Maiga F. Sokona - - Administrateur du Programme Eau Assainissement- OMS

ANNEXE 2**GUIDE D'ENTRETIEN**

1. Quels sont les domaines d'intervention de l'institution en général?
2. Quelle définition donnez-vous au concept de santé scolaire?
3. Quelle rapprochement faites vous entre la santé scolaire et la santé en général?
4. Quelles sont les attributions et compétences de votre institutions (questions adressés aux responsables des services étatiques)
5. Quelles ont été vos interventions dans le domaine de la santé scolaire (depuis quand, où et les approches)?
6. Quelles ont été vos différents partenaires dans la mise en oeuvre de votre programme de santé scolaire?
7. Quels ont été les résultats, effets et impacts de vos programmes de santé scolaire?
8. Quelles sont les perspectives pour vos futures interventions dans le domaine (zones, quand, approches, partenaires)?
9. Quels ont été les principaux problèmes dans la mise en oeuvre des programmes de santé scolaire ?; quelles solutions envisagez-vous aux problèmes?
10. Quelles autres expériences d'autres institutions connaissez-vous dans le domaine de la santé scolaire au Mali et ailleurs?
11. Littérature disponible sur le sujet.

ANNEXE 3

BIBLIOGRAPHIE

1. CARE MALI (1999). Rapport annuel
2. DIALLO M. B. et al (1999). Initiative de Bamako plus de 10 ans après: 1987 - 1999, Rapport sur la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako au Mali. Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité
3. FENTIMAN A et HALL A. (1997). Factors influencing school enrolment and the health of children, Afram plains, Eastern Region, Ghana. UNICEF, Ghana
4. HELEN KELLER WORLDWIDE (2000). Programme de santé scolaire - Rapport d'activités (1ère année s'achevant au 30/6/00)
5. KAYA M. (1998). Rapport final d'évaluation de la situation sanitaire dans les écoles de la région de Ségou. Gouvernorat de Ségou - Direction Régionale de la Santé.
6. MAIGA ZAKARIA, FATOUMATA TRAORE NAFO ET ABDELWAHED EL ABASSI (1999). La réforme du secteur santé au Mali de 1989 à 1996. Studies in Health Services Organisation and Policy.
7. MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES (1964). Premier séminaire de la santé publique et des affaires sociales.
8. MINISTERE DE LA SANTE, DES PERSONNES AGEES ET DE LA SOLIDARITE (1999). Atelier sous-régional sur la formation des réseaux « Ecoles-Santé » dans les pays francophones, lusophones et hispanophones.
9. MINISTERE DE LA SANTE, DES PERSONNES AGEES ET DE LA SOLIDARITE (2000). Guide de formation en gestion des Centres de Santé Communautaire (CSCOM). Mali Edition
10. MINISTERE DE LA SANTE (2000). Rôle du Ministère de la Santé en matière d'hygiène publique et de salubrité
11. MINISTERE DE L'EDUCATION (1999). Curriculum du 1er Cycle en Education Scolaire à la Vie Familiale. Direction Nationale de l'Enseignement Fondamentale. Projet SVF
12. MINISTERE DE L'EDUCATION (1999). Curriculum du Second Cycle en Education Scolaire à la Vie Familiale. Direction Nationale de l'Enseignement Fondamentale. Projet SVF
13. MINISTERE DE L'EDUCATION (1999). Curriculum du Lycée en Education Scolaire à la Vie Familiale. Direction Nationale de l'Enseignement Fondamentale. Projet SVF

14. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1995). Education sanitaire et hygiène du milieu dans les écoles de l'Afrique de l'Ouest Francophone - Rapport d'un atelier régional sur les problèmes et les possibilités d'amélioration (Ouagadougou 19 - 21 avril 1994).
15. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1998). Initiative mondiale de l'OMS pour la santé à l'école: aider les écoles à devenir des écoles-santé (aide mémoire n.92).
16. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1988). Politiques pour la santé (Déclaration finale de la 2eme conférence internationale sur la promotion de la santé - les recommandations d'Adelaide)
17. PLAN INTERNATIONAL (1992). Rapport annuel
18. PLAN INTERNATIONAL (1998). Rapport annuel
19. SACKO M., ROSCHNIK N. et al.(1999). Evaluation de l'état de santé et le statut nutritionnel des enfants scolarisés des écoles communautaires du cercle de Kolondiéba. Save the Children/USA et l'Institut National de Recherche en Santé Publique - Bamako.
20. SAVE THE CHILDREN (2000). Semi-annual report, January-June 2000.
21. SAVE THE CHILDREN (1999). Annual report, January-December 1999.
22. SERIE ONG - COMMUNAUTE - DEVELOPPEMENT (1994). Problèmes de santé et systèmes sanitaires au Mali
23. SIMPARA C., DE CHAMPEAUX A. et al. (1994). Rapport d'évaluation à mi-parcours du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale.
24. Stratégie régionale d'information, d'éducation et de communication pour promouvoir la santé dans les communautés africaines (Résolution)
25. TERRITOIRE DU SOUDAN FRANÇAIS (1957). Rapport sur le fonctionnement du service médical des écoles.
26. TRAORE M. et DAKONO H. (1998). Rapport sur l'évaluation de l'environnement sanitaire des écoles de la région de Sikasso. Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité; Direction Régionale de la Santé de Sikasso.
27. WORLD BANK (1998), World Bank and the Health Sector in Mali, An OED Country Sector Review