

RECHERCHE SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

N°...

TITRE

EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES COURANTES
AU SECOND CYCLE DE L'ENSEIGNEMENT
FONDAMENTAL A NIAMAKORO
DANS LE DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / .../.../2011 à Heures
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie du Mali

Par Madame Sangaré Djénabou SANOGO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

(DISTRICT DE NIAMAKORO)

Jury

Président : Pr Soukalo DAO

Membres : Pr Tiéman COULIBALY

: Dr Abdoulaye COULIBALY

Directeur de thèse : Pr Mamadou KONE

Hommages aux Membres du jury

A notre Maître et Directeur de Thèse

Le professeur Mamadou Koné

Professeur de physiologie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie(FMPOS)

DER de sciences fondamentales

Directeur adjoint au Centre National des Œuvres Universitaires(CNOU)

Médecin du sport

Membre du comité scientifique international de la revue française de médecine du sport (MEDI sport)

Membre du groupe Latin et Méditerranéen de médecine de sport

Président du colloque Malien de réflexion en médecine du sport

Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques

Secrétaire général de la fédération Malienne de taekwondo

Ceinture noire 3^{ème} dan

Toutes ces qualifications font de vous un connaisseur du sport.

Honorable Maître :

Nous vous remercions d'avoir accepté la direction de ce travail ; votre disponibilité, votre humilité, votre rigueur, mais aussi votre souci pour le travail bien fait et la réussite de vos élèves font de vous un maître admiré de tous.

Soucieux de la formation de vos étudiants et de leurs réussite, vous nous avez transmis l'amour de la profession médicale.

Nous avons été séduits par votre sens d'écoute et votre forte personnalité.

Nous sommes fiers d'être énumérés parmi vos élèves.

Cher maître nous espérons avoir été à la hauteur de l'estime placée en nous ; veuillez accepter toute notre gratitude.

A notre Maître et membre du jury

Pr Tiéman Coulibaly

Maître de conférences à la FMPOS

Chirurgien orthopédiste et traumatologue du CHU Gabriel Touré

Membre de la société Malienne de chirurgien orthopédistes et traumatologue.

Honorable Maître :

Vous nous avez fait un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations. Nous avons été séduits par votre sens de respect de l'autre, le sens social, la faculté d'écoute, le sens élevé de responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Nous sommes fiers d'être énumérés parmi vos élèves.

En témoignage de notre reconnaissance infinie nous vous prions :

Cher Maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre dévouement.

A notre Maître et Président du jury

Pr Sounkalo Dao

Maître de conférences en maladies infectieuses et tropicales à la FMPOS

Investigateur au programme NIAID/NIH/FMPOS sur le SIDA et la tuberculose

Président de la SOMAPIT

Nous vous remercions d'avoir bien voulu siéger dans ce jury. Vos qualités intellectuelles, votre rigueur nous ont marqué et font de vous un maître exemplaire.

Cher Maître :

C'est le lieu pour nous de vous exprimer toute notre gratitude pour l'enseignement que vous nous avez donné.

A notre Maître et membre du jury

Dr Abdoulaye Coulibaly

Médecin généraliste,

Médecin chef de l'Association de Santé Communautaire de Niamakoro (ANIASCO)

Cher Maître

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité font de vous un maître admirable de tous.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

Dédicaces et Remerciements

Je dédie ce travail à ALLAH, le tout puissant et miséricordieux et son prophète (SAW paix et salut sur lui) ; pour m'avoir donné le courage et la santé nécessaire pour mener ce travail.

- **A mon père** : Feu N'Golo Sanogo

Ce travail est sans doute le fruit de tous les sacrifices que vous avez consenti de votre vivant. Vous avez été l'artisan de ce chemin parcouru. Votre rigueur dans notre éducation et votre passion pour les études ont fait de votre fille ce qu'elle est aujourd'hui.

Votre combativité, votre générosité, votre humanisme resteront pour moi un repère sûr.

Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de vos conseils et d'honorer votre mémoire.

Que Dieu vous accueille dans son paradis.

Repose en paix « Père » Amen !

- **A ma mère** : Fanta Diakité

Tes bénédictions de tous les jours m'ont accompagné tout le long de ce processus. Vous avez toujours prié Dieu le tout puissant de donner de meilleurs lendemains à tes fils et filles. Voilà que le bout du tunnel n'est pas loin.

Sachez que ce travail est vôtre.

- A mes tontons : Diakalia Sanogo, Oumar Sanogo, Adama Sanogo, Yacouba Sanogo ...

- **A mes tantes** : Awa Sanogo, Karidiata Sanogo, Assan Fomba, Fatoumata Dagnogo...

Vos encouragements perpétuels, vos exigences continues, vos conseils éducatifs m'ont guidé chaque jour pendant ces longues années.

Voyez en ce travail le vôtre.

- **A mes frères et sœurs** : Aminata Sanogo, Yaya Sanogo, Sarantou Sanogo, Mohamed Tiono Sanogo, Ibrahim Sanogo,

Trouvez ici l'expression de mon affection.

A mes cousins et cousines : Dizana Sanogo, Nouhoum Diakité, Chacka Diakité, Mariam Sanogo, Fatoumata Sanogo, Moustaphe Sanogo, Ismael Sanogo, Kadiatou Sanogo, Nastou Sanogo...

A mon mari : Massa Sangaré

- **A tous mes amis** : Aminata Coulibaly, Antoine Bathio Traoré, Mariam Tièba Traoré, Assitan koumaré, Mariam Koureissi

Merci pour la confiance que vous avez porté en moi.

Mes remerciements à tout le personnel de l'ANIASCO.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGSS : Approche Globale de la Santé Scolaire.

an : année.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

cm : centimètre

CSSU : Centre de Santé Scolaire et Universitaire.

EPT : Education Pour Tous.

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

kg : kilogramme.

l : litre

mn : minute.

OMD : objectif du Millénaire pour le Développement.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie.

PISE : Programme d'investissement Sectoriel de l'Education.

PRODEC : Programme Décennal du Développement de l'Education.

SGB : Streptocoque du Groupe B.

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise.

SP : Sulfamide Pyriméthamine

VIH : Virus Immuno déficience humaines.

SOMMAIRE

Introduction	
.....	
.....1-2	
Objectifs.....	
.....4	
Généralité.....	
.....6-24	
Méthodologie.....	
.....26-29	
Résultats.....	
.....31-39	
Commentaires et discussions.....	4
1-48	
Conclusion.....	
.....50	
Recommandations.....	
.....52- 54	
Références bibliographiques.....	
...55-58	
Annexes.....	
.....60-65	

INTRODUCTION

En ce début du XXI^e siècle, les objectifs du millénaire pour le développement (O.M.D) prévoient, l'éducation pour tous (E.P.T) à l'horizon 2015 [20]. Il s'agit là d'un objectif noble, mais qui nécessite une population scolarisable, saine, et la santé de la population scolarisée doit être entretenue dans le milieu scolaire et universitaire pluriad.

Dans les pays Occidentaux, la santé scolaire est suffisamment prise en charge parce que bien organisée.

Au Mali, au début des années de l'indépendance, un service appelé : Centre Médico- Scolaire faisait des efforts dans le sens de la prise en charge de la santé Scolaire. Plutard, ce Centre a été transformé en Centre Médico- Scolaire et sportif. Aujourd'hui, ce Centre n'existe que de nom. Cependant, la population scolaire est de plus en plus grandissante.

Le gouvernement, à travers le Programme Décennal de Développement de l'Education (PRODEC) [11], dont les objectifs sont :

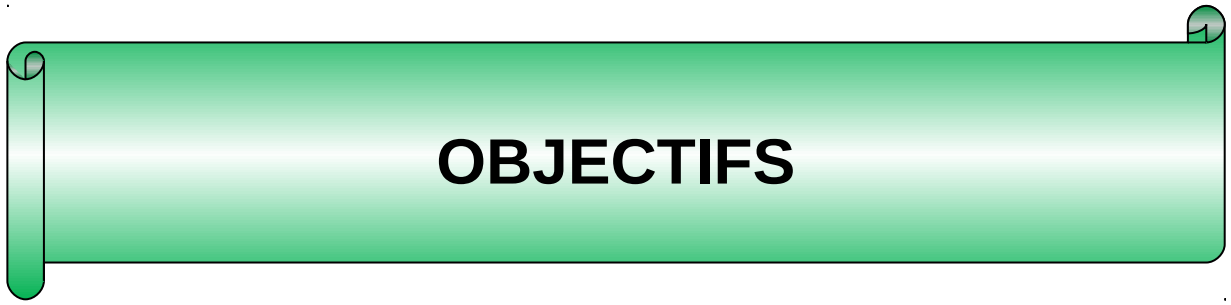
- Une éducation de base de qualité pour tous.
- Un enseignement professionnel adapté aux besoins de l'économie.
- Un enseignement secondaire général et technique rénové et performant.
- Un enseignement supérieur de qualité répondant à des besoins prioritaires et aux coûts maîtrisés.
- Une utilisation des langues maternelles dans l'enseignement formel concomitamment avec le français.
- Une politique opérationnelle du livre et du matériel didactique.
- Une politique soutenue de formation des enseignants.
- Un partenariat véritable autour de l'école.
- Une restructuration et un ajustement institutionnel nécessaires à la refondation du système éducatif.

- Une politique de communication centrée sur le dialogue et la concentration avec tous les partenaires.
- Une politique de financement du système éducatif soutenue, équilibrée, rationnelle et s'inscrivant dans la décentralisation.

L'objectif fondamental du PRODEC vise la refondation du système éducatif dans son ensemble.

Au même moment, les services de prise en charge de la santé scolaire disparaissent. Ces événements ont motivé notre réflexion vers une participation à la reprise en main des problèmes de santé des élèves à l'école. C'est pour cela que nous avons songé à enquêter sur les pathologies rencontrées en milieu scolaire.

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes fixés comme objectif fondamental d'étudier les pathologies courantes.



OBJECTIFS

I- OBJECTIFS

1-1. Objectif général :

Mettre en évidence, quelques pathologies des plus courantes chez les élèves du second cycle de l'enseignement fondamental à Niamakoro.

1-2. Les objectifs spécifiques :

- Identifier les maladies parasitaires.
- Identifier les maladies infectieuses non parasitaires.
- Identifier les accidents Traumatiques et non traumatiques.



GENERALITES

II- GENERALITES SUR LE CONCEPT DE SANTE

La définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948 est la suivante : «la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social » et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.

Selon le philosophe français Georges Canguilhem, la santé « c'est la capacité de surmonter les crises ».

Selon J. Bury (Belgique), il existe quatre (4) abords du concept de santé [6] :

- L'abord perpétuel de la santé s'accorde avec la notion de bien-être, mais le rend plus accessible en le définissant comme « une attitude joyeuse envers la vie et l'acceptation des responsabilités que la vie impose ».
- L'abord fonctionnel de la santé ou abord biomédical qui définit la santé comme la capacité de l'individu à fonctionner. C'est tout ou rien. Il s'agit là d'un point de vue statistique de la santé.
- Un abord qui conjugue les deux précédents où les notions biomédicales et philosophiques de bien-être s'entrecroisent.
- L'abord adaptatif dit socio-écologique qui développe une approche de la santé à partir de la capacité, pour un individu, de s'adapter à son environnement et à ses déficiences.
- Des mesures permanentes sont en cours dans les pays pour améliorer la santé des populations. Pour atteindre cet objectif, certains organismes furent créés et donnent des directives qui sont généralement respectées par tous ;

2-1. Dans le monde :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) étant l'une des institutions spécialisées des Nations Unies et son siège se situe à Genève (Suisse). Si l'OMS a été fondée en 1948, il n'en demeure pas moins qu'elle a pour but de créer les conditions d'un état de bien-être physique, mental et social pour tout être humain ».

C'est pourquoi en combinant santé et éducation, l'Organisation Mondiale de la Santé est en droit de penser que cela est un meilleur vecteur pour

atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. En Septembre 2000, comme signalé plus haut, les chefs d'Etat ont, à l'occasion de l'une des plus grandes réunions jamais organisées, célébré l'arrivée du nouveau millénaire en adoptant la déclaration du millénaire des nations unies. Cette déclaration approuvée par 189 pays a été finalement concrétisée par l'énumération des OMD (à atteindre d'ici à 2015).

Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), au nombre de huit (8)³⁰, envisagent de [20]:

1- Réduire l'extrême pauvreté et la faim : cet objectif vise, la réduction de moitié entre 1990 et 2015, de la part des individus vivant avec moins d'un dollar par jour ;

- La fourniture d'un d'emploi décent et productif à tous, femmes et jeunes inclus.

- La réduction de moitié entre 1990 et 2015 de la part des individus souffrants de la faim (malnutrition, sous nutrition).

2- Assurer l'éducation primaire pour tous :

Il vise à ce que tous les enfants, garçons et filles partout dans le monde puissent bénéficier d'ici 2015 d'un cycle complet d'étude primaire ; cet objectif ne sera atteint qu'en baissant les frais d'inscription et que les enfants soient en bonne santé.

3- Promouvoir l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes ;

- Il vise l'élimination des disparités entre les sexes, notamment dans l'éducation primaire et secondaire, d'ici 2005, et à tous les niveaux de l'éducation d'ici 2015.

4- Réduire la mortalité infantile :

- L'objectif est de réduire la mortalité infantile un enfant né dans un pays en voie de développement à treize fois plus de risque de mourir dans c'est première d'année de vie qu'un enfant né dans un pays développé. Cet objectif sera atteint en luttant contre les principales causes de mortalité infantile qui sont la pneumonie, les diarrhées, la malaria et la rougeole. Et aussi en améliorant le niveau d'éducation des mères.

5- Améliorer la santé maternelle :

- Cible la réduction de la mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015, la clé du succès réside dans la présence de personnel qualifié (médecin infirmière ou sage- femme) au moment de l'accouchement. Les visites médicales prénatales sont également un facteur de réduction de la mortalité maternelle ; OMS et l'UNICEF préconisent un minimum de quatre visites médicales prénatales.
- L'accès universel à la santé reproductive, c'est-à-dire offrir aux populations une éducation à la reproduction capable d'arranger le phénomène des grossesses précoces, qui entraînent souvent des complications pour la santé de la mère et de l'enfant.

6- Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies :

- Endiguer voire faire reculer la pandémie du VIH et du SIDA.
- Rendre accessible à tous d'ici 2010 les traitements disponibles contre le VIH et le SIDA.
- Rendre de moitié le taux de prévalence de la tuberculose d'ici 2015
- Endiguer voire faire reculer l'incidence du paludisme (véhiculée par les moustiques) et les principales autres maladies. Par l'utilisation des moustiquaires, de lits traités à l'insecticide anti-paludisme.

7- Assurer un environnement durable :

- Empêcher la déperdition des ressources naturelles.
- Faciliter l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base pour tous.

- Réduire la perte de biodiversité.
- Améliorer sensiblement d'ici 2015 la vie des habitants tandis.
- 8-** Mettre en place un partenariat mondial pour le développement :
 - Répondre aux besoins spécifique des pays les moins avancés, des pays enclavés et des îles les petites en développement.
 - Développer rapidement un système commercial et financier plus ouvert.
 - Rééchelonner ladite des pays pauvres.
 - Rendre accessible à un coût raisonnable les principaux médicaments dans les pays en voie de développement.
 - Faciliter l'accès à l'intérêt pour tous.

Ce dernier point a été modifié par un article connexe pour donner : un film de fiction réunissant 8 courts métrages sur les OMD.

Il s'agit là d'objectifs nobles, mais qui nécessitent une population scolarisable, et saine. Cette santé de la population doit être entretenue dans le milieu scolaire et universitaire plutard.

2-1-1. En Amérique :

2-1-1-1. Les Etats-Unis d'Amérique :

Malgré un système de santé très développé, les Etats-Unis connaissent aussi certaines pathologies récurrentes telles les infections périnatales à streptocoques¹ du groupe B, la peste, et d'autres.

¹ Bactérie dont les individus sont disposés en chaînes et dont plusieurs espèces produisent des infections graves.

Suivant les recommandations relatives au dépistage systématique de 2003 à 2005 aux USA, le streptocoque du groupe B (SGB) a été perçu comme la cause principale de morbidité et de décès après la naissance. En 2002, le centre de contrôle et de prévention des maladies, le collège Américain d'obstétriciens et de gynécologues et l'Académie Américaine des pédiatres ont émis des directives² révisées pour la prévention des infections périnatales à streptocoque du groupe B. Ces directives recommandent le dépistage systématique chez les femmes enceintes au moyen d'un dépistage de colonisation recto- vaginale par SGB à 35-37 semaines de gestation et le recours aux traitements aux antibiotiques préventifs intra partum pour les porteuses de SGB. Afin d'examiner les taux d'infections à SGB après la naissance et au cours de la grossesse à la suite de la publication des directives révisées, les centres de contrôle et de prévention des maladies ont procédé à l'analyse des données de la surveillance recueillies pendant la période de 2003 à 2005 et les ont comparées aux données recueillies pendant la période de 2000 à 2001, période précédent immédiatement les recommandations relatives au dépistage systématique.

Toujours aux Etats-Unis, le premier cas de peste en Arizona depuis 2000 a été déclaré chez une femme d'âge adulte dans le comté Apache (tribu indienne). La femme est tombée malade au début du mois de Septembre à la suite d'une piqûre de puce survenue chez elle dans le nord de l'Arizona. Elle récupère actuellement à la suite du traitement aux antibiotiques appropriés. Dans une communauté située au Nord-est de Flag staff dans le comté de Coco Nino, une épidémie de peste provoquée par des chiens de prairie est en cours. Bon nombre de rongeurs meurent des suites de l'infection et laissent derrière eux des puces porteuses de l'infection. Les représentants de la santé du comté

² Ensemble des indications générales, lignes de conduite à suivre qu'une autorité politique, sanitaire, militaire, religieuse donne à ses subordonnés (ou même structurés inférieures)

Apache et de l'université du nord de l'Arizona suivent actuellement la situation de près et y réagissent. Il faut aussi signaler que quarante-huit (48) cas de peste ont été déclarés en Arizona au cours des 30 dernières années (1977 à 2006), et huit (8) de ces cas ont été fatals. Cependant, le risque de peste s'est maintenu à un niveau peu élevé au cours des six dernières années en raison des conditions de sécheresse et des températures estivales élevées.

2-1-1-2. Le Canada :

Les autorités Canadiennes ont mis l'accent sur la promotion de la santé à travers la sécurité et la santé environnementale de l'enfance et de l'adolescence. C'est ainsi qu'elles ont mis en place une politique de surveillance appelée approche globale de santé en milieu scolaire (AGSS). Elle constitue une approche intégrée de la promotion de la santé qui offre aux élèves nombres d'occasion d'observer et d'assimiler des attitudes et des comportements positifs et sains.

Elle a pour objet de renforcer l'importance de la santé de façon continue à différents niveaux et diverses manières. L'AGSS voit la santé comme une ressource de la vie quotidienne, elle reconnaît que bien des différends ont des répercussions sur la santé et le bien être des élèves, dont leur condition à la maison, à l'école et dans la communauté [2].

La disponibilité et la qualité des services de santé, les conditions économiques et sociales, ainsi que la qualité et les retombées des interventions en promotion de santé. L'AGSS constate que : trop d'enfants se blessent ou meurent parce que leur environnement n'est pas sécuritaire. Les blessures accidentelles constituent la cause principale de mortalité, de morbidité et d'incapacité chez les enfants au Canada.

Cette composante de l'unité a pour mission de réduire la fréquence des décès et des hospitalisations chez les enfants au Canada grâce à la production de ressources à l'intention des intervenants. En 1999-2000, elle concentrera ses activités dans les domaines suivants : la production d'images à l'intention des médias sur les thèmes de la sécurité et de la santé ; l'intégration de divers enjeux comme la sécurité par rapport à l'exposition au soleil ; les préoccupations relatives à l'environnement, les terrains de jeux etc. ; une synthèse des résultats de recherche susceptibles de susciter un regroupement communautaire et l'établissement de priorités en matière de prévention des blessures (notamment les études du coût, l'évaluation communautaire, l'analyse des enquêtes longitudinales) ; les questions environnementales d'actualité. Toutes ces initiatives prises n'ont pu empêcher qu'apparaissent des cas de rougeole au Québec.

Depuis le 19 Avril 2007, un total de 88 cas de rougeole, confirmés en laboratoire (55%) ou avec un lien épidémiologique avec un cas confirmé (45%), ont été rapportés au bureau de surveillance et de vigie du Ministère de la santé et des services sociaux. Le nombre de cas a commencé à s'accumuler vers la fin de Mai et c'est au cours du 17 Juin au 7 Juillet que l'éclosion a connu sa plus forte activité. En effet, plus de 41% des cas (36/88) sont survenus au cours de cette période de 21 jours. Depuis la semaine du 8 Juillet, on observe un ralentissement de l'activité de rougeole. Toutefois, avec la reprise scolaire, de nouveaux cas pourraient cependant survenir. Jusqu'à la date du 8 Juillet 2007, l'éclosion de rougeole ne s'est pas étendue au-delà des sept régions touchées (Estrie 32 ; Montérégie 27 ; Mauricie et centre du Québec 8 ; Laurentides 3 ; Montréal 8 ; Laradière 2 ; Bas- Saint- Laurent 3). L'âge des cas varie entre 1,4 et 46 ans ; l'âge moyen s'étend stabilisé autour entre 14,6 ans. Trois cas sur cinq (59%) sont âgés entre 7 et 16 ans. La majorité d'entre eux (77 ou 88%) sont considérés non immunisés.

Jusqu'à l'année dernière, neuf personnes ont été hospitalisées dont cinq enfants âgés entre 22 et 40 ans. Tous ont bien récupéré.

2-1-2. En Europe :

Dans les pays occidentaux, la santé scolaire est suffisamment prise en charge, parce que bien organisée.

On voit s'opérer actuellement en France et dans tous les pays de la Communauté Européenne, un élargissement des missions à la fois des sciences de la santé et de l'école. Parallèlement aux aspects curatifs, la médecine développe une visée préventive et l'école, parallèlement aux acquis disciplinaires, une visée proprement éducative. L'une et l'autre se rejoignent dans les actions d'information de chaque citoyen des risques qu'il prend à l'égard de sa propre santé, par le non-respect d'une hygiène de vie, de rythmes de vie équilibrés, par l'abus de consommation de produits toxiques, licites ou illicites, de médicaments, et plus généralement par le non-usage de moyens prophylactiques...

L'école, du fait de la permanence des habitudes de vie nuisibles à la santé, se trouve naturellement placée dans un rôle nouveau, proprement d'éducation à la santé. L'enjeu d'une égalité des droits de tous les citoyens à sauvegarder leur capital santé tient d'abord au respect des règles d'une hygiène de vie, au sein même de l'institution scolaire et hors d'elle, et ce, dès l'enfance. C'est que depuis les rapports de E. Levy sur la fatigue des écoliers français (1962), et de P. Valery sur les difficultés scolaires (1980), la France n'ignore plus les liens qui se tissent entre la réussite scolaire, la santé, le bien-être des jeunes et leurs conditions et habitudes de vie (en particulier l'alimentation et l'équilibre travail sommeil détente).

On sait tout l'intérêt à développer une médecine qui accompagne la scolarité et tente de réaliser «un suivi scolaire intégré, travaillant avec les

pédagogues pour examiner les élèves sous tous les angles et traiter leurs problèmes globalement» dans les établissements scolaires. Car la sauvegarde du «capital santé» de chacun et sa réussite scolaire tiennent pour une part appréciable au respect des règles élémentaires d'hygiène de vie. Cette sauvegarde du capital santé joue aussi un rôle proprement dynamique et fortement «éducatif» (dans le sens le plus large de ce terme) : l'école sait assurer ce rôle, en informant les adolescents des risques qu'ils prennent à l'égard de leur santé, et en les responsabilisant dans une démarche qui, loin de tomber dans le « catastrophique », vise à être essentiellement valorisante. Plus que l'absence d'infirmité ou de maladie, la santé est une qualité de vie comportant une dimension sociale, mentale, morale et affective tout autant que physique.

L'école a aussi s'en préoccupé pour une raison fondamentale, en raison de leur statut et de leur personnalité, les maîtres gardent toujours aux yeux de l'enfant un certain «prestige».

Les études sociologiques sur les degrés d'influence des adultes auprès des jeunes et sur les modèles d'identification confirment, qu'en dehors de leurs parents, c'est encore, pour la majeure partie de la jeunesse actuelle, les enseignants qui sont désignés comme personnes de référence.

Aussi, dans la société française actuelle, se dégage un souhait largement partagé sur la nécessité de cette éducation à la santé et sur l'importance de son enjeu pour tous les enfants et notamment ceux des catégories les plus démunies socialement ou culturellement.

Il n'est donc pas surprenant que la mission d'éducation à la santé soit réaffirmée en France comme l'une des trois missions prioritaires du service de santé scolaire, de nouveau intégré, depuis 1985, au Ministère de l'Education nationale. Par des dispositions réglementaires parues au

Bulletin Officiel depuis une quinzaine d'années sur les activités périscolaires menées au sein de l'école, le Ministère invite à développer dans le cadre scolaire une prévention de la santé individuelle et collective. Comme si l'enjeu d'une égalité des droits de tous au bien-être tenait à la place que l'école fait à l'éducation, entendue au sens le plus large du terme.

L'éducation pour la santé trouve donc sa justification dans les données de santé publique qui soulignent aujourd'hui l'importance des comportements de mauvaise hygiène de vie et de prise de risques comme facteurs explicatifs de la majorité des décès considérés comme prématurés et évitables.

- **Education, Prévention ou Promotion à la Santé**

- On entend par «**éducation à la santé**» «l'ensemble des actions de partage du savoir, de l'accès à l'information qui permettent à chacun de prendre connaissance des risques qu'il prend par ses comportements, ses habitudes de vie à l'égard de son propre bien-être» [19].

Actuellement, l'état des connaissances des sciences médicales laisse apparaître clairement que, parmi les facteurs qui constituent le processus de santé, certains dépendent de l'environnement. On avance même que l'environnement tiendrait pour un tiers dans le poids de ces facteurs ; et que la connaissance de ces facteurs nuisibles entrerait dans toute démarche préventive M. Tubiana. Doté au départ d'un certain patrimoine génétique inaliénable, l'être humain subit, de la part de son environnement, toute une série d'influences qui peuvent être bénéfiques à sa santé mais aussi nuisibles, de sorte que le processus de santé est l'histoire de l'enchevêtrement complexe entre ces diverses influences : capital génétique, conditions et habitudes de vie, environnement.

Intégrée dans l'école, une éducation pour la santé peut d'abord faire comprendre à tout un chacun ce que recouvre le processus de santé : «Plénitude de vie, harmonie dynamique de l'homme avec lui-même et avec son milieu...dont l'objectif est d'enrichir chacun de ses dons» (P. Valéry). Le but de l'éducation à la santé est de «permettre à chacun de tirer une partie maximale de ses capacités, compte tenu de son héritage génétique», de réussir à faire adopter par chacun les modes de vie par lesquels il tente de sauvegarder son capital de santé. Dans ce sens, l'éducation pour la santé consiste à mettre en place, dans le cadre de l'école elle-même, des mesures qui développent la prévention.

- On distingue couramment : **la prévention primaire**, qui vise à empêcher qu'un trouble, un processus ou un problème ne se produise ; la prévention *secondaire*, destinée à reconnaître et, une fois qu'il est reconnu, à supprimer ou à modifier dans un sens positif, et le plus rapidement possible, un trouble, un processus ou un problème ; la prévention *tertiaire*, qui a pour but d'enrayer ou de retarder la progression d'un trouble, d'un processus ou d'un problème et de ses séquelles alors même que persiste la situation qui l'a suscité.

Dans le sens courant du terme, la prévention se confond souvent avec le dépistage : «toute action médicale visant à un diagnostic précoce des maladies infectieuses». Pourtant, la notion de prévention est, en réalité, une notion bien plus large. Elle désigne l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective, au sens de : assurer l'intégrité physique et mentale et de développer les capacités vitales de chaque individu, réduire les menaces que font peser sur les individus et les groupes, leurs environnements physique, psychologique et social. C'est dire que dans le cadre de la santé, la notion de prévention se réfère au sens premier du terme tel que le dictionnaire

robert le définit : «Précéder, devancer, aller au-devant de quelque chose, en devancer l'heure».

Ainsi, l'école actuelle, en raison même du pouvoir dont elle dispose, en raison de sa position critique et de sa vocation démocratique, peut se donner entre autres tâches, celles de distribuer des connaissances scientifiques qui soient réactualisées en permanence sur l'hygiène de vie et les moyens de conserver la santé par des modes de vie adéquats.

- Le rôle spécifique des éducateurs (enseignants et autres membres de la communauté éducative) est, alors de **promouvoir** la santé en milieu scolaire en : soutenant l'élève dans l'accès aux informations et en l'aidant à acquérir des connaissances scientifiques sur ce qui préserve la santé des individus, créant au sein de l'école des situations où l'élève peut adopter des comportements et des attitudes positives (et non à risque), favorisant l'ouverture de l'école aux compétences extérieures et à l'utilisation de méthodes spécifiques. A la différence de l'éducation à la santé, la promotion passe nécessairement par une maîtrise des savoirs, des savoir-faire et de savoir être des individus, qui concernent leur bien-être.

Actuellement des analyses concordent pour montrer que les inégalités en matière de santé renforcent les autres inégalités qui s'expriment dans le champ social. En développant une éducation pour la santé, l'école a aussi un rôle de promotion de la santé. Pour cela, elle doit, auprès de chacun des citoyens : faire acquérir les notions et les pratiques d'hygiène et de sécurité, prévenir des accidents et des fléaux sociaux comme les toxicomanies ou les prises de risque, faciliter l'accès au savoir «sur ce qui sauvegarde la santé comme capital bien-être des individus». La promotion de la santé au sein de l'éducation ne peut avoir de sens que dans le cadre d'une définition de l'éducation globale qui ne

se limiterait pas à un enseignement théorique mais qui se donnerait aussi pour objet de faire servir cet enseignement à l'éducation de la personnalité. Toutes ces questions sont au cœur du débat actuel de la promotion de la santé dans l'école et des fonctions proprement sociales de celle-ci : si l'on veut inscrire chez l'enfant des gestes et des habitudes qui servent à l'adulte futur, si l'on veut prévenir la maladie et parvenir à «entretenir un système social favorable à la survie et au bien-être de ses membres», il faut agir dès la petite enfance. Car le temps passé à l'école représente un temps d'une durée considérable dans la vie de l'adolescent.

2-1-3. En Afrique :

2-1-3-1. En Côte D'ivoire :

La santé scolaire est confié aux Centres de Santé Scolaire et Universitaire (CSSU), qui sont des unités de soins répartie dans toutes les grandes régions du pays avec un dispositif plus étoffé à Abidjan où toutes ses 20 Communes en possèdent un ou deux. Les travaux déjà menés par le CSSU sont : le dépistage des affections oto-rhino-laryngologique du VIH, les maladies Psychiatriques, la drépanocytose...

2-1-3-2. Au Mali :

Au début des années d'indépendances, un service appelé : Centre Médico-scolaire faisait des efforts dans le sens de la prise en charge de la santé scolaire. Plutard, ce Centre a été transformé en Centre Médico-scolaire et sportif. Aujourd'hui, ce Centre n'existe que de nom. Cependant, la population scolaire est de plus en plus grandissante.

Le gouvernement fait des efforts à travers le "PRODEC" pour améliorer le taux de scolarisation.

Le programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC) tire son essence dans le programme d'investissement sectoriel de l'éducation (PISE).

Ainsi, les objectifs du PRODEC visent la refondation du système éducatif malien dans son ensemble pour atteindre l'objectif de l'éducation de base de qualité pour tous. Cette refondation a pour finalité :

- La formation d'un citoyen nouveau, capable de participer pleinement au développement de son pays, un homme libre, conscient de ses responsabilités et ses obligations d'être un membre actif d'une société démocratique respectueuse de droits fondamentaux de l'homme et du citoyen ;
- Le développement chez l'élève du sens de l'autonomie et de l'initiative et la facilitation chez lui de l'acquisition d'habileté susceptible de l'aider à accéder à des types d'emplois et d'auto-emplois à la fin de chaque cycle d'enseignement ;
- L'utilisation concomitante des langues maternelles et du français ;
- La promotion d'un enseignement essentiellement pratique, axé sur les réalités du pays et orienté vers les technologies nouvelles ;
- La mobilisation des ressources de l'Etat, des collectivités territoriales, du privé et des partenaires techniques et financiers, le rééquilibrage des dépenses par ordre d'enseignement ;
- La maîtrise du budget des charges récurrentes par une gestion rationnelle des ressources allouées. Dans un contexte décentralisé, le PRODEC comporte onze (11) axes prioritaires qui se veulent une traduction opérationnelle de la politique éducative du Mali. Ce sont :

a) Une éducation de base de qualité pour tous : Un enfant ne pourra apprendre que s'il est en bonne santé 'un esprit sain dans un corps sain'

- b)** Un enseignement professionnel adapté aux besoins de l'économie ;
- c)** UN enseignement secondaire général et technique rénové et performant ;
- d)** Un enseignement supérieur de qualité répondant à besoins prioritaires et aux coûts maîtrisés ;
- e)** Une utilisation des langues maternelles dans l'enseignement formel concomitamment avec le français ;
- f)** Une politique du livre et du matériel didactique opérationnel ;
- g)** Une politique soutenue de formation des enseignants ;
- h)** Un partenariat véritable autour de l'école ;
- i)** Une restructuration et un ajustement nécessaires à la refondation du système éducatif.
- j)** Une politique de communication centrée sur le dialogue et la concentration avec tous les partenaires.
- k)** Une politique de financement du système éducatif, soutenue, équilibrée, rationnelle et s'inscrivant dans la décentralisation.

Malgré tous ces efforts déployés par le gouvernement de la république du Mali, les services de prise en charge de la santé scolaire disparaissent.

Même s'il n'existe que de nom, le Centre Médico-scolaire et sportif a mené des études avec l'aide des épidémiologistes pour dépister certaines pathologies en milieu scolaire, connaître leurs fréquences, trouver des moyens de préventions et traiter les cas déjà existant. Il s'agit d'une enquête épidémiologique sur la carie dentaire réalisée à l'école primaire de Kati Camp C et D, entre Mars et Juin 1990. Dans le but de faire une étude de prévalence de la carie en milieu scolaire sur l'ensemble des élèves, ils n'ont dénombré aucune dent obturée, alors qu'il y avait 526 dents cariées et 105 dents absentes. Une étude a été menée pour connaître la prévalence et perception de la Schistosomiase en milieu scolaire périurbain de Bamako [23]. Elle révèle une extension

des foyers bilharziens vers les Centres Urbains. La prévalence de *Schistosoma haematobium* et de *Schistosoma mansoni* y est respectivement de 69,8% et 8,7%. Les garçons sont les plus infectés par *S. haematobium* que les filles, mais la prévalence de *S. mansoni* est comparable entre les deux sexes. Enfin une enquête pour l'étude des aspects épidémiologiques et étiologiques des teignes en milieu scolaire a été effectuée. Le taux de prévalence des teignes a été estimé à 4,4% chez les garçons et 2,1% chez les filles.

II-2. Les définitions :

1- La plaie : solution de continuité au niveau du revêtement cutané ou de la muqueuse.

2- La grippe : maladie infectieuse et contagieuse due aux Myxovirus influenzae A, B et C.

3- La pharyngite : c'est l'inflammation du pharynx.

4- Le paludisme : maladie infectieuse endémique provoquée par des parasites du genre *Plasmodium* et transmise à l'homme par la piqûre des femelles de moustiques du genre Anophèle.

5- Entorses : l'ensemble des lésions articulaires issues d'un déboîtement incomplet et passager d'une articulation ce sont des lésions articulaires ; elles peuvent être associées à une lésion ligamentaire.

6- Pubalgie : douleurs localisées à la région inguino-pubienne.

7- La conjonctivite : c'est une inflammation des conjonctives.

8- La broncho-pneumopathie : c'est une affection atteignant simultanément les bronches et le parenchyme pulmonaire.

9- La gingivite : c'est une inflammation de la gencive.

10- Courbature : douleur musculaire, en particulier dans les membres et état de fatigue dus à un effort prolongé ou à un état fébrile.

11- Asthénie : Manque de force, état de dépression et de faiblesse.

12- Candidose : C'est une affection subaiguë ou chronique ; causée par des champignons appartenant au genre candida (*candida albicans*). L'infection atteint principalement la peau et les muqueuses.

13- Fièvre typhoïde : Maladie infectieuse contagieuse due à *Salmonella typhi* et caractérisée anatomiquement par l'inflammation et l'ulcération des plaques de Peyer, avec une congestion de la rate et des ganglions mésentériques.

14- Amygdalite : C'est une inflammation des amygdales.

15- Panaris : Illumination phlegmoneuse du doigt, en particulier au niveau de la troisième phalange.

16- Mycose : Une affection provoquée par un champignon parasite.

17- Crampe : Contraction involontaire douloureuse, spasmodique et transitoire d'un ou de plusieurs muscles.

18- La contusion : Lésion traumatique produite par un choc violent sans solution de continuité de la peau.

19- La carie dentaire : Dégradation du tissu osseux d'une ou des dent(s) aboutissant à son ramollissement et sa destruction.

20- Oreillons : il s'agit d'une infection des glandes parotides.

21- Varicelle : est une maladie infectieuse éruptive due à un virus, *herpes virus* varicelle. L'éruption concerne généralement le tronc et le cuir chevelu.

22- Teigne : Localisations de dermatophytes (champignons ayant une affinité pour la kératine) au niveau du cuir chevelu.

23- Gale : La gale est une infection cutanée, parasitaire due à un acarien.

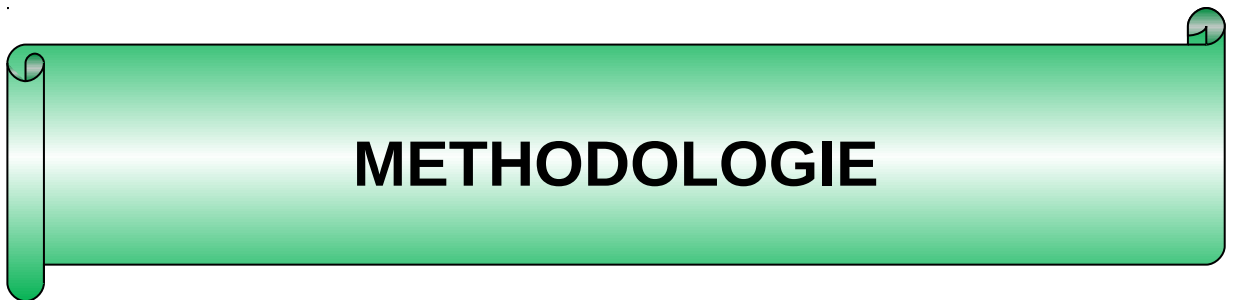
24- Pédiculose : Affection cutanée provoquée par les poux.

25- Pied d'athlète : Le pied d'athlète est une infection des intertrigos due à un champignon du genre candida.

26- Syndrome Ulcéreux : C'est un syndrome douloureux postprandial résumant très souvent l'essentiel de la maladie ulcéreuse que celle-ci soit gastrique ou duodénale.

27- Syndrome néphrotique : c'est un trouble de la perméabilité capillaire glomérulaire, caractérisé par une importante protéinurie ≥ 3 g/24h, une hypo-protidémie < 60 g/l, une hypo-albuminurie < 30 g/l.

28- Schistosomiase : maladie parasitaire due a des vers du genre Schistosoma.



METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE ET MATERIEL:

3-1. Le cadre d'étude :

L'étude a été menée dans le District de Bamako à Niamakoro, à l'Ecole Publique (Second Cycle). Les élèves ont été suivis en classe et sur le terrain d'éducation physique (au grand terrain de Football à Niamakoro).

3-2. Type d'étude :

C'était une étude transversale portant sur les élèves du Second Cycle de Niamakoro.

3-3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée durant 5 mois de Février à Juin 2008

3-4. Population d'étude :

Il s'agissait de l'ensemble des élèves du Second Cycle de Niamakoro 7^e, 8^e et 9^e année fondamentale.

3-5. Demande d'autorisation et accord :

Des demandes d'autorisation ont été adressées à la direction de l'école et aux parents d'élèves (ils ont été informés que le frais de traitement et des examens complémentaires seront à la charge des parents d'élèves).

3-6. Elaboration de la fiche d'enquête :

3-7. Matériels :

Il était constitué de :

- une fiche d'enquête sous forme de questionnaire.
- une pèse personne.
- un mètre ruban.
- une tension mètre.
- un thermomètre.

3-8. Echantillonnage :

Exhaustif et a porté sur tous les élèves qui fréquentaient les trois classes.

3-9. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude tous les élèves des trois classes du second cycle fondamental de Niamakoro.

3-10. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude les élèves du premier cycle de l'école fondamentale.

3-11. La collecte des données :

La collecte a été effectuée en suivant les élèves sur le terrain d'Education physique, pour enregistrer les cas d'accidents traumatiques et à l'école pour les accidents non traumatiques. Les cas étaient consignés dans un registre.

3-12. Traitement et l'analyse des données :

Les données ont été saisies sur Microsoft Word et Excel.

3-13. Aspect éthique et déontologique :

La direction de l'école et les parents d'élèves ont été informés de l'intérêt et de l'objet de l'étude.

3-14. Le déroulement du Sport :

La 7^e année : le Lundi de 6 Heures 30 mn à 7 Heures 30 mn.

Mercredi de 6 Heures 30 mn à 7 Heures 30 mn.

La 8^e année : le mardi de 6 Heures 30 mn à 7 Heures 30 mn.

Jeudi de 16 Heures 30 mn à 17 Heures 30 mn.

La 9^e année de : jeudi de 16 Heures 30 mn à 17 Heures 30 mn.

Samedi de 6 Heures 30 mn à 7 Heures 30 mn.

3-15. Diagramme de GANTT :

Périodes	Janv 08	Fev 08	Mars 08	Avr 08	M 08	Jn 08	Jul 08	A 08	Sept 08	Oct 08	Nov 08	Déc 08
Activités												
Demande d'autorisation et accord de la direction et des parents d'élèves												
Recherche bibliographique												
Elaboration de la fiche d'enquête												
Protocole de thèse												
Enquête												
Analyse des données												
Correction thèse												
Accouchement												
Congé de maternité												
Suite de la correction												
Soutenance												



RESULTATS

IV. RESULTATS :

Nous avons recensé 97 élèves ayant consulté pour maladies diverses. Ces patients sont répartis comme suit :

TABLEAU I : Répartition selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage %
Filles	58	59,80
Garçons	39	40,20
Total	97	100

Les filles ont représenté le plus grand pourcentage de notre échantillon avec 59,80%.

Graphique : 1



TABLEAU II : Répartition selon la taille.

A- Chez les filles.

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage %
150- 155	0	0
156- 160	24	41,38
> 160	34	58,62
Total	58	100

Les filles qui ont plus de 160cm de taille ont représenté 58,62% de l'échantillon.

B- Chez les garçons.

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage %
150- 155	1	2,56
156- 160	10	25,64
> 160	28	71,80
Total	39	100

Les garçons qui une taille de plus 160cm ont représenté 71,80% de l'échantillon.

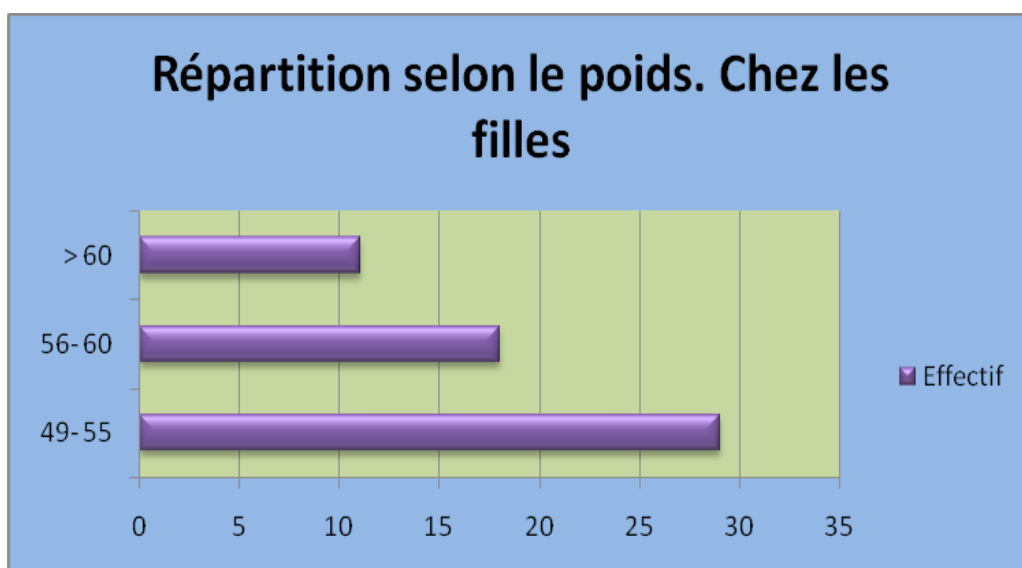
TABLEAU III : Répartition selon le poids.

A- Chez les filles.

Poids (Kg)	Effectif	Pourcentage %
49- 55	29	50
56- 60	18	31,03
> 60	11	18,97
Total	58	100

Les filles qui ont un poids [49-55] ont représenté 50% de l'échantillon.

Graphique : 2



B- Chez les garçons

Poids (Kg)	Effectif	Pourcentage %
49-55	18	46,15
56- 60	16	41,03
> 60	5	12,82
Total	39	100

Les garçons dont le poids est compris [49-55] ont représenté 46,15% de l'échantillon.

Graphique : 3

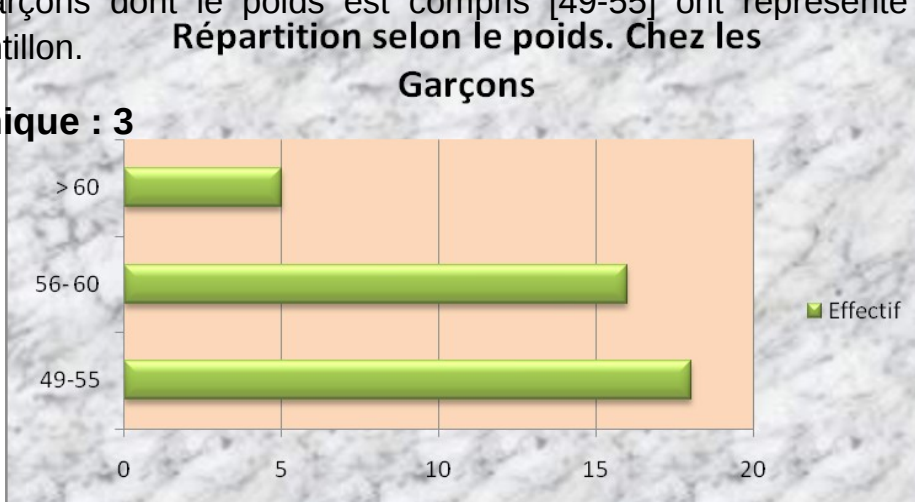


TABLEAU IV : Répartition selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge (année)	Effectif	Pourcentage %
13- 17	90	92,78
18- 21	7	7,22
Total	97	100

La tranche d'âge de 13 à 17 ans a représenté 92,78% de l'échantillon.

TABLEAU V : Répartition selon la classe.

Classe (année d'étude)	Effectifs	Pourcentage %
7 ^e	30	31
8 ^e	35	36
9 ^e	32	33
Total	97	100

Les élèves de 8^e année ont représenté 36% de l'échantillon et ceux de la 9^e année 33% de l'échantillon.

Tableau VI : Fréquence des pathologies infectieuses rencontrées au cours de l'année scolaire.

	Fréquence absolue	Fréquence relative
Syndrome palustre	19	25
Pathologies fongiques	9	11,7
Pathologies ORL	9	11,7
Pédiculose	7	9,2
Syndrome grippal	4	5,4
Teigne	4	5,4
Varicelle	4	5,4
Bilharziose urinaire	4	5,2
Conjonctivite	3	3,9
Helminthiase Intestinale	3	3,9
Carie dentalgie	2	2,6
Panaris	2	2,6
Broncho-pneumopathie	2	2,6
Gale	2	2,6
Fièvre typhoïde	1	1,3
Furonculose	1	1,3
Total	76	100

Sur les 76 cas de pathologies infectieuses, le syndrome palustre a été le plus fréquent avec 19 cas soit 25% suivi par les Pathologies fongiques et Pathologies ORL 11,7% chacune.

Tableau VII : Fréquence des accidents traumatiques rencontrés au cours de l'année scolaire.

	Fréquence absolue	Fréquence relative
Plaie	7	44
Entorse	5	31,1
Crampe	2	12,5
Pubalgie	1	6,2
Contusion	1	6,2
Total	16	100

Sur les 16 cas d'accidents traumatiques, la plaie a été la plus fréquente avec 7 cas soit 44% suivi par l'entorse 5 cas soit 31,1%.

Graphique : 4

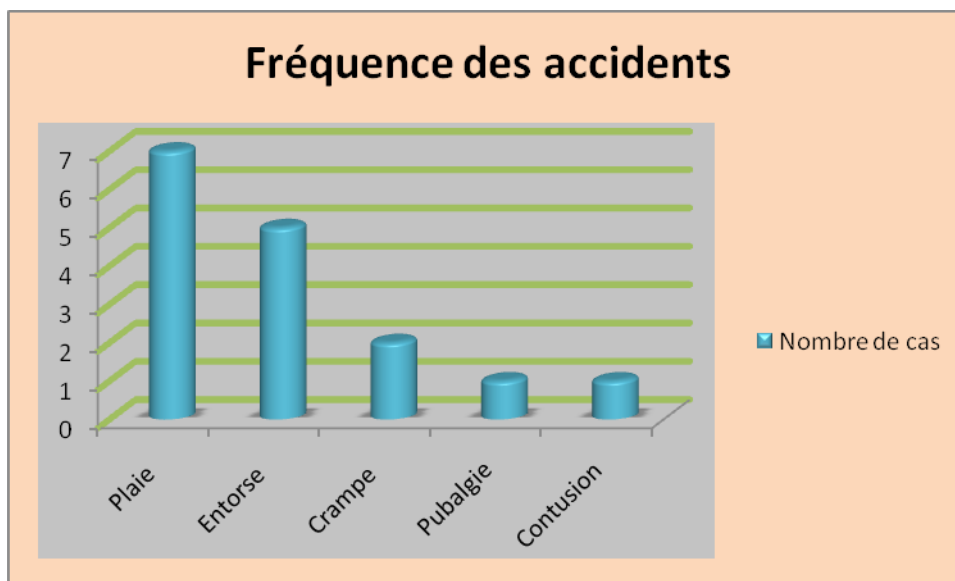


Tableau VIII : Fréquence des pathologies non traumatiques et non infectieuses rencontrées au cours de l'année scolaire.

Fréquence	Fréquence absolue
-----------	-------------------

	absolue	
Syndrome ulcéreux	2	40
Asthénie	1	20
Courbature	1	20
Syndrome nephrotique	1	20
Total	5	100

Sur les 5 cas de pathologies non traumatiques et non infectieuses, le syndrome ulcéreux a été le plus rencontré avec une fréquence de 40% suivi par Asthénie, Courbature Asthénie, Syndrome nephrotique

TABLEAU IX : *Moyenne des paramètres anthropométriques.*

A- Chez les filles.

Paramètres	Moyennes
Poids (kg)	63,83
Taille (cm)	161
I.Q	24,55

Le poids moyen chez les filles a été 63,83 kg avec des extrêmes de 49,5 à 70 kg.

La taille moyenne a été de 161 cm avec des extrêmes de 161 à 170 cm. L'indice de Quételet est égal 24,55.

B- Chez les garçons.

Paramètres	Moyennes
------------	----------

Poids (kg)	56,07
Taille (cm)	162
I.Q	21,40

Le poids moyen chez les garçons a été de 56,07 kg avec des extrêmes de 49,5 à 62 Kg. La moyenne a été de 162 cm avec des extrêmes de 155 à 170 cm. L'indice de Quételet est égal 21,40.

Tableau X : Répartition des patients selon les pathologies rencontrées.

Nature	Effectifs	Pourcentages %
Pathologies infectieuses	76	78
Pathologies Traumatiques	16	17
Pathologies non traumatiques et non infectieuses	5	5
Total	97	100

Les pathologies infectieuses ont représenté 78% de cas, suivies par les pathologies traumatiques.

Graphique : 5

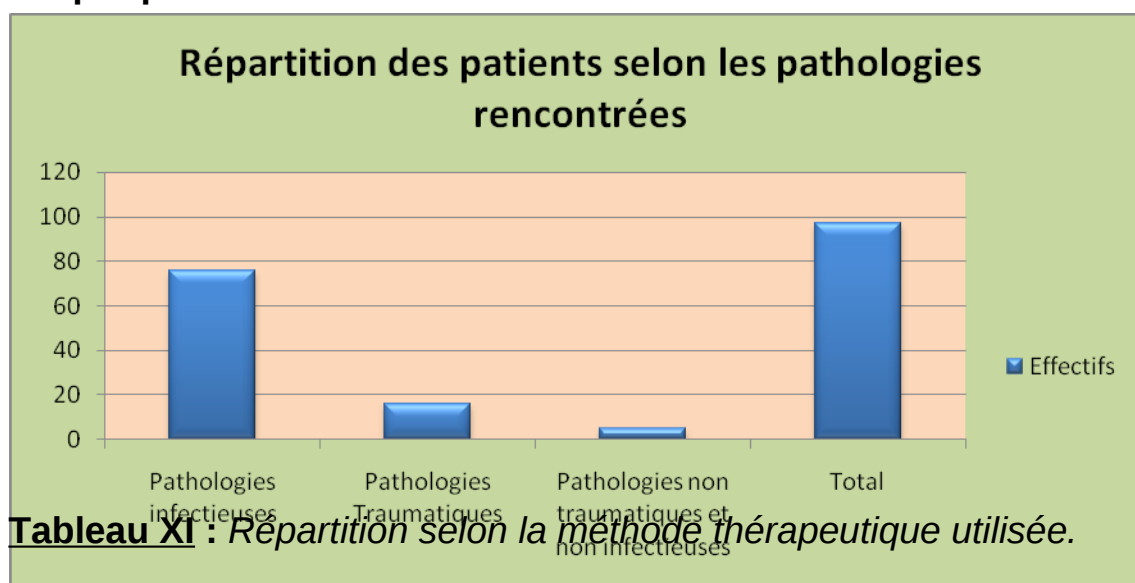


Tableau XI : Répartition selon la méthode thérapeutique utilisée.

Fréquence absolue	Pourcentage %
-------------------	---------------

Traitement médical	77	79,4
Traitement chirurgical	0	0
Médecine traditionnelle	18	18,54
Médecine chinoise	2	2,06
Total	97	100

79,4% de nos patients ont eu recours à la médecine moderne et 18,54% se sont intéressés à la médecine traditionnelle.

Tableau XII : Répartition selon l'évolution au cours de l'année scolaire.

	Fréquence absolue	Pourcentage %
Bonne au bout de 7 jours	25	25,77
Bonne au bout de 14 jours	24	24,74
Bonne au bout de 21 jours	3	3,09
Bonne au bout de 28 jours	20	20,63
Mauvaise au bout de 7 jours	0	0
Mauvaise au bout de 28 jours	25	25,77
Total	97	100

25,77% ; 24,74% ; 3,09 et 20,63 de nos pathologies ont eu une évolution favorable respectivement au bout de 7 jours ; 14 jours ; 21 jours et 28 jours tandis que 25,77% ont eu une évolution non favorable.



COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

5-1. Le cadre d'étude, le type d'étude et la période d'étude

Nous avons mené une étude prospective et transversale allant de février 2008 à juin 2008 soit une période de cinq (5) mois à l'Ecole Fondamentale de Niamakoro (Commune VI du District de Bamako).

- **Les difficultés rencontrées**

Elles furent les suivantes :

Toutes nos pathologies n'ont pu être confirmées par des examens complémentaires, faute de moyens et souvent par négligence.

La mauvaise observance et le non paiement des ordonnances nous ont aussi beaucoup handicapé dans ce travail.

5-2. Population étudiée

5-2-1. Le sexe

Notre échantillon a été exhaustif avec 332 élèves. Il était composé de 200 garçons et 132 filles avec un sexe ratio de 1,51 en faveur des garçons. Cette valeur comparable à celle retrouvée par Balam A. qui était de 1,80 [4] en faveur des garçons. La différence de scolarisation entre filles et garçons peut s'expliquer en partie par le concept socioculturel défavorable à la scolarisation des filles.

5-2-2. L'âge

La moyenne d'âge des élèves a été de $15,4 \pm 1,7$ avec des extrêmes de 13 et 21 ans. Valeur supérieure à celle retrouvée par Balam A. qui était de $9,9 \pm 2,6$ [4]. Cette différence d'âge s'explique par le fait que l'échantillon de Balam concernait le Premier Cycle de l'enseignement fondamental.

5-2-3. Le rapport poids / taille

- Chez les garçons : l'indice de Quételet a été de 21,4 ; cette valeur est comparable à celle retrouvée par Diakité A et Traoré W. respectivement 21,91 et 21,28 [9, 28].

- Chez les filles : l'indice de Quételet a été de 24,55 proche de la limite supérieure de la valeur normale de l'indice de Quételet.

NB : la valeur normale est située entre 18,5 et 25.

5-3. Epidémiologie des pathologies

5-3-1. Les pathologies infectieuses

Elles ont représentée 78% des maladies infectieuses soit 76 cas.

5-3-1-1- Le Syndrome palustre

Il fut le plus représenté soit 25% des pathologies infectieuses. Ce taux est inférieure à celui retrouvé par BALAM au Mali en 2007 qui trouvait 43,78% cela s'explique par le fait que notre étude s'est déroulée après la période du pic du paludisme (mois de Septembre) et elle n'a concerné que la tranche d'âge de 13 à 21 ans. Contrairement à celle de Balam qui s'est déroulée en partie à la période du pic du paludisme. Mais il est comparable à celui retrouvé par l'étude ivoirienne et réalisée à Taabo village qui variait entre 25,4 à 52,7%.

5-3-1-2- Les pathologies ORL

Elle occupe le second rang avec de 11,7% des pathologies infectieuses. Ce taux est inférieur à celui retrouvé ADJOUA R.P. & Co. qui trouvaient 63,9% [1], cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude ivoirienne s'est déroulée dans 4 établissements scolaires donc avec un plus grand échantillon (2096 élèves).

5-3-1-3- Les pathologies mycosiques

Nous avons recensé 9 cas d'affections mycosiques correspondant à 11,7% des pathologies infectieuses. TRAORÉ M., en 1988 à l'Institut Marchoux en a trouvé 48,9% [27] ; ce grand écart s'explique par le fait que l'étude de Traoré M. s'est étalée sur 12 mois.

5-3-1-4- Pédiculose

Elle a représentée 9,2% des pathologies infectieuses, ce taux est inférieur à celui retrouvé par Diallo A. F. [10] à l'école de Boulkassombougou qui était de 41,5% mais comparable à celui retrouvé en France qui variait de 0,5 à 20% chez les enfants d'âge scolaire [13]. Ce faible taux peut s'expliquer par le fait que la fréquence de la pédiculose diminue avec l'âge.

5-3-1-5- Le Syndrome grippal

Il a représenté 5,4% des pathologies infectieuses. Traoré W. [28] avait retrouvé 4,8% lors de son étude et aussi au mois de février comme dans notre cas. Cela témoigne de la présence constante de ce virus dans la population et surtout en période de froid.

5-3-1-6- Teignes du cuir chevelu

Les 4 cas de teignes rencontrés ; ont représenté 5,2% des pathologies infectieuses. Berthé H.F. en a retrouvé 14,2% lors de son étude pour des enfants de 4 à 9 ans [5] mais taux d'infection comparable à notre taux pour la tranche d'âge de 10 à 14 ans qui était de 4,1% [5]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la fréquence des Teignes du cuir chevelu diminue avec l'âge.

5-3-1-7- La Varicelle

Les 4 cas rencontrés pendant la période chaude témoignent de la présence de ce virus pendant la chaleur. Dans la littérature nous n'avons pas trouvé de données pour faire la comparaison.

5-3-1-8- Bilharziose urinaire

Dans notre étude elle a représentée 5,2% des affections, ce taux n'est comparable à celui trouvé par H. Sangho & Co. à Magnambougou qui était de 59,4% [23]. Cette différence s'explique par le fait que

Magnambougou n'est pas loin du fleuve Niger. Ces 4 cas de Bilharziose urinaire témoignent de la persistance de la schistosomiase dans nos écoles malgré la politique de déparasitage systématique mise en place par le gouvernement malien.

5-3-1-9- Helminthiases intestinales

Elles ont représenté 3,9% de nos pathologies infectieuses, ce taux est inférieur à celui retrouvé en Côte d'Ivoire qui était de 26,5% pour la tranche d'âge de 10 à 14 ans [22] et de 28,3% pour la tranche d'âge de 15 à 19 ans [22] .

5-3-1-10- La carie dentaire:

Nous avons rencontré 2 cas de mal de dent au cours de notre étude soit 2,6%. Ce taux est faible par rapport à celui trouvé par M. Diombana & Co. en 1990 à Kati qui était de 57,7% cet écart de pourcentage peut s'expliquer par le fait que l'étude de Diombana s'était déroulée dans 3 écoles primaires.

5-3-1-11- Broncho-pneumopathie

Nous avons rencontré 2 cas de broncho- pneumopathie au cours de notre étude. Traoré W. a trouvé un cas de broncho-pneumopathie [28].

5-3-1-12- Panaris

Nous en avons retrouvé 2 cas autant que Traoré W. lors de son étude.

5-3-1-13- Furonculose

Un seul cas a été diagnostiqué au cours de notre étude. Nous n'avons trouvé une documentation comparative.

5-3-1-14- Fièvre typhoïde:

Un seul cas a été rencontré au cours de notre étude.

5-3-2. Accidents sportifs

Au cours de cette étude, 16 cas ont été rencontrés soit 7% des pathologies. Traoré W. [28] en a retrouvé 67 soit 64,42% cette différence s'explique par le fait que son étude concernait des footballeurs.

5-3-3. Selon la nature

Les plaies ont été les accidents sportifs les plus fréquemment rencontrés avec 7,21%, suivies des entorses 5,15%. Ces résultats sont de loin inférieurs à ceux retrouvés par Waly : entorse 29,86%, plaie 17,92% et aussi par Diakité A. : 21% pour les entorses.

La différence pourrait s'expliquer par le faite que nos élèves n'avaient que deux séances d'éducation physique dans la semaine.

5-3-4. Pathologies non traumatiques et non infectieuses

Elles ont représenté 5% des pathologies totales. Traoré W. avait retrouvé 7,6% chez ses joueurs.

5-3-4-1. Le Syndrome Ulcéreux

Les 2 cas ont été retrouvés chez une fille et un garçon. Traoré W. en avais retrouvé 1 cas chez un de ses joueurs.

5-3-4-2. Asthénie et Courbature générale :

Elles ont été considérées comme la résultante d'une rupture d'équilibre entre les réactions d'adaptations déclenchées par l'exercice physique et le processus de récupération. Traoré W. avait fait le même constat au cours de son étude.

5-3-4-3. Syndrome néphrotique :

Considéré comme un trouble de la perméabilité capillaire glomérulaire, un seul cas a été diagnostiqué par le service de néphrologie du Point G. après des examens complémentaires.

5-4. TRAITEMENT :

Le coût du traitement était pris en charge entièrement par les parents d'élèves, mais ceux-ci, pour des raisons économiques, n'achetaient pas des médicaments ou dans certains cas ne les achetaient pas à temps.

5-4-1. Médical :

Les moyens suivants ont été utilisés tels que la glace, l'acide niflumique pommade, le diclofenac comprimé, le paracétamol comprimé, l'acide acétylsalicylique, le repos en association ou seul dans les différents sportifs ont donné de très bons résultats.

Quant aux affections infectieuses et autres, leur traitement selon leur étiologie et leur gravité ont été traités par les antibiotiques : l'amoxicilline gélule. La ciprofloxacine comprimé, Omeparazole gélule, Metronidazole comprimé, la nystatine Ovule, les antipaludiques SP, quinine 300 mg, Sels de quinine ; les déparasitants : l'albendazole comprimé ; les antifongiques : mycoster crème ou en lotion ; griséofulvine, associé ou non au repos a donné des résultats très satisfaisants.

Le rasage des cheveux, l'utilisation des champoings associés à l'hygiène corporelle ont aussi servi de traitement.

5-4-2. Autres :

Certaines couches de notre échantillonnage, c'est-à-dire, les élèves, ont fait recours à la prestation des guérisseurs traditionnels.

Cette pratique, fréquemment utilisée dans la société malienne, peut souvent s'avérer davantage nuisible à la santé pour des raisons ci-après :

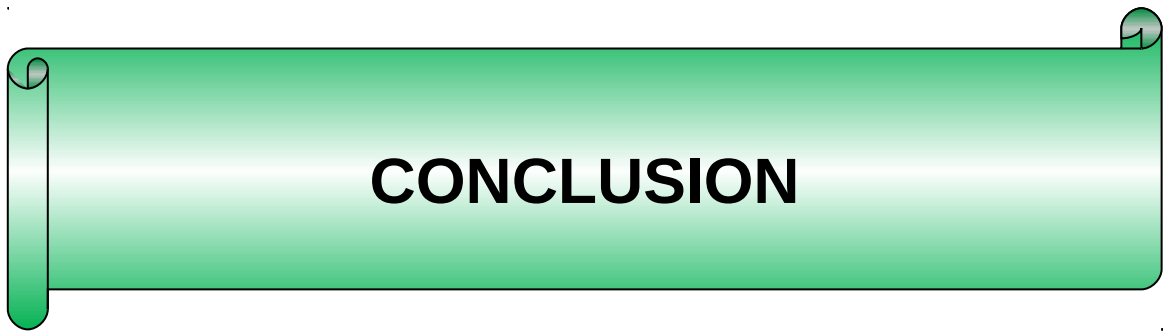
- l'effectivité du traitement sans examen complémentaire ;
- le manque de dosage rationnel de ces thérapeutiques traditionnelles ;

- et les effets secondaires subis selon les patients.

A l'analyse, le constat général qui pourrait s'imposer est que les délais de récupérations de ces traitements thérapeutiques traditionnels sont nettement supérieurs à la norme de la médecine moderne pratiquée dans les mêmes maladies.

5-5. EVOLUTION :

Elle a été très satisfaisante dans tous les cas où les médicaments ont été achetés à temps, et où le malade a suivi une bonne observance. Mais dans certains cas il y a eu des problèmes parce que les médicaments n'ont pas été achetés à temps, où les malades ne prenaient pas correctement les médicaments.



CONCLUSION

CONCLUSION :

Au terme de notre étude, nous estimons que vu la fréquence et la diversité des pathologies rencontrées, les élèves ont besoin d'un suivi médical correct à l'école.

Les maladies infectieuses avec un taux de 78% toutes pathologies confondues et avec surtout comme première cause le syndrome palustre (25%des maladies infectieuses) ont constitué une proportion non négligeable des pathologies chez nos élèves.

Les accidents sportifs ont représenté 17% dans notre échantillon.

Quant aux pathologies non infectieuses et non traumatiques, elles ont représenté 5% dans notre étude.

Au vu de ces résultats nous formulons les recommandations suivantes.



RECOMMANDATIONS

VI. RECOMMANDATIONS

6.1. Recommandations aux parents d'élèves et aux élèves.

6-1-1. Parents d'élèves :

- de faire un suivi correct de la santé de leurs enfants.

- De veiller à ce que chaque dorme sous une moustiquaire imprégnée
- De faire un placement pour la prise en charge des soins des enfants en cas de maladie.

6-1-2. Élèves :

- De faire valoir leur connaissance en matière de santé.
- De suivre les consignes données par les agents de la santé.

D'utiliser les moustiquaires imprégnées.

Les différents cas de pathologies rencontrés au cours de notre étude débouchent sur les recommandations suivantes.

- **Syndrome palustre :**

Les mesures appropriées pour éviter le paludisme sont :

- l'assainissement de notre cadre de vie ;
- la destruction des nids de moustiques ;
- l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

- **Les pédiculoses, la teigne et la gale :**

La prévention des ces différentes maladies demande une hygiène corporelle totale (vestimentaire, environnementale, corporelle).

- **La varicelle :**

Il est recommandé de garder l'enfant malade à la maison, compte tenu de la contagiosité de la varicelle et une prise en charge rapide.

- **Syndrome grippal**

- Il faut se laver régulièrement et soigneusement les mains avec de l'eau du savon après chaque sortie et en rentrant au domicile.
- garder l'enfant malade à la maison.

- **La carie dentaire, la gingivite**

La prévention de ces affections repose sur l'hygiène bucco-dentaire avec :

- Un brossage efficace avec des dentifrices et solutions de bains de bouches spécifiques à chaque besoin.

- **Amygdalite- pharyngite- les oreillons**

Ces maladies nécessitent une prise en charge rapide

- Eviter les échanges d'aliments entre les enfants.
- Garder l'enfant malade à la maison.
- Vaccination contre la rougeole- les oreillons et la rubéole.

- **Panaris- Furonculose**

Il faut un traitement rapide.

- **Otite moyenne aiguë**

Il est recommandé un nettoyage au moins deux (2) fois par semaine du conduit auditif.

- Un traitement rapide pour éviter l'otite moyenne chronique.

- **La conjonctivite**

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon.
- Se laver le visage après chaque sortie et en rentrant au domicile.
- Prise en charge rapide.
- Garder l'enfant à la maison.

- **Helminthiase intestinale**

- Laver proprement et si possible avec de l'eau de javel et où le permanganate les aliments qui sont manger crus.
- Bien cuire la viande et les poissons.

- **La fièvre typhoïde**

Il est recommandé de manger des aliments propres.

6.2. Recommandations aux autorités administratives et politiques.

6-2-1. Ministère de la santé :

- De créer une Direction national de la santé scolaire avec ses démembrements régionaux.
- De créer une section de santé scolaire dans chaque **CCRef.** et autres structures sanitaires.
- De créer une infirmerie équipée dans chaque école pour assurer les premiers soins.
- De donner à chaque élève une moustiquaire imprégnée.
- De continuer les campagnes de déparasitage systématique de tous les élèves.

6-2-2. Direction de l'école :

- De recruter du personnel qualifié pour l'éducation physique au second cycle
- d'ajouter au programme de l'année des cours d'éducation civique et morale par rapport à l'hygiène.



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **Adjoua R. P ; Chatigre K. R ; Tea Z.B ; Koffi-N'guessan L.A.**
Dépistage des affections oto-rhino-laryngologique en milieu scolaire à Abidjan.
Rev.col.odonto-stomatol.Afr.Chir.Maxillo-fac;vol.13, n°3,2006, pp. 5-7.
2. **Agence de la santé publique du Canada:**
Approche globale de la santé en milieu scolaire (AGSS), 2002, 2p.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/dca/7-18yrs-ans/santéglobale-fhtml.2p>
Date de consultation : le 17/07/2008
3. **Ectoparasitoses cutanées:** gale et pédiculose.
Ann dermatology Venerol. N° 79; 1999; 26p:
4. **Balam A.**
Epidémiologie du paludisme chez les scolaires de Doneguebougou, année scolaire 2007-2008.
Th: Méd.: Bamako: FMPOS: 2010, 82p, n°394.
5. **Berthé H.F.**
Flore dermatophytique isolée des teignes du cuir chevelu de l'enfant à Libreville de 1980 à 2003.
Th: Pharm: Bamako: 2006-122p; n° 23.
6. **Bury J.A.**
L'éducation pour le concept de santé. Bruxelles, de Boeck université, 2003, 7p
http://www.cyes.infos/thèmes/promotion_santé/concept_santé.php.
Date de consultation : 02/08/2008.
7. **Coulibaly. H.**
Évaluation épidémiologique, étude clinique et enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques de la bilharziose en milieu péri urbain du District de Bamako Djicoroni Para.
Th: Méd: Bamako: FMPOS: 2001.72p.n°18
8. **Coulibaly S.**
Attitudes et pratiques du personnel de santé devant les cas présumés de paludisme dans le cercle de Niono.

Th: Pharm: Bamako: FMPOS: 2002. 88 p. n°47.

9. Diakité A.

Profil physiologique dans le sport d'élite au Mali.

Th: Méd: Bamako: FMPOS: 2000.99p. n°114.

10. Diallo A F.

Pédiculose chez les enfants en âge d'être scolarisés

Th: Pharm: Bamako: FMPOS: 2006. 33P. n °71.

11. Diallo B., Coulibaly Z.M, Sidibé S, Traoré A.

Gestion des ressources de l'éducation: perception des parents d'élèves sur le programme décennal de développement de l'éducation, 2002. 16p.

12. Diallo M., Dabo A, Doucouré B., Koïta S., Doumbo O., Koriba B.

Réinfection schistosoma haématobium et mansoni à l'office du Niger au Mali malgré la prise répétée de praziquantel.

Méd Trop, 2000, pp 351-5

13. Jacquemin(P.) et Jacquemin(J.L) :

Parasitologie clinique, Paris : Masson, 1987 ; 228 p.

14. Maiga I A K.

Impacts du woyowayanko sur la distribution de la schistosomiase en milieu scolaire du District de Bamako (Djicoroni). Mem. : EN sup : Bamako : 1999 : 86p.

15. Maiga M.

Paramètre épidémiologique de la transmission du paludisme dans le cercle de Ménaka pendant la saison sèche.

Th: Méd: FMPOS: 2005, 83p, n° 163.

16. Les maladies contagieuses : Les agents infectieux, 2003. 9p

http://www.brunette.brucity.be/spos/pse/2_me_ai.html.

Date de consultation: le 17/07/2008.

17. Maladies infectieuses: Société canadienne de pédiatrie, 2004 p.

<http://www.soins denosenfants.cps.ca/maladies/poux de tete.htm>

18. Dictionnaire médicale. Paris : Masson, 1999. 11439 p.

- 19. Leselbaum N.**
L'éducation à la santé en milieu scolaire. Quelques approches des conduites addictives. Paris, 1997, 21 p.
- 20. Organisation Mondiale de la Santé(OMS) :**
Les objectifs du millénaire pour le développement, 2006, 8p.
http://fr.wikipédia.org/wiki/objectifs_dumill%C3%A9nair_pour_le_d%C3%A9veloppement.2006.8p.
Date de consultation le 13/09/2008
- 21. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).**
Maladies contagieuses courantes de l'enfant.
[Whqlibdoc.who.int/trs/who_TRS_6-Fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_TRS_6-Fre.pdf).
- 22. Rovamba, J. Ouhon, N.G.F.Ne Bavi, T.A.K. Adjetey.** Les helminthiases intestinales. Méd d AF noire : 1997 Juillet. Tome: XXXXIV.N°7.PP 418-20
- 23. Sangho H. A. Dabo, H. Coulibaly & O. Doumbo**
Prévalence et perception de la schistosomiase en milieu scolaire périurbain de Bamako au Mali.
- 24. Sangho O.**
Etude parasitologie clinique et enquête sur les connaissances attitudes et pratiques des populations concernant la schistosomiase dans la zone riziculture de l'office du Niger.
Th: Méd: Bamako: FMPOS: 2002: 76p; n° 15.
- 25. Samaké.Y :**
Epidémiologie du paludisme dans la population rurale de Kollé et périurbain de Sotuba.
Th : Méd : Bamako, FMPOS, 2008. P. n° 379
- 26. Quételet A. :**
Indice de masse corporelle, 1p.
http://www.scientific.psychic.com/heath/indice_de_mase_corporelle.html
date de consultation : le 20/9/2009.
- 27. Traoré A.**

Dermatophytes : aspects épidémiologiques et étiologiques au Mali.

Pharm : Bamako : FMPOS : 1997, n°7, 54p.

28. Traoré M.

Les mycoses au Mali.

Th: Méd: Bamako, 1988, n°5, 34 p.

29. TRAORÉ .W.

Surveillance médicale des footballeurs de 2eme division de la commune V du district de Bamako Daoudabougou.

Th: Méd: Bamako: FMPOS: 2005: 59p, n°149.

30. Touré. H.

Schistosomiase urinaire et anémie en milieu scolaire bamakois.

Th: Méd: Bamako: FMPOS: 2007: 67p; n°63.

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : SANOGO

Prénom : Djenabou N’Golo

Boite électronique : mmesangare@hotmail.fr

Titre de la thèse : Epidémiologie des Maladies Courantes au Second Cycle de l’Enseignement Fondamental a Niamakoro dans le District de Bamako.

Date de soutenance :

Ville de soutenance : Bamako

Pays d’origine : Mali, Afrique de l’Ouest

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d’Odontostomatologie.

Secteur d’intérêt : Sante Scolaire

Résumé :

Nous avons mené une étude transversale et prospective de 5 mois qui a porté sur le suivi des élèves du second cycle de l’école publique de Niamakoro.

Il s’agissait d’une étude relative à l’épidémiologie des pathologies les plus courantes chez les élèves de la 7^e à la 9^e année. L’échantillon était exhaustif et portait sur 332 élèves composé de 200 garçons contre 132 filles. Notre v avait une population d’une moyenne d’âge de 15,4 ± 1,7 ans. Au cours de l’étude 97 cas de pathologies ont été diagnostiqués :

- 78% des ces pathologies avaient une origine infectieuse ;
- 17% étaient des accidents sportifs ;
- 5% étaient pathologies non infectieuses et non traumatiques.

L’évolution des différentes pathologies après traitement a été très favorable.

Mots clés : Sante scolaire, maladies infectieuses, accidents traumatiques.

Fiche de suivi- médical :

Fiche n 1:

I) CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOCRATIQUES :

Nom : Prénom(s) :

Sexe : Masculin Féminin

Age : Poids : Taille :

Classe :

II) HABITUDES ALIMENTAIRES :

Alcool : Oui Non

Tabac : Oui Non

Colas : Oui Non

Thé : Oui Non Si oui ; nombre de prise quotidienne :

..... Café : Oui Non Si oui ;

nombre de prise quotidienne :..... Autre(s) à

préciser.....

III) PATHOLOGIES RENCONTREES :

1. Diagnostic(s):

.....
.....
.....

2-Examens complémentaires

***Biologie :**

N F S : Fait

Pas Fait

Positif

Négatif

G E : Fait

Pas Fait

Positif

Négatif

Glycémie : Fait

Pas Fait

Positif

Négatif

ECBU : Fait

Pas

Fait

Positif

Négatif

Widal :

Fait

Pas Fait

Positif

Négatif

Autre(s) à

préciser.....

.....

***Imagerie**

Radiographie standard :

fait

Pas Fait

Résultat :

.....

.....

.....

.....

Scanner :

Fait

Pas Fait Résultat :

.....

.....

Echographie :

Fait

Pas Fait Résultat :

.....

.....

.....
.....Autre (s) à
préciser.....

.....
.....3-Traitement :
Médicament(s) en DCI(dénomination commune internationale):

.....
Nom médicamenteux :

.....
.....Chirurgical :

.....
.....Autres :

.....
4-Evolution :

Au bout de 7 jours :bonne	mauvaise
Au bout de 14 jours :bonne	mauvaise
Au bout de 21 jours :bonne	mauvaise
Au bout de 28 jours :bonne	mauvaise

5-Guérison complète :

Au bout de 7 jours :Oui	Non
Au bout de 14 jours :Oui	Non
Au bout de 21 jours :Oui	Non
Au bout de 28 jours :Oui	Non

Table des matières

Liste des abréviations.....	X
SOMMAIRE.....	XI
INTRODUCTION.....	1
I- OBJECTIFS.....	4
1-1. Objectif général :.....	4
1-2. Les objectifs spécifiques :.....	4
II- GENERALITES SUR LE CONCEPT DE SANTE	5
2-1. Dans le monde :.....	6
2-1-1. En Amérique :.....	9
2-1-1-1. Les Etats-Unis d'Amérique :.....	9
2-1-1-2. Le Canada :.....	11
2-1-2. En Europe :.....	13
2-1-3. En Afrique :.....	18
2-1-3-1. En Côte D'ivoire :.....	18
2-1-3-2. Au Mali :.....	18
II-2. Les définitions :.....	22
III. METHODOLOGIE ET MATERIEL:.....	26
3-1. Le cadre d'étude :.....	26
3-2. Type d'étude :.....	26
3-3. Période d'étude :.....	26
3-4. Population d'étude :.....	26
3-5. Demande d'autorisation et accord :.....	26
3-6. Elaboration de la fiche d'enquête :.....	26
3-7. Matériels :.....	26
3-8. Echantillonnage :.....	27
3-9. Critères d'inclusion :.....	27
3-10. Critères de non inclusion :.....	27
3-11. La collecte des données :.....	27
3-12. Traitement et l'analyse des données :.....	27
3-13. Aspect éthique et déontologique :.....	27
3-14. Le déroulement du Sport :.....	27
3-15. Diagramme de GANTT :.....	29
IV. RESULTATS :.....	31
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :.....	40
5-1. Le cadre d'étude, le type d'étude et la période d'étude.....	40
Les difficultés rencontrées	41
5-2. Population étudiée	41
5-2-1. Le sexe.....	41
5-2-2. L'âge.....	41
5-2-3. Le rapport poids / taille.....	41
5-3. Epidémiologie des pathologies.....	42
5-3-1. Les pathologies infectieuses	42
5-3-1-1- Le Syndrome palustre	42
5-3-1-2- Les pathologies ORL	42
5-3-1-3- Les pathologies mycosiques	42
5-3-1-4- Pédiculose	42
5-3-1-5- Le Syndrome grippal	43

5-3-1-6- Teignes du cuir chevelu	43
5-3-1-7- La Varicelle	43
5-3-1-8- Bilharziose urinaire	43
5-3-1-9- Helminthiases intestinales	44
5-3-1-10- La carie dentaire:	44
5-3-1-11- Broncho-pneumopathie	44
5-3-1-12- Panaris	44
5-3-1-13- Furonculose	44
5-3-1-14- Fièvre typhoïde:.....	44
5-3-2. Accidents sportifs	45
5-3-3. Selon la nature	45
5-3-4. Pathologies non traumatiques et non infectieuses	45
5-3-4-1. Le Syndrome Ulcéreux	45
5-3-4-2. Asthénie et Courbature générale :	45
5-3-4-3. Syndrome néphrotique :	45
5-4. TRAITEMENT :.....	46
5-4-1. Médical :	46
5-4-2. Autres :	46
5-5. EVOLUTION :.....	47
Conclusion :.....	49
.....	49
vi. RECOMMANDATIONS.....	50
6.1. Recommandations aux parents d'élèves et aux élèves.....	50
6-1-1. Parents d'élèves :	50
6-1-2. Élèves :	51
6-2-1. Ministère de la santé :.....	53
6-2-2. Direction de l'école :	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES.....	59
Fiche signalétique.....	59