

**UNIVERSITE ABDE RAHMANE MIRA DE BEJAIA**  
**Faculté Des Sciences Économiques, Commerciales et Des**  
**Sciences De Gestion**  
**Département des Sciences Économiques**

**Mémoire en Vue de l'Obtention du Diplôme de Master en Sciences Économiques**  
**Option : Économie de la Santé**

**Thème :**

**Essai d'évaluation de quelques déterminants sanitaires des**  
**étudiants :**  
**Cas de l'université Abderrahmane Mira de Bejaïa**

**Sous la direction de :**

**Mr: KANDI Nabil**

**Présenté par :**

**MEKBEL Lamine**

**SADKI Dahmane**

**Jury de la soutenance :**

**Président :** IDRES Bilal (M.A.B) à l'Université de Béjaïa

**Examineur :** IDIRI Yanis (M.A.B) à l'Université de Béjaïa

**Rapporteur :** KANDI Nabil (M.A.B) à l'Université de Béjaïa

**Année universitaire**

**2012 / 2013**

## DÉDICACES

Je dédie ce modeste travail à **mes parents** et **ma famille**,

A **mes Amis** de loin ou de près,

Aux Étudiants et aux Enseignants de **la faculté SEGC**,

A mes Camarades de **la Première promotion « ÉCONOMIE de la SANTÉ »**,

Et pour l'ensemble de **la famille universitaire** (Étudiants, Enseignants, Administrateurs, Fonctionnaires et Travailleurs) de l'université de Béjaia.

Lamine MEKBEL

## DÉDICACES

Je dédie ce modeste travail à **mes parents** ainsi qu'à **ma famille**,

A **mes Frères et mes sœurs**,

A mes Camarades de **la Première promotion « ÉCONOMIE de la SANTÉ »**,

Et pour l'ensemble de **la famille universitaire** (Étudiants, Enseignants, Administrateurs, Fonctionnaires et Travailleurs) de l'université de Béjaia.

Dahmane SADKI

## REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes vifs remerciements au directeur de ce mémoire, Mr **KANDI Nabil** pour son soutien tout au long de ce travail, pour ses conseils qui m'ont guidé dans ma recherche, pour ses encouragements et ses recommandations efficaces.

Je remercie tous les enseignants de Master Economie de la santé, et plus particulièrement, le professeur **NOUARA KAÏD TLILANE** ainsi que les étudiants de la première promotion de Master en Économie de la santé.

Je tiens à remercier aussi tous **les enseignants** et **les étudiants** qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Que ceux que je n'ai pas cité, trouvent ici, l'expression de mes sincères remerciements.

**Lamine MEKBEL & Dahmane SADKI**

## LISTE DES ABREVIATIONS

AES : Approche Ecole en Santé.

ANDS : L'Agence Nationale de la Documentation de la Santé.

APC : Assemblée Populaire Communale.

CIM : Circulaire Interministérielle.

CHU: Centre Hospitalo-universitaire.

CSHP: Coordinated School Health Program.

CSSP : Centre de soins de santé Primaire.

CNTSSU : Comité National Technique de la santé scolaire et universitaire.

CPMS: Le centre psycho médico-social.

DA: Dinar algérien.

DNS: Dépenses nationales de santé.

DTP : antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux.

ENSP : Ecole National de Santé Publique.

EPSP : Etablissement Publique de santé de Proximité.

FLN : Front de Libération National.

FNS: Fonds National de Santé.

FNUP: Fonds des Nations Unies pour la Population.

HPS: Health Promoting School.

HS: Healthy School.

IDH : Indice de développement humain.

IPH : Indice de pauvreté humaine.

IST : Infections sexuellement transmissibles.

MSPRH: Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière.

MSS : Médecine de Santé Scolaire.

NHPS: National Healthy School Program.

OMS: Organisation mondiale de la Santé.

OIT: Organisation international du Travail.

ONG : Organisation non gouvernementale.

ONS : Office National des Statistiques.

ONUDI: Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel.

OMD: Objectifs Millénaire Pour le développement.

PAM: Programme alimentaire mondial.

PEV: Programme élargi de vaccination.

PIB : Produit intérieur brut.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PSE : Promotion de la santé à l'école.

SIDA : syndrome de l'immunodéficitaire acquis.

UDS : Unité de Dépistage et de suivi.

UMP : Unité de Médecine Préventive.

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science, la culture.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour L'enfance.

USA: United States of America.

## SOMMAIRE

|   | <b>PAGE</b> |
|---|-------------|
| DEDICACES .....   | I           |
| REMERCIEMENTS.....  | III         |
| LISTE DES ABREVIATIONS.....   | IV          |
| SOMMAIRE.....   | VI          |
| <br>  |             |
| <b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>   | <b>1</b>    |
| <b>CHAPITRE I : LA SANTÉ SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE A TRAVERS LE MONDE....</b>                                   | <b>3</b>    |
| <b>Introduction.....</b>  | <b>3</b>    |
| <b>Section 1 : Aperçu de la Situation Générale de la Santé Scolaire et Universitaire dans le Monde.....</b>     | <b>4</b>    |
| <b>Section 2 : Les approches globales de promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire. ....</b>    | <b>13</b>   |
| <b>Section 3 : L'éducation à la Santé en Milieu Scolaire et Universitaire.....</b>                              | <b>17</b>   |
| <b>Conclusion.....</b>  | <b>24</b>   |
| <b>CHAPITRE II:LA SANTÉ SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE EN ALGERIE.....</b>   | <b>25</b>   |
| <b>Introduction.....</b>  | <b>25</b>   |
| <b>Section 1 : Evolution Historique de la Santé Scolaire et Universitaire en Algérie.....</b>                   | <b>26</b>   |
| <b>Section 2 : La santé Universitaire en Algérie.....</b>   | <b>29</b>   |
| <b>Conclusion.....</b>  | <b>30</b>   |
| <b>CHAPITRE III : ESSAI D'EVALUATION DE LA SITUATION SANITAIRE DES ETUDIANTS DE L'UNIVERSITE DE BEJAIA.....</b> | <b>32</b>   |
| <b>Introduction.....</b>  | <b>32</b>   |
| <b>Section 1: Présentation de l'Enquête et Dépouillement .....</b>  | <b>33</b>   |
| <b>Section 2 : Analyse des Résultats de l'Enquête .....</b>   | <b>35</b>   |
| <br>  |             |
| <b>CONCLUSION GENERALE.....</b>   | <b>48</b>   |
| <b>Références Bibliographiques .....</b>  | <b>51</b>   |

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| <b>Liste des tableaux</b> ..... | 55 |
| <b>Liste des figures</b> .....  | 56 |
| <b>Annexe</b> .....             | 57 |



## INTRODUCTION GENERALE

La santé constitue une préoccupation majeure dans toutes les sociétés. C'est ainsi un phénomène universel et l'Homme a toujours essayé de connaître et de maîtriser les facteurs qui menacent l'intégrité physique et mentale de l'individu afin de s'en préserver. Cela demande une compréhension globale des façons dont l'état de santé peut être influencé par les modes de vie et les conditions de vie, et une prise de conscience de la nécessité de dégager des ressources et de faire des bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui favorisent des comportements favorables à la santé et qui la protègent en créant des environnements adaptés.

Dans nos sociétés, il appartient aux universités de s'intéresser à la santé des jeunes qu'elles accueillent et de les aider à adopter des comportements favorables à la qualité de vie. La santé de l'étudiant étant un point central de notre réflexion, l'action sanitaire préventive pour cette catégorie de la population est indispensable, en plus d'être plus efficace et moins coûteuses.

L'intérêt de notre thème est de savoir l'influence de la santé des étudiants, notamment l'action préventive dans les milieux universitaires sur la production du savoir et du savoir-faire et cela en se focalisant sur certains éléments essentiels comme (l'augmentation du taux de réussite des étudiants, les capacités des étudiants à encaisser les informations et la diminution du taux d'absentéisme des étudiants...etc.).

Concernant l'éducation à la santé en milieu universitaire, les méthodes utilisées, les formes de l'enseignement et les intervenants sollicités varient d'un pays à l'autre, et au sein du même pays d'un établissement à l'autre. L'éducation à la santé en milieu universitaires peut apparaître comme un moment régulièrement inscrit dans l'emploi du temps ou intégré dans certaines disciplines comme, par exemple, l'éducation civique et l'éducation physique...etc.

L'environnement universitaire comprend l'environnement physique, c'est-à-dire l'état des édifices et des lieux, l'aménagement de l'espace, les ressources récréatives et sportives et les conditions physiques (qualité de l'air, niveau du bruit), l'environnement social et l'environnement pédagogique, c'est-à-dire le climat, la qualité des relations interpersonnelles, la gestion de la classe, les méthodes pédagogiques et les politiques et règles de l'université.

La qualité de l'environnement universitaire exerce une grande influence sur le succès des programmes de la santé universitaire. Ainsi, dans ce travail, nous nous intéresserons à la situation sanitaire des étudiants dans les milieux universitaires et plus précisément le cas de l'université de Béjaïa. La question de recherche qui en découle est la suivante :

**Est-ce que la situation sanitaire des étudiants de l'université de Béjaïa, permet à ces derniers de produire du bien-être mental, physique et social ?**

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence la situation sanitaire des étudiants dans le cadre d'amélioration et de promotion de la santé et le rôle des intervenants dans le circuit sanitaire universitaire, à savoir les pouvoirs publics, les médecins et les étudiants dans l'incitation à promouvoir la santé des étudiants. Un certain nombre de questions méritent alors une réflexion, à savoir :

- Est-ce que la situation de la prévention dans l'université de Bejaïa permet l'amélioration de l'état de santé des étudiants ?
- Est-ce que la situation sanitaire des étudiants de l'université de Bejaïa a une tendance à promouvoir leurs études supérieures ?

Pour répondre à ces interrogations, nous pouvons avancer quelques hypothèses, à savoir :

- L'action préventive dans les milieux universitaires reste toujours insuffisante.
- La production du savoir intellectuel peut avoir une relation directe avec l'état de santé des étudiants.

Dans ce travail, nous avons tenté de suivre la démarche méthodologique suivante :

D'abord, une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects théoriques, le rôle de l'éducation à la santé et notamment l'action préventive et celui de la santé et le travail. La bibliothèque universitaire visitée est celle de l'université de Bejaïa.

Outre la recherche documentaire et la collecte de données sur le thème et dans le but de combler les insuffisances de références bibliographiques et le manque de données disponibles au niveau local, nous allons procéder à une enquête de terrain par questionnaire auprès des étudiants de l'université de Bejaïa.

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction de la documentation et les données disponibles, nous avons structuré notre travail en trois chapitres principaux, présentés comme suite :

Le premier chapitre se basera sur la situation générale de la santé scolaire et universitaire dans le monde.

Le deuxième chapitre mettra en évidence la santé scolaire et universitaire en Algérie.

Le troisième chapitre, consistera à la présentation de l'échantillon de l'enquête, et à l'analyse des résultats collectés auprès des étudiants de l'université de Bejaia.

## **Chapitre I : La Santé Scolaire et Universitaire dans le Monde**

### **Introduction**

La mission première de l'École et de l'université est de transmettre des savoirs. Cependant, parce qu'il existe un lien réel entre santé et apprentissages, parce que les établissements scolaires et universitaires sont fréquentés quotidiennement par tous les enfants et les étudiants, il appartient aussi à l'École et l'université, espaces de socialisation et de pratique de la citoyenneté, de veiller à leur santé et de les aider à adopter des comportements qui préservent celle-ci dans le respect d'eux-mêmes, des autres et de l'environnement.

Santé et éducation sont donc étroitement liées et constituent ensemble le socle sur lequel s'appuie une dynamique de la réussite : l'éducation contribue au maintien de la santé et la santé procure les conditions nécessaires aux apprentissages.

Or la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes, mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. C'est pourquoi l'École et l'université doivent assurer aux élèves et aux étudiants, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé en articulation avec les enseignements.

## **Section I : Aperçu général sur la Santé Scolaire et Universitaire dans le Monde**

En Europe, au XVII<sup>e</sup> Siècle, la protection de la santé de l'enfant se résumait souvent à des initiatives médico-sociales prises par des associations caritatives et philanthropiques, dirigées le plus souvent vers les plus défavorisés. L'école était du ressort des organisations religieuses (l'église).<sup>1</sup>

Avec la séparation de l'Etat et de la religion et en rendant l'école obligatoire, l'Etat est devenu responsable non seulement de l'instruction, mais aussi d'une partie de la santé des enfants.

Dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, la question de la santé a une part importante dans la mission éducative. En effet, la fréquentation généralisée de l'école révèle non seulement la misère dans laquelle vit une partie de la population, mais aussi les dangers qu'ils y a pour les enfants à passer des journées entières dans les lieux souvent insalubres et à subir des rythmes astreignants. Ainsi en 1880, le troisième congrès international sur l'éducation à Bruxelles a fait de la question de l'hygiène à l'école un des principaux sujets de ce congrès.<sup>2</sup>

Aux USA, dès les premières décennies du 19<sup>ème</sup> siècle, des programmes d'hygiène scolaire ont été mis en place pour combattre la propagation des maladies infectieuses et prendre en charge les élèves présentant des maladies graves. A cette époque, pour beaucoup d'enfants, ce service était le seul moyen d'accéder à des soins.

### **1 La santé scolaire et universitaire dans les pays européens**

En Europe, la santé scolaire et universitaire relève de l'Etat, des communautés ou cantons et des municipalités. Il existe différentes stratégies de prise en charge de la santé des enfants et des adolescents scolarisés. Les bilans de santé se réalisent dans tous les pays soit principalement dans les centres de santé avec des équipes non spécifiques pour la santé scolaire soit par des équipes spécifiques en milieux scolaires ou dans les centres de soins. Les médecins et infirmières sont les principaux concernés.

#### **1.1 En France**

En France, la médecine scolaire a été évoquée en 1973 par Lakanal, homme politique membre de la convention nationale, qui présente un projet de loi sur l'instruction civique et spécifie que des officiers de santé visiteront au cours des quatre saisons de l'année les élèves des écoles nationales et leur indiqueront en général et en particulier les règles les plus propres à fortifier leur santé.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>Ould-Metidji T : Santé Scolaire dans le monde : évolution et résultats, In actes et conclusions du séminaire atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 Avril 1991, p.21.

<sup>2</sup>Etudes thématiques : santé et nutrition en milieu scolaire, In forum mondial sur l'éducation, l'éducation pour tous-bilan à l'an 2000, Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000, P.15.

<sup>3</sup>Rognon E. : Entre éducation et médiation : le rôle des infirmières scolaires dans la prévention de la violence, DEA d'éthique médicale et biologique, Université René Descartes (Paris V), 2001, p.18.

Par la circulaire du 24 juin 1991, portant sur les missions et fonctionnements du service de promotion de la santé en faveur des élèves, le service de santé scolaire charge de dénomination et devient le service de promotion de la santé en faveur des élèves<sup>4</sup>. Ce dernier est chargé non seulement de la surveillance de l'état de santé des élèves (prévention, dépistage précoce), mais aussi de la promotion de la santé physique et mentale de tous les jeunes scolarisés en vue de contribuer à leur bon équilibre et à leur épanouissement, et d'assurer leur bonne insertion dans l'école.

Par le décret du 10 Octobre 1991, tout le personnel des services de santé scolaire (y compris les médecins et les secrétaires) sont gérés par le ministère de l'Éducation nationale.<sup>5</sup> Un corps des médecins de l'éducation nationale est créé par le décret du 27 novembre 1991. Ces derniers sont recrutés par voie de concours national. Les lauréats des concours bénéficient d'une formation spécialisée d'un an à l'école nationale de santé publique avec notamment la formation aux méthodes et techniques de dépistage des troubles d'apprentissage, la formation en santé publique et en épidémiologie.

Des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ont été mis en place par la circulaire du 1 Juillet 1998 portant sur la prévention des conduites à risque et la mise en place des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté<sup>6</sup>.

En 2001, les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves ainsi que les missions dévolues aux médecins et aux infirmières de l'éducation nationale sont redéfinies par la circulaire n° 2001-012 du 12/12/2001, portant sur les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, la circulaire n° 2001-013 du 12/12/2001, portant sur les missions des médecins de l'éducation nationale et la circulaire n° 2001-014, portant sur les missions des infirmières de l'éducation nationale, respectivement.

La circulaire du 8 septembre 2003 relative au projet d'accueil individualisé permet aux enfants atteints de maladies chroniques de prendre leur traitement à l'école et d'y avoir les soins et les aménagements nécessités par leur état de santé.

La loi du 11 février 2005 et ses décrets apportent des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des élèves handicapés et le 4 avril 2008 une nouvelle circulaire fait de la scolarisation des élèves atteints de handicaps une priorité.

Le rattachement de la médecine scolaire alternativement au ministère de la Santé et à l'éducation nationale montre les oscillations entre le pôle de soin et le pôle médico-social. Le regroupement en 1991 au sein de l'éducation nationale atteste des choix qui ont été faits : l'action médico éducatrice et l'action sociale, c'est-à-dire la prévention. Ainsi, le service de promotion de la santé des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller au bien-être

---

<sup>4</sup>Circulaire du 24/06/91 Portant sur les missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves.

<sup>5</sup>Décret du 10/10/91 portant sur la gestion de tous les personnels des Services de santé scolaire par le ministère de l'éducation nationale.

<sup>6</sup>Circulaire n° 98-108 du 1 juillet 1998 portant sur la prévention des conduites à risque et comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

des élèves, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité.

## **1.2 En Pologne**

En Pologne, jusqu'en 1998, on pouvait trouver un médecin, un dentiste et une infirmière hygiéniste dans les établissements scolaires. La réforme du système de santé de 1999 a induit un certain nombre de changements concernant la prise en charge de la santé des jeunes à l'école. Un fonds national de santé (FNS), responsable des programmes de santé, a été créé.<sup>7</sup>

Le FNS passe un contrat avec les écoles pour la mise en place de ces programmes. Ce programme consiste dans le financement d'un poste d'infirmière dans les établissements depuis 2003 avec une mission liée à la prévention. La prise en charge de l'enfant est assurée par le médecin de la famille dans son cabinet. Il peut arriver que les médecins des centres santé publique soient envoyés pour des actions ponctuelles dans les écoles pour des contrôles de vaccination ou des examens de santé. Les missions du service de santé scolaire sont des missions centrées sur les bilans de santé, la vaccination et l'éducation à la santé.

Pour autant, le FNS n'est pas le seul acteur responsable de la santé des jeunes à l'école, le ministère de l'Éducation a aussi une responsabilité en termes d'éducation pour la santé. En 1999 est aussi intervenue une grande réforme de l'éducation qui prévoit un développement de l'éducation la santé. Chaque école doit préparer 2 documents : l'un concernant un programme d'éducation à la vie citoyenne et l'autre concernant un programme de prévention dans une perspective citoyenne (santé, mais aussi écologie, médias, etc.).

## **1.3 Au Danemark**

Au Danemark, l'organisation de la santé scolaire est décentralisée. Le système de santé scolaire est basé sur la loi de 1996 qui confie directement aux municipalités, la responsabilité des mesures de prévention et de promotion de la santé pour les enfants et les adolescents.<sup>8</sup>

L'autorité nationale de santé formule les principales directives et définit le cadre législatif de l'exercice de santé scolaire, mais les municipalités définissent, chacune, leurs priorités et leur propre programme. Il existe donc des spécificités locales.

Les services de santé dans les écoles au Danemark reposent sur l'activité en première ligne, des infirmières scolaires présentent dans les établissements et elles sont secondées par des médecins ou d'autres professionnels des services municipaux, qui interviennent seulement de façon ponctuelle dans les écoles.

L'office national de la santé a mis au point un manuel de santé scolaire qui a été publié en novembre 2005. Il est destiné aux médecins des écoles et infirmiers chargés des soins primaires. Il existe une coopération interdisciplinaire entre le personnel de santé

---

<sup>7</sup>Pommier J., Jourdan D. : la santé à l'école dans les pays européens, Ed. Sudel, Paris, novembre 2007, P37.

<sup>8</sup> Idem, P35.

(infirmière/médecin), les enseignants, les psychologues, les travailleurs sociaux, la police et autre, dans les écoles et la municipalité.

#### **1.4 Au Portugal**

Au Portugal, le ministère de la santé à un département de santé scolaire qui définit le programme de santé scolaire et une division de l'éducation à la santé qui fixe les orientations d'éducatons à la santé et met en place des programmes nationaux. Le ministère de l'Éducation prend l'initiative de la mise en œuvre d'autres programmes d'éducation à la santé dans les écoles. Les deux ministères s'accordent pour promouvoir les actions d'éducation à la santé dans les écoles, avec la signature commune d'un protocole de santé scolaire le 7 Février 2006.<sup>9</sup>Au niveau local, la santé des jeunes scolarisés est prise en charge par les infirmières et les médecins des centres de santé primaires. Les consultations se font sur place, mais le personnel peut être amené à se déplacer pour des actions ponctuelles en éducation à la santé ou autres activités de promotion de la santé. Les missions de ces centres sont de délivrer des soins primaires et de mettre en œuvre les projets et les activités de promotion de la santé en partenariat avec les écoles, les municipalités, les organisations non gouvernementales, etc.

#### **1.5 En Suisse**

En Suisse, l'organisation du service de santé scolaire est décentralisée, la constitution fédérale reconnaît aux cantons des compétences en santé publique. Au niveau national, l'office fédéral de santé publique n'a qu'un pouvoir décisionnel limité. Son rôle est d'assurer la coordination des différentes activités sanitaires des cantons et de promouvoir des projets cantonaux innovateurs. Ainsi, la structure et le fonctionnement de la médecine scolaire en suisse présentent une grande hétérogénéité. Les différences principales portent sur le type d'attache institutionnelle (éducation ou santé), la présence ou l'absence d'une équipe de santé scolaire, le statut des médecins scolaires (fonctionnarisés ou pratique privée), etc.

Dans le canton du Jura, la médecine scolaire a été réformée, on parle désormais de « services de santé scolaire ». Il s'agit d'un modèle fondé sur l'existence d'une équipe de santé scolaire comprenant infirmières, médiateurs, animateurs de santé et médecins. L'apparition de la fonction d'infirmière scolaire est une grande nouveauté dans ce système. Elles interviennent portant, en première ligne. Le médecin scolaire a plusieurs rôles, mais il intervient en 2<sup>ème</sup> ligne. Des enseignants motivés sont désignés et formés pour jouer le rôle de médiateur, d'animateur de santé, de relais de prévention. Parmi les médecins scolaires, le gouvernement nomme un médecin délégué. Il pour mission générale de coordonner les activités des médecins scolaires. Il existe également une infirmière déléguée qui assume les mêmes missions les infirmières scolaires. L'objectif du service de santé scolaire est de protéger, maintenir et promouvoir la santé des enfants et des adolescents. Les contrôles somatiques ne sont plus systématiques et passent au second plan en faveur d'un travail de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Les priorités sont l'interdisciplinarité et le travail en réseau. Il a été créé un forum de santé scolaire. Il comporte trois types de membres, selon leur degré d'implication : l'équipe de terrain (médecin, infirmière et médiateur), les membres permanents (directeur, enseignant, psychologue, représentant des parents d'élèves et élèves

---

<sup>9</sup> Ibid, P38.

eux-mêmes) et les membres invités. Le forum est un lieu d'échange et de coordination entre les acteurs dont l'objectif est d'appuyer l'équipe de terrain, de garantir la cohérence des activités proposées et de se mettre en accord sur une définition des priorités.

Pour le canton de Fribourg, le service de médecine scolaire existe seulement dans la ville de Fribourg. Le personnel comprend le médecin cantonal, le médecin cantonal adjoint, une collaboratrice administrative, deux secrétaires à temps partiel et 3 infirmières. En dehors de la ville, il n'y a pas de service. Seuls des médecins sont engagés de façon contractuelle par des communes pour intervenir dans les écoles. Sur le préavis du service du médecin cantonal, la direction propose aux autorités scolaires des médecins scolaires. Par la suite, les autorités scolaires informent sans délai la direction de leur choix et en informe la direction de l'instruction publique, le service de santé publique et la commune. Il n'existe pas d'équipe de santé scolaire et les infirmières n'interviennent pas sauf, cas exceptionnel, quand il en est fait la demande par le médecin.

### **1-6 En Belgique**

Deux modes d'organisation de l'enseignement cohabitent en Belgique : l'enseignement organisé par l'Etat et l'enseignement organisé par des pouvoirs organisateurs qui peuvent être des provinces, des communes, des personnes morales ou de confession (écoles libres, communales, provinciales).

Dans le premier type d'enseignement, les écoles sont financées et gérées par l'état et le personnel est un personnel fonctionnarisé. Il y a peu d'écoles dans ce cas. Dans le deuxième type d'enseignement, les écoles sont financées et gérées par les pouvoirs organisateurs et reçoivent des subventions de l'Etat qui rémunère les enseignants.

La médecine scolaire en Belgique est organisée par les communautés. Pour l'enseignement subventionné par l'Etat, les services de promotion de la santé à l'école (PSE) et les centres psycho-médico-sociaux sont deux services différents, autonomes, appelés à collaborer. Les services PSE dépendent du ministère de la santé. Pour ce qui est de l'enseignement organisé par l'Etat, un seul service existe : le centre psycho médico-social (CPMS) qui remplit et assure les fonctions des services PSE et CPMS. La fusion entre CPMS et service PSE est, ici, effective. Ces équipes dépendent du ministère de l'Éducation.<sup>10</sup>

### **1.7 En Espagne**

En Espagne, au niveau national, l'institut national de santé (Insalud) veille à la promotion de la santé et la prévention des maladies, à la protection sanitaire de la population, à l'égalité des conditions d'accès aux soins et à la protection maternelle et infantile. Au niveau régional, les 17 communautés autonomes peuvent assurer les compétences en matière de la promotion de la santé. Au niveau local, les aires de santé (composées de plusieurs centres de santé primaires) délivrent les soins de santé primaires et soins spécialisés. Les acteurs des centres de santé primaires sont des médecins généralistes, infirmières, pédiatres, assistantes sociales, dentistes et autres spécialistes médicaux.

---

<sup>10</sup> Ibid, P41.



Depuis la création de la sécurité sociale, il n'existe plus des services de médecine scolaire dans tout le pays. La prise en charge de la santé des jeunes scolarisés est désormais exclusivement de la responsabilité des services de soins communautaires. Toutefois, dans le cadre du programme « Santé à l'école » élaboré en 2005, les infirmières interviennent dans les lycées pour essentiellement des actions de prévention et d'éducation à la santé. L'équipe des centres de santé primaires doit travailler, en particulier, en étroite collaboration avec les cabinets psychopédagogiques qui comprend un psychologue, un pédagogue et parfois un assistant social. Dans les grandes villes ou dans les centres éducatifs avec un nombre d'élèves important, ces professionnels sont attachés à plein temps dans un centre éducatif.

## **2 La santé scolaire et universitaire en Amérique latine et les Caraïbes**

Les programmes de santé scolaire dans les pays d'Amérique latine et les caraïbes se caractérisent par une forte tendance à la concentration des efforts dans l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement de l'environnement, la transmission des maladies transmissibles et la réalisation périodique et systématique d'exams médicaux ou de dépistage.

Les programmes de santé scolaire relèvent de la responsabilité exclusive du secteur de la santé. Ils reflètent les priorités des administrations centrales ou des bailleurs de fonds, bien plus que les vrais besoins ou attentes des communautés éducatives.<sup>11</sup> Les écoles sont considérées comme des cibles passives (populations captives) des actions du secteur de la santé, ni les membres de la propre communauté éducative, ni les équipes locales de santé, ni les autres membres de la communauté en générale n'avaient une quelconque influence sur les décisions touchant au contenu ou aux objectifs de telles interventions. L'éducation pour la santé qui, d'une manière ou d'une autre, a toujours fait partie des programmes de santé dans les écoles, se caractérise fondamentalement par la transmission didactique d'informations sur des thèmes isolés (en générale concernant des maladies spécifiques ou les aspects physiques de la santé).

## **3 La santé scolaire et universitaire dans les pays africains et asiatiques**

Selon la disponibilité de la documentation relative à la santé scolaire dans les pays africains et asiatiques, nous avons choisi d'exposer le cas de la Tunisie, du Mali et du Liban.

### **3.1 En Tunisie**

La direction de la médecine scolaire et universitaire a été créée en 1981. Elle est intégrée au service de soins et de santé de base. Ses activités sont définies officiellement par un calendrier national des activités médico scolaires.<sup>12</sup>

Des unités régionales de médecine scolaire et universitaire sont créées au niveau des services régionaux de soins de santé de base avec un médecin coordinateur régional à mi-temps et un surveillant régional scolaire à plein temps.

---

<sup>11</sup> Organisation panaméricaine de la santé : Ecoles promotrices de la santé-renforcement de l'initiative régionale, mai 2003, p 9.

<sup>12</sup> Mahjoub-Zarrouk A. : La santé scolaire et universitaire en Tunisie, ministère de la santé publique, Tunis, p.43.

Les centres de santé de base affectent une équipe de santé scolaire (un médecin et un paramédical) pour un ensemble d'établissements scolaires selon les normes de répartition (en 1998, la norme était de un médecin pour 6 établissements scolaires, soit un médecin pour 10000 élèves et une infirmière pour 4 établissements, soit une infirmière pour 4000 élèves).

L'équipe de santé scolaire assure des examens de dépistage systématique. Le premier examen systématique a lieu en préscolaire au niveau des centres de santé de base. Les enfants doivent être accompagnés de leurs parents. Un deuxième examen est fait en première année primaire, puis en 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année. De plus, un calendrier de vaccination scolaire officielle complète le PEV par des rappels tous les 5 à 6 ans par le DT.BCG – Polio - Rougeole. En outre, l'équipe de santé scolaire assure la surveillance de l'hygiène et de la sécurité des établissements scolaires (les locaux d'enseignements, de restauration et d'hébergement, la qualité des aliments et des menus, la santé du personnel manipulateur des denrées alimentaires, avec bilan biologique au début de chaque année et chaque fois que nécessaire).

L'éducation à la santé est aussi un axe de la santé scolaire en Tunisie avec son intégration aux cursus de formations scolaires dans les différents programmes, en plus de la célébration de journées nationales, maghrébines et mondiales de la santé. En outre, des séances d'éducation à la santé sont organisées par les équipes de santé scolaire à l'occasion des visites médico-scolaires. Des clubs santé sont également créés dans les établissements scolaires depuis 1990.

Parallèlement à ces composantes, la santé scolaire en Tunisie s'appuie sur différents programmes spécifiques de santé en milieu scolaire<sup>13</sup> :

Le programme national de dépistage et de prise en charge de dépistage et de prise en charge des troubles de réfraction basé sur une fiche technique et des moyens de diagnostic standardisés et un programme d'octroi gratuit de lunettes optiques aux élèves indigents,

Le programme national de dépistage et de prise en charge des déficits auditifs axés sur les premières années à l'école de base, la première année anticipée, la première année de base, les redoublants du premier cycle de base,

Le programme national de bucco-dentaire qui comporte le dépistage des caries et des parodontopathies avec une prise en charge gratuite des caries dentaires et une large composante d'éducation à la santé.

Le programme national de santé des adolescents avec quatre composantes : la santé physique (évolution de la puberté, croissance), la santé mentale et les comportements (conduites à risque), la santé reproductive (éducation pour la santé, cellules d'informations et de conseil en santé sexuelle et reproductive, consultation d'adolescenlologie), et l'éducation à la santé (club de santé, éducation par les pairs.....),

Le programme national de santé mentale en milieu scolaire avec trois composantes essentielles : les cellules d'écoutes et de conseil (il s'agit de permanences médicales en sus des visites classiques durant lesquelles le médecin reste à la disposition des élèves et des

---

<sup>13</sup> Opcit, p.48.

étudiants pour les informer et éventuellement les conseillers), les consultations de psychologie et psychiatrie, ainsi que l'examen et le suivi des redoublants

Le programme d'action sociale en milieu scolaire : il s'agit d'un programme piloté par le ministère des Affaires sociales, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé publique. Ses objectifs sont de lutter contre l'abandon scolaire et de prolonger au maximum la scolarisation (6 à 16 ans), aider, dans une approche multidisciplinaire l'institution scolaire à accomplir sa mission d'enseignement, d'éducation et de socialisation, favoriser l'ouverture de l'école sur l'environnement extérieur, aider la famille à encadrer son enfant scolarisé et prévenir la délinquance à travers la réduction de l'échec et de l'abandon scolaire.

### **3.2 La santé scolaire au Mali**

Durant l'aire coloniale, la politique de santé scolaire au mali était destinée à la fois aux enfants scolarisés et aux enfants non scolarisés en cas d'épidémies. Un service médical des écoles a été créé au cours de l'année 1955-1956. Il avait pour rôle de visiter et de traiter les élèves internes des établissements du second degré de Bamako, de vacciner tous les élèves des écoles du premier et second degré établies sur le territoire de la commune de Bamako, ainsi que d'étudier l'incidence des grandes endémies tropicales sur les écoles en procédant à des enquêtes épidémiologiques.<sup>14</sup>

Après l'indépendance la politique de santé scolaire a été soutenue par la création d'une inspection médico scolaire au niveau national et par des infirmiers au niveau des écoles. Cette inspection prendra par la suite le nom du centre de médecine scolaire et sportive qui est la structure d'application de la division de la médecine scolaire et sportive. Ce dernier a été doté de moyens humains et matériels suffisants pour mener à bien sa mission qui est à la fois curative et préventive.

Suite à la mise en place du programme d'ajustement structurel, les contraintes financières imposées ont entraîné des restrictions budgétaires et en 1990, le centre de médecine scolaire et sportive avait été supprimé par décret, coupant ainsi les écoles des facilités d'accès aux services médicaux, ce qui a presque remis en cause la prise en charge des élèves. Toutes fois, ce dernier a continué, en dépit de cet état de fait, à assurer le service minimal dominé par les tâches administratives au détriment de celles techniques.

Les actions pratiques de santé scolaire au Mali sont développées par diverses institutions. Les services étatiques jouent le rôle de planification. Les organisations internationales (l'OMS, l'UNICEF, la banque mondiale qui intervient surtout dans la santé communautaire) appuient dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes sectoriels en apportant des ressources humaines, financières et/ou matérielles. A côté de ces intervenants, des organisations non gouvernementales internationales et nationales interviennent également dans le but de promouvoir la santé dans les écoles. Parmi les programmes et les projets pilotes mis en place par ces dernières, on trouve<sup>15</sup>:

---

<sup>14</sup> Diawara A. : Analyse Documentaire sur la santé scolaire au Mali, ministère de la santé, octobre 2000, p.12.

<sup>15</sup> Idem, p.16.

Le programme de santé scolaire de Save the Children/USA : Save the Children/USA est l'organisation la plus avancée en termes d'expériences pratiques et par les contenus de son programme dans le domaine de la santé scolaire. Ce programme comporte plusieurs volets : études préliminaires sur la situation sanitaire et l'état nutritionnel des élèves, construction ou amélioration des infrastructures d'hygiène et d'assainissement dans les écoles, formation des enseignants, des comités de gestion des écoles et des infirmières en hygiène scolaire, distribution de micronutriments ( fer, iode et vitamine A), déparasitage de tous les enfants, y compris non scolarisée, création de clubs santé scolaires pour impliquer les communautés dans la programmation et la gestion des activités dans le but de renforcer la reproduction et la durabilité du programme, etc.

Le programme santé scolaire de HKI : ce programme est centré sur la lutte contre le trachome. HKI a choisi deux régions touchées par cette maladie. Il s'agit des zones des cercles de Kita et Bougouni. Pour la mise en œuvre du programme, HKI a procédé d'abord à une étude documentaire pour connaître la prévalence du trachome dans les différentes régions, selon les résultats de cette étude, elle a choisi les zones di Kita où le taux de prévalence du trachome est très élevé et Bougouni où le taux est moyen.

### **3.3 La santé scolaire au Liban**

La loi de 1983 divise le Liban en plusieurs régions sanitaires. Une région regroupe une population d'environ 200 000 habitants. Dans une région sanitaire, un centre de soin de santé primaire est établi pour chaque 30 000 habitants. Parmi les services offerts théoriquement par le CSSP figurent la santé scolaire et l'éducation sanitaire. En pratique, il n'y a pas d'intervention en matière de santé scolaire par manque d'organisation<sup>16</sup>.

En 1993, un comité de santé scolaire a été créé au Liban. Ce dernier a pour fonction de mettre au point un programme de santé scolaire. Il réunit des représentants des ministères de la Santé, de l'Éducation et des Affaires sociales, des parents d'élèves et de l'UNICEF.

En 1996, ce comité est remplacé par un comité national permanent pour la santé scolaire qui réunit en plus de son prédécesseur, des représentants du ministère de l'Environnement, de l'université libanaise, des ONG, du secteur scolaire privé, de l'ordre des médecins et de la société de pédiatrie de l'OMS et de l'UNISCO. Ses fonctions demeurent les mêmes, s'y rajoutent une mission d'évaluation du programme<sup>17</sup>.

Les activités en santé scolaire consistent en l'examen médical à l'entrée scolaire avec contrôle de l'état vaccinal et de l'absence de maladies contagieuses ou dangereuses pour la santé publique ainsi que la distribution d'un modèle unifié du dossier médical de l'élève aux écoles publiques et privées. Ce dossier comporte deux parties : la première partie renseigne sur les antécédents personnels et familiaux et l'état vaccinal de l'élève, la deuxième comportent les résultats des avis médicaux et la surveillance des courbes de croissance staturo-pondérale. De plus, un projet d'éducation sanitaire a été élaboré par le ministère de l'Éducation et l'UNICEF

---

<sup>16</sup> El Hajj I. : La santé en milieu d'enseignement scolaire, Universitaire et technique : état des lieux au Liban, ministère de la santé publique, p.62.

<sup>17</sup> Idem.

en 1981. De 1981 à 1995 il y eut plusieurs initiatives : la création d'une unité d'éducation sanitaire au ministère de l'Éducation, la création d'une nouvelle matière d'enseignement (édition de manuels pour le cycle primaire) et la formation de 1350 enseignants en éducation à la santé. Depuis l'année scolaire 1995-1996, l'éducation sanitaire est intégrée dans plusieurs disciplines (langues, sciences, etc.).

## **Section II : Les approches globales de promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire**

En vue d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire, des approches globales de promotion de la santé à l'école ont été proposées par différents organismes internationaux ou nationaux. Ces approches globales permettent d'agir sur les déterminants individuels et sociaux de la santé des jeunes et sur la réussite éducative, et ce, à partir de l'école. Ce type d'approche requiert des changements substantiels dans la façon dont les écoles et leur personnel pratiquent la santé en milieu scolaire, soit le passage de pratiques axées sur des modèles d'éducation à la santé en classe à l'adoption d'une approche globale et intégrée de la promotion de la santé qui vise les comportements et attitudes des jeunes et leur environnement.

Les approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire sont maintenant répandues internationalement et elles ont des appellations diverses. Elles ont évolué au cours des années et diffèrent légèrement selon les continents. Toutes fois, en dépit de leurs différences, toutes ces stratégies ont en commun une approche globale de l'école. Elles reconnaissent le fait que tous les aspects de la vie de la communauté scolaire jouent un rôle important dans la promotion de la santé. Ces différentes approches peuvent être regroupées en trois grandes approches, à savoir :

### **1 Le Health Promoting School (Les écoles Promotrices de Santé)**

L'Organisation mondiale de la santé définit le Health Promoting School (HPS) comme un milieu où tous les membres de la communauté scolaire travaillent ensemble pour offrir aux élèves un cadre et une expérience enrichissante afin de promouvoir et maintenir leur santé. Ceci inclut un curriculum formel et informel en santé, la création d'un environnement scolaire sain et sécuritaire, la prestation de services appropriés ainsi que l'implication de la famille et de la communauté aux efforts de promotion de la santé<sup>18</sup>.

Le HPS repose sur une conception sociale et globale de la santé, considérant que les facteurs personnels, les caractéristiques sociales globales (niveau socioéconomique, ethnie, pays, etc.) et proximales (environnement familial, école, travail, communauté, etc.) agissent sur la santé d'un individu. Ainsi, le HPS cible les déterminants sociaux de la santé plutôt que seulement les caractéristiques individuelles. Il vise six domaines d'interventions :

---

<sup>18</sup> Institut national de santé publique du Québec : recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, janvier 2011, p.8.

Les politiques scolaires de santé : elles visent les pratiques de promotion de la santé et du bien-être, comme les politiques contre l'intimidation, les politiques sur l'alimentation saine, etc.

L'environnement physique de l'école : comprend les installations les équipements et les terrains de l'école qui favorisent l'activité physique, la saine alimentation et l'apprentissage des élèves.

L'environnement social de l'école : réfère à la qualité des relations entre les acteurs de l'école (personnel et élèves) et à la création de relations positives entre tous les intervenants clés de la communauté éducative.

Les compétences en matière de santé développées à travers le curriculum : elles touchent aux activités du curriculum formel (programme de formation) et informel (hors programme) qui permettent aux élèves d'acquérir des connaissances, habiletés et expériences en fonction de leur âge. A partir de celles-ci, ils peuvent construire des compétences d'action destinées à améliorer leur réussite scolaire, leur bien-être et leur santé de même que celle des membres de leur communauté.

Les liens entre l'école et la communauté : concernant les relations entre l'école et la famille des élèves et celles entre l'école et les différents groupes ou organismes de la communauté. La consultation et la participation de l'ensemble ces acteurs renforcent la capacité de l'école à devenir un milieu promoteur de santé en plus d'offrir aux élèves et au personnel de l'école du soutien pour leurs actions.

Les services de santé à l'école : regroupent les services locaux et régionaux en milieu scolaire ayant la responsabilité de promouvoir la santé des élèves et de leur fournir des soins de santé. Ces services touchent également les élèves ayant des besoins sociaux.

Le HPS est répondu principalement en Europe, en Australie, à Hong Kong, à la République démocratique populaire de Laos, en Nouvelle-Zélande, à Zhejiang et au Québec.

Les domaines d'intervention du HPS sont regroupés de manières diverses et leur nombre varie en fonction du pays où est implanté le HPS. Ainsi, à Hong Kong et à Zhejiang en Chine, les six (6) domaines d'intervention sont repris intégralement. Au Norvège, le HPS comprend 5 des 6 domaines d'intervention précédents. L'environnement physique et l'environnement social sont regroupés sous l'expression « environnement scolaire » alors que le domaine de la collaboration-école-famille-communauté est scindé en deux, soit la collaboration avec les parents et la collaboration avec la communauté. Le HPS de la République démocratique populaire du Laos comporte cinq domaines d'intervention et exclut les politiques scolaires, celle-ci étant ingérée dans le domaine des services de santé et de nutrition. De plus, pour répondre aux besoins de la communauté, le HPS laotien cible la prévention et le contrôle des maladies communes.

L'approche-école en santé (AES) au Québec représente une variante du HPS. Cette initiative a été offerte à toutes les écoles québécoises à partir de 2004. L'AES propose d'intervenir de façon globale et concentrée en promotion et en prévention à partir de l'école. Cela se concrétise par un ensemble d'actions déployées de façon cohérente par les divers acteurs et partenaires de l'école préoccupés par la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes.

L'AES permet de déployer des actions de promotion de la santé qui touchent les jeunes, l'école, la famille et la communauté. Elle cible divers facteurs clés relatifs aux individus, dont : l'estime de soi, les compétences sociales, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, l'environnement scolaire, familial et communautaire et les services préventifs<sup>19</sup>.

En Europe, un réseau européen des écoles promotrices de santé a été créé en 1991. Après une phase première d'expérimentation, il s'est développé dans de nombreux pays d'Europe. Le réseau constitue un projet conjoint du bureau régional de l'OMS pour l'Europe, du conseil de l'Europe et de la commission européenne. Ses principaux objectifs sont faire inscrire l'éducation sanitaire au programme de toutes les classes des Etats membres, d'encourager la coopération entre ces Etats et de faire largement connaître les résultats de projets qui démontrent l'applicabilité de telle ou telle intervention dans les conditions de programme. Chaque Etat membre participant s'engage à favoriser la coopération intersectorielle entre les autorités éducatives et sanitaires de la santé, à désigner un coordinateur national et à créer un centre national chargé de soutenir les activités en faveur du développement des écoles santé. L'accent est mis sur les dimensions psychologiques et sociales de la santé, sur l'amélioration de l'estime de soi, des compétences et du bien-être des élèves et sur le bien-être des équipes éducatives, ainsi que les liens entre l'école et la communauté<sup>20</sup>.

43 pays étaient impliqués dans le réseau. Chacun d'entre eux avait son propre réseau, constitué d'un nombre d'écoles pilotes suffisamment limité pour en permettre la bonne gestion. Pour l'Union européenne, le nombre d'écoles appartenant au réseau variait, selon les pays, de 2 (Pays-Bas) à 85 (Espagne)<sup>21</sup>.

Dans quelques pays (Belgique francophone, Norvège, Grèce) le réseau est bien défini et tend s'étendre alors qu'il existe peu d'initiatives de promotion de la santé (à l'école) en dehors du réseau. Dans d'autres pays, telle la Finlande, l'approche s'est développée parallèlement dans et hors du réseau européen.

## **2 Le Healthy School (HS)**

Cette approche est répandue en Grande Bretagne. Tout comme l'approche-école en santé (AES), le concept du Healthy School (HS) s'inspire fortement de celui de Health Promoting School (HPS), car le HS soutient l'idée que l'école a le potentiel d'offrir un environnement favorable à la santé et au bien-être des jeunes, en agissant avec l'ensemble de la communauté éducative sur le curriculum, l'environnement scolaire et les liens entre l'école, la famille et la communauté.

Pour soutenir le HS et s'assurer que la promotion de la santé en milieu scolaire bénéficie de l'apport des secteurs de la santé et de l'éducation, le National Healthy School Program (NHPS) a été lancé en Grande-Bretagne en octobre 1999. Il est géré conjointement par le

---

<sup>19</sup> Association québécoise d'établissements de santé et de service sociaux : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes, 2005, p.23.

<sup>20</sup> Pirad A-M : Promotion de la santé à l'école, Ed. Labor, 2003, P.35.

<sup>21</sup> Opcit, p.7.

département de la santé et le département de l'éducation. Il a pour objectifs de soutenir les jeunes dans le développement de comportements de santé, aider à la réussite éducative des élèves, aider à réduire les inégalités de santé, aider à promouvoir l'inclusion sociale et bonifier le travail de collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation<sup>22</sup>.

Le NHPS requiert que les écoles utilisent une approche milieu impliquant toute la communauté éducative et comprenant 10 composantes : le leadership et la gestion du changement, l'élaboration de politiques, la planification du curriculum et le travail avec les organismes de la communauté, l'enseignement et l'apprentissage, la culture de l'école et l'environnement, la participation des enfants et des jeunes, l'offre de services de soutien pour les enfants et les jeunes, le développement professionnel continu sur la santé et le bien-être pour les employés, le partenariat avec les parents et la communauté locale et l'évaluation des résultats scolaires des enfants et des jeunes.

Pour être certifiées Healthy School, les écoles doivent répondre à certains critères au regard de quatre thèmes clés de santé qui sont interdépendants et interreliés. Ces quatre thèmes sont :

La formation personnelle et sociale et l'éducation à la santé, incluant l'éducation à la sexualité, aux relations interpersonnelles et ce qui a trait à la consommation de substances,

L'alimentation saine,

L'activité physique,

La santé émotionnelle et le bien-être (incluant la prévention et l'intimidation).

### **3 Le Coordinated School Health Program (CSHP)**

Le Coordinated School Health Program (CSHP) se définit comme un ensemble de stratégies, d'activités et de services intégrés, planifiés, successifs et affiliés à l'école, visant à promouvoir le développement physique, émotionnel, social et cognitif de l'élève. Le programme implique et soutient les familles. Il est également élaboré par la communauté locale à partir des besoins, ressources, normes et exigences du milieu. Le programme est coordonné par une équipe multidisciplinaire qui est responsable, face à la communauté, de sa qualité et de son efficacité.

Principalement répandue aux Etats-Unis et au Canada, le CSHP est une approche qui vise la santé et la réussite éducative des élèves. Il compte huit domaines d'intervention<sup>23</sup>:

L'éducation à la santé : réfère à un programme scolaire (curriculum) planifié et séquentiel qui vise les dimensions physique, mentale, émotionnelle et sociale de la santé. Ce programme permet aux élèves de développer et d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habilités liées à la santé.

---

<sup>22</sup> Opcit, p13.

<sup>23</sup> Veugelers P.J., Schwartz M.E. : Approche globale de la santé en milieu scolaire au Canada, Revue canadienne de santé publique, volume 101, Supplément 2, Juillet/Août 2010, p.5-8.



Les services de santé : ciblent l'amélioration, la protection et la promotion de la santé des élèves.

Les services alimentaires : concernant l'accès à une variété de mets nutritifs qui répondent aux besoins de santé des élèves.

Les services psychologiques : sont offerts pour améliorer la santé mentale des élèves. Ils incluent des interventions de groupe ou individuelles.

L'environnement scolaire : il a trait à l'aspect physique de l'école (édifice, terrain, installations, bruits, éclairages, etc.), au climat et à la culture de l'école.

La promotion de la santé du personnel : correspond aux activités destinées à améliorer leur santé et leurs habitudes de vie.

L'implication de la famille et de la communauté : permet de soutenir les efforts de l'école en matière de santé.

L'éducation physique.

### **SECTION III : L'éducation à la Santé en Milieu Scolaire et Universitaire**

Tout comme la santé, l'éducation à ou pour la santé<sup>24</sup> se définit de multiples façon, selon les époques et les auteurs.

#### **1 L'évolution historique de l'éducation à la santé**

La première moitié du XXème siècle est marquée par le développement des principaux outils de prévention et d'éducation pour la santé<sup>25</sup>. Cette période se caractérise par l'expansion de l'approche hygiéniste née au XIXème siècle<sup>26</sup>. A cette époque-la les maladies infectieuses provoquaient beaucoup d'absentéisme au travail et représentaient un problème économique majeur. L'industrialisation et l'urbanisation des pays occidentaux et, en premier lieu, de la Grande-Bretagne ont amené à mettre en évidence, dès le milieu du XVIIIème siècle, l'influence des conditions d'hygiène et de vie comme déterminants des maladies contagieuses.

A la suite de la seconde guerre mondiale, la médecine fait des progrès importants dans les domaines de la prévention, du dépistage et du traitement de la maladie. Le modèle biomédical

---

<sup>24</sup> Les acteurs du système éducatif utilisent plutôt l'expression « éducation à la santé », par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement. L'emploi de la préposition « à » met l'accent sur la dimension éducative de cette mission. En revanche, Les professionnels de santé, en référence à la santé comme une dynamique d'adaptation permanente, s'attachent à une « éducation pour la santé » comme un moyen d'entretenir cette dynamique. Cependant cette distinction n'existe qu'en français, car en anglais n'existe que l'expression « health education ».

<sup>25</sup> Dans ce travail, on utilisera indifféremment les expressions « éducation à la santé » et « éducation pour la santé ».

<sup>26</sup> San Marco J.L et Lamoureux P. : « Prévention et promotion de la santé », In traité de santé publique, Ed. Flammarion SA, 2007, p.194.

de la santé reste dominant : la maladie est organique, concerne l'individu et peut être empêchée par l'adoption de bons comportements. L'éducation à la santé se doit donc d'informer la population sur les causes des pathologies et sur les moyens de les éviter.

Dans les années 1970, l'individu est pris dans sa globalité, on se réfère dorénavant à la définition de la santé donnée par l'OMS en 1946. L'apport de l'épidémiologie permet l'approche de la santé par la notion de risque, on évite donc la maladie en luttant contre les facteurs de risque, et la nécessité d'adopter les comportements adéquats reste toujours une préoccupation de l'éducation à la santé. Les thèmes les plus abordés sont alors : le tabac, l'alcool, l'éducation sexuelle et l'hygiène. Ce pendant, les approches pédagogiques tendent à changer, elles restent centrées sur le savoir à transmettre, mais utilisent des méthodes participatives et actives visant le développement de la responsabilité individuelle<sup>27</sup>.

Dans les années 1980, l'épidémie du SIDA donne à la prévention et à l'éducation à la santé une légitimité nouvelle en l'absence de solutions thérapeutiques efficaces. L'accent est délibérément mis sur les habitudes, les styles et les modes de vie en tant que comportements individuels. En plus de la consommation des substances psychoactives (tabac, alcool, autres drogues...etc.), la liste des comportements à risque s'étend jusqu'à des domaines aussi intimes que les pratiques sexuelles<sup>28</sup>. Dès lors, l'éducation à la santé est investie de la fonction d'éclairer, par moment d'alerter ou d'attirer l'attention des individus, afin que leurs comportements ne soient pas trop dommageables pour leur santé. Ainsi, l'éducation à la santé vise le changement des comportements (modifier, influencer, faire évoluer, faire adopter,...etc.) en recourant à des stratégies plus ou moins explicites (l'appel à la raison, parfois l'humour, ainsi qu'un recours récurrent aux stratégies de la menace et de la peur).

Dans le contexte de la promotion de la santé où la santé est définie comme la capacité d'adaptation permanente à son environnement, l'éducation pour la santé n'a plus pour objectif de changer les comportements, mais d'accompagner des individus considérés comme auteur et acteur de leur santé, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent. En d'autres termes, l'éducation pour la santé n'a pas pour finalité de faire baisser la prévalence d'un comportement, mais bien de permettre l'émergence du sujet, c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre<sup>29</sup>.

L'Organisation mondiale de la santé définit l'éducation pour la santé comme visant non seulement la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et de comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé, mais

---

<sup>27</sup> San Marco J.L et Lamoureux P. : « Prévention et promotion de la santé », In traité de santé publique, Ed. Flammarion SA, 2007, p.194.

<sup>28</sup> Lamour P. et Brixi O. : « éducation pour la santé entre conceptions dominantes et nouvelles approches », In traité de santé publique, Ed. Flammarion SA, 2007, p203.

<sup>29</sup> Jourdan D, Berger D. : « De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé », In la santé de l'homme, 2005, p.17.

également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé<sup>30</sup>.

L'éducation à la santé intervient en amont et en aval de la maladie ou de l'accident de santé. On distingue trois catégories d'éducation pour la santé : primaires, secondaires et tertiaire (sur le modèle de la catégorisation de la prévention).

L'éducation primaire est toute action éducative visant à renforcer l'état de santé. L'éducation secondaire consiste en des mesures éducatives visant à éviter l'accident de santé ou, dans le cas où il est intervenu, à restaurer le plus rapidement possible un nouvel état de santé. L'éducation tertiaire étant toute intervention éducative visant à faire vivre au mieux les séquelles de l'accident. Les actions en milieu scolaire correspondent au niveau primaire, voire secondaire ; l'éducation thérapeutique du patient<sup>31</sup> se situe essentiellement au niveau tertiaire.

En éducation pour la santé, nous travaillons principalement sur la prévention primaire bien que nous puissions parfois jouer un rôle au niveau de la prévention secondaire.

L'éducation pour la santé se centre sur l'individu alors que la promotion de la santé se centre sur les individus en interaction avec leur environnement. Ainsi, la notion de groupe et d'approche communautaire de la santé est introduite. L'éducation pour la santé y est une des stratégies importantes et vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé. Les autres stratégies sont : la réorientation des services d'action sanitaire et médicale (soins de santé primaire) vers la détection (examen de santé), le dépistage, la protection (vaccination) ; l'action environnementale (mesures de protection et de modification de l'environnement) ; l'apport communautaire (participation et ressource) ; les mesures légales (règlement et lois en faveur de la santé).

## **2 Modèles d'éducation à la santé**

Les modèles théoriques en éducation à la santé sont nombreux. Chacun d'eux est caractérisé par une orientation qui dépend étroitement de la définition de l'éducation et de celle de la santé préalablement adoptée.

Selon Deccache A. et Mermans P., le croisement des modèles de santé et d'éducation fournit quatre types possibles d'éducation pour la santé présentés dans le tableau ci-après :

---

<sup>30</sup> Glossaire de la promotion de la santé, OMS, 1999, p5.

<sup>31</sup> L'éducation thérapeutique du patient peut être définie comme l'aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leurs état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie. L'éducation thérapeutique diffère de l'éducation pour la santé dans la mesure où l'apprentissage du patient intéresse la maladie, le corps, la chronicité, la mort et engage des réaménagements psychologiques et identitaires.

**Tableau n° 1 :** Les différents types d'éducation pour la santé selon Deccache A. et Mermans P.

| Modèle d'éducation                                 | Modèles de santé                               |   |
|--|--|---|
|  | Biomédical                                     | Biopsychosocial   |
| Logique d'enseignement (fondée sur l'enseignement) | Type 1 :<br>Enseignement des savoirs médicaux. | Type 2 :<br>Enseignement de savoirs de la santé à la fois physique, mentale et sociale. |
| Logique d'apprentissage (fondée sur l'apprenant)   | Type 3 :<br>Apprentissage de savoirs médicaux. | Type 4 :<br>Apprentissage de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale.   |

**Source :** Deccache A., Mermans P. : « l'éducation pour la santé des patients au carrefour de la médecine et des sciences humaines ». In Sandrin-Berthon B. :« L'éducation pour la santé au secours de la médecine », Ed PUF, p.147.

**Type 1 : enseignement de savoirs médicaux :** La santé étant considérée ici comme l'absence de maladie, l'éducation correspond à l'enseignement de la prévention, et plus particulièrement des comportements susceptibles d'empêcher les risques, l'apparition des problèmes et des complications. Les sujets d'enseignement sont définis en relation avec les risques considérés par des experts médicaux et une relation causale entre un comportement et un problème de santé y est établie. L'éducation pour la santé se fonde sur une bonne connaissance des risques et des conséquences possibles et favorise la pédagogie de la peur.

**Type 2 : Enseignement de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale**

Ce type d'éducation pour la santé se différencie du précédent par l'inclusion d'aspects non médicaux. Ses référents sont autant la santé que la maladie et le risque, et les déterminants psychologiques et sociaux y sont pris en compte. L'éducation pour la santé consiste encore à enseigner les comportements de santé ou de prévention adéquats, en étendant à tous les aspects de la santé (par exemple, connaissance des risques, mais aussi de leurs déterminants psychologiques et sociaux). Les savoirs à transmettre restent prédéfinis, mais par des experts travaillant en complémentarité, ajoutant à la médecine et l'épidémiologie des disciplines telles que la psychologie médicale ou la médecine sociale. L'éducateur est un enseignant, un expert maîtrisant plusieurs disciplines.

**Type 3 : Apprentissage des savoirs médicaux**

Plus rare, ce type d'éducation pour la santé s'élabore autour d'un apprentissage participatif, dans lequel les apprenants contribuent à leur propre formation, notamment en définissant eux-

mêmes leurs objectifs et moyens d'apprendre. La maladie, les complications et le risque en sont les objets principaux, et le choix des apprenants est limité, de manière libre ou imposée, à la prévention primaire, secondaire ou tertiaire. L'éducateur est encore un expert, qui définit le champ d'intérêt, mais aussi un facilitateur, un animateur capable de s'adapter, dans les limites de son expertise, aux attentes et choix des apprenants. C'est le cas par exemple d'un programme de prévention du sida, qui, tout en restant centré sur le problème de santé, peut être orienté selon les intérêts du public sur les aspects liés à la transmission ou sur les risques, les possibilités de prévention, les représentations de la maladie...etc.

#### **Type 4 : Apprentissage de savoirs de santé physique, mentale et sociale**

L'éducation pour la santé revêt ici sa forme la plus ouverte, puisque fondée à la fois sur une vision globale de la santé et de la maladie et sur une logique éducative de type apprentissage. Elle permet aux personnes concernées de se centrer sur les questions de prévention des risques, si elles le jugent utile, et de prendre le cas échéant du recul pour considérer leur santé dans ses dimensions subjectives et globales. La participation occupe une place majeure dans ce type d'éducation pour la santé. Elle se définit à la fois comme la possibilité, pour le public concerné, de décider du sujet, même et souvent en dehors du champ et des questions apportés par l'éducateur. Ce dernier a un rôle de personne ressource, de facilitateur et en tous cas d'aide à l'empowerment du public.

A coté de ces quartes modèles présentés par Deccache A. et Mermans P, un autre modèle où la santé est définie comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » et où l'éducation est inscrite dans une logique d'apprentissage peut être également présenté. Ce modèle dépasse le développement personnel pour questionner les rapports permanents de l'Homme à son environnement et interroger son degré de liberté au sein du groupe social. L'éducateur part d'où sont les personnes, du point de vue cognitif, émotionnel et social. Il a une fonction d'accompagnement dans une démarche qui part de l'émergence d'attentes individuelles motivant des demandes gérées collectivement. Le concept d'empowerment employé aujourd'hui de manière extensive s'inscrit dans ce modèle.

L'empowerment renvoie au développement du pouvoir d'agir. Il repose sur deux notions fondamentales : la rationalité et la liberté de choix (de comportement). Il vise, d'une part, l'acquisition de pouvoir par un sujet et des groupes sociaux à travers l'optimisation de leurs savoirs et compétences, et, d'autre part, la connaissance et l'exercice effectif de ce pouvoir. Les stratégies construites sur le concept d'empowerment ont pour objectif d'entraîner le sujet à maîtriser les situations dans lesquelles il peut se trouver, à maîtriser son environnement, et donc à devenir autonome.

### **3 L'évolution de l'éducation à la santé en milieu scolaire**

Le milieu scolaire peut jouer un rôle considérable sur la détermination des comportements de santé et sur l'état de santé des jeunes et futures adultes en raison de la longueur du cursus scolaire des enfants, du fait que l'enfant soit à un stade important de son développement

personnel, et en raison de l'opportunité fournie par le milieu scolaire de mettre en œuvre un ensemble d'approches pédagogiques et de la présence d'une équipe éducative entraînée<sup>32</sup>.

En outre, l'enfance et l'adolescence sont les périodes de l'existence auxquelles chacun est généralement le plus réceptif aux apprentissages, donc des âges de la vie privilégiée pour mettre en place des actions de prévention et des programmes d'éducation à la santé. On part de l'idée qu'il est plus facile de faire acquérir des comportements sains à l'enfant que de changer des habitudes nuisibles à la santé chez l'adulte<sup>33</sup>.

A la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, l'éducation à la santé à l'école se faisait par les leçons de morale. A l'époque, les maladies infectieuses sont nombreuses et les médicaments efficaces pour lutter contre les microbes restent à découvrir<sup>34</sup>. On enseigne donc dans les écoles les principes d'hygiène qui permettent de lutter contre ce fléau. L'alcoolisme lui aussi fait des ravages, l'antialcoolisme était alors inscrit dans les programmes scolaires dès la fin du XIXe siècle. De plus, nombre d'adultes étant illettrés, on compte sur les enfants pour transmettre aux familles les consignes d'hygiène et de santé apprises à l'école.

A partir de la seconde guerre mondiale, le modèle biomédical de la santé, qui est à son apogée, assimile le corps à une machine qu'il faut apprendre à entretenir pour qu'elle fonctionne le mieux et le plus longtemps possible. L'école enseigne alors aux enfants le moyen de garder leur corps en bon état de fonctionnement. On pense qu'il suffit de savoir et de comprendre qu'un comportement nuit à la santé pour être capable d'y renoncer.

Pendant les années 1970, on prend de plus en plus nettement conscience d'une part des limites d'une approche exclusivement organique de la santé et d'autre part des limites de méthodes pédagogiques centrées sur le savoir à transmettre. A cette époque, on commence à mettre l'accent sur la prise en compte de l'être humain dans sa globalité<sup>35</sup>. L'éducation à la santé à l'école doit aborder des aspects diversifiés de la santé (ses dimensions physiques, mentale, émotionnelle et sociale). Les thèmes abordés portent alors sur la croissance et le développement, la nutrition, l'exercice physique, les relations humaines, la santé familiale, la sécurité, la réduction du stress, la sexualité, la prévention des maladies, les risques liés à la consommation excessive de substances, dont la toxicité, sont démontrés (tabac, alcool, drogues), les aspects environnementaux.....etc.

Au cours des années 80 des méthodes axées sur le savoir-faire et les compétences de la vie courante ont été développées. L'éducation à la santé cherche à faire acquérir par les élèves les compétences nécessaires pour prendre les décisions les plus appropriées en matière de santé et pour agir en conséquence. L'OMS définit en 1993 les compétences psychosociales comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie

---

<sup>32</sup> Green J., Tones K., Manderscheid J-C. : « Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école », In revue Française de Pédagogie, n° 114, janvier –février-Mars 1995, p.103.

<sup>33</sup> Fellah L. : « Etudes exploratoire du système de prévention algérien : déterminisme et problématique», thèse pour le doctorat d'université ES sciences économiques Montesquieu-Bordeaux IV, 1998, p.235.

<sup>34</sup> Pirad A.-M. : « Promotion de la santé à l'école », Ed. Labor, 2003, p.21.

<sup>35</sup> Idem. P.22.

quotidienne. Ces compétences sont au nombre de dix : savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions, avoir une pensée créative, avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles, avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress et savoir gérer ses émotions. L'éducation s'intéresse donc au sujet, à ses comportements, ses attitudes, ses motivations, son effet.

Beaucoup de pays (par exemple, le Zimbabwe, le Cameroun, la Colombie, le Costa Rica) ont ainsi mis en place des projets d'éducation sanitaire axés sur les savoir-faire. L'Ouganda a lancé une initiative de santé scolaire globale très bien planifiée. Outre la création au niveau du district d'un réseau d'éducateurs de santé destiné à des activités d'éducation sanitaires, l'éducation à la santé axée sur les savoir-faire a été intégrée au curriculum des sciences de Base et introduite dans les examens. En Septembre 1999, l'organisation panaméricaine de la santé a organisé une conférence avec les pays d'Amérique latine et des Caraïbes pour planifier le renforcement d'une éducation sanitaire axée sur les savoirs faire dans la région<sup>36</sup>.

Tandis que plusieurs méthodes axées sur les savoir-faire et les compétences de la vie courante ont été développées au cours des années 80, la méthode d'enseignement dominante est restée le cours didactique. En effet, l'information est nécessaire, mais ne suffit pas. L'amélioration des connaissances est plus facile et plus rapide que celle des comportements, mais ne conduit pas nécessairement à des changements de comportements. Les méthodes d'enseignement qui ont la plus grande probabilité de modifier les comportements liés à la santé des élèves sont celles qui font appel à l'interactivité ou aux apprentissages expérientiels. Les méthodes fondées sur l'expérimentation (par élève) permettent d'intégrer cet apprentissage dans le vécu passé et futur de l'élève. Les méthodes d'apprentissage actif impliquent les élèves à participer dans le processus d'apprentissage, et dans le choix des thèmes et des sujets de santé à aborder<sup>37</sup>. L'approche l'enfant pour l'enfant par exemple, initiée à Londres, se centre sur la formation d'enfants plus âgés pour qu'ils fassent passer des messages sur la santé à leurs frères et sœurs plus jeunes par le biais de méthodes interactives. Cette approche donne aux jeunes un rôle actif de formateur.

Les méthodes utilisées en éducation à la santé, les formes de l'enseignement et les intervenants sollicités varient d'un pays à l'autre, et au sein du même pays d'un établissement à l'autre. L'éducation à la santé peut apparaître comme un moment régulièrement inscrit dans l'emploi du temps ou intégré dans certaines disciplines comme, par exemple, les sciences de la vie et de la terre, l'éducation civique, l'éducation physique...etc. Elle prend aussi des formes variées : participation à des groupes de parole autour d'un professionnel (médecin par exemple), réalisation de documentaires, d'exposition et de cassettes de vidéo, création et mise en scène de sketches ou de théâtre-forum...etc.

---

<sup>36</sup> Etudes thématiques : « santé et nutrition en milieu scolaire », In forum mondial sur l'éducation - l'éducation pour tous bilan à l'an 2000, Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000, p.28.

<sup>37</sup> Idem, p.18.

Comme toute éducation, l'éducation à la santé à l'école est l'affaire de tous les membres de l'équipe éducative. Les enseignants et les conseillers d'éducation y ont une place stratégique, car ils sont les premiers au contact des jeunes. Les médecins et les infirmières de santé scolaire, les assistantes sociales, les psychologues scolaires...etc. Ont aussi un rôle à jouer. L'éducation pour la santé fait l'objet d'une formation définie dans de nombreux pays (USA, Royaume-Unis, Pays-Bas, Espagne, Belgique), tant pour les enseignants que pour les professionnels de santé. Les établissements font également appel à des personnels d'autres services publics (gendarmes, magistrats, universitaires), à des bénévoles, membres d'association...etc. La qualité des outils pédagogiques et l'existence de partenariats avec les parents et les communautés locales sont également très importantes.

### **Conclusion**

Les facteurs déterminants de la santé des élèves et des étudiants tiennent autant à des conditions biologiques et physiologiques qu'à leur environnement physique, socio-éducatif, culturel et relationnel. Si l'école n'agit pas sur tous les déterminants de la santé, elle est en interaction avec la majorité d'entre eux. Son action passe à la fois via les enseignements dispensés et la vie dans l'établissement.

Une population importante d'enfants et d'adolescents fréquente le milieu scolaire. Ce dernier constitue pour eux un lieu de socialisation et de changement. L'action préventive est aisée du fait du regroupement d'un grand nombre d'enfants et de jeunes. Cette action préventive est nécessaire du fait même de ces regroupements qui favorisent la transmission de certaines maladies. Elle s'adresse à des tranches d'âge ou le dépistage de certaines affections et déficiences est important.

Les activités de santé scolaire se ressemblent d'un pays à l'autre, nous trouverons généralement des visites médicales ou des bilans (faits annuellement ou limités à des âges clés de l'enfance (entrée à l'école, âge pubertaire, 15 ans, et au changement de cycle scolaire, dans certains pays ces bilans sont effectués à un âge plus précoce (2-4 ans)), les vaccinations, l'éducation pour la santé, l'hygiène des locaux et la prise en charge des maladies dépistés.

L'approche de la santé à l'école a considérablement évolué, d'un modèle biomédical basé sur les bilans de santé, les dépistages, les vaccinations et une éducation à la santé axée sur des programmes scientifiques, la santé à l'école propose désormais une approche positive de la santé considérant l'élève dans sa globalité.

Concernant l'éducation pour la santé, l'école est reconnue comme le lieu d'intervention privilégié. En effet, l'école permet d'atteindre la très grande majorité d'une classe d'âge. Les jeunes y représentent une population captive facile à informer dans le cadre des programmes d'enseignements.

Traditionnellement, l'éducation pour la santé consistait en des interventions éducatives qui visaient à apporter des informations et à inciter les individus à adopter des attitudes et des comportements favorables à leur santé dans un objectif de prévention. Actuellement, l'éducation pour la santé est plus souvent considérée comme un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions de développement de leurs capacités, valorisant leur autonomie et leur responsabilité, ceci dans un but de promotion de la santé.



## **Chapitre II : La santé Scolaire et Universitaire en Algérie**

### **Introduction**

L'âge et l'importance de la population du milieu scolaire et universitaire nécessitent une attention particulière et une action prioritaire pour la protection et la promotion de la santé de cette tranche de population et à travers elle de l'ensemble de la population.

Les activités de protection de la santé de l'élève en milieu scolaire et de l'étudiant en milieu universitaire sont définies par un programme national relevant du ministère de la santé publique, en impliquant la participation du ministère de l'éducation national, du ministère de l'Enseignement supérieur, et du ministère de l'Intérieur et des collectivités locales.

La santé scolaire et universitaire ont été instituées, car il est important de veiller sur la santé des élèves et des étudiants à cause de leur regroupement qui s'il favorise certaines maladies qui peuvent prendre une allure épidémique facilite également l'action préventive et surtout l'éducation pour la santé et la promotion de celle-ci, car l'élève et/ou l'étudiant véhiculent également auprès de sa famille et de son entourage les messages et acquisitions comportementales pour une santé optimale.

La santé scolaire telle qu'elle est conçue aujourd'hui a connu plusieurs étapes qui ont contribué chacune, un peu plus, à son processus de maturation pour arriver à un consensus autour de son objectif, à savoir : « Fournir à l'enfant et à l'adolescent un ensemble de prestations sur les plans préventif, curatif et éducatif afin de leur assurer un développement harmonieux physique, mental, intellectuel et social ».

Au niveau des universités et des résidences universitaires, nous trouvons les Unités de Médecines préventives. Elles ont pour mission la prévention et l'éducation sanitaire en milieu universitaire à visée préventive des étudiants. Les nouveaux étudiants inscrits en 1<sup>ère</sup> année doivent se présenter début septembre de chaque année à l'U.M.P. muni de leur quitus pour prendre un rendez-vous pour leur visite médicale d'admission obligatoire.

## **Section I : Evolution Historique de la Santé Scolaire et Universitaire en Algérie**

Dans cette section nous allons présenter l'évolution historique de la santé scolaire en Algérie en remontant à l'ère coloniale qui a donné l'empreinte à l'organisation sanitaire dans notre pays.

### **1 La santé Scolaire et Universitaire en Algérie durant l'ère coloniale**

Le développement de l'école et de l'hygiène scolaire en Algérie durant l'ère coloniale répondait aux besoins de la colonisation de peuplement. Ils étaient limités aux zones d'implantations des populations européennes.

Le décret impérial de 1855 instituant l'inspection médicale scolaire en métropole ne fut suivi d'application pour la ville d'Alger qu'en 1872. L'exécution aux autres villes d'Algérie avait été lente et inégale<sup>38</sup>.

En 1944, une direction de l'hygiène scolaire fut créée à Alger. A la fin de la seconde guerre mondiale, la situation sanitaire est déplorable : la malnutrition et les maladies transmissibles sont fréquentes, la tuberculose est en pleine extension. On ressent le besoin de protéger une population particulièrement exposée : enfants sous-alimentés et carencés. Il est ainsi décidé d'élargir la pratique de la médecine scolaire dans toute la France et aux zones d'implantation des populations européennes en Algérie en créant le service national d'hygiène scolaire et universitaire par le décret du 18 octobre 1954<sup>39</sup>.

Un service de santé scolaire différent de l'hygiène scolaire des métropoles fut proposé au niveau de l'académie d'Alger en 1955. Le service de santé scolaire qui est une conception beaucoup plus large que l'hygiène scolaire concerne aussi bien la médecine préventive, le dépistage et la prévention, mais aussi la médecine curative<sup>40</sup>.

### **2. L'évolution de la santé scolaire et Universitaire en Algérie de l'indépendance à 1994**

Dans ce point nous allons présenter l'évolution historique de la santé scolaire de l'indépendance à 1994 ainsi que les principaux indicateurs de la santé scolaire durant cette même période.

---

<sup>38</sup> Ould-Metidji T : Santé scolaire dans le monde : évolution et résultats, In actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 Avril 1991, p.22.

<sup>39</sup> Chikhi S. : La santé scolaire (secteur sanitaire de Birtraria), thèse de doctorat en sciences médicales, Université d'Alger, 2003, p.37.

<sup>40</sup> Kaïd Tlilane N. : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Béjaia. Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université d'Alger, 2003, p.185.

A l'indépendance, l'Algérie maintient le système hérité de la colonisation (même type de structures et d'organisation spécifiques). On comptait alors 82 centres médico scolaires, concentrés dans les grandes et petites villes<sup>41</sup>.

En 1963, le service de l'hygiène scolaire est transféré du ministère de l'Éducation nationale vers le ministère de la Santé (le ministère des Affaires sociales à l'époque) par le décret n° 63-397 du 07 octobre 1963. Avec ce transfert, on opte alors (circulaire du 3 mars 1964) pour l'unification des services de santé, la médecine préventive, et l'extension à toute l'enfance scolarisée<sup>42</sup>.

Les activités d'hygiène scolaire sont des activités préventives et sont donc régies par les textes relatifs à la santé en général et ceux relatifs à la prévention plus particulièrement. Les textes fondamentaux du pays jettent les bases d'hygiène scolaire<sup>43</sup> :

L'hygiène scolaire a été intégrée aux activités de base des centres de santé et polycliniques après la création des secteurs sanitaires en 1981 par le décret n° 81-242 du 5 septembre 1981<sup>44</sup>.

La protection sanitaire en milieu éducatif comprend, en plus de l'hygiène scolaire (activités de protection sanitaire dans les établissements de l'enseignement fondamental et secondaire), la protection sanitaire en milieu universitaire ( les centres, les cités et les restaurants universitaires), la protection sanitaire dans les centres de formation professionnelle et la protection sanitaire dans les centres de vacances du fait des regroupements d'enfants et de jeunes pendant la période estivale, ce qui permet de prolonger l'action menée durant l'année scolaire<sup>45</sup>.

Les travaux des commissions de travail ont abouti à un certain nombre de recommandations :

Un comité interministériel santé-éducation est également proposé au niveau central.

Les conclusions de ce séminaire ont fait l'objet de trois circulaires interministérielles (santé-éducation, collectivités locales) :

Instruction n° 42 du 24 mai 1981 relative à l'établissement et à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de santé en milieu scolaire.

---

<sup>41</sup> Ould-Metidji T : Santé scolaire dans le monde : évolution et résultats, In actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 Avril 1991, p.23.

<sup>42</sup> Idem, p.23.

<sup>43</sup> MSP : Guide à l'usage des personnels chargés de la protection sanitaire en milieu éducatif-Textes fondamentaux, 1989, pp. 27-28.

<sup>44</sup> Semid A. : Evolution de la santé scolaire de 1995 à 2001, In actes et conclusions des assises nationales de la santé scolaire, Safir Hotel Mazafran-Zéralda, les 9 et 10 juillet 2002, p.16.

<sup>45</sup> Dans notre représentation des recommandations et des conclusions de ce séminaire, nous nous intéressons qu'aux aspects qui concernent la protection sanitaire en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n° 00495/C.I.M/MS du 21 novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

Circulaire interministérielle n ° 00005 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.

En 1985, la protection sanitaire en milieu scolaire a été définie par la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé<sup>46</sup> dans son article 77 comme visant la prise en charge de la santé des élèves et des enseignants dans leur milieu éducatif par :

- Le contrôle de l'état de santé de chaque élève, enseignant et de toute autre personne ayant un contact direct ou indirect avec eux.
- Les activités d'éducation sanitaire.
- Le contrôle de l'état de salubrité des locaux et dépendances et tout établissement d'enseignement.
- Les programmes d'éducation pour la santé ont été retenus comme étant la pierre angulaire de la promotion de la santé en milieu scolaire et devant être intégrés à l'enseignement.

Des recommandations formulées par les services de santé non suivis d'effets en matière d'hygiène et d'entretien des établissements scolaires, avec un désengagement de plus prononcé des collectivités locales.

Le 17 mai 1993, un comité national technique de santé scolaire et universitaire (CNTSSU) a été mis en place auprès du ministère de la Santé et de la population, du ministère de l'Éducation nationale, du ministère de l'Intérieur et des collectivités locales, ainsi que les représentants de la fédération nationale des associations des parents d'élèves<sup>47</sup>.

Ce comité a été chargé d'établir un programme national et de proposer des actions à mettre en œuvre pour :

Mener à terme les recommandations du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire (Sidi Fredj 1991).

Élargir les recommandations à la population universitaire.

Mener une réflexion sur la participation communautaire et intersectorielle des différents secteurs concernés par la santé scolaire et universitaire.

---

<sup>46</sup> Cette loi sur la protection et la promotion de la santé consacre six articles (de 77 à 82) aux mesures de protection sanitaires en milieu éducatif.

<sup>47</sup> MSP avec la collaboration du bureau de liaison de l'OMS en Algérie : Cours de santé scolaire : Manuel de base, Ed Journal algérien de médecine, p.16.

## **Section II : La santé Universitaire en Algérie**

Les écoles et les universités sont utilisées, presque partout dans le monde, comme centres d'action pour les programmes de santé destinés aux adolescents. Dans la plupart des pays, la responsabilité des programmes de santé scolaire et universitaire, au même titre que d'autres activités liées à la santé, est essentiellement assumée par le ministère de la santé publique. Ainsi, au Maroc, la Division de la population du ministère coordonne les travaux des services chargés de l'éducation pour la santé et de la santé scolaire et universitaire. Si les dispositions juridiques régissant ces programmes varient selon les pays, les programmes eux-même comportent généralement les trois mêmes activités principales : éducation pour la santé, services de santé et activités apparentées, dont l'éducation physique et le sport à l'école.

### **1 Actualités sur la santé Universitaire en Algérie**

En Algérie, L'éducation pour la santé doit « viser essentiellement à prévenir la maladie et à promouvoir la santé ». La principale fonction des écoles et des universités étant de transmettre des connaissances, il est naturel qu'elles montrent l'exemple, comme c'est le cas dans la plupart des pays, en éduquant les jeunes sur les questions de santé.

Dans le cadre de la loi générale sur la santé, les étudiants sont tenus non seulement passer des visites médicales, mais aussi de suivre des programmes d'éducation pour la santé. Cette disposition offre une possibilité de transmettre une information d'une importance capitale pour la santé pendant l'adolescence (information en matière de nutrition, sur les maladies infectieuses, la régulation de la fécondité, les caractéristiques biologiques et psychosociales de l'adolescence, etc. Bien entendu, l'idéal est que l'éducation sanitaire commence bien avant l'adolescence, ce qui est le cas lorsque l'enseignement est obligatoire.

L'éducation pour la santé devrait en tout état de cause être inscrite dans les programmes scolaires. Plusieurs disciplines se prêtent à l'éducation pour la santé, bien que, dans certains pays, elle fasse l'objet d'un cours distinct, couvrant toutes les questions en rapport avec la santé. Pour agir sur le plan de l'éducation pour la santé, il faut commencer par modifier les programmes scolaires.

Le code de la Santé Publique stipule que le Ministère de la santé publique doit promouvoir la santé par des « activités d'éducation sanitaire organisées à l'intention non seulement des élèves et étudiants, mais aussi des parents et personnel des établissements d'enseignement », soulignant ainsi l'importance d'un large programme d'éducation pour la santé. L'article 123 du Code prévoit que le Ministre de la Santé publique déterminera, avec le ou les ministres compétents, les conditions et modalités d'application des dispositions visées.

Les services de santé scolaire sont le complément indispensable à l'éducation pour la santé. Dans les écoles et les universités, les adolescents constituent un groupe cible important pour les services de santé, aussi bien préventifs que curatifs. Les programmes sont généralement supervisés au niveau primaire par les infirmières scolaires, qui accordent une attention particulière aux questions de santé publique, en insistant sur les soins de santé primaires, et qui sont, dans la plupart des cas épaulés par des médecins.

Les programmes de santé scolaire et universitaire comprennent les visites médicales et les examens dentaires, les vaccinations, le diagnostic et le traitement et les mesures de prévention dans le domaine de la santé et de la sécurité.

L'éducation physique et le sport sont inscrits au programme de nombreuses écoles et universités, car il est également admis qu'ils apportent beaucoup à la santé des adolescents. Le cadre juridique de ces activités est souvent fixé au niveau le plus élevé.

Le code algérien de la santé publique contient les dispositions suivantes :

La pratique de la culture physique doit être régulière, équilibrée, attrayante, adaptée à l'âge, à la constitution physique des jeunes, respectant les contre-indications médicales. Ceux qui participent aux compétitions sportives à caractère intensif et violent pouvant présenter des risques pour la santé sont soumis à un examen d'aptitude préalable et à un contrôle médical-régulier.

Les activités entrant dans le cadre de « l'éducation physique » sont facultatives dans certains pays, obligatoires dans d'autres. De nombreuses écoles secondaires, et même certaines universités, exigent que les élèves ou les étudiants pratiquent de telles activités, pour lesquelles des dispenses sont cependant accordées lorsqu'elles risqueraient de mettre en danger la santé de l'intéressé.

## **2/ Le rôle des Unités de Médecine Préventive (UMP) dans les Universités Algériennes**

U.M.P. ou Unité de Médecine Préventive. Elle a pour mission la prévention et l'éducation sanitaire en milieu universitaire à visée préventive des étudiants. Les nouveaux étudiants inscrits en 1<sup>ère</sup> année doivent se présenter début septembre de chaque année à l'U.M.P. muni de leur quitus pour prendre un rendez-vous pour leur visite médicale d'admission obligatoire.

Les activités de l'U.M.P. sont :

1. Les visites médicales d'admission et systématiques des étudiants ;
2. L'identification et suivi des étudiants présentant une maladie chronique
3. La vaccination des étudiants.
4. Le blocage de l'année universitaire pour les étudiants qui présentent une maladie incompatible avec leurs études
5. Des campagnes d'éducation sanitaire.

Le personnel de santé constitué de médecins, de dentistes et d'infirmiers est disponible durant toute l'année universitaire pour vous écouter, vous informer et vous aider.

### **Conclusion**

Le rôle des écoles et des universités dans l'éducation des adolescents en matière de santé est important. Pour conclure, nous citerons deux des recommandations d'un récent rapport d'un comité d'experts de l'OMS<sup>48</sup> concernant le fonctionnement des programmes scolaires :

---

<sup>48</sup> OMS, Série de rapports techniques, N°609, 1977 (Besoins sanitaires des adolescents : rapport d'un comité OMS d'experts).

- Les services de santé destinés aux adolescents et les programmes de santé scolaire devraient être adaptés aux besoins et aux ressources de chaque pays. Les services de santé devraient mettre l'accent sur l'éducation sanitaire et sur l'adoption d'une attitude positive en matière de promotion sanitaire.
- Les autorités de l'éducation et de la santé devraient collaborer étroitement à la révision des programmes scolaires.

## **CHAPITRE III : ESSAI D'EVALUATION DE LA SITUATION SANITAIRE DES ETUDIANTS DE L'UNIVERSITE DE BEJAIA**

### **Introduction**

Dans nos sociétés, la jeunesse est souvent valorisée et présentée comme un modèle de santé et de vigueur. Dans le même temps, elle fascine et inquiète par sa vulnérabilité et les fragilités de toute nature qu'elle porte et entraîne. Cette ambivalence est bien sûr particulièrement au rendez-vous dans le domaine de la santé.

Les données dont nous disposons concernant la tranche d'âge entre 18 ans et 28ans indiquent, en effet, que la majorité de ces jeunes sont en bonne santé.

Lorsqu'ils évoquent leur santé, ils la jugent eux-mêmes « plutôt bonne » ou « très bonne », ce qui signifie qu'ils se sentent « bien dans leur peau, bien dans leur tête » plutôt qu'exempte de maladie. La notion de « capital santé » reste en effet, dans ces tranches d'âge, un concept vague et lointain.

Leurs représentations de la santé sont souvent globales, liées au style de vie et empreintes d'affectivité.

Voilà pourquoi les actions en direction de la jeunesse nous semblent, aujourd'hui, parmi les plus urgentes à mener.

Nous savons que la notion de souffrance des jeunes est mal précisé et qu'elle est le plus souvent silencieuse. On constate parfois un véritable déni de souffrance de la part de ceux qui la vivent ou un sentiment d'impuissance à trouver les bons aidants.

Il faut donc encourager et favoriser toutes les démarches qui peuvent contribuer à déceler et à cerner cette souffrance et, plus largement, améliorer les connaissances épidémiologiques sur l'état de santé et les besoins des populations jeunes, car la santé des jeunes constitue un enjeu capital de santé publique.

Cependant, si plusieurs études nous renseignent sur l'état de santé des jeunes en général, nous disposons de peu de données sur la population étudiante.

L'objectif principal de notre enquête est de savoir qu'elle est l'état de la situation sanitaire des étudiants de l'université de **Bejaia**.



## **Section I : Présentation de l'Enquête et Dépouillement**

### **1 Présentation de l'Enquête**

Dans cette section, il sera possible de la présentation et de la conception de l'enquête.

L'enquête est portée sur un échantillon aléatoire de 250 étudiants répartis sur les deux campus universitaires de l'université de Béjaia ainsi que les résidences universitaires, la durée de réalisation de l'enquête est de 3 mois (le début de l'enquête a été marquée durant le 1 Décembre 2012 jusqu'au 28 Février 2013).

Le questionnaire élaboré à cet effet comprend les axes suivants :

#### **A / Profil de l'Etudiant**

Comprends deux questions qui s'interrogent sur le sexe et l'âge de l'étudiant.

#### **B/ La Situation des Etudes**

Cet axe comprend 7 questions qui s'interrogent sur année d'étude après le bac, la filière d'études, la satisfaction de choix d'études, l'information sur le choix de l'orientation, la correspondance de contenu de la formation, la sensation au travail demandé et quoi faire l'année prochaine ?

#### **C/ La Situation des Conditions de Vie**

Cet axe comprend 6 questions qui s'interrogent sur l'habitation, la situation des études du fait d'être très loin des parents, exercice de l'activité salariale, la demande de la bourse universitaire, l'obtention de la bourse universitaire et les difficultés financières.

#### **D/ La Situation de la Santé**

Cet axe comprend 18 questions qui s'interrogent sur l'activité physique, l'état de santé, la situation du sommeil, la situation de l'appétit, envisager l'avenir, la gestion du stress, la perte d'intérêt pour la plupart des activités habituelles (au cours des 12 derniers mois et pour une période plus de 15 jours), la perte de confiance en soi-même, le niveau de consommation des médicaments pour les nerfs, des tranquillisants, des antidépresseurs, la prescription médicale des médicaments consommés, la sensation à l'isolation, les victimes de discriminations, les victimes de violences, les sensations au suicides, l'aide de l'entourage, la consultation d'un professionnel de santé au cours des 6 derniers mois, la nature de médecin consulté et la raison de non-consultation d'un professionnel de santé.

#### **E/ La Situation des Consommations**

Cet axe comprend 10 questions qui s'interrogent sur le niveau de consommation des tranquillisants et des antidépresseurs, de tabac, de l'alcool, de Cannabis, de Cocaïne, des produits dopants et d'autres drogues, la consommation du tabac du temps en temps, le nombre de cigarettes fumées par jour et l'avis des fumeurs sur la nouvelle mesure d'interdiction dans les lieux publics.

## **F/La Situation de l'Environnement Sanitaire de l'Université**

Cet axe comprend 4 questions qui s'interrogent sur l'hygiène du milieu d'étude et des cités universitaires, la nutrition alimentaire, la prise en charge des étudiants malades par l'université et les capacités des centres médicaux de répondre aux attentes des étudiants.

## **2 Les Objectifs de l'Enquête**

L'enquête a pour objectif de tenter d'évaluer les situations suivantes :

- La situation des étudiants vis-à-vis leurs études ;
- Les conditions de vie des enquêtés ;
- Le comportement des étudiants vis-à-vis leurs santés ;
- La nature et le degré de différentes consommations ;
- L'avis des étudiants vis-à-vis leurs environnements universitaire ;
- La nature des thèmes de demande de prévention ;

## **3 La Collecte d'Informations et Dépouillement**

La collecte d'information a été accomplie par nous-mêmes aider de quelques étudiants de l'université de Béjaia. Nous avons choisi d'utiliser la méthode d'entretien direct avec le sujet, de façon à éviter toute ambiguïté dans les réponses des enquêtés et de minimiser la perte des questionnaires.

L'enquête a été réalisée pendant la période du 1 Décembre 2012 Jusqu'au 28 Février 2013.

L'enquête a été globalement bien acceptée et bien déroulée puisque seulement 6 % de questionnaires ont été éliminés. Nous avons travaillé sur un échantillon de 250 étudiants sélectionnés de manière aléatoire. Néanmoins, 233 questionnaires ont été complètement et correctement remplis, soit un taux de réponse de 94 %.

La méthode utilisée pour l'analyse des données brutes est celle de l'analyse descriptive qui repose sur le principe de calcul des pourcentages pour chaque résultat partiel et cela en introduisant la règle de trois pour chaque calcul partiel.

## **Section II : Présentation et Analyse des Résultats de l'Enquête**

### **A/ Profil des étudiants**

L'ensemble des personnes enquêtées sont les étudiants de l'université de Béjaia.

#### **1/ L'âge moyen de l'échantillon :**

L'âge moyen de l'échantillon est de  $(5240/233)= 22,48$  ans.

#### **2/ L'âge moyen des hommes :**

L'âge moyen des hommes est de  $(2198/97)= 22,65$  ans.

#### **3/ L'âge moyen des femmes :**

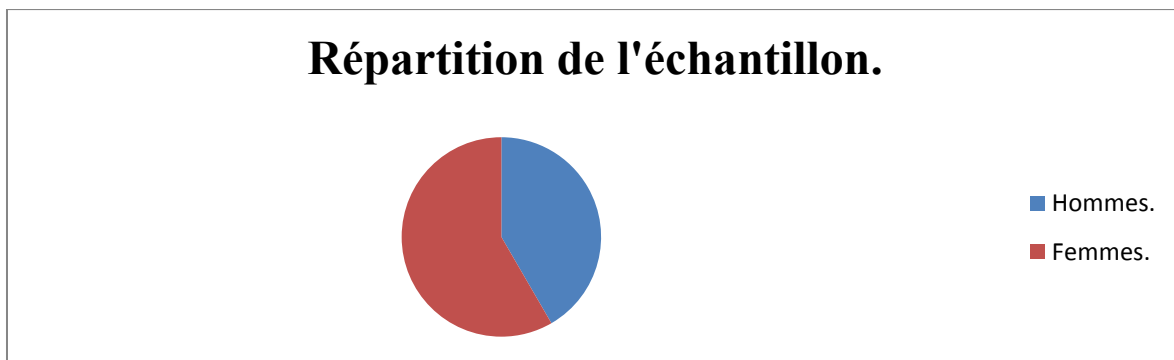
L'âge moyen des femmes est de  $(3042/136)= 22,36$  ans.

### **A.1/ Le sexe**

Nous remarquons que la plupart des étudiants de l'université de Béjaia sont en jeune âge.

Notre échantillon est constitué de 233 enquêtés de l'université de Béjaia (97 Hommes et 136 Femmes). Comme nous montre la figure ci-après :

**Figure N° 1 : Répartition de l'échantillon selon le sexe.**



**Source :** Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

En analysant notre échantillon, nous constatons que le nombre des femmes enquêtés est plus important que le nombre des hommes et cela est dû à l'effectif important des femmes présentes à l'université de Béjaia.

### **A.2/ L'âge**

Notre échantillon se décompose comme suit : La tranche d'âge la plus importante représentée dans l'échantillon est celle de [23, 24 ans], avec un taux de 18,88 %, suivie de la tranche d'âge [24, 25 ans], avec un taux de 14,59%, suivie de la tranche d'âge de [22, 23 ans] avec un taux de 14,59%, suivie de la tranche d'âge [20, 21 ans] avec un taux de 12,44% et la tranche d'âge la moins représentée dans l'échantillon est celle de [28, +29 ans], avec un taux de 1,71%.

**Tableau N° 2 : Répartition de l'échantillon selon le sexe et l'âge**

|                | Homme     | Femme      | Total            |
|----------------|-----------|------------|------------------|
| [18, 19 ans [  | 2         | 4          | 6 (2,57%)        |
| [19, 20 ans [  | 3         | 10         | 13 (5,57%)       |
| [20, 21 ans [  | 14        | 15         | 29 (12,44%)      |
| [21, 22 ans [  | 16        | 17         | 33 (14,16%)      |
| [22, 23 ans [  | 14        | 20         | 34 (14,59%)      |
| [23, 24 ans [  | 14        | 30         | 44 (18,88%)      |
| [24, 25 ans [  | 14        | 20         | 34 (14,59%)      |
| [25, 26 ans [  | 9         | 11         | 20 (8,58%)       |
| [26, 27 ans [  | 4         | 6          | 10 (4,29%)       |
| [27, 28 ans [  | 4         | 2          | 6 (2,57%)        |
| [28, +29 ans [ | 3         | 1          | 4 (1,71%)        |
| <b>Total</b>   | <b>97</b> | <b>136</b> | <b>233(100%)</b> |

**Source :** Tableau réalisé pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

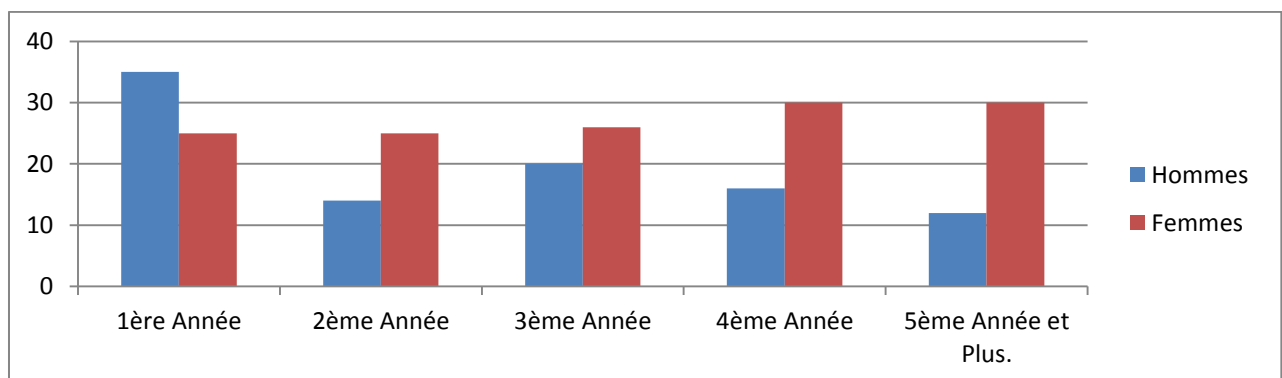
La tranche d'âge la plus important dans notre échantillon est de [23, 24 ans [, cela peut s'expliquer la présence énorme des étudiants âgés entre 23 ans et 24 ans par rapport aux autres âges et la tranche d'âge la moins présente dans notre échantillon est de [28, +29 ans [, et cela peut s'expliquer du fait que la plupart des étudiants quittent l'université avant l'âge de 30 ans.

## **B/ LA SITUATION DES ETUDES**

### **B .1/ Année d'étude**

Selon la figure qui suit : **25,75%** des étudiants enquêtés sont des premières années, **16,37%** sont des deuxièmes années, **19,74%** sont des troisièmes années, **19,74%** sont des quatrièmes années et **18,02%** sont des cinquièmes années et plus.

**Figure N° 2 : Répartition selon le sexe et l'année d'étude**



**Source :** Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

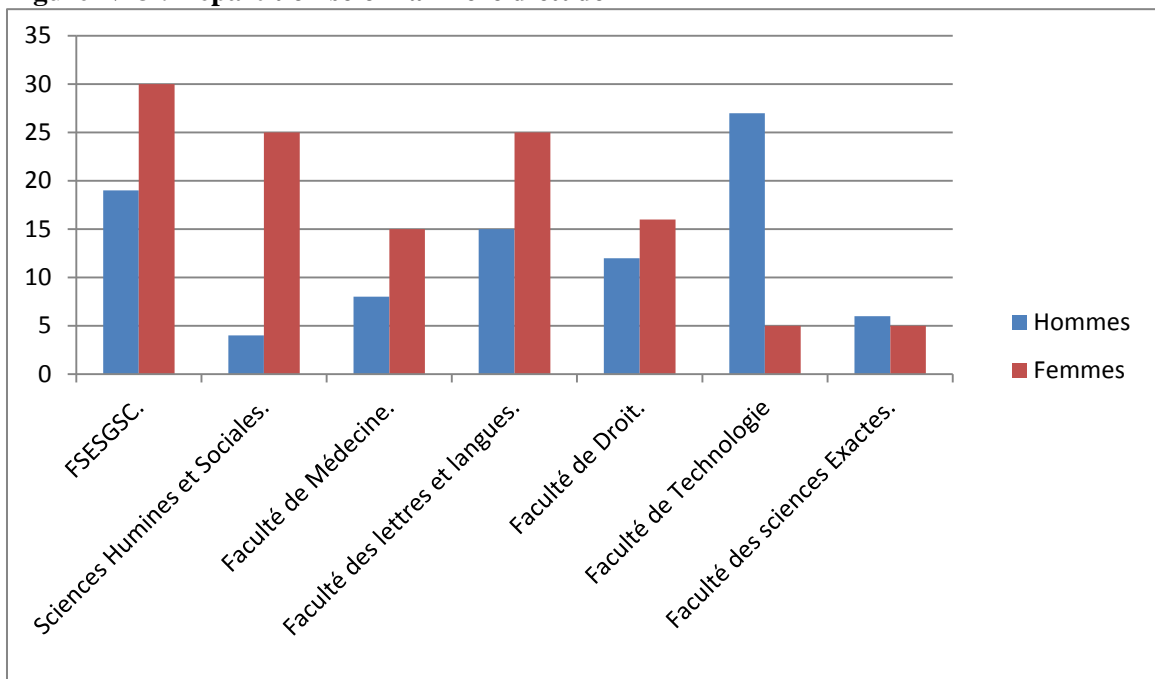
L'effectif des étudiants en 1<sup>ère</sup> année est le plus important à l'université de Béjaia et cela peut s'expliquer par la présence énorme des étudiants en 1<sup>ère</sup> année dans toutes les spécialités confondus.

L'effectif des 2<sup>ème</sup>s, 3<sup>èmes</sup>, 4<sup>èmes</sup>, et 5<sup>èmes</sup> années et plus ont presque les mêmes effectifs et cela peut s'expliquer par la présence équivalente des effectifs des étudiants dans les années d'études après la 1<sup>ère</sup> année universitaire.

### **B.2/ Filière d'études**

**21,03%** des étudiants enquêtés sont de la faculté SEGS, **12,44%** des étudiants enquêtés sont de la faculté des Sciences Humaines et sciences sociales, **9,87%** sont de la faculté de Médecine, **17,16%** Faculté des lettres et langues, **12,01%** sont de la faculté de Droit, **13,73%** sont de la Faculté Technologie, **4,72%** sont de la faculté des sciences exactes, **9,01%** sont de la faculté des sciences de la nature et de vie.

**Figure N° 3 : Répartition selon la filière d'étude**



**Source :** Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

L'effectif des étudiants de la faculté SEGC est le plus important dans notre échantillon et cela peut s'expliquer par le nombre important des étudiants inscrit au sein de cette faculté, par contre l'effectif des étudiants de la faculté des sciences exactes est le moins présent et cela peut s'expliquer par le nombre moyen des étudiants inscrit dans cette faculté.

### **B.3/ Choix d'études**

**71,49%**, des enquêtés déclarent qu'ils sont satisfaits de leurs choix de filières d'études et **28,50%** déclarent qu'ils ne sont pas satisfaits de leurs choix de filière d'études.

**Tableau N° 3 : Répartition selon le sexe et la satisfaction de choix d'études**

|                            | <b>Homme</b>      | <b>Femme</b>      | <b>Totale</b>      |
|----------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Satisfait(e).              | <b>73(32,01%)</b> | <b>90(39,47%)</b> | <b>163(71,49%)</b> |
| Non satisfait(e).          | <b>22(9,64%)</b>  | <b>43(18,85%)</b> | <b>65(28,50%)</b>  |
| <b>Totale des réponses</b> | <b>95</b>         | <b>133</b>        | <b>228(100%)</b>   |
| Sans réponse.              | <b>2</b>          | <b>3</b>          | <b>5</b>           |
| <b>Totale</b>              | <b>97</b>         | <b>136</b>        | <b>233</b>         |

**Source :** Tableau réalisé pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

La majorité des étudiants enquêtés est satisfaite de son choix de filière d'études et cela peut s'expliquer par la bonne orientation des étudiants à l'université de Béjaia. Les explications pour les étudiants non satisfaits de leurs choix d'études sont (insuffisance de la moyenne d'accès pour la spécialité, le nombre de places pédagogiques limité pour certaines spécialités et les mauvaises orientations par rapport à la demande préalable).

#### **C/ La Situation Des Conditions De Vie**

**Tableau N° 4 : Répartition selon le sexe et l'habitation**

|                                 | <b>Homme</b>       | <b>Femme</b>       | <b>Total</b>        |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| <b>Résidence universitaire.</b> | <b>47(20,25 %)</b> | <b>78(33,62 %)</b> | <b>125(53,87 %)</b> |
| <b>Famille</b>                  | <b>49(21,12%)</b>  | <b>54(23,27 %)</b> | <b>103(44,39 %)</b> |
| <b>Foyer</b>                    | <b>1(0,43 %)</b>   | <b>3(1,29 %)</b>   | <b>4(1,72 %)</b>    |
| <b>Indépendant</b>              | <b>0</b>           | <b>0</b>           | <b>0</b>            |
| <b>Total des réponses</b>       | <b>97</b>          | <b>135</b>         | <b>232(100 %)</b>   |
| Sans réponse                    | <b>0</b>           | <b>1</b>           | <b>1</b>            |
| <b>Total</b>                    | <b>97</b>          | <b>136</b>         | <b>233</b>          |

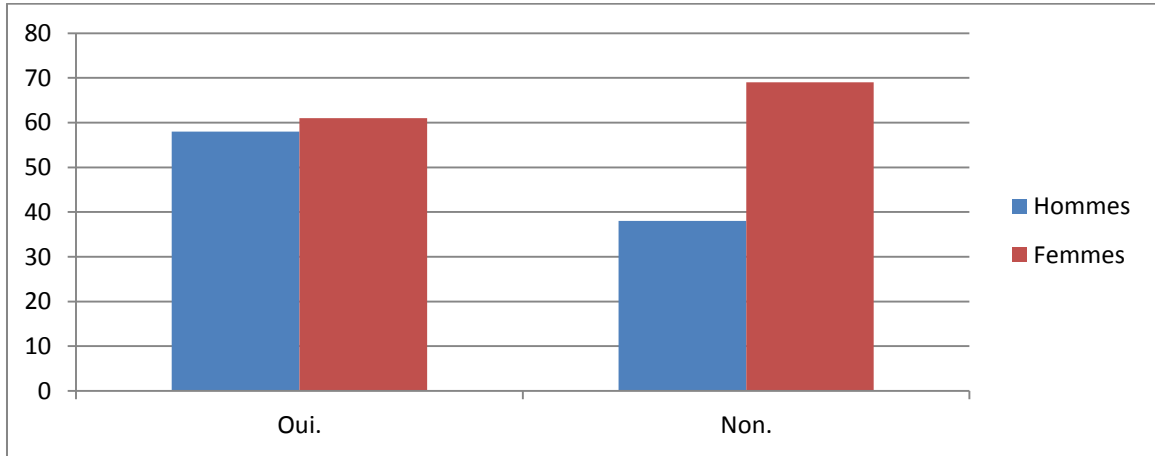
**Source :** Tableau réalisé pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

**53,87 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils habitent **les résidences universitaires** pendant leurs études supérieures, **44,39 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils habitent avec leurs **familles** pendant leurs études supérieures, **1,72 %** déclarent qu'ils habitent **les foyers** pendant leurs études supérieures. **53,87 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils habitent les résidences universitaires et cela nous dira que plus la moitié des étudiants de l'université de Béjaia fréquente les résidences universitaires et cela peut jouer positivement ou négativement sur la situation sanitaire de ces derniers. **44,39 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils habitent avec leurs familles et cela peut nous dire que les étudiants qui habitent avec leurs familles ont les situations favorables aux études par rapport aux résidents.

### C.1/ Difficultés financières

52,65 % des étudiants enquêtés déclarent qu'ils sont en **difficultés financières** et 47,34 % déclarent qu'ils **ne sont pas** en difficultés financières.

Figure N° 4 : Répartition selon le sexe et les difficultés financières



Source : Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

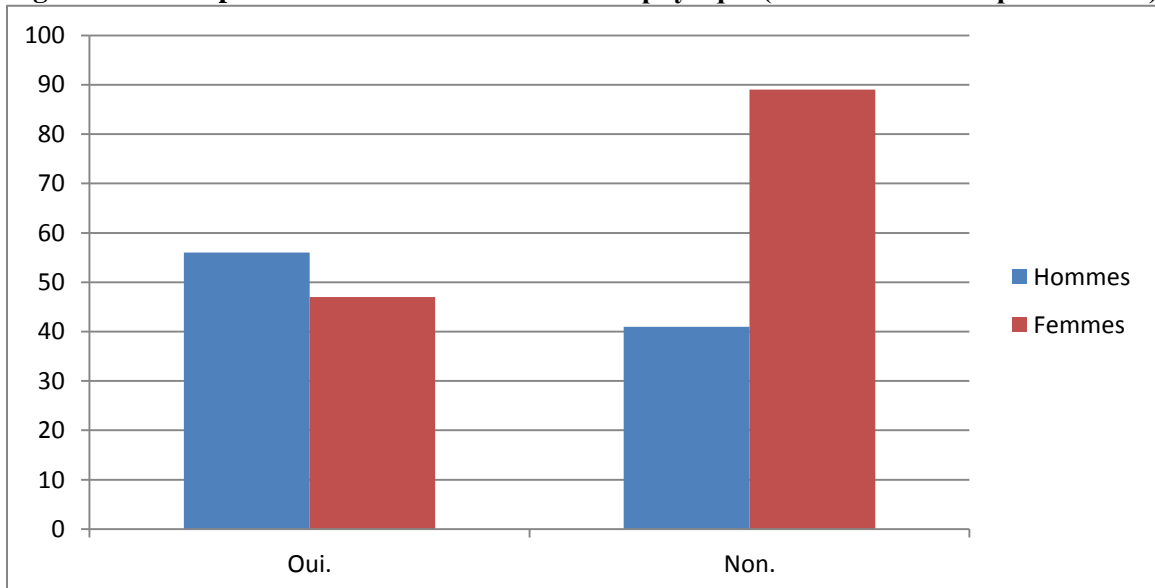
Plus que la moitié des étudiants enquêtés déclare qu'ils sont en difficultés financières et cela peut s'expliquer par (les dépenses effectuées au moment des études, l'absence de l'activité salariale au moment des études et la dégradation du pouvoir d'achat de la monnaie algérienne).

### D/La Situation de l'état de la Santé

#### D.1/ L'activité physique

55,79 % des étudiants enquêtés déclarent qu'ils **ne pratiquent pas une activité physique** (au moins une fois par semaine) et 44,20 % déclarent qu'ils **pratiquent une activité physique** (au moins une fois par semaine).

Figure N° 5 : Répartition selon le sexe et l'activité physique (au moins une fois par semaine).



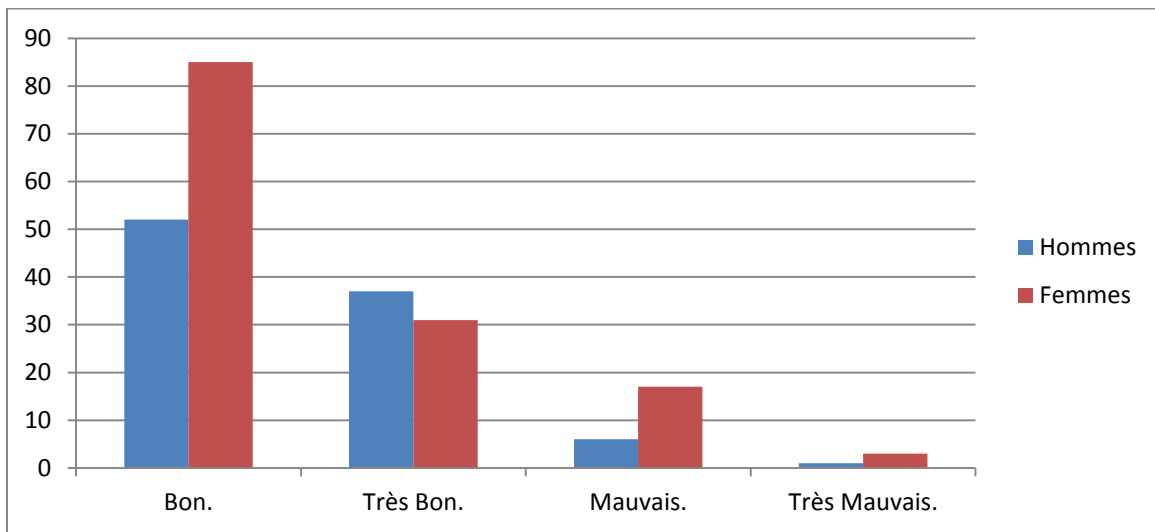
Source : Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013)

Plus que la moitié des étudiants déclare qu'ils n'exercent pas d'activité physique et cela peut s'expliquer par (l'insuffisance de temps attribué pour l'activité physique, manque d'informations sur l'apport positif de l'activité physique dans la promotion des études et le manque d'équipements nécessaires pour la pratique de sport universitaire).

### D.2/ Etat de santé

**59,05 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Bon**, **29,31 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils sont en **Très Bon état de santé**, **9,91 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Mauvais** et **1,72 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Très mauvais**.

Figure N° 6 : Répartition selon le sexe et l'état de santé



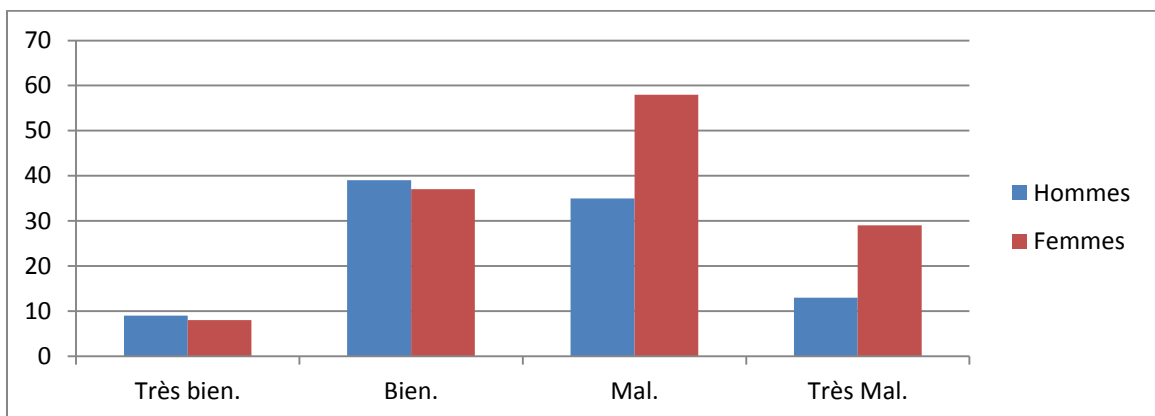
Source : Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

**88,36 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est de meilleur et cela jouera positivement sur la promotion des études supérieures au sein de l'université de Béjaia. Les explications pour la bonne santé sont (l'activité Physique, éducation à la santé, l'hygiène de vie et la bonne nutrition alimentaire).

### D.3/ Gestion du stress

Plusieurs situations montrent le degré de stress des étudiants, cette figure montre ceci :

Figure N° 7 : Répartition selon le sexe et la gestion de stress



Source : Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

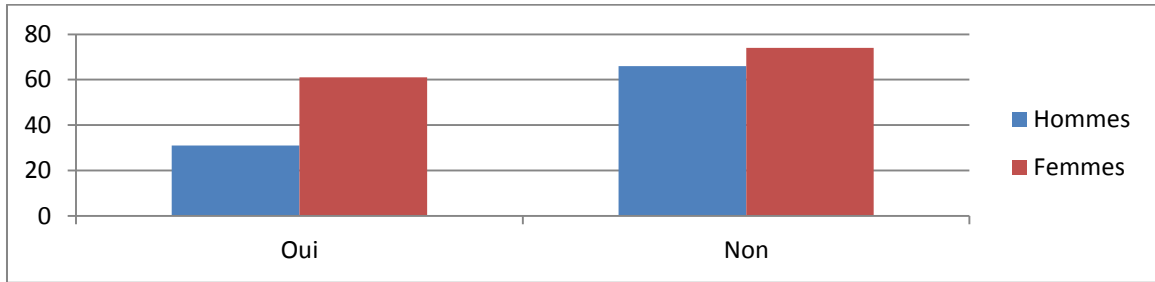


**40,78 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils gèrent leurs stress **Mal**, **33,33 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils gèrent leurs stress **Bien**, **18,42 %** déclarent qu'ils gèrent leurs stress **Très mal** et **7,45 %** déclarent qu'ils gèrent leurs stress **Très bien**.

#### D.4/ Consultation médicale

Les consultations médicales se font selon la situation sanitaire des étudiants, ils peuvent consulter des professionnels de santé tels que les psychologues, et autres.

**Figure N °8 : Représentation selon le sexe et la consultation d'un professionnel de santé au cours de ces 6 mois derniers**



**Source :** Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

**39,65 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils avaient consulté un professionnel de santé au cours de ces 6 mois derniers.

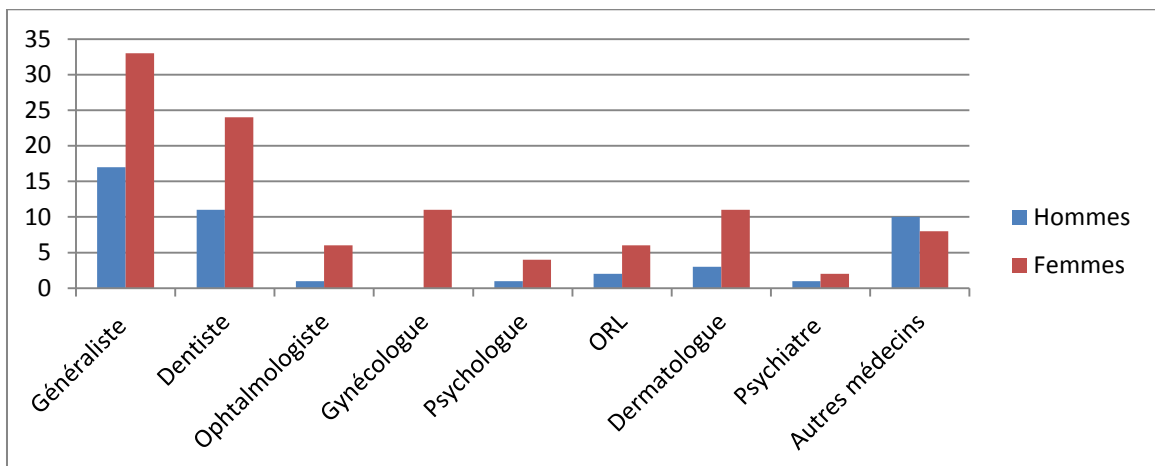
**60,34 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils n'ont pas consulté un professionnel de santé au cours de ces 6 mois derniers et cela peut être expliqué par:

- Manque de temps (charge horaire des études)
- La cherté des consultations médicales.
- ...etc.

#### D.5/ Nature des médecins consultés

Les étudiants, consultent généralement les médecins existants au niveau des structures d'études ou de résidences, en fonction aussi de leurs dépenses, ils choisissent, lesquels ils font des consultations.

**Figure N°9 : Représentation selon le sexe et la nature des médecins consultés (au cours des 6 derniers mois)**



**Source :** Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

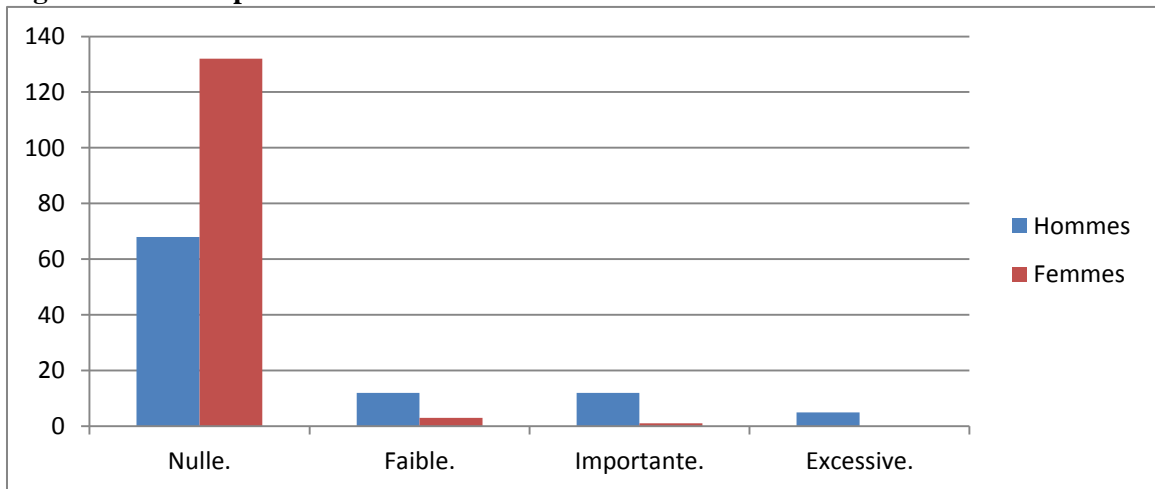
**33,11 %** des consultations ont été marquées chez un généraliste, suivi de Dentiste avec **23,17 %**, suivie de Dermatologue avec **9,27 %**, suivie de Gynécologue avec **7,28 %**, suivie de l'ORL avec **5,29 %**, suivie de l'Ophtalmologiste avec **4,63 %**, suivie de psychologue avec **3,31 %**, suivie de psychiatre avec **1,98 %** et suivie d'autres médecins (Gastro Neurologue, Allergologue, Urologue, Neurologue, Pneumo Phtisiologue, Endocrinologue, Gastro Urologue, Gastrologue, Rhumatologue, Cardiologie et Pneumo-Allergologue) avec **11,92 %**.

## E/ La situation des Consommations

### E.1/ Consommation de Tabac

La consommation des tabacs est très répandue au niveau des étudiants, certains optent pour ceci, dans le but de diminuer le stress.

**Figure N° 10 : Représentation selon le sexe et la consommation de Tabac.**



**Source :** Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

**85,83 %** des étudiants enquêtées déclarent leurs consommations de tabac est Nulle, **6,43 %** étudiants enquêtées déclarent leurs consommations de tabac est Faible, **5,57 %** déclarent leurs consommations de tabac est Importante et **2,14 %** déclarent leurs consommations tabac est Excessive.

### E.2/ La consommation d'alcool

La consommation d'alcool est répandue dans les lieux universitaires ou surtout au niveau des résidences universitaires, le tableau suivant le montre.

**Tableau N° 5 : Répartition selon le sexe et la consommation d'Alcool**

|              | Homme        | Femme         | Total             |
|--------------|--------------|---------------|-------------------|
| Nulle        | 81 (34,76 %) | 135 (57,93 %) | 216 (92,70 %)     |
| Faible       | 9 (3,86 %)   | 1 (0,42 %)    | 10 (4,29 %)       |
| Importante   | 4 (1,71 %)   | 0 (0%)        | 4 (1,71 %)        |
| Excessive    | 3 (1,28 %)   | 0 (0 %)       | 3 (1,28 %)        |
| <b>Total</b> | <b>97</b>    | <b>136</b>    | <b>233 (100%)</b> |

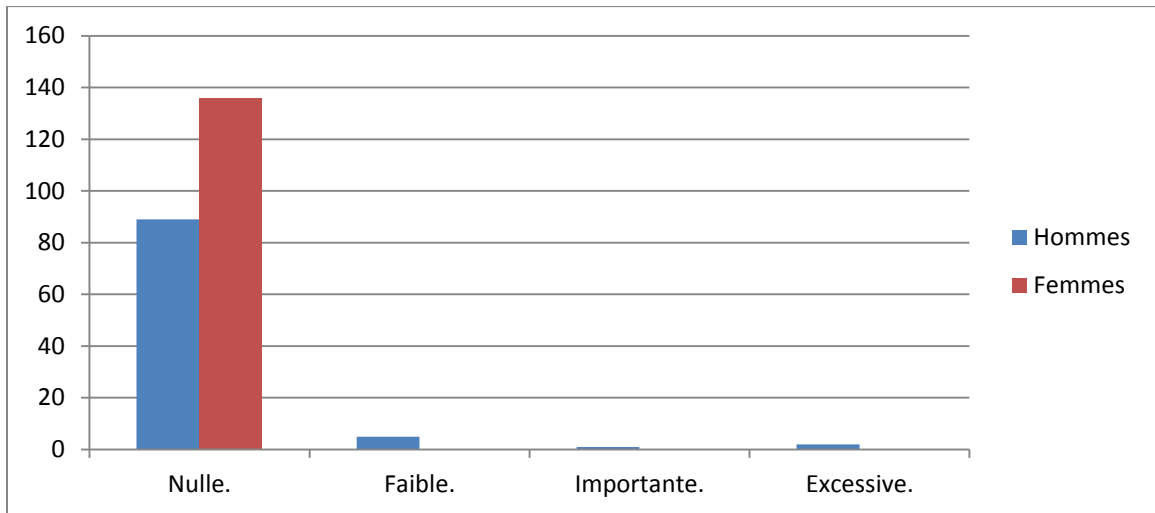
**Source :** Tableau réalisé pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

**92,70 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils ne consomment pas d'alcool, **4,29 %** des étudiants enquêtés déclarent leurs consommations d'alcool est Faible, **1,71 %** déclarent leurs consommations d'alcool est Importante et **1,28 %** déclarent leurs consommations d'alcool est Excessive.

### **E.3/ La consommation de Cannabis**

Selon notre enquête, les étudiants évacuent leurs stress et leurs soucis en consommant du cannabis, la figure suivante nous explique cette consommation, elle est faible, mais importante vis-à-vis de nos coutumes, culture et religion.

**Figure N ° 11 : Représentation selon le sexe et la consommation de Cannabis.**



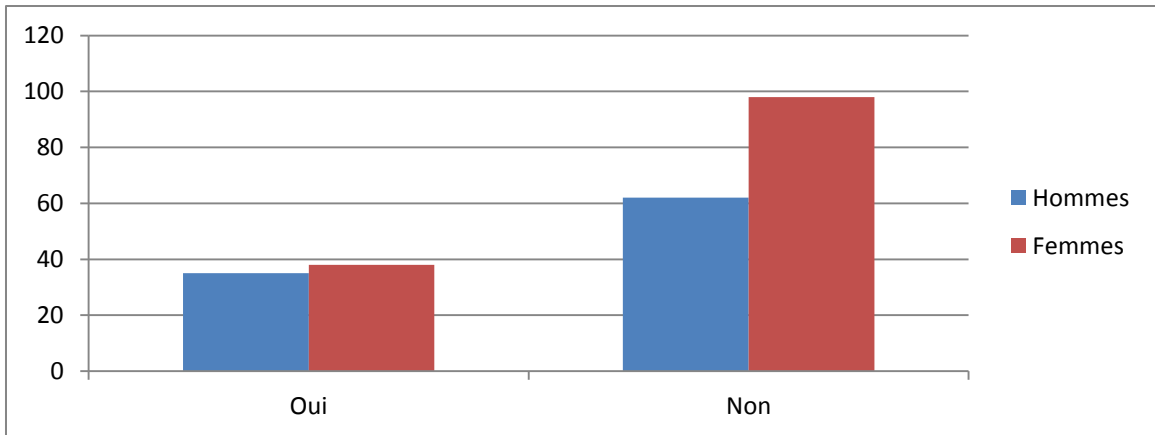
**Source :** Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

**96,56 %** des étudiants enquêtés déclarent leurs consommations Cannabis est Nulle, **2,14 %** des étudiants enquêtés déclarent leurs consommations Cannabis est Faible, **0,42 %** déclarent leurs consommations Cannabis est Importante et **0,85 %** déclarent leurs consommations Cannabis est Excessive.

### **F / La Situation de l'Environnement Sanitaire Universitaire**

Les milieux universitaires sont de plus en plus en dégradation en matière d'hygiène et de sécurité, selon notre enquête, la plupart des étudiants reconnaissent que ces lieux sont insalubres, **68,66 %** des étudiants enquêtés déclarent que l'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaires est **très insuffisant** et **31,33 %** des étudiants enquêtés déclarent que l'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaires est **acceptable**.

**Figure N° 12 : Représentation de La répartition selon le sexe et l'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaires.**



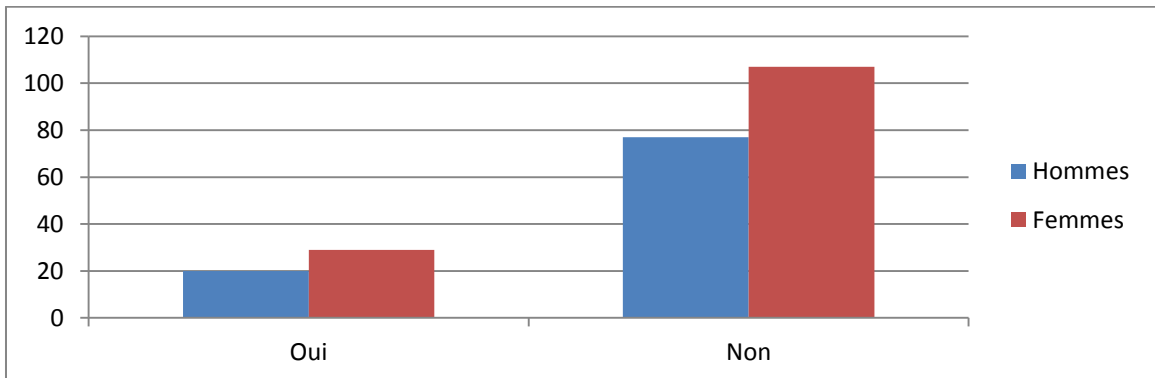
Source : Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

Les explications des étudiants enquêtés qui pensent que l'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaires est **très insuffisante** sont : manque d'hygiène, manque d'eau, manque de propreté, détérioration de l'établissement, la vie en collectivités est toujours un lieux d'émergences des maladies, manque de personnel qualifié, comportements des étudiants, manque d'une culture, trop de bruit, la poussière, absence de devoir, parce que des ordures partout, manque d'entretiens, salubrité et manque d'éducation sanitaire.

#### F.1/La qualité de la nutrition alimentaire au sein de l'université et des résidences Universitaires

Selon les résultats obtenus, **78,96 %** des étudiants enquêtées déclarent que la nutrition alimentaire (les repas de la restauration) au sein de l'université et des résidences universitaires est **très insuffisant** et **21,03 %** des étudiants enquêtées déclarent que la nutrition alimentaire (les repas de la restauration) au sein de l'université et des résidences universitaires est **acceptable**.

Figure N° 13 : Représentation de la répartition selon le sexe et la qualité de la nutrition alimentaire au sein de l'université et des résidences Universitaires.



Source : Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

Les explications des étudiants enquêtés qui pensent que la nutrition alimentaire au sein de l'université et des résidences universitaires est **très insuffisante** sont : la dégradation de la restauration, manque d'hygiène, les repas ne sont pas complets, ca provoque beaucoup de maladies surtout (le colon), trop de légumes secs manque da la qualité et de la quantité, mauvais gout et manque d'appétit, sous rapport calorique et sous respect des règles d'hygiène, perte d'énergie dans la chaine, pas de contrôle d'hygiène et se sont les mêmes repas quotidiennement.

### F.2/ La prise en charge des étudiants malades par l'université

65,93% des étudiants enquêtés pensent que l'université de Béjaïa prend **bien** en charge les étudiants malades et 34,06% des étudiants enquêtés pensent que l'université de Béjaïa **ne prend pas** en charge les étudiants malades.

**Tableau N° 6 : La répartition selon le sexe et la prise en charge des étudiants malades par l'université.**

|                           | Homme      | Femme      | Total            |
|---------------------------|------------|------------|------------------|
| Oui                       | 62(27,07%) | 89(38,86%) | 151(65,93%)      |
| Non                       | 34(14,87%) | 44(19,21%) | 78(34,06%)       |
| <b>Total des réponses</b> | <b>96</b>  | <b>133</b> | <b>229(100%)</b> |
| Sans réponse              | 1          | 3          | 4                |
| <b>Total</b>              | <b>97</b>  | <b>136</b> | <b>233</b>       |

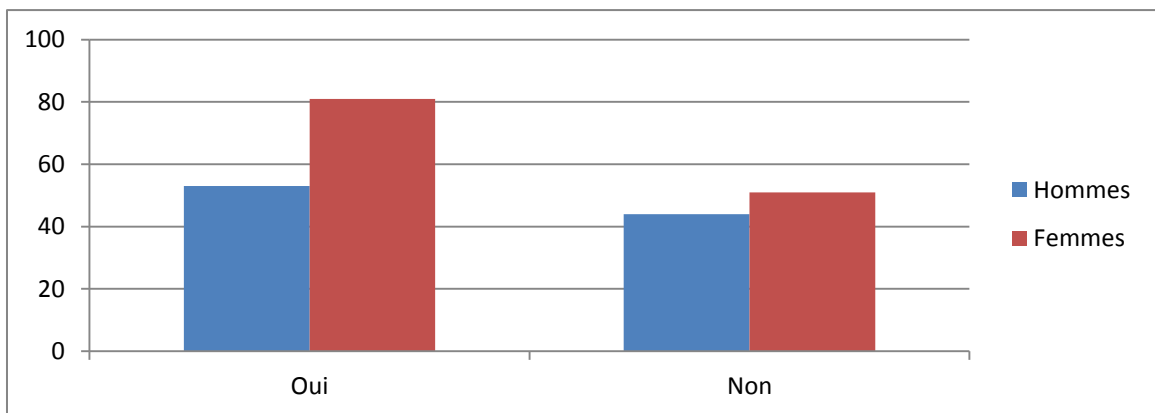
Source : Tableau réalisé pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

Les explications des étudiants enquêtés qui pensent que l'université **ne prend pas** en charge les étudiants malades sont : car il n'y a pas de CHU, un seul docteur pour plusieurs étudiants, ignorance lors du passage à l'épreuve, manque de moyens, ils renvoient les malades toujours à la polyclinique, manque de suivi, pas de chambres et des repas spéciaux pour les malades, manque de spécialistes, la négligence de plusieurs étudiants malades, manque de médecins, manque de centres médicaux et de structures sanitaires, absences d'ambulances et le manque de responsabilité.

### F.3/ La capacité des centres médicaux de répondre aux attentes des étudiants

58,51% des étudiants enquêtés pensent que les centres médicaux que dispose l'université ont la capacité de répondre aux attentes des étudiants et 41,48% des étudiants enquêtés pensent que les centres médicaux que dispose l'université est dans **l'incapacité de répondre** aux attentes des étudiants.

**Figure N° 14 : La représentation de la répartition selon le sexe et les capacités des centres médicaux de répondre aux attentes des étudiants.**



Source : Figure réalisée pour nos soins à partir des données de l'enquête (février 2013).

Les explications des étudiants enquêtés qui pensent que les centres médicaux sont dans l'incapacité de répondre aux attentes des étudiants sont : manque de matériaux nécessaires pour les malades, manque d'effectifs et de médicaments, la file d'attente est très longue, le manque de certains médicaments y'a beaucoup d'effectifs (il y a une surcharge), manque de matériels une charge très importante des étudiants sur les centres médicaux, il y a un manque des appareilles, manque de médicaments, moyens et de médecins.

## **Conclusion**

En récapitulant les résultats analysés de l'enquête, nous pouvons dire globalement que la situation sanitaire des étudiants est insuffisante, car, nous constatons quelques insuffisances comme la consommation de tabac et les déclarations de manque d'hygiène, de la dégradation la nutrition alimentaire et de l'incapacité des centres de répondre aux attentes des étudiants.

**55,79 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils **ne pratiquent pas une activité physique** (au moins une fois par semaine) et **44,20 %** déclarent qu'ils **pratiquent une activité physique** (au moins une fois par semaine),

Plus que la moitié des étudiants déclarent qu'ils n'exercent pas d'activité physique et cela peut s'expliquer par (l'insuffisance de temps attribué pour l'activité physique, manque d'informations sur l'apport positive de l'activité physique dans la promotion des études et le manque d'équipements nécessaires pour le pratique de sport universitaire).

**59,05 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Bon**, **29,31 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Très Bon**, **9,91 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Mauvais** et **1,72 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Très Mauvais**,

**88,36 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est de meilleur et cela jouera positivement sur la promotion des études supérieures au sein de l'université de Béjaia.

**60,34 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils n'ont pas consultés un professionnel de santé au cours de ces 6 mois derniers et **39,65 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils avaient consultés un professionnel de santé au cours de ces 6 mois derniers,

**68,66 %** des étudiants enquêtées déclarent qu'il Ya **un manque** d'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaires est et **31,33 %** des étudiants enquêtées déclarent que l'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaires est **acceptable**,

Les explications des étudiants enquêtés qui pensent que l'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaires est **très insuffisante** sont : manque d'hygiène, manque d'eau, manque de propreté, détérioration de l'établissement , la vie en collectivités est toujours un lieux d'émergences des maladies, manque de personnel qualifié, comportements des étudiants, manque d'une culture, trop de bruit, la poussière, absence de devoir, parce que des ordures partout, manque d'entretiens, salubrité et manque d'éducation sanitaire.

**65,93%** des étudiants enquêtées pensent que l'université de Béjaïa prend **bien** en charge les étudiants malades et **34,06%** des étudiants enquêtées pensent que l'université de Béjaïa **ne prend pas** en charge les étudiants malades.

Les explications des étudiants enquêtés qui pensent que l'université **ne prend pas** en charge les étudiants malades sont :

- Manque de médecins un seul docteur pour plusieurs étudiants ;

- Ignorance lors du passage à l'épreuve ;
- Manque de moyens, ils renvoient les malades toujours à la polyclinique ;
- Manque de suivi, pas de chambres et des repas spéciaux pour les malades ;
- Manque de spécialistes ;
- La négligence de plusieurs étudiants malades ;
- Manque de centres médicaux et de structures sanitaires.

Pour remédier à ces insuffisances nous recommandons les actions suivantes :

**1/ La qualité des soins :** améliorer la qualité des soins fournis au niveau des centres médicaux et cela à partir de l'augmentation du nombre des professionnels de santé quantitativement et qualitativement,

**2/ L'activité physique :** Instaurer une culture d'activité physique au moins une fois par semaine et améliorer l'installation des équipements sportifs,

**3/ L'hygiène :** améliorer la situation de l'hygiène au niveau de l'université et des résidences universitaires et cela à partir de l'augmentation des effectifs d'entretien quotidien et de la disponibilité de l'eau nécessaire pour une meilleure instauration d'hygiène,

**4/ L'équilibre alimentaire :** améliorer la qualité des repas décernés au niveau des restaurants universitaires et cela à partir de l'enrichissement des composants nutritionnels des repas décernés,

**5/ L'éducation à la santé :** introduire une culture d'éducation à la santé afin de promouvoir la santé des étudiants.

## CONCLUSION GENERALE

La jeunesse est représentée comme le moteur de croissance de l'économie, en particulier la tranche des étudiants, elle est considérée comme la population la plus éduquée et détient le savoir-faire, alors, elle est aussi présentée par sa vulnérabilité et sa fragilité de toute nature qu'elle porte et entraîne. Cette ambivalence est bien sûr particulièrement au rendez-vous dans le domaine de la santé.

L'école, dans l'accomplissement de sa mission éducative, mais aussi comme milieu de vie plus important après la famille, exerce une grande influence sur la santé et le développement de l'enfant. Aucune autre institution n'accueille une partie aussi importante de la population, de façon quotidienne et pendant aussi une longue période de sa vie.

Le regroupement des élèves à l'école, s'il favorise la diffusion de certaines maladies, facilite également l'action préventive et l'éducation pour la santé. Les jeunes y représentent une population captive facile à informer dans le cadre des programmes d'enseignement. L'école constitue également un endroit idéal pour le dépistage précoce et la prévention. A ce titre, elle constitue un lieu privilégié pour mener des actions de promotion de la santé s'adressant à toute une classe d'âge.

La protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire est l'élément fondamental de la promotion de la santé de la population dans son ensemble. En Algérie, la santé scolaire telle qu'elle est conçue aujourd'hui et les activités médicales, techniques et éducatives qui y concourent a connu plusieurs étapes qui ont contribué chacune, un peu plus, à son processus de maturation pour arriver à un consensus autour de son objectif, à savoir : « fournir à l'enfant et à l'adolescent un ensemble de prestations sur les plans préventifs, curatifs et éducatifs afin d'assurer un développement harmonieux physique, mental, intellectuel et social ».

Evaluer la situation d'une population et plus précisément la situation sanitaire des étudiants n'est pas toujours une tâche aisée, mais il nous semble intéressant d'effectuer la démarche afin de savoir les résultats significatifs de la vraie situation épidémiologique et sanitaire des étudiants,

**Les résultats** les plus importants que nous pouvons tirer de cette **enquête** sont les suivants :

- La jeunesse est une tranche d'âge la plus importante dans les sociétés,
- L'âge moyen de **l'échantillon** est de **22,48 ans**, l'âge moyen **des hommes** est de **22,65 ans** et l'âge moyen **des femmes** est de **22,36 ans**.
- **71,49%**, des enquêtés déclarent qu'ils sont satisfait de leurs choix de filières d'études et **28,50%** déclarent qu'ils ne sont pas satisfait de leurs choix de filière d'études,
- **60,88 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils sont à la hauteur du travail demandé et **39,11 %** déclarent qu'ils ne sont pas à la hauteur du travail demandé,
- **53,87 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils habitent **les résidences universitaires** pendant leurs études supérieures, **44,39 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils habitent avec leurs **familles** pendant leurs études supérieures, **1,72 %** déclarent qu'ils habitent **les foyers** pendant leurs études supérieures,



- **82,74 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils **n'exercent pas d'activité salariale** pendant leurs études et **17,25 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils exercent des activités salariales pendant leurs études,
- **89,41 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils ont l'accès à la bourse universitaire et **10,58 %** déclarent qu'ils n'ont pas l'accès à la bourse universitaire pour des motifs inconnus,
- **52,65 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils sont en **difficultés financières** et **47,34 %** déclarent **qu'ils ne sont pas** en difficultés financière,
- **55,79 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils **ne pratiquent pas une activité physique** (au moins une fois par semaine) et **44,20 %** déclarent qu'ils **pratiquent une activité physique** (au moins une fois par semaine),
- **59,05 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Bon**, **29,31 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Très Bon**, **9,91 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Mauvais** et **1,72 %** des étudiants enquêtés déclarent que leurs états de santé est **Très Mauvais**,
- **51,94 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils envisagent l'avenir **Bien**, **22,07 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils envisagent l'avenir **Très Bien**, **14,71 %** déclarent qu'ils envisagent l'avenir **Mal** et **11,25 %** déclarent qu'ils envisagent l'avenir **Très Mal**,
- **40,78 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils gèrent leurs stress **Mal**, **33,33 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils gèrent leurs stress **Bien**, **18,42 %** déclarent qu'ils gèrent leurs stress **Très mal** et **7,45 %** déclarent qu'ils gèrent leurs stress **Très bien**,
- **61,03 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils n'ont pas perdu la confiance en soi-même et qu'ils ne sont pas sentis sans valeur et **38,96 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils ont perdu la confiance en soi-même et qu'ils sont sentis sans valeur,
- **89,68 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils ne sont pas été victimes de discriminations et **10,31 %** déclarent qu'ils étaient victimes de discriminations,
- **93,07 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils ne sont pas été victimes de violences et **6,92 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils étaient victimes de violences,
- **77,09 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils ont quelqu'un de leurs entourage sur qu'ils peuvent comptées lors de nécessités et **22,9 %** déclarent qu'ils n'ont pas quelqu'un de leurs entourage sur qu'ils peuvent comptées lors de nécessités,
- **60,34 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils n'ont pas consultés un professionnel de santé au cours de ces 6 mois derniers et **39,65 %** des étudiants enquêtés déclarent qu'ils avaient consultés un professionnel de santé au cours de ces 6 mois derniers,
- **85,83 %** des étudiants enquêtées déclarent qu'ils ne fument pas de tabac, **6,43 %** étudiants enquêtées déclarent leurs consommations de tabac est Faible, **5,57 %** déclarent leurs consommations de tabac est Importante et **2,14 %** déclarent leurs consommations tabac est Excessive,

- **68,66 %** des étudiants enquêtées déclarent que l'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaires est **très insuffisant** et **31,33 %** des étudiants enquêtées déclarent que l'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaire est **acceptable**,
- **78,96 %** des étudiants enquêtées déclarent que la nutrition alimentaire (les repas de la restauration) au sein de l'université et des résidences universitaires est **très insuffisant** et **21,03 %** des étudiants enquêtées déclarent que la nutrition alimentaire (les repas de la restauration) au sein de l'université et des résidences universitaires est **acceptable**,
- **65,93%** des étudiants enquêtées pensent que l'université de Béjaïa prend **bien** en charge les étudiants malades et **34,06%** des étudiants enquêtées pensent que l'université de Béjaïa **ne prend pas** en charge les étudiants malades,
- **58,51%** des étudiants enquêtées pensent que les centres médicaux que dispose l'université ont la capacité de répondre aux attentes des étudiants et **41,48%** des étudiants enquêtées pensent que les centres médicaux que dispose l'université est dans **l'incapacité de répondre** aux attentes des étudiants.

En principe pour atteindre **une meilleure productivité intellectuelle des étudiants et des étudiantes**, on doit se baser sur la coordination de 7 éléments primordiaux qui sont :

**1/ L'éducation à la santé :** introduire une culture d'éducation à la santé afin de promouvoir la santé des étudiants,

**2/ La prévention dans les milieux universitaires :** améliorer la situation de la prévention en multipliant les campagnes de sensibilisation et d'informations,

**3/ La qualité des soins :** améliorer la qualité des soins fournies au niveau des centres médicaux et cela à partir de l'augmentation du nombre des professionnels de santé quantitativement et qualitativement,

**4/ L'activité physique :** Instaurer une culture d'activité physique au moins une fois par semaine et améliorer l'installation des équipements sportifs,

**5/ L'hygiène :** améliorer la situation de l'hygiène au niveau de l'université et des résidences universitaires et cela à partir de l'augmentation des effectifs d'entretien quotidienne et de la disponibilité de l'eau nécessaire pour une meilleure instauration d'hygiène,

**6/ L'équilibre alimentaire :** améliorer la qualité des repas décernés au niveau des restaurants universitaires et cela à partir de l'enrichissement des composants nutritionnels des repas décernés,

**7/ L'orientation des études :** améliorer les orientations des choix des filières des étudiants.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1/ OUVRAGES**

AICH.P et FASSIN.D, les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Ed.Anthropos, Paris, 1994.

Bailly.Antoine, Bernhadet.Martin Gabella.Mauro, Pour une santé de qualité en suisse, Ed. ECONOMICA, Paris, 2003.

Bezbakh.P, Gherardi.S, Dictionnaire de l'économie, Ed. Larousse, Montréal(Québec), 2003.

BIDOU.E, les nouveaux paradigmes de la santé, le bien être à tout prix, Ed.Larcier, Bruxelles, 2008.

Beresniak.A, Duru.G, Economie de la santé, Ed. MASSON, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, 2001.

Deccache A., Mermans P. : « l'éducation pour la santé des patients au carrefour de la médecine et des sciences humaines », In Sandrin-Berthon B. :« L'éducation pour la santé au secours de la médecine », Ed PUF.

LEFAOU.A.L, l'économie de la santé en questions, Ed ellipses, Paris, 2000.

Lecllet.H, Vilcot.C, Qualité en santé, Ed. AFNOR, Paris, 1999.

LECLET.H et VILCOT.C, construire le système qualité d'un établissement de santé, Paris, 2000.

OUFRIHA.F.Z, de réforme en reforme, un système de santé à la croisée des chemins, Ed. CREAD, Alger 2006.

Roche.L, Sabatini.J, Strange-Fonterme.R, L'économie de la santé, 4<sup>ème</sup> édition, Paris 1997.

PELICIER.Y et THUILLIER.G, le citoyen et sa santé, une aide à la réflexion, Ed.ECONOMICA, Paris, 1980.

Pirad A-M : Promotion de la santé à l'école, Ed. Labor, 2003.

Pommier J., Jourdan D. : la santé à l'école dans les pays européens, Ed. Sudel, Paris, novembre 2007.

### **2/ARTICLES ET COMMUNICATIONS**

Jourdan D, Berger D. : « De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé », In la santé de l'homme, 2005.

Lamour P. et Brixi O. : « éducation pour la santé entre conceptions dominantes et nouvelles approches », In traité de santé publique, Ed. Flammarion SA, 2007.

Green J., Tones K., Manderscheid J-C. : « Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école », In revue Française de Pédagogie, n° 114, janvier –février-Mars 1995.

Ould-Metidji T : Santé Scolaire dans le monde : évolution et résultats, In actes et conclusions du séminaire atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj, 20-21-22 Avril 1991.

San Marco J.L et Lamoureux P. : « Prévention et promotion de la santé », In traité de santé publique, Ed. Flammarion SA, 2007.

Semid A. : Evolution de la santé scolaire de 1995 à 2001, In actes et conclusions des assises nationales de la santé scolaire, Safir Hotel Mazafran-Zéralda, les 9 et 10 juillet 2002.

Tricoire M., Pommier J., Deschamps J.-P. : La santé scolaire en France : évolution et perspectives, In revue Santé publique, volume 10, n° 3, 1998.

Veugelers P.J., Schwartz M.E. : Approche globale de la santé en milieu scolaire au Canada, Revue canadienne de santé publique, volume 101, Supplément 2, Juillet/Août 2010.

### **3/ MEMOIRES ET THESES**

Chikhi S. : La santé scolaire (secteur sanitaire de Birtraria), thèse de doctorat en sciences médicales, Université d'Alger, 2003.

Fellah. L : Etude exploratoire du système de prévention algérien, Déterminisme et Problématique. Thèse de doctorat en sciences économiques, Université MONTESQUIEU-BORDEAUX II, Décembre 1998.

Mekbel A : Essai d'évaluation de la consommation du médicament générique par rapport au princeps en Algérie : Enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa, Thèse de Magistère en ES Sciences Economiques. Université de Béjaïa 2009.

Kaïd Tlilane N : Le système de santé algérien entre efficacité et équité, Essai d'évaluation à travers la santé de l'Enfant, Enquête dans la wilaya de Béjaïa. Thèse du Doctorat d'Etat en ES Sciences Economiques, Université d'Alger 2003.

Kandi NABIL : Essai d'évaluation de la situation sanitaire des travailleurs au niveau des Entreprises de la commune de Béjaïa, Thèse de Magistère en Économie de la Santé, Sciences Economiques, Université de Béjaïa, 2010.

Pharm -Daubin N-C. : Les enjeux éthiques de l'éducation à la santé en milieu scolaire, mémoire de l'école nationale de santé publique, 2005.

Rognon E. : Entre éducation et médiation : le rôle des infirmières scolaires dans la prévention de la violence, DEA d'éthique médicale et biologique, Université René Descartes (Paris V), 2001.

### **4/ RAPPORTS, SEMINAIRES ET DOCUMENTS DIVERS**

Association québécoise d'établissements de santé et de service sociaux : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes, 2005.

Diawara A. : Analyse Documentaire sur la santé scolaire au Mali, ministère de la santé, octobre 2000.

Etudes thématiques : « santé et nutrition en milieu scolaire », In forum mondial sur l'éducation - l'éducation pour tous bilan à l'an 2000, Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000.

El Hajj I. : La santé en milieu d'enseignement scolaire, Universitaire et technique : état des lieux au Liban, ministère de la santé publique.

Institut national de santé publique de Québec : recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, janvier 2011.

Mahjoub-Zarrouk A. : La santé scolaire et universitaire en Tunisie, ministère de la santé publique, Tunis.

Ministère de la santé, de la population, et de la réforme hospitalière, Bilan de la santé des algériennes et des algériennes, Alger, 2002.

Ministère de la santé, de la population, et de la réforme hospitalière, Bilan de la santé des algériennes et des algériennes, Alger, 2003.

Ministère de la santé, de la population, et de la réforme hospitalière, Bilan de la santé des algériennes et des algériennes, Alger, 2004.

Ministère de la Santé et de la Population, « Développement du système national de santé : Stratégie et Perspectives », Mai, 2001.

OMS, Série de rapports techniques, N° 609, 1977 (Besoins sanitaires des adolescents : rapport d'un comité OMS d'experts).

MSP avec la collaboration du bureau de liaison de l'OMS en Algérie : Cours de santé scolaire : Manuel de base, Ed Journal algérien de médecine.

MSP et Ministère de l'éducation : Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire, Sidi Fredj le 20-21-22 avril 1991.

MSP : Guide à l'usage des personnels chargés de la protection sanitaire en milieu éducatif- Journées d'études sur la protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire, Annaba 15-16 et 17 avril 1980, 1989.

MSP : Guide à l'usage des personnels chargés de la protection sanitaire en milieu éducatif- Textes fondamentaux, 1989.

MSP : Séminaire atelier relatif à la protection sanitaire en milieu scolaire, Béjaia du 3 au 5 janvier 1989.

MSP : Séminaire atelier relatif à la protection sanitaire en milieu scolaire, Béjaia du 3 au 5 janvier 1989

Organisation panaméricaine de la santé : Ecoles promotrices de la santé-renforcement de l'initiative régionale, mai 2003.

Rapport mondial sur le développement humain, les objectifs du millénaire pour le développement : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté. Publié pour le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).Ed. ECONOMICA, Paris, 2003.

Stratégies de coopération de l'OMS avec l'Algérie 2002-2005.

## **5/ REGLEMENTATION**

Circulaire du 24/06/91 Portant sur les missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves.

Circulaire n° 98-108 du 1 juillet 1998 portant sur la prévention des conduites à risque et comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

## **6/ SITES INTERNET**

[www.usem.fr](http://www.usem.fr)

[www.sante.dz](http://www.sante.dz)

[www.oms.fr](http://www.oms.fr)

[www.questionsanté.fr](http://www.questionsanté.fr)

[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)

[www.univ-paris13.fr](http://www.univ-paris13.fr)

[www.ladocumentationfrançaise.fr](http://www.ladocumentationfrançaise.fr)

## **LISTE DES TABLEAUX**

|  | <b>Page</b> |
|--|-------------|
| Tableau N°1 : Les différents types d'éducation pour la santé selon Deccache A.et Mermans<br>.....                | 20          |
| Tableau N° 2 : Répartition de l'échantillon selon le sexe et l'âge.....  | 35          |
| Tableau N° 3 : Répartition selon le sexe et la satisfaction de choix d'études.....                               | 38          |
| Tableau N° 4 : Répartition selon le sexe et l'habitation.....  | 38          |
| Tableau N° 5 : Répartition selon le sexe et la consommation d'Alcool.....  | 42          |
| Tableau N° 6 : La répartition selon le sexe et la prise en charge des étudiants malades par<br>l'université..... | 45          |

## **LISTE DES FIGURES**

|  | <b>Page</b> |
|--|-------------|
| Figure N° 1 : Répartition de l'échantillon selon le sexe.....  | 35          |
| Figure N° 2 : Répartition selon le sexe et l'année d'étude après le Bac.....   | 36          |
| Figure N° 3 : Répartition selon la filière d'étude et le sexe.....   | 37          |
| Figure N° 4 : Répartition selon le sexe et les difficultés financières.....  | 39          |
| Figure N° 5 : Répartition selon le sexe et l'activité physique (au moins une fois par semaine).....  | 39          |
| Figure N° 6 : Répartition selon le sexe et l'état de santé.....  | 40          |
| Figure N° 7 : Répartition selon le sexe et la gestion du stress.....   | 40          |
| Figure N° 8 : Répartition selon le sexe et la consultation d'un professionnel de santé au cours de ces 6 mois derniers.....                        | 41          |
| Figure N° 9 : Répartition selon le sexe et la nature des médecins consultés (au cours des 6 derniers mois).....                                    | 41          |
| Figure N° 10 : Répartition selon le sexe et la consommation de Tabac.....  | 42          |
| Figure N° 11 : Répartition selon le sexe et la consommation de Cannabis.....   | 43          |
| Figure N° 12 : La répartition selon le sexe et l'hygiène au sein de l'université et des résidences universitaires.....                             | 44          |
| Figure N° 13 : La répartition selon le sexe et la nutrition alimentaire au sein de l'université et des résidences Universitaires.....              | 44          |
| Figure N° 14 : La représentation de la répartition selon le sexe et les capacités des centres médicaux de répondre aux attentes des étudiants..... | 45          |



**UNIVERSITE ABDERAHMANE MIRA DE BEJAIA.**

**Faculté des Sciences Economiques, Sciences de Gestion et Sciences Commerciales.**

**Département des Sciences Economiques**

**Questionnaire d'enquête**

**Entrant dans le cadre de réalisation d'un mémoire de Master en Economie de la Santé**

**Thème :**

**« Essai d'évaluation de quelques déterminants sanitaires des étudiants :**

**Cas de l'université Abderrahmane Mira de Bejaïa »**

**Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'un travail universitaire et à des fins de recherche. L'enquête s'adresse aux étudiants de l'université de Béjaïa.**

**Les données recueillies dans le cadre de cette enquête contribueront à la promotion de la productivité du travail à l'université.**

**Les informations que vous allez apporter à ce questionnaire seront totalement confidentielles et ne seront traitées que de façon anonyme.**

**A. VOTRE PROFIL**

**1. Le sexe :**       Homme,                       Femme.

**2. L'âge :** .....Ans.

**B .VOS ETUDES**

**3 .Année d'étude après le bac :**

1ère,               2ème,               3ème,               4ème,               5ème et plus.

**4 .Filière d'études :**

Lettres /langues ;       Eco/Gestion /Commerce ;               sciences humaines ;

Médical/paramédical ;       Droit/Sc. J ;               sciences /Ingénieur ;

SNV ;               Technologie ;               Sciences Exactes.

**5. êtes-vous satisfait(e) de votre choix d'études ?**               Oui ;               non.

**6. Estimez vous avoir été suffisamment informé(e) pour choisir votre orientation ?**

Oui ;               non.

**7 .Le contenu de la formation correspond-t-il à ce que vous en attendiez ?**       Oui ;       non.

8. Vous sentez vous à la hauteur du travail demandé ?  Oui,  non.

9. Que pensez-vous faire l'année prochaine ? (une seule réponse possible).

- Poursuivre la même filière,  changer la filière,  interrompe vos études supérieures,  
 Chercher du travail,  ne sait pas,

### C. VOS CONDITIONS DE VIE

10. Ou habitez-vous ?

- Foyer,  résidence Universitaire,  Indépendant,  Famille.

11. Si vous n'habitez plus chez vos parents du fait de vos études comment vivez-vous cette situation ?  Très bien,  Bien,  Mal,  Très mal.

12. En plus de vos études exercez vous une activité salariée ?  Oui,  non.

13.1 Avez-vous demandé une bourse ?  Oui,  non.

13.2 Si oui, l'avez-vous obtenue ?  Oui,  non.

14. Vous considérez vous en difficultés financières ?  Oui,  non.

### D. VOTRE SANTE

15. Pratiquez vous régulièrement (au moins une fois par semaine) une activité sportive ?

- Oui,  non.

16. Comment jugez-vous votre état de santé ? (une seule réponse possible).

- Bon,  Très bon,  Mauvais,  Très mauvais.

| (une seule réponse est possible par ligne) | Très bien                | Bien                     | Mal                      | Très mal                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Comment dormez-vous ?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Comment est votre appétit ?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Comment envisagez-vous l'avenir ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Comment gérez-vous le stress ?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu une période de plus de 15 jours pendant laquelle :

21.1 Vous aviez perdu intérêt pour la plupart des activités que vous aimez faire habituellement ?  Oui,  non.

21.2 Vous avez perdu confiance en vous, vous vous êtes senti(e) sans valeur ?  Oui,  non.

22.1 Avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, des tranquillisants, des antidépresseurs ? (Une seule réponse est possible)

- Jamais,  Rarement,  parfois,  souvent.

22.2 Si vous en avez consommés, était-ce sur prescription médicale ?  Oui,  non.

23. Vous êtes-vous senti(e) particulièrement seul(e) ou trop isolé(e) ? (Une seule réponse est possible)

Jamais,  Rarement,  parfois,  souvent.

24. Avez-vous été victime de discriminations ?  Oui,  non.

25. Avez-vous été victime de violences ?  Oui,  non.

26. Avez-vous pensé au suicide ?  Oui,  non.

27. Avez-vous quelqu'un dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?  Oui,  non.

28. Avez-vous consulté un professionnel de santé au cours des 6 derniers mois ?  Oui,  non.

28.1 Si oui précisez :(plusieurs réponses possibles)

Généraliste,  Dentiste,  Ophtalmologiste,  Gynécologue,

Psychologue,  ORL,  Dermatologue,  psychiatre,

Autres (à préciser).....

28.2 Si, non, pour qu'elles raisons : (plusieurs réponses possibles)

Manque du temps,  Trop cher,  Je n'en éprouve pas le besoin,

L'attente est très longue,  j'y vais bientôt,  Trop loin.

## E.VOS CONSOMMATIONS

29. Concernant les produits suivants, vous estimez que votre consommation est :(une seule réponse possible par ligne)

| (une seule réponse possible par ligne) | Null                     | Faible                   | Importante               | Excessive                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 29.1 Tranquillisants, antidépresseurs  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.2 Tabac                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.3 Alcool                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.4 Cannabis                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.5 Cocaïne                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.6 Produits dopants                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.7 Autres drogues                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. Actuellement est-ce que vous fumez du tabac temps en temps ?  Oui,  non.

31. Si vous fumez tous les jours, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?  de Cigarettes.

32. Si vous êtes fumeur, la nouvelle mesure d'interdiction de fumer dans les lieux publics va-t-elle vous inciter à arrêter de fumer ?

Certainement,  Probablement,  Probablement pas,  Certainement pas.

## F .L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE DE L'UNIVERSITE

**33. L'hygiène : Pensez-vous que les milieux universitaires de Béjaïa sont propres et adéquats pour la santé des étudiants ?**

- Oui,  
 Si non, pourquoi ?.....

**34. Nutrition alimentaire : Pensez-vous que les repas de restauration de l'université de Béjaïa améliorent-t-ils la santé des étudiants ?**

- Oui,  
 Si non, pourquoi ?.....

**35. Pensez vous que l'université prend en soins les étudiants malades ?**

- Oui,  
 Si non, pourquoi ?.....

**36. Pensez-vous que les structures sanitaires (les centres médicaux) que dispose l'université sont suffisantes pour y répondre aux attentes de soins des étudiants ?**

- Oui,  
 Si non, pourquoi ?.....

## G.VOTRE AVIS

**37. Sur quels thèmes de prévention santé, souhaiteriez vous être prioritairement informé(e) ?**

(Cinq réponse possibles).

- Accidents de la route,       Sida,       Troubles auditifs/Bruit,       Alcool,  
 Dépression,       Sommeil,       Vaccination,       Cannabis,  
 Dopage, Médicaments,       Stress,       Violences sexuelles,       Autres Drogues,  
 Equilibre alimentaire,       Tabac,  
 Autres (préciser).....

## **Résumé**

La mission principale de l'université est de transmettre des savoirs à toutes les générations de la société, l'environnement universitaire avec ses composants fondamentaux constitue un élément essentiel de notre évaluation. S'intéresser à la situation sanitaire des étudiants, c'est de faire promouvoir l'état de santé et cela en se focalisant sur (l'incitation à la pratique de l'activité physique, la sensibilisation, la prévention dans les milieux universitaires, l'hygiène, l'équilibre alimentaire et la qualité des soins fournis). Notre Cas d'étude est celui de l'Université Abderrahmane Mira de Béjaia. Nous avons travaillé sur un échantillon aléatoire de 250 étudiants. Le questionnaire d'enquête porte des questions pour savoir la situation des études, des conditions de Vie, l'état de Santé, les consommations, l'environnement Universitaire et la situation de la prévention).

**Mots Clés :** Santé Universitaire, Université de Béjaia, Prévention, situation sanitaire, étudiants.