

Perception, vécu et attente des acteurs éducatifs et sanitaires sur les obstacles et les stratégies d'organisation des services de santé scolaire dans la sous-division de Tshikapa 2, Province du Kasai (RD Congo)

Perception, experience and expectations of educational and health actors on the obstacles and strategies for organizing school health services in the Tshikapa 2 subdivision, Kasai Province (DR Congo)

Robert TUKANDILE MBUYI¹, Samuel BAPIDIA NZENGU^{2a}, Bellarmin KWETE MINGA^{2b}, Augustin TSHITADI MAKANGU^{2a}

¹Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Tshikapa, Kasai, République Démocratique du Congo

^{2a}Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

^{2b}Section Gestion et Organisation Sanitaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

RESUME:

L'absence de services de santé scolaire opérationnels dans la majorité des établissements situés dans la sous-division de Tshikapa 2, province du Kasai en République Démocratique du Congo, constitue un enjeu majeur en matière de sécurité sanitaire et d'équité dans l'accès aux soins d'urgence pour les enfants en âge scolaire. Cette recherche vise à contribuer à l'amélioration de l'organisation des services de santé scolaire au sein de cette sous-division, par l'identification des obstacles existants ainsi que la proposition de stratégies adaptées. Une méthodologie qualitative phénoménologique a été adoptée, appuyée par des entretiens semi-structurés. Les perceptions des acteurs éducatifs et sanitaires révèlent une connaissance limitée des services de santé scolaire. Ce déficit informationnel met en lumière un besoin urgent d'améliorer la communication et les actions de sensibilisation. Par ailleurs, ces acteurs expriment des attentes précises quant à une intégration formelle des services de santé dans le curriculum scolaire, ainsi qu'à la mise en place de stratégies renforçant la sensibilisation et la collaboration intersectorielle.

Mots clés : Perception, acteurs éducatifs, acteurs sanitaires, obstacles, stratégies, services, santé scolaire.

ABSTRACT :

The lack of operational school health services in the majority of schools located in the Tshikapa 2 subdivision, Kasai province in the Democratic Republic of Congo, constitutes a major challenge in terms of health security and equity in access to emergency care for school-aged children. This research aims to contribute to improving the organization of school health services within this subdivision by identifying existing obstacles and proposing appropriate strategies. A qualitative phenomenological methodology was adopted, supported by semi-structured interviews. The perceptions of education and health stakeholders reveal limited knowledge of school health services. This information gap highlights an urgent need to improve communication and awareness-raising activities. Furthermore, these stakeholders express specific expectations regarding the formal integration of health services into the school curriculum, as well as the implementation of strategies to strengthen awareness and intersectoral collaboration.

Keywords: Perception, educational actors, health actors, obstacles, strategies, services, school health.

*Adresse des Auteur(s)

Robert TUKANDILE MBUYI, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Tshikapa, Kasai, République Démocratique du Congo ;

E-mail : roberttukandile@gmail.com

Tél : +243 990177603 ;

Samuel BAPIDIA NZENGU, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

Bellarmin KWETE MINGA, Section Gestion et Organisation Sanitaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

Augustin TSHITADI MAKANGU, Section Gestion et Organisation Sanitaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

I. INTRODUCTION

L'école est aujourd'hui reconnue comme un environnement privilégié pour la promotion de la santé et la prévention des maladies chez les jeunes. En effet, l'école représente non seulement l'un des principaux milieux de vie des jeunes qui y évoluent, mais elle exerce également une influence considérable sur leur état de santé futur (Hélène Buisson et al., 2022).

Il est indéniable que la relation étroite entre l'éducation en milieu scolaire et la santé est de plus en plus reconnue, une réalité qui se manifeste par la priorité accordée à l'éducation scolaire dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement établis par les Nations Unies (Bowen & Desbiens, 2023)

La santé et l'éducation sont intrinsèquement interconnectées ; les enfants jouissant d'une bonne santé tendent à réaliser de meilleures performances scolaires, lesquelles sont par la suite corrélées à une amélioration de leur état de santé ultérieur. Cette relation entre la santé et l'éducation constitue le socle du système de l'École Promotrice de Santé (EPS) instauré par (Couturier et al., 2023), qui se présente comme une démarche visant à promouvoir la santé au sein des établissements scolaires en intervenant sur l'environnement global de l'école.

La prévalence des facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles chez les enfants et les adolescents connaît une augmentation rapide. Entre 1975 et 2016, la proportion d'enfants et d'adolescents en surpoids ou obèses dans la Région du Pacifique occidental a été multipliée par vingt, phénomène attribuable en partie à des niveaux insuffisants d'activité physique : en 2016, 89 % des filles et 83 % des garçons âgés de 11 à 17 ans pratiquaient moins de 60 minutes d'activité physique quotidienne (Monnay, 2023).

Au-delà des risques liés aux maladies non transmissibles, le déficit en infrastructures et ressources scolaires imputable aux inégalités économiques engendre des conséquences négatives directes sur la santé des enfants et adolescents à court et moyen terme, impactant également leurs performances scolaires ainsi que leurs perspectives futures (Cusson, 2023).

Les Etats-Unis ont mis en place plus de 1 900 centres de santé en milieu scolaire (CSMS), dont 57 % sont situés dans des zones urbaines. Des chercheurs américains ont démontré que les enfants issus de quartiers défavorisés ayant eu accès aux CSMS dès leur scolarité primaire éprouvaient moins de difficultés à recevoir des vaccinations, à subir des examens médicaux et à bénéficier de traitements pour diverses maladies ou blessures.

En France, le domaine de la promotion de la santé au sein du milieu scolaire comprend non seulement l'environnement éducatif, mais également la mise en œuvre de programmes d'éducation à la santé, ainsi que la réalisation d'examen médicaux et de bilans de santé lors des phases cruciales du parcours scolaire. De plus, pour les élèves nécessitant un accompagnement particulier, il est primordial d'identifier dès que possible les problèmes de santé ou les carences en soins susceptibles d'entraver leur scolarité. Cela inclut également l'accueil, l'écoute, le soutien et le suivi individualisé des élèves concernés. L'école a ainsi un rôle à jouer en tant qu'acteur de santé publique car elle a toujours été un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé, (Aboufaras, 2019).

Au Sénégal comme en Guinée, c'est sous l'égide du ministère de l'Éducation que s'organise la gestion globale de la santé scolaire ; toutefois au niveau déconcentré local elle est généralement confiée aux services relevant du ministère de la Santé. Deux modèles principaux émergent quant à l'organisation concrète : le premier repose sur les centres médico-scolaires (exemples : Côte d'Ivoire, Sénégal et Guinée), qui offrent exclusivement aux élèves une gamme étendue de soins incluant médecine générale, santé reproductive ainsi que consultations dentaires et ophtalmologiques (selon un document officiel émanant de la Division du contrôle médical scolaire) (Langage, 2021).

En Côte d'Ivoire, la santé en milieu scolaire constitue depuis longtemps une préoccupation majeure du Gouvernement, qui l'a intégrée comme une composante essentielle du système national de santé à travers l'organisation des Services de Santé Scolaire et Universitaire, opérationnels depuis 1954. En effet, les élèves, les étudiants ainsi que le personnel encadrant représentent une population aux besoins sanitaires spécifiques et offrent par ailleurs un cadre propice à des interventions de masse. La population scolaire représente

ainsi 17 % de la population ivoirienne, avec un taux brut de scolarisation s'élevant à 73,80 % en 2002, dont 63,30 % chez les filles et 79,50 % chez les garçons (Jacques et al., 2019).

L'analyse des besoins en matière de santé scolaire et universitaire au Burkina Faso révèle que cette population fait face à de multiples problématiques sanitaires, notamment les carences en éléments nutritionnels essentiels, les infections parasitaires récurrentes, les grossesses précoces ou non désirées, ainsi que les infections sexuellement transmissibles (IST) incluant le VIH/SIDA. Par ailleurs, c'est durant cette période que s'instaurent des comportements à risque tels que le tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme, susceptibles de perdurer à l'âge adulte et d'engendrer diverses pathologies. Malgré l'ampleur de ces enjeux sanitaires affectant les élèves et étudiants, les structures dédiées à leur prise en charge restent très limitées.

Le système éducatif en République Démocratique du Congo se trouve dans une situation particulièrement complexe, conséquence des conflits successifs et, surtout, de la forte croissance démographique qui affecte à la fois sa capacité d'accueil et la qualité de l'enseignement, (Lorenzoni, 2021). En effet, depuis 1980, la politique sanitaire de la RDC repose sur les soins de santé primaires ; cependant, les besoins spécifiques en matière de prévention et de traitement liés à la santé des adolescents et des jeunes n'ont pas été intégrés dans la pyramide sanitaire y compris les dimensions relatives à la santé scolaire.

Comme on peut bien le constater, les services de santé scolaires ne sont pas organisés dans la majorité des établissements scolaires de notre pays la RDC en général, et dans la ville de Tshikapa en particulier ; Or la loi cadre n°14/004 du 11Février 2014 de l'enseignement national, à son article 31, section 12, déclare que l'enseignement national doit assurer une formation initiale et continue en matière de la lutte contre les violences sexuelles et les maladies endémique et épidémique, notamment le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Cette prévention ne peut être possible que lorsque les conditions socio-sanitaires seront respectées et appliquées dans les écoles.

Dans le contexte actuel de la sous-division de Tshikapa 2, en République Démocratique du Congo, le système éducatif est confronté à de multiples défis en matière de santé scolaire. En effet, il n'est pas rare d'observer que des apprenants, tant du primaire que du secondaire, manifestent des signes de malaise ou sont victimes d'accidents pendant les heures de cours. Pourtant, la majorité de ces établissements ne disposent ni d'un encadrement sanitaire adéquat ni d'un dispositif minimal de prise en charge d'urgence.

Dans de nombreux cas, ces élèves sont renvoyés seuls à la maison, parfois dans un état de vulnérabilité critique, sans avoir bénéficié des premiers soins élémentaires tels qu'un antipyrétique pour calmer une fièvre. Parfois même, leur évacuation vers un centre de santé est effectuée avec un retard pouvant compromettre leur état de santé. Cette situation met en lumière un manque criant d'organisation, de moyens et de stratégie pour garantir un environnement scolaire protecteur et favorable au bien-être des apprenants.

L'absence de services de santé scolaire fonctionnels dans la majorité des établissements de cette sous-division pose donc un sérieux problème de sécurité sanitaire et d'équité dans l'accès aux soins d'urgence pour les enfants en âge scolaire.

II. MATERIEL ET METHODES

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé la méthode d'enquête qualitative du type Descriptif et analytique : elle vise à décrire l'état des services de santé scolaire et à comprendre la perception, le vécu et l'attente des acteurs éducatifs et sanitaires concernant les obstacles et les stratégies d'organisation des services de santé scolaire dans la sous-division de Tshikapa 2, Province du Kasai, notre étude sera menée dans la Sous-division scolaire Tshikapa 2 (établissements scolaires publics et privés, zones de santé, autorités locales) dans une période du 20 février au 19 mai 2025.

Nous avons mené notre enquête dans la sous-division scolaire Tshikapa 2 (établissements scolaires publics et privés, zones de santé, autorités locales) de la province du Kasai issue de l'éclatement de la grande Province du Kasai Occidental depuis 2015. Elle est située géographiquement au centre ouest du pays sur la rivière Kasai.

Dans cette étude, la population cible est constituée de :

- Elèves : pour comprendre leurs perceptions et expériences concernant les services de santé ;
- Parents d'élèves : pour recueillir des informations sur leur connaissance et leur utilisation des services de santé ;
- Enseignants : pour évaluer leur point de vue sur les obstacles rencontrés et les stratégies possibles ;
- Personnel de santé : pour analyser les défis qu'ils rencontrent dans la prestation de services.

Les critères d'inclusion incluent :

- Être élève âgé de 6 à 18 ans Inscrit dans un établissement d'enseignement primaire ou secondaire ayant le consentement éclairé de ses parents ou tuteurs.

- Être parent ou tuteur légal d'élève inscrit dans un des établissements ciblés.
- Être Enseignant directement impliqués dans des programmes de santé scolaire et ayant au moins un an d'expérience d'enseignement dans l'établissement.
- Personnel de santé ayant une formation en santé ou en soins infirmiers travaillant directement avec les élèves dans le cadre des services de santé scolaire.
- Être disponible pour participer à des entretiens ou groupes de discussion. ;
- Accepter de participer à l'étude.

Nous avons utilisé l'échantillonnage non probabiliste stratifié, nous avons divisé la population en sous-groupes (élèves, parents, enseignants, personnel de santé) et sélectionné les participants de chaque sous-groupe pour assurer une représentation équilibrée.

La taille de notre échantillon est de 25 participants, nous l'avons obtenu après que nous ayons obtenu la saturation de la manière ci-après :

- Elèves : 10 participants des différents niveaux scolaires ;
- Parents d'élèves : 5 participants, choisis parmi les parents d'élèves participant à l'étude.
- Enseignants : 5 enseignants de différents niveaux d'enseignement.
- Personnel de santé : 5 agents de santé travaillant directement avec les élèves.

Nous avons utilisé la méthode qualitative, cette approche a été choisie pour explorer en profondeur les perceptions et vécus des participants, permettant une compréhension riche et nuancée des défis et des attentes liés aux services de santé scolaire.

Nous avons utilisé un entretien semi-structuré avec des acteurs éducatifs et sanitaires en utilisant un guide d'entretien flexible. Cela a permis d'explorer des thèmes spécifiques tout en laissant de la place pour des réponses ouvertes.

Nous avons fait l'usage de Guide d'entretien, ce guide d'entretien comprend des questions ouvertes sur les perceptions et vécus des services de santé scolaire, ainsi que des questions sur les obstacles et attentes.

Avant toute descente dans les écoles, nous étions conviés à présenter la lettre de stage obtenue de la coordination de l'école doctorale, laquelle a permis d'obtenir l'autorisation du responsable de la sous division. Ce document scellé par le Sous PROVED était présenté à chaque chef d'établissement afin d'avoir son approbation avant toute action. Elle a été réalisée auprès de 5 acteurs éducatifs ciblés dans quelques écoles de la sous division Tshikapa 1. Elle avait

Perception, vécu et attente des acteurs éducatifs ...

pour objet de tester les outils de collecte des données, afin de dégager leur fiabilité. Les résultats de cette pré-enquête nous ont permis de modifier certaines questions qui étaient mal appréhendées par les enquêtés et de les adapter à leur juste compréhension.

Après approbation de notre attestation de recherche par le chef de la sous-division Tshikapa 2, nous avons organisé la descente sur terrain dans les écoles ciblées. Les informations ont été collectées auprès des acteurs éducatifs et sanitaires rencontrés dans les écoles œuvrant dans l'avant et l'après-midi, chaque jour ouvrable.

Au commencement de chaque entretien, nous avons présenté notre identité complète à l'interviewée et décrivons l'objectif de l'étude, puis nous avons vérifié les critères d'inclusion à l'étude. Nous prenions contact avec les participants(es) une fois qu'ils avaient terminé leur activité de cours et autres. Nous les isolions à l'écart pour éviter tout ressentiment qui pourrait affecter le consentement et influencer les réponses (biais de désirabilité sociale).

Les données sur les profils de participant(es) ainsi que celles relatives au phénomène étudié ont été recueillies par des entretiens individuels au moyen d'un enregistrement au Smartphone comme outils d'enregistrement des informations.

A l'issue de l'enquête, les données ont été transcrites sur papier à l'aide de stylo. Nous avons réalisé cette tâche pour minimiser les biais de transcription des données.

Pour l'analyse du contenu, l'accent a été mis sur le contenu manifeste en présupposant que les énoncés dans les verbatim, sont des unités complètes en elles-mêmes.

Dans un premier temps, un codage ouvert et systématique a été réalisé. Une relecture des transcriptions a permis de fusionner certains codes (document primaire) puis de les regrouper dans des thèmes (unités herméneutiques) c'est à dire nous avons attribué un chiffre ou une lettre, une représentation symbolique d'une information ou d'une modalité de réponse par un chiffre ou une lettre,

Dans le second temps, les données sont ensuite analysées, transcrites en verbatim et groupées selon les thèmes et catégories. Les résultats ont été présentés sous la forme des encadrés, nous avons fait le repérage et la classification des informations et d'informateurs, un codage (clé de codification : convertir les données en symboles afin de faciliter l'analyse). Cependant, nous avons utilisé un code (REP1 = Premier Répondant, REP2 ...).

La méthode d'analyse retenue pour cette recherche est l'analyse de contenu conceptuel, appelée également analyse

de contenu thématique. Pour l'analyse du contenu, l'accent a été mis sur le contenu manifeste en présupposant que les énoncés dans les verbatim, sont des unités complètes en elles-mêmes.

Pendant notre enquête, à l'aide de notre guide d'entretien, les sous-questions étaient également posées pour clarifier le thème et, l'entretien tout entier était systématiquement enregistré pour permettre l'analyse des données qui se faisait simultanément.

En cours d'interview, nous notions les informations sociodémographiques. La durée des interviews était de 15 à 25 minutes au maximum, pratiquement une moyenne de 20 minutes par interview.

Nous finissions toujours nos entretiens par les féliciter et les remercier sincèrement.

L'analyse de données s'est faite par méthode de réduction phrénologique. Dans la même optique, en recherche qualitative, les données commencent très tôt à prendre de la couleur au fur et à mesure où l'on avance dans l'enregistrement et la transcription des informations. La période de rédaction et d'appropriation du matériel constituent en fait une période de pré-analyse. En effet, les données de l'étude sont produites par les moyens d'enregistrement oral.

Pour contrôler la composition de l'échantillon, nous avons porté notre choix sur la sélection primaire des participants. Cette sélection a l'avantage d'être efficace du fait qu'en gardant l'efficacité, la taille de l'échantillon est aussi petite que possible.

Pour augmenter la fiabilité des résultats, nous avons fait analyser des données brutes par un expert ayant une expérience en analyse phénoménologique et, pour s'assurer si la méthode aboutit aux mêmes résultats, il y a eu concordance de nos interprétations avec celles de l'expert à chacune des phases de l'analyse.

Quant à la validité des résultats, elle a été assurée par la confirmation de l'interprétation des données par les participants à l'étude vers la fin de l'analyse ; ce qui est la restitution-confrontation.

Avant de commencer notre recherche, nous avons soumis notre protocole au comité de Bioéthique de l'ISTM/Kinshasa n°0157/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2024 du 07/10/2024, après l'examen dudit protocole de recherche selon les lignes directrices nationales d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains du Ministère de la santé, nous avons été

autorisés de mener notre recherche dans les sites prévus dans le protocole.

Après cela, un formulaire de consentement a été mis à la disposition de nos sujets de recherche, dans le même ordre d'idées, nous nous engageons à respecter le principe de la confidentialité et de l'anonymat des informations recueillies, de répondre aux questions que pouvait se poser l'enquête et d'expliquer les modalités de recueil des données. Nous signifions également à l'enquêteur qu'il avait la latitude de refuser l'entretien ou de l'interrompre à tout moment.

Nous avons ainsi pour ce faire, choisi un cadre dont l'environnement était calme, à l'abri des bruits et des regards sollicitant et, cela en collaboration avec l'enquêteur.

III. RESULTATS

Après l'analyse des données de nos Répondants, nous avons constaté ce qui suit :

Elèves : la majorité de nos enquêtés sont du sexe masculin avec 60%, la tranche d'âge de 12 à 17 ans était plus représentée avec 80%, le niveau d'instruction le plus représenté est de quatrième humanité avec 30%.

Pour les parents d'élèves, les femmes sont plus représentées que les hommes avec 80%, la tranche d'âge pour les parents d'élèves, 70% est comprise entre 25 à 30 ans, 60% des parents dont leur niveau d'instruction est D4, 90% d'entre eux sont mariés.

En ce qui concerne les enseignants, 80% sont du sexe masculin, la tranche d'âge la plus représentée est de 40 à 45 ans avec 60%, pour le niveau d'instruction, 60% des enseignants sont Gradués, 40% des enseignants ont une ancienneté de 5 à 6 ans.

Pour les professionnels de santé, 60% sont du sexe féminin, la tranche d'âge la plus représentée est de 25 à 30 avec 80%, pour le niveau d'instruction, 80% sont des Gradués, 40% de personnel soignant ont une ancienneté de 3 à 4 ans.

Encadré 1. Perception générale

Question : Comment percevez-vous les services de santé scolaire offerts dans votre établissement ?

Catégorie	Verbatims	Signification
Perception générale	REP1 : Je ne savais même pas qu'il y avait des services de santé scolaire REP2 : on n'a jamais entendu parler de ça dans cette école depuis nous sommes là REP10 : bon, dans le programme de cours que nous utilisons, la santé scolaire n'y est pas. REP19 : je pense que comme ça ne se trouve	L'absence des services de santé scolaire dans le programme

pas dans le programme scolaire que nous avons, c'est difficile que l'on en parle ici
REP25 : nous n'avons pas de services de santé scolaire dans cette école, nous ne savons pas quoi dire
REP3 : hummmmm, c'est quoi la santé scolaire ?..... je n'en sais rien
REP4 : nous ne connaissons rien de la santé scolaire, pourriez-vous nous en dire plus ?
REP8 : nous ne savons pas donner notre perception aussi longtemps que nous ne connaissons pas ce que ce santé scolaire

méconnaissance générale des services de santé scolaire dans les écoles

Les participants manifestent une connaissance limitée des services, mettant en avant leur absence apparente au sein du programme scolaire.

Encadré 2. Importance des services

Question : Comment appréciez-vous ces services de santé scolaire ?

Catégorie	Verbatims	Signification
Importance des services	REP1 : Ces services sont cruciaux, surtout pour les jeunes en pleine croissance REP7 : c'est très intéressant d'avoir ces services pour le bonheur des apprenants REP17 : c'est vraiment très primordial d'avoir ces services, car ça va beaucoup aider les élèves une fois qu'ils sont malades REP22 : bonnnn, moi je pense que ces services aideront beaucoup d'élèves REP25 : il est nécessaire d'avoir ces services pour soulager les élèves qui connaîtront le problème de santé en plein cours.	Très important pour le bien-être des élèves

Malgré un déficit d'information, les participants reconnaissent la valeur cruciale des services de santé pour le bien-être des élèves.

Encadré 3. Expériences passées

Question : Pouvez-vous décrire une expérience positive que vous avez eue avec les services de santé scolaire ?

Catégorie	Verbatims	Signification
Expériences passées	REP3 : Je n'ai jamais eu accès à un service de santé scolaire durant mes études REP6 : nous n'avons aucune expérience par rapport aux services de santé scolaire REP10 : en tout cas, on en jamais connu REP11 : dans notre passée, nous n'avons jamais connu ces genres des services ehhhhh REP23 : en tout cas, on n'a rien à signaler pour ce qui concerne ces services.	un manque d'accès historique aux services de santé scolaire

Les témoignages recueillis révèlent un accès historiquement restreint aux services de santé scolaire, ce qui conditionne les perceptions actuelles.

Perception, vécu et attente des acteurs éducatifs ...

Encadré 4. Obstacles rencontrés

Question : Avez-vous rencontré des difficultés ou des obstacles en rapport avec les services de santé scolaire ? Si oui, pouvez-vous les décrire ?

Catégorie	Verbatims	Signification
Obstacles rencontrés	REP4 : les enseignants ne parlent jamais de ces services REP8 : nous n'avons jamais été informé sur l'utilité de ces services REP13 : nous ne sommes pas informés de ça REP20 : personne ne nous a jamais parlé des services de santé scolaire	L'absence de communication

Le manque de communication émanant des éducateurs contribue significativement à la méconnaissance persistante des services.

Encadré 5. Améliorations souhaitées

Question : Quelles améliorations ou changements souhaiteriez-vous voir dans les services de santé scolaire ?

Catégorie	Verbatims	Signification
Améliorations souhaitées	REP1 : Nous avons besoin de réintroduire ces services dans le programme scolaire REP3 : il faudra qu'on fasse des démarches pour instaurer ces services dans le programme des cours REP5 : on doit aller voir les autorités compétentes pour l'existence de ces services dans nos écoles REP10 : nous avons besoin que les services de santé scolaire puissent exister dans le programme de formation REP16 : tout ce que nous pourrions demander c'est l'existence de ces services, c'est tout	Faire le plaidoyer pour que les services soient intégrés dans le curriculum

Les participants expriment la nécessité d'un plaidoyer en faveur de l'intégration formelle des services dans le curriculum scolaire

Encadré 6. Stratégies proposées

Question : Quelles stratégies pensez-vous qu'il serait utile de mettre en place pour améliorer l'organisation des services de santé scolaire ?

Catégorie	Verbatims	Signification
Stratégies proposées	REP1 : Il faudrait organiser des campagnes d'information pour sensibiliser tout le monde REP2 : il faut commencer à parler de la santé scolaire dans toutes les écoles REP4 : commencer à expliquer l'importance de service de santé scolaire dans la communauté REP25 : pour moi je pense, qu'il faudra utiliser tous les canaux pour faire passer le message sur l'importance de l'existence des services de santé scolaire	Faire la promotion des services de santé scolaire

Ils considèrent que la mise en œuvre d'initiatives de sensibilisation est indispensable pour accroître la connaissance et souligner l'importance des services de santé scolaire

Encadré 7. Collaboration

Question : Comment pensez-vous que les acteurs éducatifs et sanitaires pourraient mieux collaborer pour améliorer ces services ?

Catégorie	Verbatims	Signification
Stratégies proposées	REP3 : Les enseignants et les professionnels de santé doivent travailler ensemble REP7 : nous pensons qu'ils sont obligés de travailler ensemble REP11 : nous les conseillons d'être seulement unis pour faire avancer les choses REP21 : un seul doigt ne peut jamais laver la figure, ils doivent se converger dans tout ce qu'ils font qui va dans le sens de la santé scolaire.	Une meilleure collaboration

Une collaboration renforcée est perçue comme fondamentale pour assurer l'efficacité opérationnelle des services ainsi que leur intégration harmonieuse dans le cadre éducatif

IV. DISCUSSION

IV.1. Profil des élèves

La majorité des élèves interrogés sont de sexe masculin (60 %), et 80 % d'entre eux appartiennent à la tranche d'âge comprise entre 12 et 17 ans, avec une prédominance du niveau scolaire correspondant à la quatrième humanité (30 %). Cette distribution pourrait refléter des dynamiques socioculturelles selon lesquelles les garçons sont plus fréquemment inscrits ou participent davantage aux enquêtes, des inégalités de genre persistent dans l'accès à l'éducation, influençant ainsi la représentation sexuée au sein des études. Par ailleurs, la concentration notable d'élèves âgés de 12 à 17 ans souligne un focus sur l'adolescence, période cruciale pour le développement éducatif et psychosocial (Morin-Gendron, 2024).

IV.2. Profil des parents d'élèves

En ce qui concerne les parents d'élèves, 80 % sont des femmes, tandis que 70 % se situent dans la tranche d'âge allant de 25 à 30 ans ; par ailleurs, 60 % disposent d'un niveau d'instruction équivalent au D4. Il est également important de noter que 90 % des parents sont mariés. La forte proportion féminine parmi les parents (80 %) suggère que les mères occupent un rôle central dans les décisions relatives à l'éducation et à la santé. Des recherches antérieures ont démontré que les femmes assument fréquemment la responsabilité principale en matière de soins et d'éducation des enfants, (Colombo, 2024). L'âge moyen des parents,

principalement situé entre 25 et 30 ans, témoigne d'une génération jeune potentiellement réceptive aux nouvelles perspectives et approches éducatives ainsi qu'en matière de santé. Le niveau d'instruction relativement élevé pourrait également indiquer une sensibilisation accrue aux problématiques liées à la santé scolaire, (Murith & Scheiwiller, 2025).

IV.3. Profil des enseignants

En ce qui concerne les enseignants, 80 % sont des hommes, 60 % ont un âge compris entre 40 et 45 ans, et 60 % possèdent un diplôme, tandis que 40 % justifient d'une ancienneté de 5 à 6 ans.

La prédominance masculine (80 %) au sein du corps enseignant peut traduire des biais historiques dans l'orientation professionnelle, où l'enseignement est perçu comme une profession majoritairement masculine dans certaines cultures (Sullivan, 2001). La moyenne d'âge des enseignants, avec une majorité située entre 40 et 45 ans, témoigne d'une certaine stabilité ainsi que d'une expérience significative au sein du personnel éducatif, ce qui constitue un avantage pour la mise en œuvre effective des services de santé scolaire (Ingersoll, 2003). Par ailleurs, la proportion d'enseignants diplômés (60 %) est encourageante, dans la mesure où un personnel qualifié est souvent corrélé à de meilleurs résultats académiques et à une intégration plus efficiente des programmes de santé, (Binette-Laporte, 2022).

Les données relatives au profil des participants mettent en lumière des dynamiques intéressantes concernant la composition des élèves, des parents et des enseignants. La répartition selon le genre, l'âge ainsi que le niveau d'instruction des participants sont susceptibles d'influencer non seulement la perception qu'ils ont des services de santé scolaire mais également leur engagement et leurs attentes. Ces facteurs doivent impérativement être pris en compte lors de l'élaboration de stratégies adaptées visant à améliorer les services de santé scolaire dans cette région (Ndour, 2023).

IV.4. Professionnels de santé scolaires et de proximité

La majorité des professionnels de santé sont de sexe féminin, représentant 60 % de l'effectif total. La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 25 et 30 ans, avec une proportion de 80 %. Concernant le niveau d'instruction, 80 % des individus sont titulaires d'un diplôme de grade universitaire. Par ailleurs, 40 % du personnel soignant possède une ancienneté comprise entre trois et quatre ans. La prédominance féminine dans les professions liées aux soins (notamment infirmières et sages-femmes) est caractéristique ; en effet, une étude réalisée en 2025 sur le personnel MNCH en République Démocratique du Congo indiquait que 71 % étaient des

femmes. Une main-d'œuvre jeune peut contribuer à dynamiser les services, mais elle présente également un risque élevé de rotation si les conditions de travail demeurent précaires. L'élévation rapide du niveau des diplômes s'explique par le renforcement récent des écoles d'infirmières, notamment à travers les initiatives NEPI et LINCCO. Enfin, la faible ancienneté observée reflète la forte mobilité du personnel dans les zones instables, (Samir, 2023).

IV.5. Perception des acteurs éducatifs et sanitaires

Les résultats mettent en évidence une perception générale caractérisée par une connaissance limitée des services de santé scolaire. Cette situation traduit un déficit d'informations claires et accessibles concernant ces services, ce qui est confirmé par des recherches antérieures. soulignent qu'une communication inadéquate au sujet des services disponibles peut engendrer des perceptions erronées ainsi qu'une faible utilisation effective de ces derniers, (Neve et al., 2023).

Ce constat suscite une vive préoccupation, dans la mesure où il révèle que les professionnels des secteurs éducatif et sanitaire ne perçoivent pas les services de santé comme une composante essentielle du programme scolaire, ce qui pourrait compromettre leur efficacité. Néanmoins, malgré ce déficit informationnel, les participants reconnaissent l'importance cruciale des services de santé pour le bien-être des élèves. Cette ambivalence met en lumière un besoin impérieux d'améliorer la sensibilisation et l'éducation relatives au rôle des services de santé en milieu scolaire, observation également corroborée par (Furrer, 2024), qui souligne que la perception positive de ces services est fréquemment corrélée à une communication renforcée.

IV.6. Expériences vécues par les acteurs éducatifs et sanitaires

Les témoignages recueillis révèlent un accès historiquement limité aux services de santé scolaire. Ce vécu influence non seulement leurs représentations actuelles mais également leur disposition à intégrer formellement ces services dans le cadre éducatif. Conformément aux analyses de (Lazarev et al., 2011), les expériences passées conditionnent les attentes futures, et l'absence d'accès peut engendrer un cercle vicieux marqué par la méfiance et le désengagement.

Parmi les barrières rencontrées, le déficit communicationnel des éducateurs constitue un enjeu majeur. Une étude menée par Cohen et al. (2018) met en exergue le rôle central que jouent ces derniers dans la diffusion d'informations relatives aux services de santé. En cas de communication insuffisante, les professionnels éducatifs et sanitaires se trouvent dans l'incapacité d'orienter efficacement les élèves vers les

ressources disponibles, exacerbant ainsi l'ignorance quant à l'existence même de ces services.

IV.7. Attentes formulées par les acteurs éducatifs et sanitaires

Les recommandations émises par les participants, telles que la promotion d'une intégration officielle des services de santé au sein du curriculum scolaire, témoignent d'une volonté manifeste de réforme. Ces aspirations s'inscrivent pleinement dans le cadre des préconisations formulées par (*Document-de-Politique-de-la-Santé-Scolaire-et-Universitaire-2007.-Côte-d'Ivoire.pdf*, s.d.), qui milite pour une incorporation systématique des services de santé scolaires afin d'améliorer le bien-être global des élèves.

Les stratégies proposées, en particulier les initiatives de sensibilisation, revêtent une importance capitale. Les travaux de Dahlgren et Whitehead (2006) démontrent que l'augmentation de la sensibilisation peut significativement améliorer l'accès ainsi que l'utilisation des services de santé. Par ailleurs, le renforcement de la collaboration est considéré comme un élément fondamental pour assurer l'efficacité opérationnelle des services. Comme le souligne (COUTURIER et al., 2023), une approche collaborative entre les acteurs éducatifs et sanitaires favorise une intégration plus harmonieuse des services, contribuant ainsi à optimiser l'expérience vécue par les élèves.

V. CONCLUSION

Malgré une reconnaissance unanime quant à l'importance cruciale des services sanitaires pour le bien-être étudiant, il apparaît que la connaissance qu'en ont les acteurs demeure limitée. Ce déficit informationnel met en exergue un besoin urgent d'améliorer tant la communication que la sensibilisation autour du sujet. Par ailleurs, leurs expériences passées marquées par un accès restreint aux soins influencent négativement leurs perceptions ainsi que leurs attentes, engendrant ainsi un cercle vicieux mêlant méfiance et désengagement.

Les acteurs concernés expriment clairement leur souhait d'une intégration formelle des services sanitaires dans le cursus scolaire accompagnée par le développement accru d'actions ciblées en matière de sensibilisation ainsi qu'un renforcement effectif de la collaboration intersectorielle. Ces propositions corroborent celles émises par diverses organisations internationales qui insistent sur la nécessité d'adopter une approche systémique afin d'améliorer tant l'accès que l'efficacité globale des dispositifs scolaires dédiés à la santé.

Pour répondre adéquatement aux défis identifiés, il est impératif d'élaborer puis mettre en œuvre des stratégies spécifiques visant à renforcer la communication institutionnelle, formaliser davantage l'intégration pédagogique des services sanitaires tout en promouvant activement les partenariats entre tous les acteurs impliqués. Une telle démarche contribuera non seulement à améliorer le bien-être global des élèves mais aussi à instaurer un environnement éducatif plus inclusif et réactif aux besoins propres à cette population.

REFERENCES

1. Aboufaras, M. (2019). EFEET DE L'EVALUATION PAR SIMULATION SUR LE DEVELOPPEMENT ET LE TRANSFERT DE LA COMPETENCE DE COMMUNICATION PROFESSIONNELLE EN SANTE.
https://www.academia.edu/download/82745207/Med_Aboufaras_MEMOIRE_OUJDA.pdf
2. Binette-Laporte, F. (2022). Exploration de la pertinence d'un module de formation offert aux parents d'élèves suivant un programme d'intervention visant la réduction des symptômes d'anxiété de performance.
<https://archipel.uqam.ca/16638/1/M17904.pdf>
3. Bowen, F., & Desbiens, N. (2023). La prévention de la violence en milieu scolaire au Québec Réflexions sur la recherche et le développement de pratiques efficaces Preventing violence in the Québec school milieu Reflections on the research and development of effective.
<https://www.academia.edu/download/105761994/1079116ar.pdf>
4. Colombo, A. (2024). Pères et éducation des enfants : Le défi de dépasser les rôles parentaux genrés. *Initiale F*, 2024(32), 1-2.
5. Couturier, M., Michelet, L., & Schaller, A. (2023). Rôles des ergothérapeutes dans l'inclusion scolaire en Suisse romande.
https://patrinum.ch/record/379899/files/821_2023_Couturier_Marie_Michelet_Lorenzo_Schaller_Aur_elie.pdf
6. Cusson, P. (2023). Les perceptions des parents originaires d'Afrique subsaharienne francophone de leurs relations avec le milieu scolaire de leurs enfants [PhD Thesis, Université du Québec à Trois-Rivières].

- <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/10995/1/eprint10995.pdf>
7. Document-de-Politique-de-la-Santé-Scolaire-et-Universitaire-2007.-Côte-d'Ivoire.pdf. (2012). Consulté 23 juin 2025, à l'adresse <https://scorecard.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Document-de-Politique-de-la-Sante%CC%81-Scolaire-et-Universitaire-2007.-Co%CC%82te-d%E2%80%99Ivoire.pdf>
 8. Furrer, S. P. D. O. (2024). Travail de Bachelor Effet de la communication écoresponsable sur l'engagement des jeunes consommateurs : Une approche modérée par les attentes écoresponsables. <https://www.unifr.ch/marketing/fr/assets/public/PDF%20Travaux%20de%20Bachelor/TravaildeBachelor.DaphnePangaud.pdf>
 9. Jacques, W., Messan, N. K., & de la FLESH, D. (2019). De l'utilisation de médias et des technologies de l'information et de la communication dans l'éducation de 1960 à 2006 : Le cas du Togo. <https://www.academia.edu/download/80777460/document.pdf>
 10. Langage, E. (2021). Kuamivi Mawusi WAYIKPO [PhD Thesis, Université de Lomé (Togo)]. <https://theses.fr/api/v1/document/2021AIXM0310>
 11. Lazarev, G., Allaoui, M., Naciri, M., El Aoufi, N., Billaudot, B., Akodad, S., Goumrhar, H., Taouil, R., Tlemçani, M. B., & Oubrahim, A. (2011). Critique économique. Consulté 23 juin 2025, à l'adresse <https://ledmaroc.ma/wp-content/uploads/2023/12/N%C2%B0-41-42.pdf>
 12. Lorenzoni, E. (2021). L'empowerment, dans sa dimension du "vouloir"(pouvoir intérieur), des femmes migrantes à travers l'éducation non formelle en Région de Bruxelles-Capitale et Région wallonne. <https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/330087/3/MemoireLORENZONI.pdf>.
 13. Monnay, A.-F. (2023). Éducation au consentement : Enjeux et perspectives de son apprentissage dans les classes du premier cycle HarmoS. <https://access.archive-ouverte.unige.ch/access/meta/data/3f5384b8-f2b1-4951-9601-7826fa7b452a/download>
 14. Morin-Gendron, M. (2024). Le rôle des stéréotypes dans l'ascension professionnelle des femmes. <https://thesis.dial.uclouvain.be/bitstreams/7b73bb48-f848-4865-bb74-288f0d9b8d27/download>
 15. Murith, E., & Scheiwiller, M. (2025). Promouvoir la santé mentale dans le milieu scolaire obligatoire et post-obligatoire. https://folia.unifr.ch/documents/331688/files/TB_Murith_Scheiwiller_2024.pdf
 16. Ndour, S. D. (2023). Etude des obstacles liés à l'accès aux soins des malades mentaux dans la commune de Fatick : Le cas du centre de santé mentale Dalal Xel. <https://rivieresdusud.uas.sn/handle/123456789/290>
 17. Neve, M., Loute, A., & Maddalena, F. (2023). Une enquête de satisfaction des patients vis-à-vis d'un outil d'évaluation des effets secondaires de l'immunothérapie auto-rempli à domicile. <https://thesis.dial.uclouvain.be/server/api/core/bitstreams/e9dbe0ce-1a3e-4549-af78-b3acb66d4839/content>
 18. Samir, A. B. I. (2023). La ville vue d'en bas : L'espace comme ressource pour des élèves dans un quartier populaire-Cas du quartier Bockstael à Laeken. https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/361894/3/Memoire_Geographie_ABI_Samir_2023.pdf