



Trait d'union entre système de santé et système éducatif

La question de la prise en charge de la santé des élèves dans le secondaire à Ziguinchor (Sénégal)

Ibrahima Demba DIONE

Géographe de la santé, enseignant-chercheur en département de sociologie
Université Assane Seck, Ziguinchor (Sénégal)

idione@univ-zig.sn

Résumé

Ce texte propose une réflexion sur la santé scolaire au Sénégal en termes de dispositifs publics mis en place dans la prise en charge des besoins de santé des élèves. Nous questionnons ainsi les volets curatif, préventif et assurantiel pour mesurer la prise en charge et discuter des articulations et désarticulations par rapport au système national de santé étant entendu que la santé scolaire est prioritairement gérée par l'éducation nationale dans le secondaire et le moyen secondaire. L'espace de recherche choisi est la commune de Ziguinchor au Sénégal, avec le cas du lycée Djignabo pour le secondaire et le CEM Kénia pour le moyen secondaire. Les éléments méthodologiques mobilisés sont principalement des entretiens semi-directifs auprès du personnel pédagogique, de la santé scolaire, des élèves et des observations dans les établissements scolaires pour tracer les itinéraires thérapeutiques. Les constats réalisés montrent i) une situation de vulnérabilité des élèves en rapport avec les maladies endémiques dans un contexte de ténuité des services de santé scolaires ; ii) une stratégie préventive huilée dans le discours à travers les injonctions internationales mais qui a du mal à trouver une efficacité ; une protection sociale organisée dans le système global de sécurité sociale mais qui laisse voir une juxtaposition de prérogatives entre le ministère de la santé et de l'action sociale et le ministère de l'éducation nationale. En conclusion, dans les principes d'universalisation de l'offre de soins, les logiques d'articulation sont contrariées par l'absence de connexion dans la chaîne de prise en charge.

Abstract: Linking Health and Education System: The Issue of Health Care for Secondary School Students in Ziguinchor (Senegal)

This paper examines school health in Senegal, focusing on the public systems established to care for pupils. We explore the curative, preventive and insurance aspects in order to assess the extent to which care is provided and to discuss the connections and disconnections with the national health system, recognizing that school health is primarily managed by the national education system in secondary and intermediate secondary schools. The research focuses on the commune of Ziguinchor in Senegal, specifically on the Lycée Djignabo for the secondary level and the CEM Kénia for the intermediate secondary level. The methodology primarily involved semi-structured interviews with teaching staff, school health staff, and students, and observations in the schools to trace the therapeutic itineraries. The findings reveal i) the vulnerability of pupils to endemic diseases in a context where school health services are sparse ; ii) a preventive strategy that is rhetorically well-structured in response to international injunctions but struggles to be effective in practice ; iii) a social protection system that is formally part of the overall social security system but reveals a juxtaposition of prerogatives between the Ministry of Health and Social Action and the Ministry of National Education. In conclusion, in the principles of universal provision of care, the logic of articulation is thwarted by a lack of connection in the chain of care.

Mots-clés

Système de santé – Santé scolaire – Éducation – Protection sociale – Sénégal

Keywords

Health System – School Health – Education – Social Protection – Senegal

INTRODUCTION

L'éducation dans son sens large, en se limitant ici à l'institution qui la porte - l'école - suppose l'acquisition de connaissances intellectuelles et de compétences pratiques permettant à l'individu une réaction adaptée à la société humaine et à l'environnement (*health literacy*) (Buisson-Fenet & Tenne 2022). Elle est ainsi présentée comme un canal approprié pour créer les conditions d'un « état complet de bien-être physique, mental et social » (Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 22 juillet 1946), toutes situations tendant à permettre l'épanouissement individuel et collectif. Ainsi, la santé et le bien-être y trouvent un lieu d'expression au sens où « l'éducation sanitaire non seulement apprend à mener une existence conforme aux exigences de la santé, mais encore, elle permet de mieux comprendre, de mieux apprécier et de mieux utiliser les services de santé » (Turner 1966 : 11). Ce point de vue permet de cerner les différentes bases de la santé à l'école, du comportement individuel face aux risques sanitaires en termes de prédispositions conformes au maintien d'une bonne santé à l'offre de soins pour la prise en charge biomédicale et socio-médicale des apprenants (Parayre 2011). Cette double entrée (École/Santé) montre l'entièreté de la mission assignée à l'école dans le secteur de la santé à travers le suivi de la santé des élèves (curatif) mais également, leur éducation à la santé (préventif) conformément aux approches « école en santé » et « écoles promotrices de santé » initiées par l'OMS depuis la fin des années 90 (Buisson-Fenet & Tenne 2022). De ces angles de vue, l'enjeu de la recherche présentée ici est de questionner l'offre de santé scolaire au Sénégal dans la commune de Ziguinchor au secondaire et au moyen secondaire et les dispositifs de prise en charge de la santé des élèves sur les plans curatif, préventif et assurantiel associés, et enfin d'analyser les articulations et désarticulations de la santé scolaire par rapport au système national de santé. Le texte est organisé en trois points comprenant respectivement une approche théorique et méthodologique, une analyse de la santé globale dans les politiques socio-sanitaires en milieu scolaire, et un exposé et discussion des résultats issus de la recherche.

1. CONTEXTE, POSITIONNEMENTS ET MÉTHODOLOGIE

1.1. Contexte et positionnements

Cette recherche questionne la santé à l'école dans son organisation et les pratiques et usages associés à travers une entrée par les acteurs du secteur, notamment les élèves, les enseignants, les professionnels de la santé. Toutefois, revisiter les mécanismes de l'organisation de la santé scolaire au Sénégal revient à adopter une démarche consistant à voir toutes les constructions afférentes à la prise en charge médicale, psycho-sociale et à la prévention. Principalement, le fonctionnement de la santé scolaire reflète la particularité d'intégrer plusieurs acteurs à différents niveaux de décisions sur les plans institutionnel, éducatif et sanitaire entre les différents ministères chargés de l'éducation et de la santé. Par conséquent, jeter un regard sur les dynamiques de couverture médicale en termes curatifs et préventifs pour comprendre le système de santé scolaire, revient à caractériser les initiatives prises dans le temps long du processus d'édification d'une action publique d'offre de santé scolaire d'une part (de la présence coloniale à aujourd'hui), et d'autre part le temps court des urgences sanitaires relativement aux épidémies, endémies et pandémies. C'est ainsi mettre en avant la complémentarité entre école et santé dans les politiques publiques en termes de dispositifs. Le dispositif renvoie ici à un ensemble d'acteurs et d'instruments concourant à la réalisation d'un objectif, il a une dimension sociale (référentiels, rapports sociaux entre puissance publique et bénéficiaires de l'action etc.) et technique (instruments, éligibilité, système d'information etc.). Ainsi, une approche diachronique et synchronique est simultanément privilégiée afin de décortiquer les évolutions et les enjeux ponctuels dans la santé scolaire au prisme de la série d'actions publiques entre innovations, réajustements et/ou réorientations.

Comprendre aujourd'hui l'offre de santé scolaire et les mécanismes qui la régissent revient à remonter à la période coloniale en analysant les différentes stratégies d'intégration d'une offre de santé scolaire dans le système de santé globale. Les bases de l'offre de santé scolaire au Sénégal ont été jetées avec la mise en place en 1942 des services généraux d'Inspections Médicales des Écoles (IME) dont la mission principale était d'assurer la prévention des maladies (vaccination contre le BCG, la rougeole, la variole et la coqueluche), la gestion de l'environnement scolaire (hygiène et assainissement), la surveillance de l'alimentation (mise en œuvre d'un programme d'alimentation supplémentaire à l'école) dans les internats et le contrôle de l'aptitude des élèves aux épreuves physiques et sportives (Nda 2005). C'était également la création d'infirmières dans les établissements scolaires. Ce sont ces mécanismes qui ont été repris et perpétués après les indépendances jusqu'en 1986, l'année de la création, au ministère de

l'éducation nationale, de la Division Contrôle Médical Scolaire (DCMS) qui voit ses prérogatives s'étendre en 1992 avec l'introduction de la sous-composante « santé et nutrition » dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) qui promeut une vaccination systématique des enfants à l'école. C'est également la mise en place du Service National de l'Éducation pour la Santé (SNEIPS) au ministère de la santé et de l'action sociale. L'idée fut de permettre une centralisation de l'offre de santé scolaire au niveau de ces organes en vue de décliner une politique plus large à l'échelle du territoire national. L'action pédagogique intègre la santé dans les établissements en s'appuyant sur les logiques de desserte déclinées avant les indépendances. Aux indépendances à partir du début des années 1960, cette ligne directrice fut maintenue. D'ailleurs, la constitution sénégalaise, dans l'article 14, garantit le droit à la santé pour tous et insiste sur « l'obligation de l'État et des collectivités territoriales de veiller à la santé physique et morale de la famille ». Cette entrée aussi large marque la volonté des premiers gouvernements de prendre en compte toutes les couches de la population dans les politiques de santé. Au-delà de la mise en place d'un système global de santé, une attention particulière est portée aux couches les plus vulnérables, comme les jeunes, à travers une offre de santé scolaire. Depuis lors, des initiatives nationales sont mises en avant à travers des programmes d'amélioration de l'éducation et de la formation et au sein desquels la santé occupe une place prépondérante. C'est à l'image du Programme de Développement de l'Éducation et de la Formation (PDEF 2000-2010) qui met la santé des apprenants au cœur des préoccupations dans les politiques éducatives. Dans ce programme, il s'agit entre autres intentions d'améliorer la situation nutritionnelle des élèves avec la prise périodique de fer et de vitamine et en même temps de lutter contre les parasitoses. Dans le domaine pédagogique, il s'agit d'ajouter dans les programmes scolaires un cours intégré d'éducation pour la santé centrée sur les problèmes prioritaires de santé de la localité en termes d'endémicités. Le programme intègre également les pathologies comme le VIH/SIDA et les affections liées aux infections sexuellement transmissibles (IST) avec la mise en place d'un système d'information sanitaire qui véhicule les moyens de lutte préventive et les stratégies de riposte. L'assainissement entre également en jeu avec les désinfections périodiques de tous les établissements scolaires. S'agissant de la politique globale à travers les organismes internationaux, la complémentarité entre santé et école a fait l'objet d'une attention particulière à l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO qui ont fait des injonctions fortes à partir du début des années 1990. Mais, déjà en 1950, les experts de l'hygiène scolaire de l'OMS soulevaient que « pour étudier avec succès, les enfants doivent être en bonne santé » (WHO 1997: 2) ouvrant ainsi une série d'actions allant dans le sens d'une promotion de « l'éducation sanitaire de la population » en 1954 lors de la réunion du comité d'experts de l'éducation sanitaire ; celle du comité conjoint OMS/UNESCO en 1959 pour la « préparation des enseignants à l'éducation sanitaire » ; celle du comité d'experts de l'OMS sur « les nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires » en 1983 ; les consultations internationales OMS/UNESCO en 1985 sur « l'éducation sanitaire des enfants d'âge scolaire » ; les discussions sur « la santé des jeunes à la 42^{ème} Assemblée mondiale de la santé en 1989 » ; la Conférence mondiale sur la santé scolaire et la prévention de l'infection pour le VIH en 1995. Depuis lors, le concept d'« écoles promotrices de la santé » est largement revenu dans toutes les rencontres internationales sur le lien santé et école. Lors du Forum de Dakar au Sénégal sur l' « Éducation pour tous » en 2000, les perspectives d'action sur la sécurité contre la violence et la criminalité, l'équité, l'inclusion des élèves sont définies à travers le concept de « FRESH » (Focusing Resources on Effective School Health) sur l'initiative de la Banque mondiale, de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNESCO associant différents pays du monde (UNICEF, WHO, & World Bank 2001). En 2009, une approche holistique de l'école par des valeurs fondamentales comme l'équité, la durabilité, l'inclusion, l'autonomisation et la capacité d'action et la démocratie lors de la rencontre de Vilnius¹ et plus tard à Odense en 2013 confirment cette ligne directrice (Broussouloux 2016).

Après tant d'années d'expérience dans les stratégies de promotion de la santé en milieu scolaire, que peut-on retenir des dispositifs mis en place au Sénégal ?

Les études consacrées à la santé scolaire au Sénégal, à part les rapports, les capitalisations d'experts technocrates sont rares. La façon dont les élèves et le personnel pédagogique perçoivent, se représentent et vivent la santé scolaire dans différents contextes et selon le niveau scolaire est rarement abordée dans les productions scientifiques.

1. Résolution de Vilnius (2009). Améliorer l'école par la santé.

En ligne : <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/conference%20statements/Vilnius%20resolution/french-vilnius-resolution.pdf>

Pourtant, les indicateurs de santé montrent une grande vulnérabilité chez les jeunes en situation de scolarisation au Sénégal et particulièrement à Ziguinchor.

Ziguinchor est l'une des quatorze régions du Sénégal située dans la partie sud avec la particularité d'être quasi-ment coupée du reste du Sénégal par la République de Gambie, l'isolant ainsi de la partie nord du pays. Il est en même temps au cœur d'un espace frontalier compris entre le Sénégal, la Gambie et la Guinée Bissau, une position carrefour avec des influences diverses au-delà des frontières relatives à l'homogénéité socioculturelle entre les différents pays qui l'encadrent (Dione 2013). La population est estimée en 2023 à 754 110 habitants soit environ 4,1 % de la population totale du Sénégal selon les projections démographiques du Recensement Générale de la Population de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (ANSD 2023). La structure par âge à Ziguinchor montre que plus de la moitié de la population a un âge inférieur à 17 ans, ce qui témoigne d'une forte proportion de la population scolarisable. La région de Ziguinchor enregistre le plus important taux de scolarisation avec respectivement 90 % pour le moyen secondaire et 71 % pour le secondaire alors que les moyennes nationales se situent à 54 et 34 %. Toutefois, les taux d'achèvement tournent autour de 35 % pour les garçons et 25 % pour les filles dans l'ensemble du secondaire (PDEF 2010-2011). Ce paradoxe peut trouver plusieurs explications mais nous nous intéressons aux effets de la santé en général (morbilité, offre, recours aux soins) dans une approche biomédicale et socio-médicale au-delà de la performance du système pédagogique. En effet, « un niveau élevé d'éducation améliore la santé et l'espérance de vie, et [...] la santé n'affecte pas seulement l'apprentissage, mais également les taux de scolarité » (Buisson-Fenet & Tenne 2022 : 48). Très peu d'études ont porté sur la corrélation entre état de santé et absentéisme à l'école au Sénégal. L'observatoire de l'IRD à Niakhar a fait état d'un lien de cause à effet entre la santé et l'absentéisme scolaire de manière générale en évoquant que « les raisons de santé sont le motif d'absence dominant dans 66 % des cas d'absentéisme » (Gueye & Delaunay 2017 : 84). Mais la relation est bien établie dans d'autres endroits endémiques où « le paludisme peut avoir des effets sur l'éducation via l'absentéisme scolaire, l'état de santé des enfants ou encore d'autres conditions socioéconomiques et comportements associés à la maladie » (Thuilliez 2009 : 173). À Ziguinchor, plusieurs affections endémiques à la région constituent des blocages aux performances scolaires. Pour en citer quelques-uns, la schistosomiase, une maladie aiguë et chronique provoquée par des vers parasites, y a une prévalence supérieure à 50 % ; le VIH, même si aujourd'hui des efforts sont engagés pour la réduction de sa prévalence à travers un programme national de lutte contre ce fléau, Ziguinchor est l'une des régions les plus touchées au Sénégal après Kolda et Sédiou avec 4 % de personnes infectées selon le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS, ONUSIDA 2016). Les grossesses en milieu scolaire avec toutes les implications sociosanitaires, des traumatismes sociaux et psychologiques aux problèmes de santé, sont nombreux dans la région sud, où la région de Ziguinchor enregistre un taux de 19 % derrière Sédiou à 30 % (Khouma & Ka 2015). La région de Ziguinchor se caractérise aussi par les conséquences d'un conflit armé qui a déplacé des milliers de personnes avec d'importants traumatismes pour les couches les plus vulnérables comme les adolescents sujets à des troubles psychologiques importants. Ce conflit a aussi fondamentalement désarticulé l'organisation des soins de santé primaires avec la destruction de structures de soins de base dans les zones périurbaines et les profondeurs rurales en Basse Casamance (Delauney 2001, Mané et al. 2016).

1.2. Objectifs de la recherche et méthodes

Cette recherche propose une approche holistique à partir de l'entrée par les élèves et l'encadrement pédagogique du secondaire et du moyen secondaire, les principaux acteurs utilisateurs de l'offre de santé scolaire. Cette démarche a permis de déceler i) les représentations, perceptions et vécus dans l'utilisation et la gestion des services de santé scolaire d'une part et globale d'autre part en connexion ou non, ii) les besoins exprimés par les élèves et leurs attentes sur l'offre de santé scolaire, iii) l'accumulation des savoirs sur la santé et les enjeux endogènes, iv) les comportements des élèves et la compréhension qu'ils ont des risques sanitaires, v) le financement de la santé scolaire. Pour cela, la méthodologie adoptée fut essentiellement orientée vers une démarche qualitative avec une série d'entretiens semi-directifs dont les partenaires de recherche sont constituées par les élèves, les enseignants, le personnel de l'Inspection Médicale des Écoles de la région de Ziguinchor et des services médicaux des établissements, des structures de santé qui accueillent principalement les élèves, les acteurs des associations scolaires pour la promotion de la santé préventive comme le club Éducation à la Vie Familiale (EVF). 33 entretiens ont été administrés au total selon les partenaires de recherches déterminés en fonction du secondaire et du moyen secondaire dont 27 au niveau des élèves (13 au collège Kénia et 14 au lycée Djignabo), 6 entretiens concernent le censeur et

le proviseur du lycée Djignabo, l'infirmier et l'assistant social du service médical, le principal du collège Kénia ainsi que l'infirmier chef de poste de « l'hôpital belge » où sont référés les élèves du collège qui ne dispose pas d'une infirmerie, l'assistant social de l'inspection médicale des écoles de Ziguinchor. Les entretiens ont porté sur l'état de santé global des élèves, les initiatives de vulgarisation de la santé en milieu scolaire, l'offre de santé (structures, soins et actions sociales), les besoins de la santé scolaire, la connexion avec le système de santé global, le comportement des élèves face aux risques sanitaires liés aux maladies endémiques, à la santé de la reproduction, à la toxicomanie etc., à l'offre de santé préventive. L'âge des élèves interrogés est compris entre 12 et 21 ans, de la cinquième à la troisième pour le collège. Toutefois, des critères sur le choix des classes à interviewer sont intégrés. Comme l'enquête s'est déroulée en début d'année scolaire, les élèves de sixième ne sont pas pris en compte, n'ayant pas encore pratiqué l'offre de soins scolaire. Le même critère de choix a été retenu au secondaire avec les élèves de seconde. Une approche genrée selon le sexe est également prise en compte avec une proportion égale entre garçons et filles dans l'ensemble des interviewés.

2. RÉSULTATS ET DISCUSSIONS : ARTICULATIONS DE LA SANTÉ SCOLAIRE AU SYSTÈME GLOBAL

Dans cette partie, nous abordons et discutons les résultats de la collecte de données sur la prise en charge curative et préventive en analysant les mécanismes de recours aux soins ainsi que la protection sociale des élèves. Cela nous a permis d'analyser les articulations, désarticulations et incertitudes dans la chaîne d'offre de soins. Précisons ici que le système de santé sénégalais est articulé par différents niveaux d'offre de soins avec la promotion des soins de santé primaires. La base est constituée des structures de soins de premier contact entre les usagers et le système de santé (postes de santé, cases de santé, maternités rurales, centres de santé ou dispensaires, infirmeries d'écoles, inspections médicales des écoles etc.) en concordance avec le dispositif district sanitaire conformément à la stratégie de promotion des soins de santé primaire. La partie intermédiaire ou direction régionales de la santé assure les soins de santé secondaires à travers les hôpitaux régionaux. Le sommet offre des prestations de spécialités et de formation du personnel de santé (Centre Hospitalier Universitaire de Fann). Ces trois niveaux, avec chacun un paquet minimum de soins à délivrer, sont articulés par un système de référencement et de contre-référencement. La référence renvoie à un recours aux soins des usagers à partir des petites unités d'offre de soins de la base au sommet. La contre-référence consiste le cheminement inverse mais, elle n'a d'enjeu ici que rapportée aux gratuités dans l'assurance maladie comme la CMU (Couverture Maladie Universelle) où la prise en charge dépend du respect des normes prescrites de référencement dans la pyramide sanitaire.

2.1. Prise en charge curative et préventive

L'état des lieux de la morbidité diagnostiquée pour les pathologies les plus courantes, au niveau des infirmeries d'écoles et des structures de soins publiques où ont été référencés des élèves, montre une plus forte prévalence du paludisme (51%) suivi de la grippe saisonnière (31%) des crises² (8%), de l'asthme (8%) et du simple mal de tête (2%). Le paludisme constitue l'un des graves problèmes de santé auxquels le Sénégal est confronté. En 2020, environ « 0,7 % des décès dus au paludisme dans le monde sont survenus dans le pays »³. De nombreuses initiatives sont mises en place pour lutter contre cette affection dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) appuyé par l'OMS, l'Unicef et la Banque mondiale avec la stratégie de promotion de l'utilisation des MILDA (moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action). Mais, les résultats sont mitigés, le paludisme continue d'être un fléau qui hypothèque la réussite des soins de santé primaires. Les cas de grossesses et d'IST ne sont pas apparus dans les registres de consultation et rapports d'activités des services médicaux visités, pourtant aux entretiens avec le personnel de la santé et de l'action sociale, il ressort nettement qu'il existe plusieurs cas. Le principal du CEM Kénia fait bien mention de cela et rapporte « *il y a quelques années, nous avons remarqué plusieurs cas de grossesses, et souvent ces grossesses étaient le fait d'élèves mais aussi de militaires parce qu'il y a un camp juste à côté et je ne vous dis pas* ».

2. Les crises renvoient à des comportements d'hystérie collective, souvent observés dans les établissements au Sénégal.

3. Severe Malaria Observatory. Sénégal : charge du paludisme.

En ligne : <https://www.severemalaria.org/fr/pays/s%C3%A9n%C3%A9gal>. Consulté le 8 décembre 2024.

L'absence de traçabilité sur ces cas selon l'assistant social du Lycée Djignabo s'explique par le fait que les situations de grossesse et d'IST sont détectées à la suite de référencements d'élèves atteints d'affections bénignes mais persistantes et qu'il y a des doutes ou suspicitions allant dans ce sens. À ce sujet l'infirmier du lycée de Djignabo dit : « *ici, quand l'élève veut venir à l'infirmérie, il passe par un surveillant qui lui donne le billet d'infirmérie. Moi, je fais le nécessaire pour les soins et si je constate que je ne peux pas le prendre en charge, je prends le billet d'infirmérie et j'écris voir telle structure. Je mets la date, le type de maladie, le nom de l'élève et la structure ou on réfère le malade mais le système prévoit aussi que l'inspection médicale des écoles assure la mise à disposition pour l'élève d'un bulletin de visite pour l'orienter vers une structure* ». Toutefois, l'assistant social du lycée Djignabo dit qu'il y a des mécanismes d'accompagnement pour les cas de grossesse : « *On sensibilise l'élève sur les conséquences que peut entraîner sa situation en lui disant qu'elle ne pourra pas continuer les études non pas parce que l'établissement veut l'exclure mais que physiquement, elle ne peut pas continuer parce que les filles enceintes passent tous leur temps à dormir en classe* ». En même temps, l'accent est mis aussi sur le fait que la reprise des cours est automatique si l'élève le souhaite après l'accouchement. À ce propos, l'assistant social du lycée Djignabo affirme que « *l'État a mis en place un système pour sauver les filles avec la possibilité d'avoir un certificat d'arrêt des cours. Ainsi, l'élève ne sera pas considérée comme redoublant. Lorsque, la fille se sentira prête, elle ira au niveau de l'inspection médicale pour obtenir un certificat de reprise des cours. C'est à l'inspection médicale de délivrer les certificats sur la base des documents présentés par la fille. Ces certificats permettent de ne pas redoubler ni d'être exclu pour éviter toutes formes de discriminations grâce aux organisations féminines qui se sont battues pour les jeunes filles* ». Cela démontre clairement que les cas de grossesse sont normalement signalés pour la délivrance d'attestation d'arrêt et de reprise des cours, ce qui paraît paradoxal par rapport à l'inexistence d'une traçabilité des cas de grossesses. Pourtant, dans le cadre du financement de la santé par les partenaires extérieurs, la mise en place de données de suivi est une condition de renouvellement des sommes allouées avec des indicateurs et « ce type de financement comprend des conditions de versement liées à l'atteinte d'objectifs chiffrés précis » (Tichenor 2024 : 2).

Cette absence de mise en place d'un système d'information indicatif révèle un manque d'articulations des paliers de référencement remettant ainsi en cause la pertinence de la façon dont le suivi de la santé des élèves est géré malgré toutes les injonctions et prescriptions allant dans ce sens. Le point de vue de certaines élèves illustre cet état de fait, aucune des filles interrogées n'a fait mention d'une grossesse contractée de l'itinéraire thérapeutique à la reprise des cours. Les garçons sont plus ouverts quant à la problématique des grossesses précoces. Deux des enquêtés au secondaire (classe de première et de terminale) affirment que leur copine a eu à contracter une grossesse. Le premier en parle comme un « événement heureux » mais se désole de son incapacité à assumer socialement et financièrement les charges induites. Mais paradoxalement, il ne fait aucunement mention des conséquences sur le cursus scolaire de sa copine et quand cette idée est évoquée, il rétorque simplement « *cela n'est pas le plus important mais, reconnaître la grossesse et s'occuper des besoins matériels de la fille* » (A.D, 19 ans). Le second parle d'une expérience désagréable par l'issue d'une grossesse qu'il considère dramatique avec une « *fausse couche* » (J.P.B, 20 ans). Pour rappel, les données disponibles sur les grossesses précoces à Ziguinchor montrent que 19 % des filles scolarisées sont tombées enceintes durant leur cursus scolaire (Khouma & Ka 2015). Cette situation interpelle l'action publique pour les traumatismes causés mais, surtout la rupture scolaire (seulement 25 % des filles arrivent au bout du cursus scolaire dans le secondaire et le moyen secondaire à Ziguinchor, PDEF 2010-2011). Ce qui remet en cause les politiques publiques de prévention au prisme d'une « école promotrice de santé ».

Par ailleurs, les types de pathologies diagnostiquées varient suivant le lieu de consultation, qu'il s'agisse du service médical de l'établissement ou des structures de soins externes. Le service médical des établissements assure seulement les premiers soins comme la prise en charge des blessures superficielles survenues en cours d'éducation physique et sportive ou accidentielles. Le constat est clair que ces structures de soins ne sont pas très bien dotées. Les cas qui nécessitent une plus importante prise en charge sont référés aux établissements publics de santé dans la logique du système de référencement. Au service médical du lycée Djignabo par exemple, à part quelques médicaments essentiels comme certains antibiotiques, les paracétamols, les anti-inflammatoires, des pansements, la prise en charge reste très limitée. Selon l'infirmier du service médical du lycée Djignabo « *les conditions ne sont pas réunies pour prendre en charge convenablement les élèves, pour hospitaliser il faut une salle d'hospitalisation et un certain équipement. Avec une telle situation, nous ne pouvons pas faire des miracles même si on s'entraide entre établissements en se prêtant mutuellement des médicaments en cas de besoins immédiats* ».



Photos prises à l'infirmérie du lycée Djignabo de Ziguinchor. Sources : auteur, 2023

Pour le collège Kénia qui ne dispose pas de service médical, les élèves sont directement envoyés à "l'hôpital belge", un poste de santé privé sur la base d'un partenariat établi avec l'établissement. Dans les deux cas (service, médical ou non), il existe un système de protection sociale des élèves à travers plusieurs mécanismes qui nous renseigne sur les articulations et désarticulations dans le recours aux soins. Cette situation n'est pas exceptionnelle dans la commune puisque dans d'autres établissements comme le collège d'enseignement moyen technique (CEMT), le service médical ne fonctionne pas depuis que l'infirmier est parti et qu'il n'a pas été remplacé. Ce qu'on peut retenir ici c'est que les stratégies dans le cadre du FRESH, par exemple, relativement à la nécessité de promouvoir des services de santé de routine adaptés ne sont pas convenablement opérationnelles sans doute à cause d'un manque de moyen et/ou d'un contexte d'action en décalage des normes prescrites au travers des injonctions internationales (UNICEF, WHO & World Bank 2001).

Cette ténuité dans la desserte et la densité médicale par rapport à l'offre de santé scolaire remet en cause le préventif qui normalement occupe une place importante si on prend en considération la vulnérabilité des adolescents face à certains risques sanitaires comme les IST, les grossesses précoces, la toxicomanie etc. Il est assez démontré que cette vulnérabilité découle d'un manque d'informations sur ces risques et de vulgarisation d'une santé préventive à la hauteur des enjeux. Cette situation est également liée au déséquilibre entre le préventif et le curatif à la faveur de cette dernière composante. Toutefois, il existe des tentatives de promotion de la santé préventive plus ou moins efficaces dans un foisonnement d'acteurs et des degrés d'implication divers. De manière générale, la santé préventive à l'école au Sénégal insiste sur un accompagnement médical, social et psychologique. Il existe des mécanismes de soutien aux élèves face aux problèmes sociosanitaires rencontrés dans et hors de l'école à travers les Inspections Médicales des Écoles et certaines infirmeries d'école avec l'accompagnement d'un assistant social. Le volet préventif concerne également l'accompagnement à la reprise des études pour les filles au terme de leur grossesse pour éviter les déperditions scolaires, les visites médicales à l'aptitude aux épreuves sportives, la supplémentation (distribution de fer pour lutter contre l'anémie), la sensibilisation (en cas d'épidémie et les risques d'accident). Il s'agit d'un ensemble de mesures prises, mais à travers le recueil de données auprès des élèves, il est ressorti que les sujets traités touchent en grande partie les IST et les grossesses précoces, les mariages précoces sans occulter le volet environnement et hygiène. Les acteurs concernés vont du personnel administratif et pédagogique aux professionnels de santé de l'inspection médicale des écoles de Ziguinchor. Mais plus que tous les acteurs, le mouvement associatif à travers le club éducation à la vie familiale (EVF) regroupant personnel administratif, pédagogique et élèves est largement plus actif. À ce sujet, l'assistant social du lycée Djignabo rapporte qu'*« il y'a le club EVF qui s'active dans la sensibilisation grâce à un professeur de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) qui regroupe les filles tous les mercredis soirs pour discuter de la sexualité, de la planification familiale, du VIH, des gestes de premier secours etc. »*. Au collège de Kenia, les élèves, comme acteurs, ont mis en place un club genre qui fait la même chose sous la responsabilité de *« filles leaders qui interviennent directement auprès de leurs pairs pour sensibiliser sur les grossesses. Le club organise aussi des activités externes en intégrant les parents par des conférences de quartiers et projections de films sur ça grâce à l'appui de partenaires espagnols. Également, le CEM finance le club par une subvention tirée des inscriptions »* (principal du CEM Kénia).

Les impressions sur les campagnes de prévention initiées par le système scolaire dans son volet « écoles promotrices de la santé » sont diverses : 44 % des élèves interrogés estiment que les initiatives sont rares, 40 % estiment qu'en réalité il n'y en a pas, 3,7 % les jugent comme étant mauvaises et 11 % comme étant bonnes. Cette diversité d'opinions permet d'entrevoir qu'il existe un problème de concrétisation et de vulgarisation des actions entreprises dans le cadre de la santé préventive à l'école.

Ce qui revient à considérer ici également qu'il y a un décalage entre le discours officiel sur les dispositifs d'accompagnement des élèves et les perceptions des élèves. Dans tous les cas, faire de l'école des « milieux sûrs et exempts de dangers et dotés d'infrastructures sanitaires bien entretenues » et de « fournir aux élèves de l'information adaptée à leur âge pour leur permettre de prendre en main leur santé et leur bien-être », suivant deux des piliers du FRESH, (OMS, UNICEF, UNESCO 2000 : 13) constitue encore un énorme chantier ; quid du système universel de protection sociale dans ce contexte ?

2.2. Protection sociale à l'école

La protection sociale des élèves, particulièrement liée à la santé, est basée sur le principe d'un régime obligatoire avec la mise en place d'un fonds social pour couvrir les frais de santé. Ce fonds provient de ressources liées aux droits d'inscription pédagogique et de la subvention de l'État. Dans le principe, il existe un montant destiné à la couverture maladie fixé pour chaque élève à 200 FCFA⁴ (0,30 euros) pour le lycée Djignabo et à 500 FCFA (0,76 euro) pour le collège Kénia. La différence des montants s'explique par le fait que le lycée Djignabo dispose d'une infirmerie d'école, ce qui n'est pas le cas pour le collège Kénia dont l'assurance maladie relève d'un partenariat avec « l'hôpital belge », un poste de santé privé dans le dispositif de l'offre de santé publique. Ce paradoxe entre deux établissements publics scolaires témoigne clairement d'une marque de désarticulation à mettre dans le compte de l'absence d'une dynamique globale de protection sociale. Selon le principal du Collège Kénia, « *du fait que l'établissement ne dispose pas d'un service médical, les élèves fréquentent librement les services de soins publics sans toujours la garantie de ramener des justificatifs d'absence et cette stratégie d'assurance scolaire en collaboration avec le secteur privé sanitaire a permis de contrôler les absences et de faire un suivi sanitaire pour les cas les plus graves nécessitant d'autres interventions qui dépassent les compétences de l'hôpital belge* ». Dans le principe de fonctionnement de l'assurance scolaire, les cotisations constituent une cagnotte estimée à 900 000 FCFA (1372 euros) pour le collège Kénia, selon le principal de l'établissement. La particularité de la prise en charge de la santé des élèves réside sur le fait qu'il existe une stratégie de référencement vers une structure de santé privée qui est l'hôpital belge. Ce qui intéressant dans ce cas figure, c'est la collaboration sur initiative locale, une articulation spontanée hors système de protection sociale publique formalisée, de l'encadrement scolaire à nouer un partenariat pour la prise en charge des élèves. L'initiative en cours depuis 2010 est partie d'une concertation avec les parents d'élèves pour arriver à un consensus sur le montant de la cotisation. À ce propos, le principal du CEM Kénia rapporte : « Après avoir consulté les parents, j'ai fixé une cotisation de 500 FCFA aux frais de scolarité. Autrement dit, une augmentation des inscriptions de 500 FCFA. Ces 500 FCFA nous permettaient de faire face à certaines urgences et entre-temps nous avons cherché un partenariat avec l'Hôpital belge. Ce partenariat permet de prendre en charge une partie des ordonnances jusqu'à 2500 FCFA ».

Ce type de dispositif est en marge de l'action publique et part d'une démarche volontaire pour rattraper les problèmes de couverture en santé des élèves qui a très bien réussi de l'avis du principal du collège Kénia : « nous nous sommes dit, s'il faut attendre que des gens de l'inspection médicale ou de l'État viennent pour s'occuper de la santé de nos élèves avec tout ce qu'on a comme école et comme CEM on ne s'en sortira pas. C'est pourquoi nous avons dit que pour certaines maladies comme le paludisme et la grippe et les règles douloureuses, il vaut mieux ce partenariat avec l'hôpital belge et vraiment ça nous a beaucoup réussi. Auparavant, on voyait des élèves qui n'arrivaient pas à se soigner par manque de moyen. Maintenant, avec cette stratégie l'élève peut aller se soigner à l'hôpital avec une réduction du coût des ordonnances ». Dans ce registre, « *chaque élève dispose d'un carnet de santé dans lequel toute la traçabilité du recours aux soins à l'hôpital belge est soigneusement notée, la partie pharmacie est prise en charge à hauteur de 2500 FCFA par élève* » (principal du CEM de Kénia). Cependant, il existe une limite à cette initiative d'offre de couverture médicale dans le sens où à épuisement de la cagnotte destinée à l'assurance scolaire, celle-ci n'est plus garantie et l'élève prend en charge les frais induits par toute prise en charge médicale, de la

4. 1 euros = 656,7 FCFA

consultation à l'achat de médicaments en passant par les analyses. La situation au lycée Djignabo est différente car il existe une implication directe du service public avec l'existence d'une infirmerie d'école au sein de l'établissement qui offre les soins de base. Toutefois, le caractère ténu de l'offre de santé limite les interventions et en règle générale les élèves sont orientés vers les structures de soins publiques. Les frais de prise en charge sont imputables à l'élève s'il ne dispose pas de la Couverture Maladie Universelle Élève (CMUE) qui est un régime d'assurance volontaire, basé sur les mutuelles de santé, qui prend en charge les dépenses de santé des élèves. Cependant, il s'agit d'un système en manque de vulgarisation à l'école dans le sens où les résultats des entretiens avec les élèves font état d'une méconnaissance totale de cette offre de couverture santé, tous les enquêtés affirment ne pas savoir ce que c'est. Cet état de fait s'explique par le fait que selon un des responsables scolaires du lycée de Djignabo « *les élèves autant que les parents ne sont pas informés des modalités de la CMUE, même nous responsables qui sommes supposés en savoir plus n'avons pas toutes les informations pour pouvoir les transmettre* ».

Ainsi, malgré la pertinence de telles initiatives, il existe de réels problèmes d'uniformisation et de vulgarisation de la politique de santé scolaire, ce qui entretient des désarticulations dans la chaîne de recours aux soins des élèves. Ainsi, entre le ministère de l'éducation nationale qui gère la politique de santé scolaire et le ministère de la santé qui pilote la santé globale, il existe une absence de connexion sur les lignes directrices aussi bien dans les intentions que dans les actions. Certaines initiatives unilatérales à l'image de la couverture maladie universelle des élèves divisent au point d'annihiler l'efficacité attendue. Initiée par le ministère de la santé, de la prévention et de l'action sociale, la CMUE est un régime contributif de prise en charge médicale des élèves des cycles élémentaire, moyen secondaire et secondaire du Sénégal (public et privé) au niveau des postes de santé, des centres de santé, des hôpitaux et des officines pharmaceutiques par le biais des mutuelles de santé. C'est aussi un régime subventionné par l'État et encadré par le ministère de la santé à travers l'Agence de la couverture maladie universelle. La cotisation annuelle varie de 1000 à 3500 FCFA pour respectivement deux options. La première option permet une couverture au poste de santé et au centre de santé (établissement public de santé de niveau 1) à 80 % pour les consultations générales et spécialisées, les examens, la maternité, l'hospitalisation et les médicaments. Pour les officines de pharmacie, l'offre est à 50 %. La deuxième option pour les mêmes taux est valable au-delà du poste de santé et du centre de santé aux hôpitaux régionaux et nationaux. Dans l'application, plusieurs difficultés existent dans la concrétisation de la couverture médicale des élèves. D'abord des blocages institutionnels sont relevés entre le ministère de la santé et de l'action sociale et le ministère de l'éducation nationale responsable de l'organisation de la santé scolaire. Pour le ministère de l'Éducation nationale, l'accès aux services de santé doit être entièrement gratuit surtout au niveau de l'élémentaire qui propose de revoir en profondeur ce dispositif de régime volontaire à l'école pour être généralisable. Ainsi, en voulant particulariser l'offre de santé scolaire dans des logiques d'action verticales et/ou horizontales pour plus d'efficacité, elle est fragilisée. Par ailleurs, dans l'application de la CMUE, il existe des problèmes dans la mise en place définitive, des lenteurs administratives quant à l'adhésion des élèves de l'expression du vœu à la disponibilité de la carte CMUE. Très souvent, au niveau des hôpitaux publics, les élèves sont généralement é conduits parce que la CMUE est suspendue suite à des arriérés dans le recouvrement auprès de l'État. Au-delà, les impressions reçues de certains responsables administratifs font état d'une superposition de couverture proposée sans qu'aucune ne soit efficace entre l'assurance scolaire, la CMUE, et la couverture proposée aux parents d'élèves fonctionnaires sous le régime obligatoire de la Sécurité sociale à travers une prise en charge de soins de santé dans des structures agréées par l'État (1/5 de la totalité des frais de soins à payer pour le bénéficiaire à l'exclusion des frais de médicaments).

À travers ces mécanismes de gestion de la santé scolaire, de la prévention à la prise en charge (soins et assurance maladie), le constat est clair qu'il existe des problèmes de coordination des actions allant dans le sens de l'efficacité du système, sans doute à cause d'un système de référencement mal huilé entre articulations et désarticulation remettant en cause le trait d'union entre la santé scolaire et la santé globale.

CONCLUSION

La contextualisation de l'étude a fait ressortir les enjeux de santé chez les jeunes et particulièrement chez la population scolarisée dans le secondaire et le moyen secondaire au Sénégal. Il est clair qu'il existe des risques sanitaires mal résorbés dont les conséquences restent la persistance de certaines pathologies comme le paludisme,

les IST, les mariages et grossesses précoces avec leur lot de traumatismes tant physiques, mentaux que sociaux. La politique préventive peine à relever le défi à la hauteur des risques sanitaires cités plus haut malgré les actions citoyennes initiées comme dans le cas des EVF. La protection sociale des élèves est marquée par une superposition d'offres sans réelle efficacité entre le ministère de l'Éducation avec une inscription obligatoire avec une gestion relevant exclusivement des établissements scolaires et le ministère de la Santé et de l'action sociale avec une offre d'assurance volontaire à travers la CMUE. Ainsi, les politiques éducatives et sociosanitaires ne parviennent pas à intégrer une stratégie cohérente d'offre de santé scolaire. Par ailleurs, le gros des investissements est orienté principalement vers le volet pédagogique avec le souci permanent de favoriser une scolarisation généralisée à toutes les couches de la population tout en luttant contre les déperditions conformément à la stratégie "éducation pour tous" engagée au Forum Mondial sur l'Éducation en 2000. Cette orientation aussi légitime qu'elle soit fait presque passer sous silence la prise en charge de la santé scolaire partagée entre le ministère de la Santé et celui de l'éducation, ce qui pose des problèmes structurels et institutionnels dans sa gestion. Au-delà, la question de la santé à l'école interpelle à plusieurs autres niveaux si l'on considère le décalage entre les intentions et la mise en place de structures adaptées et fonctionnelles. Ce qui revient à interroger et discuter des modèles exogènes sous forme d'injonctions internationales.

Bibliographie :

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), République du Sénégal (2023), *Situation économique et sociale de Ziguinchor 2020-2021*, https://www.ansd.sn/sites/default/files/2024-01/SES-Ziguinchor_2020-2021.pdf
- Broussouloux S. (2016), *Évaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire*, thèse de doctorat en sciences de l'éducation sous la direction de Dominique Berger, Université de Lyon 1. <https://theses.hal.science/tel-01378570>
- Buisson-Fenet H. & Tenne Y. (2022), La santé à l'école : Un équilibre à négocier, *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 89, pp. 47-57. DOI : <https://doi.org/10.4000/ries.12159>
- Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), ONUSIDA. (2016), *Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA Sénégal : 2014 – 2015*, p. 28.
- Delauney V. (2001), Sexualité et fécondité des adolescents : Évolutions récentes en milieu rural sénégalais. In : Gendreau Francis (ed.), Poupart M. (collab.) *Les transitions démographiques des pays du Sud*. Montréal (CAN) ; Paris : AUPELF-UREF ; ESTEM, 225-239. (Universités Francophones : Actualité Scientifique) Journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'AUF, 3., Rabat (MAR), 1998/12/09-12. ISBN 2-84371-115-0
- Dione I. D. (2013), *Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier*. Thèse de doctorat sous la direction de Sébastien Fleuret, université d'Angers, France.
- Gueye A.S. & Delauney V. (2017), Scolarisation, in Delauney V. (dir), *La situation démographique dans l'Observatoire de Niakhar 1963-2014*, Dakar, IRD, p. 81-86.
- Khouma M. & Ka A. (2015), *Sénégal : étude sur les grossesses précoces en milieu scolaire : rapport final*, Dakar, UNFPA & Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP), En ligne : <https://senegal.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ETUDESURGROSSESSENSENMILIEUSCOLAIREAUSENEGALjuin2015.pdf>
- Parayre S. (2011), *L'hygiène à l'école. Une alliance de la santé et de l'éducation. XVIII^e-XIX^e siècle*, Saint-Etienne, Presses Universitaires de Saint-Etienne.
- Mane B., Buabey M.-J., Diop N., Mugirwa P. (2016), *Rencontre de partage sur la problématique des grossesses non désirées chez les adolescents/jeunes au Sénégal : Compte rendu de rencontre*, STEP UP Meeting Report. Dakar, Population Council.
- Ministère de l'Éducation nationale du Sénégal (2003), programme de développement de l'éducation et de la formation (PDEF) (éducation pour tous), Dakar, mars 2003.
- Ndao, M. (2005), Enfance et ordre colonial. La politique sanitaire au Sénégal : Discours et réalités (1930-1960), *Revue sénégalaise d'histoire. Nouvelle série*, 6. En ligne : <https://shs.hal.science/halshs-01304675>
- Thuilliez J. (2009), L'impact du paludisme sur l'éducation primaire : Une analyse en coupe transversale des taux de redoublement et d'achèvement. *Revue d'économie du développement*, 17(1-2), p. 167-201. DOI : <https://doi.org/10.3917/edd.231.0167>
- Tichenor M. (2024), La datafication des politiques de santé et l'écosystème des données numériques de santé au Sénégal. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 28. DOI : <https://doi.org/10.4000/11r34>
- Turner C.E. (1966), *L'Éducation sanitaire à l'école : suggestions pour l'établissement des programmes*, Paris, UNESCO & IPAM (Institut Pédagogique Africain et Malgache).

I.D. Dione : La prise en charge de la santé des élèves dans le secondaire à Ziguinchor (Sénégal)

UNICEF, WHO, et World Bank (2001), *Focusing Resources on Effective School Health: a FRESH start to enhancing the quality and equity of education*, Document de programme et de réunion.

En ligne: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf000124086>

WHO (World Health Organization) (1997), *L'École et son rôle dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général : Rapport d'un Comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général* (Rapport technique 870, OMS, Série de Rapports techniques). En ligne : <https://iris.who.int/handle/10665/42194>