



INSTITUT SUPÉRIEUR DE SANTÉ
DIPLOME D'ETUDES SUPÉRIEURES
SPÉCIALISÉES EN ECONOMIE
DE LA SANTÉ

IMPACT DU FINANCEMENT SUR LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE SCOLAIRE

« Cas de la région de Dakar de 1999 à 2003 »

Bibliothèque du CESAG



Présenté par:

Mme Duléye Fall NIANG
Pr. d'Economie Familiale et Sociale

Sous la Direction de:

Mr Hervé Lafarge
Maître de conférence à l'Université
Paris Dauphine
Enseignant Associé au CESAG

Mai 2005

M0083DSES05



Dédicaces

Je dédie ce travail :

- œ A la mémoire de mon père Hyacinthe NIANG, merci d'avoir développé en nous le sens de l'honneur et de la dignité.
- œ A ma mère adorée Kangou DIOUF et ma tante Ndiky DIOUF qu'Allah le tout puissant leur accorde une longue vie et une santé de fer.
- œ A mon mari Cheikh FALL et à mes enfants qui m'ont soutenue pour la réalisation de ce travail.
- œ A mes gendres : Doudou DIOP, Théophile Edouard AMINE, et Doudou SIDIBE.
- œ A mes petits fils : Tamsir Elvalis DIOP et Cheikh Mouhad Abdoul Madjid AMINE.



Remerciements

Tous nos remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

- Dr MO MENA Directeur de l'Institut Supérieur de Santé
- Dr Hervé LAFARGE, notre directeur de mémoire. Vous nous avez accordé votre temps et votre expérience. Ce travail est aussi le votre. Toute notre gratitude.
- Tout le personnel enseignant de l'ISS.
- Madame GUEYE et Madame MBENGUE du secrétariat de l'ISS pour votre disponibilité permanente à l'égard des stagiaires.
- Toute l'administration et particulièrement Mme Astou LO.
- Mr Cheikh NDIAYE Inspecteur d'Académie de la région de Dakar.
- Au Professeur Malick SEMBENE, Chef de la Division du Contrôle Médical Scolaire.
- DR DIA Médecin Chef de l'Inspection Médicale des Ecoles de Dakar et tout le personnel de l'IME.
- Tout le personnel de la DEMSG du Ministère de l'Education et particulièrement, Mme Amy DIOP et Mme Amy DIOUF SY.
- Tous les Proviseurs, Principaux, Directeurs et Directrices d'écoles qui ont répondu à notre questionnaire.
- Tous les Elèves-Professeurs en Economie Familiale et Sociale de la promotion 2003-2004 qui nous ont aidé à la réalisation de notre enquête : Fatou TALL THIAM, Oumou Koulsoum LY, Aissatou MBAYE, Momadou M FALL, Mor Awa DIENG, Adoulaye WADE.

- Mr Momodou DIALLO Professeur à l'ENSETP de Dakar, vous nous avez fait bénéficier de votre disponibilité et votre expérience.
- Mes neveux :Thierno GUEYE et Mouhamadou Racine Hyacinthe TOURE, pour tout votre précieux temps consacré à ce travail.
- Mes sœurs : Aissatou GUEYE KEBE et Ndakhté NIANG DIENG pour votre soutien matériel et moral.
- Tous ceux qui de près, ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail, en particulier Amadou DIABATE et Abdou DIOP de la 4^{ème} et 5^{ème} promotion du Diplôme Supérieur Spécialisé en Economie de la Santé(DESS/ES) de l'Institut Supérieur de Santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
LISTE DES GRAPHIQUES.....	5
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	7
Introduction	8
PREMIERE PARTIE.....	11
CADRE THEORIQUE.....	12
CADRE OPERATIONNEL	
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	12
I/ CADRE DE L'ETUDE	12
1.1. / GENERALITES.....	12
1.2/ Organisation et diagnostic du système éducatif	13
1.2.1 / Organisation.....	13
1.2.2/ Diagnostic du secteur de l'Education et de la formation.....	14
1.2.2. 1/ Le secteur élémentaire	16

1.2.2. 2/ Le secteur moyen	21
1.2.2. 3/ Le secteur secondaire.....	22
1.3/ Situation sanitaire au Sénégal	23
1.3.1./ Organisation du Secteur public : la pyramide sanitaire	23
1.3.2./ Secteur privé de la santé	24
1.3.3./ Ressources du secteur de la santé	25
1.4/ La Santé scolaire au Sénégal	28
1.4.1/ Historique.....	28
1.4.2/ Missions des Inspections Médicales des Ecoles.....	29
1.4.3 / Nouveau contexte d'évolution des Inspections Médicales des Ecoles.....	31
1.4.4./ Organisation du service de santé scolaire.....	33
1.4.5. /L'Inspection Médicale de Dakar : cadre de notre étude.....	34
II / Problématique.....	37
III / Etat des connaissances	41
IV / Objectifs de l'étude.....	46
4.1 Objectif général	46
4.2 Objectifs spécifiques	46
V/ Cadre théorique	47
CHAPITRE 2 : CADRE OPERATIONNEL	49
I / Population à l'étude	49
1.1. / Populations cibles de l'étude	49
1.2. / Echantillonnage.....	49
1.2.1/ Type d'échantillonnage.....	49
1.2.2. / Taille de l'échantillon	50
II / Définition opérationnelle des variables.....	51
III / Techniques de Collectes	52
IV/ Traitement des données	52

DEUXIEME PARTIE.....	53
-----------------------------	-----------

PRESENTATION DES RESULTATS : ANALYSE & DISCUSSION.....	53
---	-----------

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DES RESULTATS.....	54
---	-----------

1.1/ Description de l'échantillon	54
1.1.1/ Les responsables d'établissement	54
1. 1..2. / Les élèves.....	54
1. 1. 2. 1. / Répartition des élèves par niveau	54
1.1. 2.2. / Evolution des effectifs des élèves dans l'échantillon	55
1. 2. / Résultats de l'étude du financement	55
1. 2. 1. / Les sources de financement de la santé scolaire	56
I.2.1.1. / L'Etat.....	56
1.2.1.1.1. / L'évolution du budget de l'Education par rapport au budget	56
1.2.1.1.2/ Evolution de la part du budget de l'Education réservée au financement de la santé scolaire.....	57
1.2.1.2. / Les bailleurs de fonds.....	58
1.2.1.3. / Contribution de la communauté.....	58
1.2.1.3.1 / Les fonds provenant de la participation des élèves	59
1.2.1.3.2 / Les fonds générés par les tickets modérateurs et l'initiative de Bamako.....	60
1.3. / La mise en œuvre des activités de santé	62
1.3.1. / Les activités de supplémentation et de déparasitage	62
1.3.2./ La visite systématique des établissements scolaires et le dépistage précoce des maladie	63
1.3.4. / Mise en place de boîte de pharmacie dans les établissements scolaires	63
1.3.5. / Dispensation de cours d'Education sanitaire dans les établissements scolaires	64

1.4./ Assainissement et Approvisionnement en eau potable	65
1.4.1/ Approvisionnement en eau potable	65
1.4.2/ Les installations sanitaires	65
1.5/ Niveau de réalisation du Projet santé et Nutrition à l'école	66
Conclusion partielle	67
1.6/ Utilisation des services de l'IME.....	67
1.6.1./ Taux d'utilisation de l'IME	67
1.6.2. / Motifs d'utilisation de l'IME.....	68
1.7. / Performances des élèves	69
1.7.1. / Taux de Réussite moyen aux examens et contribution au budget de la santé scolaire.....	69
1.7.2/ Etude de la corrélation entre la contribution des élèves et le taux de réussite	70
 CHAPITRE 2 ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	74
2.1 / Intérêt et limites méthodologiques des deux enquêtes	74
2.2. / Analyse des résultats	74
2.2.1. / Le financement de la santé scolaire	75
2.2.2 / La mise en œuvre des activités de santé	77
2.2.2.1. / Les activités de Déparasitage et de Supplémentation.....	77
2.2.2.2. / Approvisionnement en Eau et Assainissement	78
2.2.2.3. / Education Sanitaire	79
2.2.2.4. / Infirmerie et Boites à Pharmacie	80
2.2.2.5. / Les visites systématiques.....	80
2.2.3. / Utilisation de l'IME	81
RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION	82
CONCLUSION.....	83
Biographie	85

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique N° 1 corrélation entre le taux de réussite des élèves et la cotisation contribution / élèves ns la région de Dakar en 2003.....	71
Graphique N° 2 corrélation entre le taux de réussite des élèves et la cotisation contribution / élèves ns la région de Dakar en 2003.....	72

LISTE DES TABLEAUX PAGES

Tableau n°1 : Evolutions TBS, Nb Ecoles, Salles, Enseignants	17
Tableau n°2 : Evolution nombre d'enseignants contractuels, salles CDF élèves des CDF (élémentaire)	18
Tableau n° 3 : Evolution du taux d'admission au CI de 97/98 à 2001/02)	18
Tableau n° 4 : Evolutions TBS dans les différentes régions du Sénégal.....	19
Tableau n°5 : Evolution des taux d'accès et d'achèvement	19
Tableau n°6 : Evolution du taux de redoublement dans l'élémentaire de 97/98 à 2001/2002.....	20
Tableau n°7 : Evolution des taux d'abandon de 97/98à 2001/2002.....	20
Tableau n°8 : Le taux de survie en 5 ^{ème} année	21
Tableau n°9 : Evolution du TBS de 97/98 à 2001/2002 dans le moyen.....	22
Tableau n°10 : Evolution du TBS de 97/98 à 2001/2002 dans le secondaire	22
Tableau n°11 : situation des infrastructures publiques et confessionnelles en 2001	25
Tableau n° 12 : Répartition des infrastructures privées par régions.....	26
Tableau n°13: Effectif global du personnel de santé (secteur public et privé).....	27
Tableau n°14 : Evolution du personnel de l'IME de Dakar	36
Tableau n°15 : Répartition des types d'établissement.....	54
Tableau n°16 Distribution des élèves dans les différents niveaux d'enseignement dans l'échantillon.....	55
Tableau n°17 : Evolution des effectifs des élèves dans l'échantillon.....	55
Tableau n° 18: Evolution de la part de l'éducation dans le budget de fonctionnement de l'Etat (en milliards de francs CFA).....	56
Tableau n°19 : Part de l'éducation dans le budget au Sénégal, en Côte d'Ivoire, et au Togo en 2000/2001.....	57
Tableau n°20 : Part du budget de la santé scolaire sur le budget du Ministère de l'Education (en Milliards).....	57

Tableau n°21 : Evolution de la contribution des partenaires au financement de la santé scolaire.(en millions de frs CFA).....	58
Tableau n°22 : Contribution des élèves à travers le comité de santé des IDEN	59
Tableau n°23 : Part de chacune des sources de financement de la santé scolaire dans la région de Dakar en francs CFA.....	61
Tableau n°24 : Part des sources de financement sans les charges de personnel pour l'état	62
Tableau n°25 : Distribution des différentes activités de santé dans les IDEN de la région de Dakar en 2003	64
Tableau n°26: Approvisionnement en eau potable des établissements scolaires de la région de Dakar.....	65
Tableau n°27: Etat de propreté des toilettes des établissements scolaires de la région de Dakar	65
Tableau n° 28 : Barème d'appréciation de la performance du système de santé scolaire	66
Tableau n° 29 : Objectifs assignés et niveaux de réalisations des activités de santé scolaire dans la région de Dakar.....	66
Tableau n°30: Utilisation DE L'IME par les élèves en 2003	67
Tableau n°31 : connaissance montant à payer pour une consultation à l'IME	67
Tableau n°32 : Appréciation du coût de la consultation à l'IME	68
Tableau N°33 : Motifs de fréquentation de l'IME.....	68
Tableau n°34 : Evolution du taux de réussite des élèves de la Région de Dakar de 1999 à 2003.....	69
Tableau n°35 : Evolution des taux moyens globaux de réussite /IDEN dans la région de Dakar de 1999 à 2003.....	70

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

1. CI : Cours d'Initiation
2. CP : Cours Préparatoire
3. CE1 : Cours élémentaire première année
4. CE2 : Cours élémentaire deuxième année
5. CM1 : Cours moyen première année
6. CM2 : Cours moyen deuxième année
7. CDF : Classe à double flux
8. DCMS : Division du contrôle médical scolaire
9. DERF : Direction des études, de la recherche et de la formation
10. DPRE : Direction de
11. DS : Direction de la santé ;
12. EGEF : Etats généraux de l'Education et de la Formation ;
13. EPT : Education Pour Tous ;
14. F : Féminin ;
15. FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population ;
16. IDEN : Inspection départementale de l'Education Nationale
 - a. Iden DKBL : Iden Dakar Banlieue
 - b. Iden DKM : IDEN Dakar Médina
 - c. Iden DKV : Iden Dkar Ville
 - d. Iden GDK1 : Iden Grand Dakar 1
 - e. Iden GDK2 : Iden Grand Dakar 2 ;
 - f. Iden Gued : Iden Guédiawaye ;
 - g. Iden RUF1 : Iden Rufisque 1 ;
 - h. Iden RUF2 : Iden Rufisque2 ;
 - i. Iden THiar : Iden Thiaroye ;
17. IME : Inspection médicale des écoles
18. JICA: Japan International Coperation Agency
19. M : Masculin
20. MC :
21. MEFP : Ministère de l'Economie des Finances et du Plan ;
22. NB : Nombre ;
23. OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;
24. PDEF : Programme Décennal de l'Education et de la Formation ;
25. REG : Région ;
26. TAMA : Taux d'Admission Moyen Annuel
27. TBS : Taux brute de scolarisation ;
- TRE M : Taux moyen de réussite

INTRODUCTION

Le concept de « santé pour tous » fait écho à la demande de justice sociale et d'équité sanitaire, exprimée dans la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

La déclaration d'Alma-Ata de 1978 continue d'inspirer la communauté internationale, car elle place les populations au centre des questions de santé et de développement. Ne serait-ce que pour cette seule raison l'objectif et les aspirations énoncées il y a plus d'un quart de siècle resteront toujours au cœur des travaux de l'OMS.

L'action Macroéconomique et Santé conduite dans les pays repose sur cette approche holistique, contribuant à préconiser davantage d'investissements dans le secteur de la santé et à mettre sur pied une stratégie sanitaire unique et globale qui privilégie les personnes démunies [1].

Ainsi la collaboration internationale sur la santé scolaire, bien que vieille de plus de 120 ans, doit être aujourd'hui une pièce maîtresse dans l'atteinte de l'objectif de la santé pour tous. En effet au cours du XIX^e siècle, la santé scolaire est devenue une préoccupation réelle lorsque les lois sur la solidarité obligatoire sont entrées en vigueur en Europe [2].

Comme le souligne l'ancien Directeur général de l'OMS Dr Hiroshi NAKAJIMA : « La santé est indissociable de la réussite scolaire, de la qualité de vie et de la productivité économique. En inculquant aux enfants, des connaissances, des valeurs, des qualifications et des pratiques relatives à la santé, on leur confère la capacité de mener une vie saine et d'être des agents du progrès sanitaire dans leur communauté » [3].

Il a également été dit que « la santé des jeunes en milieu scolaire représente le premier maillon de la chaîne de la sauvegarde du capital santé de chacun d'entre nous. C'est à l'école que se forment les prises de conscience, les

comportements, les habitudes qui feront que l'adulte sera attentif à la qualité de sa santé tout au long de son existence. C'est dire l'importance de la mission confiée à l'école, en liaison étroite avec la famille : veiller au bien-être et à l'épanouissement physique, mental et social de l'élève, et assurer, tout au long de la scolarité, une éducation à la santé adaptée aux enjeux actuels. [4]

Ces constats confirment l'importance particulière accordée à la santé scolaire, qui est une branche de la santé préventive.

En effet selon les résultats de nombreuses études, les programmes de santé scolaire peuvent être le moyen le plus efficace et le plus coût efficace pour améliorer la santé des communautés, et la performance académique des élèves. [5]

Le système de santé scolaire qui est donc un pilier incontournable pour la promotion de la santé des communautés, constitue un sous secteur du système de santé en général. La santé scolaire a quatre composantes : la prévention primordiale, la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

Le Sénégal, à l'instar de tous les pays a adopté les déclarations sur l'Education (Jomtien en 1990 et Dakar en 2000). Ainsi, il a réservé dans son Programme Décennal de l' Education et de la Formation (PDEF), une place de choix à la sous-composante santé et nutrition.

C'est dans ce cadre que la DCMS (Division du Contrôle Médical Scolaire) s'évertue d'assurer aux enfants une couverture socio sanitaire et nutritionnelle adéquate .Il s'agit pour cette structure d'œuvrer à promouvoir les rendements de l'apprentissage scolaire par une amélioration de la santé et de la nutrition en se fixant comme objectifs :

- l'installation de compétences chez les apprenants pour faire face à la malnutrition et aux parasitoses.

- la mise en place dans les établissements de paquets de services permettant entre autres, l'accès à l'eau potable, l'aménagement de l'environnement scolaire, des installations sanitaires. [5]

Le système de santé scolaire est soumis, pour la mise en œuvre de ses activités, à la problématique d'un financement adéquat qui est, de nos jours, d'actualité dans tous les pays en développement. En effet, le financement, fonction essentielle du système de santé, occupe de

nos jours une place importante dans la gestion de routine des services de santé.

Ainsi, le financement des systèmes de santé constitue pour le Sénégal, et pour la plupart des pays en développement, une question clé pour assurer la pérennité des actions entreprises. Il représente dans la mise en œuvre de leurs politiques de santé, un problème majeur.

Les programmes de coopération s'efforcent, en tenant compte des capacités contributives locales, d'assurer la viabilité de ces systèmes dans la recherche d'un équilibre toujours difficile entre aide extérieure, budgets nationaux, participation des populations et mises en place de mécanismes de solidarité. [6]

Le système de santé scolaire Sénégalais, à travers son financement, à savoir l'ensemble des ressources financières nécessaires pour la prise en charge des personnels, et des activités mises en œuvre dans ce sous secteur de la santé, n'est-il pas aussi concerné par cette situation ?

Au Sénégal, le financement de la santé scolaire est assuré par différentes sources : l'Etat, les bailleurs et la communauté.

Quelle est la part de ce financement dans la mission de promotion de la santé en faveur des élèves ? Nous allons tenter, dans le cadre d'un exercice économique, d'effectuer une analyse du financement de la santé scolaire dans la région de Dakar, de 1999 à 2003, et de faire, le cas échéant, des propositions d'amélioration.

A cet effet, nous présentons dans une première partie, le cadre théorique et opérationnel de l'étude. Ensuite, nous présentons les résultats et la discussion dans une deuxième partie.

PREMIERE PARTIE

CADRE THEORIQUE ET CADRE OPERATIONNEL

CHAPITRE 1 :

CADRE THÉORIQUE DE L'ETUDE

I / CONTEXTE DE L'ETUDE

1.1. / Généralités

Le Sénégal est un pays de l'Afrique occidentale couvrant une superficie de 196 722 Km².

En 2003, sa population est estimée à 10 127 809 habitants. Elle croit au taux annuel de 2,7% soit un temps de doublement de 25 ans environ. Elle est inégalement répartie à travers le territoire national, l'essentiel étant concentré dans la partie occidentale. Cette population est à majorité jeune (50% ont moins de 16 ans). La population urbaine représente 41% de l'ensemble, plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique subsaharienne.

Le pays est subdivisé en onze régions et trente quatre départements. Ces derniers sont subdivisés en arrondissements, communes, communautés rurales et villages.

La Région de Dakar, cadre de notre étude est située à l'extrême ouest du Sénégal. Elle abrite la capitale du pays et couvre une étendue géographique de 550 kilomètre- carré soit 0,3% de la superficie du pays. Sa population est de 2 268 542 habitants (22,4% de la population totale du pays), soit une densité de 4147 habitants. A l'intérieur de ses frontières se trouvent : Quatre Départements (Dakar, Guédiawaye, Pikine, Rufisque) ; sept Communes dont quatre dans le Département de Rufisque, un dans le département de Dakar, un dans le département de Guédiawaye et un dans le Département de Pikine. Le Département de Rufisque compte aussi un Arrondissement et deux communautés rurales.

La région académique de Dakar a la responsabilité de dix IDEN avec 415 écoles publiques dont 351 écoles élémentaires et 64 écoles aux niveaux moyen et secondaire.

En Octobre 2003, les effectifs scolaires publics de la région de Dakar sont de 291 667 élèves ainsi répartis : 225 378 élèves au niveau élémentaire et 66 289 élèves aux niveaux moyen et secondaire.

Le taux bruts de scolarisation (TBS) y a progressé régulièrement passant de 56,8% en 1990/91 à 65,5% en 1998/99. Le taux d'analphabétisme avoisine 73%. Cette situation doit être prise en compte dans toutes les stratégies à mettre en œuvre.

1.2/ Organisation et diagnostic du système éducatif

1.2.1 / Organisation

La constitution de la république du Sénégal stipule que « l'Etat est responsable de la politique d'éducation définie et mise en œuvre par le Ministère de l'éducation, de l'Enseignement Technique et de la formation professionnelle ». L'Etat assure à ce niveau une mission de service public. A cet effet, la Loi d'Orientation 91 22 du 16 février 1991 définit les orientations de l'Education nationale qui tend à :

- ✓ préparer les conditions d'un développement intégral assumé par la nation toute entière
- ✓ promouvoir les valeurs dans lesquelles la nation se reconnaît
- ✓ élever le niveau culturel de la population

Le système éducatif est structuré en deux secteurs : le formel et le non formel

❖ L'Education formelle

Elle concerne plusieurs niveaux et types d'enseignement. Elle est composée de l'Education préscolaire, de l'Enseignement élémentaire, de l'enseignement moyen et secondaire général, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur.

❖ L'Education non formelle

Le secteur de l'éducation non formelle comprend l'alphabetisation, les écoles communautaires de base et « les écoles du 3^e type ». Les deux dernières modalités d'enseignement sont en expérimentation.

Le Ministère de l'Education comprend deux niveaux : un niveau central et un niveau décentralisé.

➤ **Le niveau central**

Le Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (MEETFP) est organisé autour de directions nationales et de services dits centraux. Il est aidé dans la réalisation de la politique éducative par le cabinet du Ministre Délégué chargé de l'Alphabétisation et de la Formation Professionnelle d'une part et d'autre part par le Ministre de l'Enseignement supérieur.

➤ **Le niveau décentralisé**

Dans les régions, on trouve les 11 inspections d'académie (IA) chargées de coordonner l'action éducative. Elles sont relayées dans les départements par les Inspections départementales de l'éducation nationale (IDEN) qui ont en charge le suivi et la supervision pédagogique des écoles élémentaires, des centres d'alphabétisation et des écoles communautaires de base. Au lieu de 34 il en existe 41 dans le pays compte tenu de la nécessité d'effectuer une gestion rapprochée des effectifs dans des agglomérations aussi importantes et spécifiques comme la région de Dakar, par exemple, qui compte 10 IDEN .

La configuration actuelle des Inspections Départementales repose sur des normes qui sont remises en cause non seulement par le développement inégal du réseau lié à l'étalement urbain mais aussi par l'évolution du découpage administratif et politique issu de la décentralisation. Il se pose alors de manière urgente le problème de dysfonctionnement des IDEN qui sont à cheval sur plusieurs mairies d'arrondissement.

La décentralisation ayant du mal à se mettre en place, l'intervention des communes dans la gestion des écoles tarde à connaître les effets positifs auxquels on s'attendait.

Dans la région de Dakar qui compte 43 arrondissements, il n'est pas rare de constater qu'une IDEN doit traiter ses problèmes avec 3 ou 4 mairies ayant des ressources différentes et étant dirigées par des personnalités différentes.

1.2.2./ Diagnostic du secteur de l'Éducation et de la formation

Le système d'éducation au Sénégal se caractérise par une très grande vitalité. Dans ce sens, il dispose d'un potentiel assez élevé de partenariat. Il a prouvé sa capacité d'adaptation et d'innovation aussi bien à l'endroit des sollicitations nationales que face aux tendances internationales en matière d'éducation et de formation.

Cependant le revers de cette vitalité est que le système est réduit dans son efficacité par des insuffisances liées d'une part à la faiblesse de l'accès à l'éducation, du rendement interne et externe du système et d'autre part à une organisation et une gestion peu rationnelles.

Le PDEF a rompu avec la logique de projets grandioses à effets mineurs pour une approche programme [7].

C'est pourquoi la politique désormais mise en application dans le secteur est centrée sur le renforcement du système, en priorité, de l'éducation de base, de l'Enseignement Technique et de la Formation professionnelle.

Malgré les politiques d'amélioration entreprises depuis un certain nombre d'années, notamment dans le domaine de l'admission, la qualité et l'efficacité des apprentissages restent insuffisantes et les rendements scolaires et universitaires restent faibles.

L'insuffisance des rendements pourrait s'expliquer par les raisons suivantes :

- ✓ le ratio élèves/maîtres encore élevé de 49 même si des efforts ont été réalisés depuis 1991, le ratio était alors 57.
- ✓ les ratios des manuels sont encore loin du minimum retenu.
- ✓ les écoles de formation des instituteurs qui ont remplacé les écoles normales.
- ✓ le temps de formation ayant beaucoup diminué (de 4ans à 1an).
- ✓ l'ajustement concomitant de la formation continue n'a pas suivi d'autant plus qu'il a enregistré au même moment, un afflux important de volontaires formés intensivement sur une période de 3mois environ. Cette période dure 6 mois maintenant.
- ✓ le suivi pédagogique des maîtres reste préoccupant : manque de moyens logistiques pour le corps de contrôle, engendrant une influence négative sur la qualité de l'encadrement.

En effet le ratio Inspecteurs/Maîtres est 1 pour 152 en 2002, ce qui est loin de la norme souhaitée qui est de 1 pour 50.

Avec la déclaration sur l'éducation (Jomtien et Dakar) le droit à l'éducation pour la tranche traditionnelle (7-12 ans) est fortement affirmé. C'est le but de la scolarisation universelle [mais elle est étendue à des cibles de plus en plus larges et diversifiées (les déscolarisés, les enfants à besoins éducatifs spéciaux,, les adultes analphabètes, les filles, les jeunes non scolarisés, etc.)]

Le Programme Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF) est l'outil d'opérationnalisation de ces nouvelles options stratégiques et le nouveau cadre de la réforme de l'éducation. Il capitalise les acquis des EGEF

et dresse un ordre des priorités conforme à la demande sociale et articule les priorités au cadre macro économique définie par le IX^{ème} plan et la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté.

Le Programme proposé couvre une période de dix ans avec pour objectif de porter le taux brut de scolarisation du primaire à 100% en 2010, tout en améliorant le niveau des apprentissages. Il est divisé en trois phases :

- ✓ La première phase triennale (2000-2003) sera organisée par thèmes parmi lesquels, figure le programme de santé scolaire.
- ✓ La deuxième phase (2003-2007) développera les initiatives tracées durant la première phase.
- ✓ La troisième phase (2007-2010) consolidera les acquis des deux premières phases et renforcera la capacité de gestion financière et administrative locale, tout en préparant le chemin pour un programme de scolarisation universelle de l'enseignement moyen.

1.2.2. 1./ Le secteur élémentaire

L'accès au premier niveau d'enseignement est mesuré grâce au Taux Brut de Scolarisation (TBS).

Si au début des années 90 le TBS a stagné autour d'une moyenne de 55% en termes réels il subit une baisse constante en passant de 56,81% en 1990/1991 à 55,84% en 1992 e à 54,27% en 1993.

Ces contre performances sont les conséquences directes des politiques d'ajustement et de leur corollaire : le manque de ressources pour construire des classes et recruter des maîtres.

Le redressement est amorcé à partir de 1993 où il a renoué avec la progression qui s'est maintenue jusqu'en 2003 où il a atteint un TAMA exceptionnel de 3%.

Il est significatif que l'année 93 coïncide avec la mise en place du Ministre délégué chargé de l'alphabétisation qui a initié les nouvelles politiques de recrutement des volontaires et promu de nouvelles mesures de rationalisation des classes à double flux (CDF).

L'expansion du système dépend des effets conjugués de mise à disposition de classes et de recrutement de maîtres à nombres suffisants

Le tableau suivant résume ces indications.

Tableau N°1 : Evolutions TBS, Nombre Ecoles, Salles, Enseignants

Années			Nb Enseignants	TBS		
	Nb Ecoles	Nb Salles		G	F	T
90/91	2458		12418	66,24%	47,62%	56,81%
1992				64,69%	47,08%	55,84%
1993				62,70%	45,92%	54,27%
1994				63,03%	46,23%	54,59%
1995				62,69%	46,61%	54,61%
1996	3051	14290	16289	64,31%	49,43%	57,03%
1997	3530	16047		66,70%	52,90%	59,70%
1998	3884	17550		68,00%	55,50%	61,70%
1999		20474	19667	73,10%	58,10%	65,50%
2000	4761	21730	22301	73,5%	63,10%	68,30%
2001	5160	22672	22813	73,9%	64,8%	69,4%

Source annuelle BSS/DPRE

Le tableau n°1 montre la sensibilité du PDEF par rapport à la construction d'écoles et de salles de classes et au recrutement d'enseignants. En dix ans (1990/2001), le nombre d'écoles a été multiplié presque par deux et le nombre de classes par presque plus de deux.

L'augmentation régulière de volontaires depuis 1996 (1200 en 1996, 3486 en 1998, 6018 en 2001) et l'accroissement constant des CDF entre 1994(975) et 2001 (2742) expliquent les bonds enregistrés durant cette période par le TBS qui est passé de 54,61% en 95 à 75% en 2003.

Dans cette période les CDF sont passées de 148702 à 251580 élèves entre 1991 à 2001 élèves.

Le tableau suivant indique ces observations.

Tableau n° 2 : Evolution nombre d'enseignants contractuels, salles CDF, élèves des CDF (élémentaire)

Années	(VE +MC)	Classes à Double Flux	Elèves des CDF
90/91		1362	148702
1992		1259	139314
1993		1031	116930
1994		975	108888
1995		2322	246293
1996	1200	2661	289911
1997		2609	258351
1998	3486	2161	211940
2000		2410	239599
2001	6018	2742	251580

Source annuaire BSS/DPRE

Depuis 1997, des efforts importants sont faits chaque année par la DEE en rapport avec les partenaires pour améliorer cet important indicateur à travers des campagnes de recrutement au CI (Cours d'Initiation). Le tableau ci-dessous donne quelques indications sur l'évolution des taux d'admission au cours d'initiation.

Tableau n° 3 : Evolution du taux d'admission au CI de 97/98 à 2001/02)

Sexe	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	TAMA
G et F	57	66,9	81,7	71	72	4,78
G	62,4	70,3	84,6	74	76	4,02
F	52,1	63,4	78,9	68	69	5,78
F/G	0,83	0,9	0,93	0,92	0,91	

Source annuaire BSS/DPRE

Ces efforts doivent être maintenus et développés pour arriver rapidement à 100%.



En observant les TBS des régions, on peut également constater l'impact du recrutement des Volontaires et des maîtres contractuels sur la progression du TBS car les régions sont les grandes bénéficiaires de ces recrutements. Par exemple, Kolda est passé de 56,3% en 1997/1998, à 96,5% en 2002/2003. Dakar région où s'effectue notre étude, bien qu'ayant connu une baisse de son TBS (Taux Brut de Scolarisation), a un TBS supérieur à la moyenne nationale.

Le tableau suivant illustre ces observations.

Tableau n° 4 : Evolutions TBS dans les différentes régions du Sénégal

Régions	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	TAMA
Dakar	91,5	90,0	86,3	84,7	83,3	85,2	- 1,9
Ziguinchor	90,6	92,9	99,1	109,9	113,7	100,9	4,6%
Diourbel	30,9	36,0	40,4	42,0	44,2	46,8	7,4%
St-Louis	64,5	66,1	75,2	74,9	80,3	85,5	4,5%
Tamba	60,0	71,1	76,3	80,4	82,9	88,3	6,7%
Kaolack	42,1	40,9	44,3	45,1	47,5	51,8	2,4%
Thies	59,7	68,8	69,6	72,0	75,8	79,3	4,9%
Louga	46,8	51,7	55,9	59,2	59,2	65,5	4,8%
Fatick	48,3	50,1	54,5	57,0	61,1	66,9	4,8%
Kolda	56,3	70,2	76,8	80,9	85,1	96,5	8,6%
SENEGAL	61,7	65,5	68,3	69,4	71,6	75,8	3,0%

Source annuaire BSS/DPRE

L'écart entre le taux d'admission CI (72%) et le taux d'achèvement du CM2 (51%) en 2002 est très élevé.

Le tableau suivant illustre cette situation.

Tableau n°5 : Evolution des taux d'accès et d'achèvement

Année	Achèvement	Accès
2000	40%	81,7%
2001	49%	71%
2002	51%	72%

Source annuaire BSS/DPRE

Un taux de redoublement très élevé est noté dans l'enseignement élémentaire : il est supérieur à 10% à tous les niveaux de l'élémentaire en 2002. Il augmente du CI au CM2 en passant de 10,5% à 26%. Comparé à 2001 on note des améliorations au CP au CM1 et au CM2 où il est passé respectivement de 12,5% à 10,99%, de 16,2% à 15,28% et de 29,53% à 26,08%.

Le tableau ci-dessous résume cette situation.

Tableau n° 6 : Evolution du taux de redoublement dans l'élémentaire de 97/98 à 2001/2002

CI			CP			CE1			CE2			CM1			CM2		
G	F	Tot	G	F	Tot	G	F	Tot	G	F	Tot	G	F	Tot	G	F	Tot
10	11	10,03	11	11	10,6	11	12,1	11,7	13	14	13,4	15	16	15,4	27	29	27,7
11	11	11	11	11	11,4	12	12,1	11,8	12	13	12,4	16	18	16,8	28	30	28,6
10	9,8	10	13	13	12,5	13	12,4	12,5	13	13	12,9	16	17	16,1	29	30	29,5
10,1	9,8	10	12,5	12,5	12,5	12,5	12,4	12,5	12,8	13	12,9	15,6	16,8	16,1	28,9	30,4	29,5
10,6	10,5	10,5	10,9	11,1	11	13,1	13,4	13,3	12,4	12,8	12,6	14,8	15,8	15,3	25,2	27,2	26,1

Source annuelle BSS/DPRE

Les taux d'abandon restent élevés au CI, CM1 et CM2. Au CI on enregistre 11,5% en 2001 contre 12,4% en 2002. Au CM1 11% contre 10,5% et au CM2 23,72% contre 23,52%.

Très souvent les taux d'abandon et de redoublement des filles sont supérieurs à ceux des garçons.

Le tableau suivant indique l'état du taux d'abandon.

Tableau n°7 : Evolution des taux d'abandon de 97/98 à 2001/2002

Année	CI			CP			CE1			CE2			CM1		
	G	F	Tot	G	F	Tot	G	F	Tot	G	F	Tot	G	F	Tot
97/98	7,8	11	9,3	5	11	8,3	8	12	10	3,4	11	6,6	8,3	16	11,7
98/99	8	7,2	7,7	6	6,4	6,1	9	8,1	8,8	7,2	7,9	7,6	11	11	10,6
99/00	11	12	11,5	3	4,8	4	6	7,3	6,4	4,6	6,4	5,4	9,6	13	11
00/01	10,7	12,4	11,5	3,2	4,8	4,0	5,7	7,2	6,4	4,6	6,4	5,4	9,6	12,7	11,0
½	11,3	13,6	12,4	7,1	8,7	7,8	7	7,6	7,2	4,6	6,3	5,4	9,3	11,9	10,5

Source annuelle BSS/DPRE

Pour une cohorte de 1000 enfants inscrits au CI, en supposant le rendement de l'élémentaire, en 2002, inchangé au cours des 8 prochaines années, 303 seulement arriveront au CM2 sans redoublement et 153 seront diplômés. Avec deux redoublements, 564 atteindront le CM2 et 359 auront leurs diplômes. Le nombre d'année/élèves pour former un diplômé de l'enseignement élémentaire, estimé à 14,6 en 2002 reste très élevé et constitue une limite au développement de la scolarisation élémentaire.

Le taux de survie en 5^{ème} est de 56,4% pour le total, 59,6% pour les garçons et 54,9% pour les filles.

30,3% des élèves survivent à la 5^{ème} année sans redoublement, 19% avec un redoublement et 7,1% avec deux redoublements.

Le tableau n° 8 ci-dessus illustre ces indications.

Tableau n°8 : Le taux de survie en 5^{ème} année

Niveau d'études	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Survivants MF	86,0	78,20	71,0	65,8	56,4
Survivants M	87,2	80,0	73,0	68,3	59,6
Survivants F	84,8	76,2	68,9	63,1	54,9

Source annuaire BSS/DPRE

1.2.2. 2./ Le secteur moyen

Dans l'enseignement moyen, l'évolution des taux de redoublement et d'abandon reste inquiétante.

Dans ce secteur, le principal constat est la faiblesse du taux de transition. Le nombre de places disponibles est largement insuffisant, ce qui explique la faiblesse du taux de transition qui était en 95/96 de 30,95% et en 2000/2001 de 38,9%. Cela témoigne du niveau de déperdition scolaire (plus de 60% qui ne sont pas la plus part du temps accueillis par d'autres structures). L'examen d'entrée en sixième est en réalité un concours très sélectif qui admet les enfants au prorata des classes disponibles.

Le tableau suivant indique l'évolution du taux de scolarisation dans secteur moyen.

Tableau n°9 : Evolution du TBS de 97/98 à 2001/2002' dans le moyen

Sexe	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02
G + F	20,6	22,1	22,9	23,1	24,4
G	26,2	27,7	28,6	28,7	29,8
F	15,4	16,8	17,6	17,9	19,3
F/G	0,59	0,61	0,62	0,62	0,648

Source annuaire BSS/DPRE

1.2.2. 3./ Le secteur secondaire

L'enseignement secondaire est toujours marqué par un taux d'accès très bas. Le TBS n'y a atteint que **8,6% en 2001** alors que le rythme de progression retenu par le PDEF devait le porter à 9,5%.

Le tableau n° 10 ci-dessus décrit cette situation.

Tableau n°10 : Evolution du TBS de 97/98 à 2001/2002 dans le secondaire

Sexe	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	TAMA
MF	8,90%	9,00%	8,60%	8,60%	9,60%	1,91%
M	12,40%	12,00%	11,50%	11,50%	13,00%	1,19%
F	5,90%	6,00%	6,10%	6,00%	6,60%	2,84%

Source annuaire BSS/DPRE

En Afrique Sub-Saharienne, le TBS se situe à 27%. Dans les pays à revenu faible intermédiaire, il est de 63% en moyenne. L'écart entre le Sénégal et ces deux groupes de comparaison montre l'énorme effort qui devra être déployé pour atteindre la moyenne Africaine.

On constate que les filles abandonnent plus que les garçons et ceci à tous les niveaux et pour toutes les années sauf en 3^{ème} en 1999/2000. Le redoublement conduit à d'avantage d'abandon.

Les politiques d'accès qui ont entraîné cet accroissement des effectifs devront être suivies d'une augmentation conséquente des investissements au niveau de la qualité afin de garantir des rendements performants.

Le SNERS (Système National d'Evaluation des Rendements Scolaires) a confirmé la faiblesse des performances. .

Enfin le taux de promotion vient confirmé cette faiblesse. Après avoir tourné autour de 86,10% en 1998/1999 le taux de promotion a obtenu un gain de 6 points arrivant ainsi à 92% en 1999/2000 avant d'amorcer une chute progressive depuis 2000/01.

Cette chute du taux de promotion est liée à l'absence ou à un manque d'investissement.

Les résultats ne sont pas en rapport avec les efforts. En effet au plan financier le Sénégal à l'image de beaucoup de pays sous développés dépense beaucoup pour des maigres résultats : il consacre 3,7% de son PIB par habitant pour 4,4 années de scolarisation. Il est prouvé qu'il faut au moins 5 années de scolarisation pour rester alphabétisé. Le Cameroun se situe à 5,5 années pour 1,2% de PIB par habitant tandis que le Bénin réalise 6 années pour 3% [8].

La couverture médicale en milieu scolaire reste très déficitaire, les inspections médicales des écoles, en nombre insuffisant, n'ont pas de moyen de prévention, de dépistage et de soins des élèves.

Aucune visite systématique n'est effectuée pour assurer un bon suivi sanitaire. Tous ces problèmes peuvent expliquer la situation de la qualité constatée dans le système éducatif à savoir : l'écart existant entre le taux d'admission et le taux d'achèvement ; mais aussi les taux de redoublement et d'abandon très élevés à tous les niveaux d'enseignement.

1.3./ Situation sanitaire au Sénégal

1.3.1./ Organisation du Secteur publique: la pyramide sanitaire

Le décret N°2002-79 du 29 Janvier organise les services du Ministère de la santé et de la Prévention devenu Ministère de la Santé de l'Hygiène et de la Prévention en novembre 2002, et actuellement Ministère de la santé et de la prévention médicale comme ci-après :

- ❖ Au niveau central
 - Sur le plan administratif :

Le Ministre et son cabinet

Les services propres qui sont :

- La Direction de la Santé
- La Direction de la Prévention ,
- La Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement.
- La Direction de la Pharmacie et du Médicament.
- La Direction des Etablissements de Santé
- La Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation.
- Les Régions médicales composées de districts sanitaires

Les services rattachés au Ministère qui sont :

- La Cellule d'Appui et de suivi CAS/PNDS :
- L'inspection de la Santé.
- Le Laboratoire National de contrôle des médicaments.

➤ Sur le plan technique :

Les hôpitaux nationaux ou hôpitaux de 3^o niveau (au nombre de 7 parmi lesquels on trouve les Centres Hospitalo Universitaires) structures de dernier recours pour la prise en charge des cas les plus difficiles.

❖ Au niveau intermédiaire

➤ Sur le plan administratif :

La région médicale (au nombre de 11) ou service régional de la santé ; elle supervise les districts sanitaires

➤ Sur le plan technique :

Les hôpitaux régionaux (au nombre de 11), structures de référence des centres de santé.

❖ Au niveau décentralisé ou niveau opérationnel

➤ Sur le plan administratif :

Le district sanitaire (au nombre de 55), unité opérationnelle supervisant un ou plusieurs centre de santé et plusieurs postes de santé

➤ Sur le plan technique :

Les centre et postes de santé, structures chargées de la mise en œuvre des activités de santé.

Il convient de souligner que le secteur privé est bien développé et occupe une place de choix dans l'amélioration de la couverture sanitaire du pays. On distingue à ce niveau, le privé lucratif et le privé non lucratif.

1.3.2./ Secteur privé de la santé

- Privé Non Lucratif : formations sanitaires confessionnelles, infirmeries d'entreprise, dispensaires ophtalmologues, ...
- Privé lucratif : Cliniques, Cabinet médicaux et dentaire, ...
- Médecine et Pharmacopée Traditionnelle.

1.3.3./ Ressources du secteur de la santé :

➤ **Infrastructures**

Les infrastructures ont connue une évolution plus favorable avec des augmentations significatives pour tous les types de système de santé. Avec la contribution du secteur privé, les ratios relatifs à la couverture nationale tous secteurs confondus, s'améliorent significativement en restant dans les normes nationales fixées.

Le tableau n° 11 ci-dessus illustre ces constats.

Tableau N°11 : Situation des infrastructures publiques et confessionnelles en 2001

Régions	Districts sanitaires	Hôpitaux	Centres de santé	Postes de santé	Cases de santé
Dakar	8	8 ¹⁸	14 ¹⁹	108	16
Diourbel	4	2 ²⁰	4	57	104
Fatick	6	(1) ²¹	6	59	187
Kaolack	4	1	4	72	362
Kolda	3	1	3	62	84
Louga	5	1	5	55	94
St Louis	5	3	5	113	105
Tambacounda	4	1	5 ²²	72	123
Thiès	8	2	9	94	176
Ziguinchor	3	2 ²³	3	76	133
				(120) ²⁴	
TOTAUX	50	23²⁵	56	888	1384

Source : DS ; DERF et DADE/DIEM

18 Il s'agit de l'hôpital de Pikine en cours

19 Il s'agit de Diarniadio

20 Il s'agit de l'hôpital de Touba non encore fonctionnel

21 Il s'agit de l'hôpital de Fatick non encore fonctionnel

22 Il s'agit de Nènèfécha

23 Il s'agit de l'hôpital départemental de Ziguinchor en cours

24 nombre à répartir par région

25 dont 18 fonctionnels

TABLEAU N°12: Répartition des infrastructures privées par régions en 2001

Régions	Cabinets médicaux privés	Cliniques* privées	Cabinets paramédicaux privés	Total structures privées
Dakar	443	28	195	666
Diourbel	06	01	46	53
Thiès	41	04	84	129
Kaolack	11	03	55	69
Louga	06	00	24	30
Saint-Louis	17	01	50	68
Fatick	00	00	23	23
Tambacounda	06	00	27	33
Kolda	04	00	19	23
Matam	06	00	01	07
Ziguinchor	11	00	43	54
Total	551	37	567	1155

Source :DS ;DERF(Direction Etude Recherche et Formation) et DAGE (Direction Administration Générale et Equipement) / DIEM (Division Infrastructure Equipement et Matériel)

➤ Ressources humaines

Les effectifs du personnel de santé sont estimés à partir des statistiques de la DAGE et de la DS et comprennent plus de 6307 agents tous secteurs confondus dont : 1008 médecins, 363 pharmaciens, 135 chirurgiens dentistes 3137 paramédicaux (295 TSS, 628 SFE2194IDE/PS). Le nombre de paramédicaux continue à diminuer ce qui milite en faveur du renforcement des capacités de formation avec la construction de nouveaux blocs scientifiques de l'ENDSS et l'ouverture de trois centres régionaux de formations.

Le secteur privé gagne en importance non seulement du point de vu effectif, mais encore dans le rôle qu'il joue dans la prise en charge des malades voire même leur participation dans certains programmes.

Il représente 34% de l'ensemble des professionnels de santé mais concernant les médecins, il couvre 55% des effectifs recensés. (cf Tableau N°13)

TABLEAU N°13: Effectif global du personnel de santé
(secteur public et privé)

Secteurs	Catégories socioprofessionnelles							Total
	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens Dentistes	TSS	SFE	IE AS	Autres Agents	
Public	457	57	51	295	587	1627	1744	4818
Privé	551	306	84		41	567		1549
Total	1008	363	135	295	628	2194	1744	6367

Source : Statistiques sanitaires du Ministère de la santé année 1996

Légende : TSS=Technicien Supérieur de Santé ; SFE : Sage femme d'Etat ;
IE/AS : Infirmier d'Etat et Agent Sanitaire

Avec la contribution du secteur privé, les ratios relatifs à la couverture nationale tous secteurs confondus, s'améliorent significativement en restant dans les normes nationales fixées. Les ratios obtenus actuellement sont les suivants :

- Médecin : 1 pour 9699 habitants
- Infirmier/ISFE et agents sanitaires : 1 pour 3137 habitants
- Sage femme : 1 pour 4297 FAR et enfant de moins de 1 an

En plus du nombre insuffisant des différentes catégories d'agents, il faut noter une répartition spatiale très inégale : ce qui rend difficile la mise en œuvre des programmes au niveau des régions et districts les moins pourvus en personnel.

➤ Ressources financières

Les dépenses publiques de santé représentent 2,6% du PIB, soit 12\$ US par an et habitant (rapport de PNUD 2000). Les dépenses en médicaments enregistrées au nouveau de la PNA se situent au tour de 6,124 milliards FCFA en 1999 dont 4,379 milliards par les populations et 1,74 milliards par l'état.

Le système de santé est financé par quatre différentes sources : le budget de l'Etat, les collectivités locales, la contribution directes des utilisateurs (comité de santé) et l'aide extérieure.

L'évolution du budget global du Ministère de la santé de 1998 à 2002 montre ceci : le budget global des PO de 2001 est passé de 37,1574 milliards en 1998 à 75,7795 milliards FCFA en 2001, dont 36,7 milliards de l'Etat.

L'étude de l'évolution de ce budget a fait ressortir un doublement des dotations au secteur pour le fonctionnement entre 1993(11851million) et l'an 2000(23381 millions). Durant la même période, le BCI a enregistré un accroissement très important ce qui traduit une réelle volonté politique pour le développement du secteur.

L'évolution du budget global du Ministère de la santé de 1998 à 2002 montre

1.4/ LA SANTE SCOLAIRE AU SENEGAL

1.4.1 / Historique

Plus que bicentenaire, le principe d'une action sanitaire et sociale dans l'école a justifié au cours de son histoire une longue série de textes réglementaires. Ainsi, il y'a eu : le décret Lakanal qui, en 1793, a créé les toutes premières inspections médicales des écoles dans la Métropole et dans les Colonies. Ensuite beaucoup plus tard, l'arrêté N° 352 S.S.M du 07 Octobre 1942, a été à l'origine de l'Instruction Générale sur le fonctionnement du service de l'Inspection Médicale des Ecoles dans les chefs-lieux de la colonie de l' Afrique Française.

En outre, l'école constitue le meilleur cadre pour prolonger l'action globale des services nationaux de santé en direction de la population en générale et de la jeunesse en particulier.

Le rôle des inspections médicales des écoles a toujours été d'assurer une surveillance médicale pour chaque enfant scolarisé. Au fil des années, l'I M E a été successivement rattaché tantôt au service d'hygiène, tantôt au Ministère de l'Education. D'où les changements d'appellation : Service Médical Scolaire, Inspection Médicale Scolaire, Contrôle Médical scolaire sont autant de termes différents pour désigner, suivant le mode et les impulsions du moment, l'ensemble des services sanitaires chargés d'assurer une surveillance médicale pour l'écolier.

Conscientes du fait qu'il ne peut y avoir de développement sans état de santé satisfaisant de la population, surtout celui des jeunes, les autorités sénégalaises ont très tôt porté leur attention sur la prévention sanitaire à l'école.

Actuellement, la Santé Scolaire est érigée en Division rattachée directement au Cabinet du Ministre de l'Éducation.

Cette division est représentée au niveau décentralisé du Système éducatif par les Inspections médicales des écoles.

Selon l'Arrêté portant création et attribution de l'Inspection Médicale des Ecoles, Dakar abrite depuis 1942 le Service général de l'Inspection Médicale des Ecoles.

Durant la période post indépendance, les nombreux déménagements du service de contrôle médical scolaire auxquels s'ajoute la dégradation même de ses structures, ont conduit progressivement l'inspection Médicale de Dakar à se dépouiller de tous ses documents même les plus importants. Les renseignements qui vont suivre proviennent de témoignages de quelques agents qui ont servi dans cette structure pendant la période coloniale [9].

1.4.2./ Missions des Inspections Médicales des Ecoles

Les Inspections Médicales sont des structures sanitaires dont la mission fondamentale est de mener des actions de dépistage et de prévention des maladies chez les élèves, afin de placer ceux-ci dans les meilleures conditions de vie et de travail.

Compte tenu de cet objectif général, les priorités sont axés sur :

➤ La prévention

La prévention des maladies générales et bucco-dentaires constitue le volet le plus important du développement sanitaire.

Elle est dite au sens large et comprend :

la prévention primordiale qui consiste à empêcher tout risque pouvant entraîner une maladie.

- ✓ la prévention primaire qui correspond à tout acte empêchant l'apparition de la maladie. C'est la prévention au sens strict.
- ✓ la prévention secondaire correspond au dépistage des maladies donc diagnostic et aux traitements précoces.
- ✓ la prévention tertiaire comprend les différents types de soins à pratiquer pour limiter les dégâts occasionnés.

➤ Les visites régulières dans les établissements scolaires (ou visites systématiques)

Dans notre pays, les parents accordent en général peu d'intérêts à la régularité des visites médicales des écoliers quand ils ne présentent pas de troubles apparents.

L'enfant n'est envoyé au médecin ou à l'infirmier que lorsqu'il présente une affection visible ou quand il souffre. Beaucoup d'élèves présentent des maladies congénitales acquises qui évoluent longtemps à bas bruit.

Le rôle du médecin scolaire consiste justement à découvrir ces maladies dès le début grâce à des visites systématiques dans les écoles.

Le « contenant », c'est l'école, le contenu sera l'élève et le personnel enseignant. Ainsi, l'absence d'étude pour l'implantation de l'école est souvent la cause de la fréquence de certaines maladies et des difficultés à maintenir un minimum de salubrité et d'assainissement. Les contrôles d'hygiène alimentaire et de nutrition devront être renforcés, d'une part, dans les zones abritant des cantines scolaires, d'autre part, au bord des écoles où les élèves sont exposés à un commerce d'aliments douteux.

Au cours de ces visites sont effectuées :

- ✓ Des séances d'éducatives pour la santé ;
- ✓ Des visites médicales des élèves et la constitution des fiches médicales individuelles ;
- ✓ Des visites médicales du personnel enseignant qui doivent faire l'objet d'un fichier particulier
- ✓ Des entretiens avec le personnel enseignant
- ✓ L'inspection de l'état sanitaire des locaux (effectifs des classes, disposition des salles de classes, les WC, l'adduction d'eau potable, etc.)

- **Les campagnes de vaccination.**
- **Le contrôle médical du sport scolaire et des épreuves physiques des examens.**
- **L'évacuation vers les services spécialisés des hôpitaux**

Présentement le service de santé scolaire dépend de l'Education Nationale. Cependant, pour les besoins de notre étude, nous allons nous intéresser à une période plus récente, c'est-à-dire la période allant de l'indépendance à nos jours.

Aujourd'hui chaque région du Sénégal abrite une Inspection Médicales des écoles.

En principe, la base même du contrôle médical est la liaison très étroite qui doit exister entre l'Inspection d'académie et l'Inspection de la santé scolaire.

C'est cette liaison étroite entre le Médecin scolaire et l'enseignant qui concourt vraiment à l'amélioration de l'état normal et physique des enfants. Le personnel paramédical : infirmière et Assistante sociale joue un rôle important en matière de santé des élèves. Leur pièce comtable demeure la fiche médicale scolaire : elle doit accompagner l'enfant toute sa vie.

1.4.3 / Nouveau contexte d'évolution des Inspections Médicales des Ecoles

Le contexte d'évolution des Inspections Médicales va être marqué par les actions prioritaires du secteur de l'Education qui permettront d'agir de façon déterminante pour la rénovation du système de formation en général, par l'application des conclusions de la Commission Nationale de Réforme issue des Etats généraux de l'Education et de la formation.

Les recommandations pertinentes des différents ateliers qui ont travaillé sur la réforme du système et auxquelles le Gouvernement a adhéré pour l'essentiel, ont permis de poser les fondements d'une école nationale, démocratique et populaire. Ainsi pour réaliser un nouveau type d'école, dont la vocation première sera d'introduire dans le système de formation les changements indispensables pour hâter le processus de développement, une approche globale de cette question s'avère indispensable. L'école qu'il s'agit de bâtir au cours des prochaines années va inscrire ses lignes d'action dans le cadre d'une nouvelle approche de développement liant programmes d'éducation et programmes économiques et sociaux. [6]

Les options prises par les autorités ont résulté à la fois d'un diagnostic réaliste de l'évolution socio-économique, mais aussi et surtout d'une volonté politique d'instaurer les conditions propices à la relance des activités productives.

Les réformes préconisées ont besoin d'être appuyées pour réussir par une nouvelle politique sanitaire adéquate, sans laquelle aucune action sur le développement des ressources humaines n'est possible.

Dans cette perspective, l'action des Inspections Médicales devra être redynamisée, afin qu'elles puissent jouer pleinement leur rôle de soutien dans les structures de formation.

C'est pour répondre à ce besoin qu'un Projet de Santé à l'Ecole est mis sur pied dans le cadre du PDEF. Ce projet qui constitue une innovation dans le domaine de l'Education a pour but d'accroître les performances scolaires grâce à une amélioration de l'état de santé des élèves. Ses objectifs sont les suivants :

- ◆ Assurer au moins à 90% des élèves fréquentant les établissements scolaires, primaires et secondaires, du Sénégal une fois par année une visite médicale aussi complète que possible.

- ◆ Administrer une dose suffisante, selon la périodicité appropriée, de déparasitant polyvalent, du fer, de la vitamine A et de l'iode à, au moins 90% des enfants fréquentant les établissements scolaires publics du Sénégal chaque année.

- ◆ Procéder à l'assainissement régulier et à la désinfection périodique de tous les établissements publics chaque année.

- ◆ Assurer dans chaque classe du primaire et du secondaire, au moins un cours intégré d'Education pour la santé, centré sur les problèmes prioritaires de santé qui se posent dans tous les établissements publics, tous les mois.

1.4.4. Organisation du service de santé scolaire

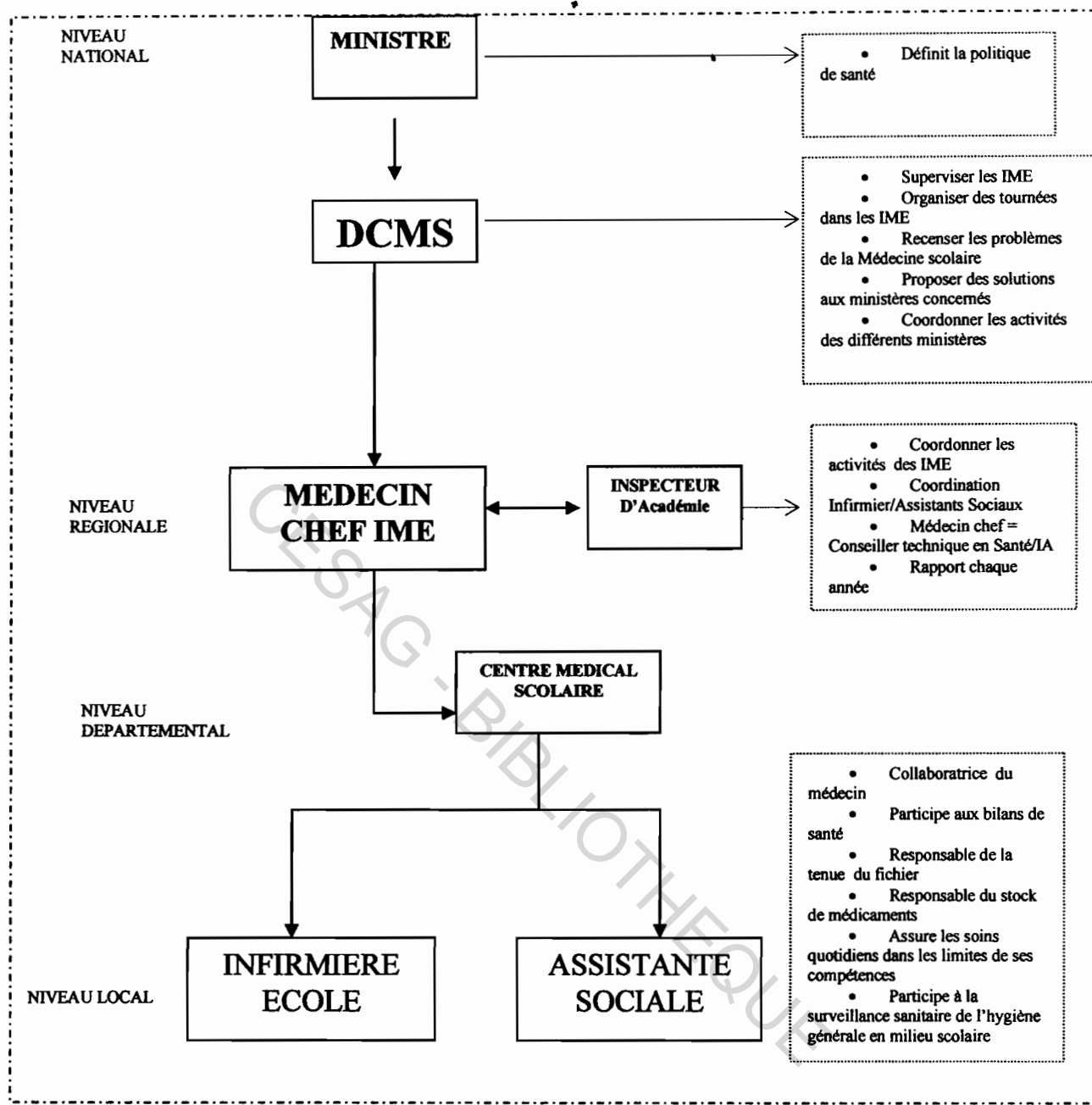


FIGURE N° 1 : ORGANIGRAMME DE LA SANTE SCOLAIRE

1.4.5./ L'Inspection Médicale de Dakar : cadre de notre étude

De 1960 (année de l'indépendance de la république du Sénégal) à 2003, l'Inspection Médicale des Ecoles de Dakar a connu plusieurs évolutions.

De 1960 à 1970, l'Inspection Médicale des Ecoles était basée à la rue 11x-18. La construction des bâtiments a fait l'objet d'une étude particulière, et l'emplacement de chaque pièce est édifié en fonction des besoins, des exigences et de l'orientation du service. Ce bâtiment comprenait :

- 25 pièces ou bureaux
- 1 grande salle de radiographie entièrement plombée
- 1 salle de cinéma et des vestiaires intégrés à chaque bureau des médecins.

Le personnel comptait un effectif de 73 personnes. (cf. tableau n°14)

Le parc automobile comprenait :

- 1 Ambulance
- 1 camion Radio ambulancier
- 5 véhicules

Le budget de fonctionnement à cette époque était de 18.000.000 de francs CFA.

Suivant la structure interne et les activités, les locaux étaient équipés en fonction des besoins et spécificité ; qu'il s'agisse de laboratoire, de salle de soins, de salle d'attente, de la salle de radiographie, des archives, des salles de consultations etc ...

La région était divisée en 5(cinq) secteurs :

- Banlieue
- Dakar-ville
- Médina
- Pikine
- Grand Dakar

Chaque secteur était pris en charge par 2 Médecins et 5 infirmiers.

Un programme hebdomadaire de visites dans les écoles était établi par le Médecin.

Il était aidé dans sa fonction par les infirmiers qui s'occupaient aussi du fichier, de la vaccination, de la pesée et de la mensuration.

Un dispensaire permanent était tenu au centre médical par un infirmier qui assure les soins locaux quotidiens.

Il faut signaler que l'Inspection Médicale des Ecoles entretenait de bons rapports avec les autorités, les parents d'élèves, les enseignants et surtout les centres spécialisés et organismes internationaux.

Les cas dépistés étaient orientés vers des spécialistes qui les consultaient gratuitement.

De 1970 à 1985, c'est le déclin et la grande dégradation. En effet après plusieurs déménagements, l'Inspection Médicale est abrité par un local inadapté et dépourvu de structures élémentaires.

Les crédits sont ramenés à 8.000.000 francs CFA donc 2,25 fois moins. Le personnel a aussi gravement diminué.

Le nombre de Médecins est passé de 12 médecins à 1 médecin. De 36 infirmiers il y a un quart de siècle, le service ne comptait plus que 3 infirmiers et 5 aides infirmiers.

Les structures et les activités de l'Inspection médicale des écoles sont limitées faute de moyens et de personnel.

Pour faire face au manque de personnel, 10 enseignants ont été affectés dans le service. (cf. tableau n°14 : Evolution du personnel de l'IME)

Les visites dans les écoles sont plus orientées vers les objectifs administratifs (visites en vue de remplir les fiches d'éducation physique pour les élèves en classe d'examen) que sanitaires. Les élèves eux-mêmes ne s'occupent plus de leur santé mais courent après une feuille de dispense d'éducation physique. [9]

Nous assistons malheureusement à une déviation des objectifs de l'IME qui contribue à une déviation des mentalités à tous les niveaux en matière de santé des élèves.

Les conclusions d'un séminaire sur les Inspections Médicales des Ecoles du Sénégal du 06 au 09 Mai 1985, ont souligné plusieurs dysfonctionnements :

- les parents accordent en général peu d'intérêt à la santé de leur enfant.
- L'élève n'est envoyé chez le médecin ou chez l'Infirmière que lorsqu'il présente une affection clinique visible par tous.
- Le centre médical scolaire est ramené lui même à un gros dispensaire démuné et privé du minimum d'infrastructure fonctionnelle.
- Les visites de dépistage sont largement insuffisantes faute de moyens et de personnel.

- L'insuffisance de l'Education Sanitaire avec un système d'assainissement inexistant : des WC mal entretenus ou impraticables et l'absence d'eau potable.

En 1992, pour une meilleure prise en charge de la santé des élèves, il est créé conformément aux dispositions du décret N° 92 118/MS/PAS du 17 janvier 1992, un Comité de santé de l'Inspection Médicale des Ecoles de Dakar.

Ce comité a pour but d'appuyer l'Etat dans:

- La promotion de la santé des élèves, des maîtres et des vendeurs officiant dans les écoles.
- La mobilisation des collectivités locales pour le développement de la santé à l'école.
- L'amélioration des prestations de service pour mieux répondre aux besoins des populations scolaires.

Malgré cette innovation, la situation n'a pas beaucoup changé.

En 2003, année de notre étude, on note quelques variations sur le plan des ressources humaines et matérielles au niveau de l'IME de Dakar.

Le tableau suivant illustre cette situation.

Tableau n°14 : Evolution du personnel de l'IME de Dakar

Périodes Catégories	1960 -1970	1970 -1985	2003 -2004
Médecin	12	01	02 (dont 1 vacataire)
Infirmier	36	03	07(dont 4 vacataires)
Assistante sociale	04	03	01
Laborantin	03	01(sans matériel)	-
Chirurgien Dentiste	01	02(vacataires)	02(Vacataires)
Technicien dentaire	01	-	01(Vacataire)
Gestionnaire	01	01	01
Secrétaire	03	02	1
Chauffeur	07	03 (sans véhicule)	01(Vacataire)
Manœuvre	04	01	-
Gardien	01	01	-
Jardinier	-	01	-
Aide Infirmière	-	-	01
Sage Femme d'Etat	-	-	01
Fichiste	-	-	05
Agent communautaire	-	-	02 (vacataire)

II. / Problématique

Depuis 50 ans, on a constaté des réductions importantes des taux de mortalité infantile grâce aux progrès réalisés en matière de santé, de vaccination, de programmes de nutrition et de prévention des maladies.

L'UNICEF estime à plus de 90% maintenant le taux des enfants qui survivent après l'âge de cinq ans. Par conséquent, il y a plus d'enfants d'âge scolaire ainsi qu'une plus grande proportion d'enfants scolarisés.[2]

Cependant malgré les améliorations sanitaires, les maladies et la mauvaise santé représentent toujours un fardeau très lourd pour ce groupe, en particulier dans les domaines de la malnutrition et des parasitoses intestinales. Cette mauvaise santé compromet le développement des enfants, la fréquentation de l'école et leurs chances d'obtenir une éducation formelle. On estime que les ennuis de maladie des enfants scolarisés âgés de 5 à 14 ans représentent 11% du fardeau mondial de la maladie.

« Les enfants sont plus nombreux que jamais à aller à l'école où ils passent une plus grande partie de leur vie. C'est dire que, dans la quasi-totalité des pays, l'école pourrait faire d'avantage peut-être que toute autre institution pour améliorer le bien-être et la capacité des enfants et des adolescents. Pourtant, il semble bien que, partout dans le monde, les établissements scolaires parviennent mal à assurer la satisfaction des besoins critiques des jeunes en matière de santé physique, mentale et sociale ». [10]

Ces difficultés rencontrées dans le système de santé scolaire pourraient constituer une menace à la réalisation des objectifs fixés par le système éducatif. En effet, « les problèmes de santé et de nutrition des enfants d'âge scolaire les excluent des écoles, les empêchent d'y rester durant un nombre d'années suffisant ou perturbent leur apprentissage scolaire »[2]. Les filles et les membres d'autres groupes défavorisés, population reconnue dans le cadre du Forum de Dakar sur l'éducation, comme les cibles prioritaires du renouveau des efforts visant à réaliser l'éducation pour tous, risquent d'être, parmi les nouveaux élèves scolarisés, ceux dont l'état de santé est le moins bon et les plus mal nourris. Pour protéger leur investissement dans les actions qui visent à accroître l'accès et améliorer la qualité des services éducatifs, les gouvernements nationaux doivent entreprendre de fournir des services de base en matière de santé et de nutrition dans les écoles.

Il est établi aujourd'hui sur le plan international, que les facteurs liés à la santé des enfants sont des déterminants certains de leurs aptitudes à apprendre tout autant qu'à se développer harmonieusement.

Un enfant géophage, poly parasité, anémié et souffrant de surcroît de multiples autres carences, ne pourra pas être performant à l'école, quelque puissent être par ailleurs les talents pédagogiques de ses maîtres et la qualité de leur outillage pédagogique.

Combien d'enfants vivent dans une situation d'iniquité réelle par rapport à leurs homologues de même âge, de même classe sociale, de même coefficient intellectuel, à cause simplement d'une déficience congéniale ou acquise ignorée par le système éducatif.

C'est le cas de ces enfants qui présentent des troubles mineurs de leur acuité visuelle ou auditive ou qui souffrent des déficiences discrètes mais suffisamment contraignantes pour limiter leur chance de succès par rapport à leurs homologues.

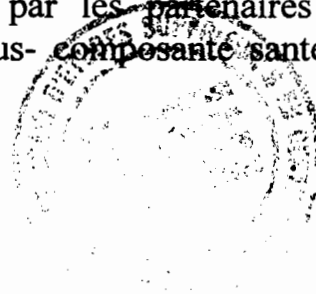
Il sont bien souvent exclus de l'école pour des performances scolaires insuffisantes dont la cause est tout à fait indépendante de leur volonté, de leur capacité intellectuelle réelle. Il y'a là un problème de justice sociale et d'équité dans l'offre des services d'éducation dont l'objectif déclaré, depuis 1960 dans tous les pays en développement, est la scolarisation universelle en donnant les mêmes chances à tous [2]

Les programmes de santé scolaire efficaces mis en place dans le cadre de partenariats avec les communautés s'offrent l'un des moyens les plus rentables de toucher les enfants d'âge scolaire, les adolescents et la communauté dans son ensemble, et constituent un moyen de promouvoir durablement des pratiques sanitaires appropriées y compris la lutte contre le VIH/SIDA.

D'ailleurs la promotion active de la santé est considérée actuellement comme une priorité à l'école. Le fait que l'OMS ait lancé une initiative mondiale pour la santé à l'école témoigne de cette préoccupation.

Les conférences internationales de Jomtien (Mars 1990) et celle de Dakar (Avril 2000), venant consolider les recommandations des EGEF (1981) ont insisté sur la prise en compte de la santé, de l'hygiène et de la nutrition pour relever la qualité des apprentissages dans le contexte de l'accélération de la scolarisation universelle.

Le programme Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF), initié par le Gouvernement du Sénégal, soutenu par les partenaires au développement, réserve une place de choix à la sous-composante santé et nutrition.



Depuis son indépendance, le Sénégal a entrepris une série de réformes (1972, 1979, 1987) et a engagé une autre à partir de 2000-2001 avec la mise à l'essai d'un curriculum de l'Education de base.

C'est ainsi qu'après avoir utilisé une entrée par les contenus (1972 et 1979), puis par les objectifs (1987), le Sénégal opte aujourd'hui de passer par les compétences pour rendre les apprentissages plus pertinents et plus efficaces.

Avec la mise en œuvre du PDEF, le Sénégal voit son taux brut de scolarisation passer de 71,6% en 2002 à 75,8% en 2003 (ME/2003).

La région de Dakar a enregistré en 2003, un taux brut de scolarisation de 85,2%, supérieur à la moyenne nationale.

Avec l'exode rural, Dakar capitale administrative et économique du Sénégal voit sa population croître, entraînant ainsi une augmentation du nombre de ses inspections Départementales de l'Education Nationale (IDEN), qui de cinq(5) en 1985, passe à dix (10) en 2003.

Malgré cette montée en puissance des taux de scolarisation au Sénégal et surtout dans la région de Dakar, force est de constater que La mise en œuvre des programmes de santé scolaire occupe une faible place dans ces réformes et reste à parfaire.

En effet au Sénégal, alors que plusieurs maladies demeurent à un niveau endémique (paludisme, tuberculose, rougeole), on constate que les infrastructures médicales des écoles se caractérisent par l'insuffisance de leur nombre eu égard à la population scolaire, et par une dégradation croissante des équipements et des rares installations existantes. En effet les premières installations dans ce domaine ont largement atteint leur durée de vie.

L'idée que les écoles sont en position de proposer aux élèves des services de santé de base a été largement acceptée durant les années 90. Le niveau approprié des services que les écoles peuvent offrir dépend des moyens financiers et opérationnels de chaque pays. [11]

De ce point de vue, l'Etat du Sénégal tient-il compte de l'évolution des effectifs des élèves pour le financement de la santé scolaire ?

Y a-t-il une limite à la mobilisation et l'allocation du financement communautaire destiné à la santé scolaire ?

Quelle est la part des partenaires au développement dans le financement de la santé des élèves ?

C'est à ces questions que la présente étude s'efforce de répondre. Elle a pour objectif d'analyser l'influence du financement de la santé scolaire dans la région de Dakar de 1999 à 2003, sur la performance du système de santé scolaire.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

III./ ETAT DES CONNAISSANCES

A travers une revue de littérature, les recherches faites dans le domaine de la santé scolaire, ont montré des études d'évaluation physiques des études descriptives et des études économiques. Mais aucune méthodologie ni aucun modèle concernant ces études n'est disponible.

Relation entre Education et santé

Au cours des dix années qui ont suivi l'EPT, de nombreuses publications et études ont débattu entre éducation et situation de la santé.

Une des composantes essentielles d'un système d'éducation efficace est de s'assurer que les enfants sont en bonne santé et en mesure d'apprendre. La bonne santé accroît le taux de scolarisation et réduit l'absentéisme, et permet l'accès à l'école aux enfants les plus pauvres et défavorisés, en particulier les filles. Ce sont ces enfants souvent, les plus malades et les plus mal nourris, qui ont le plus à gagner, sur le plan éducationnel, d'une amélioration de la santé

L'amélioration de la santé des enfants d'âge scolaire est de plus en plus considérée comme un élément essentiel des efforts mis en oeuvre pour améliorer la fréquentation et les résultats scolaires. . [Celia Maier, 1999] Plusieurs experts de l'OMS constatent que l'incidence de la mauvaise santé sur les apprentissages scolaires a été démontrée de façon répétitive par les chercheurs. Les difficultés se révéleraient à plusieurs niveaux : des résultats scolaires faibles, des redoublement fréquents, une malnutrition perturbant la concentration, un rythme de travail et d'apprentissage inférieur à la moyenne, et un taux d'absentéisme et d'abandon très élevé, comparativement aux enfants en bonne santé.

Une éducation qui fournit aux élèves aussi bien des connaissances académiques et des attitudes en rapport avec la santé est vitale pour leur physique, psychologique et bien être .

Comme de nombreuses études le montrent, éducation et santé sont inséparables.

Les carences nutritionnelles (malnutrition protéino-calorique, carences en fer, vitamine A et iode), les problèmes de santé tels que les infections helminthiques et la malaria, affectent l'assiduité et l'apprentissage scolaire. En 1990, l'analyse de neuf études portant sur les relations entre certains indicateurs anthropométriques (tels que la taille et le poids en fonction de l'âge) et indicateurs scolaires (comme l'âge de scolarisation, l'absentéisme, la réussite aux tests, le QI et les performances des différentes tâches cognitives) a montré qu'un meilleur statut nutritionnel est régulièrement lié à des scores plus élevés aux tests cognitifs ou à une meilleure réussite scolaire [12].

Les raisons pour un investissement dans les Programmes de Santé scolaires.

Selon les experts de l'OMS, les programmes de santé scolaire efficaces mis en place dans le cadre de partenariats avec les communautés s'offrent l'un des moyens les plus rentables de toucher les enfants d'âge scolaire, les adolescents et la communauté dans son ensemble, et constituent un moyen de promouvoir durablement des pratiques sanitaires appropriées y compris la lutte contre le VIH/SIDA. [2]

Il ressort d'études faites par les experts de l'OMS que :

- L'argent investi dans la santé scolaire peut épargner à la société les coûts de traitement des maladies.

La consultation mondiale pour « Un bon départ dans la vie » a mis l'accent sur l'importance qu'il y a à investir dans la santé et le développement des enfants et des adolescents, car c'est un moyen d'un excellent rapport coût/efficacité pour assurer la prospérité future des nations [12]. Un programme efficace de santé scolaire, d'hygiène de nutrition tel que FRESH présente beaucoup d'avantages :

- Il accroît l'efficacité des autres investissements dans le développement de la petite enfance.
- Il assure l'amélioration des résultats scolaires
- Il améliore la justice sociale
- Les dépenses de santé scolaire permettent de réaliser des économies importantes.

Selon les experts de l'OMS, les programmes de santé scolaire peuvent être le moyen le plus efficace et le plus coût efficace pour améliorer la santé des élèves et leur performance académique. Donc il est raisonnable de se demander si une augmentation des investissements dans les programmes de santé scolaire est justifiée

Une étude aux USA estime que chaque US\$ 1.00 investi dans l'éducation contre les effets du tabagisme, permet d'économiser 18,80 US\$ dans les coûts liés au traitement d'affections dues à la cigarette

Cette étude estime également que chaque US\$ dépensé dans l'éducation contre l'alcool et autres stupéfiants nuisibles à la santé, permet d'économiser 5,69 US\$ [2].

Par ailleurs, chaque US\$ investi dans l'éducation pour prévenir les comportements sexuels précoces et non protégés permet d'économiser 5,10 US\$ [2].

Une analyse de la Banque Mondiale [2] réalisée en 1993 montre que plusieurs pays pourraient être largement avantagés en implantant un paquet essentiel de soins publics composés de cinq éléments dont, des programmes

de santé scolaire pour traiter les infections et les déficiences nutritionnelles ; et fournir l'éducation pour la santé.

Les ressources destinées à la santé scolaire

Des obstacles financiers aux progrès en matière d'interventions de santé et d'alimentation scolaires efficaces et durables, n'ont pas manqué, malgré les tendances internationales encourageantes des dix dernières années, d'entraver la mise en place et l'efficacité des programmes scolaires :

- La médiocrité des fonds qui sont attribués aux programmes de santé scolaire ou la répartition inégale des moyens existants.
- Les financements limités ou inexistants pour soutenir les actions de santé.

Le financement fait partie des barrières identifiées par les experts de l'OMS, comme étant des freins au développement des programmes de santé scolaire.

Ces nombreuses interrogations ci-dessous le justifient :

- ✓ Comment les ressources disponibles peuvent être allouées pour maximiser l'utilisation des services de santé scolaire ?
- ✓ Quels sont les besoins en ressources ?
- ✓ Qui a la responsabilité de fournir ces ressources ?

Parmi les barrières identifiées comme freins au développement des programmes de santé scolaire, par les experts :

- ✓ Le manque de ressources (financières, humaines, matérielles, infrastructures).
- ✓ La provision de ressources pour la santé scolaire a souvent une faible priorité, ce qui ébranle les objectifs du système de santé scolaire.

La mobilisation des ressources

A cause de l'insuffisance des ressources, les autorités du système éducatif considèrent que les activités de santé scolaire constituent une charge non indispensable dans leur budget.

Il est cependant important que les nations, provinces et communautés développent des politiques et mécanismes qui garantissent des ressources pour la santé scolaire.

Au cours de sa cinquante-sixième assemblée, l'OMS a, dans ses résolutions et décisions, demandé instamment aux Etats membres « de faire de l'amélioration de la santé néonatale, de la survie des enfants et de la santé et du développement des adolescents une priorité, en menant des actions de sensibilisation au plus haut niveau, en renforçant les programmes, en augmentant la part des ressources nationales qui y sont allouées, en instaurant des partenariats et en faisant preuve d'une ferme volonté politique »

Selon les résultats du Forum sur le développement humain tenu à Paris, le 17 et 19, janvier 2005, le financement des systèmes de santé est une question clé pour assurer la pérennité des actions entreprises. Les programmes de coopération s'efforcent, en tenant compte des capacités contributives locales, d'assurer la viabilité de ces systèmes dans la recherche d'un équilibre toujours difficile entre aide extérieure, budgets nationaux, participation des populations et mises en place de mécanismes de solidarité.

[5]

Plusieurs sources de financement sont nécessaires parce que les responsabilités et les actions du système de santé scolaire sont complexes et se noient dans plusieurs acteurs.

En plus des ressources allouées par le budget des Ministères de la santé et de l'éducation, les districts et localités, plusieurs autres sources doivent être explorées.

Des sources multiples de financement permettent de garantir un support dans le long terme, de la santé scolaire.

Des études faites par l'O.M.S et la Banque mondiale ont par ailleurs conclu que des programmes alliant l'Education à la santé, services tels que les tests de dépistage ou des campagnes de vaccination, sont l'un des investissements les plus rentables qu'une nation puisse réaliser pour améliorer sa santé.

La revue de la littérature ne comporte pas d'études proprement dites sur le financement de la santé scolaire. Cependant, certaines études mettent l'accent sur des liens étroits entre le financement et le développement des programmes de santé scolaire. Ainsi selon les études de l'OMS faites sur les systèmes de santé scolaire, ces derniers sont confrontés à des obstacles financiers liés:

- A la médiocrité des fonds attribués aux programmes de santé scolaire, ou la répartition inégale des moyens réduits.
- aux financements limités ou inexistantes pour soutenir les actions de santé scolaire.
- A l'attitude des autorités du système éducatif qui jugent non indispensables les programmes de santé scolaire. Elles avancent comme preuve les faibles ressources attribuées à ces programmes par le département de tutelle.

Ainsi le budget de la santé scolaire, provenant de différentes sources, reflète – il le niveau de réalisation des activités prévues ?

La problématique du financement de la santé scolaire constitue pour le système éducatif sénégalais un défi à relever pour être en adéquation avec les politiques scolaires prioritaires mises en place dans ce domaine.

La présente étude est un exercice d'analyse économique, visant à déterminer le rôle du financement dans la performance du système de santé scolaire. Elle permettra d'aider à la décision en matière de politique nationale de santé scolaire.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

IV / OBJECTIFS DE L'ETUDE

4.1 Objectif général

Etudier l'évolution du budget de la santé scolaire de 1999 à 2003 dans la région de Dakar et son impact sur les activités de santé et sur la performance des élèves.

4.2 Objectifs spécifiques

1. Analyser le financement de la santé scolaire dans la région de Dakar de 1999 à 2003.
2. Evaluer le niveau d'exécution des activités du système de santé scolaire dans la région de Dakar.
3. Comparer le niveau de financement communautaire de la santé scolaire et la performance des élèves.
4. Faire des recommandations pour améliorer les performances du système de santé.

4.2.1 Sous objectifs

- Déterminer la part de chacune des sources de financement dans le budget global du système de santé scolaire.
- Indiquer la part du budget de la santé scolaire dans le budget global de l'Education.
- Déterminer l'évolution du budget de la santé scolaire de 1999 à 2003.
- Analyser l'évolution de la contribution des élèves dans le financement de leur santé.
- Déterminer les types de services de santé disponibles dans les établissements scolaires de la région de Dakar..
- Analyser l'impact du financement sur la mise en œuvre des activités de santé.
- Recenser les résultats scolaires
- Analyser la corrélation entre le financement communautaire et la performance des élèves.
- Faire des recommandations pour une mobilisation et une utilisation rationnelles des ressources.

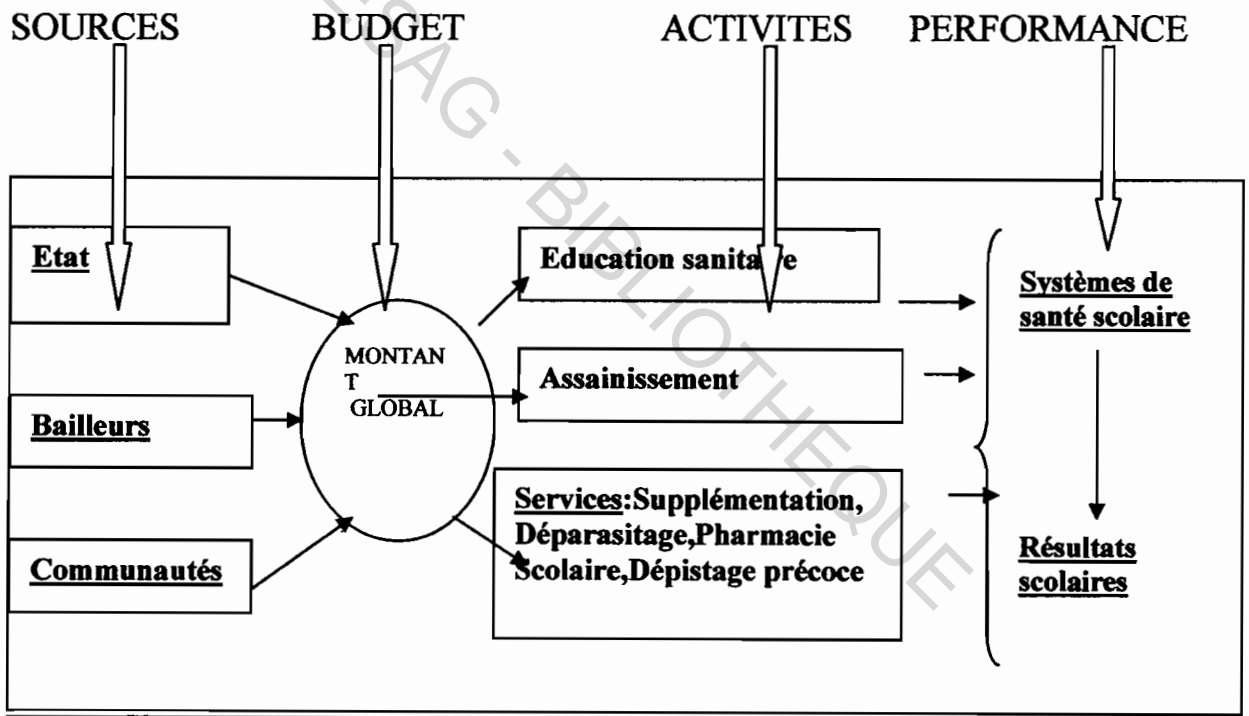
V/ CADRE THEORIQUE

5.1. / Raisonement de soutien

La revue de la littérature a montré que le financement de la santé scolaire est assuré par trois sources (l'Etat, les Partenaires au développement, et la Communauté).

Ce financement ou budget global de la santé scolaire, est destiné à la mise en œuvre des différentes activités de santé scolaire à savoir, l'Education Sanitaire, l'Assainissement, les services de Déparasitage, de Supplémentation et de Dépistage précoce.

L'objectif final est d'assurer une performance du système de santé scolaire et par conséquent la réussite scolaire.



Cadre théorique

Ce modèle théorique nous amène à poser les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : L'inefficacité du système de santé scolaire s'explique par l'insuffisance du financement de l'IME.

Hypothèse 2 : L'évolution du budget de la santé scolaire est fonction de celle des effectifs scolaires de la région de Dakar.

Hypothèse 3 : Le financement communautaire améliore les résultats scolaires.

5.2. / Stratégie de recherche

L'étude est évaluative de type analytique. Elle vise à vérifier les relations entre une variable dépendante, la performance du système de santé scolaire et une variable indépendante, le financement des activités de santé scolaire.

CHAPITRE 2 :

CADRE OPERATIONNEL

I / POPULATION A L'ETUDE

1.1. / Populations cibles de l'étude

L'étude porte sur les établissements scolaires et les élèves du secteur public de la région de Dakar (capital du Sénégal). Les nouvelles créations (écoles créées après 1999) sont exclues de l'échantillon.

Une liste exhaustive des unités d'analyse nous a été fournie par l'Inspection d'Académie de Dakar.

Pour les établissements, la population cible s'élève à 415 soit 352 établissements de l'élémentaire et 63 établissements du moyen et du secondaire.

1.2. / Echantillonnage

La base de donnée sur laquelle a été effectué le tirage au sort correspondait à la liste des écoles de la région de Dakar et a été fournie par les services statistiques de l'Inspection d'Académie de Dakar. Le sondage réalisé est un sondage systématique à deux niveaux.

1.2.1/ Type d'échantillonnage

Pour le choix de ces 384 élèves, nous nous sommes basés sur les effectifs suivants :

- L'effectif total des écoles publiques de la région de Dakar,
- L'effectif de chaque IDEN
- L'effectif de chacun des établissements faisant partie des 200 établissements de l'échantillon.

Chaque IDEN, suivant son effectif, a son pourcentage dans l'échantillon. Aussi, en fonction de son effectif, chaque école appartenant aux 200 établissements choisis, a son pourcentage dans l'échantillon d'élèves. Ces pourcentages sont transformés en nombres, ce qui nous permet de savoir le nombre d'élèves à enquêter dans chaque établissement.

Grâce à une table de chiffres au hasard, nous avons procédé par un tirage aléatoire systématique, pour choisir les différents établissements de l'échantillon. Les élèves à enquêter ont aussi été choisis grâce à cette même méthode de sondage aléatoire à l'aide des différentes listes disponibles pour chaque classe.

Dans l'élémentaire, les classes dans lesquelles l'échantillon a été choisi sont le CE1, le CE2, le CM1 et le CM2. A cause de leur très jeune âge, les élèves du CI et du CP sont exclus de l'échantillon.

Alors que dans le moyen et le secondaire, l'échantillon a été choisi de la sixième à la terminale.

1.2.2. / Taille de l'échantillon

Pour le calcul de notre échantillon, nous nous sommes basées sur la formule :

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{E^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 * 0,50(1-0,50)}{0,05^2}$$

$$n = 384$$

n = taille de l'échantillon

Z = niveau de confiance de l'échantillon (Ecart-type)

E = marge d'erreur théorique sur les réponses

P = proportion estimée à une réponse binaire

Pour la détermination de l'échantillon des élèves, la population cible étant égale à 295000, nous avons pris comme taille de l'échantillon : n=384.

Quant à l'échantillon des établissements, ce résultat obtenu à savoir (n=384) étant trop proche de la population cible (415 établissements), nous avons opté pour : $n_1 = N / [1 + (N-1) / NT]$

$$n_1 = 200$$

Donc la taille de l'échantillon pour les établissements est égale à 200.

II. /Définition opérationnelle des variables

Sources : il s'agit des différents acteurs qui contribuent dans le financement de la santé scolaire. Ce sont :

Etat : il s'agit du financement public.

❖ **Bailleurs de fond** : il s'agit des partenaires étrangers, des organismes internationaux.

Communauté : Les ressources de la communauté comprennent :

❖ Les ressources du Comité de Santé de l'IME de Dakar. Elles proviennent :

- des contributions aux soins par les élèves
- des activités génératrices de fonds (Initiative de Bamako)
- de subventions et de dons

Budget: il s'agit du financement total mis à la disposition de la santé scolaire. Il comprend la contribution de l'Etat, des bailleurs de fonds et des communautés.

- ✓ Le budget de l'Etat obtenu en additionnant deux rubriques : les soldes et accessoires du personnel recensé au niveau de l'IME en 2003 et les dépenses en carburant, consommables et médicaments.
- ✓ La contribution des bailleurs de fonds : ensemble des ressources financières mises à la disposition de l'IME par les partenaires au développement.
- ✓ La contribution des communautés : les parents versent chaque année une somme destinée aux frais d'inscription de leurs enfants. De cette somme, sont prélevés 200 frs CFA reversés à l'IME pour la santé scolaire.

Activités: il s'agit des différentes prestations fournies par le système de santé scolaire :

- **Education Sanitaire** : ensemble des cours dispensés aux élèves pour l'acquisition de connaissances, d'attitudes, de valeurs et compétences de base nécessaires pour prendre les décisions les plus appropriées et positives en matière de santé.
- **Assainissement** : accès à l'eau salubre, installations sanitaires, promotion de la santé et de l'hygiène.
- **Services** :
 - Supplémentation : administration de micro-nutriments
 - Déparasitage : administration de médicaments déparasitant
 - Pharmacie scolaire : boîte à pharmacie contenant les médicaments essentiels.

- Visites systématiques : examen médical destiné à dépister de manière précoce chez l'enfant une maladie ou une infirmité.

Performance : elle est mesurée par rapport à l'atteinte des objectifs fixés par le PDEF dans sa composante santé

III / Techniques de Collectes des données

Pour la collecte des données, nous avons utilisé des documents officiels, recueillis des informations auprès de personnes susceptibles d'apporter un éclairage particulier sur le sujet étudié, en général membres de l'Education nationale mais aussi des membres des collectivités locales.

Ces documents sont analysés afin de trouver les renseignements nécessaires.

Nous avons effectué, une enquête qui a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de chefs d'établissements scolaires et d'élèves (du primaire, du moyen et du secondaire) de la région de Dakar. Cette enquête a été associée à une observation.

IV/ Traitement des données

L'analyse des données a été faite à l'aide des logiciels Epi-Info.version 6.04fr et SPSS version 10.1.

L'analyse a consisté en une étude descriptive et analytique.

-La partie descriptive a été effectuée sur la base de calcul de moyennes (avec écart type) et de fréquences (avec intervalle de confiance à 95%)

-La partie analytique a consisté à comparer des fréquences et à déterminer le coefficient de corrélation.

DEUXIEME PARTIE

PRESENTATION

DES RESULTATS

ANALYSE ET DISCUSSION

I./ PRESENTATION DES RESULTATS

1.1/ Description de l'échantillon

1.1.1/ Les responsables d'établissement

On constate que notre échantillon comprend 169 établissements du palier élémentaire, 27 établissements du palier secondaire et 4 établissements du palier secondaire.

Nous avons interrogé les responsables de ces établissements. Il s'agit de 4 Proviseurs, 27 Principaux et 169 Directeurs.

Sur cet échantillon de 200 établissements nous avons enregistré 17 non répondants (8,5 %) parmi les chefs d'établissement.

Le tableau suivant montre la répartition des établissements dans l'échantillon.

Tableau N°15 : Répartition des types d'établissement

Etablissements	Part absolue	Part relative
Elémentaires	169	84.5 %
Moyens	27	13.5 %
Secondaires	4	2 %

Les résultats qui suivent portent sur les élèves

1. 1. 2. / Les élèves

1. 1. 2. 1. / Répartition des élèves par niveau

L'échantillon compte 75.5% d'élèves de l'élémentaire, 20, 3% d'élèves du niveau moyen, et 4.2 % élèves au niveau secondaire. Seul un élève n'a pas répondu soit 0,26 %.

Le tableau suivant illustre ces observations.

Tableau N°16 : Distribution des élèves dans les différents niveaux d'enseignement dans l'échantillon.

Niveaux	Part absolue	Part relative
Elémentaire	290	75.5 %
Moyen	78	20.3 %
Secondaire	16	4.2 %
Total	384	100.0 %

1.1.2.2 / Evolution des effectifs des élèves dans l'échantillon

De 1999 à 2003, les effectifs ont régulièrement augmenté. Ainsi, on a noté une augmentation de : 22.5% entre 1999 et 2000 ; 20.2% entre 2000 et 2001 ; de 24 % entre 2001 à 2002 ; et enfin de 13.4 % entre 2002 et 2003

Le tableau suivant illustre ces observations.

Tableau N°17: Evolution des effectifs des élèves dans l'échantillon

Année	1999	2000	2001	2002	2003
Effectifs	58 258	71 413	85 872	106 518	120 810
Augment° absolue		13 155	14 459	20 646	14 292
Augment° relative.		22.5%	20.2 %	24 %	13.4 %

1. 2. / Résultats de l'étude du financement

Pour cette étude, nous avons cherché la part du budget de l' Education nationale dans le budget de l'état mais également la part de budget que le département met à la disposition du service de santé scolaire .Nous avons cherché également ce que les partenaires au développement ont apporté au financement de la santé scolaire .De même, l'apport des différentes sources de la communauté a été investigué.

1. 2. 1. / Les sources de financement de la santé scolaire

Les différentes sources de financement de la santé scolaire sont :

- l'Etat,
- les ménages
- les bailleurs

1.2.1.1. / L'Etat

1.2.1.1.1. / L'évolution du budget de l'Education par rapport au budget de l'Etat

Nous n'avons pas pu avoir des informations sur le budget de l'Etat pour l'année 1999.

Cependant les informations recueillies montrent que le financement de l'éducation est une priorité. Son budget de fonctionnement en 2002 est de 115,201 milliards de F CFA; soit 27,45% du budget national. Il est passé de 108,463 milliards de Francs CFA en 2001 à 115,201 milliards de Francs CFA en 2002. En 2003, il a atteint 127,266 milliards de Francs CFA.

Le tableau ci-dessous illustre une telle évolution.

Tableau n° 18: Evolution de la part de l'éducation dans le budget de fonctionnement de l'Etat (en milliards de francs CFA)

Années	2000	2001	2002	2003
Budget de fonctionnement de l'Etat	321.800	373.900	419.700	465.200
Part de l'éducation en valeur absolue	99.983	108.463	115.201	127.266
Part de l'éducation en valeur relative	31.07%	29.01%	27.45%	27.36%

Sources : MEFP, la loi des finances 2003

Comparé à la Côte d'Ivoire et au Togo (tous les pays membres de l'UEMOA) le Sénégal est le pays qui a, le plus financé son éducation en 2000-2001.

Durant la même période, on relève que 29, 01% du budget du Sénégal est consacré à l'éducation, contre 15,9% pour la Côte d'Ivoire et 24,4% pour le Togo.

Le tableau n ° 19 ci-dessus indique ces variations.

Tableau N°19 : Part de l'éducation dans le budget au Sénégal, en Côte d'Ivoire, et au Togo en 2000/2001

	Sénégal	Côte d'Ivoire	Togo
Part de l'éducation Dans le budget	29,01%	15,9%	24,4%

Source : Rapport de suivi sur l'éducation pour tous de 2001(UNESCO), MEFP, la loi des finances 2003 du Sénégal

1.2.1.1.2/ Evolution du budget de l'Education réservée au financement de la santé scolaire

Compte non tenu du préscolaire et du privé, la Région de Dakar regroupe 35,2% des effectifs scolaires du Sénégal. Or on constate que la part du financement de la santé scolaire dans cette région est inférieure à 0,01% du budget de l'Education.

En 2003, la dépense de santé fournie par l'Etat pour chaque élève s'élève à 177,22 Fcfa, soit : (51691980/291667).

Le tableau suivant illustre l'évolution de la part du budget de la santé scolaire dans la région de Dakar par rapport à celui de l'Education.

Tableau n°20 : Part du budget de la santé scolaire (région de Dakar) sur le budget du Ministère de l'Education (en Milliards).

Année	1999	2000	2001	2002	2003
Budget de l'éducation	100,290066	99,983	108,463	115 ,201	127,266
Budget de la sté sco en Va dans la Région de Dakar	0.05169198	0.05169198	0.05169198	0.05169198	0.05169198
Part dela sté sco en Vr de la Région de Dakar dans le budget	0.0051%	0.0052%	0.0048%	0.0045%	0.0041%

Sté : santé Va : Valeur absolue
 Sco : scolaire Vr : Valeur relative

1.2.1.2. / Les bailleurs de fonds

Tableau N°21 : Evolution de la contribution des partenaires au financement de la santé scolaire. (en millions de frs CFA)

ANNEES	1999	2000	2001	2002	2003
PARTENAIRES					
BM			380,96	64,06	50,3
UNICEF				7,95	13
MI/CANADA				28,1	28,4
FNUAP				34,80	35
JICA					
TOTAL Sénégal			380,96	203,91	126,7
Total Rég Dk			22 154 976	13 527 786	8 698 320

NB : La contribution des Bailleurs de fonds couvre tout le pays. Pour avoir la part qui revient à la région de Dakar, nous avons divisé la contribution totale des bailleurs par l'effectif national des élèves ; le tout multiplié par l'effectif des élèves de la région de Dakar.

1.2.1.3. / Contribution de la communauté

Il existe différentes formes de participation de la communauté :

- Chaque année les parents d'élèves paient pour chaque enfant scolarisé, un droit d'inscription dont le montant varie selon les établissements scolaires. Le chef d'établissement doit prélever une somme de 200f.CFA par élève qui est versée dans le compte du comité de santé de l'IME. Chaque fois que l'enfant est référé, il doit montrer un papier justifiant qu'il est en règle (fait partie des élèves pour qui l'établissement a versé 200f.CFA) et est donc exempté du paiement du ticket modérateur.

- La deuxième modalité est constituée par le paiement d'un ticket modérateur chaque fois que l'élève qui n'est pas en règle (parce que l'établissement n'a pas effectuée le versement de 200f CFA) est référé à l'IME pour des prestations de soins préventifs ou curatifs.

- Enfin les bénéficiaires des prestations de l'IME qui ne sont pas des élèves payent un ticket modérateur.

1.2.1.3.1 / Les fonds provenant de la participation des élèves

Notre étude a montré que pendant l'année 2003 le montant des cotisations des élèves se chiffre à 6 667126 Frs CFA pour les 120810 élèves représentant l'effectif des établissements scolaires de notre échantillon. Cela représente une cotisation de 55.2 Frs CFA/élève. Si nous considérons l'effectif global de la région qui est de 291667 pour le secteur public, objet de notre étude, l'on peut dire que la somme versée à l'IME pour financer la santé scolaire est de 16 100018 Frs CFA soit 291667 fois 55 Frs CFA, sur une somme attendue de 58 333 400 Frs CFA. Soit 291 667 fois 200Frs CFA. D'où un taux de recouvrement des contributions par l'IME de 27.6 %.

Le tableau suivant illustre ces données.

Tableau N°22 : Contribution des élèves à travers le comité de santé des IDEN (année 2003)

IDEN	Effectifs	Contribution Attendue	Contribution Reçue	Contribution par Elève	Taux Recouvrement
DK BL	19194	3838800	612 500	32	16 %
DK M	4539	907800	120 000	26	13.2 %
DK V	3439	687800	263 000	76	38.2 %
GdDK1	5349	1069800	266 560	50	24.9 %
GdDK2	10132	2026400	1 518 316	150	75 %
GUED	17726	3545200	693 500	39	19.6 %
PIKINE	9822	1964400	150 000	15	7.6 %
RUF1	8020	1604000	315 500	39	19.7 %
RUF2	11438	2287600	1 594 050	139	69.7 %
THIAR	31151	6230200	1 133 700	36	18.2 %
TOTAL	120810	24 162 000	6 667 126	55	27.6 %

Donc nous pouvons subdiviser les IDEN en deux catégories :

- une catégorie A : IDEN qui ont effectué un versement à l'IME supérieur à la moyenne nationale de 27.6 %. Ces IDEN considérées comme les bonnes IDEN c'est-à-dire les meilleures contributrices au fonctionnement de l'IME, regroupent 57 écoles et sont : Grand Dakar2 (18 écoles), Rufisque2 (31 écoles) Dakar-ville (8 écoles).

- une catégorie B : IDEN qui ont effectué un versement à l'IME inférieur à 27.6 %.Elles regroupent 126 écoles et sont : Gd Dk1(12écoles),Rufisque1(13 écoles), Dakar-Banlieue (31écoles), Dakar-Médina,(8 écoles), Guédiwaye (19 écoles), Pikine (14 écoles),Thiaroye (30 écoles).

1.2.1.3.2. / Les fonds générés par les tickets modérateurs et l'initiative de Bamako

Les tickets modérateurs achetés par les élèves non en règle et par le grand public reçu à l'IME ont rapporté huit millions (8 000000) de francs CFA.

Le recouvrement de coût sur les médicaments du dépôts de l'initiative de Bamako a permis de générer un bénéfice de deux cent quatre vingt mille (280000) francs CFA.

Au total l'IME génère huit millions deux cent quatre vingt mille (8280000) francs CFA.

En 2003 la contribution communautaire s'élève à 24 380 018 frs.CFA à savoir la somme générée par l'IME et celle versée par les élèves (soit 16 100 018 frs CFA + 8 280 000 frs. CFA).

Conclusion partielle sur l'étude des sources de financement

De 1999 à 2003, le budget global de la santé scolaire dans la région de Dakar a évolué de manière croissante.

Ainsi, avec les charges en personnel, ce budget est passé de 54 567 733 frs CFA (1999) à 84 770 018 frs CFA (2003).

Sans les charges en personnel, le budget de la santé scolaire est passé de 11 875 753 frs CFA (1999) à 42 078 753 frs CFA (2003).

La part de l'Etat, les charges en personnel comprises, reste stationnaire en valeur absolue cf Tableau n°23.

On note une baisse de la participation de l'Etat en valeur relative (94.7% en 1999 à 61% en 2003).

Mais malgré cette baisse, à l'exception des années 2001 et 2002 où l'apport des bailleurs est plus élevé, l'Etat reste la source de financement prépondérante.

Quant à la contribution communautaire, nous constatons qu'elle est croissante. Ainsi de 1999 à 2003, elle est passée en valeur relative, de 24.2% à 57.9%.

Nous constatons également, que la contribution de l'Etat, sans les charges en personnel, est restée constante en valeur absolue (9 millions pour chacune des années de notre étude).

En valeur relative, cette contribution de l'Etat diminue d'année en année en fonction du budget global destiné à ce sous-secteur. En effet, ce budget est passé de 75,8% en 1999 à 21.4% en 2003.

Les deux tableaux ci-dessous illustrent ces variations.

Tableau N°23 : Part de chacune des sources de financement de la santé scolaire dans la région de Dakar en francs CFA (avec les charges en personnels).

SOURCES	ETAT		COMMUNAUTE		BAILLEURS		TOTAL	
	Pa	Pr	Pa	Pr	Pa	Pr	Pa	Pr
1999	5169198 0	94.7 %	2 875 753 Fcfa	24.2%	0%	0%	54567 733	100 %
2000	5169198 0	96%	2 118539 Fcfa	4%	0%	0%	53809 519	
2001	5169198 0	66%	4 562095 Fcfa	5.8%	22 154 9 76 Fcfa	28.2 %	78409 051	
2002	5169198 0	73%	5 464892 Fcfa	7.8%	13 527 865	19.2 %	70684 737	
2003	5169198 0	61%	24380018 Fcfa	28.7%	8 698 320 Fcfa	10.3 %	84770 318	

Pa = proportion absolue ;

Pr = proportion relative

Tableau n°24 : Part des sources de financement sans les charges de personnel pour l'état.

SOURCES	ETAT		COMMUNAUTE		BAÏLLEURS		TOTAL	
	Pa	Pr	Pa	Pr	Pa	Pr	Pa	Pr
1999	9 000000	75.8%	2 875 753	24.2%	0	0%	11875753	100%
2000	9 000000	81%	2 118 539	19%	0	0%	11118539	
2001	9 000000	25.2%	4 562095	12.8%	22 154 976 Fcfa	62%	35717071	
2002	9 000000	32%	5 464892	19.5%	13 527 865	48.5%	27992768	
2003	9 000000	21.4%	24 380 018	57.9%	8 698 320	20.7%	42 078 338	

Pa = proportion absolue ;

Pr = proportion relative

1.3 / La mise en œuvre des activités de santé

1.3.1. / Les activités de supplémentation et de déparasitage

Il s'agit de distribuer aux élèves des comprimés de fer, de vitamines A et des vermifuges.

On constate que les activités de supplémentation sont presque inexistantes et que la lutte contre les parasites intestinaux est peu pratiquée. (cf. tableau n°25)

A l'analyse on se rend compte que la mise en œuvre des activités de déparasitage est surtout faite dans les établissements scolaires qui se trouvent dans les IDEN à faible contribution (18/126) que dans ceux des IDEN à forte contribution (2/57).

La différence est statistiquement significative ($\chi^2=4.68$ pour $p= 0.03\%$).

1.3.2. / La visite systématique des établissements scolaires et le dépistage précoce des maladies

Sur les 183 établissements de l'échantillon, 23 ont fait l'objet de visites systématiques, soit un taux de réalisation de cette activité de 12.6%.

Sur les 57 établissements situés dans les IDEN à forte contribution, 4 ont été visités et dans celles à faible contribution, 19 des 126 établissements ont été visités, soit un taux de réalisation respectif de 7 % et 15 % . Un tableau de contingence élaboré à partir de ces données montre que la différence dans la mise en œuvre de cette activité au niveau des deux catégories n'est pas statistiquement significative ($\chi^2=2.32$, $p=0.13$). Ces visites systématiques ont permis d'effectuer des dépistages chez 63 élèves soit un taux de réalisation de 16.4%.

1.3.3./ Mise en place de boîte de pharmacie dans les établissements scolaires

Cette activité fait également partie du paquet minimum d'activités prévu par le PDEF au niveau des établissements scolaires.

Il s'agit d'une caisse remplie d'une dotation standard de médicaments de première nécessité pour faire face aux urgences médicales simples en attendant une éventuelle référence dans les formations sanitaires appropriées.

Sur les 183 établissements de notre échantillon, 10 sont équipés de boîte à pharmacie soit un ratio de 5,5%.

Ce ratio, pour les écoles des IDEN qui contribuent fortement au financement de l'IME, est de 7 % et de 4.8 % pour les établissements des autres IDEN.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la dotation de boîtes à pharmacie entre les établissements des IDEN à forte participation financière et ceux des IDEN à faible participation financière ($\chi^2 = 0,39$; $p = 0,53$).

1.3.4./ Dispensation de cours d'Education sanitaire dans les établissements scolaires

Les enfants sont les responsables de la société de demain, en ce sens, il est important pour deux raisons de leur fournir des informations et des compétences en matière de prévention sanitaire : d'une part parce qu'ils doivent préserver leur santé et d'autre part parce qu'ils peuvent servir de vecteur de comportement favorables à la santé, à l'intérieur des communautés. Cette approche est également un des objectifs du PDEF. C'est pourquoi, des programmes ciblés en fonction des pathologies les plus fréquentes, sont introduits à l'Ecole. Cette importante innovation permet au Sénégal de satisfaire l'une des composantes clefs des Soins de Santé Primaires.

Sur les 183 établissements de notre échantillon 144 dispensent l'Education Sanitaire, soit un taux de 78.7%.

Il faut également remarquer que dans les IDEN qui contribuent fortement au financement de la santé scolaire, 61.4% dispensent cet enseignement contre 86.5% dans les autres où cette activité se mène de manière plus importante avec une différence statistiquement significative ($\chi^2 = 14.75$; $p = 0.0002$)

Tableau°25 : Distribution des différentes activités de santé dans les IDEN de la région de Dakar en 2003

IDEN	DkBL	DkM	DkV	GdDk1	GdDk2	Gued	Pik	Ruf1	Ruf2	Thi	TOT
Supp	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	3
Déparasi	3	1	0	1	0	5	4	0	2	4	20
Etabl. Visités	4	5	2	3	1	1	0	0	1	6	23
Etabl. avec boîte à pharmacie	2	0	3	0	0	1	1	2	1	0	10
Etabl ayant fait l' EPS	29	6	7	10	11	14	12	13	17	25	144

1.4. / Assainissement et Approvisionnement en eau potable

1.4.1. / Approvisionnement en eau potable

Tableau N°26: Approvisionnement en eau potable des établissements scolaires de la région de Dakar.

Disponibilité de points d'eau potable	Fréquence	Pourcentage
OUI	331	86.4%
NON	52	13.6%
TOTAL	383	100.0%

Le tableau N°26 indique que 86,4 % des élèves interrogés affirment avoir de l'eau potable dans leur établissement. Et 13,6 % déclarent n'avoir pas d'eau potable.

1.4.2. / Les installations sanitaires

Toutes les écoles ont des installations sanitaires pour les élèves. Ceci a toujours été une obligation du département de tutelle. L'état de salubrité de ces installations nécessite une surveillance faite par l'IME. Pour juger de l'état de propreté de ces établissements, nous nous sommes adressés aux élèves qui sont les principaux bénéficiaires.

Tableau N°27: Etat de propreté des toilettes des établissements scolaires de la région de Dakar.

Etat de propreté	Proportion absolue	Proportion relative
Bon	168	43.9%
Mauvais	215	56.1%
TOTAL	383	100 %

Ce tableau montre que 56% des élèves jugent que l'état de propreté des toilettes est mauvais. Contre 43.9% qui jugent que l'état de propreté de leurs toilettes est bon.

1.5. / Niveau de réalisation du Projet Santé et Nutrition à l'école

Comme nous l'avons constaté, des objectifs ont été assignés au système de santé scolaire dans le cadre du Projet santé à l'école mis sur pied par le PDEF.

Dans le cadre des résultats de notre étude, nous établissons le barème d'appréciation de la performance du Système de Santé scolaire comme suit :

Tableau n° 28 : Barème d'Appréciation de la performance

Taux de Réalisation	Appréciation
0 - 25 %	Mauvais
25 - 50 %	Passable
50 - 75 %	Bien
75 - 100 %	Très Bien

Tableau n° 29 : Objectifs assignés et niveaux de réalisation des activités de santé scolaire dans la région de Dakar en 2003.

Activités	Objectifs	Résultats obtenus	Appréciation
Visite Médicale	Assurer une visite médicale à au moins 90% des élèves des établissements publics	18%	Mauvais
Supplémentation et Déparasitage	Administer à 90% des élèves des établissements publics, une dose suffisante en vit A, fer et vermifuge	3,3%	Mauvais
		12%	Mauvais
Assainissement	-Assainissement régulier et désinfection périodique de tous les établissements publics	43,9%	Passable
	-Disponibilité en eau potable dans tous les établissements	86,3%	Très Bien
Education Pour la Santé	Assurer dans tous les établissements Publics au moins un cours intégré d'Education Pour la Santé.	78,7 %	Très Bien

$$* (16,4\% * 100) / 90 = 18\%$$

Conclusion partielle

A l'exception de l'Education Sanitaire, les activités du paquet minimum prévu par l'IME demeurent très peu pratiquées dans les écoles de la région de Dakar.

Ceci est lié entre autres à la faiblesse du financement du système de santé scolaire.

1.6. / Utilisation des services de l'IME

L'IME qui doit couvrir toute la région de Dakar est basée dans le Département de Dakar. Elle est représentée dans certains établissements par les infirmeries.

1.6.1. / Taux d'utilisation de l'IME

Tableau N°30: Utilisation de l'IME par les élèves en 2003

Utilisation de l'IME	Proportion absolue	Proportion relative
Oui	25	6,5%
Non	358	93,5%
TOTAL	383	100,0%

Ce tableau montre que sur 383 élèves seuls 25 soit 6,5% ont fréquenté l'IME. Donc 93,5% de l'échantillon n'ont pas fréquenté l'IME.

Ce taux d'utilisation faible nous amène à chercher à connaître les raisons de cette sous utilisation.

Tableau N°31 : connaissance montant à payer pour une consultation à l'IME

Connaissance du prix du ticket modérateur	Fréquence	Pourcentage
OUI	15	3,9%
NON	368	96,1%
TOTAL	383	100 %

Ce tableau montre que seulement 3,9% de l'échantillon connaît le tarif de la consultation. Les 96% ne connaissent pas le prix du ticket modérateur pour les services de l'IME.

Les quelques élèves qui connaissent le coût du ticket modérateur le jugent globalement très accessible.

Tableau N°32 : Appréciation du coût de la consultation à l'IME.

Appréciation	Fréquence	Pourcentage
Très cher ₁	1	6,7%
Cher ₂	2	13,3%
Bon marché ₃	5	33,3%
Pas cher ₄	7	46,7%
TOTAL	15	100,0%

1. Financièrement non accessible
2. peu accessible
3. accessible
4. très accessible

1.6.2. / Motifs d'utilisation de l'IME

L'IME est fréquentée par les élèves pour diverses raisons.

Le tableau suivant indique la distribution des différents motifs de fréquentation de l'IME.

Tableau N°33 : Motifs de fréquentation de l'IME

MOTIFS	FREQ	POURCENT.
Consultation maladie	16	64%
Consultation maladie, soins dentaires	2	8%
Visite d'aptitude	1	4%
soins dentaires	3	12%
Autres	3	12%
TOTAL	25	100%

Les 25 élèves de l'échantillon ayant fréquenté l'IME, l'ont fait pour les raisons suivantes :

- 64 % consultation pour maladie.
- 8 % pour soins dentaires.
- 4 % pour visite d'aptitude.

Conclusion partielle

L'utilisation de l'Inspection Médicale des Ecoles par la principale cible que constituent les élèves est plutôt faible. Les raisons de cette faiblesse ne sont peut-être pas financière, mais semblent plutôt liées à un problème d'accessibilité géographique.

1.7. / Performances des élèves

La santé des élèves est un déterminant important de la réussite scolaire. C'est pourquoi, après avoir étudié la mise en œuvre des activités de santé à l'école, nous allons analyser les résultats scolaires de la région de Dakar et voir leur évolution par rapport au budget de la santé scolaire.

Pour apprécier ces résultats scolaires nous allons utiliser le taux de réussite.

Comme le montre le tableau n° 34, le taux de réussite moyen croît au fil des années. Le centile 75 également, croît de manière progressive. Ce paramètre concerne les établissements scolaires qui occupent le quart supérieur des réussites aux examens. Il regroupe donc les écoles qui ont les meilleurs résultats. Le taux de réussite maximum évolue en dents de scie.

Tableau N°34 : Evolution du taux de réussite des élèves de la Région de Dakar de 1999 à 2003.

Année	1999	2000	2001	2002	2003
TREM	22.3%	24.9%	31%	34.9%	39.4%
CENTILE 75 DU TREM	42.8%	45%	51%	-	54.11%
TREMAX	96%	93%	96%	97%	93%

1. 7.1. / Taux de Réussite moyen aux examens et contribution au budget de la santé scolaire

Nous avons cherché dans les écoles de notre échantillon l'impact de la contribution communautaire sur la réussite aux différents examens.

Le tableau suivant illustre l'évolution des taux moyens de réussite au niveau des différentes IDEN.

Tableau N°35 : Evolution des taux moyens globaux de réussite/IDEN dans la région de Dakar de 1999 à 2003

Année	1999	2000	2001	2002	2003
DK BL	23.2 %	20.7 %	28.5 %	40 %	35.6 %
DK M	17 %	21.6 %	23 %	30.7 %	38.6 %
DK V	33.6 %	35 %	37.6 %	38.7 %	40.5 %
Gr DK1	25.2 %	35.2 %	33 %	45.5 %	42.8 %
Gr DK2	20.6 %	20.6 %	34.5 %	39.5 %	44 %
GUEDIA	34.6 %	32.3 %	34 %	34.5 %	50 %
PIKINE	5.6 %	8.3 %	28 %	31 %	40.5
RUF1	32 %	36.3 %	46.5 %	40.3 %	37.7 %
RUF2	14.3 %	17.6 %	22.6 %	24.7 %	30.8 %
THIAR	23.2 %	31.2 %	32.6 %	33 %	40.7 %

Les taux de réussite des élèves évoluent en dent de scie durant les cinq années de notre étude.

Pour les IDEN qui contribuent de manière forte au financement de la santé scolaire, on note une augmentation constante d'une année à l'autre. Mais ces taux de réussite moyen par IDEN cachent des disparités entre les différents établissements scolaires.

1. 7. 2. / Etude de la Corrélation entre Contribution des élèves et le Taux de Réussite/élève

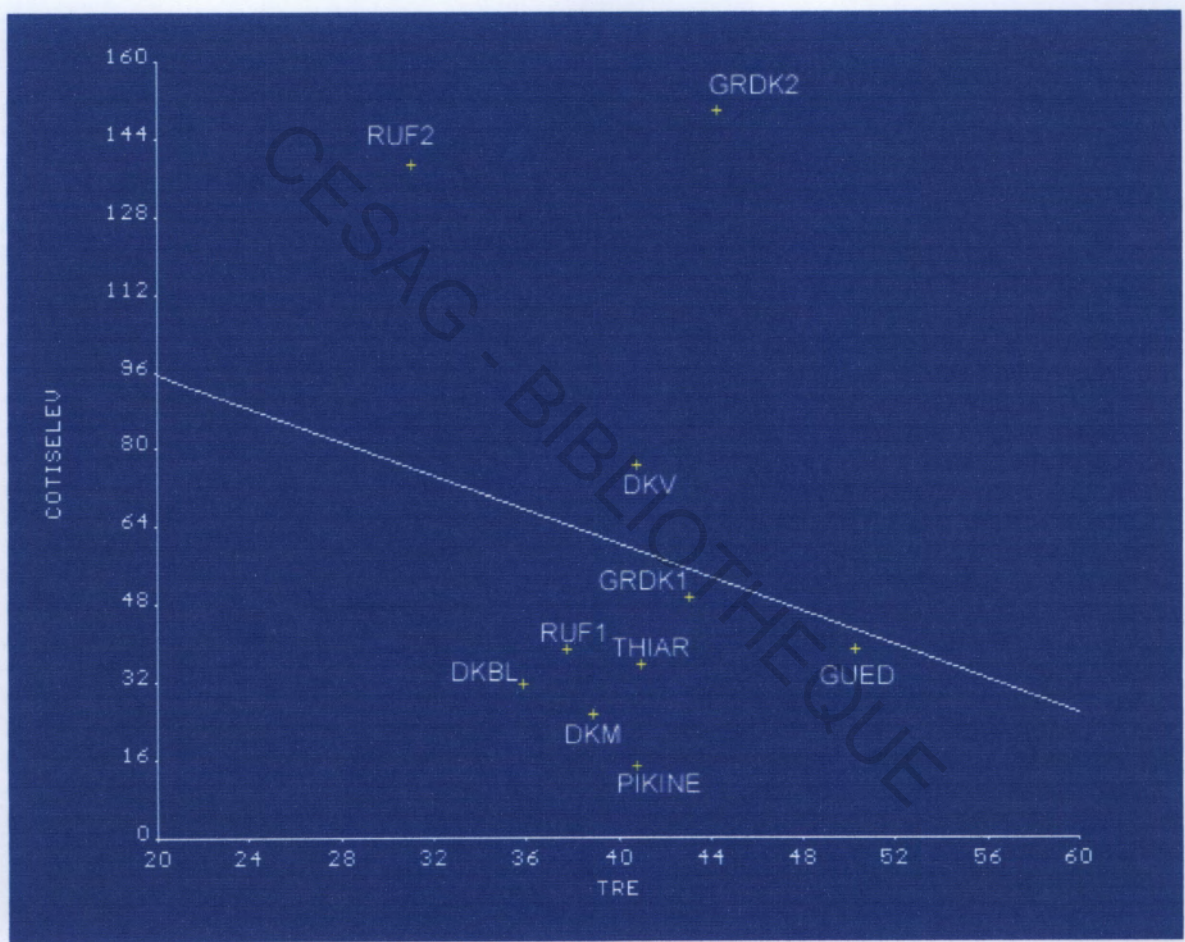
Le tableau n° 36 indique le degré de corrélation entre le taux de réussite scolaire et le taux de recouvrement des contributions des élèves au niveau des comités de santé des IDEN de la région de Dakar (année scolaire 2003).

Il faudra ici signaler que cette corrélation ne concerne que l'année scolaire 2003.

On note pour notre échantillon (N=10) une corrélation linéaire négative très faible ($r = -0,213$). Ceci est représenté schématiquement sur le graphe ci-dessous où l'on note que les IDEN (RUF2 et GdDK2) s'écartent du nuage de points. Cette corrélation n'est pas statistiquement significative ($P = 0,55 > 0,05$).

Tableau N° 36 : Détermination du coefficient de corrélation entre le taux de réussite et le taux de contribution/élève au niveau des IDEN de la région de Dakar (Année scolaire 2003).

Coefficient de corrélation de Pearson (r)	Degré de Significativité (P)	Echantillon (N)
-0,213	0,55	10

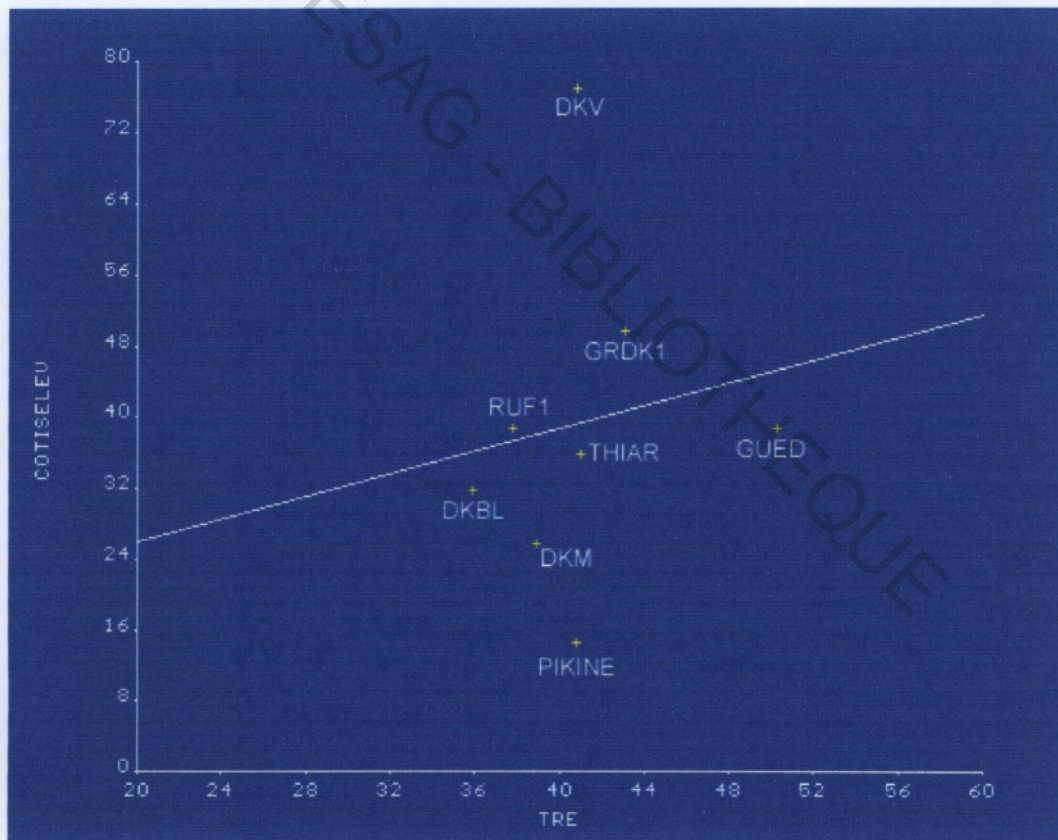


Graphique n° 1 : Corrélation entre le Taux de Réussite des élèves et la cotisation/élève dans la région de Dakar en 2003.

En excluant ces deux IDEN précitées, la corrélation devient positive mais elle demeure très faible ($r= 0,153$) et statistiquement non significative ($p=0,71 > 0,05$). Cf.graphe n° 2

Tableau N° 37 : Détermination du coefficient de corrélation entre le taux de réussite et le taux de contribution/élève au niveau des IDEN de la région de Dakar, IDEN de GdDK2 et de RUF2 exclues (Année scolaire 2003).

Coefficient de corrélation de Pearson (r)	Degré de Significativité (P)	Echantillon (N)
0,153	0,71	8



Graphique n° 2 : Corrélation entre le Taux de Réussite des élèves et la cotisation/élève dans la région de Dakar en 2003.

Au regard des résultats obtenus, il n'y a pas donc de **corrélation linéaire statistiquement significative** entre la contribution /élève et le taux de réussite au niveau de notre échantillon.

A titre d'exemple, l'IDEN de GUED (Guédiawaye) détient le taux de réussite le plus élevé (50 %) pour un taux de contribution/élève de 39 frs CFA. Alors que l'IDEN de DK V (Dakar Ville) qui dispose du meilleur taux de contribution de 77 frs CFA/élève n'a qu'un taux de réussite égal à 41%

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II./ DISCUSSION DES RESULTATS

2.1 / Intérêt et limites méthodologiques des deux enquêtes

Un tel sujet n'a jamais été étudié dans cette région et a suscité beaucoup d'intérêt chez les acteurs de l'Education.

Quelques difficultés ont pu être liées au fait que l'enquête s'est déroulée pendant la période des examens blancs dans les différentes IDEN. Ainsi, les chefs d'établissements, pris dans l'organisation de ces examens, n'ont pas pu s'entretenir avec les enquêteurs pour le remplissage du guide-d'entretien qui leur été destiné. Finalement, les chefs d'établissement ont rempli tout seul ces guides d'entretien. Ce qui fait que, pour certaines questions, des précisions n'ont pas pu être données.

Cependant, le questionnaire ayant été conçu à partir du contenu du "volet santé" du PDEF, la formulation et le contenu des questions étaient en général adaptés.

La précision des consignes données aux enquêteurs a permis d'assurer une homogénéité du recueil de données ; de plus, le courrier explicatif signé par l'Inspecteur d'Académie de Dakar nous autorisant à effectuer cette enquête, a probablement favorisé l'excellent taux de réponse de 91.5% pour les chefs d'établissement et de 100% chez les élèves. Au total on peut considérer que la totalité des données recueillies est très satisfaisante et que les résultats sont applicables à la population d'écoles publiques de l'élémentaire, du moyen et du secondaire de la région de Dakar.

Les résultats de l'enquête auprès des élèves sont extrapolables au niveau des écoles publiques de la région de Dakar. Le taux de réponse est très satisfaisant pour une enquête qui s'est déroulée pendant le mois de juin, dans le milieu scolaire.

2. 2. / Analyse des résultats

Nous analyserons parallèlement les résultats des deux enquêtes (enquête chefs- d'établissement et enquête élèves).

2. 2. 1. / Le financement de la santé scolaire

Comme l'indiquent les résultats sur les sources de financement, la santé scolaire est financée par l'Etat, les partenaires au développement et la communauté.

Le Sénégal met près de 30% du budget de fonctionnement de l'état dans l'éducation.

De 1999 à 2003, les effectifs scolaires ont augmenté respectivement de 22%(99/00), de 20.2%(00/01), de 24% (01/02) et enfin de 13%(02/03). cf. tableau n°17.

De 1999 à 2003, les effectifs scolaires publiques (dans les écoles de l'échantillon) ont plus que doublé passant de 58258 à 120810 soit une augmentation de 100,1%.

Le budget de l'Education Nationale suit la même évolution, passant de 100,290066 milliards à 127,266 milliards, soit une augmentation de 27%.

Le budget alloué par l'état à la santé scolaire est resté constant en valeur absolue (9 millions de frs .CFA), mais a baissé en valeur relative, passant de 0,009% (1999) à 0,0070% (2003).

Cette part est très faible par rapport aux prévisions du PDEF pour l'amélioration de la santé et de la nutrition scolaire. En effet ce programme prévoit pour la santé scolaire, un montant de 6,0265 Milliards pour une période de dix ans (pour tout le Sénégal) ; soient, 602,65 millions/an .Quand on sait que la région de Dakar compte 35% de la population scolaire du pays, cette région devrait avoir dans cette somme, 212,132800 millions ;(ce qui devrait 0,17% du budget de l'Education).On est donc très loin de cette prévision du PDEF.

Nous aboutissons à la même conclusion qu'une étude de l'OMS selon laquelle « les autorités du système éducatif considèrent que les activités de santé scolaire constituent une charge non indispensable dans leur budget » [2]. Devant cette carence de l'Etat, les Partenaires au développement ont commencé depuis 2002 à apporter un appui à ce sous-secteur .Cet appui s'est chiffré en 2003, pour la région de Dakar, à 8 698320 frs CFA.

Les communautés se sont engagées à combler le gap du financement de ce sous-secteur. C'est pourquoi, comme, l'a montré le tableau N°23 la participation communautaire qui, en 1999 était timide s'est élevée en 2003 à 32,5% du budget de la santé scolaire.

Ainsi, la principale source de financement à coté de l'état est la communauté. Et si l'on extrait les charges en personnel du budget de l'Etat, le financement communautaire est la principale source de financement de la santé scolaire. Nous aboutissons encore une fois à la même conclusion qu'une étude de l'OMS qui a montré que « le financement fait partie des barrières identifiées comme étant des freins au développement des programmes de santé scolaire ». [Doc OMS].

Le financement communautaire provient de deux sources : la contribution directe des ménages par le prélèvement de 200 f CFA par élève à partir de la cotisation des parents d'élève et les fonds générés par l'IME par le biais de l'IB.

Le versement à l'IME met en relief deux aspects à savoir la volonté du chef d'établissement de recouvrer les cotisations des parents d'élèves et ensuite d'effectuer le versement de 200f CFA par élève à l'IME par l'intermédiaire du comité de gestion de l'IDEN. La collecte des frais d'inscription est obligatoire car tout élève qui ne les honore pas n'est pas admis à l'école. Par contre comme le montre le tableau N° 21 le versement par les chefs d'établissement n'est effectif que pour 27 % des élèves. Cela prouve que les responsables des établissements ne font pas de la santé scolaire une priorité.

Pourtant comme le disait le Dr BRUNDTLAND en avril 2000 « un programme efficace de santé scolaire peut être l'un des investissements les plus rentables qu'un pays puisse faire pour améliorer simultanément la Santé et l'Education ».

C'est pourquoi un programme FRESH Focusing Resources on Effective School Health (Accorder la priorité à un programme efficace de santé scolaire) a été créé pour impulser la santé scolaire dans les pays.

Ce programme inter agence qui regroupe l'OMS, l'UNESCO, l'UNICEF, la BM et l'IE (Internationale de l'Education) est une initiative visant à unir les actions de ces organisations pour promouvoir la santé scolaire.

L'objectif ici, est de faire mettre en œuvre les quatre éléments de base d'un programme efficace de santé scolaire, à savoir :

1. Elaboration d'une politique de santé scolaire ;
2. Approvisionnement en eau saine et assainissement ;
3. Education sanitaire fondée sur la compétence ;
4. Création de services de santé scolaire [14]

L'Etat doit mettre en œuvre les procédures nécessaires pour plus d'efficacité pour le versement des sommes qui de toutes façon ont été déjà recouvrées auprès des parents d'élèves.

Pour ce faire, il faut un texte réglementaire de l'autorité centrale. Car, pendant l'enquête beaucoup d'acteurs ont émis le souhait de disposer de base juridique leur permettant d'effectuer ce versement. A l'instar de ce qui est fait au niveau des districts sanitaires, la participation communautaire doit être encouragée et organisée comme le recommande entre autre la Banque Mondiale.

2.2.2 / La mise en œuvre des activités de santé

Le volet santé du PDEF comprend la mise en œuvre d'un paquet minimum d'activités à l'école. Il s'agit d'appliquer le programme FRESH. (Politique sanitaire en milieu scolaire ; Approvisionnement en eau potable et assainissement ; Education sanitaire axée sur l'acquisition de savoir-faire ; et fourniture de services de santé et de nutrition en milieu scolaire).

Certaines de ces activités sont du ressort direct de l'IME, alors que pour d'autres l'IME n'a qu'un rôle d'impulsion et de supervision.

Au cours de notre enquête, un bilan de cette mise en œuvre a été fait avec les acteurs. Nous avons essayé ainsi d'établir une corrélation entre le financement et les résultats obtenus. Nous avons ensuite analysé l'impact de ces résultats sur la performance des élèves.

2.2.2.1. / Les activités de Déparasitage et de Supplémentation

Les infections helminthiques réduisent le potentiel d'apprentissage des enfants. En effet, les enfants infectés mangent moins et retiennent moins les nutriments nécessaires à leurs besoins nutritionnels d'où une malnutrition et une réduction de la capacité à apprendre à se concentrer, et une augmentation de l'absentéisme chez les élèves.

Notre enquête a montré que l'activité de déparasitage n'a été menée que dans 11% des écoles (20/183) ; et celle de la supplémentation dans 1,6% des

écoles. Ces deux pourcentages très faibles montrent le caractère non prioritaire de ces activités dans la région. Pourtant, il a été prouvé que les infections helminthiques détériorent la santé et le bien être des enfants. Et que, même si elles ne sont pas mortelles, elles entraînent des maladies sévères telle que l'anémie, les occlusions intestinales, la cécité, les diarrhées et la toux. [2]

Le déparasitage des élèves est pourtant d'un bon rapport coût/efficacité. En effet les médicaments les plus utilisés sont des médicaments à large spectre, pratique et efficace à 100% dans l'éradication des vers et à un coût modeste (Del Rosso et Marek 1996). L'Albendazole coûte 0,2\$ US la dose et le Mébendazole, 0,03\$ US. [2].

La supplémentation est la principale méthode utilisée pour lutter contre les effets insidieux de la malnutrition notamment en milieu scolaire. En effet à cause de la politique de la journée continue appliquée à l'école, les élèves rencontrent de plus en plus de problèmes à se nourrir dans la région de Dakar. C'est pourquoi il existe dans le cadre du PDEF, un programme spécial appuyé par le PAM (Programme Alimentaire Mondial) et qui permet d'apporter une ration alimentaire et des micro-nutriments à l'enfant.

Dans notre étude, cette intervention n'est pratiquée que dans 11% des établissements à cause de problème de financement.

2.2.2.2. / Approvisionnement en Eau et Assainissement

Le milieu scolaire peut être nuisible à la santé des élèves surtout lorsqu'ils sont exposés à un environnement favorable au développement des maladies infectieuses. C'est pourquoi, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement sont considérés comme des interventions essentielles de santé scolaire.

L'Approvisionnement en Eau potable est l'un des tous premiers moyens de lutte contre la transmission des maladies hydriques, qui chaque année tuent 2,2 millions d'enfants [16]. C'est pourquoi, le département ministériel de l'Education impose l'existence de point d'approvisionnement en eau saine dans tous les établissements scolaires. Cependant 13.6% de notre échantillon juge non saine l'eau fournie aux élèves. Une inspection sanitaire effectuée au cours de l'enquête montre que certaines écoles surtout dans la banlieue, sont approvisionnées par des puits munis de pompes d'exhaure. Le rôle de l'IME dans ce cadre est d'effectuer des visites de contrôle pour rectifier les dysfonctionnements en faisant appel aux services compétents des autres départements ministériels.

Les infrastructures sanitaires pour une bonne gestion des excréta, également jouent un rôle crucial dans la lutte contre les maladies infectieuses d'origine fécale. Les normes en la matière sont une toilette pour 25 filles et une pour 100 garçons et un urinoir pour 40 à 60 élèves. L'ensemble des écoles de notre échantillon possède une toilette. Comme notre échantillon comporte 50.8% de fille et 49.2% de garçons, l'on peut dire que pour l'ensemble des établissements de notre échantillon, on a 61371 filles pour 59439 garçons. Si les normes étaient respectées, on aurait en moyenne dans chaque école, 16 toilettes pour filles et 3 toilettes pour les garçons. Or notre étude trouve en moyenne 5 toilettes par écoles. Il y a donc un gap de 11 toilettes par école. De plus 56.1% des élèves déclare ces toilettes insalubre, ce qui, selon une étude menée par l'UNICEF en 1997, entraîne la non fréquentation des ces infrastructures par les élèves qui vont se soulager dans l'environnement immédiat de l'école et augmenter les risque de survenue de maladies dues au péril fécal. . Une telle situation selon la même étude a favorisé l'abandon de l'école par des filles confrontées à leurs premières règles [2].

2.2.2.3. / Education Sanitaire

Dans cet environnement scolaire il est important de mettre en œuvre des cours d'Education sanitaire axés sur l'acquisition de savoir faire.

Chaque élève doit recevoir, tout au long de sa scolarité, une éducation à la santé. Cette démarche est commune à tous les enseignements et concerne tous les moments de la vie scolaire.

La dispensation de cours d'éducation à la santé aux élèves est un acte de prévention sanitaire de base pour permettre aux enfants d'acquérir dès le bas âge des compétences pour se prémunir et prémunir leur communauté.

En effet l'élève est un important vecteur pouvant démultiplier les connaissances qu'il reçoit dans son milieu et favoriser le rapprochement Ecole- Communauté.

Les recherches ont montré l'efficacité des approches axées sur les savoir-faire pour promouvoir des choix favorables à la santé et pour prévenir et retarder les conduites à risque [2]

Dans notre étude, 78.7% des établissements dispensent des cours d'Education à la santé. En plus, 53 des 100 établissements qui ont le meilleur taux de réussite des élèves font partie des établissements qui dispensent l'Education sanitaire à l'école.

2.2.2.4. / Infirmierie et Boites à Pharmacie

Dans la région de Dakar, seuls les 18 lycées possèdent une infirmierie. Cette structure est un démembrement de l'IME. Son rôle est très important dans la prise en charges des urgences simples et des cas bénins. Pour des raisons de financement, leur nombre est très limité.

Les boites à pharmacie sont des caisses de médicaments essentiels mises à la disposition des établissements qui n'ont pas d'infirmierie. Donc toutes les écoles (des secteurs moyen et élémentaire) de la région devaient en recevoir.

Dans notre étude, seuls 5.5% des établissements en ont reçu. Le motif évoqué par les responsables de l'IME est le manque de financement pour couvrir tous les établissements scolaires. Si toutes les contributions attendues des écoles étaient versées, ce problème serait résolu. Mais les chefs d'établissement invoquent l'absence de cette boite pour refuser de contribuer au financement de l'IME. Cependant, il a été constaté que 7% des établissements scolaires des IDEN qui contribuent le plus au financement de L'IME ont été dotés d'une boite à pharmacie, contre 4.8% des autres établissements qui ont contribué le moins.

2.2.2.5. / Les visites systématiques

Elles permettent à l'IME d'effectuer sur le terrain des examens de dépistage systématiques sur les élèves, et des inspections sur l'hygiène environnementale de l'Ecole. Elles devraient donc être à la base des décisions prises en matière de santé scolaire. Mais comme le montre notre étude, ces visites pendant l'année 2003 n'ont été faites qu'au niveau de 12.6% des établissements scolaires. Ce faible taux de réalisation d'une activité aussi stratégique est dû d'après les responsables, à l'absence de moyens logistiques et au manque de ressources financières et humaines. En effet, sur le terrain, il n'y a qu'un seul médecin à l'IME, chargé de toutes les tâches administratives et techniques et, il n'y a pas de véhicule pour les supervisions.

Le tableau n°25 nous permet d'évaluer la mise en œuvre des différentes activités de santé dans les établissements scolaires.

2.2.3. / Utilisation de l'IME

Cette structure est située au centre de la commune de Dakar. En plus des élèves elle reçoit des patients venant des quartiers environnants.

En dehors des délivrances de certificats d'aptitude à l'Education Physique pour les élèves des classes d'examen surtout, toutes les autres activités faites par l'IME peuvent être effectuées ailleurs dans les autres structures sanitaires. C'est pourquoi cette structure est sous utilisée (seuls 6.5% des élèves la fréquentent). Tant que les problèmes ne sont pas résolus, il est illusoire de penser atteindre les objectifs fixés à la structure

Il est prouvé comme nous l'avons rappelé que la santé joue un rôle crucial dans la capacité d'apprentissage des élèves. Les dysfonctionnements de l'IME pourraient expliquer le taux de réussite relativement bas des écoles de notre échantillon. En effet le taux de réussite moyen pour 2003 est de 39.4%.

Aussi, l'absence de corrélation significative entre le taux de réussite et la contribution/élève infirme notre hypothèse de départ (Hypothèse3). Comme l'atteste le faible coefficient de détermination obtenu ($R^2 = 0,037$), cf.tableau n° (annexe) seul environ 4% de la réussite est expliqué par la contribution des élèves.

En effet, dans le contexte de notre étude, il existe d'autres facteurs déterminants de la réussite tels que :la qualification des enseignants,les facteurs organisationnels, l'ambiance de travail ,la disponibilité en quantité suffisante de matériel didactique et enfin les qualités intrinsèques des élèves .

Conclusion partielle

Le financement de l'IME est très insuffisant, malgré la disponibilité de ressources financières mobilisées au niveau des établissements scolaires et provenant surtout de la participation communautaire. Cette situation contribue à expliquer les faibles taux de réussite enregistrés dans la région.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

L'analyse des résultats de notre étude montre que, dans la région de Dakar, le financement a un impact sur la performance du système de santé scolaire. Si l'on tient compte des autres déterminants de la réussite scolaire dans cette région, nous pouvons dire que le faible taux de réussite peut aussi être lié au faible financement de la santé scolaire.

Recommandations à l'attention de Monsieur le Ministre de l'Education :

- 1- Augmenter le budget de la santé scolaire, en fonction des prévisions du PDEF.
- 2- Elaborer et appliquer les textes réglementaires pour la participation communautaire des élèves, en faveur de la Santé scolaire.
- 3- Equiper l'Inspection Médicale des écoles de Dakar en moyens logistiques : véhicule de supervision, moto d'animation etc.
- 4- Procéder à la formation des personnels actuellement en fonction à l'IME.
- 5- Augmenter les personnels de l'IME pour atteindre les normes définies en la matière ;
- 6- Evaluer le dispositif actuel et de formuler des propositions pour le rendre plus effectif et plus performant.

Recommandations à l'endroit de Monsieur l'Inspecteur d'Académie

1. Tenir des réunions mensuelles sur la santé scolaire dans la région ;
2. Apporter un appui logistique à l'IME ;
3. réorganiser la participation communautaire dans la santé scolaire ;
4. Apporter un appui institutionnel à l'IME pour renforcer l'autorité du médecin inspecteur auprès des chefs d'établissement ;
5. Mettre en place des Mutuelles de santé au niveau de chaque IDEN au moins.

Recommandations à l'endroit de l'équipe de l'IME

1. Former une équipe cadre de l'IME avec une définition de tâches claire pour chaque membre ;
2. Renforcer la collaboration avec l'équipe cadre de la région médicale ; et décentraliser les activités de l'IME ;
3. Promouvoir la communication entre l'équipe de l'IME et les acteurs sociaux pour améliorer le recouvrement de la participation communautaire ;
4. Améliorer le suivi de la santé des élèves, mettre en place des consultations de prévention en fin de scolarité primaire et en classe de troisième

CONCLUSION

L'Education est au cœur du développement. Le Sénégal a érigé l'éducation en priorité de tout premier ordre. C'est pourquoi l'Etat y met plus de 40% (44.6% en 2003) de son budget de fonctionnement.

La santé scolaire, est un facteur déterminant dans la capacité d'apprentissage des élèves. C'est pourquoi, dans le cadre du renforcement du système éducatif, l'Etat du Sénégal a adopté un paquet d'activités de santé scolaire à mettre en œuvre. L'Inspection Médicale des Ecoles de la région de Dakar, lieu de notre étude, s'est donc vue assignée des objectifs à atteindre dans ce cadre.

Pour remplir sa mission, elle a évidemment besoin de ressources financières. Les résultats de notre étude ont montré que lesdites ressources proviennent de trois sources : le Budget de l'Etat, l'appui des Partenaires au développement et la participation Communautaire. L'Etat, en dehors de la prise en charge du salaire des agents, a mis moins de 0.01% de son budget de fonctionnement durant les quatre années de notre étude (0.0070% en 2003). L'appui des Partenaires au développement est non seulement mal maîtrisée mais aussi n'a commencé en réalité qu'en 2001, et tourne autour de 20% (18.6% en 2003).

L'essentiel du financement provient de la Participation Communautaire qui en 2003 représentait 62.2% du budget mis en place. La santé scolaire a donc un problème évident de financement. La conséquence sur le taux de réalisation des activités est patente. Ainsi, toutes les activités mises en œuvre directement par l'IME ont un très faible taux de réalisation à savoir : supplémentation (1.6%), déparasitage (11%), dotation en boîtes à pharmacie (5.5%), et visites systématiques (12.6%).

Cette faiblesse dans la préservation de la Santé des élèves a contribué à la faiblesse des résultats scolaires dans la région : le taux de réussite moyen est de 39.3% et seuls 54.6% des établissements ont pu atteindre ledit taux ; dans le même ordre d'idée, 24% des établissements ont un taux de réussite supérieur à 50% en 2003.

Notre étude qui s'est voulue une contribution à l'amélioration de la Santé dans le milieu scolaire n'a pas la prétention d'être exhaustive. Ainsi, elle constitue une base pour d'autres études qui viendront approfondir un sujet aussi déterminant dans le processus de développement des pays émergeant. Toutefois, nous avons formulé des recommandations qui nécessitent une mise en œuvre et un suivi, rigoureux pour une meilleure prise de décision en matière de politique de santé.

Bibliographie :

1. OMS. Lettre d'Information Macroéconomie et Santé (n°9 Mai 2004).
2. Vince Whitman, Carmen Aldinger, Beryl Levinger et Isolde Birdthistle. Santé et Nutrition en milieu scolaire. In Forum sur l'Education. UNESCO. 2000 PP57.
3. OMS. L'Ecole et son rôle dans l'Education Sanitaire et la promotion de la santé en général. Genève 1997 P1.
4. MJENR-La santé des jeunes en milieu scolaire.<http://www.education.gouv.fr/presse/2003/santédp.htm>.
5. République du Sénégal DPRE. Le Point sur les recommandations de la session des EGEF.
6. Forum sur le développement humain (Paris, 17, 19, janvier 2005).
7. République du Sénégal, Plan National d'Action de l'Education Pour Tous (PNA/EPT) Version validée le 24 Avril 2001. PP75.
8. République du Sénégal : DPRE, Session d'Evaluation des conclusions des EGEF(1996),Dakar,le17,19 et 19 octobre 2003.
9. Ministère de l'Education Nationale Chargé de l'Enseignement Supérieur, Séminaire sur les Inspections Médicales des Ecoles du Sénégal (6, 7, 8,9 mai 1985 à Dakar) Rapporteur : Dr. Eric Gbodossou.
10. Albonico M et al.Intestinal parasitic infections of urban and rural children on pemba Island-Implication for control.Annals of tropical medicine and parasitology, 1993,87(6):579-583.In Environnement et santé à l'école primaire.
11. Del Rosso,JM ;MAREK,T 1996,Class Action :Improuving School Performance in the Devolving World through Better Health and Nutrition.washington,D.C, Banque Mondiale.
12. Pollite, E 1990 Malnutrition and Infection in the classroom, Paris, UNESCO.
13. OMS : orientation stratégique pour améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents, Genève, 2002 p 7.
14. <http://wwws.who.int/school.youth.health> .
15. R.P SHAW CC GRIFFN : Le financement des soins de santé en Afrique Subsaharienne par la tarification des services et l'assurance BM 1995.
16. KHAN, A.H The Sanitation Gap:Development's Deadly Menace.In Le progress des nations,1997.UNICEF New York.

ANNEXES

Tableau N° 03 Répartition des élèves du secondaire sur l'échantillon						
IDEN	Etablissements secondaire	Effectif Etab dans IDEN	% effectif dans IDEN	Nombre d'élèves par Etab sec choisi	Nombre TOTAL d'élèves par Etablissement	
IDEN Dakar Banlieue	Lycée Parcelles Assainies	2187	37%	4	12	
	CEM de HANN	788	13%	2		
	CEM El Hadj Ibrahima Thiaw	1876	32%	4		
	CEM GRAND YOUFF	1007	17%	2		
	Total	5858	100%	12		
IDEN Dakar Médina	CEM El Hadj Mansour Sy Malick	490	100%	3	5	
IDEN Dakar Ville	CEM Abbé Pierre Sock	371	17%	1	7	
	CEM Lamine Gueye	1310	60%	4		
	CEM Serigne Ahmed Sy Malick	306	14%	1		
	M Educ MariamaBâ	196	9%	1		
	Total	2183	100%	7		

IDEN Grand Dakar 2	CEM El Hadj Badara Mbaye Kaba	335	14%	1	9
	Dr Samba Gueye	576	23%	2	
	CEM Adama Diallo	519	21%	2	
	CEM Ada Traawa	1026	42%	4	
	Total	2456	100%	5	
IDEN Grand Dakar 1	CEM Abdoulaye Mathurin Ndiaye	1077	35%	5	14
	Cheikh Awa Balla Mbacké	379	12%	2	
	L TH S NT	1609	52%	7	
	Total	3065	100%	14	
IDEN Guédiawaye	CEM Joseph Coréa	2194	42%	5	12
	Pikine Est/B	1616	31%	4	
	CEM EH OGO DIOP	1370	26%	3	
	Total	5180	100%	9	
IDEN Pikine	Fadilou Diop	1391	50%	6	11
	CEM CHERIF MH	1370	50%	6	
	Total	2761	100%		
IDEN Rufisque 1	Lycée Moderne de Rufisque	1117	36%	4	10
	CEM Matar Seck	949	30%	3	
	Total	2066	66%	7	

	CEM MOMAR W	1057	34%	3	
	Total	3123	100%	10	
IDEN Rufisque 2	CEM de Yene	83	7%	1	3
	CEM DE BARGNY	1179	93%	2	
	Total	1262	100%	3	
IDEN Thiaroye	CEM Thiaroye 1	955	33%	3	10
	CEM Keur Massar	1546	54%	5	
	CEM Thiaroye 2	364	13%	1	
	Total	2865	100%	10	94

EVOLUTION DU BUDGET DU MINISTERE DE L'EDUCATION 1999/2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Personnel	63 873 568 000	64 902 830 000	61 746 183 000	62 849 610 000	73 053 479 000	85 264 007 000
Matériel	6 332 663 000	9 353 783 000	12 018 459 000	15 514 514 000		
Entretien	80 000 000	240 000 000	490 000 000	490 000 000	23 510 329 000	30 272 651 000
Transfert	22 026 793 000	1 311 897 000	28 153 484 000	30 463 484 000	30 703 240 000	45 030 130 000
BCI	7 977 042 000	7 756 243 000	7 213 880 000	9 329 000 000	15 101 000 000	14 408 000 000
TOTAL	100 290 066 000	83 564 753 000	109 622 006 000	118 646 608 000	142 368 048 000	174 974 788 000

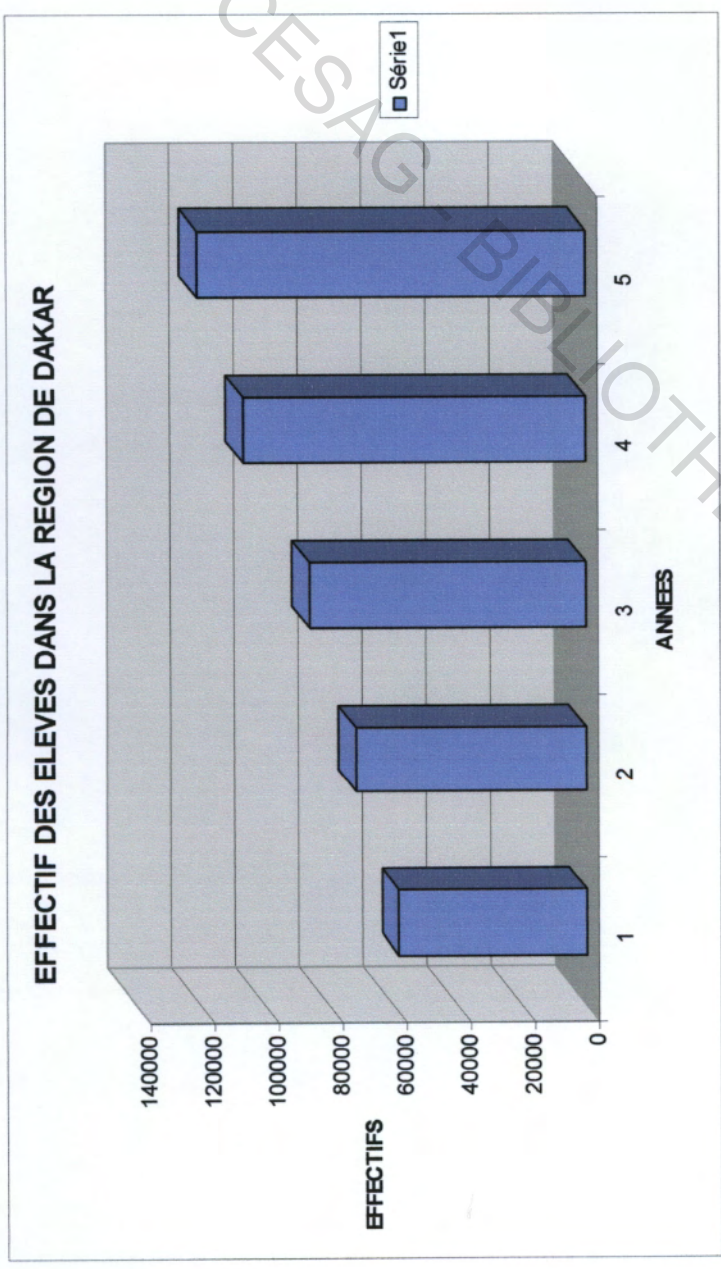
Tableau n°15 : Part de chacune des sources de financement de la santé scolaire dans la région de Dakar

ANNEES	1999	2000	2001	2002	2003
SOURCES					
ETAT	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000
COMMUNAUTE	2 875 753	2 118 539	4 562 095	5 464 892	8 653 126
BAILLEURS			22 154 976	13 527 786	8 698 320
TOTAL	11 875 753	11 118 539	35 717 071	27 992 768	26 351 446

Echantillonnage
Etude suivant les établissements

IDEN	Nbre d'étab élem	Pourcentages	Nbre d'étab sec	Pourcentages	Nbre d'étab IDEN	Pourcentages	Echantillon	Echantillon d'eta elem	Echantillon eta sc	Echantillon eta sc
IDEN Dakar Banlieue	66	89,2%	8	10,8%	74	18%	25	22	1	3
IDEN Dakar Médina	16	80,0%	4	20,0%	20	5%	7	5	0	1
IDEN Dakar Ville	15	65,2%	8	34,8%	23	6%	8	5	0	3
IDEN Grand- Dakar 2	25	75,8%	8	24,2%	33	8%	11	8	1	3
IDEN Grand- Dakar 1	26	78,8%	7	21,2%	33	8%	11	9	1	2
IDEN Guédiawaye	37	86,0%	6	14,0%	43	10%	14	12	1	2
IDEN Pikine	24	85,7%	4	14,3%	28	7%	9	8	0	1
IDEN Rufisque1	22	75,9%	7	24,1%	29	7%	10	7	0	2
IDEN Rufisque 2	65	94,2%	4	5,8%	69	17%	23	22	1	1
IDEN Thiaroye	55	87,3%	8	12,7%	63	15%	21	18	1	3
TOTAUX	351	84,6%	64	15,4%	415	100%	138	117	64	21

	1999	2000	2001	2002	2003
DAKAR BANLIEU	7866	11870	14544	18229	19194
DAKAR MEDINA	2493	3102	3068	3539	4539
DAKAR VILLE	2446	2438	3071	3816	3439
GRAND DAKAR 1	3842	4187	4100	5175	5349
GRAND DAKAR 2	3347	3541	4651	8735	10132
GUEDEAWAYE	7009	8925	12825	16008	17726
PIKINE	2342	2468	5495	6778	9822
RUFISQUE 1	7967	9044	8796	8767	8020
RUFISQUE 2	6218	7517	8692	9298	11438
THIAROYE	14728	18321	20630	26173	31151
TOTAL	58258	71413	85872	106518	120810



Guide d'entretien destiné au Médecin chef de l'I.M.E

1) Quelle est la population couverte par l'I.M.E

2) Quelles sont les activités menées par l'I.M.E

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

3) Evolution des contributions scolaires et statistiques sanitaires de l'IME de Dakar.

Années	1999	2000	2001	2002	2003
<i>Montant total des contributions scolaires</i>					
<i>Nombre d'élèves vus en Soins Curatifs</i>					
<i>Nombre d'élèves vus en Soins dentaires</i>					
<i>Nombre d'élèves vus en visite d'aptitude</i>					
<i>Nombre d'élèves vus en Dépistage Systématique</i>					

4) Quelles sont les partenaires qui sont intervenus dans le financement des activités de l'I.M.E ?

5) Quel est le montant global de leur participation ?

Années	1999	2000	2001	2002	2003
<i>Partenaires</i>					
<i>Contribution</i>					

6 - Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice de vos taches ?

- financières
- Logistiques
- Etat du Personnel
- Etat du Matériel
- Autres

Guide d'entretien destiné aux Chefs d'Etablissement

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un mémoire portant sur les indicateurs de performance du système de santé scolaire.

Identification :

IDEN :

Etablissement :

1 - Quelles sont les activités de santé menées dans l'école ?

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

2 - Evolution des dépenses de santé et des statistiques sanitaires et scolaires de 1999 à 2003.

Années	1999	2000	2001	2002	2003
<i>Nombre total des élèves</i>					
<i>Taux de recouvrement des contributions des élèves</i>					
<i>Montant total des contributions des élèves</i>					
<i>Montant total des contributions de l'école</i>					
<i>Nombre d'élèves envoyés en Soins Curatifs</i>					
<i>Nombre d'élèves envoyés en visite d'aptitude</i>					
<i>Nombre d'élèves vus en Dépistage Systématique</i>					
<i>Taux de réussite aux examens</i>					

3 - Les partenaires qui sont intervenus dans le financement des activités de santé de l'école ?

Années	1999	2000	2001	2002	2003
<i>Partenaires</i>					
<i>Contribution</i>					

Questionnaire /Elèves

Identification :

Etablissement :

Classe :

Age :

Sexe M / ___ / F / ___ /

Lieu d'habitation :

.....

.....

Profession du parent en charge

.....

N° de Téléphone :

LES TYPES DE SERVICES DE SANTE DISPONIBLES DANS LES ETABLISSEMENTS

Approvisionnement en eau potable et assainissement.

Q1 - Y'a-t-il des robinets d'eau potable dans l'école ?

Oui / ___ / (ALLEZ à Q2)

Non / ___ / (ALLEZ à Q3)

Q2 - Buvez-vous cette eau ?

Oui / ___ /

Non / ___ /

Q3 - Pourquoi ?

Q4 - Quel type de toilettes avez-vous dans l'école ?

• Latrines / ___ / Nbre / ___ /

- WC (muni de chasse d'eau) /__ / Nbre /__ /__ /
- Autres (Préciser)..... /__ /

Q5 - Comment trouvez-vous l'état de propreté des toilettes ?

- Bon /__ /
- Mauvais /__ /

Q6 - Votre école est-elle propre ?

- Oui /__ / **(ALLEZ à Q12)**
- Non /__ / **(ALLEZ à Question suivante Q7)**

Q7 - Pourquoi ?

- Absence de service de nettoyage /__ /
- Défaillance du service de nettoyage /__ /
- Comportement des élèves /__ /

Q8 - Quels sont les endroits sales ? **(PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)**

- Cour /__ /
- Classes /__ /
- Toilettes /__ /
- Autres (Préciser)..... /__ /

Q10 - Quels genres de déchets trouve-t-on dans l'école ? **(PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)**

- Ordures /__ /
- Eaux usées /__ /
- Autres (Préciser)..... /__ /

Q11 - Quels inconvénients peuvent en découler **(PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)**

- Mauvaises odeurs /__ /
- Prolifération des moustiques /__ /
- Prolifération des vers /__ /
- Autres (Préciser)..... /__ /

Q12 - Ou jetez-vous vos ordures ?

- Poubelles /__ /
- Cour de l'école /__ /
- Autres (Préciser)..... /__ /

Q13 - Comment trouvez-vous le nettoyage de votre école ?

- Bien fait /__ /
- Mal fait /__ /

Q14 - Quelle est la périodicité de l'enlèvement des ordures ?

- Tous les jours /__ /
- 3fois par semaine /__ /
- 2fois par semaine /__ /
- 1fois par semaine
- 2fois par mois /__ /
- 1fois par mois /__ /
- Autres..... /__ /

Q15 - Qu'en pensez vous ?

Périodicité : Bonne /___/

Moyenne /___/

Mauvaise /___/

La santé à l'école fondée sur les compétences.

Q16 - Des cours d'éducation sanitaire sont-ils dispensés dans l'école ?

Oui /___/

Non /___/

Q17 - Cochez dans la liste ci-dessous, les domaines abordés avec vos professeurs.

- Hygiène /___/
- Alimentation /___/
- Sécurité /___/
- IST/SIDA /___/
- Tabac /___/
- Education sexuelle /___/
- Autres (Préciser)...../___/

Paquet minimum de services disponibles dans l'établissement

Q18 - Parmi les actions et les services que je vais vous citer, lesquels sont disponibles dans votre établissement ? (**LIRE LA LISTE**)

- Supplémentation /___/
- Déparasitage /___/
- Dépistage précoce /___/
- Caisse à pharmacie /___/
- Infirmerie /___/

Degré de satisfaction des utilisateurs du système de santé.

Q19 - Etes-vous déjà allé à l'IME (Inspection Médicale des Ecoles) ?

• Oui /___/ (**ALLEZ à Q20**)

• Non /___/ (**ALLEZ à Q22**)

Q20- Pour quel motif ?

- Consultation maladie /___/
- Visite d'aptitude /___/
- Soins dentaires /___/
- Autres (Préciser)...../___/

Q21 - Pourquoi avez-vous préféré l'IME ? Parce que

- C'est proche de chez vous /___/
- Le Prix de la consultation abordable /___/
- Les soins y sont satisfaisants /___/

- L'accueil y est satisfaisant /___/
- Autres(Préciser)..... /___/ (ALLEZ à Q 23)

Q22 - Pourquoi n'êtes-vous pas allé à l'IME?

- Prix consultation trop élevé /___/
- Ignorance du service /___/
- Soins non satisfaisants /___/
- Eloignement du service /___/
- Préfère aller dans un CS plus proche /___/ (CS : Centre de Santé)
- Attente trop longue /___/
- Autres (Préciser)..... /___/

Q23 – Savez-vous combien il faut payer pour une consultation à l'IME ?

- Oui /___/ (ALLEZ à Q24)
- Non /___/ (ALLEZ à Q25)

Q24 – Comment trouvez-vous le prix de la consultation à l'IME ?

- Très cher /___/
- Cher /___/
- Bon marché /___/
- Pas cher /___/

Q25 – Savez-vous qu'une partie du montant de votre inscription scolaire doit être reversée à l'IME ?

- Oui /___/
- Non /___/

Q26 – Pensez-vous que ce prélèvement est utile ?

- Oui /___/
- Non /___/

Q27 – Avez-vous fait l'objet d'un bilan de dépistage systématique effectué par l'IME ?

- Oui /___/
- Non /___/