

BURKINA FASO

ANNEE UNIVERSITAIRE 1993-1994

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F. S. S.)**

SECTION MEDECINE

THESE N° 29

**SANTE SCOLAIRE : ETUDE DES ACTIVITES DE SANTE
PROMOTIONNELLES DANS LES ECOLES PRIMAIRES
PUBLIQUES ET PRIVEES DE LA VILLE DE
OUAGADOUGOU.**

1168
84
2018

BURKINA FASO



THESE :

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PAR

OUATTARA Adama né le 1er novembre 1962 à Sindou (Province de la
comoé -BURKINA FASO)

JURY

DIRECTEUR DE THESE :

Dr SONDO Blaise

PRESIDENT :

Membre :

Membre :

DEDICACE

Je dédie cette thèse

A ma très chère patrie le Burkina Faso,

Tu m'as assisté tout le long de mes études dont ce travail est l'aboutissement ; puisse-t-il contribuer à panser les mille et une "plaies" dont tu souffres tant !

A mon père,

Ce travail est le fruit de tous les sacrifices consentis ; mais surtout de ta clairvoyance et de ta perspicacité. Trouves ici l'expression de mon attachement filial et de ma profonde reconnaissance.

A ma mère,

Tout mon attachement affectif et toute ma reconnaissance pour l'amour dont tu as toujours fait preuve pour tes enfants. Je te promets ma continuelle assistance et te reste redevable toute ma vie.

Puisse ce travail pour toi constituer un soulagement moral pour l'injustice dont tu es victime depuis plus de deux décennies.

A la mémoire de mon frère cadet OUATTARA Bakary et de ma sœur aînée OUATTARA Maoua,

Il y a deux ans la mort vous arrachait à notre affection, à six mois d'intervalle. Puisse ce travail combler le vide que vous avez laissé dans notre famille.

Que la terre vous soit légère.

A tous mes frères et sœurs,

Mon attachement filial, courage pour ce rude combat qu'est la vie.

A DABIRE Gbery-Hip Rachel,

Que de courage et de patience !

Ton amour, ta compréhension et ton soutien constants constituent pour moi une source de réconfort perpétuel. Le chemin à parcourir est encore long ; puisse l'amour qui nous unit éclairer le chemin pour nos combats futurs.

Très amoureusement à Toi.

A mes frères TRAORE Sékou, SANOGO Seydou, TRAORE Doulaye, KONE Fousséni, TRAORE Mamadou, Dr TRAORE Salif, KONE Mamadou Lamine, TRAORE Bala, pour cette solidarité si rare à trouver de nos jours.

A ma fille OUATTARA Doussou : Que ce travail soit pour toi un exemple ; puisse-t-il constituer pour toi une source d'énergie et de détermination pour toute ta carrière et tes combats futurs.

A tous mes amis du lycée, en particulier HEMA Koumarmon, HEMA Bélo, SOMA Oumar,

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont

A mes frères SANOGO Seydou TRAORE Doulaye et TRAORE Mamadou pour l'énorme travail informatique abattu. Sans vous ce document resterait à l'état manuscrit. Je me souviendrai toujours des "nuits blanches" que nous avons passées ensemble pour mener à bien ce travail.

Au Docteur BELEM Tounaba Boukary, à messieurs KAMBOU Tanne Théophile, THIOMBIANO Gabriel et BADOLO Jean Claude pour leur contribution au travail informatique.

avec le souhait que s'épanouisse davantage notre amitié.

A la mémoire de BEREODOUGOU Didier et de DAKIO Pascal, deux promotionnaires de la FAC qui nous ont quittés, l'un au moment où il s'apprêtait à commencer les travaux de sa THESE et l'autre quand il s'apprêtait à la soutenir.

Vous laissez derrière vous un grand vide difficile à combler.

Reposez en paix.

A tous mes promotionnaires de la FAC,

Le peuple burkinabè attend beaucoup de vous, sachez mériter sa confiance.

Au peuple du Burkina Faso,

A tous les peuples en lutte,

A tous ceux qui luttent pour la paix et la justice sociales,

A tous les défenseurs des causes justes,

Courage, détermination et persévérance.

A tous les Hommes politiques de notre pays,

Encore plus de vertu et de probité pour le bonheur de notre peuple.

A tous les élèves et enseignants qui m'ont permis de réaliser ce travail, merci.

A tous les enfants du Burkina Faso

Vous constituez l'avenir de notre pays, l'espoir de demain.

Cependant "l'arbre ne doit pas cacher la forêt", le contexte actuel n'autorise pas à augurer un avenir radieux. Soyez plus déterminés car le plus dur est encore à venir.

A tous mes Maîtres de la faculté pour l'enseignement tant théorique que pratique reçu, toute ma reconnaissance.

A NOS MAÎTRES ET JUGES

A notre Maître et Président de jury le Professeur TESTA Jean, Maître de conférences associé à la Faculté des Sciences de la Santé.

Nous n'avons pas eu la chance de bénéficier de votre grande expérience ; mais nous avons eu auprès de nos collègues étudiants les échos favorables de vos qualités humaines, de votre simplicité, de votre disponibilité et de votre dévouement éprouvé pour les étudiants. Nous avons été sensible à l'intérêt que vous avez porté à notre travail en y apportant les éclaircissements. C'est un insigne honneur que vous nous faites aujourd'hui en acceptant de présider ce jury. Convaincu que ce travail sera réhaussé par vos critiques et suggestions, nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge le Professeur agrégé de pédiatrie SAWADOGO Alphonse médecin-chef du service de pédiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo.

Erudit de la pédiatrie, nous avons largement bénéficié de vos connaissances aussi bien sur le plan théorique que pratique. C'est l'occasion pour nous de vous exprimer notre estime pour vos grandes qualités pédagogiques et pour l'encadrement que nous avons reçu de vous.

Nous ne saurions exprimer ici tout l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury pour juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de toute notre reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse le Docteur SONDO Blaise, Maître assistant à la Faculté des Sciences de la Santé.

Votre rigueur scientifique, Votre amour du travail bien accompli nous ont exhorté à vous demander de diriger cette thèse et vous l'avez accepté malgré vos très multiples occupations. Grande figure de la planification sanitaire de notre pays, nous ne dirons jamais assez les sentiments que nous avons éprouvés à votre égard. Votre disponibilité constante et votre simplicité font de vous un homme aux qualités humaines immenses qui forcent l'admiration. Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre attachement indéfectible.

A notre et juge le Docteur OUOBA Kampadilemba, assistant chef de clinique.

Nous n'avons pas eu la chance de bénéficier de votre expérience ; mais nos collègues étudiants qui ont eu cet avantage nous ont fait part de vos qualités d'homme travailleur, de votre simplicité, mais surtout de votre sympathie pour les étudiants.

Votre présence dans ce jury constitue pour nous un grand honneur dont nous vous remercions infiniment.

**Par délibération, la
Faculté des Sciences de la
Santé a arrêté que les opinions
émises dans les dissertations
qui seront présentées doivent
être considérées comme
propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni
improbation.**

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION - GENERALITES

I. INTRODUCTION

L'influence sur la santé de l'homme, des divers éléments de son milieu physique (l'air, l'eau, le sol et tous les substrats de son environnement) est évidente; en effet la santé d'une population est la résultante des relations entre elle et son environnement. L'être humain ne saurait garder son intégrité physiologique dans un environnement malsain; si cela est vrai pour l'adulte, il l'est encore plus pour l'enfant, organisme en croissance, plus vulnérable aux agressions extérieures (27). Il est donc nécessaire d'assurer à l'enfant les conditions optimales pour son développement physique et mental.

Pendant longtemps la maladie et la mort des enfants étaient acceptées avec résignation comme faisant partie du cours habituel de l'existence, du destin tragique qui frappe les uns et les autres, sans qu'on en connaisse les raisons profondes. Aujourd'hui cette résignation nous paraît inacceptable : nous nous sommes rendus compte que la maladie et la mort des enfants sont souvent dues aux imperfections de nos structures sociales, que dans l'atténuation de ces drames, la part de responsabilité des adultes est d'autant plus grande que la connaissance et l'application de certaines mesures d'hygiène élémentaires peuvent permettre de les réduire dans de sensibles proportions (27).

Jusqu'à ces dernières années, l'éducation avait pour but de préparer les hommes à une fonction sociale déterminée, dans un cadre de vie précis ; la mission de l'école dans le monde moderne dépasse largement sa seule fonction pédagogique pour remplir une tâche sociale lourde en exigences : la formation de la personnalité de l'enfant, cette formation ne se limite pas à apprendre à lire, à écrire, à compter et à préparer des candidats aux examens et concours (27), elle doit contribuer aussi à rendre l'enfant responsable de sa propre santé. Pour accomplir cette mission, l'école devrait être le reflet d'un environnement sain. Elle devrait être aidée en cela par le secteur santé. La médecine scolaire est la branche médicale qui a la responsabilité de la santé des scolaires. Notre étude analyse les activités de promotion sanitaire menées dans les écoles en faveur de cette médecine.

II. ENONCE DU PROBLEME

Au Burkina Faso comme dans tous les pays en voie de développement, des habitudes, des comportements, des traditions néfastes pour la santé sont encore partout présents et rendent les milieux de vie et de travail insalubres. Il n'est donc pas étonnant que la morbidité générale soit dominée par les maladies transmissibles (28); ces maladies étant le plus souvent imputables à l'insuffisance d'assainissement du milieu (présence de latrines très mal entretenues ou absence de latrines, évacuation et élimination incorrectes des ordures), à l'insuffisance quantitative et qualitative d'eau et aux mauvaises conditions d'alimentation etc...

Nombreuses sont les écoles construites sans les infrastructures d'accompagnement nécessaires à une bonne hygiène du milieu (latrines, points d'eau, bacs à ordures, etc). La province du Kadiogo est l'une des plus favorisées du point de vue des infrastructures scolaires et détient une des plus fortes concentrations en écoles. Une enquête menée par la Direction de l'Education pour la Santé et l'Assainissement (DESA) en 1988 a montré que sur les 150 écoles que comptait la province, (16)

- 27 écoles seulement, soit 18% possédaient au moins une latrine,
- moins de 40 écoles soit 26,6% possédaient au moins un point d'eau,
- 11 écoles soit 7,33% possédaient une clôture.

Par ailleurs, les programmes scolaires contiennent peu d'enseignement sur la santé (3).

L'Education pour la santé (E.P.S.) est le préalable nécessaire à toute activité de promotion et de protection de la santé quels qu'en soient les destinataires. Si les premières années de la vie de l'enfant jettent les fondations de ce que sera sa personnalité, la période scolaire demeure celle où cette personnalité se précise et où l'enfant est plus "malléable" et plus réceptif pour adopter les comportements nouveaux qu'on lui propose (1).

Il y a donc des maladies transmissibles importantes, déterminées principalement par des habitudes, des comportements et l'analphabétisme des gens d'une part, de l'autre, l'école qui est par excellence le lieu d'éducation et de "production" de l'homme de demain. Il nous a paru utile d'étudier les activités menées par les services de santé de l'éducation

et les services municipaux pour empêcher l'émergence de ces problèmes.

Les résultats auxquels nous parviendrons contribueront à attirer l'attention des autorités de la santé et de l'éducation sur la nécessité d'un programme cohérent de promotion de la santé dans les écoles, car nous restons convaincus que la médecine qui s'adresse aux sujets malades est mieux, mais celle qui s'adresse aux sujets bien portants est encore meilleure, elle est même l'idéal.

III - OBJECTIFS

3.1 Objectif général

Etudier les activités de santé promotionnelles dans les écoles primaires de la ville de Ouagadougou.

3.2 Objectifs spécifiques

3.2.1 Vérifier l'intégration effective du programme de promotion de la Santé Scolaire dans les programmes d'enseignement primaire.

3.2.2 Analyser les différentes composantes du programme de promotion de la Santé Scolaire mis en oeuvre dans les écoles primaires.

3.2.3. Formuler des propositions d'amélioration de la santé des élèves dans les écoles primaires de la province du Kadiogo

IV. GENERALITES

4. 1 Définitions

4.1.1 La santé : selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), " la santé est un état de complet bien - être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"(24).

Mais cette définition de l'OMS revêt-elle tous les aspects de la santé ? On est en droit de se le demander car, l'ivrogne jovial, le fumeur impénitent, l'obèse satisfait, qui trouvent dans l'alcool, le tabac ou la nourriture leur bien-être sont-ils des êtres en santé ?(2).

Une véritable définition de la santé (si tant est qu'il y en ait une) doit concilier, à la fois, des objectifs à long terme que l'on pourrait qualifier d'idéaux (le bien être) et des objectifs plus spécifiques, plus dynamiques, de promotion de la santé tenant compte à la fois de la diversité, de la complexité de l'individu et des cultures(2).

4.1.2 Les services de santé scolaires (SSS) : ce sont les services de santé s'occupant spécifiquement de la santé des scolaires. Chaque groupe social a ses facteurs de risque d'altération de sa santé qui le différencient des autres (femmes enceintes, travailleurs, enfants etc...) ; la médecine moderne répond aux attentes de chaque groupe social par le développement d'activités propres à prévenir ces risques. Les S.S.S doivent veiller aux conditions de l'environnement qui est celui de l'enfant pendant tout le temps qu'il passe à l'école. Leur rôle comporte à la fois la surveillance de l'hygiène générale de l'école, la prévention et le dépistage des affections somatiques des élèves, la promotion de l'éducation sanitaire au sein de l'école. Ils doivent aussi, et cela devient de plus en plus leur rôle essentiel, veiller à la prévention des inadaptations scolaires, physiques ou mentales, en facilitant peut-être l'adaptation de l'enfant et son orientation dans le monde scolaire, mais surtout en contribuant à adapter l'école à l'enfant et à ses besoins(27). C'est une tâche ardue qui mène à bousculer beaucoup d'habitudes solidement établies, en fonction des progrès sans cesse renouvelés de la psychologie et de la psychopédagogie.

4. 2 Les principaux problèmes de santé scolaire

Les problèmes de santé scolaire sont très nombreux, nous en retiendrons les

principaux qui sont :

4.2.1 Comportements à risque et accidents

Chez les jeunes, les modes de vie impliquent généralement des comportements plus téméraires que dans d'autres groupes. L'usage de la cigarette, la consommation d'alcool, l'abus des drogues et le mépris des règles de la circulation sont des exemples de comportements qui mettent souvent en péril la santé des jeunes(25).

Si un enfant peut modifier un certain type de comportement, il est moins facile de changer de groupe de référence, dont l'influence reste toujours très importante. C'est pourquoi tous les programmes qui cherchent à infléchir le comportement sans tenir compte du groupe de référence sont voués à l'échec(25).

4.2.1.1 Le tabac

Tous ceux qui vivent aujourd'hui au contact des jeunes sont frappés par la précocité avec laquelle les enfants commencent à fumer et la quantité de tabac consommé(27).

L'usage de la cigarette a été mainte fois cité comme " l'un des plus grands dangers des temps modernes pour la santé " et comme la principale cause de décès évitable. Le tabagisme chez les jeunes serait lié à trois facteurs principaux :

- l'usage du tabac comme symbole de comportement "adulte,"
- le fait de suivre l'exemple des frères et soeurs et des parents,
- la pression exercée par les autres jeunes (25).

Les effets du tabac sur l'organisme sont néfastes et favorisent certains cancers, atteignent les voies respiratoires et le système cardio-vasculaire, mais il s'agit de risques à long terme dont l'issue dramatique peut paraître improbable à des enfants, parce que perdue dans la nuit des temps(27).

4.2.1.2 l'alcool

Ces 30 à 40 dernières années, un pourcentage croissant d'enfants et d'adolescents se sont mis à consommer des boissons alcoolisées et leur consommation d'alcool s'est accrue en quantité et en fréquence, tandis qu'on notait un abaissement de l'âge auquel ils commencent à boire(25). Cette situation est inquiétante du fait que les jeunes concernés encourent un risque plus important d'alcoolisme par la suite et aussi à cours terme, à cause de la plus grande fréquence des cas d'ébriété et des accidents de la route

Les groupes les plus exposés semblent être ceux qui vivent dans des régions en pleine évolution socio-culturelle et économique où les garde-fous culturels qui empêchaient les gens de se laisser aller disparaissent peu à peu (25).

Certes les facteurs sociaux et environnementaux sont importants dans l'apparition des problèmes d'alcool chez les jeunes, mais l'extrême disponibilité, le coût relativement faible des boissons alcoolisées et la permissivité générale dont elles bénéficient sont généralement incriminés (27).

L'abus d'alcool par les jeunes comporte de graves risques sur le plan neurologique et social à cours ou moyen terme et des risques somatiques graves à plus long terme. Tout doit donc être mis en oeuvre pour éviter que s'installent, dans l'enfance et dans la prime jeunesse, des habitudes nutritionnelles et sociales qui conduisent l'individu adulte à la cirrhose, aux cancers digestifs, aux troubles neurologiques ou mentaux induits par la consommation régulière et importante de boissons alcoolisées (27).

4.2.1.3 Les drogues

On appelle drogues, les substances d'origine naturelle ou chimique, agissant sur le système nerveux central et modifiant la conscience et le comportement de l'utilisateur et ayant la propriété d'engendrer une pharmacodépendance (27).

Il est impossible de chiffrer de manière valable les jeunes qui font usage de drogues de façon régulière, et à fortiori de façon occasionnelle (27). Cependant l'on sait que l'âge

moyen des consommateurs de drogues a considérablement diminué dans ces dernières années et le recours à des drogues multiples est devenu de plus en plus courant (25).

L'usage des drogues par les jeunes serait lié à un certain nombre de facteurs qui sont: la mode, la curiosité, le désir d'outrepasser les interdits, la pression du groupe, la disponibilité des produits parfois largement offerte, la "permissivité" de certains groupes sociaux et enfin la mobilité des sujets qui les met en contact avec des sous-groupes culturels en des moments fragiles de leur existence (27).

L'abus de drogues par les jeunes les expose aux risques que court tout consommateur de ces produits. Certaines drogues font courir à l'utilisateur un risque mortel direct, notamment par voie veineuse ou en surdosage. Parfois le risque est indirect par accident septique, hépatique etc. D'autres sont aliénantes et susceptibles de provoquer des troubles mentaux majeurs et parfois irréversibles. Toutes les drogues risquent de conduire à l'accoutumance et à la dépendance. Enfin tout usage habituel de drogues comporte un risque considérable de désinsertion sociale.

4.2.1.4 Les accidents

Les accidents sont dans le monde entier l'une des principales causes de décès d'enfants et d'adolescents, et dans de nombreux pays, ils sont responsables d'environ la moitié des décès dans le groupe d'âge de 10 à 24 ans. De plus leur importance ne fait que croître parmi les causes de décès, en particulier dans les pays en développement. Non seulement les accidents tuent, mais ils font aussi de nombreux estropiés et handicapés (25).

Le risque d'accident pendant l'adolescence peut être accru notamment par l'impulsivité, la témérité, la curiosité, l'expérimentation de comportement "adulte" et, dans une minorité de cas, un comportement autodestructeur pathologique, mais la société exerce aussi certaines influences que l'on peut atténuer, en particulier l'accès à des substances dangereuses, les risques dans le milieu de travail et enfin l'insuffisance de la législation sur la sécurité (25).

4.2.2 Les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles constituent un domaine de la pathologie où les actions de prévention sont particulièrement efficaces. En effet l'étiologie est généralement connue (bactérie, virus, parasite) ; de même la chaîne épidémiologique depuis le réservoir de germes jusqu'à l'hôte réceptif ; les moyens d'action sont efficaces : suppression rapide de la contagion par le traitement des malades, lutte contre la propagation des germes dans le milieu extérieur, renforcement des défenses naturelles par l'immunisation (4). Leur importance dans les écoles tient au rassemblement de populations à système d'immunité en maturation.

4.2.2.1 Les maladies liées à l'eau de boisson

L'eau est l'une des denrées les plus précieuses dont nous disposons et l'une des principales exigences physiologiques de la vie. Trop souvent cependant elle peut être source de maladies et de mort.

De l'eau pure pour la boisson, la cuisine, les divers besoins domestiques est une nécessité de base pour toute collectivité et contribue largement à la bonne santé. Pour une communauté ou une collectivité il est important de comprendre que les maladies transmises par l'eau comme le choléra, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la schistosomiase, l'hépatite, sont une menace permanente pour la santé (26). Aucune vie n'est possible sans cette commodité première qu'est l'eau. Il n'y a pas de communauté qui puisse évoluer sans un approvisionnement en eau adéquat permettant à ses habitants de vivre sainement et confortablement et à son économie de se développer. Parallèlement cette notion d'évolution ne peut se concevoir sans celle de salubrité. S'il est nécessaire de pourvoir l'eau en quantité suffisante, il est également requis que cette eau soit saine et pure car l'eau constitue le véhicule le plus commun et le plus important de la transmission des maladies; à ce titre, elle constitue l'une des préoccupations majeures de l'hygiène publique et particulièrement du personnel de l'hygiène du milieu (23).

Au regard de ce qui précède, l'approvisionnement en eau saine des collectivités d'enfants que constituent les écoles demeure une nécessité impérieuse.

4.2.2.1.1 Les impuretés de l'eau

L'eau pure est une eau non contaminée ; cette notion de pureté de l'eau est relative puisqu'aucune eau n'est absolument pure. L'eau pure n'existe pas à l'état naturel. L'eau de pluie en tombant entraîne des poussières, dissout du gaz carbonique et de l'oxygène et même absorbe de la fumée au voisinage des villes. Une fois à la surface du sol, elle est exposée à des pollutions de toutes sortes, y compris par les déchets humains ; elle absorbe davantage de gaz carbonique et des produits dérivés de la décomposition de la matière organique ; elle entraîne du sable, de la boue et des matières plus légères qui restent en suspension dans les cours d'eau ou flottent à leur surface. L'eau souterraine n'est pas exempte d'impuretés malgré le pouvoir filtrant du sol qui retient en partie la pollution ; elle dissout aussi des composés chimiques provenant des sols qu'elle a traversés. En somme les impuretés de l'eau peuvent se résumer comme suit (23):

- Les gaz (oxyde de carbone, azote, méthane, anhydride sulfurique)
- Les sels minéraux dissous (dérivés du calcium, du magnésium, du fer, du sodium, du manganèse).
- Les matières en suspension (bactéries, algues, protozoaires, champignons et autres matières).

4.2.2.1.2 L'eau et la maladie

Des impuretés que nous avons énumérées les plus importantes sont les bactéries dont certaines peuvent être pathogènes et causer des maladies diarrhéiques et entériques telles que le choléra, la fièvre typhoïde, la fièvre paratyphoïde, la dysenterie bacillaire, la dysenterie amibienne, l'hépatite infectieuse. Le virus de la poliomyélite peut aussi être transporté par l'eau.

D'autres maladies sont dues à la qualité chimique de l'eau, à l'excès ou à l'insuffisance de certains produits chimiques :

- le goitre (manque d'iode),
- la carie dentaire (insuffisance de fluor),

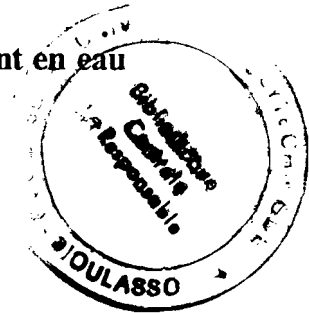
- la fluorose (excès de fluor),
- la méthémoglobinémie (excès de nitrate),
- le saturnisme (excès de plomb).

Enfin l'eau peut servir de gîte à des arthropodes vecteurs ou à certains parasites dans la transmission de maladies telles que le paludisme, la fièvre jaune, la dengue, la schistosomiase, l'onchocercose (23).

4.2.2.1.3 Les différents types de source d'approvisionnement en eau

On distingue :

- l'eau courante (robinet).
- les forages munis de pompes.



L'eau provenant de ces deux types de points d'eau est en général de bonne qualité.

- les forages sans pompes, les puits traditionnels, les sources et les marigots.

L'eau provenant de ces points d'eau est en général sujette à de nombreuses causes de pollution : l'air (vent, poussière), le sol avoisinant ainsi que les animaux.

Il est possible de réduire cette contamination en prenant quelques précautions en ce qui concerne les puits traditionnels. Un puits ou un forage bien aménagé doit avoir les caractères suivants (18, 23, 26) :

- les puits non équipés de pompes doivent posséder une margelle d'au moins 0,70 mètre de haut.
- il doit exister une aire de drainage de 2 mètres de large ou au minimum en ce qui concerne les puits, un anti-bourbier en pierres,
- les eaux puisées perdues doivent être évacuées par une rigole vers un puits perdu ou un petit bassin (cette eau peut servir pour arroser ou donner à boire aux animaux si l'école possède un petit élevage). Cela évite aussi que les moustiques viennent pondre dans les flaques d'eau stagnantes,
- les puits traditionnels doivent être fermés par un couvercle pour empêcher la pollution par la poussière, les insectes ou les animaux,

- s'il n'y a pas de clôture à l'école, la source d'eau doit être protégée des animaux par une clôture d'environ 15 mètres de rayon,
- pour les puits traditionnels, il faut installer un piquet avec une fourche pour éviter que la puisette ne soit posée à terre,
- on ne doit pas faire la lessive autour de la source d'eau de boisson ; les bains doivent également être interdits à l'intérieur du périmètre de protection,
- localiser les puits le plus loin possible des sources probables de pollution ; ainsi il est particulièrement important de ne pas construire de latrines à moins de 15 mètres du puits, car les bactéries des excréments humains peuvent s'infiltrer jusqu'à la nappe phréatique et la polluer,
- les puits doivent être situés à 100 mètres de toute source de pollution chimique (tas d'ordures par exemple),
- si possible les parois des puits doivent bénéficier d'un revêtement pour empêcher la pénétration des eaux de surface polluées et pour maintenir les parois des puits.

Enfin l'hygiène de l'eau de boisson ne tient pas seulement qu'à la qualité de la source d'approvisionnement ; il faut un certain nombre de précautions touchant au transport et au stockage de l'eau pour lutter contre sa réinfestation. Ainsi :

- il faudrait laver au savon et à l'eau le récipient de stockage de l'eau et ceci tous les jours ou au moins toutes les fois qu'on l'aura vidé,
- munir le récipient de stockage d'un couvercle ajusté et maintenu toujours propre,
- le récipient de puisage (gobelet) doit être régulièrement lavé et muni d'une poignée pour éviter que les enfants plongent la main dans l'eau de boisson à l'occasion de puisage,
- si possible utiliser un récipient de stockage à col étroit de telle sorte que le récipient de puisage ne soit pas plongé dans le récipient de stockage au moment du puisage. La solution idéale serait que le récipient de stockage soit muni d'un robinet à 5 cm au dessus du fond (18, 26).

4.2.2.2 Les maladies liées à l'assainissement ou à l'hygiène de l'environnement

4.2.2.2.1 Dangers d'une mauvaise évacuation des excréta et rôle de l'assainissement.

Les fèces et les urines humaines sont appelées "excreta" ; l'évacuation insalubre des fèces humaines infectées conduit à la contamination du sol et des sources d'approvisionnement en eau. Les excréta risquent en outre de constituer un foyer où certaines espèces de mouches prolifèrent et propagent l'infection ; enfin ils attirent les animaux domestiques, les rongeurs, la vermine, créant ainsi une gêne intolérable.

Chacun de ces facteurs joue un rôle important dans la propagation des maladies gastro-intestinales, d'où la nécessité de traitement des excréta ou de leur rejet convenable afin d'en supprimer le danger. Une bonne évacuation des excréta humains permet d'éliminer certaines maladies telles que le choléra, les fièvres typhoïde et paratyphoïde, les dysenteries, les diarrhées infantiles, l'ankylostomiase, la schistosomiase, l'ascaridiase et d'autres infections intestinales ou d'en diminuer la fréquence (23).

4.2.2.2.2 Mode de transmission de la maladie par les excréta

L'homme est le pire ennemi de ses semblables. Souvent par ignorance, il contribue à la propagation des maladies d'origine gastro-intestinale, étant le réservoir de la plupart de ces maladies, lesquelles causent des pertes énormes par mort et par débilité, alors qu'elles peuvent être jugulées par un bon assainissement et en particulier, par une évacuation salubre des excréta (23).

4.2.2.2.3 Emplacement des installations d'évacuation des excréta

L'emplacement des installations d'évacuation des excréta par rapport aux sources d'approvisionnement en eau répond aux règles suivantes :

- il faut éviter de placer les latrines ou autres installations d'évacuation des excréta en amont d'un puits,
- il faut prévoir, entre les puits et les latrines ou autres installations d'évacuation des excréta, une distance d'au moins 15 mètres,

- le fond de la latrine doit être situé à 1,5 mètres au moins au - dessus de la nappe aquifère, à condition que le sol soit homogène.

Toute construction d'installation d'évacuation des excreta dans des zones contenant des roches fissurées ou des formations calcaires doit être précédée d'une enquête minutieuse, car la pollution peut être transportée directement par les failles jusqu'à des puits lointains où d'autres sources d'eau de boisson.

- L'emplacement doit être sec, bien drainé et situé au - dessus du niveau de crue (23).

Les seuls endroits vraiment sûrs pour faire ses besoins sont des latrines convenablement construites et abritées (16). Il devrait y en avoir non pas seulement dans les écoles, mais dans toutes les familles, parce que si les enfants font leurs besoins à l'air libre et en différents endroits, il sera impossible de les persuader de se laver chaque fois les mains et ils ne vont jamais acquérir l'habitude d'utiliser les latrines.

Si la confection des latrines constitue la principale action à mener pour lutter contre le péril fécal, il n'en demeure pas moins que ces latrines doivent répondre à un certain nombre de critères.

4.2.2.2.4 Les critères d'un bon système d'évacuation des excreta

Un bon système d'évacuation des excreta doit satisfaire aux conditions de ELHERS et STEEL cités par la D.E.S.A. (16) :

- le sol superficiel ne doit pas être contaminé,
- il ne doit y avoir contamination d'aucune eau souterraine susceptible de pénétrer dans des sources ou des puits,
- il ne doit y avoir aucune contamination d'eau de surface,
- les excreta ne doivent pas être accessibles aux animaux en particulier aux mouches,
- les excreta récents ne doivent pas être manipulés ; si la manipulation devenait indispensable, elle devrait être réduite au strict minimum,
- il faut prévenir les odeurs et les aspects malpropres,
- l'installation adoptée doit être simple et peu coûteuse de construction comme d'emploi.

Cependant, des latrines répondant à tous les critères d'un bon système d'évacuation des excréta ne servent à rien si elles sont mal utilisées. Ainsi les enfants doivent-ils apprendre à utiliser correctement les latrines, c'est à dire :

- uriner et faire les besoins directement dans la fosse afin que le siège, le couvercle et le sol ne soient pas souillés,**
- jeter dans la fosse tout papier hygiénique ou autre matériau utilisé afin que celui-ci ne traîne pas par terre,**
- se laver correctement les mains à l'eau et au savon tout de suite après avoir utilisé les latrines.**

Il faut donc encourager les enfants à décider d'eux-mêmes de faire leurs besoins de façon hygiénique et ceci quelle que soit l'attitude du reste de la communauté dans laquelle ils vivent ; en effet ces enfants contribueront plus tard à la lutte contre le péril fécal par l'application de ce qu'ils ont appris.

4.2.2.3 Les maladies liées aux aliments

Les aliments sont une denrée précieuse, trop précieuse pour être gâchée. Pourtant les aliments contaminés sont l'une des causes les plus courantes de maladies (notamment les maladies diarrhéiques aiguës avec vomissement) dans le monde où nous vivons. De plus, la déshydratation qui en résulte est l'une des principales causes de mortalité dans les pays en développement, où la population est souvent affaiblie par la malnutrition et les maladies parasitaires. Les enfants sont les victimes les plus nombreuses, et peuvent aussi être l'une des premières sources d'infection.

L'éducation concernant l'importance des bonnes habitudes d'hygiène, surtout en matière de propreté et de manipulation des aliments est une partie vitale de la lutte contre la maladie. Beaucoup de maladies transmises par les aliments pourraient être prévenues si l'on appliquait quelques règles simples à la production, à la récolte, au stockage, à la préparation et à la consommation des aliments.

4.2.2.3.1 Les maladies transmises par les aliments

Lorsqu'ils sont contaminés directement ou indirectement par des matières fécales, les aliments peuvent être causes d'infection chez l'homme. La transmission d'une maladie par un aliment suppose plusieurs conditions (22) :

- l'aliment se prête au développement du germe,
- il contient un nombre suffisant de germes, ceux-ci pouvant provenir d'un sujet atteint d'une affection clinique, d'un porteur ou de l'environnement (eau de consommation, eau usée etc),
- il reste à une certaine température suffisamment longtemps pour qu'il y ait une croissance du germe ou élaboration d'une toxine,
- il ne subit aucun traitement inhibiteur du germe ou de la toxine,
- il est consommé.



C'est dans les pays où l'assainissement est médiocre que se rencontrent les principaux foyers de maladies comme le choléra, la shigellose, les salmonelloses, la dysenterie amibienne etc. C'est dans les secteurs de la population les plus mal pourvus en installations sanitaires et dans les collectivités d'enfants comme les écoles que sont enregistrés les taux de morbidité et de mortalité les plus élevés dans les pays en voie de développement(22).

4.2.2.3.2 Les facteurs en jeu dans la transmission

La probabilité qu'un aliment soit contaminé par un micro-organisme dépend de divers facteurs interdépendants qui sont les suivants :

- les méthodes de manipulation des denrées alimentaires, la vigilance et la compétence des manipulateurs,
- les habitudes et coutumes locales,
- les techniques de traitement des denrées alimentaires,
- l'organisation de la distribution de ces denrées,
- l'écologie de ces micro-organismes en cause.

4.2.2.3.3 Le traitement des denrées alimentaires

Un traitement efficace doit permettre de remédier à la contamination primaire. Comme la survie des micro-organismes dépend de la méthode de traitement employée, il convient que les préposés au traitement connaissent bien les rapports temps/température qui assurent la destruction des agents pathogènes et les autres facteurs qui affectent la survie des micro-organismes dans les denrées alimentaires. Une fois traités les aliments sont encore exposés à la contamination ; il faut donc les protéger tout au long du circuit qui les conduit du producteur au consommateur. En fait les risques de contamination au stade de la distribution et de la consommation sont nombreux. L'éducation des manipulateurs et des consommateurs qui doivent être, les uns et les autres préparés à observer toutes les précautions d'hygiène voulues fait donc partie intégrante de la protection des denrées alimentaires ; ceci permet d'éviter les épidémies d'origine alimentaire dont sont souvent victimes les élèves des pays en développement (22).

4.2.2.3.4 Lutte contre la contamination à la source

C'est au stade des produits bruts que l'hygiène des denrées alimentaires est le plus difficile à assurer. Pour organiser la lutte contre la contamination des denrées crues, il convient de considérer deux types d'utilisation : la consommation directe des produits de l'agriculture et de la pêche, et l'emploi de ces produits comme ingrédients dans un processus de fabrication. Le premier cas est particulièrement délicat, les produits ne subissant pas de traitement susceptible de détruire les micro-organismes et l'on peut citer à cet égard l'exemple de la contamination des fruits et légumes par une eau impure.

Les fruits et légumes peuvent être déjà contaminés par le sol et par les excréta animaux ou humains lorsque ces matières sont employées comme engrais, ou qu'on utilise une eau contaminée pour l'irrigation. Il y a aussi risque de contamination à un stade ultérieur si l'on se sert de l'eau des canaux de drainage et d'irrigation pour laver les fruits et les légumes. Les pratiques non hygiéniques sont particulièrement dangereuses quand il s'agit de produits consommés crus comme les laitues, les céleris, les carottes, les fraises. On ne saurait trop mettre en garde contre le risque de transmission du choléra par les fruits et légumes crus cultivés et récoltés dans de mauvaises conditions d'hygiène.

Les maladies intestinales peuvent être transmises :

- par l'intermédiaire des porteurs,
- par la contamination primaire,
- par l'intermédiaire de l'environnement.

L'hygiène des denrées alimentaires comporte trois approches de base possible (26) :

- la réglementation à caractère obligatoire,
- les aménagements technologiques,
- l'action éducative qui est un facteur clé du succès de tout programme fondé sur l'application des règlements.

Cependant la mise en oeuvre d'un programme de réglementation au niveau du commerce de détail présente des difficultés particulières dans les pays en voie de développement à cause du grand nombre d'établissements à surveiller et à contrôler. Des programmes éducatifs spéciaux devraient être organisés pour les vendeuses de denrées alimentaires au détail et pour les ménagères. Parallèlement on doit mettre les enfants en garde contre les dangers de la nourriture achetée aux marchands ambulants : on ne peut pas être sûr qu'elle soit fraîche, ni qu'elle ait été préparée et cuisinée dans de bonnes conditions d'hygiène. Les aliments vendus dans la rue sont souvent contaminés par les manipulations subies ou infectés par les mouches et il est difficile aux marchandes de les conserver à une température soit assez chaude soit assez froide. Ainsi les messages clés à transmettre aux enfants sur la sécurité des aliments

sont (26) :

- qu'ils soient bien cuits,
- qu'ils soient consommés rapidement,
- que les restes soient réchauffés,
- qu'ils soient gardés au frais ou au chaud,
- qu'ils soient tenus couverts,
- qu'ils soient gardés bien propres.

4.3 Les activités promotionnelles de santé scolaire

Elles comprennent principalement (2) :

4.3.1 La prévention : classiquement la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. On distingue :

- La prévention primaire : elle comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas.

Exemples : la prévention des maladies cardio-vasculaires intervient à un stade précoce, dès l'école durant les campagnes d'éducation - nutrition visant à réduire la consommation excessive de lipides chez les enfants. La vaccination contre les maladies infectieuses infantiles.

- La prévention secondaire : elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée de l'évolution de la maladie

- La prévention tertiaire : c'est tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population en réduisant au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Cette définition étend le concept de la prévention au domaine de la réadaptation.

Exemple : rééducation fonctionnelle dans les séquelles de poliomyélite.

4.3.2 La promotion de la santé

La promotion de la santé, c'est toute intervention incitative ou coercitive quel qu'en soit l'agent et quelle qu'en soit la destination, visant à faire changer une habitude de vie néfaste à la santé ou visant à modifier l'environnement physique ou socio-économique afin de rendre possibles des changements d'habitude (2).

Cette définition insiste sur quatre points :

- La possibilité de mesures incitatives mais aussi coercitives,**
- La notion d'habitude de vie à modifier,**
- La diversité des personnes susceptibles d'intervenir dans le champ de la santé,**
- L'importance de l'environnement sur l'état de santé des individus.**

4.3.3 L'Education pour la Santé (E.P.S)

L'éducation pour la santé, c'est l'ensemble des moyens permettant d'aider les individus et les groupes d'individus à adopter des comportements favorables à leur santé(2).

Deux termes importants sont à retenir :

- les moyens : l'E.P.S n'est pas une fin en soit
- Comportement : on espère modifier les comportements pour améliorer la santé.

On peut dire que l'E.P.S est l'art de pouvoir convaincre les personnes par leur propre consentement sans aucune mesure coercitive afin qu'elles puissent améliorer leur santé en modifiant dans la mesure du possible certaines mauvaises habitudes pour se maintenir en bonne santé (18).

Cette E.P.S a pour but d'aider les personnes d'une communauté ou d'une collectivité à acquérir la santé par leur comportement et leurs efforts personnels; pour ce faire elle doit atteindre les objectifs suivants :

- faire admettre que la santé est un capital utile pour la communauté ou la société,
- faire acquérir les connaissances élémentaires nécessaires en matière de santé,
- Encourager la création et l'utilisation judicieuse des services de santé.

4.3.3.1 L'éducation pour la santé à l'école

Les effets de l'éducation se conjuguent à ceux de la santé, de la nutrition et du bien-être pour promouvoir le développement de l'enfant(6). Comme d'autre part les enfants d'âge scolaire et les adolescents constituent le réservoir de ressources humaines pour l'avenir, l'E.P.S doit être considérée comme un investissement important au service du développement national d'ensemble.

L'école, pour tous ceux qui y sont, peut constituer un lieu privilégié de promotion de la santé par la nature de l'éducation qu'elle prodigue, et en particulier en intégrant à l'éducation générale, l'éducation pour la santé et l'éducation sexuelle; par la vie

communautaire dont elle donne la possibilité et les règles, par le rassemblement qu'elle constitue, permettant le suivi sanitaire plus facile de toute une classe d'âge et par les exemples qu'elle peut donner dans les domaines de la nutrition, de la sécurité, des rythmes de vie (3).

Cependant la clé du succès de la lutte contre toute maladie est dans l'établissement de contacts humains. En effet ce qui importe, plus que ce qui est dit ou fait (information et animation) c'est(6):

- la personne qui le dit ou le fait ,
- la personne qui a su écouter attentivement les gens ,
- la personne qui a associé les gens aux décisions.

En somme, l'éducateur sanitaire est avant tout un homme respectueux des autres, les connaissant bien, au point que ceux-ci acceptent de s'identifier psychologiquement à lui pour en tirer ainsi une motivation intense et efficace. C'est l'identification à l'éducateur sanitaire qui permettra à l'information reçue d'être mise en pratique par la nouvelle force intérieure que constitue la motivation. De surcroît l'E.P.S. doit être considérée dans une perspective large : elle doit s'inscrire dans la continuité des rapports entre la famille, l'école et la collectivité. Les sujets abordés dans le domaine de l'éducation pour la santé à l'école doivent l'être suivant un programme strictement adapté aux réalités que rencontreront les élèves (6). Il est donc souhaitable :

- que l'exécution de ce programme concerne des sujets importants pour la protection de la santé de la collectivité et de l'individu,
- que cette éducation soit "vivante" c'est à dire qu'elle fasse appel à une participation active des élèves, dans des schémas proches de la réalité vécue, afin de favoriser au mieux l'identification des jeunes à la personne et aux idées de l'éducateur sanitaire. C'est dans cette mesure que l'éducation sanitaire à l'école pourra être efficace et servir le progrès de la collectivité.

Les difficultés rencontrées dans l'élaboration et la mise en application d'une politique d'E.P.S, ne sauraient constituer une excuse pour les échecs de l'E.P.S contre certaines maladies, car malgré beaucoup de belles paroles, cette E.P.S n'a en fait qu'à peine été réellement mise à l'épreuve.

4.4 L'ORGANISATION DE LA SANTE SCOLAIRE AU BURKINA FASO

4.4.1 Historique

Avant 1961 il n'y avait pas de service de santé s'occupant spécifiquement des élèves. C'est en Novembre 1961 que l'Inspection Médicale des Ecoles (I.M.E) fut créée (21). En Décembre 1970 le code de la Santé Publique fixe les conditions d'organisation en ces termes: "L'organisation et les attributions des services médicaux se rapportant à la santé scolaire et universitaire seront prévues par décrets.

Les élèves et étudiants seront obligatoirement tenus de se soumettre aux visites médicales périodiques fixées. Un arrêté fixera les précautions à prendre dans les établissements d'enseignement, notamment en ce qui concerne les mesures d'éviction et éventuellement de prophylaxie en cas de maladie contagieuse" (20).

En 1972, l'I.M.E. connut une certaine organisation avec la création de deux Centres d'Inspection Médico-Scolaire (C.I.M.S.) respectivement à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, qui sont rattachés d'abord à la Direction de la Santé Publique puis au Secrétariat général du Ministère de la Santé.

Depuis 1990 le Service de Santé Scolaire (S.S.S.) est rattaché à l'Office de Santé des Travailleurs (O.S.T.) (15) qui lui même a été créé en Juillet 1987 (14).

4.4.2 Les tâches assignées au Service de Santé Scolaire

Ces tâches ont été définies suivant le règlement intérieur régissant le fonctionnement des Services de Santé Scolaire et Universitaire (19). Il s'agit de :

- définir les activités de santé en milieu scolaire,
- participer à l'organisation, à la planification et à l'évaluation des activités de santé en milieu scolaire,
- mettre au point des systèmes de collecte de toutes données statistiques nécessaires sur les

problèmes de santé des enfants d'âge scolaire,

- **participer à toute recherche pouvant contribuer à l'amélioration de la santé en milieu scolaire.**

4.4.3 Les activités du Service de Santé Scolaire

Les activités du S.S.S. sont de plusieurs ordres (19) :

a) Les activités promotionnelles ; ce sont :

- **L'information et l'éducation pour la santé,**
- **L'assainissement du milieu,**
- **L'approvisionnement en eau potable,**
- **Les mesures d'hygiène individuelles et collectives,**
- **Les loisirs.**

b) Les activités préventives ; ce sont :

- **Les visites d'admission,**
- **Les visites périodiques,**
- **Les visites circonstanciées,**
- **Les visites de contrôle,**
- **Les visites d'aptitude à l'Education Physique et Sportive.**
- **Les vaccinations,**
- **La chimio-prophylaxie contre les endémies dominantes.**

c) Les activités curatives ; il s'agit :

- **des soins élémentaires courants,**
- **des consultations médicales,**
- **des examens de laboratoire courants,**
- **des hospitalisations,**
- **de la référence à un élément du système de santé.**

d) Les activités réadaptatives, ce sont :

- **les enquêtes sociales en collaboration avec les services compétents du Ministère chargé des Affaires Sociales,**

- la réinsertion scolaire,
- la réinsertion familiale,
- l'orientation professionnelle ou scolaire.

4.4.4 Organisation actuelle du Service de Santé Scolaire dans la ville de Ouagadougou

Chaque école est tenue d'adresser ses élèves malades au dispensaire le plus proche, munis d'un cahier de visite qui sera visé par l'infirmier (ère) à la fin de la consultation. Les activités de ces dispensaires se limitent à répondre à la demande passive de soins ; il n'est pas prévu d'activité éducative en matière de santé.

Les cas d'urgence, les maladies aiguës ou de survenue nocturne et les cas de maladie dépassant la compétence de l'infirmier (ère) sont adressés à un Centre Médical (C.M.) ou au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (C.H.N.Y.O). Les dispensaires fréquentés par les élèves font des rapports statistiques trimestriels à l'Inspection Médico-Scolaire (IMS).

Les ressources du Service de Santé Scolaire sont :

a) Le personnel : Le personnel du Service de Santé Scolaire est composé de :

- 3 Médecins dont un chirurgien dentiste,
- 6 Infirmières d'Etat,
- 9 Infirmières Brevetées,
- 1 Fille de salle,
- 1 Chauffeur.

b) Les infrastructures

L'IMS. est située dans l'enceinte de la Santé Urbaine du Kadiogo ; elle occupe un vieux bâtiment datant du temps colonial, qui a été remanié pour abriter ses services. Ce bâtiment comporte :

- 3 salles de consultation,
- 1 hall d'attente,
- 1 magasin.

Il n'y a pas de salle d'hospitalisation ni d'observation.

c) Le budget

Il n'y a pas de budget spécifiquement alloué à la Santé Scolaire de la province du Kadiogo ; c'est la Santé Urbaine de la dite province qui prend en charge la Santé Scolaire avec une partie du budget qui lui est alloué.

4.4.5 Les thèmes d'enseignement primaire se rapportant à la promotion de la santé dans les écoles.

En complément des activités des S.S.S les programmes d'enseignement comprennent des thèmes en rapport avec la prévention et la promotion de la santé dans les écoles primaires(10,11,12). Les principaux thèmes enseignés sont résumés dans les tableaux I à III. Ils sont graduellement enseignés du cours préparatoire première année au cours moyen deuxième année.

Tableau I: extrait du contenu des sciences d'observations enseignées aux cours préparatoires première et deuxième années (C.P.1 et C.P.2).

Thèmes enseignés	Durée (en semaines)
- L'espace scolaire (l'école, les classes, la cour)	1
- Le jardin, le verger (les légumes, les plantes, les arbres fruitiers)	1
- La protection contre le soleil	1
- La propreté des vêtements	1
- La propreté des concessions	1

Source M.E.B.A.M 1990

**Tableau II: extrait du contenu des sciences d'observations
enseignées aux cours élémentaires première et deuxième années (C.E.1 et C.E.2).**

Thèmes enseignés	Durée (en semaines)
- Hygiène de la bouche et des dents	2
- Hygiène de la peau, des yeux	1
- La propreté de notre corps	1
- L'eau potable	2
- Les aliments et l'hygiène alimentaire	2
- La mouche, le moustique	1
- Les microbes et les maladies	1
- Les plantes, leur importance pour l'homme	2

Source M.E.B.A.M 1990

Tableau III: extrait du contenu des sciences d'observations enseignées aux cours moyens première et deuxième années (C.M.1 et C.M.2).

Thèmes enseignés	Durée (en semaines)
- Les arbres fruitiers, le reboisement	4
- Pratiques d'assainissement (latrines, poubelles)	1
- Maladies infectieuses et parasitaires	5
- L'eau potable	2
- Les aliments et l'hygiène alimentaire	3

Source M.E.B.A.M 1990

L'enseignement de ces thèmes est dispensé dans la discipline "science d'observation". Les programmes d'enseignement contiennent par ailleurs des instructions aux instituteurs: ceux-ci doivent s'associer autant que possible les services de l'infirmier dans l'enseignement des thèmes sur la santé ou les maladies.

V - METHODOLOGIE

5.1. Cadre d'étude : la ville de Ouagadougou

5.1.1 Situation générale

Ouagadougou, capitale du Burkina Faso est aussi le chef lieu de la province du Kadiogo. C'est la plus petite des trente provinces du pays avec une superficie de 1 708 Km². Elle est limitée au Nord, au Nord-Ouest et à l'Est par la province d'Oubritenga, au Sud et au Sud-Ouest par la province du Bazéga.

Elle occupe une position centrale sur le haut plateau Mossi à 300 mètres au dessus du niveau de la mer.

5.1.2 Organisation administrative

La province comprend la ville de Ouagadougou et une zone rurale de 17 villages. Elle est subdivisée en 5 communes et la ville en 30 secteurs.

Les communes sont :

- la commune de Baskuy qui comprend les secteurs 1 à 12,
- la commune de Bogodogo qui comprend les secteurs 14, 15, 28, 29, 30 et les villages de Balkouy et Yamtenga,
- la commune de Boulmiougou qui comprend les secteurs 16, 17, 18, 19, et les villages de Sandogo, Boassa, Zagtouli et Zongo,
- La commune de Nongremassom qui comprend les secteurs 13, 23, 24, 25, 26, 27 et les villages de Sakoula, Polesgo, Songuedin, Roumtenga, Nionko II,
- la commune de Sig-Noghin qui comprend les secteurs 20, 21, 22 et les villages de Bassinko, Bissighin, Darsalam, Kamboincin, Silmiougou, Yagma.

La numérotation des secteurs de la ville est faite en spirale à partir du centre.

Les secteurs 1 à 14 occupent le noyau commercial et administratif. Ils représentent la zone la plus ancienne, la plus urbanisée et la plus équipée en infrastructures (eau, électricité, rues bitumées ...).

Les secteurs 15 à 30 se situent à la périphérie de la ville et se composent surtout de quartiers neufs, d'habitats spontanés où réside en général la fraction la plus pauvre de la population.

Les communes sont dirigées par les maires et la coordination générale de la province est assurée par le Haut-commissaire.

5.1.3 Population

Au dernier recensement de 1985, la province du Kadiogo comptait 459 826 habitants (12). En 1990 cette population était passée à 710 056 habitants et en 1992 elle est estimée à 845 459 habitants dont 822 784 habitants pour la ville de Ouagadougou et 22 675 habitants pour la zone rurale (12, 13).

La population est majoritairement masculine et l'ethnie Mossi est largement dominante ; cependant, en raison des migrations toutes les ethnies du Burkina Faso sont présentes dans la province et principalement à Ouagadougou.

5.2 Matériels et méthodes

5.2.1 La population étudiée

Au Burkina Faso c'est le Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation de Masse (M.E.B.A.M) qui ,au plan national s'occupe de l'éducation à l'école primaire. Ce ministère est représenté dans chaque province par une Direction Provinciale de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation de Masse (D.P.E.B.A.M).La province est divisée en zones d'inspection de l'enseignement primaire. Toutes les écoles d'une même province sont réparties entre les différentes inspections qui y sont.Sur le plan administratif chaque école relève de l'inspection à laquelle elle appartient.

Pour l'année scolaire 1992-1993 la province du Kadiogo comptait 143 écoles primaires publiques et 86 écoles privées soit un total de 229 écoles. Toutes ces écoles sont réparties entre les 8 inspections de l'enseignement primaire que compte la province. Pour

la même année scolaire la province comptait 97 416 élèves dont 71 658 dans le public et 25 758 dans le privé (tableau IV).

TABLEAU IV - Evolution de l'effectif des écoles, des effectifs généraux et par sexe des élèves dans les écoles primaires publiques et privées de la Province du Kadiogo de 1984 à 1993.

Année	Ecoles Primaires Publiques					Ecoles Primaires Privées					Effectif Général
	Nombre d'écoles	Nombre de classes	Effectif		Effectif G + F	Nombre d'écoles	Nombre de classes	Effectif		Effectif G + F	
			G	F				G	F		
1984-1985	75	373	16916	15539	32455	57	272	8511	6959	15470	47925
1985-1986	88	421	18143	16886	35029	52	267	9817	8011	17828	52857
1986-1987	91	455	19269	9592	28861	59	284	11608	-	-	58502
1987-1988	99	499	20610	19470	40080	51	298	13240	11372	24612	64692
1988-1989	117	575	24202	22720	46922	52	315	14154	12310	26464	73386
1989-1990	124	627	27173	26040	53203	53	326	14497	12546	27043	80246
1990-1991	132	680	30667	29368	60035	68	398	14432	13071	27503	87538
1991-1992	141	732	-	-	63651	71	417	-	-27695	91346	
1992-1993	143	-	36275	35383	71658	86	-	13635	12120	25758	97416

/: données non disponibles

Source : Statistiques scolaires annuelles (Direction des Etudes et de la Planification du M.E.B.A.M) de 1984-1993

Ces écoles sont réparties dans toute la province avec toutefois une très forte concentration dans la ville de Ouagadougou qui à elle seule en compte 212. L'étude a porté sur les 212 écoles primaires (126 écoles primaires publiques et 86 écoles primaires privées).

5.2.2 Méthodes

Pour réaliser notre étude nous avons effectué une triple démarche.

- Une enquête auprès des fondateurs et directeurs d'écoles visant à vérifier la connaissance par les intéressés, du programme de santé scolaire et les mesures prises pour son intégration dans les programmes d'enseignement primaire.
- Une visite des écoles en vue de vérifier l'effectivité de certaines activités relevant de la promotion de la santé scolaire.
- Un examen clinique des élèves dans le but d'étudier l'hygiène corporelle et vestimentaire de ceux-ci.

L'accord du Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation de Masse (M.E.B.A.M.) a été sollicité avant le début de l'enquête proprement dite.

L'étude a été menée du 15 Février au 10 Avril 1993.

5.2.2.1 Echantillonnage

Nous avons considéré l'ensemble des écoles primaires publiques et privées de la ville de Ouagadougou. Au niveau de cet ensemble, nous avons défini deux strates :

- la première strate constituée par l'ensemble des 126 écoles primaires publiques de la ville de Ouagadougou,
- la deuxième strate par l'ensemble des 86 écoles primaires privées de la même ville.

Nous avons d'abord numéroté toutes les écoles de chaque strate, ensuite nous avons tiré au sort un échantillon de 45 écoles publiques et un de 35 écoles privées correspondant respectivement à la première et à la deuxième strate.

Chacune de ces écoles a été visitée.

Le fondateur ou le directeur de chaque école tirée a été interviewé.

L'échantillonnage des élèves à examiner a porté sur ceux des classes de Cours Moyen (C.M.) pour les écoles à 6 classes et ceux des classes de Cours Élémentaire (C.E.) pour les écoles à 3 classes. Dans chaque école d'étude, une des classes de C.M ou de C.E a été tirée au sort; dans la classe tirée, 5 élèves ont été choisis au hasard à partir du registre de la classe.

5.2.2.2 Collecte des données

La collecte de l'information auprès des fondateurs et directeurs d'écoles a été faite à l'aide d'un questionnaire non anonyme; la visite des écoles à l'aide d'une grille d'observation et l'examen clinique des élèves à l'aide d'une fiche d'examen. Tous ces différents supports ont été remplis par nous-mêmes.

Pour toutes ces enquêtes, nous avons effectué un pré-test visant à ajuster le questionnaire avant le début de l'enquête proprement dite.

5.2.3 Traitement des données

Toutes les données ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur type Macintosh.

DEUXIEME PARTIE : NOS RESULTATS

I - RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES FONDATEURS ET DIRECTEURS D'ECOLES

80 directeurs et fondateurs d'écoles ont été interviewés. A la question "Avez-vous connaissance de l'existence d'un programme de promotion de la santé dans les écoles primaires ?", tous ont répondu "non".

II. RESULTATS DE LA VISITE DES ECOLES

Dans les écoles nous avons observé le système d'évacuation des excréta, d'approvisionnement en eau potable, l'hygiène des aliments vendus aux élèves et l'hygiène corporelle et vestimentaire des élèves.

2.1. Evacuation des excréta

69 écoles soit 86,2% de l'échantillon possèdent au moins une latrine. Parmi les écoles disposant d'au moins une latrine, 82,2% sont des écoles publiques et 91,4% des écoles privées.

La proportion d'écoles publiques disposant d'au moins une latrine n'est pas significativement différente de celle des écoles privées qui en disposent ($p=0,20$).

Nous avons distingué deux types de latrines conformément à la définition donnée par la Direction de l'Education pour la Santé et l'Assainissement (D.E.S.A.) : la latrine traditionnelle et la latrine ventilée (voir annexe).

La grande majorité des écoles soit 87% dispose de latrines traditionnelles, contre 13% qui ont des latrines ventilées. Ces résultats sont consignés dans le tableau V.

TABLEAU V : Distribution des écoles selon leur statut et le type de latrines dont elles disposent

		Ecoles Publiques		Ecoles Privées		Total	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Types de Latrines	Tradi.	31	83,8	29	90,6	60	87
	Ventilées	6	16,2	3	9,4	9	13
	Total	37	100	32	100	69	100

Tradi = traditionnelles

P = 0,32

Aucune des 60 latrines traditionnelles ne dispose de couvercle.

Les latrines comportent chacune une ou plusieurs fosses. Dans notre étude le nombre de fosses par latrines varie de 1 (4,3% des latrines) à 16 (1,4% des latrines) avec une prédominance des latrines à 4 fosses (18,8% des latrines). La figure 1 montre la distribution des latrines en fonction du nombre de fosses qu'elles possèdent.

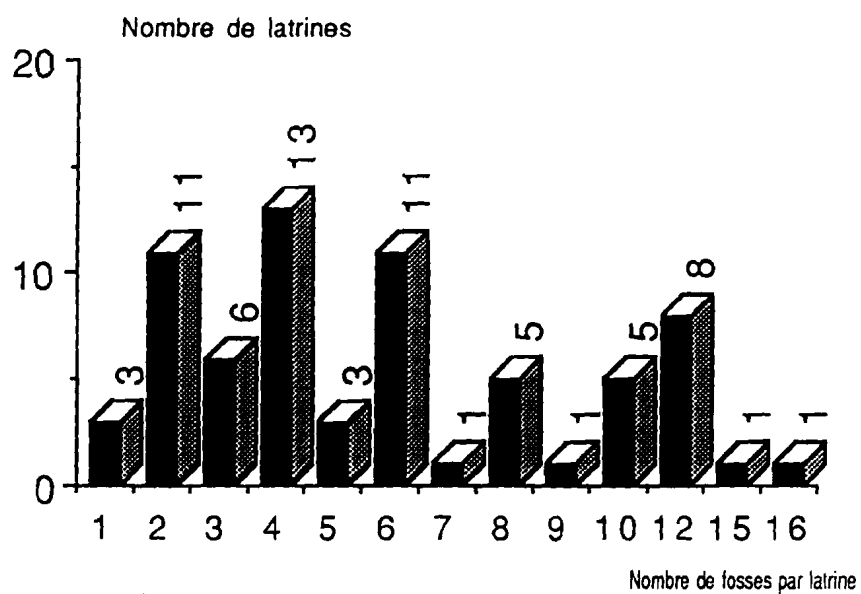


Fig 1 : DISTRIBUTION DES LATRINES
EN FONCTION DU NOMBRE DE FOSSES,
DANS LES ECOLES PUBLIQUES ET PRIVEES
DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU

Le nombre moyen de fosses par classe est représenté par le rapport suivant :
 Nombre de fosses de la latrine/Nombre de classes de l'école (où se trouve la latrine).

Ce ratio exprime la disponibilité de fosses par classe (tableau VI).

Tableau VI : Distribution des écoles en fonction du nombre de fosses dont disposent leurs latrines pour une classe

		Nombre d'écoles	%
Nombre de fosses par classes	Moins d'une fosse	41	59,4
	Une fosse	19	27,5
	Deux fosses	9	13

Nous avons recherché la présence de selles et d'urine aux abords des latrines. Les résultats illustrés par le tableau VII montrent que les latrines de 43,5% des écoles présentent des excréta à leurs abords. Ces latrines sont considérées sales.

Les latrines des écoles publiques sont significativement plus sales que celles des écoles privées ($P=0,004$).

Tableau VII : Distribution des écoles selon leur statut et la présence ou non d'excreta aux abords de leurs latrines.

		Ecoles Publiques		Ecoles Privées		TOTAL	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
		Excreta aux abords des latrines	Présents	22	59,5	8	25
Absents	15		40,5	24	75	39	56,5
Total	37		100	32	100	69	100

Nous avons également recherché la présence de selles et d'urine sur le plancher des latrines. Ainsi sur les 69 écoles possédant les latrines, 36,2% présentent des excreta sur le plancher de leurs latrines, contre 63,8% sans excreta sur le plancher.

Il n'y a pas de différence significative entre les écoles publiques et privées quant à la présence d'excreta sur le plancher de leurs latrines ($P=0,77$).

2.2. Approvisionnement en eau potable

Sur les 80 écoles enquêtées, 55 écoles soit 68,7% possèdent un point d'eau, contre 25 écoles soit 31,3% qui n'en ont pas (tableau VIII).

Parmi les écoles ne possédant pas de points d'eau on distingue celles qui ne s'approvisionnent pas du tout en eau, et celles qui s'approvisionnent en eau par commande à partir de la borne fontaine la plus proche de l'école.

Dans les écoles qui ne s'approvisionnent pas en eau, soit chaque élève a son petit

bidon dans lequel il met sa provision d'eau pour la durée de son séjour à l'école, soit les élèves sont tenus de se débrouiller quand ils ont soif à l'école.

Tableau VIII- Distribution des écoles selon leur statut et la présence ou non d'un point d'eau en leur sein.

		Ecoles Publiques		Ecoles Privées		Total	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Points d'eau	Présents	35	77,8	20	57,1	55	68,7
	Absents	10	22,2	15	42,9	25	31,3
	Total	45	100	35	100	80	100

$$x^2 = 4$$

$$ddl = 1$$

$$P = 0,05$$

Il existe un lien statistiquement significatif entre le statut de l'école et la présence d'un point d'eau au sein de l'école: les points d'eau sont disponibles davantage dans les écoles publiques que privées.

Parmi les écoles disposant de points d'eau, on a observé que:

- 72,7% des écoles disposent d'un robinet,
- 21,8% d'un forage muni de pompe,
- 5,5% sont des puits(tableau IX).

Les 3 puits sont tous des puits traditionnels appartenant à des écoles privées situées à la périphérie de la ville.

Tableau IX: Distribution des types de points d'eau dans les écoles primaires publiques et privées de la ville de Ouagadougou

Types de points d'eau								
	Eau courante (robinets)		Forages munis de pompe		Puits		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Ecoles Publiques	25	62,5	10	83,3	0	0	35	63,6
Ecoles Privées	15	37,5	2	16,7	3	100	20	36,4
Total	40	100	12	100	3	100	55	100

Sur les 80 écoles enquêtées, 39 écoles, soit 48,8% procèdent au stockage de l'eau de boisson, contre 41 écoles soit 51,2% qui ne le font pas.

Nous avons observé deux systèmes de stockage de l'eau dans les écoles:

- Dans le premier système, chacune des classes de l'école est munie d'un canari ou d'un seau de stockage de l'eau, d'un gobelet et d'un couvercle pour le canari ou le seau. Le renouvellement du stock d'eau, l'entretien des récipients de stockage (canari ou seau) et des récipients de puisage (gobelet) sont assurés par les élèves eux-mêmes dans les écoles possédant un point d'eau. Dans les écoles n'ayant pas de points d'eau, ce travail est confié au vendeur d'eau chargé de ravitailler l'école. Ce système de stockage est appliqué dans la majorité des écoles.
- Dans le deuxième système, il s'agit d'une barrique commune à toute l'école, munie d'une tête de robinet, déposée sur un support avec à côté un gobelet. Cette barrique déposée dans la cours de l'école est quotidiennement ou biquotidiennement remplie par le gardien de l'école ou par le vendeur d'eau chargé de la ravitailler.

2.3. Balayage des classes

- Dans 31 écoles soit 38,7%, le balayage des classes s'effectue le matin avant le début des cours ;
- Dans la majorité des écoles (46 écoles soit 57,5%) il s'effectue le soir après les cours ;
- Dans 3 écoles soit 3,8%, les classes sont balayées matin et soir.

Dans toutes les écoles, les classes sont balayées au moins une fois par jour.

Le balayage des classes est assuré par les élèves eux-mêmes organisés en petits groupes dans presque toutes les écoles. Il y a seulement deux écoles privées dans notre échantillon où le balayage des classes est assuré par des balayeurs embauchés à cet effet. Il s'agit de deux écoles de "haut standing" regroupant des élèves issus pour la plupart de familles aisées.

2.4. Elimination des ordures

La plupart des écoles soit 86,2% possèdent un bac à ordures ou un point d'incinération des ordures (tableau X).

Tableau X: Distribution des écoles selon leur statut et la présence d'un bac à ordures ou d'un point d'incinération des ordures en leur sein.

		Ecoles Publiques		Ecoles Privées		Total	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Bacs à ordures ou Points d'incinération des ordures	Présents	36	28,1	33	75	69	40,1
	Absents	92	71,9	11	25	103	59,9
	Total	128	100	44	100	172	100

$$x^2 = 3,40$$

$$ddl = 1$$

$$P = 0,06$$

2.5 Les vendeuses d'aliments dans les écoles

Dans 78 écoles (97,5% des écoles) on a noté la présence des vendeuses d'aliments le jour de la visite de l'école.

Les deux écoles restantes sont des écoles privées où la présence de vendeuses est interdite par les fondateurs. La principale raison évoquée a été le manque d'hygiène alimentaire.

Nous avons dénombré les vendeuses dans chaque école enquêtée ; la figure 2 montre que le nombre de vendeuses par école varie de 1 à 19 avec une prédominance des écoles à 7 vendeuses.

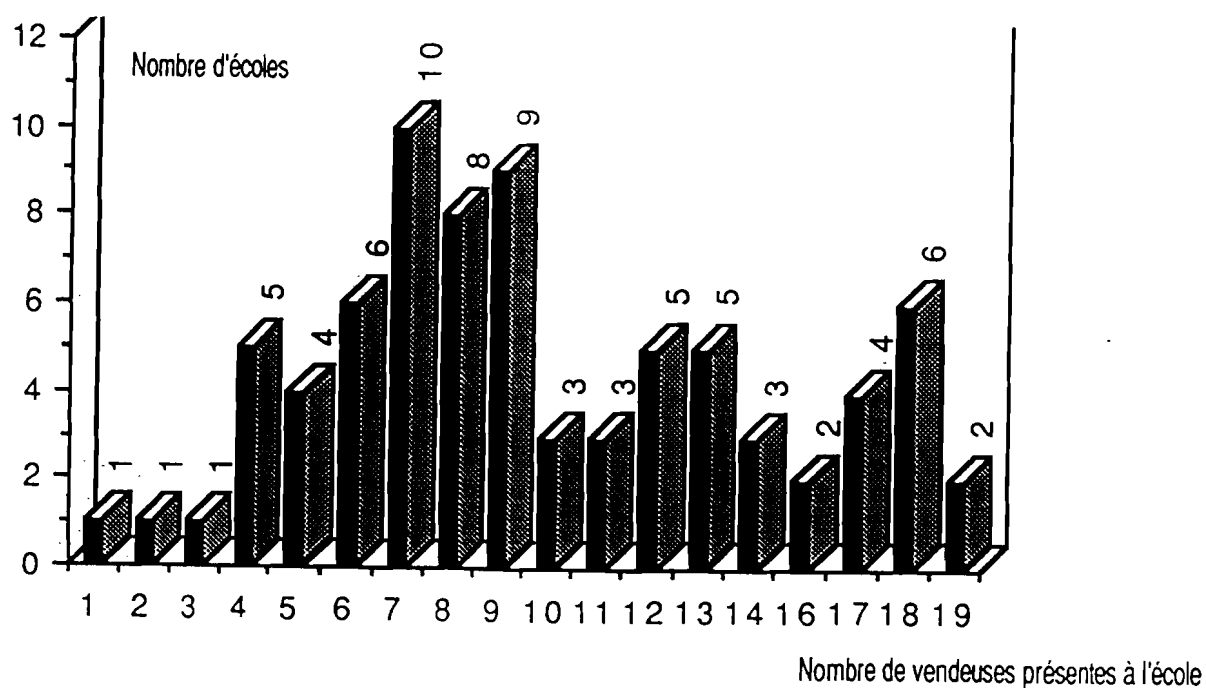


Fig 2 : REPARTITION DES ECOLES SELON LE NOMBRE DE VENDEUSES PRESENTES A L'ECOLE

Dans 19 écoles (soit à peine une école sur 4) la totalité des vendeuses présentes protégeaient leurs aliments.

Dans la grande majorité des écoles (54 écoles soit 69,2%) les vendeuses d'aliments sont installées dans l'enceinte de l'établissement ; dans 24 écoles soit 30,8% elles le sont en dehors de l'école.

2.6 Disponibilité d'un terrain d'éducation physique et sportive dans les écoles.

71 écoles soit 88,8% ont un terrain d'éducation physique et sportive, contre 9 écoles soit 11,2% qui n'en n'ont pas; le terrain est situé dans l'enceinte de l'école dans 68 cas sur 71.

2.7 L'ombrage dans les écoles ou la présence ou plantation d'arbres dans les écoles

56 écoles soit 70% ont au moins un arbre dans leur cour, contre 24 écoles soit 30% qui n'en n'ont aucun.

2.8 La sécurité des élèves dans les écoles

34 écoles soit 42,5% ont une clôture, contre 46 écoles soit 57,5% qui n'en ont pas.

62 écoles soit 77,5% ont un gardien, contre 18 écoles soit 22,5% qui n'en n'ont pas.

III. RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE DES ELEVES

Au total 400 élèves ont été examinés ; 212 garçons (53,0%) et 188 filles (47,0%).

Ces élèves se répartissent en 225 élèves (56,2%) des écoles publiques et 175 élèves (43,8%) des écoles privées.

92 élèves sur les 400 examinés avaient le corps sale, soit en moyenne un élève sur quatre.

Parmi les élèves qui avaient le corps sale on a noté 54,3% de garçons et 45,7% de filles. La différence entre filles et garçons n'est pas significative quant à la propreté du corps ($P=0,77$).

Pour apprécier l'état des ongles nous avons pris en compte deux éléments qui sont: la propreté et la taille des ongles (ils doivent être propres et régulièrement taillés). Les résultats ont montré que 271 élèves soit 67,8% avaient les ongles sales ou mal taillés.

237 élèves soit 59,2% avaient les mains propres, contre 163 élèves soit 40,8% qui les avaient sales.

355 élèves soit 88,7% n'avaient pas de plaies sur le corps, contre 45 élèves soit 11,3% qui en avaient.

291 élèves avaient le corps propre et sans plaies, soit 72,8% de l'échantillon. La répartition par sexe a été de 62,7% chez les garçons et 80,0% chez les filles.

Parmi les 120 élèves qui avaient à la fois les mains propres et les ongles bien entretenus on a noté une prédominance relative des filles, soit 67 filles, contre 53 garçons ($p=0,02$).

188 élèves soit 47% avaient des cheveux bien entretenus et peignés ou tressés, contre 212 soit 53% qui ne les avaient pas.

Parmi ceux qui avaient les cheveux bien entretenus, on a noté 48,4% de filles et 51,6% de garçons (tableau XI).La différence n'est pas significative ($P=0,6$).

- Les cheveux bien entretenus correspondent à des cheveux propres, coupés court, bien peignés ou bien tressés.

Tableau XI : Répartition des élèves examinés en fonction du sexe et de l'état des cheveux

	Filles		Garçons		TOTAL	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Cheveux bien entretenus	91	48,4	97	45,8	188	47
Cheveux mal entretenus	97	51,6	115	54,2	212	53
TOTAL	188	100	212	100	400	100

$$X^2 = 0,28$$

$$ddl = 1$$

$$P = 0,6$$



8 élèves (2% des élèves) ont présenté des lésions de teignes ; 7 étant des garçons (3,3% des garçons) et l'autre une fille (0,5% des filles).

Sur les 181 élèves qui avaient les cheveux bien entretenus et sans lésions de teigne, on a noté 100 filles (55,2%) et 81 garçons (44,8%) (P=0,003).

88 élèves (22% de l'échantillon) ont présenté au moins une dent cariée, contre 312 (78%) qui ont présenté des dents saines.

Les élèves ayant présenté au moins une dent cariée se répartissent suivant le sexe en 17% de garçons et 26,1% de filles (p= 0,03).

L'état de propretés des vêtements a été apprécié en recherchant sur l'habit, des

tâches, de la poussière, des traces de sueur etc. Les résultats ont montré que 101 élèves soit 25,3% avaient des vêtements sales, contre 299 élèves soit 74,7% qui avaient des vêtements propres.

46 filles (24,4% des filles) et 55 garçons (26% des garçons) avaient des vêtements sales. (P = 0.07)

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRE ET DISCUSSION

1) L'intégration du programme de promotion de la santé dans les programmes d'enseignement primaire.

Des thèmes relatifs à la promotion de la santé des élèves sont enseignés dans toutes les classes des écoles primaires (9, 10, 11). Les directeurs et fondateurs des écoles ne font pas la liaison entre cet enseignement et le programme de promotion de la santé scolaire élaboré par les services de santé scolaire. L'absence de collaboration administrative étroite entre ces services et les enseignants paraît être à la base de l'ignorance du programme sanitaire par ces derniers. La promotion de la santé deviendra plus effective si l'action de promotion mise en oeuvre par ces services de santé scolaire était coordonnée avec l'enseignement des thèmes s'y référant d'une part, et d'autre part si chacun des principaux acteurs avait meilleure connaissance des contenus du programme de l'autre. Faute d'une telle action concertée, les efforts déployés par les uns et par les autres risquent de n'être pas efficaces. Par suite de leur immaturité psychique ou mentale, les élèves ne seront pas capables de découvrir l'interface des sciences d'observation et des actions sanitaires de promotion : tout en récitant parfaitement ses leçons, l'élève montrera des pratiques contraires à la promotion de sa santé. Ou encore, en classe l'élève n'assimilera pas correctement un cours sur la propreté corporelle bien qu'ayant préalablement assisté à une éducation pour la santé sur le même thème, abondamment illustrée à " coups " d'images par le personnel de la santé scolaire.

L'intégration de certaines activités du programme de promotion de santé scolaire dans les programmes d'enseignement primaire est encore théorique (9, 10 11). L'application effective de cette intégration pour le maintien de l'état de santé de base des élèves reste à réaliser.

2) Les différentes composantes du programme de promotion de la santé dans les écoles.

2.1) L'évacuation des excréta

L'école est un cadre d'éducation à la vie ; elle peut et doit constituer un lieu privilégié de promotion de la santé par des exemples sur tout ce qui touche à la santé publique. Le péril fécal par exemple a pour origine le manque de latrines et d'hygiène

personnelle, il en découle que la base de sa prévention réside dans la construction de latrines et l'hygiène personnelle.

D'importants progrès ont été enregistrés dans la construction de latrines dans les écoles primaires entre 1988 et 1993 : le nombre d'écoles pourvues de latrine s'est accrue de 379% dans cette période (16). Cette plus grande couverture des écoles en latrines pourrait s'expliquer par le concours des facteurs ci-après:

- la prise de conscience grandissante des fondateurs et directeurs d'écoles de la nécessité de doter leurs écoles de latrines,
- les travaux de réhabilitation des écoles primaires publiques entrepris par l'Agence Faso Baara dans la ville de Ouagadougou,

La construction de latrines dans les écoles qui en étaient dépourvues apparaît ainsi comme une préoccupation pour les responsables de ces écoles.

La construction de latrines dans une école est une des conditions à remplir par les fondateurs d'établissements privés pour obtenir l'autorisation d'ouvrir celle-ci (7). Cette obligation imposée à l'ouverture des écoles privées pourrait expliquer la proportion relativement plus importante de latrines dans ces écoles que dans le public. Il est donc dommage que cette condition ne s'applique qu'à l'ouverture des écoles privées.

Avec une telle obligation, l'existence d'écoles privées sans latrines est donc une irrégularité. Les autorités compétentes devront à l'avenir veiller à l'application des dispositions en la matière car des écoles sans latrines constituent non seulement un véritable danger pour la santé des élèves mais aussi un manque d'opportunité pour l'apprentissage de l'hygiène par ceux-ci.

Plus de 3 écoles sur 4 ont des latrines traditionnelles. Ce nombre élevé d'écoles à latrines traditionnelles s'expliquerait sans doute par le coût de revient relativement bas de celles-ci, eu égard aux matériaux nécessaires à leur confection qui est par ailleurs plus facile. Cependant aucune de ces latrines ne dispose de couvercle pour ses fosses. Or les couvercles sont pour les latrines traditionnelles ce que représentent les grillages anti-

mouches pour les latrines ventilées. Elles ont pour rôle de mettre les selles à l'abri des mouches, empêchant celles-ci de jouer leur rôle de vecteur dans la transmission des maladies. Ainsi l'absence de couvercle pour toutes ces latrines traditionnelles accroît les risques de contamination des élèves en facilitant le contact des mouches avec les selles. Cette absence de couvercles relèverait d'un manque d'information des constructeurs de ces latrines quant à l'utilité de couvercles pour les fosses des latrines.

Le nombre de fosses par latrine dans les écoles connaît des écarts importants. Dans environ une école sur deux, le minimum d'une fosse pour chaque classe n'est pas atteint ; il s'en suit de longues files d'attente d'élèves devant les fosses dans les écoles à effectifs élevés surtout pendant les heures de récréation et d'"inter-classes ".

La construction d'une latrine dans une école est une chose, son entretien en est une autre ; à peine une école sur 35 possède un système de nettoyage des latrines, nettoyage assuré par des manoeuvres. Dans les autres cas, le manque d'hygiène des latrines est tel que leur visite a constitué un véritable calvaire ; en effet:

dans 43,7% des écoles, les latrines présentent des excréta à leurs abords immédiats ; c'est à dire à l'extérieur des latrines. Cette non utilisation des latrines par les élèves pourrait relever de l'un ou de l'association des facteurs suivants :

- le manque d'habitude de certains élèves d'utiliser des latrines,
- la très mauvaise utilisation des latrines par certains élèves, empêchant les autres de les utiliser parce que déjà trop sales,
- le manque d'éducation des élèves à l'utilisation des latrines à l'école,
- Le manque d'entretien des latrines scolaires.

la présence d'excreta sur le plancher des latrines a été observée dans 36,2% des écoles ; elle serait attribuable au fait que tous les élèves ne savent pas utiliser correctement les latrines ; ceci est d'autant plus important que des latrines, si perfectionnées soient-elles ne servent absolument à rien si elles sont mal utilisées ou non entretenues.

2.2) L'approvisionnement en eau potable dans les écoles

67,8% des écoles possèdent un point d'eau en leur sein. Ce résultat est un important progrès par rapport à celui de 1988 (accroissement de plus de 150%) (16).

Pourtant, l'ouverture d'une école primaire est aussi conditionnée par l'existence d'un point d'eau permanent. Cette absence de point d'eau, tout comme l'absence de latrines dans certaines écoles constitue la manifestation d'un manque de rigueur dans l'application des textes en vigueur sur l'ouverture de nouvelles écoles primaires. L'état qui est responsable des écoles publiques et qui a droit de regard sur le secteur privé de l'enseignement n'est pas en règle vis-à-vis des textes qu'il a lui même adoptés; il ne saurait donc l'exiger du secteur privé.

Dans notre étude, les sources d'approvisionnement en eau potable sont constituées d'un forage pour trois raccordements à l'eau courante. Ces résultats seraient probablement liés à la forte concentration des écoles dans la partie centrale de la ville qui bénéficie du système d'adduction d'eau, alors que les écoles situées dans les quartiers nouvellement lotis à la périphérie de la ville n'ont pas encore à leur disposition toutes les infrastructures, notamment l'eau courante et l'électricité. C'est dans ces derniers quartiers qu'on rencontre des écoles dotées de puits ouverts. Ces puits ne sont pas aménagés et leur eau est exposée à de nombreuses pollutions.

Le stockage de l'eau dans les écoles résulte d'un choix des responsables des écoles. Pour les responsables des écoles qui ne procèdent pas au stockage de l'eau, le risque d'épidémie en cas d'éclosion de maladie contagieuse liée à l'eau est grand si les élèves utilisent l'eau stockée dans un récipient. Pour ceux des écoles qui le font, ce risque est minime et ne saurait justifier qu'on renonce au stockage de l'eau dans les classes. Cependant, force est de reconnaître que l'eau, même potable à la source, peut être contaminée au cour du transport et du stockage (23), surtout si ceux-ci ne sont pas effectués dans de bonnes conditions d'hygiène. Certes, l'organisation des élèves pour le stockage de l'eau dans les classes leur permet d'acquérir de bonnes habitudes ; mais les conditions d'hygiène précaire dans lesquelles cette eau est transportée et stockée, et l'utilisation d'un seul gobelet pour tous les élèves d'une classe augmentent les risques

d'épidémie en cas de maladie contagieuse et accroît les risques de parasitoses digestives. Ceci nous amène à émettre des réserves quant à la nécessité de stocker l'eau dans les classes. L'approvisionnement individuel des élèves serait une solution pour éviter ces risques.

2.3) Les vendeuses d'aliments dans les écoles

Le manque ou l'insuffisance d'hygiène appliquée aux aliments vendus a été utilisé par deux fondateurs d'écoles privées pour interdire l'accès de leurs écoles aux vendeuses d'aliments. Mais à l'étape actuelle de notre développement, il paraît impossible d'interdire la présence de vendeuses dans toutes les écoles ; toutefois certains facteurs peuvent imposer une vigilance accrue sur la qualité des aliments vendus aux élèves dans les écoles :

-Le nombre de vendeuses d'aliments dans les écoles doit être limité ; c'est une des conditions pour les responsables d'écoles d'exercer une vigilance sur les conditions de préparation, de stockage et d'exposition des aliments. A la limite, des vendeuses d'aliments déterminées doivent être "abonnées " à l'école.

-Le lieu de vente des aliments doit être aménagé conséquemment ; il doit être distant des latrines, car la proximité des latrines très mal utilisées et non entretenues permet aux mouches de jouer pleinement leur rôle de vecteur dans la transmission de maladies telles que l'amibiase, les helminthiases, les salmonelloses, le choléra etc.

-Un contrôle inopiné par les services compétents du ministère de la santé doit être institué : il consistera en un prélèvement d'échantillons d'aliments vendus aux élèves, ces prélèvements seront examinés, à la recherche de germes.

-Une visite des vendeuses d'aliments par les services compétents de santé en vue d'un dépistage de porteurs sains ou de malades doit être régulièrement organisée.

2.4) La pratique de l'Education Physique et Sportive

L'importance du sport sur le développement physique et mental de l'enfant ne fait aucun doute. l'âge scolaire est celui de l'apprentissage des techniques. Il est indispensable que l'éducation physique garde une place privilégiée pendant toute la scolarité de l'enfant. L'éducation physique et sportive fait partie de l'éducation, au même titre que le calcul et la grammaire, ni plus, ni moins que les mathématiques ou l'apprentissage des langues (27).

Cette place privilégiée de l'éducation physique et sportive à l'école primaire a été confirmée par notre étude où 9 écoles sur 10 ont un terrain d'éducation physique et sportive, soit dans leur enceinte (95,8% des écoles), soit à l'extérieur de celle-ci (4,2% des écoles)

Afin de réduire les risques d'accidents de la voie publique qui peuvent survenir au moment des déplacements des élèves, des efforts doivent être déployés en vue de localiser les terrains d'éducation physique et sportive dans l'enceinte des écoles.

2.5) La plantation d'arbres dans les écoles

La cour de récréation est le lieu privilégié de détente pour les élèves ; c'est pourquoi une attention particulière doit être accordée à son aménagement. Dans notre pays les températures sont très élevées à certains mois de l'année scolaire ; la plantation d'arbres dans la cour de récréation, en fournissant de l'ombre aux élèves permettrait de les épargner de cette canicule pendant les heures de détente.

Par ailleurs l'école nous l'avons dit, est un lieu d'éducation à la vie. La plantation et l'entretien d'arbres dans la cour scolaire offrent une opportunité de sensibiliser les enfants sur les problèmes de l'environnement (reboisement, protection). Ainsi, au delà de l'ombre qu'elle fournit, la plantation d'arbres dans les écoles, dont l'entretien serait confié aux élèves organisés en groupes permettrait de leur faire prendre conscience de la nécessité de sauvegarder l'environnement dans un pays où celui-ci est en dégradation constante depuis déjà plusieurs années.

2.6) La sécurité des élèves dans les écoles

L'existence d'une clôture pour l'école constitue un dispositif de sécurité important pour les élèves parce qu'elle permet d'interrompre les traversées intempestives de l'école par les cyclistes et les motocyclistes à la recherche de raccourcis; une telle pratique de raccourcis par les passants peut être à l'origine d'accidents chez les élèves. La présence de gardien dans l'école participe dans une certaine mesure à sécuriser les élèves. Par ailleurs le gardien dans une école contribue entre autres au maintien de la salubrité de la cour, des classes et des latrines.

2.7) L'hygiène corporelle et vestimentaire des élèves

En posant la question "qu'est ce que l'hygiène corporelle ?", la réponse la plus fréquente serait certainement que l'hygiène corporelle est l'état de celui qui se lave tous les jours. Il est vrai que le bain quotidien est à la base de la propreté, mais l'hygiène corporelle comprend plus que cela. En effet certaines parties de notre corps demandent des soins spéciaux et fréquents ; c'est le cas des mains et des ongles, des cheveux, des dents.

2.7.1 La propreté des mains et des ongles

Environ un élève sur deux avait les mains sales et deux élèves sur trois les ongles sales, non taillés. Les mains, surtout celles des enfants touchent beaucoup d'objets qui peuvent être contaminés par les matières fécales. Ces objets peuvent à leur tour contaminer les mains qui une fois portées à la bouche seront, selon le germe en cause, à l'origine de maladies transmissibles particulièrement fréquentes chez les enfants(5). De même les ongles trop longs et mal entretenus abritent des saletés et des germes d'infection transmis surtout à l'occasion de lésions de grattage et des repas pris à la main. Le manque d'hygiène des mains et des ongles n'est certainement pas le seul à l'origine de ces maladies; mais il est un maillon important d'une chaîne de transmission, dont il faut tenir compte dans la recherche de solutions. Les autres maillons de la chaîne sont essentiellement l'insuffisance ou le manque d'eau potable, de dispositif d'évacuation des excréta, d'hygiène des denrées alimentaires dans les écoles.

2.7.2 Les cheveux

Les cheveux mal entretenus renferment de la poussière et favorisent le développement des poux et de la teigne ; les cas de teigne observés dans notre série sont la traduction de l'hygiène corporelle insuffisante. Ainsi a-t-on observé la teigne aussi bien chez les garçons que chez les filles.

2.7.3 Les dents

Les affections de la denture humaine sont universellement répandues. Si, généralement elles ne tuent pas et n'entraînent pas d'invalidité grave, elles gênent l'alimentation par suite de la perte de dents et peuvent altérer la santé générale par les infections qu'elles provoquent (complication inflammatoire de carie avancée). En outre, leur retentissement sur le bien-être et l'estime de soi de l'individu est considérable (27).

L'importance de l'hygiène dentaire est relativement plus grande durant l'enfance qu'à l'âge adulte, en raison du rôle des dents dans l'alimentation et aussi parce que l'habitude de se faire soigner régulièrement les dents doit être inculquée dès l'enfance.

22% des élèves de notre échantillon ont au moins une dent cariée avec 55,7% de filles et 44,3% de garçons. Ce résultat vient corroborer les observations du Ministère de la Santé selon lesquelles les affections bucco-dentaires sont très fréquentes en milieu scolaire (17).

Il est significatif de constater que des différences s'observent déjà entre filles et garçons en matière d'hygiène corporelle : les filles plus que les garçons ont le corps propre et sans plaies, et une prévalence plus élevée de carie dentaire.

3) Les activités promotionnelles de santé par les Services de Santé Scolaire

Autant on a déploré la faible intégration effective des activités d'enseignement avec le programme de promotion de la santé scolaire, autant il faut déplorer l'absence des S.S.S sur le terrain. L'activité essentielle de ces derniers est réduite aux soins curatifs réservés

aux élèves dans les centres fixes de soins. Les S.S.S doivent à l'avenir rompre avec cette habitude pour adopter une démarche active touchant à l'environnement de travail des élèves.

QUATRIEME PARTIE :
CONCLUSION ET SUGGESTIONS

I. CONCLUSION

Au terme de cette étude essentiellement descriptive, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

-un programme de promotion de la santé scolaire est élaboré et mis en oeuvre par les services de santé scolaire.

-certains thèmes de ce programme sont contenus dans les programmes d'enseignement primaire. Ils sont dispensés graduellement du C.P.1 au C.M.2. Cependant les actions de promotion des services de santé et les thèmes d'enseignement se font en toute indépendance les uns des autres.

-en plus du programme d'enseignement, le ministère de l'éducation a conditionné l'ouverture des écoles primaires de mesures en faveur du maintien du niveau de santé de base des élèves. Cependant ces mesures souffrent d'application rigoureuse :

-en particulier, de nombreuses écoles sont sans latrines, sans terrain d'éducation physique, sans point d'eau potable etc.

-par ailleurs, l'utilisation et l'entretien des sanitaires disponibles laissent à désirer. Il en est de même des conditions de stockage de l'eau de boisson, d'exposition des aliments vendus aux élèves.

-l'hygiène individuelle des élèves est pauvre et l'on a observé des cas de teigne, de carie dentaire chez les élèves.

II. Suggestions

Au terme de notre étude, et dans le souci de contribuer à l'amélioration du niveau de santé des élèves, nous formulons les suggestions ci-après:

A. Aux autorités administratives et politiques

- 1) La mise à la disposition de tous les enseignants du primaire du programme d'action sanitaire scolaire du Burkina Faso, afin que ces enseignants puissent s'en imprégner et s'en inspirer pour leurs enseignements des sciences d'observation dans les écoles.**

- 2) La mise à la disposition des agents du service de santé scolaire, des programmes d'enseignement primaire du Burkina Faso afin que ces agents puissent s'en inspirer pour leurs activités de santé dans les écoles. Ceci facilitera la collaboration entre les enseignants du primaire et le service de santé scolaire.**

- 3) La confection d'un manuel de Santé Scolaire à l'usage des enseignants du primaire et adapté au niveau des élèves. Ce manuel comportera les notions de base en matière de santé.**

- 4) L'intégration du contenu de ce manuel au programme de formation de base des enseignants du primaire ; ceux-ci auront la charge de l'enseigner aux élèves, dans l'exercice de leur fonction.**

- 5) Prendre les dispositions qui s'imposent pour doter les écoles construites, d'infrastructures d'accompagnement qui leur font défaut:**
 - un point d'eau potable au sein de l'école,**
 - un terrain d'éducation physique et sportive,**
 - des latrines avec un nombre suffisant de fosses pour toutes les classes,**
 - des mesures de protection des aliments vendus aux élèves.**

- 6) Appliquer effectivement les conditions exigées pour l'ouverture d'une école primaire : une école qui ne s'est pas dotée de la totalité des structures d'accompagnement énumérées ci-dessus ne doit pas être autorisée à y recevoir des élèves.**

7) La création d'une commission permanente composée des représentants du ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation de Masse, du ministère de la santé et du ministère chargé de l'architecture pour veiller à la salubrité dans les écoles.

Aux enseignants du primaire

1) L'organisation des élèves pour l'entretien et le respect strict de la salubrité de leur cadre de travail que constitue l'école, comme c'est le cas déjà pour le balayage des classes.

2) Exiger des élèves une hygiène corporelle et vestimentaire correcte.

3) La création au niveau des enseignants de chaque école, d'un comité chargé de vérifier régulièrement la qualité des aliments vendus aux élèves dans les écoles.

Aux agents de santé de l'Inspection Médico-Scolaire(I.M.S).

- 1. Développer plus activement l'interface service de santé scolaire et élèves,**
- 2. Profiter de l'opportunité qu'offrent les consultations pour exercer une action éducative et préventive sur les élèves .**

RESUME

Notre étude a porté sur les activités de santé promotionnelles dans les écoles primaires de la ville de Ouagadougou ; elle nous a permis de constater que :

-En dépit d'un programme de promotion de la santé scolaire mis en oeuvre par le service de santé scolaire depuis 1985, il existe encore dans la ville de Ouagadougou des écoles dépourvues de latrines (13,7% des écoles) ou de point d'eau potable (31,3% des écoles).

-Les latrines construites dans des écoles sont très mal utilisées et mal entretenues (43,4% des écoles présentent des excreta aux abords de leurs latrines et 36,2% sur le plancher des leurs).

-Les denrées alimentaires vendues aux élèves dans les écoles ne bénéficient pas d'attention particulière au plan hygiénique.

-L'hygiène corporelle et vestimentaire des élèves est insuffisante.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES



1. **A. Van der Heyden et Courtejoie J.** . L'écolier et la santé. Kangu-Mayumbe Bureau d'étude et de recherche pour la promotion de la santé, 1988 : 225 .
2. **BURY J A, DE KETELE J M, CASTILLO F et DECCACHE A** . Education pour la santé. Bruxelles: 1988 : 68.
3. **Centre International de l'Enfance** . L'enfant en milieu tropical. La santé des adolescents et des jeunes. N° 180 . 1989 ; P.44 .
4. **CHEVALIER J , BLUM CI , DE BELLEVILLE ANNE-MARIE , BIENTZ M.** Cahier de médecine préventive . fascicule 4 . 2ème édition . Paris : Maloine s.a. éditeur, 1983 : 336 .
5. **BARBARA Giloth** . Manuel d'hygiène scolaire à l'usage des enseignants du Togo. Lomé : Ministère de l'éducation nationale, 1971 : 206 .
6. **MAVINGA Anzungu Kimbi Kiaku de Lelo, De Hertaing I Rostart, Courtejoie J.** Les vers intestinaux à l'école . Brochure illustrée N°6 . 2ème édition . Kangu-Mayombe : Centre d'Etude et de Recherche pour la Promotion de la Santé, 1974 : 51 .
7. **Ministère de l'éducation de base et de l'alphabétisation de masse.** Texte portant réglementation de l'enseignement privé au Burkina Faso . Ouagadougou : secrétariat général , 1991 : 9 .
8. **Ministère de l'éducation de base et de l'alphabétisation de masse.** Bulletin annuel de statistiques scolaires de 1984 à 1992 . ouagadougou : Institut Pédagogique du Burkina , 1992 .
9. **Ministère de l'éducation de base et de l'alphabétisation de masse.** Programmes d'enseignement du CP1 au CP2 . Ouagadougou : Institut Pédagogique du Burkina , 1990 : 64.

10. **Ministère de l'éducation de base et de l'alphabétisation de masse.** Programmes d'enseignement du CE1 au CE2 . Ouagadougou : Institut Pédagogique du Burkina , 1990 : 64.
11. **Ministère de l'éducation de base et de l'alphabétisation de masse.** Programmes d'enseignement du CM1 au CM2 . Institut Pédagogique du Burkina , 1990 : 73.
12. **Ministère du plan et de la coopération.** Recensement général de la population du Burkina Faso du 10 au 20 Décembre 1985. Ouagadougou: Institut National de la Statistique et de la Démographie, 1985: 317.
13. **Ministère du plan et de la coopération.** Annuaire statistique. Ouagadougou: Institut National de la Statistique et de la Démographie , 1987:
14. **Ministère de la santé.** Texte portant création de l'O.S.T. . Ouagadougou : secrétariat général , 1987 : 2.
15. **Ministère de la santé.** Texte portant rattachement des services de santé scolaire et universitaire à l'office de santé des travailleurs. Ouagadougou : secrétariat général , 1990 : 2.
16. **Ministère de la santé.** Document de base sur le concours de salubrité dans les écoles primaires et préscolaires au Burkina Faso. Ouagadougou : DESA, 1988 :
17. **Ministère de la Santé.** Programme de travail de l'année 1987-1988 du Service de Santé Scolaire et Universitaire. Ouagadougou: Secrétariat Général, 1987: 4.
18. **Ministère de la Santé.** Séminaire de formation en éducation pour la santé des inspecteurs de l'enseignement primaire du Burkina Faso du 23 au 27 Mars 1987. Ouagadougou: Secrétariat Général, 1987: 212.

19. **Ministère de la Santé Publique.** Règlement intérieur régissant le fonctionnement des services de santé scolaire et universitaire. Ouagadougou: secrétariat général, 1985: 7.
20. **Ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales.** Code de la santé publique. Ouagadougou: 1970.
21. **NABOHO Kanidoua.** La santé scolaire à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : organisation, résultats. Thèse de Doctorat d'état, Dakar: Université Dakar, 1980: 87.
22. **O.M.S..** Mesures d'hygiène simples contre les maladies intestinales. Genève: O.M.S., 1975: 109.
23. **O.M.S..** Manuel du technicien sanitaire. Genève: O.M.S., 1976: 193.
24. **O.M.S..** Documents fondamentaux. Genève: O.M.S., 1986: 176.
25. **O.M.S..** Les jeunes et la santé : défi pour la société. Ser rapp tech 1986; 731: 47-56.
26. **O.M.S..** Alimentation, Environnement, Santé. Genève: O.M.S., 1987: 133.
27. **MANDE Raymond ,MASSE Nathalie ,MANCIAUX Michel.** Pédiatrie sociale. 2è édition. Paris: Flammarion, 1977: 715.
28. **SAMOS François Martin.** Essai d'analyse pour l'utilisation rationnelle des données de routine. Ouagadougou: Ministère de la santé publique, 1982: 219.

ANNEXES

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Définition des latrines traditionnelle et ventilée selon la D.E.S.A. :

La latrine traditionnelle : c'est un trou creusé dans le sol, recouvert d'une dalle et entouré d'un abri avec ou sans toit et non pourvu de système de ventilation.

La latrine ventilée : c'est une latrine avec toit, munie d'un tuyau ou d'une cheminée de ventilation et d'un grillage anti-mouches.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE DIRECTEUR DE THESE

VU
LE PRESIDENT DU JURY

VU
LE DOYEN DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE 1994

**TITRE : SANTE SCOLAIRE : ETUDE DES ACTIVITES DE SANTE
PROMOTIONNELLES DANS LES ECOLES PRIMAIRES PUBLIQUES ET
PRIVEES DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU .**

RESUME : Notre étude a porté sur les activités de santé promotionnelles dans les écoles primaires de la ville de Ouagadougou ; elle nous a permis de constater que :

-En dépit d'un programme de promotion de la santé scolaire mis en œuvre par le service de santé scolaire depuis 1985, il existe encore dans la ville de Ouagadougou des écoles dépourvues de latrines (13,7% des écoles) ou de point d'eau potable (31,3% des écoles).

-Les latrines construites dans des écoles sont très mal utilisées et mal entretenues (43,4% des écoles présentent des excréta aux abords de leurs latrines et 36,2% sur le plancher des leurs).

-Les denrées alimentaires vendues aux élèves dans les écoles ne bénéficient pas d'attention particulière au plan hygiénique.

-L'hygiène corporelle et vestimentaire des élèves est insuffisante.

**AUTEUR : OUATTARA Adama s/c TRAORE Sékou B.P. 863
Tél 36-30-33 . Ouagadougou . BURKINA FASO.**

MOTS CLES : Approvisionnement en eau potable - Assainissement - Burkina Faso - Ecole primaire - Hygiène corporelle - Ouagadougou - Promotion santé scolaire.

