

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCE DE L'EDUCATION
ET INGENIERIE EDUCATIVE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL
FOR SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND
TRAINING IN SCIENCE OF EDUCATION
EDUCATIONAL ENGINEERING

**Processus de prise en charge à l'école et
Niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves :
Cas des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de Yaoundé**

**Thèse présentée en vue de l'obtention du Diplôme de
Doctorat / Ph.D en Intervention, Orientation et Education Extra-scolaire
Spécialité : Intervention et Action Communautaire**

Par :

Siddiq Aboubakar MOULIOM TAPCHE NJINDAM

*Titulaire d'un Master en Intervention, Orientation et Education Extra-scolaire
Spécialité : Intervention et Action Communautaire*

Jury :

Président : MBACHAM Wilfred, Pr.

Université de Yaounde 1

Rapporteur : FONKOUA Pierre, Pr.

Université de Yaoundé 1

Membres : NKELZOCK KOMTSINDI Valère, Pr.

Université de Douala

MGBWA Vandelin, Pr.

Université de Yaoundé 1

ESSI Marie José, Pr.

Université de Yaoundé 1



Novembre 2024

DEDICACE

A mes défunts parents,

- ✓ Le Dr TAPCHE NJINDAM Jibril Ahmed
- ✓ Mme TAPCHE née ANTOUCHIWOUO Pasma

REMERCIEMENTS

Ce travail est le résultat des efforts de plusieurs personnes. Aussi, est-il important pour nous de leur exprimer notre reconnaissance. De façon non exhaustive, nous pensons à :

✓ Notre second Directeur de thèse, le Pr. FONKOUA Pierre, Vice-Recteur à l'I.C.T., qui a accepté de diriger notre travail. Sa disponibilité, ses conseils, ses critiques et ses orientations ont été d'une grande utilité dans la réalisation de ce travail ;

✓ Notre premier Directeur de thèse, le défunt Pr. EMTCHEU André, qui nous a mis en train mais ne nous a pas accompagné jusqu'à l'achèvement de notre travail, car fauché par la mort (Que son âme repose en paix) ;

✓ Nos encadreurs académiques, notamment le Pr. MAYI Marc Bruno, le Pr. EBALE MONEZE Chandel, le Pr. NGBWA Vandelin, le Pr. NOUMBISSIE Claude, le Dr. SONG Esaïe, le Dr. NGUEYONG Pascale... qui n'ont ménagé ni leurs énergies, ni leurs temps pour nous apporter les éclairages méthodologiques nécessaires ;

✓ Tout le personnel du Département d'Education Spécialisée, de la Faculté des Sciences de l'Education et de l'Université de Yaoundé 1, pour les efforts consentis afin de nous assurer une formation de qualité ;

✓ Toutes les personnes ressources qui nous ont fourni les autorisations et les informations nécessaires à la réalisation de notre recherche ;

✓ Tous nos frères, sœurs et parents, de la cellule familiale ANTOUCHIWOUO, de la famille TAPCHE, de la grande famille PENA et de la grande famille NJINDAM pour leur soutien moral, matériel et financier ;

✓ Notre épouse, Mme MOULIOM née MASSOP TELIE Nadège et sa famille pour leur soutien moral, matériel et financier ;

✓ Nos enfants, nommément MOULIOM Moussa, MOULIOM Maïna et MOULIOM Ahmed et MOULIOM Fatma pour leur insouciance infantile qui a suscité notre étude ;

✓ Tous nos camarades de promotions Master et Doctorat pour leurs conseils, critiques et leur esprit de solidarité ;

✓ Tous ceux qui de près ou de loin ont contribué de quelque manière que ce soit à la réalisation de ce travail ;

Que toutes ces personnes trouvent en ces lignes notre marque de profonde gratitude.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	iv
LISTE DES SYMBOLES	vii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	xv
RESUME	xx
ABSTRACT	xxi
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L’ETUDE	5
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE	6
CHAPITRE 2 : LE PALUDISME, L’ACTION MEDICO-SCOLAIRE ET LA SCOLARITE INFANTILE	63
CHAPITRE 3 : APPROCHES EXPLICATIVES DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES A L’ECOLE	125
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE DE L’ETUDE ..	183
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L’ETUDE	184
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L’ETUDE.....	221
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L’ETUDE....	285
CONCLUSION	336
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	340
ANNEXES	351
TABLE DES MATIERES.....	385

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

A.P.A. : American Psychological Association

A.P.E.E. : Association des Parents d'Elèves et Enseignants

Art. : Article

BU.C.R.E.P. : Bureau Central des Recensements et des Etudes des Populations

C.A.P.I. : Certificat d'Aptitudes Pédagogiques des Instituteurs

C.A.P.I.A.E.G. : Certificat d'Aptitudes Pédagogiques des Instituteurs Adjoints de l'Enseignement Général

C.A.P.I.E.G. : Certificat d'Aptitudes Pédagogiques des Instituteurs de l'Enseignement Général

C.A.P.I.E.M.P. : Certificat d'Aptitudes Pédagogiques des Instituteurs de l'Enseignement Maternel et Primaire

C.A.P.I.E.T. : Certificat d'Aptitudes Pédagogiques des Instituteurs de l'Enseignement Technique

C.E. : Conseil d'Ecole / Conseil d'Etablissement

C.E.P. : Certificat de fin d'Etudes Primaires

C.E.P.E. : Certificat de fin d'Etudes Primaires et Elémentaires

D.D.E.B. : Délégation Départementale de l'Education de Base

D.R.E.B. : Délégation Régionale de l'Education de Base

E.C.A.M. : Enquête Camerounaise Auprès des Ménages

ED.S. ⁽¹⁾ : Education Spécialisée

E.D.S. ⁽²⁾ : Enquête Démographique et de Santé

E.D.S.C. : Enquête Démographique et de Santé du Cameroun

E.N.I.E.G. : Ecole Normale d'Instituteurs de l'Enseignement Général

E.N.I.E.T. : Ecole Normale d'Instituteurs de l'Enseignement Technique

E.M.P. : Ecole Maternelle Publique

E.P.P. : Ecole Primaire Publique

E.P.T. : Education Pour Tous

E.P.U. : Education Primaire Universelle

F.S.L.C. : First School Leaving Certificate

F.S.E. : Faculté des Sciences de l'Education

H₀ : Hypothèse Nulle

H₁ / H_a : Hypothèse Alternative

H.G. : Hypothèse Générale

H.R. : Hypothèse de Recherche

H.S. : Hypothèse Spécifique

I.A.C. : Intervention et Action Communautaire

I.A.E.B. : Inspection d'Arrondissement de l'Education de Base

I.N.S. : Institut National de la Statistique

I.O.E. : Intervention, Orientation et Education Extra-scolaire

MIN.A.S. : Ministère des Affaires Sociales

MIN.EDU.B. : Ministère de l'Education de Base

MIN.E.FO.P. : Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

MIN.E.P.A.T. : Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du territoire

MIN.E.SEC. : Ministère des Enseignements Secondaires

MIN.E.SUP. : Ministère de l'Enseignement Supérieur

MIN.FI. : Ministère des Finances

MIN.J.E.C. : Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique

MIN.PRO.F.F. : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille

MIN.SANTE. : Ministère de la Santé Publique

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

O.N.G. : Organisation Non Gouvernementale

O.N.U. : Organisation des Nations Unies

O.G. : Objectif Général

O.S. : Objectif Spécifique

P.N.L.P. : Programme National de Lutte contre le Paludisme

P.N.U.D. : Programme des Nations Unies pour le Développement

Q.P. : Question Principale

Q.S. : Question Spécifique

R.G.P.H. : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

S.P.S.S. : Statistical Package for Social Sciences

T.I.C. : Technologie de l'Information et de la Communication

U.N.I.C.E.F. : United Nation Investment for Child and Education Fund

Z.E. : Zone d'Endémicité

Z.E.P. : Zone d'Education Prioritaire

LISTE DES SYMBOLES

$+$: Addition

CC : Coefficient de Corrélation

$\neq$: Différence

$\div$: Division

δ : Ecart-type de l'échantillon

σ : Ecart-type de la population

n_i : Effectif

N : Effectif total

$=$: Egal

$\&$: Et

f : Fréquence relative

f_e : Fréquence espérée

f_o : Fréquence observée

$\leq$: Inférieur ou égal

χ^2 : Khi-deux / Khi-carré

χ^2_{cal} : Khi-deux calculé

χ^2_{lu} : Khi-deux lu

μ : Moyenne de l'échantillon

$\bar{X}$: Moyenne de la population

$\times$: Multiplication

$\%$: Pourcentage

α : Seuil de signification

Σ : Somme

$-$: Soustraction

$<$: Strictement inférieur

$>$: Strictement supérieur

$\geq$: Supérieur ou égal

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N° 1 : Récapitulatif des variables, questions et objectifs de l'étude	62
Tableau N° 2 : Essentiel à retenir de la revue littéraire de l'étude	124
Tableau N° 3 : Evolution du domaine de l'éducation	168
Tableau N° 4 : Les caractéristiques structurelles de l'intervention	177
Tableau N° 5 : Les principes et les modalités de l'intervention	179
Tableau N° 6 : Essentiel à retenir des théories explicatives du sujet	182
Tableau N° 7 : Opérationnalisation de la V.I.	193
Tableau N° 8 : Opérationnalisation de la V.D.	193
Tableau N° 9 : Récapitulatif du sujet, des variables, des indicateurs, des modalités et des indices de l'étude.....	195
Tableau N° 10 : Récapitulatif de la population mère	198
Tableau N° 11 : Récapitulatif de la population cible	199
Tableau N° 12 : Récapitulatif de la population accessible	200
Tableau N° 13 : Récapitulatif de l'échantillon	204
Tableau N° 14 : Récapitulatif du taux de sondage	205
Tableau N° 15 : Récapitulatif des écoles parcourues	208
Tableau N° 16 : Récapitulatif des observations dans les écoles-tests	209
Tableau N° 17 : Récapitulatif du contenu de l'instrument de recherche	215
Tableau N° 18 : Récapitulatif de la population de l'étude, du taux de sondage et du taux de récupération de la recherche	220

Tableau N° 19 : Observations relatives au genre du répondant	221
Tableau N° 20 : Observations relatives à l'âge du répondant	223
Tableau N° 21 : Observations relatives à la région d'origine du répondant	224
Tableau N° 22 : Observations relatives à la religion du répondant	226
Tableau N° 23 : Observations relatives à la situation professionnelle du répondant	227
Tableau N° 24 : Observations relatives à l'ancienneté du répondant dans la fonction enseignante	228
Tableau N° 25 : Observations relatives au niveau académique du répondant	229
Tableau N° 26 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur les souillures extérieures de l'école	231
Tableau N° 27 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur l'état de l'environnement extérieur de l'école	232
Tableau N° 28 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la cause principale de l'insalubrité de l'environnement extérieur de l'école	233
Tableau N° 29 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur les souillures intérieures de l'école	234
Tableau N° 30 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur l'état de l'environnement intérieur de l'école	235
Tableau N° 31 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la cause principale de l'insalubrité de l'environnement intérieur de l'école	236
Tableau N° 32 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de l'environnement de l'école vis-à-vis du paludisme	237
Tableau N° 33 : Observations relatives à la justification du répondant sur la qualité de l'environnement de l'école vis-à-vis du paludisme	238
Tableau N° 34 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	239
Tableau N° 35 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	241
Tableau N° 36 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	242

Tableau N° 37 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	243
Tableau N° 38 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	244
Tableau N° 39 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	245
Tableau N° 40 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le contenu de la boîte à pharmacie de l'école, prévu pour la lutte contre le paludisme	246
Tableau N° 41 : Observations relatives à la justification du répondant sur le contenu de la boîte à pharmacie de l'école, prévu pour la lutte contre le paludisme	247
Tableau N° 42 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la formation des élèves en hygiène, civisme et humanisme	249
Tableau N° 43 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière d'hygiène	250
Tableau N° 44 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière de civisme	251
Tableau N° 45 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière d'humanisme	252
Tableau N° 46 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école	253
Tableau N° 47 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des élèves en matière de signes et symptômes du paludisme	254
Tableau N° 48 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme	255
Tableau N° 49 : Observations relatives à la justification du répondant sur la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme	256
Tableau N° 50 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme	258
Tableau N° 51 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière d'hygiène	259

Tableau N° 52 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière de civisme	260
Tableau N° 53 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière d'humanisme	261
Tableau N° 54 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école	262
Tableau N° 55 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des enseignants en matière de signes et symptômes du paludisme	263
Tableau N° 56 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme	264
Tableau N° 57 : Observations relatives à la justification du répondant sur la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme	265
Tableau N° 58 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le nombre de parents d'élèves en contact permanent avec l'enseignant	267
Tableau N° 59 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière d'hygiène	268
Tableau N° 60 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière de civisme	269
Tableau N° 61 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière d'humanisme	270
Tableau N° 62 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves lorsqu'ils sont convoqués pour un enfant malade à l'école	271
Tableau N° 63 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des parents d'élèves en matière de signes et symptômes du paludisme	272
Tableau N° 64 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme ..	273
Tableau N° 65 : Observations relatives à la justification du répondant sur la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme ..	274
Tableau N° 66 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le nombre d'enfants victimes de paludisme à l'école	276

Tableau N° 67 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le risque d'apparition du paludisme à l'école	277
Tableau N° 68 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur l'enregistrement de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	278
Tableau N° 69 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	279
Tableau N° 70 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	280
Tableau N° 71 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	281
Tableau N° 72 : Observations relatives à la justification du répondant sur la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	282
Tableau N° 73 : Récapitulatif des variables, de l'outil de recherche, des items et de l'analyse descriptive des résultats de l'étude	284
Tableau N° 74 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre la qualité de l'environnement scolaire et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	287
Tableau N° 75 : Résultats du croisement effectué entre la qualité de l'environnement scolaire et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	288
Tableau N° 76 : Calcul du Khi-deux	290
Tableau N° 77 : Calcul du Coefficient de Contingence	290
Tableau N° 78 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre le contenu de la boîte à pharmacie prévu pour la lutte contre le paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	293
Tableau N° 79 : Résultats du croisement effectué entre le contenu de la boîte à pharmacie prévu pour la lutte contre le paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	294
Tableau N° 80 : Calcul du Khi-deux	296
Tableau N° 81 : Calcul du Coefficient de Contingence	296

Tableau N° 82 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	299
Tableau N° 83 : Résultats du croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	300
Tableau N° 84 : Calcul du Khi-deux	302
Tableau N° 85 : Calcul du Coefficient de Contingence	302
Tableau N° 86 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	305
Tableau N° 87 : Résultats du croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	306
Tableau N° 88 : Calcul du Khi-deux	308
Tableau N° 89 : Calcul du Coefficient de Contingence	308
Tableau N° 90 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	311
Tableau N° 91 : Résultats du croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	312
Tableau N° 92 : Calcul du Khi-deux	314
Tableau N° 93 : Calcul du Coefficient de Contingence	314
Tableau N° 94 : Récapitulatif de la vérification des hypothèses	322
Tableau N° 95 : Les acteurs du processus de formation en santé et sécurité scolaire	333
Tableau N° 96 : Récapitulatif de l'interprétation des résultats de la recherche	335

LISTE DES FIGURES

Figure N° 1 : Les degrés différenciés de vulnérabilité de l'enfant	18
Figure N° 2 : L'incidence du paludisme à l'école	38
Figure N° 3 : L'évolution du paludisme en milieu scolaire	44
Figure N° 4 : Organigramme de l'école primaire publique	89
Figure N° 5 : Les approches explicatives de la prise en charge des maladies à l'école	126
Figure du Tableau N° 19 : Représentations relatives au genre du répondant	222
Figure du Tableau N° 20 : Représentations relatives à l'âge du répondant	223
Figure du Tableau N° 21 : Représentations relatives à la région d'origine du répondant	225
Figure du Tableau N° 22 : Représentations relatives à la religion du répondant	226
Figure du Tableau N° 23 : Représentations relatives à la situation professionnelle du répondant	227
Figure du Tableau N° 24 : Représentations relatives à l'ancienneté du répondant dans la fonction enseignante	228
Figure du Tableau N° 25 : Représentations relatives au niveau académique du répondant .	230
Figure du Tableau N° 26 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur les souillures extérieures de l'école	231
Figure du Tableau N° 27 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur l'état de l'environnement extérieur de l'école	232
Figure du Tableau N° 28 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la cause principale de l'insalubrité de l'environnement extérieur de l'école	233
Figure du Tableau N° 29 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur les souillures intérieures de l'école	234

Figure du Tableau N° 30 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur l'état de l'environnement intérieur de l'école	235
Figure du Tableau N° 31 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la cause principale de l'insalubrité de l'environnement intérieur de l'école	236
Figure du Tableau N° 32 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de l'environnement de l'école vis-à-vis du paludisme	237
Figure du Tableau N° 33 : Représentations relatives à la justification du répondant sur la qualité de l'environnement de l'école vis-à-vis du paludisme	238
Figure du Tableau N° 34 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	240
Figure du Tableau N° 35 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	241
Figure du Tableau N° 36 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	242
Figure du Tableau N° 37 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	243
Figure du Tableau N° 38 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	244
Figure du Tableau N° 39 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école	245
Figure du Tableau N° 40 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le contenu de la boîte à pharmacie de l'école, prévu pour la lutte contre le paludisme	246
Figure du Tableau N° 41 : Représentations relatives à la justification du répondant sur le contenu de la boîte à pharmacie de l'école, prévu pour la lutte contre le paludisme	248
Figure du Tableau N° 42 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la formation des élèves en hygiène, civisme et humanisme	249
Figure du Tableau N° 43 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière d'hygiène	250
Figure du Tableau N° 44 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière de civisme	251

Figure du Tableau N° 45 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière d'humanisme	252
Figure du Tableau N° 46 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école	253
Figure du Tableau N° 47 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des élèves en matière de signes et symptômes du paludisme	254
Figure du Tableau N° 48 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme	255
Figure du Tableau N° 49 : Représentations relatives à la justification du répondant sur la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme	257
Figure du Tableau N° 50 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme	258
Figure du Tableau N° 51 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière d'hygiène	259
Figure du Tableau N° 52 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière de civisme	260
Figure du Tableau N° 53 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière d'humanisme	261
Figure du Tableau N° 54 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école	262
Figure du Tableau N° 55 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des enseignants en matière de signes et symptômes du paludisme	263
Figure du Tableau N° 56 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme	264
Figure du Tableau N° 57 : Représentations relatives à la justification du répondant sur la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme	266
Figure du Tableau N° 58 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le nombre de parents d'élèves en contact permanent avec l'enseignant	267

Figure du Tableau N° 59 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière d'hygiène	268
Figure du Tableau N° 60 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière de civisme	269
Figure du Tableau N° 61 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière d'humanisme	270
Figure du Tableau N° 62 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves lorsqu'ils sont convoqués pour un enfant malade à l'école	271
Figure du Tableau N° 63 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des parents d'élèves en matière de signes et symptômes du paludisme	272
Figure du Tableau N° 64 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme	273
Figure du Tableau N° 65 : Représentations relatives à la justification du répondant sur la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme	275
Figure du Tableau N° 66 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le nombre d'enfants victimes de paludisme à l'école	276
Figure du Tableau N° 67 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le risque d'apparition du paludisme à l'école	277
Figure du Tableau N° 68 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur l'enregistrement de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	278
Figure du Tableau N° 69 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	279
Figure du Tableau N° 70 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	280
Figure du Tableau N° 71 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	281
Figure du Tableau N° 72 : Représentations relatives à la justification du répondant sur la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	283

Figure du Tableau N° 75 : Représentations relatives au croisement effectué entre la qualité de l'environnement scolaire et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	289
Figure du Tableau N° 79 : Représentations relatives au croisement effectué entre le contenu de la boîte à pharmacie prévu pour la lutte contre le paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	295
Figure du Tableau N° 83 : Représentations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	301
Figure du Tableau N° 87 : Représentations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	307
Figure du Tableau N° 91 : Représentations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	313
Figure du N° 6 : La prise en charge préhospitalière des malades du paludisme à l'école	329
Figure du N° 7 : Processus de formation en santé et sécurité scolaire	333

RESUME

La mission principale des écoles est la bonne éducation des élèves. Celle-ci ne peut être bien remplie sans une assurance sanitaire et sécuritaire claire ; assurance manifestement ondoyante en milieu scolaire primaire public, au regard d'un fait simple : la prévalence élevée du paludisme en milieu scolaire. Les enseignants dans l'exercice de leur fonction ne pouvant se substituer au personnel médical, certaines questions se posent immédiatement : Comment la prise en charge préhospitalière des malades est faite dans les écoles maternelles et primaires publiques ? Cette prise en charge est-elle efficace dans la lutte contre le paludisme ? C'est cet ensemble de questions qui nous a poussé à prendre pour sujet de recherche : ***Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves : cas des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de Yaoundé.*** Le présent travail s'inscrivant dans le domaine de l'intervention et de l'action communautaire, nous avons formulé une hypothèse générale à savoir : « *Le processus de prise en charge appliqué dans les écoles influence significativement le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves* ». L'opérationnalisation des variables de cette dernière nous a permis d'obtenir cinq hypothèses spécifiques nous conduisant à mener une enquête, ceci à travers la distribution d'un questionnaire, auprès de 894 enseignants. Après la collecte, le dépouillement et le traitement de nos données, ceci à l'aide du test statistique Khi-deux, du logiciel SPSS version 18, nous avons obtenu les résultats suivants :

- ✓ ***H.R. 1 confirmée à travers : $\chi^2_{cal} = 34,329 > \chi^2_{lu} = 16,920$***
- ✓ ***H.R. 2 confirmée à travers : $\chi^2_{cal} = 57,386 > \chi^2_{lu} = 16,920$***
- ✓ ***H.R. 3 confirmée à travers : $\chi^2_{cal} = 69,124 > \chi^2_{lu} = 16,920$***
- ✓ ***H.R. 4 confirmée à travers : $\chi^2_{cal} = 39,095 > \chi^2_{lu} = 16,920$***
- ✓ ***H.R. 5 confirmée à travers : $\chi^2_{cal} = 66,894 > \chi^2_{lu} = 16,920$***

Toutes nos hypothèses de recherche confirmées, notre hypothèse générale a été validé à 100%. Cela nous a permis d'émettre quelques suggestions et recommandations tendant à remédier le problème préalablement évoqué.

Mots clés : *Processus, Prise en charge, Ecole, Niveau d'aggravation, Paludisme, Elèves.*

ABSTRACT

The major task of schools is the good education of pupils. This mission cannot be fulfilled without a clear and safe health insurance ; clearly fluctuating insurance in public primary school milieu, viewing a simple fact : an increase malarias' prevalence in school milieu. Teachers in the exercising of their duty, not being replacable as medical health care takers, certain questions are immediately asked : How is the premedical health care of sick people supported and taken over in nursery and primary public schools ? Is this premedical health care of sick people is effective in the fight against malaria ? These set of questions are those that brought us to take as research topic : ***Care taking Processes at school and malarial worsening level on pupils : case of nursery and primary public schools of Yaounde***. The present work being registered in the domain of Intervention and Communitary Action, we have formulated a general hypothesis as : « *Care taking Processes applied in school significantly influences malarial worsening level on pupils* ». The operationalisation of variables of this hypothesis has led us to obtain five specific hypothesis leading us to launch a research, with the use of questionnaire distributed to 894 teachers. After collecting, counting and treatment of our data, with the use of Chi-square statistical test, of the SPSS software 18 version, we have obtained the following results :

- ✓ ***R.H. 1 confirmed via : $\chi^2_{cal} = 34,329 > \chi^2_{read} = 16,920$***
- ✓ ***R.H. 2 confirmed via : $\chi^2_{cal} = 57,386 > \chi^2_{read} = 16,920$***
- ✓ ***R.H. 3 confirmed via : $\chi^2_{cal} = 69,124 > \chi^2_{read} = 16,920$***
- ✓ ***R.H. 4 confirmed via : $\chi^2_{cal} = 39,095 > \chi^2_{read} = 16,920$***
- ✓ ***R.H. 5 confirmed via : $\chi^2_{cal} = 66,894 > \chi^2_{read} = 16,920$***

All our research hypotheses confirmed, our general hypothesis has 100% been accepted. That has permitted us to make certain suggestions and recommendations tending to solve the problem fore mentioned.

Key words : *Care taking, Processes, School, Malaria, Worsening level, Pupils.*

INTRODUCTION

Un Chef de structure a déclaré au cours d'une Assemblée Générale d'établissement :
« *Aucune éducation n'est possible dans l'insécurité* ». P. Fonkoua (2018 : 1) ajoute à cela :

« ... les structures pédagogiques, qu'elles soient dans le système formel, non formel ou informel, doivent développer une dynamique qui permette à chaque enfant, quelle que soit la nature de ses difficultés, de se développer sur les plans intellectuels, physique, affectif, social, moral et religieux. L'éducation doit permettre à chaque individu d'aller au bout et au but de ses potentialités »

Ces affirmations montrent à suffire que le déroulement de l'éducation de l'enfant est de manière très significative impacté par la sécurité de celui-ci. L'éducation, la santé et la sécurité de l'enfant, à travers le monde, sont ainsi des facteurs qui vont de pair dans le milieu éducatif ; ces dernières sont règlementées par divers textes, lois, décrets... Citons par exemple :

- ✓ L'Article 26, Alinéas 1, de la Convention des Nations Unies du 20 Novembre 1989 relative aux droits de l'enfant, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : 9) qui affirme que : « *Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.* »
- ✓ L'Article 14, Alinéa 2 de la charte africaine de 1989, relative au bien-être de l'enfant, cité par S.A. Mouliom (2023 : 4) où il est écrit :

« Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à poursuivre le plein exercice de ce droit, notamment en prenant les mesures aux fins ci-après :

- *Assurer la fourniture de l'assistance médicale et des soins de santé nécessaires à tous les enfants, en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaire*
- *Lutter contre la maladie et la malnutrition dans le cadre des soins de santé primaires, moyennant l'application des techniques appropriées*

- *Soutenir, par des moyens techniques et financiers, la mobilisation des ressources des communautés locales en faveur du développement des soins de santé primaires pour les enfants. » ...*
- ✓ L'Article 14 (2010 : 3) de la loi N° 2010/002 du 13/04/2010 portant protection et promotion des personnes handicapées, cité par S.A. Mouliom (2022 : 2) qui déclare que :

« Les collectivités territoriales décentralisées, les administrations publiques et privées doivent prendre toutes les mesures nécessaires d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail et de vie, pour éviter les accidents susceptibles de créer ou d'aggraver une déficience. »
- ✓ L'Article 22, Alinéa 2 (2010 : 5) qui affirme que : *« La prise en charge prévue à l'alinéa 1 ci-dessus s'étend aux consultations, aux examens de laboratoire, de radiographie ou d'imageries médicales, aux hospitalisations, aux évacuations sanitaires et à l'achat de certains médicaments. » ...*

Partant de ces textes, nous pouvons dire qu'en milieu scolaire, la sécurité de l'enfant est garantie. Cependant, malgré les efforts gouvernementaux visant la sécurité des individus dans les écoles, l'Enquête Nationale de l'Institut Nationale de la Statistique, cité par S.A. Mouliom (2022 : Ibid) sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011 révèle que :

« Les résultats selon l'âge mettent en évidence une prévalence de la fièvre plus élevée chez les enfants de 6-23 mois (32 % en moyenne) que parmi ceux de 24 à 59 mois (21 % en moyenne). Dans les régions, on note des variations importantes : avec 42 % d'enfants ayant eu de la fièvre, le Sud détient la prévalence la plus élevée, suivi du Sud-Ouest (36 %), du Littoral (31 %) et du Centre (31 %) »

D'après les Directrices des Ecoles Primaires Publiques de Nsimeyong II B et de Nkolbisson I A, lors d'un entretien effectué en 2018 dans leurs locaux respectifs,

« Une simple observation de notre milieu scolaire primaire, à travers un dénombrement non enregistré de façon écrite, laisse entrevoir que le nombre de victimes de paludisme reste élevé : environ dix à quinze cas par trimestre et selon les saisons ; leur prise en charge, avant leur transfert dans les structures hospitalières, n'est pas toujours bien assurée à cause de diverses raisons à savoir :

- ✓ *Les écoles maternelles et primaires publiques sont peu ou pas du tout équipées en matériels de prise en charge sanitaire des potentiels malades ;*
- ✓ *Les acteurs principaux de la chaîne éducative (parents, élèves, enseignants...), ne pouvant se substituer au personnel médical, sont généralement peu ou pas du tout formés en méthodes de premiers secours ;*
- ✓ *Le développement d'attitudes défavorables et de comportements réfractaires de ces acteurs, face aux incidents sanitaires et à l'égard de certaines pathologies qui apparaissent dans leur cadre de travail, est une entorse grave à la bonne prise en charge des malades ;*
- ✓ *L'environnement du milieu éducatif est généralement inadéquat (insalubre, déviant, bruyant, malsain...) à une lutte efficace contre les pathologies qui y apparaissent régulièrement ;*
- ✓ *La coordination du suivi de la santé et de la sécurité en milieu scolaire primaire est encore peu ou pas du tout normalisée ; le service de la santé et la sécurité scolaire étant une Direction nouvellement créée au Ministère de l'Éducation de Base... »*

Dans la même lancée, nous convenons avec S.A. Mouliom (2022 : 3) que les enseignants de par leur formation et dans l'exercice de leur fonction ne pouvant se substituer au personnel médical, certaines questions se posent immédiatement : Comment la prise en charge préhospitalière des malades en général et des victimes du paludisme en particulier est-elle faite dans les écoles maternelles et primaires publiques camerounaises ? Cet accompagnement est-il assez efficace pour infléchir la prévalence du paludisme en milieu scolaire primaire en particulier et au Cameroun en général ? C'est cet ensemble de questions qui nous a poussé à choisir comme sujet de recherche ce qui suit : ***Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves : cas des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de Yaoundé.***

Le présent travail s'inscrivant dans le pré-carré de l'intervention et de l'action communautaire, filière des Sciences de l'Éducation à l'Université de Yaoundé 1, nous voulons mettre en lumière la difficulté qu'éprouvent les acteurs de la chaîne éducative à assurer la sécurité socio-sanitaire des élèves, victimes de paludisme dans les écoles maternelles et primaires publiques ; il s'avère donc nécessaire de se questionner sur la façon dont ces derniers se déploient pour venir à bout des crises de paludisme qui apparaissent

dans leur milieu de travail. Nous formulerons alors une question de recherche générale à savoir : « *Le processus de prise en charge appliqué dans les écoles maternelles et primaires publiques camerounaises influence-t-il significativement le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?* ».

Toute recherche obéissant à une démarche d'investigation précise, en l'occurrence ici celle des Sciences de l'Education, afin de garder une progression logique dans la poursuite de nos idées, le présent travail se présentera conformément aux parties et chapitres suivants :

- ✓ La première partie intitulée **CADRE THEORIQUE DU SUJET**, subdivisée en trois chapitres à savoir :
 - LA PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE
 - LA REVUE DE LA LITTERATURE DE L'ETUDE intitulée LE PALUDISME, LA SANTE ET LA SECURITE EN MILIEU SCOLAIRE
 - LES THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET intitulées APPROCHES EXPLICATIVES DE LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME A L'ECOLE
- ✓ La seconde partie intitulée **CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE DU SUJET**, comprenant également trois chapitres à savoir :
 - LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE
 - LA PRESENTATION ET L'ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE
 - L'INTERPRETATION ET LA DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Cette répartition essentielle de notre travail s'achèvera avec la production d'une conclusion, des annexes et des références bibliographiques.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DU SUJET

Comme le disait K. Nkrumah cité par S.A. Mouliom (2017 : 4) : « *La théorie sans pratique est vide et la pratique sans théorie est aveugle* ». L'importance de cette partie de notre étude est qu'elle contribue à ressortir les contours théoriques de notre travail. Pour son développement, elle est structurée en trois chapitres à savoir : En Chapitre 1, la problématique de la recherche, Au Chapitre 2, la revue de la littérature de l'étude, intitulée « le paludisme, la santé et la sécurité en milieu scolaire » et en Chapitre 3, les théories explicatives du sujet, intitulées « approches explicatives de la prise en charge du paludisme à l'école ».

CHAPITRE 1 :

PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Afin d'éviter les égarements, ce chapitre détermine les raisons de la mise sur pied de notre recherche et le cadre dans lequel nous avons évolué. C'est le cadre justificatif de notre étude. Nous présenterons ainsi successivement le contexte et la justification du choix de notre sujet, la formulation du problème de l'étude, l'énonciation des paramètres essentiels tels que les questions de recherche, les objectifs, l'intérêt, la pertinence, la délimitation et la définition des concepts clés de notre étude.

1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE

Dans les écrits ou lors des débats portants sur la façon d'améliorer la vie des populations des pays en voie de développement, différents types de pratiques sont couramment cités : Il s'agit généralement de mesures concernant les politiques, l'environnement, les infrastructures, les méthodes de production... Selon le Manuel de l'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires (2007 : 1) cité par S.A. Mouliom (2022 : 6) : « *Parmi les nombreux piliers qui constituent le fondement d'une nation prospère, trois en particulier sont importants : la nutrition, la santé et l'éducation* »

Pour S.A. Mouliom (2022 : Ibid), il est clairement établi que la santé est importante pour l'émergence d'une nation ; sans elle, la population de tout pays ne peut fonctionner correctement. Par exemple, il suffit d'observer les conséquences socio-économiques désastreuses du SIDA en Afrique pour reconnaître cette évidence. Nous dirons dans la même lancée qu'une bonne alimentation est également un pilier du développement ; pas seulement parce que la nourriture est le besoin le plus élémentaire de l'être vivant, mais parce qu'il est impossible d'être en bonne santé en étant mal nourri. Les types et la quantité d'aliments consommés, leur qualité nutritionnelle et/ou leur salubrité... influencent directement le bien-être et la santé des individus ainsi que leur capacité à agir pour améliorer leur existence quotidienne.

L'éducation n'est pas en reste ; elle est aussi essentielle au développement en ce sens qu'elle donne aux personnes des choix et des opportunités, permet aux individus de mieux se faire entendre dans la société et réduit le double fardeau de la pauvreté et de la maladie. L'éducation façonne une main-d'œuvre dynamique et des citoyens bien informés, capables de coopérer ou d'entrer en compétition à l'échelle locale et/ou mondiale, ouvrant ainsi les portes à la prospérité socio-économique. Pour le Manuel de l'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires (2007 : 2) cité par S.A. Mouliom (2022 : 7) :

« Aucun de ces trois facteurs ne suffit à lui seul à assurer le développement social et économique ; seule une association des trois permet de progresser vers un monde sans famine ni pauvreté. Il est aussi fortement conseillé d'associer ces facteurs lors de leur examen, car ils sont étroitement liés et dépendent même les uns des autres. L'un des facteurs ne peut avoir des effets positifs que s'il s'accompagne des autres facteurs. Par exemple, il ne peut pas y avoir une éducation satisfaisante si la santé n'est pas bonne ; et sans éducation appropriée, la santé pâtit. ».

De même que la nutrition et l'éducation sont étroitement liées, une santé et une alimentation satisfaisantes augmentent le temps de concentration de l'enfant, sa capacité d'apprentissage et sa capacité à s'engager activement dans des expériences éducatives. Les observations quotidiennes ont montré qu'une santé de fer et un état nutritionnel adéquat ont un impact positif sur l'assiduité, la ponctualité et la persévérance dans la fréquentation scolaire. Sans risque de nous tromper, nous pouvons ainsi dire qu'une bonne nutrition est capitale à une bonne santé ; et toutes les deux contribuent à l'efficience et l'efficacité de l'éducation.

Partant de cette posture scientifique, il est important de signaler que, dans notre étude, le mot « nutrition » est absorbée et inclus par le mot « santé » : on parlera ainsi, pour ce cas précis, de « santé nutritionnelle » et cette dernière, à savoir la santé, associée à la sécurité, constitue notre principale préoccupation en milieu scolaire maternel et primaire public camerounais. Entrant ainsi dans le vif du sujet, notre regard s'attardera de prime abord sur l'éducation, la vulnérabilité, la santé et la sécurité de l'enfant au Cameroun

1.1.1. L'éducation au Cameroun

Pour S.A. Mouliom (2022 : 7) l'éducation, la santé et la sécurité de l'individu en général et de l'enfant en particulier, ceci à travers la scolarisation formelle, non formelle ou

informelle, ne sont plus des questions en débat au Cameroun : il s'agit de droits irréfutables à la personne humaine, reconnus à travers la planète par tous les états et toutes les nations. Selon l'article 2, Alinéa 1 et 2 de la loi de l'orientation de l'éducation au Cameroun de 1998, cité par le rapport du PASEC (1998 : 9) du MINEDUC / CONFEMEN : « *L'éducation est une grande priorité nationale. Elle est assurée par l'Etat* ». L'article 4 de la loi de l'orientation de l'éducation au Cameroun de 1998, cité par le rapport du PASEC (1998 : Ibid.) du MINEDUC / CONFEMEN renchérit :

« L'éducation a pour mission générale la formation de l'enfant en vue de son épanouissement intellectuel, physique, civique et moral, de son insertion harmonieuse dans la société en prenant compte les facteurs économiques, socio-culturels, politiques et moraux ».

Selon le Rapport National de l'EPT de 2015, cité par S.A. Mouliom (2022 : 8), depuis le Forum mondial sur l'éducation tenu en 2000 à Dakar au Sénégal, le Cameroun a entrepris de nombreuses réformes visant à réaliser tous les objectifs de l'EPT, particulièrement celles visant l'expansion de l'accès à l'école, la réduction des disparités, la promotion de l'équité entre les sexes et l'amélioration de la qualité de la gouvernance éducative. Toutefois, les progrès obtenus par ce pays au cours de la dernière décennie de mise en œuvre de l'EPT le classent au 13^e rang sur les 47 pays concernés, selon la récente évaluation de l'EPT en Afrique. Une nouvelle stratégie a été validée en 2013 et court jusqu'en 2020 ; elle repose sur une vision holistique et cohérente des politiques du secteur éducatif liée à l'ambition du Cameroun de devenir un pays industrialisé à l'horizon 2020. Les progrès issus de la mise en œuvre de ces différentes stratégies s'appuient sur un certain nombre d'indicateurs clés, notamment :

- ✓ La progression remarquable au niveau préscolaire, primaire ainsi qu'au secondaire, des taux de scolarisation et d'achèvement ;
- ✓ La baisse des discriminations entre les sexes lors de la scolarisation dans les cycles primaire et secondaire ;
- ✓ L'amélioration des conditions de réalisation de la qualité de l'enseignement : ratios élèves/enseignants formés, intrants d'enseignement/apprentissage, etc ;
- ✓ Les résultats appréciables du partenariat en faveur de l'éducation entre le Gouvernement et les donateurs.

A l'observation, aucun de ces indicateurs ne fait allusion aux volets santé et sécurité en milieu scolaire ; pourtant, selon S.A. Mouliom (2022 : 8) : *« il est évident qu'une bonne éducation est impossible sans sécurité (sanitaire, nutritionnelle, environnementale...) clairement établie »*. Nous convenons avec lui que l'éducation, la santé et la sécurité vont de pair dans le processus enseignement / apprentissage ; raison pour laquelle selon l'article 28, Alinéa 1 de la loi de l'orientation de l'éducation au Cameroun de 1998, cité par le rapport du PASEC (1998 : Ibid.) du Ministère de l'Education de Base : *« Toute implantation de salles de jeux, de débits de boissons, de salles de cinéma, de commerce de tabac et de toutes autres nuisances est interdite dans l'enceinte ou la périphérie des établissements scolaires »*.

Cela est renforcé par l'article 27, Alinéas 1, 2, 3 et 4 de la loi de l'orientation de l'éducation au Cameroun de 1998, cité par le rapport du PASEC (1998 : 13) du MINEDUB qui dit que :

« L'enceinte d'un établissement d'enseignement est inviolable. Les chefs d'établissement scolaire sont responsables du maintien de l'ordre de leur établissement. L'intervention des forces de l'ordre ne peut y avoir lieu que sur demande légale du chef d'établissement. En cas de manquement dans l'accomplissement de leur mission de maintien de l'ordre, les chefs d'établissement sont remplacés de plein droit par les autorités hiérarchiques ou de tutelles ».

A travers ces propos et textes juridiques règlementant l'éducation au Cameroun, il est à remarquer que textuellement parlant, l'éducation, la santé et la sécurité de l'enfant en situation scolaire sont garanties et sûres ; raison pour laquelle il est mentionné dans le rapport du PASEC (1998 : 4) du MINEDUB que :

« La scolarisation dans le secteur primaire camerounais, était jusqu'en 1980 parmi les plus élevés d'Afrique : Entre 80 et 90 % des enfants en âge scolaire étaient effectivement dans les classes, avec des résultats tangibles en matière d'apprentissage de la lecture et de l'écriture... Même si la durée de la crise économique a engendré çà et là un phénomène nouveau et inquiétant de déscolarisation, la réussite a été indéniable sur le plan quantitatif et qualitatif »

Cette assertion montre à suffisance la résilience dont fait preuve le système éducatif camerounais malgré les maux dont il est victime au fil du temps. Notons également que *« l'enseignement primaire est obligatoire au Cameroun »*. Ce principe, réaffirmé dans

l'article 9 de la loi d'orientation de 1998, n'est pas encore totalement inscrit dans la réalité. Ainsi, suivant les propos de S.A. Mouliom (2022 : 10) :

« Une simple documentation sur le milieu scolaire maternel et primaire laisse entrevoir qu'en matière de scolarisation au Cameroun, on note aisément les faits suivants :

- ✓ *La croissance démographique du Cameroun est une évidence : environ 17 463 836 habitants en 2005, environ 21 657 488 habitants en 2014 et probablement 23 248 044 habitants en 2017 selon les estimations du 3^{ème} RGPH, réalisées par le BUCREP et cité par le Rapport National de l'EPT (2015 : 13) du Ministre de l'Education de Base*
- ✓ *Le nombre de structures socio-éducatives augmente de façon exponentielle et pas toujours légal dans tout le territoire national, précisément dans les cités à forte concentration humaine. On assiste ainsi tout le temps à des fermetures intempestives d'écoles, pour non-respect de la réglementation en vigueur, au grand malheur des parents d'élèves.*
- ✓ *Selon le Rapport National de l'EPT (2015 : 11) du Ministre de l'Education de Base, le Cameroun comptait pour le compte de l'année scolaire 2006 / 2007, en termes d'écoles légalement reconnues :*
 - *2 843 Ecoles Maternelles : (Public : 35% ; Privé : 65%) ; ce nombre est passé à 4 933 au cours de l'année scolaire 2010 / 2011*
 - *11 992 Ecoles Primaires : (Public : 75% ; Privé : 25%) ; ce nombre est passé à 14 232 au cours de l'année scolaire 2010 / 2011*
- ✓ *Le nombre d'enfants scolarisés, dans le secteur éducatif formel, est sans cesse croissant chaque année et nettement supérieur à la charge officielle recommandée pour leurs encadreurs (45 élèves maximum pour 1 enseignant à l'école primaire) ; on aura ainsi les données statistiques suivantes pour le compte de l'année scolaire 2006 / 2007 :*
 - *193 822 élèves pour 8 969 enseignants dans les Ecoles Maternelles*
 - *2 987 802 élèves pour 55 681 enseignants dans les Ecoles Primaires*
- ✓ *La progression des effectifs a été notée à tous les niveaux d'études de 2006 à 2011, selon le rapport national de l'EPT (2015 : 13) du Ministre de l'Education de Base : Préscolaire + 56% et Primaire + 14% »*

A l'issu de cette brève documentation, se greffent les observations suivantes :

- ✓ Au sein des écoles maternelles et primaires camerounaises, les interactions inter-individuelles ou inter-groupales liées aux activités ludiques, aux styles de jeux, aux régimes alimentaires, aux tenues vestimentaires, aux croyances... sont variées, perpétuellement innovées et importées par les pairs, les nouveaux enseignants ou véhiculés par les médias, favorisant ainsi les risques d'accidents et de contagion par les maladies ; les enfants ayant cette tendance à s'identifier à une personnalité héroïque de leur connaissance ;
- ✓ Les fréquences (journalière, hebdomadaire, mensuelle et/ou annuelle) de survenue des accidents et d'apparition des maladies par contagion augmentent de manière évidente suite au dynamisme des écoles maternelles et primaires qui sont manifestement très bruyantes. On notera ainsi à ce niveau scolaire, la résurgence de certaines pathologies permanentes, saisonnières ou occasionnelles à l'instar du paludisme, des vers intestinaux, de la conjonctivite, du choléra, de la rougeole...
- ✓ Les fréquences de survenue des accidents et d'apparition des maladies évoquées ici ne sont archivées nulle part au Cameroun ; ce qui a pour conséquence les faits graves suivants : **aucunes données chiffrées existantes, ni d'archives sur les enfants victimes de paludisme en milieu scolaire primaire camerounais, jusqu'à notre passage et durant toute la période de notre recherche** ; les raisons évoquées étant ce qui suit :
 - Les Ecoles Maternelles et Primaires Publiques dans lesquelles nous nous sommes rendus pour la collecte des données primaires déclarent ne pas détenir ce type d'informations parce que leur hiérarchie ne leur en demande pas chaque année ;
 - La Sous-Direction de la Santé scolaire dans laquelle nous sommes allés est, selon leurs déclarations, un service crée il y'a quelques années au Ministère de l'Education de Base. Ne pouvant nous fournir des informations relatives à la circonstance, nous avons été retourné auprès du Ministre qui nous a, à son tour et à travers une correspondance administrative, référé à la Direction de la Planification ;

- La Direction de la Planification au Ministère de l'Education de Base, vers qui nous nous sommes dirigés, possède des informations globales (macro-données) sur toutes les maladies existantes dans les écoles primaires et maternelles camerounaises, mais ne détient pas de données spécifiques au paludisme (micro-données) dans lesdites structures éducatives. Voir fiche de décharge en annexe 8 dans laquelle il est écrit : « *Le MINEDUB ne collecte pas encore les données exhaustives sur les effectifs des enfants victimes de paludisme dans les structures éducatives qui relèvent de sa compétence* » ;
- Le Programme National de Lutte contre le Paludisme, où nous sommes rendus, a affirmé ne pas détenir de données spécifiques au paludisme (micro-données) dans les écoles primaires camerounaises et par la voie de son Secrétaire Permanent a écrit dans la fiche de décharge jointe en annexe 9 que : « *Notre système de collecte ne prend pas en compte une désagrégation par écoles* » ;
- La Croix Rouge Camerounaise, vers qui nous nous sommes orientés, a affirmé ne pas détenir de données spécifiques au paludisme dans les écoles primaires camerounaises et à travers la Direction du Cabinet Médical Henry Dunant, a écrit dans la fiche de décharge jointe en annexe 10 que : « *Les informations sollicitées n'entrent pas dans les prérogatives de la Croix Rouge Camerounaise* » ;
- L'Institut National de la Statistique, chez qui nous avons achevé notre parcours du combattant, a également affirmé ne pas détenir de données spécifiques au paludisme dans les écoles primaires camerounaises et, par la voie de son Département de l'Informatique a écrit dans la fiche de décharge jointe en annexe que : « *Notre système de collecte sur les maladies, essentiellement macro-économique, ne prend pas en compte les données micro-économiques comme celles des écoles primaires* »

Toutes ces fiches de décharge administrative, servant d'attestations de recherche, ont été jointes en annexe comme éléments de preuve de notre recherche préliminaire et nous nous sommes contenté des informations globales dans le domaine pour faire des inférences.

Selon le Rapport National OMD (2012 : 14), en considérant les changements observés par l'Education de base de 1990 à 2011, on peut affirmer que de nombreux efforts ont été déployés par le Gouvernement camerounais : l'on est par exemple passé à une mutation dictée par la loi d'orientation de l'éducation de 1998 qui a rendu obligatoire l'enseignement primaire. Plusieurs amendements ont ainsi été adoptés et progressivement mis en œuvre durant la dernière décennie à l'instar de la Stratégie Sectorielle de l'Education (SSE) qui a mis en place la contractualisation des instituteurs de 2007 à 2010 et encadrée l'accès à l'Education Primaire Universelle (EPU) camerounais ; cette dernière s'améliore progressivement avec une tendance croissante du taux net global de scolarisation observée entre 2001, 2007 et 2010 ; taux qui est passé de 76,9% en 2001 à 82,6% en 2010. Cette évolution est essentiellement due à la mise en place d'une nouvelle politique éducative définie par la stratégie sectorielle de l'éducation dès 2006. En effet, le Gouvernement a pris des mesures pour booster l'offre et stimuler la demande en matière d'éducation dans le cycle primaire ; notons par exemple selon le Rapport National OMD (2012 : Ibid.) :

- ✓ L'élimination dans le cycle primaire public des frais exigibles,
- ✓ L'accroissement du budget de tout le secteur éducatif (MINEDUB, MINESEC, MINEFOP, MINJEC...),
- ✓ Les facilités accordées aux ménages visant l'accès aux manuels scolaires essentiels,
- ✓ L'agrandissement des écoles existantes et la création de nouvelles structures éducatives,
- ✓ La construction de 609 nouvelles salles de classe durant l'année 2011,
- ✓ La contractualisation de plus de 35.000 enseignants du primaire représentant environ 47% des effectifs du personnel que compte le MINEDUB en 2010.

Malgré ces bonnes actions et les réformes récentes, il existe encore des poches de sous-scolarisation rendant inachevée la scolarisation de tous les jeunes camerounais. Selon le Rapport National OMD (2012 : 14) :

« En 2010, l'on note que 82,6% d'enfants de la tranche d'âge 6-11 ans fréquentent un établissement du niveau primaire ou secondaire contre 76,9% en 2001. La parité est presque atteinte pour cette tranche d'âge (82,1% pour les filles contre 83,0% chez les

garçons). Toutefois le milieu rural est encore à la traine malgré des efforts notables par rapport le milieu urbain entre 2001 et 2010. Les régions de l'Adamaoua (73,7%), le Nord (60,2%) et l'Extrême-Nord (59,9%) accusent encore un retard de scolarisation, avec seulement près de 3 enfants sur 5 scolarisés. Ce retard serait imputable aux pesanteurs socioculturelles et à la pauvreté. »

Dans ses efforts, le Cameroun vise non seulement la scolarisation de toute sa jeunesse, mais également l'atteinte des priorités de l'EPT en ce qui concerne l'achèvement complet du cycle primaire. Selon le Rapport National OMD (2012 : Ibid.) :

« L'orientation globale montre que le pourcentage de jeunes ayant achevé le cycle primaire est passé de 57,9% en 2003/2004 à 73,0% en 2009/2010 et la même tendance est observée pour les jeunes filles au cours de la même période, où on est passé de 49,8% en 2003/2004 à 68,0% en 2009/2010 ».

Cette évolution du taux d'achèvement est associée à une baisse sensible de l'écart entre le pourcentage des individus de sexe féminin et celui de ceux de sexe masculin. Cet écart accompagné de l'augmentation de l'indice de parité (passé de 0,86 à 0,93) traduit une réelle baisse des disparités basées sur le genre en ce qui concerne la fin du cycle primaire. La vision centrée sur l'achèvement total du cycle primaire par la plupart des apprenants, vise l'amélioration du niveau d'instruction des personnes de plus de 12 ans. Le niveau d'instruction des personnes âgées de 12 à 49 ans, s'exprime par l'aptitude à lire et à écrire l'une des deux langues officielles que sont le français et l'anglais. Selon le Rapport National OMD (2012 : Ibid.) le niveau d'instruction s'est sensiblement amélioré dans l'ensemble en 2011 car un peu plus de sept Camerounais sur dix savent lire et écrire.

Pour le Rapport National OMD (2012 : 15), les inégalités persistent entre 2004 et 2011 suivant le milieu de résidence :

« On rencontre plus de personnes en zone rurale qu'en milieu urbain qui ne savent ni lire, ni écrire l'une des deux langues officielles. Avec moins de 3 personnes sur 5 alphabétisées de cette tranche d'âge sur la même période, les régions septentrionales se situent en dessous de la moyenne nationale. La situation est plus préoccupante dans la région de l'Extrême-Nord : plus de 2/3 de la population âgée de 15 à 49 ans ne sait ni lire, ni écrire. Avec environ 3 personnes âgées de 15 à 49 ans sur 5 non alphabétisées, la région du Nord n'en est pas très éloigné. De manière spécifique, pour la tranche d'âge 15 à 24 ans, le taux d'alphabétisation est supérieur à la

moyenne nationale (73,3% en 2004 et 80,04 en 2011). Selon le genre, une analyse montre que dans l'ensemble, les hommes sont plus alphabétisés que les femmes avec un écart de près de 9 points. Toutefois, l'on note une progression plus rapide du taux d'alphabétisation des femmes que celui des hommes entre 2004 et 2011. »

De ce qui précède, selon le Rapport National OMD (2012 : 15), *« il est difficile que l'objectif soit effectivement atteint en 2015, mais cette tendance est progressive et la perspective de sa réalisation en 2020 peut être envisagée ».*

1.1.2. La vulnérabilité de l'enfant

A travers le monde, les Etats mettent en place des programmes nationaux visant la prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité, capables de développer et préserver le capital humain et de garantir la réalisation des droits fondamentaux des personnes. Le premier acte primordial est l'identification des groupes d'individus cibles de cette prise en charge, en répondant à la question : Qui sont les jeunes en situation de vulnérabilité ?

Pour répondre efficacement à cette question, il est nécessaire avant tout d'établir une méthodologie (cadre conceptuel et analytique) capable d'orienter la recherche et de conduire à la formulation des axes opérationnels. Pour cela, le point de départ sera l'analyse du concept de « vulnérabilité » et des plans d'action publique devant contribuer à la réduction et à la prévention de la vulnérabilité.

Le concept de vulnérabilité, sémantiquement fourni, correspond à une pluralité de définitions. Étymologiquement, dérivé du mot latin « vulnus », le mot « vulnérabilité » signifie « blessure » et qualifie tout être qui n'est pas protégé, qui peut être blessé... la vulnérabilité, prise sous cet angle, est un phénomène social complexe et incertain façonné par l'interaction de facteurs socio-culturels et économiques, qui se déploient tant au niveau particulier que général. Le concept de vulnérabilité présente ainsi une double facette claire : il laisse percevoir d'une part, une notion de sujets exposés à des risques socio-économiques divers préjudiciables au bien-être, et d'autre part, il fait référence à une notion d'impuissance des personnes à faire face à ces risques.

Selon L. Germain (2010 : 4) la vulnérabilité est définie comme étant *« un degré élevé d'exposition de la personne au risque de perdre ou de ne pas atteindre une situation de bien-être en liaison avec une faible capacité de se protéger et de se défendre des adversités »* Pour L. Germain (2010 : Ibid.) la vulnérabilité du jeune enfant est *« le risque de*

compromission du développement physique, psychique et social de l'enfant comme résultat de l'exposition de ce dernier à des situations à même d'interférer négativement ou entraver ce développement »

Partant de ces définitions, nous pouvons dire avec L. Germain (2010 : Ibid.) qu'un enfant en situation de vulnérabilité est « *un enfant exposé au risque de non réalisation ou de réalisation insuffisante de ses droits, autrement dit, exposé à des situations qui interfèrent négativement sur son bien être psychophysique et social et entravent son développement* »

Le tout petit est clairement la personne humaine la plus vulnérable, au regard des conséquences néfastes durables et parfois irréversibles causés par la réalisation de risques, en particulier ceux relatifs à la survie et au développement. Toute personne à sa naissance renferme un potentiel voilé qui émergera au cours de sa croissance ; S'il est doté d'une longue vie et d'une santé de fer, il deviendra un jeune et puis un adulte, doté d'un certain niveau d'éducation, de certaines compétences citoyennes, d'un capital social... qui le conduiront vers une vie productive. Un enfant en situation de vulnérabilité est, dans cette logique, exposé au risque de compromission de son développement et de sa survie.

L'UNICEF et la Direction de la Protection de l'Enfant du Ministère de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant (MPF/PE) du Niger, dans le cadre de leur plan de travail annuel, ont lancé en 2006 un canevas devant aboutir à la l'élaboration de la Politique Nationale de Prise en Charge des Enfants (en général) et des Orphelins (en particulier) en situation de vulnérabilité. Une étude finalisée en 2007, analysait en profondeur les causes sous-jacentes de la vulnérabilité des ménages nigériens et posait la base des grands défis à surmonter pour favoriser l'émergence et diminuer le degré de vulnérabilité des enfants. La finalisation du document d'analyse de la situation de l'enfant et de la femme au Niger, élaboré la même année, présentait un état des lieux de la situation desdites personnes en situation de vulnérabilité, et les conclusions principales par rapport à cette thématique indiquaient que l'encadrement des enfants en situation de vulnérabilité et/ou en difficulté reste faible et les abus et violences à l'égard de ceux-ci persistent dans le pays.

Le scénario global est caractérisé par une demande élevée, une insuffisance de coordination et supervision, une qualité des interventions souvent insatisfaisante, l'éparpillement des actions de prise en charge. Ces conclusions indiquent l'obligation pour les acteurs engagés dans la protection de l'enfant à redoubler d'efforts pour répondre à ces défis.

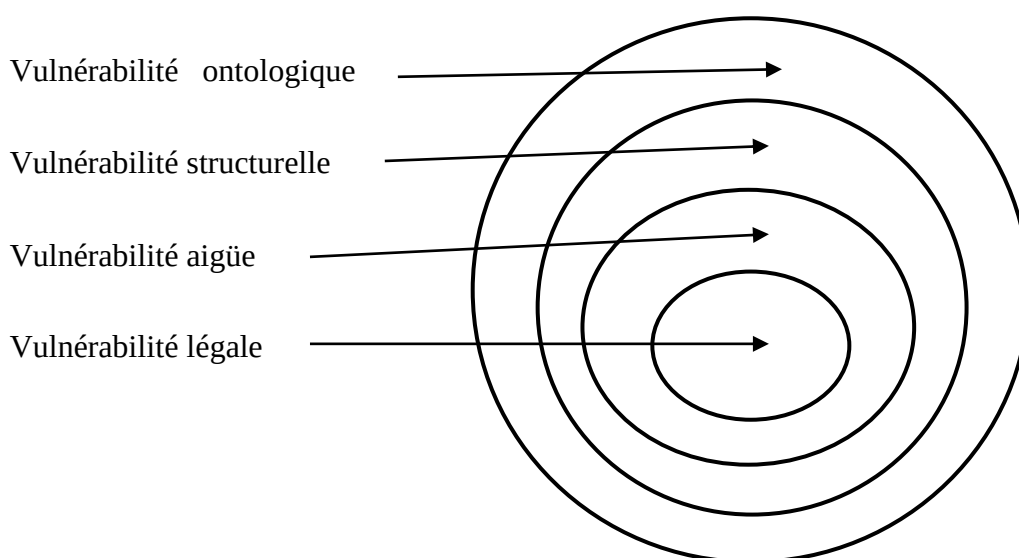
Une fois les définitions tournant autour de la vulnérabilité et de l'enfant en situation de vulnérabilité arrêtées, force est de reconnaître que la notion de vulnérabilité n'est pas encore opérationnelle afin d'établir des orientations pour la prise en charge de l'enfant en situation de vulnérabilité. Il convient alors d'avancer dans la réflexion, les degrés de vulnérabilité déjà répertoriés. Lidia Germain (2010 : 5) identifie à cet effet, quelques degrés différenciés de vulnérabilité de l'enfant, allant d'une vulnérabilité diffuse (ontologique et structurelle) à une vulnérabilité aux contours définis (aigue et légale).

Cette analyse nous rapprochera de la possibilité d'établir des modes de prise en charge spécifiques pour les différents degrés de vulnérabilité. Notons ici :

- ✓ La vulnérabilité ontologique qui repose sur la condition de dépendance de l'enfant par rapport aux adultes qui en ont la charge. L'enfant dépend d'autrui pour la satisfaction de ses besoins de base (alimentation, repos, stimulation, affection...). La possibilité de son bien-être et de son développement harmonieux se trouve largement dans les mains de ces responsables
- ✓ La vulnérabilité structurelle, situation dans laquelle se trouve une grande partie de la population infanto-juvénile. En effet, les indicateurs sociaux tels les indicateurs de développement humain (IDH), le taux d'alphabétisation, le taux de mortalité infantile, les taux de pauvreté ou d'accès aux services sociaux de base, le niveau de participation citoyenne de la population dans la gestion de la vie publique (et en particulier des politiques sociales) ...indiquent un niveau élevé de vulnérabilité collective de la population, en particulier des enfants
- ✓ La vulnérabilité aigue qui concerne spécifiquement les enfants privés de milieu familial (abandonnés, vivant dans la rue, institutionnalisés...), exposés et victimes de violation de leur intégrité physique et psychologique par des formes variées d'abus, violence et exploitation
- ✓ La vulnérabilité légale qui indique le fait que les procédures judiciaires concernant l'enfant, les garanties légales établies par la loi ne soient pas ou pas suffisamment respectées. Il s'agit tout particulièrement des procédures judiciaires de placement de l'enfant en dehors du cadre familial, y compris l'adoption internationale et de l'administration de la justice pour les adolescents chargés d'une infraction pénale.

La figure ci-dessous résume les différents degrés de vulnérabilité de l'enfant, tout en montrant que chaque niveau de vulnérabilité se trouve à l'origine et/ou parmi les déterminants du niveau successif.

Figure N° 1 : Les degrés différenciés de vulnérabilité de l'enfant



Source : *L. Germain (2010), Orientations nationales pour la prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité*

Le concept de vulnérabilité implique le risque que l'enfant soit en danger (perdre ou ne pas atteindre une situation de bien être à laquelle il a le droit). Cette situation de bien être doit s'arrimer aux paramètres universellement reconnus et acceptés et non pas être basée sur des conceptions individuelles des uns et des autres sur ce qui serait le bien-être. L'énonciation des droits de l'enfant tels qu'ils sont établis dans la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant constitue la codification la plus complète et légitime de ce bien être. Les droits de l'enfant constituent donc le cadre normatif de référence sur lequel doit s'appuyer conceptuellement toute considération de la vulnérabilité et tout effort de réduction de la vulnérabilité. Dans cette perspective, la vulnérabilité de l'enfant est le risque de non réalisation (ou de réalisation insuffisante) des droits de ce dernier.

Les enfants, les personnes âgées ou porteuses de handicaps... sont les groupes vulnérables par excellence de toute société. Cette vulnérabilité dérive de leur condition de personnes en développement, pour lesquelles la réalisation de risques aura des conséquences plus graves que pour un adulte. De par leur innocence, leur insouciance et leur inconscience,

les enfants se trouvent dans une période privilégiée pour la prévention notamment, en ce qui concerne l'éducation et la santé. Dans leur croissance et leur maturation, ils rencontrent lors de leurs apprentissages, une pluralité d'acteurs et développent de nombreuses interactions ; d'où l'importance de la coordination des actions menées auprès d'eux.

1.1.3. La sécurité de l'enfant au Cameroun et à travers le monde

Partant de divers textes juridiques, constitutionnels et législatifs, nous pouvons dire que l'éducation, la santé et la sécurité de l'individu et de l'enfant sont des facteurs qui vont de pair en milieu scolaire. Il est également évident que la sécurité socio-sanitaire (pour ce qui est de notre étude) a un impact très significatif sur le déroulement de l'éducation de l'enfant ; leur implémentation est adoptée dans tous les pays du monde, à travers différents textes, lois, décisions, arrêtés et décrets. Nous citerons par exemple :

1.1.3.1. Au niveau mondial :

- ✓ **La Convention des Nations Unies du 20/11/1989 relative aux droits de l'enfant, qui énonce ce qui suit :**

Article 3, Alinéas 1, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : 2)

« Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions de protection socio-sanitaire publiques ou privées, des tribunaux, des organes législatifs ou des autorités administratives, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une valeur primordiale. »

Article 3, Alinéas 2, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : Ibid.)

« Les Etats parties s'engagent à assurer la protection et les soins nécessaires au bien-être de l'enfant, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes juridiquement responsables de lui ; ils prennent par ailleurs toutes les dispositions appropriées sur les plans législatifs et administratifs. »

Article 3, Alinéas 3, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : Ibid.)

« Les Etats parties veillent à ce que le l'administration des institutions, services et établissements qui ont la charge et assurent la protection des enfants soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, précisément dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la qualification de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié. »

Article 6, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : 3) : *« Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie. Les Etats parties garantissent la survie et le développement de l'enfant dans toute la mesure du possible. »*

Article 19, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : 6) :

« Les Etats parties retiennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives adéquates pour protéger l'enfant contre toute forme d'atteinte, de violence ou de brutalités physiques, psychiques ou sexuelle, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, pendant qu'il est sous la garde de l'un ou de ses deux parents, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne dont il est sous la garde. Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant, à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes préventives aux fins d'identification, de rapport, d'enquête, de renvoi et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et également, selon qu'il conviendra, la compréhension des procédures d'intervention judiciaire. »

Article 24, Alinéas 1, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : 8) :

« Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état sanitaire possible en bénéficiant de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. »

Article 24, Alinéas 3, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : 9) : *« Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques ancestrales archaïques préjudiciables à la santé des enfants. »*

Article 26, Alinéas 1, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : Ibid.) :

« Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales en prenant, en conformité avec la législation nationale, les mesures nécessaires permettant d'assurer la pleine réalisation de ce droit. »

Article 27, Alinéas 1, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : Ibid.) : *« Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à avoir un niveau de vie suffisant lui permettant d'atteindre son développement physique, mental, spirituel, moral et social. »*

Article 27, Alinéas 2, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : Ibid.) :

« C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe en premier la responsabilité d'assurer les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers. »

Article 27, Alinéas 3, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : Ibid.) :

« Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens. »

Article 28, Alinéas 1, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : Ibid.) :

« Les Etats parties s'engagent à reconnaître le droit de l'enfant à l'éducation ; en vue de garantir l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances : l'enseignement dans le cycle primaire est rendu obligatoire et gratuit pour tous ; ... l'information et l'orientation scolaires et professionnelles sont rendues ouvertes et accessibles à tout enfant ; des mesures visant à encourager la réduction des taux d'abandon scolaire et la régularité de la fréquentation scolaire sont prises. »

Article 28, Alinéas 2, cité par la Mission de l'Adoption Internationale (2003 : 10) :

« Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit exécutée, conformément à la présente Convention, de façon congruente avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain à part entière. »

- ✓ **La déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, relative aux droits de l'homme à l'éducation, la santé et la sécurité, qui stipule ce qui suit :**

Article 22, cité par Roland Ley (2012 : 7) :

« Toute personne a droit à la sécurité sociale, en tant que membre de la société ; grâce à l'effort national et à la coopération internationale, elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits socio-économiques et culturels, indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays. »

Article 25, Alinéa 1, cité par Roland Ley (2012 : 8) :

« En ce qui concerne l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires, toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ; en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de

vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, elle a droit à la sécurité. »

Article 26, Alinéa 1, cité par Roland Ley (2012 : Ibid.) :

« Toute personne a droit à l'éducation. Au moins en ce qui concerne l'enseignement élémentaire et fondamental, l'éducation doit être gratuite et obligatoire. L'accès aux études techniques et professionnels doit être généralisé ; L'enseignement supérieur doit être ouvert en pleine égalité à tous, en fonction de leur mérite. »

✓ **Le pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'homme, qui cite ce qui suit :**

Article 7 (1976 : 2) : *« Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir de conditions de travail justes et favorables, qui assurent notamment ... l'hygiène et la sécurité du travail »*

Article 9 (1976 : 3) : *« Le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales est reconnu par les Etats parties au présent Pacte. »*

Article 10, Alinéa 3 (1976 : Ibid.) :

« Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent que : Des mesures spéciales de protection et d'assistance doivent être prises en faveur de tous les enfants et adolescents, sans discrimination aucune pour des raisons de filiation ou autres. Les personnes dans l'âge de l'enfance et de l'adolescence doivent être protégés contre l'exploitation socio-économique. Les employer à des travaux de nature à compromettre leur santé ou leur moralité, à nuire à leur développement normal ou à mettre leur vie en danger doit être sanctionné par la loi. »

Article 12, Alinéa 1 (1976 : Ibid.) : *« Le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre est reconnu par les Etats parties au présent Pacte. »*

Article 12, Alinéa 2 (1976 : Ibid.) :

« En vue d'assurer le plein exercice de ce droit, les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront, devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ; b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ; c) La prophylaxie, le traitement ainsi que la lutte contre les maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres ; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »

Article 13, Alinéa 1 (1976 : Ibid.) :

« Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à l'éducation. Ils conviennent que l'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et du sens de sa dignité et renforcer le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Ils conviennent en outre que l'éducation doit mettre toute personne en mesure de jouer un rôle utile dans une société libre, favoriser la compréhension, la tolérance et l'amitié entre toutes les nations et tous les groupes raciaux, ethniques ou religieux et encourager le développement des activités des Nations Unies pour le maintien de la paix. »

Article 13, Alinéa 2 (1976 : Ibid.) :

« Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent qu'en vue d'assurer le plein exercice de ce droit : a) L'enseignement primaire doit être obligatoire et accessible gratuitement à tous ... d) L'éducation de base doit être encouragée ou intensifiée, dans toute la mesure possible, pour les personnes qui n'ont pas reçu d'instruction primaire ou qui ne l'ont pas reçue jusqu'à son terme ; e) Il faut poursuivre activement le développement d'un réseau scolaire à tous les échelons, établir un système adéquat de bourses et améliorer de façon continue les conditions matérielles du personnel enseignant. »

- ✓ **La Déclaration mondiale sur l'Education Pour Tous (EPT) de 1990, relative à l'universalisation de l'enseignement fondamental et la réduction radicale de l'illettrisme avant la fin de la décennie 90, qui cite ce qui suit :**

Article I, Alinéa 1 (1996 : 7) :

« Toute personne - enfant, adolescent ou adulte - doit pouvoir bénéficier d'une formation conçue pour répondre à ses besoins éducatifs fondamentaux. Ces besoins concernent aussi bien les outils d'apprentissage essentiels (lecture, écriture, expression orale, calcul, résolution de problèmes) que les contenus éducatifs fondamentaux (connaissances, aptitudes, valeurs, attitudes) dont l'être humain a besoin pour survivre, pour développer toutes ses facultés, pour vivre et travailler dans la dignité, pour participer pleinement au développement, pour améliorer la qualité de son existence, pour prendre des décisions éclairées et pour continuer à apprendre. »

Article III, Alinéa 1 (1996 : 9) :

« Tous les enfants, tous les adolescents et tous les adultes devraient avoir accès à l'éducation fondamentale. À cette fin, il convient de développer les services éducatifs de qualité et de prendre des mesures systématiques pour réduire les disparités. »

Article III, Alinéa 2 (1996 : Ibid.) : *« Pour être équitable, l'éducation fondamentale doit offrir aux enfants, adolescents et adultes la possibilité d'atteindre un niveau d'instruction satisfaisant et de s'y maintenir. »*

Article VI (1996 : 10) :

« L'apprentissage ne peut être conçu isolément. C'est pourquoi la société doit assurer à tous les apprenants l'alimentation, les soins de santé et, d'une manière générale, le soutien physique et affectif dont ils ont besoin pour participer activement à leur propre éducation et en tirer bénéfice. Les programmes éducatifs communautaires destinés aux adultes devraient inculquer à ceux-ci les connaissances et les savoir-faire requis pour améliorer les conditions d'apprentissage des enfants. L'éducation des enfants et celle de leurs parents ou des autres personnes qui en ont la garde se renforcent

récioproquement et cette interaction devrait être mise à profit pour que l'apprentissage de tous s'effectue dans un climat stimulant et chaleureux. »

1.1.3.2. Au niveau de la France :

✓ **La circulaire parlementaire du 12/01/2001 relative à la mission de promotion de la santé en faveur des élèves, qui déclare :**

« La mission de l'Ecole dans le domaine de la promotion de la santé s'intègre donc dans le processus éducatif concernant l'ensemble des élèves. Elle vise à :

- Favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel ;*
- Détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité*
- Agir en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves ;*
- Accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins ;*
- Développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque ;*
- Contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie. [...] »*

✓ **La circulaire parlementaire du 25/04/2002 sur la politique de santé en faveur des élèves, qui déclare :**

« Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, créés en 1998 pour organiser la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires, ont apporté la preuve de leur efficacité et de leur pertinence pour mobiliser la communauté éducative, notamment les familles, et organiser les partenariats nécessaires. Ils ont été, en trois ans, implantés dans 70 % des établissements. Leur généralisation à l'ensemble des établissements scolaires doit être désormais effective et s'étendre aux écoles. A cette fin, le travail en réseaux à l'échelon des bassins de formation sera privilégié. [...] »

✓ **La circulaire parlementaire du 1^{er}/12/2003 relative au programme quinquennal de prévention et d'éducation des élèves, qui déclare :**

« La prévention des comportements à risque et la lutte contre la consommation de produits illicites ou dangereux doit être intégrée dès l'école primaire et tout au long du cursus scolaire, particulièrement au collège. [...] Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est le dispositif le mieux adapté pour organiser ces actions de prévention, notamment des conduites addictives. La totalité des établissements devront en être dotés à la rentrée 2004. »

1.1.3.3. Au niveau africain :

✓ **La charte africaine de 1989 relative au bien-être de l'enfant, qui stipule ce qui suit :**

Article 11, Alinéa 1 (1990 : 7) : *« Tout enfant a droit à l'éducation »*

Article 11, Alinéa 2 (1990 : Ibid.) :

« L'éducation de l'enfant vise à :

- Promouvoir et développer la personnalité de l'enfant, ses talents ainsi que ses capacités mentales et physiques jusqu'à leur plein épanouissement ;*
- Encourager le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, notamment de ceux qui sont énoncés dans les dispositions des divers instruments africains relatifs aux droits de l'homme et des peuples et dans les déclarations et conventions internationales sur les droits de l'homme ;*
- La préservation et le renforcement des valeurs morales, traditionnelles et culturelles africaines positives ;*
- Préparer l'enfant à mener une vie responsable dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de tolérance, de dialogue, de respect mutuel et d'amitié entre les peuples, et entre les groupes ethniques, les tribus et les communautés religieuses ;*
- Préserver l'indépendance nationale et l'intégrité territoriale ;*
- Promouvoir et instaurer l'unité et la solidarité africaines ;*
- Susciter le respect pour l'environnement et les ressources naturelles ;*
- Promouvoir la compréhension des soins de santé primaires par l'enfant. »*

Article 11, Alinéa 3 (1990 : Ibid.) :

« Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées en vue de parvenir à la pleine réalisation de ce droit et, en particulier, ils s'engagent à :

- Fournir un enseignement de base gratuit et obligatoire... ;*
- Prendre des mesures pour encourager la fréquentation régulière des établissements scolaires et réduire le taux d'abandons scolaires... »*

Article 11, Alinéa 5 (1990 : 8) :

« Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce qu'un enfant qui est soumis à la discipline d'un établissement scolaire ou de ses parents soit traité avec humanité et avec respect pour la dignité inhérente de l'enfant, et conformément à la présente Charte. »

Article 11, Alinéa 6 (1990 : Ibid.) :

« Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que les filles qui deviennent enceintes avant d'avoir achevé leur éducation aient la possibilité de la poursuivre compte tenu de leurs aptitudes individuelles. »

Article 13, Alinéa 1 (1990 : 9) :

« Tout enfant qui est mentalement ou physiquement handicapé a droit à des mesures spéciales de protection correspondant à ses besoins physiques et moraux et dans les conditions qui garantissent sa dignité et qui favorisent son autonomie et sa participation active à la vie communautaire »

Article 13, Alinéa 3 (1990 : Ibid.) :

« Les Etats parties à la présente Charte utilisent les ressources dont ils disposent en vue de donner progressivement la pleine commodité de mouvement aux handicapés mentaux ou physiques et de leur permettre l'accès aux édifices publics construits en élévation et aux autres lieux auxquels les handicapés peuvent légitimement souhaiter avoir accès. »

Article 14, Alinéa 1 (1990 : Ibid.) : « *Tout enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible. »*

Article 14, Alinéa 2 (1990 : Ibid.) :

« Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à poursuivre le plein exercice de ce droit, notamment en prenant les mesures aux fins ci-après :

- Réduire la mortalité prénatale et infantile,*
- Assurer la fourniture de l'assistance médicale et des soins de santé nécessaires à tous les enfants, en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires,*
- Assurer la fourniture d'une alimentation adéquate et d'eau potable,*
- Lutter contre la maladie et la malnutrition dans le cadre des soins de santé primaire, moyennant l'application des techniques appropriées...,*
- Développer la prophylaxie et l'éducation ainsi que les services de planification familiale,*
- Intégrer les programmes de services de santé de base dans les plans de développement national,*
- Veiller à ce que tous les secteurs de la société, en particulier les parents, les dirigeants de communautés d'enfants et les agents communautaires soient informés et encouragés à utiliser les connaissances alimentaires en matière de santé et de nutrition de l'enfant : avantages de l'allaitement au sein, hygiène personnelle, hygiène du milieu et prévention des accidents domestiques et autres,*
- Associer activement les organisations non gouvernementales, les communautés locales et les populations bénéficiaires à la planification et à la gestion des programmes de services de santé de base pour les enfants,*
- Soutenir, par des moyens techniques et financiers, la mobilisation des ressources des communautés locales en faveur du développement des soins de santé primaires pour les enfants. »*

Article 21, Alinéa 1 (1990 : 14) :

« Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du Bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement normal de l'enfant, en particulier :

- Les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ;*
- Les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons. »*

Article 21, Alinéa 7 (1990 : 8) :

« Aucune disposition du présent article ne peut être interprétée comme allant à l'encontre de la liberté d'un individu ou d'une institution de créer et de diriger un établissement d'enseignement, sous réserve que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'enseignement dispensé dans cet établissement respecte les normes minimales fixées par l'Etat compétent. »

✓ **La charte africaine de 1995 relative aux droits de l'homme et des peuples, qui stipule ce qui suit :**

Article 16, Alinéa 1 (1990 : 4) : *« Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. »*

Article 16, Alinéa 2 (1990 : Ibid.) : *« Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie. »*

Article 17, Alinéa 1 (1990 : 5) : *« Toute personne a droit à l'éducation. »*

Article 17, Alinéa 3 (1990 : Ibid.) : *« La promotion et la protection de la morale et des valeurs traditionnelles reconnues par la Communauté constituent un devoir de l'Etat dans le cadre de la sauvegarde des droits de l'homme. »*

Article 18, Alinéa 1 (1990 : Ibid.) : « *La famille est l'élément naturel et la base de la société. Elle doit être protégée par l'Etat qui doit veiller à sa santé physique et morale* »

Article 18, Alinéa 2 (1990 : Ibid.) : « *L'Etat a l'obligation d'assister la famille dans sa mission de gardienne de la morale et des valeurs traditionnelles reconnues par la Communauté* »

Article 23, Alinéa 1 (1990 : 6) :

« *Les peuples ont droit à la paix et à la sécurité tant sur le plan national que sur le plan international. Le principe de solidarité et de relations amicales affirmé implicitement par la Charte de l'Organisation des Nations Unies et réaffirmé par celle de l'Organisation de l'Unité Africaine est applicable aux rapports entre les Etats.* »

Article 24 (1990 : Ibid.) : « *Tous les peuples ont droit à un environnement satisfaisant et global, propice à leur développement.* »

Article 25 (1990 : Ibid.) :

« *Les Etats parties à la présente Charte ont le devoir de promouvoir et d'assurer, par l'enseignement, l'éducation et la diffusion, le respect des droits et des libertés, contenus dans la présente Charte, et de prendre des mesures en vue de veiller à ce que ces libertés et droits soient compris de même que les obligations et devoirs correspondants.* »

- ✓ **Le Cadre d'action de Dakar pour l'EPT de 2000, réaffirmant l'engagement des pays participants à réaliser les objectifs de l'EPT au plus tard en 2015, qui cite ce qui suit :**

Point 6 (2000 : 8) :

« *L'éducation est un droit fondamental de l'être humain. C'est une condition essentielle du développement durable ainsi que de la paix et de la stabilité à l'intérieur des pays et entre eux, et donc le moyen indispensable d'une*

participation effective à l'économie et à la vie des sociétés du XXI^e siècle, soumises à un processus de mondialisation rapide. »

Point 7 (2000 : Ibid.) :

« En conséquence, nous nous engageons collectivement à assurer la réalisation des objectifs suivants :

- Développer et améliorer sous tous leurs aspects la protection et l'éducation de la petite enfance, et notamment des enfants les plus vulnérables et défavorisés ;*
- Répondre aux besoins éducatifs de tous les jeunes et de tous les adultes en assurant un accès équitable à des programmes adéquats ayant pour objet l'acquisition de connaissances ainsi que de compétences nécessaires dans la vie courante ;*
- Améliorer de 50% les niveaux d'alphabétisation des adultes, et notamment des femmes, d'ici à 2015, et assurer à tous les adultes un accès équitable aux programmes d'éducation de base et d'éducation permanente ;*
- Améliorer sous tous ses aspects la qualité de l'éducation dans un souci d'excellence de façon à obtenir pour tous des résultats d'apprentissage reconnus et quantifiables notamment en ce qui concerne la lecture, l'écriture et le calcul et les compétences indispensables dans la vie courante.*

Point 8 (2000 : Ibid.) :

« Pour atteindre ces objectifs, nous, gouvernements, organisations, institutions, groupes et associations représentés au Forum mondial sur l'éducation, nous engageons à :

- Susciter, aux niveaux national et international, un puissant engagement politique en faveur de l'éducation pour tous, définir des plans d'action nationaux et augmenter sensiblement l'investissement dans l'éducation de base ;*
- Promouvoir des politiques d'éducation pour tous dans le cadre d'une action sectorielle durable et bien intégrée, clairement articulée avec les stratégies d'élimination de la pauvreté et de développement ;*

- *Faire en sorte que la société civile s'investisse activement dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi de stratégies de développement de l'éducation ;*
- *Mettre en place des systèmes de gestion et de gouvernance éducatives qui soient réactifs, participatifs et évaluables ;*
- *Répondre aux besoins des systèmes éducatifs subissant le contrecoup de conflits, de catastrophes naturelles et de situations d'instabilité et conduire les programmes d'éducation selon des méthodes qui soient de nature à promouvoir la paix, la compréhension mutuelle et la tolérance et à prévenir la violence et les conflits ;*
- *Mettre en œuvre d'urgence des activités et des programmes d'éducation pour lutter contre la pandémie de VIH/sida ;*
- *Créer un environnement éducatif sain et sûr, inclusif et équitablement doté en ressources, qui favorise l'excellence de l'apprentissage et conduise à des niveaux d'acquisition clairement définis pour tous ;*
- *Améliorer la condition, la motivation et le professionnalisme des enseignants ;*
- *Mettre les nouvelles technologies de l'information et de la communication au service de la réalisation des objectifs de l'éducation pour tous ;*
- *Assurer un suivi systématique des progrès accomplis du point de vue des objectifs et des stratégies de l'EPT aux niveaux national, régional et international ;*
- *Renforcer les mécanismes existants pour faire progresser plus rapidement l'éducation pour tous. »*

1.1.3.4. Au niveau du Cameroun :

- ✓ **La Constitution du Cameroun, sur la protection de l'Etat vis-à-vis de la famille, de la femme, de l'enfant, des personnes handicapées... qui argue en son Préambule (1996 : 1) :**

« Le Peuple camerounais, proclame que l'être humain, sans distinction de race, de religion, de sexe, de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés ;

Affirme son attachement aux libertés fondamentales inscrites dans la déclaration universelle des droits de l'homme, la charte des Nations-Unies, la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et toutes les conventions internationales y relatives et dûment ratifiées, notamment aux principes suivants :

- *Tous les hommes sont égaux en droits et en devoirs. L'Etat assure à tous les citoyens les conditions nécessaires à leur développement ;*
- *L'Etat assure la protection des minorités et préserve les droits des populations autochtones conformément à la loi ;*
- *La liberté et la sécurité sont garanties à chaque individu dans le respect des droits d'autrui et de l'intérêt supérieur de l'Etat...*
- *La nation protège et encourage la famille, base naturelle de la société humaine. Elle protège la femme, les jeunes, les personnes âgées et les personnes handicapées ;*
- *L'Etat assure à l'enfant le droit à l'instruction. L'enseignement primaire est obligatoire. L'organisation et le contrôle de l'enseignement à tous les degrés sont des devoirs impérieux de l'Etat...*
- *Toute personne a droit à un environnement sain. La protection de l'environnement est un devoir pour tous. L'Etat veille à la défense et la promotion de l'environnement... »*

✓ **La loi N° 98/004 du 14 avril 1998 portant Orientation de l'éducation au Cameroun, cité par le Projet d'Education II (2006 : 33) qui statue :**

Article 2, Alinéa 1 : *« l'éducation est une grande priorité nationale »*

Article 5, Alinéa 9 : *« l'éducation a pour objectif : la promotion de l'hygiène et de l'éducation à la santé »*

Article 6 : *« L'Etat assure à l'enfant le droit à l'éducation »*

Article 7 : *« L'Etat garantit à tous l'égalité des chances d'accès à l'éducation sans discrimination de sexe, d'opinion politique, philosophique et religieuse, d'origine sociale, culturelle, linguistique ou géographique »*

Article 9 : « *L'enseignement primaire est obligatoire* »

Article 28, Alinéa 1 : « *Toute implantation de salles de jeux, de débits de boissons, de salles de cinéma, de commerce de tabac et de toutes autres nuisances est interdite dans l'enceinte ou à la périphérie des établissements scolaires* »

- ✓ **L'extrait de la Circulaire N° 045 / B¹ / 1464 / MINEDUC / SG / DSAPPS du 13 Septembre 1996, cité par le Projet d'Education II (2006 : 28) qui stipule en son premier point que :**

« L'assurance scolaire concerne tous les élèves d'inscription. Elle intervient 15 (quinze) jours après le démarrage effectif des cours. La campagne d'association agréée par le MINEDUC ayant assuré l'établissement est tenue de signer une convention de soins avec un centre de santé au profit des élèves. Une liste d'assurés dressée par classe et estampillée par l'assureur, garantit l'assurance des élèves dès paiement effectif par l'établissement »

- ✓ **La loi N° 2004/018 du 22 Juillet 2004 fixant les règles applicables aux communes, cité par le Projet d'Education II (2006 : 40) qui statue :**

Article 3, Alinéa 1 : « *La commune a une mission générale de développement local et d'amélioration du cadre et des conditions de vie de ses habitants* »

Article 20, Alinéa a :

« Les compétences suivantes sont transférées aux communes en matière d'éducation : la création conformément à la carte scolaire, la gestion, l'équipement, l'entretien et la maintenance des écoles maternelles et primaires... La participation à l'acquisition des matériels et fournitures scolaires »

Article 20, Alinéa b : « *Les compétences suivantes sont transférées aux communes en matière d'alphabétisation : La participation à la mise en place et à l'entretien des infrastructures et des équipements éducatifs* »

- ✓ **L'Article 5, Alinéa b de l'Arrêté N° 367 / B¹ / 1464 / MINEDUC 064 / CF / MINEFI du 19 Septembre 2001, cité par le Projet d'Education II (2006 : 17) qui stipule :**

« La Direction de l'école sur le plan administratif : organise le suivi médical des élèves et assure les mesures d'hygiène, de salubrité et de propreté de l'école..., établit les besoins en personnels, en infrastructures, en mobiliers et matériels didactiques divers »

A la lecture des textes juridiques, constitutionnels et législatifs énoncés plus hauts, nous pouvons dire que l'éducation et la sécurité de l'individu (en général) et de l'enfant (en particulier) vont de pair en milieu scolaire et sont garanties à travers la planète. Pourtant, tout laisse à croire qu'il demeure une insatisfaction à notre observation. Ceci étant, à la question « *qu'est ce qui a orienté le choix de notre sujet de recherche ?* », nous avons prévu toute une argumentation relayée dans les lignes qui suivent.

1.2. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Tout sujet de recherche naît de la volonté d'un chercheur à résoudre un problème préalablement observé, identifié et/ou questionné. Nous souvenant de Monsieur Nji Nsangou Issah, ancien Proviseur du Lycée Bilingue de Foumbot qui, lors du conseil d'établissement du Premier Trimestre de l'année scolaire 2004-2005, avait déclaré : **« aucune éducation n'est possible dans un environnement insécure et avec une assurance sanitaire précaire »**, et observant que le milieu scolaire primaire camerounais est réputé pour être le siège d'incidents socio-sanitaires (accidents et maladies), notre attention s'est focalisée sur la gestion des maladies (type, transmission, évolution, traitement...) apparaissant à l'école ; nous nous sommes attardés sur le paludisme, qui lui, est récurrent en Afrique subsaharienne, pour formuler notre sujet. Les lignes suivantes constitueront la justification de notre choix

1.2.1. Généralités sur le paludisme

Le paludisme (malaria en anglais) est une parasitose due à des hématozoaires du genre Plasmodium, transmise par des moustiques du genre Anophèles. Cette maladie, incapacitante pour les populations vivantes en zone d'endémie (zone intertropicale), l'est

aussi pour les voyageurs. Le paludisme est la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde. Elle constitue un risque majeur pour plus de 2 milliards d'êtres humains. En 2009 le paludisme reste la première endémie parasitaire mondiale. Selon l'ANOFEL (2014 : 4) :

« On estime que près de la moitié de la population mondiale vit en zone d'endémie. Le nombre d'accès palustres survenant chaque année à travers le monde semble cependant diminuer ; il est estimé entre 250 à 500 millions, entraînant la mort d'environ 750 000 à 1 million de personnes, parmi lesquelles une majorité de jeunes enfants vivant en Afrique sub-saharienne. »

Le paludisme représente ainsi une charge financière énorme pour les populations et par conséquent, constitue un obstacle au développement des pays concernés, notamment en Afrique. Pour cette raison, la lutte contre le paludisme constitue, avec la lutte contre le SIDA et la tuberculose, un des « Objectifs Du Millénaire » définis par les Nations-Unies, et le « Fond Mondial » est destiné à approvisionner les pays demandeurs en médicaments.

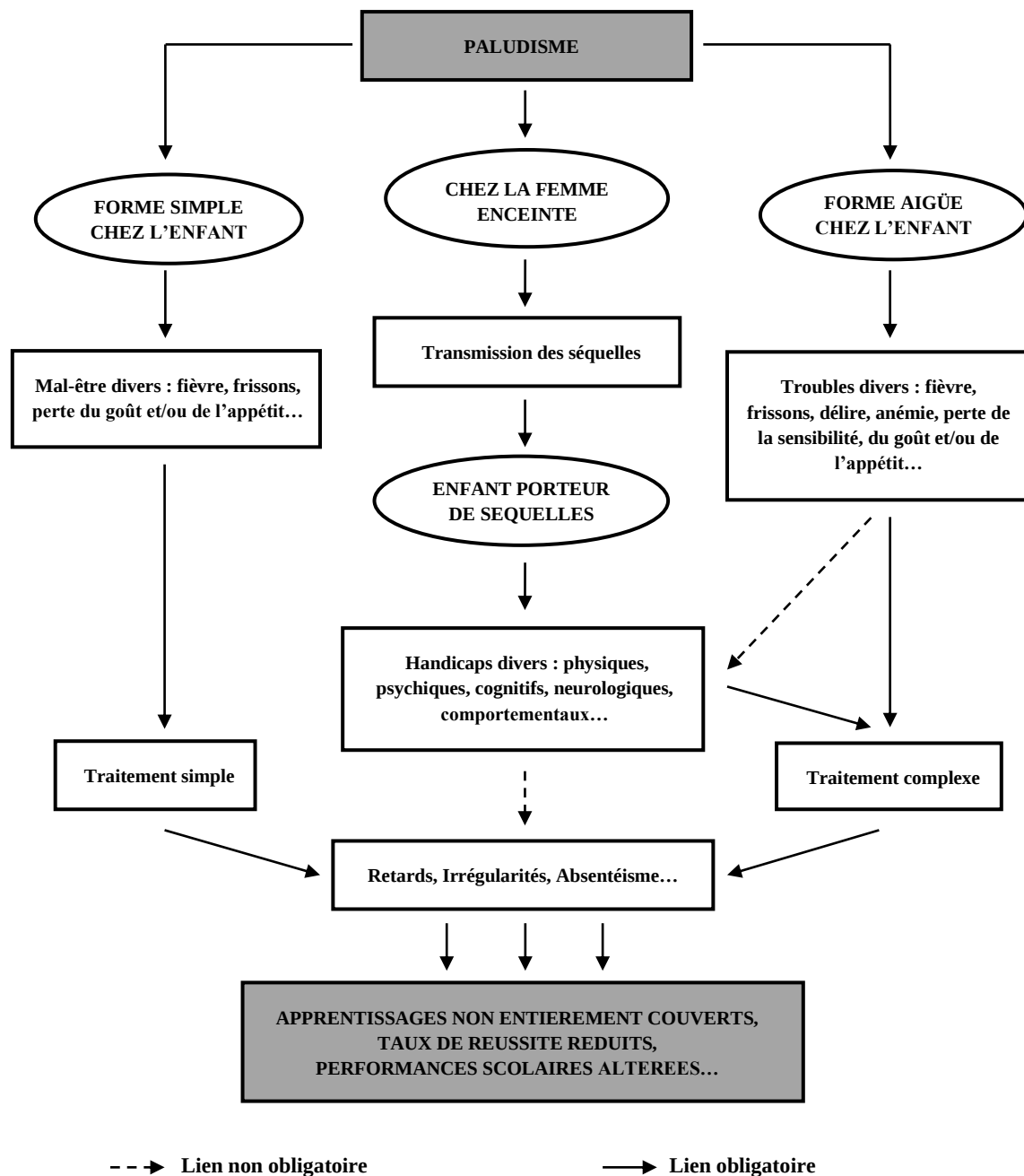
Le paludisme fait partie des problèmes de santé publique et de développement majeurs auxquels sont confrontés les pays tropicaux. Les chiffres en disent long sur ce fardeau : 41 % de la population mondiale vit dans des zones où le paludisme est transmis ; la maladie est chaque année responsable de plus d'un million de décès, de plus de 46 millions de pertes d'Années de Vie Corrigées de l'Incapacité et de près de 500 millions de cas cliniques ; le paludisme tue entre 700 000 et 2,7 millions de personnes par an, dont 75 % d'enfants africains. Chez l'enfant, l'immunité acquise ne joue un rôle protecteur efficace qu'à partir de l'âge de 5-6 ans, même en zone fortement endémique. C'est principalement la raison pour laquelle le paludisme est une menace majeure pour la survie des enfants.

Entre 2000 et 2003, le paludisme était responsable de 8 % des 10,6 millions de décès annuels chez les enfants de moins de 5 ans selon l'OMS. Il représentait la troisième cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Pour Bryce & al. (2005 : 45) :

« 94 % du total des décès attribuables à la maladie ont lieu en Afrique. En zone holo-endémique africaine (où la transmission est considérée comme stable), la maladie représente 20 à 25 % de toutes les causes de mortalité des moins de 5 ans, 25 % des hospitalisations pédiatriques et le taux de létalité est d'environ 15 %. À cause d'une baisse de l'immunité acquise lors de la grossesse, la femme enceinte est plus particulièrement vulnérable aux accès palustres avec des conséquences non négligeables pour la santé de la mère et de l'enfant ».

Quelques études ont mis l'accent sur les conséquences du paludisme sur le comportement de l'enfant, son développement cognitif, ses performances d'apprentissage et l'assiduité en classe. Nous pouvons résumer les liens directs entre paludisme et performances scolaires à l'aide d'une figure simplifiée, inspirée des travaux de la Revue d'Economie du Développement (2009).

Figure N° 2 : L'incidence du paludisme à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

Selon J.C. Youmba et M. Barrère (2004 : 165) : *« l'Afrique subsaharienne qui ne compte que 8 % de la population mondiale fournit 85 % à 90 % des cas de paludisme (200 à 280 millions de cas dont 90 % dus à plasmodium falciparum). Les enfants de moins de cinq ans, payent le plus lourd tribut à cette maladie. »* Selon l'OMS, cité par J.C. Youmba et M. Barrère (2004 : Ibid.) : *« le paludisme tue entre 1,1 et 2,7 millions de personnes dans le monde chaque année, dont environ un million d'enfants de moins de cinq ans résidant en Afrique subsaharienne. En plus des pertes en vies humaines, le paludisme coûte cher en dépenses de santé publique. »*

Au Cameroun, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Pour J.C. Youmba et M. Barrère (2004 : Ibid.) :

« Les statistiques sanitaires révèlent que le paludisme est responsable de 35 à 40 % du total des décès dans les formations sanitaires, 50 % de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, 40 à 45 % des consultations médicales et 30 % des hospitalisations. Le paludisme est aussi la cause de 26 % des absences en milieu professionnel et de 40 % des dépenses de santé des ménages. »

La distribution géographique de la transmission du paludisme au Cameroun montre que la maladie est endémique pendant toute l'année sur une bonne partie du territoire, c'est-à-dire que la durée de transmission est estimée entre 7 et 12 mois. Quand la saison de transmission dure si longtemps, la prévalence de la maladie et le risque de la contracter reste élevé. Les exceptions à cette longue durée de transmission se trouvent dans les zones du nord où il est fortement saisonnier (durée de transmission estimée entre 1 et 3 mois), et dans les régions montagneuses vers l'est du pays où il y a très peu ou pas de transmission.

1.2.2. La lutte contre le paludisme au Cameroun

Cette lutte est à la fois préventive et curative. En 2002, le Cameroun a adopté une politique thérapeutique transitoire de traitement du paludisme simple. Cette thérapie prescrivait l'utilisation de la chloroquine en première intention, et l'utilisation de l'Amodiaquine et la SP Fansidar en deuxième intention. Le Cameroun a ensuite élaboré un Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme et restructuré le Programme National de Lutte contre le Paludisme pour le rendre plus opérationnel et plus efficace. En janvier 2004, une nouvelle politique thérapeutique a été adoptée : l'Amodiaquine a été remplacée

par la combinaison Artesunate-Amodiaquine pour le traitement du paludisme simple. Quant à la quinine, elle n'est indiquée que pour les cas de paludisme grave tant chez l'enfant, que chez l'adulte et que chez la femme enceinte.

La plus grande difficulté à laquelle se heurte aujourd'hui la lutte contre le paludisme est la résistance des parasites aux antipaludéens les plus usuels et les moins onéreux. Cette situation a conduit le Gouvernement à réviser sa politique thérapeutique en optant en janvier 2004 pour l'association Artesunate-Amodiaquine ; malheureusement le coût de ce traitement n'est pas encore à la portée du Camerounais moyen, raison pour laquelle les traitements antipaludéens sont subventionnés, régulés et contrôlés dans le pays (voir à titre d'exemple la décision N° 0540/D/MINSANTE/CAB du 12 juin 2009).

La politique gouvernementale pour la lutte contre le paludisme est retenue comme une priorité dans la stratégie sectorielle de santé. De ce fait, le financement des interventions en matière de lutte contre le paludisme est retenu dans le cadre de l'initiative PPTE. Pour faire face au lourd fardeau du paludisme, le Gouvernement a élaboré un plan stratégique national basé sur un consensus national de tous les partenaires impliqués (secteur privé, agences de coopération bilatérale et multilatérale, ONG...) Selon le PNLP, cité par S. Nkoussa (2012 : 22), ce plan définit dès 2002 les orientations stratégiques suivantes :

- ✓ Le renforcement de la prise en charge des cas à domicile et dans les formations sanitaires publiques et privées ;
- ✓ La prévention du paludisme par l'utilisation des moustiquaires imprégnées et le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte ;
- ✓ La promotion de la lutte contre le paludisme par le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement ;
- ✓ Le processus gestionnaire par l'élaboration des plans d'action de lutte contre le paludisme, réalistes à tous les niveaux, la supervision, le suivi et évaluation des activités ; La formation et recherche opérationnelle ;
- ✓ La surveillance épidémiologique par l'intégration du paludisme dans le système de surveillance intégré des maladies transmissibles, la création d'une banque de données, la création des sites sentinelles pour la surveillance de l'efficacité des antipaludéens, de la résistance des parasites aux insecticides, des épidémies et la réalisation d'autres enquêtes ciblées ;

- ✓ Le développement du partenariat pour la lutte contre le paludisme par le renforcement du partenariat avec la communauté, entre formations sanitaires publiques et privées, de la collaboration intersectorielle, de la collaboration avec les ONG, les associations nationales et internationales et les opérateurs privés, et avec les partenaires extérieurs ;
- ✓ Le renforcement des capacités institutionnelles par la décentralisation, la coordination, l'intégration, l'appui à la planification opérationnelle, la participation communautaire, la collaboration intersectorielle, la mobilisation des ressources, l'amélioration de la gestion et la bonne gouvernance.

Sur le plan préventif, le Programme National de Lutte contre le Paludisme a défini les normes et standards des moustiquaires et des insecticides. La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides s'effectue par le biais de campagnes périodiques pour susciter la demande, avec l'aide de plusieurs partenaires. En ce qui concerne les populations les plus vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans), le Gouvernement s'est engagé à distribuer gratuitement les moustiquaires imprégnées à ces populations. Cette opération a débuté en avril 2003 pour les femmes enceintes et a été lancée en 2005 pour les enfants de moins de cinq ans.

1.2.3. Cas particulier des enfants

Au cours de l'EDSC-III, selon l'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011 de l'INS (2012 : 52), en plus des questions sur la disponibilité des moustiquaires et le traitement préventif antipaludéen chez les femmes enceintes, il a été évalué la possibilité des enfants de moins de cinq ans à manifester de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les résultats selon l'âge montrent une prévalence de la fièvre plus élevée chez les enfants de 6-23 mois (32 % en moyenne) que parmi ceux de 24 à 59 mois (21 % en moyenne). L'analyse par milieu de résidence par contre, ne fait pas apparaître d'écart significatif. Dans les régions, on note des variations importantes : avec 42 % d'enfants ayant eu de la fièvre, le Sud détient la prévalence la plus élevée, suivi du Sud-Ouest (36 %), du Littoral (31 %) et du Centre (31 %). À l'opposé, dans le Nord, seulement 9 % des enfants ont eu la fièvre et, dans l'Adamaoua, cette proportion est de 16 %. Par ailleurs, la prévalence de la fièvre est plus élevée chez les enfants dont la mère a fréquenté l'école (28 %) que chez ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (17 %).

Selon l'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011 de l'INS (2012 : Ibid.), parmi l'ensemble des enfants ayant eu de la fièvre, 53 % ont été traités avec des antipaludéens et les deux cinquièmes (40 %) ont pris des antipaludéens de manière précoce, c'est-à-dire soit le jour où la fièvre est apparue, soit le jour suivant. Bien que les résultats n'aient pas fait apparaître d'écarts de prévalence de la fièvre selon le milieu de résidence, on constate que la proportion d'enfants traités est plus élevée en milieu urbain (59 %) qu'en milieu rural (48 %). Il en est de même pour l'administration précoce d'un traitement (46 % contre 34 %). Dans les régions caractérisées par une prévalence élevée de la fièvre, on constate que la proportion d'enfants traités de manière rapide est également élevée : 63 % au Sud, 55 % au Centre et 49 % au Littoral. Enfin, on remarque que les enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire et ceux des trois quintiles les plus riches sont ceux qui ont bénéficié le plus fréquemment d'un traitement antipaludéen et d'un traitement précoce.

Pour l'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011 de l'INS (2012 : 54), on note que près d'un quart des enfants ayant eu de la fièvre ont été traités à la quinine (23 %), et 18 % le même jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre. C'est dans les régions où la prévalence de la fièvre est la plus importante que les proportions d'enfants traités à la quinine sont aussi les plus élevées. En effet, cette proportion est particulièrement élevée au Sud (47 %), au Centre (30 %) et au Littoral (27 %). Par contre, dans la région Sud-Ouest où la prévalence de la fièvre est aussi très élevée, la Chloroquine est le médicament le plus fréquemment administré (30 %), alors qu'au niveau national, la proportion est de 20 %. Un peu plus d'un enfant sur dix (12 %) a été traité avec de l'Amodiaquine et 9 % l'ont reçu rapidement. Enfin, on constate que la proportion d'enfants traités à la SP Fansidar est négligeable (moins d'un pour cent) quelle que soit la catégorie d'enfants. Une fois de plus, on peut constater que l'ensemble des procédés concernant le traitement des cas de paludisme n'est que très peu observé par les ménages au Cameroun. La chloroquine, retirée de l'arsenal thérapeutique du praticien camerounais depuis 2002 en raison de son inefficacité, est encore largement utilisée.

De ce qui précède, on note que le pourcentage d'enfants soumis à un test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme a augmenté de 77 % et celui des femmes enceintes bénéficiant du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp) a été multiplié par cinq au cours des cinq dernières années. En outre, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) a quasiment doublé au sein de la population à risque.

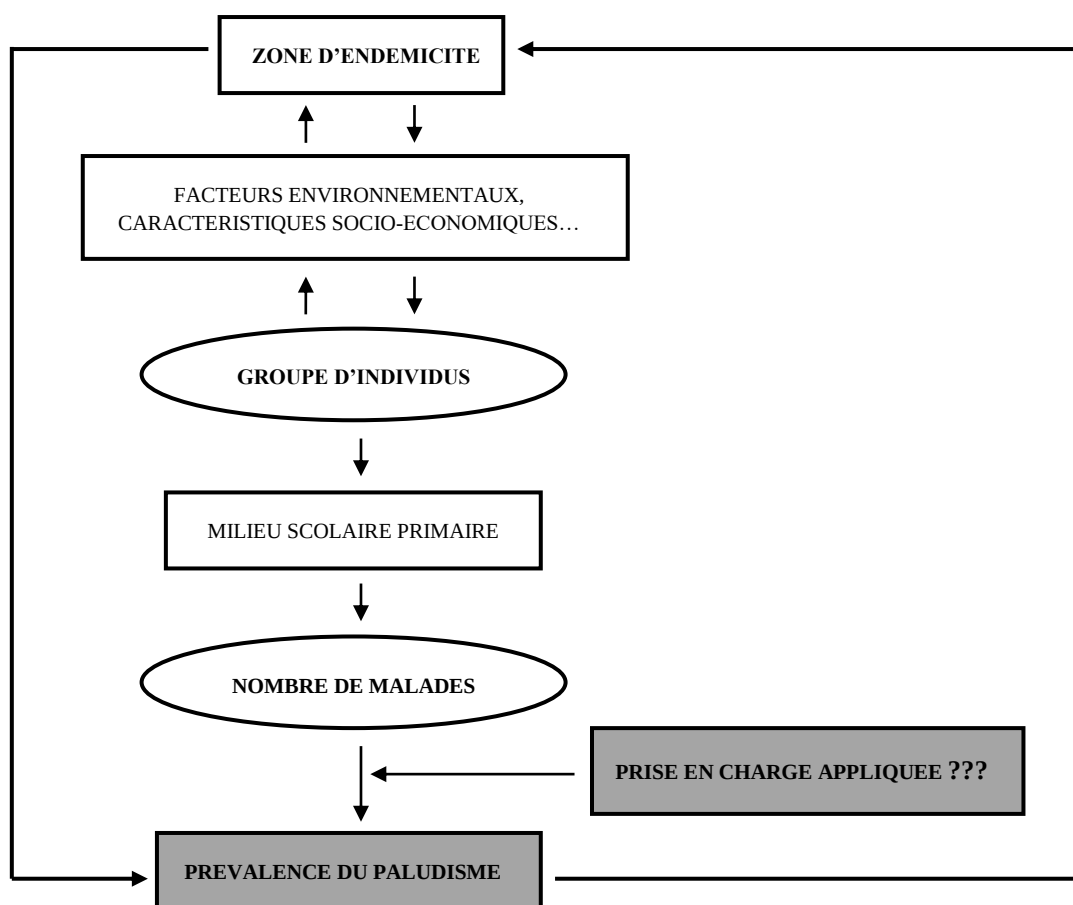
1.2.4. Orientations et choix du sujet

Malgré les progrès remarquables cités plus hauts, en matière de lutte contre le paludisme, au niveau national en 2009, cette pandémie est responsable du décès d'environ trois personnes sur dix (soit 29%) selon le Rapport National de Progrès des OMD de l'INS (2012 : 27). Le nombre de cas a été estimé à 212 millions et le nombre de décès associés à 429 000 en 2015. En Afrique, la population n'ayant pas accès aux outils permettant de prévenir et de traiter la maladie se compte encore par millions. Le manque de financements et la fragilité des systèmes de santé restreignent l'accès aux interventions essentielles et compromettent la réalisation des objectifs mondiaux. Selon ledit rapport, moins de la moitié des 91 pays et territoires touchés par le paludisme sont en bonne voie pour réduire de 40 % l'incidence du paludisme et la mortalité associée, deux objectifs intermédiaires pour 2020.

Conscients de cet état de fait, les parents attendent de l'Etat et des institutions (présupposé fondamental) qu'elles assurent la sécurité de leurs enfants en milieu scolaires. Les événements anodins comme les contagions aux maladies saisonnières, ou graves comme les contagions aux maladies à évictions scolaires peuvent provoquer peur, angoisse et colère des parents. Dans les structures socio-éducatives, des organisations concertées localement (dynamique de groupe) permettent de tenir compte des contextes de crises et des situations particulières d'incidents : c'est le cas par exemple de la prise en charge des urgences, le suivi de pathologies chroniques très spécifiques ou encore lorsque les enfants font des caprices... Ces actes de secours coordonnés dépendent donc d'un ensemble de paramètres sociaux en présence que nous essaierons de mettre en évidence au cours de cette recherche.

Nous voulons ainsi mettre en évidence à travers notre sujet, l'influence qu'exerce le processus de prise en charge, mis en place dans les écoles, sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves. Autrement dit, il s'agit ici d'observer et d'amender l'encadrement socio-sanitaire des enfants victimes de paludisme en milieu scolaire primaire et de se questionner sur la façon dont les acteurs présents dans ce milieu s'organisent pour orienter cet encadrement ; d'où le choix de notre sujet « ***Processus de prise en charge en milieu scolaire et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*** ». Ce sujet permet de voir aisément que l'objet de la présente étude est la lutte contre le paludisme en milieu scolaire primaire. Le schéma suivant, inspiré des travaux de S. Nkoussa (2012 : 43), est l'illustration de ce qui a orienté le choix de notre sujet de recherche :

Figure N° 3 : L'évolution du paludisme en milieu scolaire



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

1.3. CONSTAT

Avant tout, relevons qu'à la lecture de quelques textes régissant la fonction des enseignants, l'Article 3, du titre premier (dispositions générales), du décret N° 2000/359 du 05 Décembre 2000, portant statut particulier des fonctionnaires des corps de l'Education nationale, stipule que : « *Les fonctionnaires des corps de l'Education Nationale ont pour missions d'assurer la formation intellectuelle et morale du futur citoyen, de préparer son insertion dans la vie active, de l'imprégner des valeurs socio - culturelles du Cameroun, de l'ouvrir au monde extérieur* »

L'Article 63, du Chapitre II (des obligations spécifiques), du titre VI (des droits et obligations spécifiques), du décret N° 2000/359 du 05 Décembre 2000, portant statut particulier des fonctionnaires des corps de l'Education nationale, stipule que : « *Outre les obligations prévues par le Statut Général de la Fonction Publique de l'Etat, tout*

fonctionnaire des corps de l'Education Nationale est soumis aux obligations communes d'encadrement pédagogique et de promotion prévues par le présent Statut Particulier »

L'Article 64, du Chapitre II (des obligations spécifiques), du titre VI (des droits et obligations spécifiques), du décret N° 2000/359 du 05 Décembre 2000, portant statut particulier des fonctionnaires des corps de l'Education nationale, stipule que :

« Les fonctionnaires des corps de l'Education Nationale sont également soumis aux obligations spécifiques suivantes : ...la présence à l'école à l'effet de dispenser les enseignements, la participation à la rénovation pédagogique, la préparation des cours et leur adaptation à l'évolution des connaissances, le contrôle permanent des connaissances des élèves. »

A la lecture de ces différents textes, on notera que **les enseignants de par leur formation et dans l'exercice de leur fonction ne sauraient se substituer au personnel médical** ; ainsi, pour éviter toute dérive analytique, notons les faits saillants suivants : tandis que les structures universitaires publiques sont dotées de Centres Médicaux Sociaux pour le suivi sanitaire des étudiants, les établissements scolaires secondaires publics sont pourvus d'infirmeries pour la prise en charge sanitaire des élèves ; les écoles maternelles et primaires publiques quant à elles, ne possèdent que de modestes boîtes à pharmacie très peu fournies, alors que :

- ✓ Les tout-petits dans leur innocence, sont très bruyants, constamment en mouvement et difficilement maitrisables en termes de jeux
- ✓ Le risque d'accident et de contagion par les maladies est plus élevé dans les cycles maternels et primaires
- ✓ Les campagnes sanitaires gouvernementales (vaccination, déparasitage...) y sont prioritaires et multiples et variées

Selon J.P. Carrière, (2013 : 11) : *« 5 % des enfants présentent une ou plusieurs crises convulsives de gravité variable ; posant toujours en priorité le problème de leur cause, du risque de récurrence, et de l'urgence thérapeutique ».*

D'après les propos des Directrices des Ecoles Primaires Publiques de Nsimyong II B et de Nkolbisson I A, lors d'un entretien, ce nombre de victimes reste élevé : environ dix à quinze cas par trimestre et selon les saisons ; leur prise en charge, avant leur transfert dans

les structures hospitalières, n'est pas toujours bien assurée à cause de diverses raisons. Nous citerons dans les lignes qui suivent quelques-unes :

- ✓ Les écoles primaires publiques sont peu ou pas du tout équipées de matériels de prise en charge sanitaire ;
- ✓ Les acteurs de la chaîne éducative (parents, élèves, enseignants...), ne pouvant se substituer au personnel médical, sont généralement peu ou pas du tout formés en méthodes de premiers secours ;
- ✓ Le développement d'attitudes défavorables et de comportements réfractaires de ces acteurs face aux incidents sanitaires et à l'égard de certaines pathologies qui apparaissent dans leur cadre de travail ;
- ✓ L'environnement du milieu éducatif est généralement inadéquat (insalubre, déviant, bruyant, malsain...) ;
- ✓ La coordination du suivi de la santé en milieu scolaire primaire est encore peu ou pas du tout normalisée (le service de la santé scolaire étant une Direction nouvellement créée au Ministère de l'Éducation de Base) ...

Ainsi, face à une situation d'accident ou la manifestation (aggravation) d'une maladie chez un ou plusieurs élèves, le comportement des acteurs vivant la situation problématique, en milieu scolaire primaire, est généralement subjectif et ne prend pas en compte l'existence de normes comportementales de prise en charge préétablies, qui permettent de gérer ce type de situation. Le manque d'équipements sécuritaire et sanitaire, l'absence des infirmiers dans les écoles, la non formation des enseignants en méthodes de premiers secours... sont autant de facteurs qui permettent de noter la mauvaise prise en charge des tout-petits (ici qualifiés de victimes) qui, de retour chez eux ou arrivés dans les structures hospitalières, voient leur cas aggravé ou leur maladie transmises par contagion aux autres ; ceci à cause des actes de prise en charge inappropriés, issus des cultures d'origines diverses et appliqués communément au sein des groupes. Citons par exemple comme types de comportements, médicalement inappropriés et basés sur les croyances traditionnelles, généralement observés dans les écoles les faits et gestes suivants :

- ✓ Engager des séances de prières pour chasser les mauvais esprits sur les malades probables de paludisme excessif, les victimes de crise d'épilepsie ou d'asthme

- ✓ Donner des médicaments, s'il y en a, par automédication, sans examens préalables et sans tenir compte des probables allergies ou des particularités individuelles des malades ;
- ✓ Exiger qu'un enfant victime d'hémorragie nasale soulève la tête vers le ciel ou se couche sur le dos, face au ciel ;
- ✓ Faire boire et oindre de vin de palme les individus, de façon préventive, pour éviter la méningite ;
- ✓ Essayer si possible de redresser le membre d'un accidenté en cas de fracture, d'entorse, de luxation, de déboitement...
- ✓ Mettre de la salive sur les paupières de l'enfant en cas d'apparition d'abcès sur ces dernières ou d'inflammation de l'œil ;
- ✓ Mettre de l'huile de palme ou du cirage en cas d'abcès sur les parties du corps humain affectées ;
- ✓ Envelopper son doigt de plantes dites « médicinales » ou le mettre dans les latrines ou dans l'appareil génital féminin en cas de panaris (inflammation du doigt ou de l'orteil) ;
- ✓ Faire boire de l'eau versée sur un sol cimenté à un individu en cas d'angine (inflammation de la gorge) ;
- ✓ Mettre la saleté issue du nettoyage des oreilles sur la peau en cas d'eczéma (affection cutanée caractérisée par des vésicules, des rougeurs qui causent des démangeaisons et peuvent suinter) ;
- ✓ Viser le malade de varicelle avec des grains de maïs ;
- ✓ Boire ses propres urines en cas de morsure de serpent, de scorpion... ou déposer « la pierre noire » (s'il y en a) sur les traces de morsures.

1.4. FORMULATION DU PROBLEME

Au regard de l'écart noté entre les efforts gouvernementaux visant la sécurité des individus en situation éducative (vaccination des enfants dans les écoles, construction des

clôtures autour des écoles, fourniture minimum du matériel basique de santé, d'hygiène et de salubrité, contrôle des denrées alimentaires vendues dans les campus...) et les observations faites sur le terrain (l'encadrement des élèves par les enseignants qui, dans l'exercice de leur fonction ne sauraient se substituer au personnel médical), il se dégage un problème évident formulé de la manière suivante : **le niveau d'aggravation du paludisme demeure inquiétant dans les écoles maternelles et primaires publiques, rendant précaire la santé et la sécurité des élèves dans les structures éducatives.** Ceci est sûrement dû au processus de prise en charge des élèves, mis en place en milieu scolaire primaire, car les écoles primaires sont généralement peu ou pas du tout équipées en matériels de prise en charge sanitaire, les enseignants sont en majorité peu ou pas du tout formés en méthodes de premiers secours... alors que leur cadre de travail est sujet régulièrement de multiples maladies et divers accidents d'enfants. Nous voulons ainsi mettre en évidence la difficulté des acteurs de la chaîne éducative à assurer la sécurité socio-sanitaire des élèves, victimes de paludisme en milieu scolaire primaire public (la prévalence du paludisme étant toujours élevée en ce milieu selon le PNLP). Il s'avère donc nécessaire de se questionner sur la façon dont ces derniers se déploient pour faire face aux crises paludéennes apparaissantes dans leur cadre de travail ; d'où la formulation de nos questions de recherche.

1.5. QUESTIONS DE RECHERCHE

Partant de la formulation de notre problème de recherche qui établissait l'existence d'une relation probable entre le Processus de prise en charge mis en place en milieu scolaire et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves, nous avons construit une question principale et des questions spécifiques qui lui sont liées.

1.5.1. Question principale

Notre question principale est formulée : Le processus de prise en charge mis en place à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?

A l'issue d'un recensement de potentiels éléments impliqués directement dans notre recherche, ceci collecté auprès d'individus choisis de façon non aléatoire (enseignants et élèves d'écoles primaires, camarades de promotion et enseignants d'université, encadreurs de recherche...), nous avons obtenu des facteurs (méthodes, techniques et procédés) qui

répondent à notre question principale et interviennent dans le processus de prise en charge au sein des écoles maternelles et primaires à savoir :

- ✓ L'entretien de l'environnement (espace interne et externe) de l'école
- ✓ L'équipement de la boîte à pharmacie de l'école en matériel, produits et/ou outils médico-sanitaires
- ✓ Le comportement des acteurs directement impliqués dans le processus de prise en charge à l'école à savoir : les élèves, les enseignants et les parents d'élèves
- ✓ La temporalité (période et durée) du processus de prise en charge : saison sèche ou des pluies, période d'accalmie épidémique ou de crise sanitaire...
- ✓ L'évaluation de l'efficacité et l'efficience du processus de prise en charge mis en place à l'école

Notons ici que les facteurs « temps », « efficacité et efficience » montrent une certaine ambiguïté pour diverses raisons :

- ✓ Ils s'intègrent aisément aux autres modalités de la VI
- ✓ Nous ne faisons pas une étude comparative de type saisonnier
- ✓ Notre étude couvre plusieurs années scolaires et académiques : les données collectées seront ainsi d'ordre atemporel
- ✓ Les périodes de crises ou d'accalmie constituent à elles seules, les termes d'une étude influençant l'aggravation ou non des maladies
- ✓ Le chercheur, sans exclure le fait de suivre des règles méthodologiques préétablies, est maître de la conduite de ses travaux...

En nous servant des divers facteurs recensés, nous avons formulé des questions spécifiques comme suit :

1.5.2. Questions spécifiques

Nos questions spécifiques sont les suivantes :

- ✓ **Q.S. 1 :** La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?

- ✓ **Q.S. 2 :** Le degré d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?
- ✓ **Q.S. 3 :** Le comportement des élèves à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux ?
- ✓ **Q.S. 4 :** Le comportement des enseignants à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?
- ✓ **Q.S. 5 :** Le comportement des parents d'élèves à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?

Après la formulation de nos questions, les réponses issues de ces dernières devant apparaître dans un autre chapitre, nous avons élaboré les objectifs de notre étude

1.6. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1.6.1. Objectif principal

Notre étude a pour objectif général d'évaluer l'influence qu'exerce le processus de prise en charge mis en place à l'école sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves. Autrement dit, elle se propose d'étudier l'effet que peut avoir l'ensemble des faits et actes mis en place à l'école (afin d'assurer la santé et la sécurité des élèves) sur la gestion des crises de paludisme infantile et juvénile

1.6.2. Objectifs spécifiques

L'opérationnalisation de notre objectif général nous permet d'obtenir cinq (05) objectifs spécifiques à savoir :

- ✓ **O.S. 1 :** Observer la qualité d'entretien de l'environnement de l'école et son impact sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
- ✓ **O.S. 2 :** Mesurer le degré d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école et son effet sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
- ✓ **O.S. 3 :** Observer le comportement des élèves à l'école et son influence sur le niveau d'aggravation du paludisme chez eux

- ✓ **O.S. 4 :** Distinguer le comportement des enseignants à l'école et son emprise sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
- ✓ **O.S. 5 :** Identifier le comportement des parents d'élèves à l'école et son pouvoir sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves

1.7. INTÉRÊT DE LA RECHERCHE

Nous distinguerons ici l'intérêt scientifique, psycho-social et académique.

1.7.1. Intérêt scientifique

Tout travail obéissant à une démarche d'investigation, a pour finalité la progression des connaissances dans un domaine donné. Ceci étant, notre étude pourra, dans le cadre scientifique, apporter des propositions servant à l'encadrement des victimes de paludisme en milieu scolaire maternel et primaire public camerounais afin de ramener à la baisse le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves

1.7.2. Intérêt psycho-social

Cette étude étant du domaine des sciences de l'éducation, elle ouvrira des questions et comblera les insuffisances sur les protocoles et les modèles de prise en charge mis en place en milieu scolaire maternel et primaire public camerounais pour venir en aide aux élèves victimes de paludisme

1.7.3. Intérêt académique

Ce travail est une exigence académique en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat/Ph.D. Cette recherche permettra de mettre en évidence l'ensemble des connaissances acquises jusqu'ici et marquera l'aboutissement de notre formation en cycle Doctorat à l'Université de Yaoundé 1, Faculté des Sciences de l'Education, Département d'Education Spécialisée, Option Intervention, Orientation et Education Extra-scolaire, Spécialité Intervention et Action Communautaire.

1.8. PERTINENCE DE LA RECHERCHE

Nous distinguerons ici la pertinence thématique et la pertinence scientifique.

1.8.1. Pertinence thématique

Nous nous intéressons ici au niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves du niveau scolaire maternel et primaire. A travers notre sujet, nous voulons mettre en évidence l'influence qu'exerce le processus de prise en charge mis en place à l'école sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves. Autrement dit, il s'agit ici d'observer et d'amender, dans la mesure du possible, l'encadrement socio-sanitaire et pré-hospitalière des enfants victimes de paludisme en milieu scolaire maternel et primaire public.

1.8.2. Pertinence scientifique

Notre étude relève du domaine des Sciences de l'Education, particulièrement de l'Intervention, de l'Orientation et de l'Education Extra-scolaire, précisément du champ de l'Intervention et de l'Action Communautaire. Le processus de prise en charge mis en place dans les écoles étant l'apanage du psychologue spécialiste de l'intervention et de l'action communautaire, signalons qu'elle peut aussi être faite par les secouristes, les infirmiers, les psychiatres, les sociologues, les anthropologues... Cette prise en charge, pour être bien faite, nécessite des connaissances en premiers secours, en intervention individuelle ou en encadrement groupal

1.9. DÉLIMITATION DE LA RECHERCHE

Afin de délimiter notre étude, nous distinguerons ici tour à tour, la limite thématique, la limite géographique et la limite temporelle.

Sur le plan thématique, notre étude fait partie des travaux effectués dans les domaines des sciences de l'éducation (intervention et action communautaire) et des sciences humaines (psychologie sociale), car nous étudions les conséquences du processus de prise en charge mis en place dans les écoles sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves

Sur le plan géographique, cette étude sera menée au Cameroun, dans la Région du Centre, Département du Mfoundi, au sein des Ecoles Primaires Publiques de Yaoundé

Sur le plan temporel, ce travail couvrira au minimum les années académiques 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020 et marquera la fin de notre séjour au cycle Doctorat/Ph.D en Intervention et Action Communautaire de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I.

1.10. DÉFINITION DES CONCEPTS CLÉS DE LA RECHERCHE

Voltaire cité par Sembe Alexie (2011 : 9) déclare : « *Si les hommes définissaient les mots dont ils se servent, il y aurait moins de disputes et plus d'un royaume n'aurait été bouleversé par un malentendu* ».

Cette pensée montre l'importance de cette partie de notre étude. Il s'avère ainsi judicieux de définir les concepts suivants, dérivés de notre sujet de thèse : Processus, prise en charge, école, niveau d'aggravation, paludisme, élèves.

1.10.1. Processus

Selon le Larousse de Poche (2001 : 934) :

« Le processus est un enchainement ordonné de faits ou de phénomènes répondant à un certain schéma et aboutissant à un résultat déterminé. C'est une suite continue d'opérations, d'actions constituant la manière de faire ou de fabriquer quelque chose. C'est également la manière que quelqu'un ou un groupe, a de se comporter en vue d'un résultat particulier répondant à un schéma précis ».

Un processus, en informatique, peut être défini comme un ensemble d'instructions à exécuter, pouvant être dans la mémoire morte, mais le plus souvent chargé depuis la mémoire de masse vers la mémoire vive ; de façon plus précise, il s'agit d'un programme en cours d'exécution par un ordinateur. C'est de ce versant que découle l'orientation de la sémantique du mot « processus » en neurosciences.

En neurosciences cognitives, on parle de « processus » pour désigner les mécanismes qui sont supposés procéder au traitement de l'information dans le cerveau. On distingue alors les processus élémentaires, censés fournir les briques minimales de l'architecture cognitive et les processus intégrés qui sont formés de combinaisons plus ou moins complexes des premiers et qui réalisent une fonction cognitive donnée comme la lecture.

En sciences sociales, un processus est un enchainement d'évènements interactionnels qui tendent à donner forme à des entités sociales nouvelles (changement social) ou au maintien (reproduction sociale). La notion de processus, vient apporter en sciences sociales, une notion de temporalité dans l'analyse des phénomènes sociaux ; ce qui permet de rendre compte des dynamiques relatives à l'objet d'étude.

Selon A. Mendez (2010 : 260),

« la notion de processus en psychologie, désigne l'ensemble des mécanismes fondamentaux qui opèrent dans l'esprit ou le psychisme de l'individu. Suivant les approches (cognitive, sociale, psychodynamique...), le terme renvoie à des entités théoriques relativement différentes et ne se limite pas au domaine du raisonnement mais est proposé pour expliquer l'ensemble de la cognition, (pensée, raisonnement, langage, perception, mémoire, émotions, motricité...) ».

Ainsi, un processus est dit social ou interpersonnel lorsqu'il s'agit d'une manière dont l'information provenant des individus ou groupes de personnes nous entourant influent sur nos pensées, nos actions et nos émotions.

Dans le cadre de notre étude, l'expression **processus** désigne *« l'ensemble des procédés, méthodes et techniques (faits, gestes et actes psychosociaux) qui se développent dans les petits groupes durant leur activité en commun et sont mis en place pour répondre à un besoin préalablement identifié »*. Nous pouvons citer par exemple la viabilisation des infrastructures (construction des clôtures, des salles de classe ou des toilettes modernes pour la sécurité des enfants), le port des tenues de classe pour l'identification des élèves, l'enseignement et la mise en pratique régulière des cours d'hygiène, d'éducation civique et de morale pour orienter les savoirs faire et savoirs être chez les apprenants, l'assainissement de son comportement, l'entretien soin de son environnement, l'adoption des comportements de prudence et de sécurité (ne pas se mettre soit même ou les autres en danger)...

1.10.2. Prise en charge

Selon le Larousse de Poche (2001 : 131) : *« Prendre en charge, c'est s'occuper de quelque chose, s'engager à entretenir financièrement quelqu'un. C'est le fait d'assumer une responsabilité concernant une personne, un objet ou une situation »*

Pour D. Coltier & all en linguistique énonciative (2009 : 5), le terme prise en charge est souvent employé pour désigner *« l'ensemble des repérages et choix énonciatifs par lesquels un énonciateur met son énoncé en relation avec la Situation d'énonciation, fondant ainsi sa spécificité irréductible. Il désigne de manière large les choix énonciatifs d'un énonciateur ajustant son énoncé à une situation d'énonciation »*

En médecine et selon R.C. Rudigoz (2004 : 164) la prise en charge est : « *l'action de prodiguer des soins à une personne présentant des symptômes dus à une maladie ou un accident* »

Selon Debbie Singh (2008 : 5) : « *La prise en charge comprend la coordination des interventions médicales, pharmaceutiques ou sociales destinées à améliorer l'état de santé des personnes et la rentabilité* ». Pour lui (Ibid : V) : « *La prise en charge des maladies chroniques est une approche systématique visant à coordonner les interventions en soins de santé et les communications au niveau individuel, organisationnel, régional ou national* »

Pour L. Germain (2010 : 32) :

« *La prise en charge de l'enfant fait référence à un ensemble d'activités de garde, éducatives et socialisantes de l'enfant développées par les intervenants d'une institution d'action sociale publique ou privée. Elle intervient en appui à la prise en charge naturelle par la famille et en supplément de celle-ci lorsque la famille se trouve confrontée à des difficultés de différents ordres* »

Zlatka Guentchéva cité par P. Dendale (2011 : 2) déclare :

« *La prise en charge énonciative consiste à dire, à déclarer ; en revanche, celle relative à la vérité d'un contenu propositionnel est une autre action qui consiste à asserter. La prise en charge de la plausibilité d'un contenu propositionnel conduit l'énonciateur à ne pas s'engager pleinement sur « ce qui est dit » et donc à médiatiser l'énoncé, grâce à des marques formelles ayant une incidence sémantique puisque l'énoncé est alors non asserté.* »

En psychologie, la prise en charge est un processus mis en place pour apporter un soutien ou donner une thérapie à quelqu'un qui est affecté par un traumatisme suite aux différentes situations qui l'affecte tant sur le plan physique, émotionnelle, physiologique et sociale. Ainsi, K. Cherabi (2009 : 5) affirme que : « *La prise en charge psychosociale est une éducation thérapeutique visant à soutenir la personne en la dotant de connaissances et compétences qui renforcent son adhésion, son autonomisation dans ses soins propres et renforcent ses capacités d'auto-support* »

Selon l'Association Française pour la Recherche sur l'Hidrosadénite (2000 : 13)

« La prise en charge psycho-sociale est une relation d'aide visant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec la Maladie de Verneuil Basée sur l'écoute et le conseil ; elle est un élément central de la prise en charge globale de ladite maladie et elle permet à la personne de se sentir comprise, soutenue, réconfortée... en apportant un accompagnement en fonction des besoins »

Dans ses travaux, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cité par S.A. Mouliom (Inédit : 16) définit **l'auto-prise en charge** comme « *la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins* ». Ainsi définie, l'auto-prise en charge comprend la promotion de la santé, la lutte contre les maladies, l'automédication, les soins aux personnes dépendantes, la consultation d'un prestataire de soins primaires, d'un spécialiste, d'un praticien hospitalier si nécessaire... la réadaptation y compris les soins palliatifs.

Dans le cadre de notre étude, l'expression **prise en charge** ne s'éloigne pas du concept d'**auto-prise en charge** élaboré par l'O.M.S. et désigne « *l'action de s'occuper, d'encadrer, d'apporter une aide sécuritaire à une personne en situation de danger (victime de maladie dans le présent cas) et présentant un réel besoin d'aide* ». Dans notre contexte, prendre soin de son environnement et de ses semblables, mettre le malade en quarantaine ou l'accidenté en sécurité, appeler du secours, les parents ou les connaissances de la victime, apporter une aide (psychologique, sociale, matérielle, financière...) aux victimes d'accidents ou de maladies avant leur transfert vers un centre de santé ou un centre hospitalier et leur prise en charge par des spécialistes du corps médical... sont des actes de prise en charge efficaces en tout lieu et particulièrement en milieu scolaire primaire public.

1.10.3. Ecole

Selon le Larousse de Poche (2001 : 253) l'école est : « *un établissement dans lequel est donné un enseignement collectif (général ou spécialisé) ; c'est une institution chargée de donner un enseignement collectif général aux enfants d'âge scolaire et préscolaire ; c'est une sphère sociale, un cadre, un entourage relatif à l'enseignement* ».

Le mot école vient du latin **schola**, signifiant « *loisir consacré à l'étude* », lui-même provenant du grec ancien σχολή (lu **scholè**) signifiant « *le loisir* », lequel constituait un idéal souvent exprimé par les philosophes et une catégorie socialement valorisée opposée à la sphère des tâches productives. D'après les Actes du colloque national d'Amiens en 1968, (1969 : 379) : « *C'est seulement par cette réforme des méthodes de l'enseignement que l'école peut remplir aujourd'hui sa mission de toujours, celle d'initier à une culture* »

L'éducation est un droit humain fondamental et un bien public mondial qui a le pouvoir de transformer de façon positive la vie des individus, des communautés et de la planète au fil des générations ; raison pour laquelle l'école est vue comme un établissement dont la fonction est de transmettre les savoirs, d'initier à un ensemble de connaissances et de savoir-faire communément conçus comme fondamentaux et indispensables.

L'école peut être obligatoire ou facultative, selon les pays et durant un temps plus ou moins long, l'âge de début d'instruction obligatoire se situant généralement aux alentours de 6 ans. Dans certains pays comme la France ou les États-Unis par exemple, ce n'est pas l'école qui est obligatoire, mais l'instruction des enfants. Dès lors, des parents peuvent décider d'instruire eux-mêmes leurs enfants à la maison ou de les confier à des écoles de leur choix. En France, on impose qu'en fin de cursus, les enfants aient acquis un ensemble de compétences définies par l'Article L.131-10 du Décret portant *Code de l'éducation*.

De nombreux pays possèdent des réseaux d'écoles privées ou des écoles dites « spéciales », qui utilisent des démarches d'apprentissage qui leur sont propres. Elles sont généralement indépendantes de celles du gouvernement, financées par les frais de scolarité versées par les familles dont les enfants fréquentent ces écoles privées. Cependant, de telles écoles reçoivent également un soutien financier des gouvernements. D'autres écoles privées sont affiliées à une religion particulière et sont connues sous la dénomination d'écoles confessionnelles.

Pour P. Clerc (2021 : 142) « *une école est un établissement où l'on accueille des individus appelés écoliers ou élèves afin que des professeurs leur dispensent un enseignement de façon collective* ». Selon P. Clerc (2021 : *ibid.*), l'UNESCO déclare que « *un établissement d'enseignement est une institution établie dont l'éducation est la principale activité, comme une école, un collège, une université ou un centre de formation* »

Dans le cadre de notre étude, l'expression **école** désigne :

« toute structure socio-éducative formelle de type maternel et/ou primaire publique des sous-systèmes francophone et anglophone camerounais. On y retrouve des apprenants, des encadreurs éducatifs et administratifs reconnus par le MINEDUB (tutelle technique). Les enseignements qui y sont dispensés sont règlementés par la politique éducative nationale camerounaise mais le volet sanitaire et sécuritaire y demeure problématique ».

La réussite de l'école est souvent associée à la mise en œuvre d'une pédagogie adaptée aux enfants qu'elle reçoit. La diversité des doctrines et des pratiques font que les multiples choix possibles en la matière sont sources de débats importants entre enseignants mais aussi entre parents et enseignants.

1.10.4. Niveau d'aggravation

Selon le Larousse de Poche (2001 : 677) : *« Le niveau est la hauteur de quelque chose par rapport à un plan horizontal de référence. C'est la valeur de quelque chose, de quelqu'un, le degré atteint dans un domaine »*. De même, pour le Larousse de Poche (2001 : 141) : *« aggravation est un nom relatif au fait de s'aggraver. C'est l'accentuation, l'intensification, l'action de devenir plus grave »*. Selon le Larousse de Poche (op.cit.) : *« Le niveau d'aggravation est l'accentuation, l'intensification, l'action de devenir plus grave de la valeur de quelque chose, de quelqu'un »*.

Selon Barr (1967 : 211), l'aggravation est *« l'accroissement des chances de la réalisation ou d'intensité du risque par suite de certains changements connus de l'assuré, survenus dans son état, et de nature à modifier l'opinion qu'en a l'assureur »*.

Le terme d'aggravation est un terme juridique qui est souvent employé lors d'un rendez-vous consacré à des dossiers de préjudice corporel. Il répond à une définition assez stricte et les conséquences de son application et de sa mise en œuvre peuvent souvent être très importantes. Cette notion d'aggravation est définie par le Tribunal de Grande Instance de Grasse le 24 Mars 2022 de la manière suivante : *« il s'agit de l'existence d'un préjudice nouveau, lequel n'a fait l'objet d'aucune évaluation et indemnisation et dont on peut démontrer un lien direct et certain avec l'accident ou l'agression d'origine »*. En matière

pénale, l'aggravation s'oppose à l'atténuation. Ces mots entrent dans des expressions telle que cause, élément, facteur... et accompagnent le substantif responsabilité.

Dans le domaine des assurances, l'aggravation du risque ou augmentation du risque, en relation avec les circonstances qui rendent plus probables la survenance du fait contre lequel une personne s'est assurée, s'oppose à la diminution du risque ou limitation du risque. En général, pour que l'aggravation soit reconnue, il faut justifier d'une augmentation du taux d'incapacité (AIPP).

Pour l'OMS (2013 : 9) :

« Dans le cadre d'actions d'urgence élaboré par l'OMS, le niveau d'aggravation décrit le processus interne de classification des situations d'urgence. Cette classification est destinée à :

- Informer l'Organisation de l'ampleur, de la complexité et de la durée de l'aide à apporter par l'OMS et/ou des partenaires externes ;*
- Mobiliser les ressources nécessaires pour appuyer l'action de l'État Membre touché, des partenaires et du bureau de pays de l'OMS ;*
- Déclencher les procédures d'action d'urgence de l'OMS et appliquer les principes essentiels de l'action d'urgence... »*

Dans le cadre de notre étude, **le niveau d'aggravation** est « *le degré minimal seuil (5 cas par mois selon l'O.M.S.) au-delà duquel la sécurité sanitaire de l'individu dans son environnement scolaire immédiat n'est plus garantie* ». Il s'agira, pour nous, de s'assurer, à travers un recensement, que les écoles de Yaoundé ne dépassent pas la limite minimale du nombre de cas de paludisme fixé dans les zones dites à risque ; d'observer l'évolution de la courbe de cet aggravation (si confirmée) dans le temps et y apporter des esquisses de solutions locales efficaces qui pourront s'étendre au plan national voire régional.

1.10.5. Paludisme

Le paludisme ou la malaria, appelé également fièvre des marais, est une maladie infectieuse due à un parasite du genre Plasmodium, propagée par la piqûre de certaines espèces de moustiques dites anophèles. La cause de la maladie a été découverte le 6 novembre 1880 à l'hôpital militaire de Constantine (Algérie) par un médecin de l'armée

française, Alphonse Laveran, qui reçut le prix Nobel de physiologie ou médecine en 1907. C'est en 1897 que le médecin anglais Ronald Ross (prix Nobel en 1902) prouva que les moustiques anophèles étaient les vecteurs de la malaria (jusqu'à cette date, le mauvais air émanant des marécages était tenu responsable de la propagation de la maladie).

Sur les 123 espèces connues du genre *Plasmodium*, seules 4 sont spécifiquement humaines : *Plasmodium falciparum* responsable d'une grande majorité des décès, et trois autres qui provoquent des formes de paludisme plus bénignes et généralement non mortelles, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* et *Plasmodium malariae*. L'espèce *Plasmodium knowlesi*, courante en Asie du Sud-Est mais que l'on croyait jusqu'à une date récente spécifique à différents singes, est désormais reconnue comme affectant aussi les humains, mais de façon généralement bénigne.

Pour l'UNICEF & l'OMS (2015 : 6) : « *Le paludisme est une maladie causée par un parasite protozoaire du genre Plasmodium qui se transmet d'une personne à une autre par les piqûres de moustiques femelles de types Anophèles* »

Pour le PCD (2007 : 2) :

« *Le paludisme est une maladie tropicale grave et répandue... une infection transmise aux êtres humains par les piqûres de moustiques, surtout entre le coucher et le lever du soleil. Il est dû à quatre espèces de parasites du genre Plasmodium protozoa : falciparum, vivax, ovale et malaria* »

Pour Vernazza-Licht (2017 : 208) : « *Le paludisme apparaît dans la pratique comme un paramètre ou un élément constitutif du mode de vie, une maladie dont on use, voire on abuse au quotidien* »

Dans le cadre de notre étude, comme nous nous intéressons au paludisme infantile et juvénile apparaissant en milieu scolaire primaire public, raison pour laquelle ici :

« **le paludisme** est à la fois une maladie tropicale grave, répandue et un fait socio-sanitaire malheureux affectant en majorité les enfants au sein de la population. Survenant de façon récurrente et inattendue au sein des écoles maternelles et primaires publiques, il se manifeste à travers des symptômes incapacitants divers comme la fièvre, les frissons, l'hypersensibilité cutanée, la perte du goût et de l'appétit, l'évanouissement, les transes, les délires... ».

1.10.6. Elèves

Selon le Larousse de Poche (2001 : 269) l'élève est entendu comme étant :

« Celui, celle qui reçoit un enseignement dans un établissement scolaire ; c'est une personne qui reçoit ou qui a reçu l'enseignement de quelqu'un d'autre ; c'est une personne qui reçoit ou suit l'enseignement d'un maître ou d'un précepteur dans le domaine de la littérature, des sciences, de l'art... ».

Pour E. Zola (1876 : 48) et Romain (1938 : 198) l'élève désigne « un enfant ou un jeune qui reçoit un enseignement dans un établissement scolaire ou une école spécialisée ».

Selon Rey (1998 : 13) le terme élève correspond à « toute personne qui aspire à un grade, à quelqu'un qui suit l'enseignement d'un maître ou fréquente un établissement scolaire, avec dans ces deux cas l'acception étymologique plus ou moins marquée d'élévation culturelle, d'émancipation social et de dépassement de soi ».

Dans le cadre de notre étude,

« L'élève est l'enfant, le tout petit, le mineur, le jeune (garçon ou fille) n'ayant pas atteint l'âge de la majorité légale à savoir 18 ans, qui fréquente une école maternelle ou primaire de type publique dans laquelle il reçoit des enseignements visant l'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être servant à son insertion socio-professionnelle future dans sa société d'appartenance. »

L'innocence, l'insouciance et la vulnérabilité des tout-petits n'étant plus à démontrer, leur sécurité doit passer au premier plan pour que réussisse leur éducation et leur épanouissement durant leur passage au cycle maternel et primaire

La définition de nos concepts clés achevée, nous avons établi un tableau récapitulatif de nos variables, questions et objectifs de l'étude. C'est à la suite de ce tableau que nous passerons directement à la revue de la littérature de l'étude portant sur la prise en charge des enfants (du plan international, passant par le régional africain, au cadre national et local camerounais) et aux théories explicatives du sujet (théorie de la dynamique des groupes restreints et théorie du comportement pro-social)

Tableau N° 1 : Récapitulatif des variables, questions et objectifs de l'étude

SUJET	QUESTION PRINCIPALE	OBJECTIF GENERAL
Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	Le processus de prise en charge mis en place à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?	Evaluer l'influence qu'exerce le processus de prise en charge mis en place à l'école sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
VARIABLES	QUESTIONS SPECIFIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES
V.I. : Le processus de prise en charge mis en place à l'école V.D. : Le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	Q.S. 1 : La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?	O.S. 1 : Observer la qualité d'entretien de l'environnement de l'école et son impact sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
	Q.S. 2 : Le degré d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?	O.S. 2 : Mesurer le degré d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école et son effet sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
	Q.S. 3 : Le comportement des élèves à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux ?	O.S. 3 : Observer le comportement des élèves à l'école et son influence sur le niveau d'aggravation du paludisme chez eux
	Q.S. 4 : Le comportement des enseignants à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?	O.S. 4 : Distinguer le comportement des enseignants à l'école et son emprise sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
	Q.S. 5 : Le comportement des parents d'élèves à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?	O.S. 5 : Identifier le comportement des parents d'élèves à l'école et son pouvoir sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

CHAPITRE 2 :

LE PALUDISME, L’ACTION MEDICO-SCOLAIRE ET LA SCOLARITE INFANTILE

Cette partie traite de la phase théorique de notre recherche. Il s’agit ici de recenser le maximum de travaux similaires au notre afin d’éviter les répétitions et le plagiat. Nous présenterons ainsi tour à tour un aperçu des travaux sur les concepts de notre sujet d’étude.

2.1. LE PALUDISME ET SON IMPACT SUR LA SCOLARITE INFANTILE

2.1.1. Généralités sur le paludisme

Les maladies microbiennes sont entièrement évitables et traitables. Pour ce qui est du paludisme, il est causé par un parasite protozoaire du genre *Plasmodium* et se transmet d’une personne à une autre par les moustiques de type Anophèle. Selon l’OMS & l’UNICEF (2015 : 6) : « *il existe plus de 400 espèces différentes d’anophèles, mais seules 30 sont des vecteurs importants du paludisme* ». Parlant de l’agent pathogène, cinq espèces de *Plasmodium* peuvent infecter l’être humain ; deux d’entre elles, le *Plasmodium falciparum* et le *Plasmodium vivax*, constituent la plus grande menace. Selon l’OMS & l’UNICEF (2015 : Ibid.) :

« Bien que le Plasmodium vivax puisse provoquer une infection aiguë et mortelle, le Plasmodium falciparum est le parasite du paludisme le plus dangereux. Il est également le plus fréquent sur le continent africain et il est responsable de la plupart des décès dus au paludisme. Le Plasmodium vivax est plus répandu que le Plasmodium falciparum et il est prédominant dans de nombreux pays hors Afrique. Même si le Plasmodium vivax est aussi présent en Afrique, beaucoup y sont résistants en raison de la fréquence élevée du trait génétique Duffy-négatif au sein de la population africaine. »

Si une personne souffre de paludisme et n'est pas traitée immédiatement au moyen de médicaments antipaludiques efficaces, la maladie peut rapidement évoluer vers une forme aiguë et mortelle. Le parasite du paludisme envahit les globules rouges, puis les détruit. Des infections répétées peuvent entraîner une anémie aiguë, potentiellement mortelle. Le *Plasmodium falciparum* peut également causer un neuro-paludisme (les petits vaisseaux sanguins du cerveau sont obstrués par les globules rouges parasités) ; cette forme du paludisme peut également être mortelle. Les personnes qui en guérissent présentent souvent des séquelles neurologiques à long terme.

L'immunité au paludisme se développe progressivement chez les personnes qui ont été infectées à plusieurs reprises et qui survivent. Les adultes (à l'exception des femmes enceintes) qui vivent dans des zones de transmission élevée ont beaucoup moins de risques d'être gravement malades ou d'en mourir. Toutefois, ils peuvent présenter des infections asymptomatiques sous-jacentes et par conséquent constituer un réservoir de transmission de la maladie. Dans les zones de transmission élevée, les populations les plus vulnérables sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes : deux groupes présentant une immunité faible ou réduite à cette maladie. C'est pourquoi les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes vivant en Afrique subsaharienne sont les populations les plus touchées par le paludisme et par la mortalité associée.

En 2015 en Afrique subsaharienne, 10 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans et 15 % des décès chez les enfants âgés de 1 à 59 mois sont dus au paludisme. Selon le rapport de ECAM II de l'INS (2001 : 11) :

« En raison de leur classement parmi les principales causes de morbidité et de mortalité au Cameroun par le Ministère de la Santé Publique, quatre maladies ont fait l'objet d'une mesure de prévalence élevée déclarée : il s'agit du paludisme, des maladies diarrhéiques, des maladies respiratoires et de la méningite. Sur la base des déclarations des personnes enquêtées, le paludisme reste la plus fréquente des quatre maladies sur l'ensemble du territoire avec une prévalence de 11%. »

Ceci corrobore le fait que le paludisme constitue la première cause de morbidité au Cameroun indépendamment du milieu de résidence des populations, même si ce taux de morbidité déclarée pourrait s'avérer être surestimé par rapport à la réalité, eu égard à l'absence de qualification des populations en matière de santé. D'après les déclarations

recueillies auprès des ménages, le paludisme menace toute la population quel que soit le niveau de vie. Selon le rapport de ECAM II de l'INS (2001 : Ibid.) :

« Les régions du Centre et du Sud-ouest apparaissent comme étant les plus menacées par le paludisme avec une prévalence déclarée de plus de 20% tandis que l'Est, Yaoundé et dans une certaine mesure le Nord-Ouest sont les moins touchées (prévalence déclarée de 6 à 8%). Les autres régions présentent des taux relativement proches, inférieurs à la moyenne nationale sauf Douala, le Nord et le Sud »

2.1.2. La prévalence du paludisme au Cameroun

Le paludisme persiste depuis des décennies au Cameroun, favorisé en cela par le climat et la végétation. D'après l'EDSC-I, cette maladie avait déjà en 1991 le taux de prévalence déclarée le plus élevé de toutes pathologies étudiées : 503 046 cas déclarés et plus de 729 052 de nouveaux cas sur les 11 000 000 d'habitants cette année-là. En 1998, cette prévalence n'avait presque pas changé selon l'EDSC-II. D'après les statistiques de 1997 à 2000 du Ministère de la Santé Publique, le paludisme reste la plus fréquente et compte parmi les pathologies à forte létalité qui terrassent les populations : il détient le plus de nouveaux cas signalés et le plus de décès. C'est sans doute à cause de ces méfaits qu'un programme spécial de lutte contre le paludisme a été mis sur pied par le Ministère de la Santé Publique et qu'entre autres actions de lutte contre ce redoutable fléau, le Gouvernement a lancé des campagnes de promotion de moustiquaires imprégnées.

Selon l'OMS & l'UNICEF (2015 : 4) : *« en 2000, 262 millions de cas de paludisme et 839 000 décès associés ont été recensés. Plus de 80 % des cas et 90 % des décès ont eu lieu en Afrique subsaharienne, où les enfants de moins de 5 ans sont particulièrement vulnérables à la forme aiguë et mortelle de la maladie »*. Selon les estimations, en 2000, le paludisme était responsable de 12 % des décès pendant la période post-néonatale et de 22 % des décès en Afrique subsaharienne. Selon l'OMS & l'UNICEF (2015 : 5) :

« En 2015, 214 millions de cas auraient été recensés et la maladie aurait causé 438 000 décès. La plupart de ces cas (89 %) et décès (91 %) concernent l'Afrique subsaharienne et les enfants de moins de 5 ans sont les plus touchés : plus de deux tiers des décès dus au paludisme dans le monde sont enregistrés dans cette tranche d'âge »

Au Cameroun en 2010, le paludisme représentait 36 % des motifs de consultation, selon le PNLP ; il demeure l'endémie majeure, la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les différentes enquêtes réalisées ces dernières années par le Programme National de Lutte contre la Paludisme ont montré que le *Plasmodium falciparum* (Pf), est l'espèce plasmodiale la plus fréquente. Elle est secondée par le *Plasmodium malariae* (Pm) et le *Plasmodium ovale* (Po).

Selon le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme au Cameroun, du Ministère de la Santé Publique (2010 : 46) :

« Des études entomologiques révèlent qu'au Cameroun, la dynamique de la transmission se fait suivant trois principales modalités :

- ✓ Transmission continue dans la zone forestière du sud où les taux d'inoculation sont de l'ordre d'une centaine de piqûres infectantes par homme par mois ;*
- ✓ Transmission saisonnière longue (6 à 9 mois) dans les zones du centre du pays (Plateaux de l'Ouest et Adamaoua) ; la transmission y est intense pendant la période pluvieuse et peut atteindre une vingtaine de piqûres infectantes par homme par mois ;*
- ✓ Transmission saisonnière courte (3 à 4 mois) dans la zone soudano sahélienne du nord où les taux d'inoculation sont, durant la courte saison des pluies, en moyenne de dix piqûres infectantes par homme par mois »*

Selon le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme au Cameroun, du Ministère de la Santé Publique (2010 : 49) :

« Avec un taux brut de mortalité infantile de 74‰ (0 à 1 an) et infanto-juvénile (0 à 5 ans) de 144 ‰, ainsi que le taux de mortalité maternelle de 669 pour 100 000 naissances vivantes, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentent les groupes les plus vulnérables. En effet, le paludisme représente 40 % de décès chez les enfants de 0 à 5 ans. »

Les femmes enceintes présentent ainsi une diminution de l'immunité en cours de grossesse qui les rend plus susceptibles au paludisme. Le paludisme au cours de la grossesse a pour conséquences l'avortement, l'accouchement prématuré, la mort-in-utéro, la mortinatalité, le faible poids de naissance ainsi que l'anémie du nouveau-né.

Les enfants de moins de 5 ans (17 %) et les femmes enceintes (5 %) représentent environ 22 % de la population totale du Cameroun avec les risques de morbidité et mortalité les plus élevés. La prévalence du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois se mesure par la présence du parasite Pf dans le sang, à partir du Test de Diagnostic Rapide (TDR) de marque First Malaria Response, qui détecte l'antigène HRP2 de Pf. Les examens portés par l'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011, du PNLP (2012 : 13) donne les résultats suivants :

- ✓ *« La prévalence du Pf mesurée à l'aide de ces TDR est de 33 % au niveau national*
- ✓ *Le pourcentage d'enfants porteurs du Pf croit avec l'âge, il est de 23 % chez les 6-11 mois pour atteindre 40 % chez les 48-59 mois ; par contre, Il n'y a presque pas de différence selon le sexe*
- ✓ *Les variations selon le lieu de résidence sont très importantes. Les enfants des zones rurales (44 %) sont beaucoup plus porteurs du parasite que ceux des zones urbaines (19 %)*
- ✓ *La prévalence du Pf baisse avec le bien-être économique du ménage dans lequel vit l'enfant âgé de 6 à 59 mois ; elle passe de 52 % chez les enfants des ménages les plus pauvres à 13 % chez ceux des ménages les plus riches*
- ✓ *Les enfants vivant dans les logements situés près d'un cours d'eau non aménagé (ruisseau, rivière, fleuve, marécage, lac...) ou d'un champs/terrain non défriché ont une prévalence plus élevée par rapport à ceux vivant dans des ménages distants de plus de 100m de ces lieux*
- ✓ *Avec un taux de prévalence de (57 %), les régions du Centre, de l'Est, du Nord et du Sud (51 %) se démarquent avec une forte prévalence. En effet, plus de la moitié des enfants testés dans ces régions souffrent de paludisme. A l'opposé, les villes de Yaoundé, la région du Nord-Ouest et Douala et se caractérisent par les prévalences les moins élevées. »*

2.1.3. La lutte contre le paludisme

A travers le monde, la lutte contre le paludisme se fait à la fois de façon préventive et curative. Traditionnellement, il est souvent fait usage de décoctions d'herbes et d'écorces d'arbres pour lutter contre les moustiques et le paludisme. Le quinquéliba, connu sous le

nom scientifique de *Combretum micranthum*, a été introduit au Cameroun, pendant l'époque coloniale. Les feuilles et les graines de cette plante ont été utilisées sous forme d'infusions pour lutter contre les fièvres. De même, la citronnelle, une plante communément connue sous le nom local emprunté à l'Anglais de « Fever-grass » est consommée sous forme de tisane chaude dans presque toutes les régions du Cameroun en cas d'accès fébriles. Pour Mbouzeko (2010 : 44), cité par S. Nkoussa (2012 : 19) « *Il n'est pas prouvé que cette médication artisanale soigne efficacement le paludisme* ».

Dans le milieu hospitalier, on parle de trois moyens essentiels de lutte contre le paludisme : La lutte anti-vectorielle, la chimio-prévention et la prise en charge des cas.

La lutte anti-vectorielle consiste à stopper la transmission du parasite par le moustique vecteur de l'être humain au moustique, puis à nouveau à l'être humain, ce qui permet de réduire la charge de morbidité. Les principales interventions sont l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ou la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) et, à certains endroits, la lutte anti-larvaire. L'indicateur des OMD porte sur la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une MII. Les moustiquaires forment une barrière physique qui protège contre les moustiques, et qui, parce qu'elles sont imprégnées d'insecticide, peuvent diminuer la durée de vie d'un moustique, ce qui permet de réduire le risque de transmission de la maladie à une autre personne. Elles apportent donc une protection individuelle à tous ceux qui les utilisent pour dormir. Lorsqu'elles sont largement utilisées, elles peuvent également avoir un effet protecteur important au sein de la communauté car, elles permettent de réduire le nombre de moustiques. Il est par conséquent souhaitable de parvenir à des taux élevés d'utilisation de ces moustiquaires au sein d'une population. Les MII sont également recommandées dans d'autres régions du monde, mais le comportement du vecteur varie davantage sur les autres continents (par exemple, les moustiques ne piquent pas toujours pendant les heures de sommeil) et elles sont donc généralement moins utilisées. Par ailleurs, dans les régions où la transmission est faible, le paludisme touche habituellement les populations de plus de 5 ans. Notons qu'au Cameroun, selon l'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011, du PNLP (2012 : 32) :

- ✓ « 52 % de ménages possèdent au moins une moustiquaire (imprégnée ou non) ; la proportion de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire MI est de 36 % et celle des ménages qui possèdent au moins une MILDA est de 33 % »

- ✓ *Les régions de l'Ouest (43 %) et de l'Adamaoua (46 %) sont celles où la proportion de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire est la plus faible. Cette proportion est plus élevée dans les régions du Nord (63%) et de l'Extrême-Nord (57 %)*
- ✓ *Pour ce qui est du quintile de bien-être, la proportion de la population utilisatrice de moustiquaire est d'autant plus importante que le niveau de vie est élevé ; de façon générale, les populations urbaines sont légèrement plus nombreuses à dormir sous une moustiquaire que les populations rurales*
- ✓ *L'utilisation des moustiquaires est plus fréquente chez les femmes enceintes que dans la population générale. »*

La chimio-prévention, élimine l'infection dans le sang chez l'être humain et prévient la maladie ; elle consiste à administrer des doses complètes de médicaments antipaludiques en guise de prophylaxie aux populations fortement exposées au risque de paludisme, dans le but de réduire la morbidité et la mortalité dues à la maladie. Les trois thérapies préventives actuellement recommandées par l'OMS sont le traitement préventif intermittent pendant la grossesse, le traitement préventif intermittent du nourrisson et la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants âgés de 3 à 59 mois. Il convient de noter qu'il n'existe pas d'indicateur des OMD portant sur la chimio-prévention.

La prise en charge des cas, consiste à diagnostiquer et à traiter rapidement les infections au moyen de médicaments antipaludiques appropriés. Cela permet de diminuer la possibilité d'évolution de la maladie vers une forme aiguë ou mortelle. La prévention consiste en la lutte contre l'agent vecteur et la transmission de l'agent pathogène aux potentielles victimes. Le curatif quant à lui, se résume au traitement de la maladie par la tradi-thérapie, la médecine conventionnelle moderne ou non... L'indicateur des OMD porte sur le traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

Notons que le traitement rapide du paludisme par le biais de médicaments antipaludiques appropriés peut :

- ✓ Empêcher l'évolution du paludisme simple vers une forme aiguë et potentiellement mortelle ;
- ✓ Prévenir l'infection chronique qui entraîne une anémie ;
- ✓ Aider à réduire la transmission, car il garantit l'absence de parasites dans le sang en cas de piqûre par un moustique.

Pour l’OMS & l’UNICEF (2015 : 18) :

« Les combinaisons thérapeutiques à base d’artémisinine sont recommandées pour le traitement du paludisme à Plasmodium falciparum sans complications. Le paludisme à Plasmodium vivax doit être traité par ACT ou chloroquine, puis par primaquine pendant 14 jours pour éviter les rechutes. Il faut toutefois tenir compte des risques d’effets secondaires chez les patients sous primaquine s’ils présentent une carence de l’enzyme glucose-6phosphate déshydrogénase. »

Comme toutes les fièvres ne sont pas paludéennes, une confirmation parasitologique par microscopie ou par test de diagnostic rapide (TDR) est recommandée pour tous les patients avant de commencer un traitement antipaludique. Au début du millénaire, l’OMS recommandait que tous les enfants atteints de fièvre vivant dans des régions endémiques reçoivent des médicaments antipaludiques dans les 24 heures. Toutefois, en 2010, l’OMS a recommandé que, dans la mesure du possible, tous les cas soient confirmés par un diagnostic parasitologique avant de commencer un traitement antipaludique.

Pour ce qui est du traitement du paludisme chez la femme enceinte, en accord avec les directives de la politique de Traitement Préventif Intermittent (TPI), on constate qu’une femme sur deux (52 %) a reçu du Fansidar/SP/Maloxine pendant leur dernière grossesse, 51 % ont reçu le traitement préventif intermittent (TPI) de Fansidar pendant une visite prénatale de routine, et plus d’une femme sur trois (35%) a reçu les deux doses ou plus de TPI recommandées. Du côté des enfants, selon l’Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011 de l’INS (2012 : 52) :

« Un peu plus d’un enfant sur trois (36 %) a eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines ayant précédé l’enquête. Ce phénomène a principalement touché les enfants de 12 à 23 mois et 24 à 35 mois, ceux des ménages pauvres, de mère ou personne en charge sans instruction, du Nord et de l’Extrême-Nord. Parmi les enfants qui ont eu de la fièvre, seuls 38 % ont pris des antipaludéens et seulement 2 enfants sur 5 les ont pris le jour même où la fièvre est apparue ou le jour suivant. La prise des médicaments dans les 24 heures ayant suivi l’apparition de la fièvre a principalement concerné les enfants du milieu urbain des régions du Centre sans Yaoundé (32 %), de l’Ouest (28 %) et du Sud-Ouest (28 %), des ménages riches et dont la mère ou la personne en charge a au moins le niveau secondaire. Le principal antipaludéen pris par les enfants qui ont eu la fièvre est la quinine (18 %), suivent les ACT (13 %), l’amodiaquine (2 %), la chloroquine (2 %) et le SP Fansidar (1 %) »

Depuis 2000, le nombre de cas de paludisme et de décès associés a considérablement diminué. Selon les estimations de l'OMS, environ 214 millions de cas ont été rapportés en 2015, causant 438 000 décès. Le recul enregistré entre 2000 et 2015 est d'autant plus remarquable si l'on considère que, pendant la même période, la population à risque a augmenté de 31 % dans le monde. L'incidence du paludisme, qui prend en compte la croissance démographique, est donc estimée en recul de 37 % dans le monde entre 2000 et 2015. Le taux de mortalité due au paludisme a diminué de 60 % pendant la même période et, chez les enfants de moins de 5 ans, il a baissé encore davantage (65 %).

Si l'incidence du paludisme et la mortalité associée étaient restées les mêmes depuis 2000, il y aurait eu 1,2 milliard de cas de paludisme et 6,2 millions de décès associés en plus entre 2001 et 2015. Sur ces 6,2 millions de décès évités, environ 5,9 millions (95 %) concernent des enfants de moins de 5 ans. Ces 5,9 millions de décès évités représentent 13 % des 46 millions de décès en moins dans les pays endémiques par rapport à ceux qui auraient été causés entre 2001 et 2015 si le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans de l'année 2000 avait été appliqué chaque année entre 2001 et 2015 (et 25 % des décès en moins chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne). Par conséquent, la baisse des décès dus au paludisme a fortement contribué aux progrès par rapport à la cible 4 des OMD, à savoir réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015. Tous ces cas de paludisme et décès évités ne peuvent être attribués aux seules interventions antipaludiques. Certains progrès sont sans doute liés à une plus grande urbanisation et au développement économique général, qui permettent d'améliorer les conditions de logement et la nutrition, lesquelles contribuent à leur tour à la baisse de la transmission du paludisme et du nombre de décès associés.

En dépit des progrès spectaculaires enregistrés en Afrique subsaharienne et même si les décès dus au paludisme y ont été évités plus qu'ailleurs, c'est dans cette région du monde que la maladie sévit le plus. En 2015, on estimait que les 15 pays les plus durement touchés, dont la plupart se trouvent en Afrique subsaharienne, représentaient à eux seuls 80 % des cas et 78 % des décès. La baisse de l'incidence de la maladie dans ces 15 pays entre 2000 et 2015 (32 %) reste loin derrière celle observée dans les autres pays (54 %). La diminution de l'incidence doit être nettement accélérée dans ces pays afin d'améliorer les progrès au niveau mondial.

2.1.4. Les pratiques curatives et les comportements à risque

Plusieurs auteurs ont spécifiquement étudié les déterminants des pratiques thérapeutiques dans les pays en voie de développement. Dans les années 1970, Andersen et son équipe de collaborateurs, cité par S. Nkoussa (2012 : 41) propose un modèle organisant et hiérarchisant les facteurs explicatifs des déterminants des pratiques thérapeutiques en quatre catégories :

- ✓ Les facteurs prédisposant (attitudes et connaissances de santé)
- ✓ Les facteurs facilitant (revenus, niveau social, taille de la famille, instruction)
- ✓ L'état de santé
- ✓ L'utilisation des services de santé (disponibilité et accessibilité).

Dans la même perspective, Kroeger en 1983, cité par S. Nkoussa (2012 : Ibid.) élabore un modèle visant à englober l'ensemble des déterminants, proches ou non, des pratiques thérapeutiques. Ce modèle, est l'un des plus aboutis et des plus complets, car il présente avec un souci d'exhaustivité les multiples déterminants des comportements thérapeutiques. Il classe les déterminants en trois catégories :

- ✓ Les caractéristiques individuelles, qui agissent comme facteurs prédisposants et lient les facteurs sociodémographiques, économiques et psychosociologiques ;
- ✓ Les caractéristiques de la maladie et du cadre étiologique, qui dépendent de la sévérité, de la durée et de l'interprétation de l'origine du mal ;
- ✓ Les caractéristiques du système de soins, qui décrivent la diversité de l'offre, son accessibilité spatiale et financière, sa qualité et son efficacité.

Les approches qui viennent d'être présentées ont, dans la plupart des cas, décrit les comportements dans le but d'apprécier leur niveau de maîtrise par la population. Il suffit de mettre en relation ces comportements avec la prévalence observée au Cameroun. Etant donné que la présente étude se focalise sur la prévalence du paludisme, nous optons pour la dénonciation des comportements à risques.

Une étude réalisée à HEVECAM par R. J. Assako Assako et son équipe de collaborateurs en 2002, rapportée par S. Nkoussa (2012 : 40) a permis de tirer des conclusions intéressantes sur des pratiques à risque que les populations répètent. L'étude

révèle que les riverains autochtones ou employés de l'agro-industrie ont, en matière de gestion et surtout de stockage de l'eau, des pratiques favorables à la reproduction des moustiques : Des fûts et tous types de récipients sont généralement entreposés sous les gouttières des maisons pour recueillir l'eau de pluies, utilisée à des fins domestiques (cuisson des aliments, vaisselle, lessive, bains, etc.). En saison pluvieuse, il y a un surplus d'eau qui fait que celle entreposée dans ces récipients peut y rester stockée pendant plusieurs semaines ; aussi, ces récipients, du fait de leur profondeur, ne sont jamais totalement vidés de leur contenu. Ils constituent donc, sans que les habitants puissent le soupçonner, des gîtes de reproduction des anophèles, compte tenu des caractères stagnant et clair de l'eau stockée. Pour ces populations, il n'y a pas de relation possible entre la survenue du paludisme et une eau stockée pour les besoins domestiques.

Lors de la prise en charge des cas de paludisme on a également des comportements à risques. En effet, certaines pratiques fréquentes lors du traitement antipaludique peuvent exposer le malade. Il s'agit de l'arrêt du traitement en cours, pour diverses raisons (manque de ressources financières, changement de traitement, oubli...). Cela peut survenir quand l'enfant va mieux ou quand son état de santé ne s'améliore pas. On note également le refus d'allaiter l'enfant malade qui vomit, le refus de laver l'enfant dont la température est élevée, l'administration de décoctions en cas de diarrhée...

2.1.5. La lutte par la connaissance générale de la maladie

Lorsqu'on regarde l'impact des actes individuels comme les pratiques sexuelles à risques, l'alcoolisme, la non-vaccination des enfants... on comprend qu'il est impossible de résoudre les problèmes de santé les plus pressants en se servant uniquement des solutions techniques comme la vaccination ou les antibiotiques. L'on est même très vite tenté d'intégrer les stratégies de modification des comportements à tous les niveaux. Une telle orientation se justifie d'autant plus que selon Murphy (2004 : 1) « *les taux de mortalité et de maladie attribuables à des causes évitables demeure élevé.* ». Pour promouvoir la santé, plusieurs outils sont ainsi utilisés : les médias de masse, le marketing social, la mobilisation communautaire, l'éducation sanitaire, l'amélioration de l'interaction entre clients et prestataires de services dans les établissements de santé et la politique.

La connaissance sur le paludisme par les populations reste l'un des puissants moyens de combattre l'endémie, car elle permet d'amener celles-ci à changer de comportements et réduire ainsi la morbidité et la mortalité. Il a été demandé aux femmes âgées de 15 à 49 ans

si elles avaient des connaissances sur la maladie et leur réaction face à un enfant de moins de cinq ans atteint de paludisme ou présentant des symptômes tels que la fièvre et enfin, quels étaient pour elles le meilleur antipaludique. Selon l'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011 de l'INS (2012 : 54) on a obtenu les résultats suivants :

- ✓ *« Dans l'ensemble, 98 % ont entendu parler du paludisme, 50 % reconnaissent la fièvre comme le symptôme du paludisme, 76 % d'entre elles ont cité le moustique comme cause du paludisme, 71 % ont cité les moustiquaires imprégnées ou non comme méthode de prévention du paludisme et plus de la moitié d'entre elles (95 %) ont une bonne connaissance du paludisme*
- ✓ *Selon l'âge, 43 % de femmes âgées de 15-19 ans considèrent la fièvre comme symptôme du paludisme contre 55 % chez celles âgées de 30-34 ans. De même, 70 % de femmes de Yaoundé connaissent la fièvre comme symptôme de paludisme par rapport aux autres villes tandis que, seulement 38 % de femmes du milieu rural la considère comme symptôme contre 61 % du milieu urbain. Selon la région, c'est dans les régions de l'Adamoua (28 %), du Nord (26 %) et de l'Extrême-Nord (21 %) que, plus d'une femme sur quatre savent que la fièvre est un symptôme du paludisme contre sept femmes sur dix dans les régions du Centre et du Sud (74 %)*
- ✓ *Selon le niveau d'instruction, cette connaissance évolue ; c'est ainsi que 25 % des femmes sans niveau la reconnaisse comme symptôme contre 82 % de femmes ayant le niveau supérieur*
- ✓ *Selon l'indice du bien-être, 27 % de femmes des ménages pauvres la reconnaisse comme symptôme contre 71 % de femmes des ménages riches »*

Retenons ici que lorsque le plasmodium pénètre dans l'organisme, l'infection se manifeste par une fièvre élevée , des douleurs diffuses, abdominales, articulaires, musculaires, des maux de tête , des troubles digestifs avec nausées, vomissements et diarrhées qui peuvent évoquer une gastro-entérite. Le parasite reste alors dans le corps, au niveau du foie notamment, puis il peut entraîner un accès palustre avec l'apparition de frissons apparaissant brutalement et durant moins de deux heures puis d'une fièvre élevée pendant quelques heures suivie de sueurs importantes: Ces symptômes vont survenir par crises tous les deux à trois jours. Des manifestations neurologiques comme des convulsions ou un coma évoquent un paludisme cérébral qui peut entraîner rapidement la mort. En l'absence de prise en charge, l'évolution se fait vers un « paludisme viscéral évolutif » avec

fièvre, ictère (coloration jaune de la peau), et splénomégalie, augmentation de la taille de la rate. Ceci est dû à l'infestation des globules rouges par le parasite.

S'agissant des causes du paludisme, selon l'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011 de l'INS (2012 : Ibid.) on remarque que :

- ✓ *« Selon le milieu de résidence, 67% seulement des femmes du milieu rural considèrent le moustique comme cause du paludisme contre 83 % de celles vivant en milieu urbain »*
- ✓ *« Selon la région, les femmes de l'Est (69 %) et du Nord (69 %) restent en deçà de cette considération contre 84 % de femmes du Sud-Ouest »*
- ✓ *« Selon le niveau d'instruction, au fur et mesure que le niveau augmente, la piqûre de moustique est considérée comme cause du paludisme, c'est ainsi que 63 % des femmes sans niveau le pensent contre 96 % de femmes du niveau supérieur »*
- ✓ *« Les femmes des ménages pauvres (64 %) pensent que la piqûre de moustique est responsable du paludisme contre 88 % de femmes des ménages riches »*

En ce qui concerne la crainte du paludisme infantile, selon l'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Cameroun en 2011 de l'INS (2012 : 55) on note que :

- ✓ *« Dans l'ensemble, 52 % des femmes âgées de 15 à 49 ans savent que les enfants atteints de paludisme sont susceptibles d'être des cas sérieux »*
- ✓ *« 71% d'entre elles ont cité la fièvre/température supérieure à 40°, trouble de la conscience comme signe de danger chez les enfants de moins de cinq ans quand ceux-ci en sont atteints »*
- ✓ *« Concernant le traitement efficace contre le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, 23 % d'entre elles ont cité la quinine, 15 % les ACT, 5 % les autres anti paludiques, 3 % l'amodiaquine, 2 % la chloroquine et 1 % le SP/fansidar »*
- ✓ *« Selon l'âge, plus de la moitié de femmes savent que les enfants atteints de paludisme sont considérés comme des cas sérieux »*
- ✓ *« Selon le milieu de résidence, les femmes de Yaoundé/Douala (61 %) considèrent ces cas comme sérieux contre 53 % de femmes résidant dans les autres villes, tandis que 45 % de femmes appartenant au milieu rural adhèrent à cette pensée contre 57 % chez celles du milieu urbain »*

- ✓ *Dans les régions, plus de la moitié d'entre elles savent qu'un enfant atteint de paludisme est considéré comme un cas sérieux sauf dans les régions du Centre (46 %), le Nord-Ouest (47 %) et l'Extrême-Nord (26 %)*
- ✓ *Au fur et à mesure que le niveau de vie baisse, le pourcentage de femmes qui savent que les enfants atteints de paludisme sont considérés comme des cas sérieux augmente. C'est ainsi que, 40 % de femmes appartenant aux ménages pauvres le savent contre 63 % de femmes des ménages riches »*

En analysant les résultats des données sur la connaissance des signes de danger chez un enfant de moins de cinq ans atteint de paludisme, il ressort selon les variables sociodémographiques que dans l'ensemble, 52 % ont cité la fièvre supérieure à 40° de température, 29 % les convulsions, 16 % les vomissements répétés, 15 % la fatigue intense, 13 % le refus de boire et de manger, 6 % la pâleur des paumes de mains et des plantes des pieds, 5 % le trouble de la conscience, 2 % les difficultés respiratoires, les selles liquides fréquentes et jaunisse et un pourcent les urines noires... Des femmes ayant cité la fièvre/température supérieure à 40°, trouble de la conscience comme signe de danger chez les enfants de moins cinq ans qui l'ont, il ressort que quel que soit la variable sociodémographique plus de la moitié d'entre elles savent que ces symptômes sont un danger pour un enfant présentant ces signes. La quinine étant citée par les femmes comme traitement le plus efficace contre le paludisme pour les enfants de moins de cinq ans, il ressort selon les disparités que la plupart d'entre elles pensent que la quinine en est le traitement efficace, suivi des ACT.

2.1.6. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

Ce programme existe au Ministère de la Santé Publique du Cameroun depuis 1995, conformément aux recommandations de la conférence internationale tenue à Amsterdam en 1992. Il a pour but de réduire la mortalité et la morbidité imputables au paludisme dans le cadre des soins de santé primaires, en particulier chez les groupes les plus vulnérables (jeunes enfants et femmes enceintes). L'élaboration de ce programme a été suivie par une déclaration de politique nationale de lutte contre le paludisme, approuvée par le Gouvernement en 1997. Les capacités institutionnelles du PNLP ont été renforcées par la création du Comité National Roll Back Malaria (CNRBM), du Groupe Technique Central (GTC) et la mise en place des Unités Régionales de Lutte contre le Paludisme (URLP). Le

GTC qui est l'organe exécutif du CNRBM assure entre autres missions la coordination et la gestion du PNLP sur l'ensemble du territoire national, en collaboration avec les administrations, les collectivités, la société civile, les partenaires divers. Les URLP ont quant à elles pour missions d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du programme de la lutte contre le paludisme au niveau des régions. A cet effet, elles appuient les districts de santé dans la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des plans d'action annuels budgétisés et produisent un rapport mensuel d'activités.

Selon S. Nkoussa (2002 : 22), dans son plan stratégique national 2002-2006, le PNLP a fixé les objectifs suivants :

- ✓ 60% des populations auront accès à un traitement approprié ;
- ✓ 60% des femmes enceintes auront accès à un traitement préventif contre le paludisme ;
- ✓ 60% des femmes enceintes dormiront sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- ✓ 60% des enfants de moins de 5 ans dormiront sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Selon S. Nkoussa (2002 : 23), Pour atteindre ces objectifs, 8 axes stratégiques ont été retenus : les 3 premiers axes stratégiques étant techniques et les 5 autres étant d'appui :

- ✓ Le renforcement de la prise en charge des cas à domicile et dans les formations sanitaires publiques et privées ;
- ✓ La prévention ;
- ✓ La promotion de la lutte contre le paludisme par l'Information, Education, Communication et plaidoyer ;
- ✓ La surveillance épidémiologique ;
- ✓ Le processus gestionnaire ;
- ✓ La formation et développement de la recherche opérationnelle sur le paludisme ;
- ✓ Le développement du partenariat pour la lutte contre le paludisme ;
- ✓ Le renforcement des capacités institutionnelles.

La mise en œuvre des activités du plan stratégique 2002-2006 a connu un ralentissement pendant les années 2002 et 2003 à cause de la non disponibilité des ressources financières. Le financement acquis du FMI dès la deuxième moitié de l'année 2004 a permis d'accélérer la mise en œuvre des activités sur le terrain. Le taux de couverture a augmenté de façon significative entre 2003 et 2005, mais il reste très en deçà des objectifs fixés dans le plan stratégique 2002-2006. Dans certaines provinces (Extrême Nord, Nord-Ouest), l'écart est important alors que dans d'autres provinces (Sud, Sud -Ouest) les objectifs ont même été dépassés.

L'Institut pour la Recherche, le Développement Socioéconomique et la Communication (IRESCO) est l'un des acteurs clés de la riposte contre le paludisme au Cameroun à travers la Communication pour le Changement de Comportement (CCC). L'IRESCO s'est illustré, depuis près d'une décennie dans le développement des approches et messages appropriés pour promouvoir et pérenniser des comportements positifs en faveur de la lutte contre le paludisme au Cameroun, et propose une vision quinquennale qui couvre par ailleurs toute la durée du projet « Scaling up Malaria Control for impact in Cameroun 2011 – 2015 ». La vision d'IRESCO est celle d'un Cameroun où, grâce à la CCC, les populations, au niveau de leur foyer, de leur lieu de travail, de leur village, de leur commune et de leur région, constituent des communautés compétentes face à la lutte contre le paludisme. Et, à l'échelle du territoire national tout entier, l'objectif IRESCO est d'avoir une société protégée contre les piqûres de moustiques, et par ricochet, contre de nouvelles infections par le paludisme. Une telle initiative ouvre la porte à une nouvelle orientation dans les actions menées jusqu'ici contre le paludisme. Ce qui laisse penser qu'il est possible que les résultats pas toujours satisfaisants obtenus jusqu'ici peuvent trouver une explication dans le comportement des populations tant en matière de prévention qu'en matière de traitement du paludisme

2.1.7. L'impact du paludisme sur la scolarité infantile

2.1.7.1. Généralités

Contrairement à d'autres maladies tropicales et suite à l'échec des campagnes d'éradication dans les années 1980, le paludisme a souvent été perçu comme un effet inévitable assimilé à la situation géographique tropicale ou subtropicale d'un pays et aux forces naturelles. Par conséquent, les études empiriques récentes ont intégré le paludisme

comme un facteur exogène dans les régressions de la croissance et du niveau de revenu sur le niveau d'endémicité palustre. Cependant les canaux d'impact restent largement inexplorés. Sachs et Gallup (2001), en utilisant un indicateur de prévalence du paludisme, montrent que le niveau de pauvreté n'est pas la cause majeure de la prévalence de paludisme dans un pays. Les conditions environnementales qui permettent la reproduction des vecteurs déterminent principalement l'intensité et la distribution de la maladie. Les auteurs montrent, à partir de données en coupe transversale, que les pays fortement endémiques sont plus pauvres et ont, en moyenne, un taux de croissance inférieur de 1,3 % par personne par an par rapport aux pays non touchés. Ces résultats vont dans le sens d'un impact du paludisme sur la pauvreté et non l'inverse.

Ces résultats posent le problème de l'endogénéité du paludisme par rapport à la croissance. Une voie naturelle pour étudier la croissance est d'identifier et de quantifier en détail les canaux de transmission possibles (Rodrik et Rodriguez, 2000). Comme la formation et l'accumulation de capital humain sont des variables explicatives clés du développement des nations, cette étude explore l'impact du paludisme sur l'accumulation du capital humain chez l'enfant. Puisque l'éducation primaire et la santé sont des fins en soi, cette étude peut contribuer à comprendre certains mécanismes sur le lien entre santé et performances scolaires.

2.1.7.2. Quelques évidences du lien Paludisme / Performances scolaires

L'incidence et la sévérité du paludisme à *P. falciparum* dépendent de nombreux facteurs entomologiques, environnementaux et humains. Les combinaisons possibles entre les facteurs sont nombreuses. Le faciès clinique du paludisme varie, entre autres facteurs comme le comportement personnel et les caractéristiques génétiques de l'individu, selon le statut immunitaire de l'individu. Les populations exposées à de fréquentes infections acquièrent une immunité partielle et labile contre les effets du paludisme. Le niveau d'immunité affecte non seulement la mortalité, la sévérité du paludisme mais aussi les accès palustres dits « simples ».

Chez l'enfant, l'immunité acquise ne joue un rôle protecteur efficace qu'à partir de l'âge de 5-6 ans, même en zone fortement endémique. C'est principalement la raison pour laquelle le paludisme est une menace majeure pour la survie des enfants. En 2000-2003, le paludisme était responsable de 8 % des 10,6 millions de décès annuels chez les enfants de moins de 5 ans (OMS-CHERG). Il représentait la troisième cause de mortalité des enfants de

moins de 5 ans. 94 % du total des décès attribuables à la maladie ont lieu en Afrique (Bryce *et al.*, 2005). En Afrique, en zone holo-endémique (où la transmission est considérée comme stable), la maladie représente 20 à 25 % de toutes les causes de mortalité des moins de 5 ans, 25 % des hospitalisations pédiatriques et le taux de létalité est d'environ 15 %. À cause d'une baisse de l'immunité acquise lors de la grossesse, la femme enceinte est plus particulièrement vulnérable aux accès palustres avec des conséquences non négligeables pour la santé de la mère et de l'enfant.

Quelques études ont mis l'accent sur les conséquences du paludisme sur le comportement de l'enfant, son développement cognitif, ses performances d'apprentissage et l'assiduité en classe :

En 1917, le Département de la Santé de l'État du Texas, l'Université du Texas et le Bureau International de la Santé ont fait une première tentative pour mesurer les effets du paludisme sur le développement physique et mental chez l'enfant (Kelley, 1917). L'une des conclusions intéressantes de cette étude est que le traitement du paludisme conduit à une amélioration immédiate du développement physique et mental.

Snowden (2006) et Amorosa *et al.* (2005) ont étudié la campagne d'éradication du paludisme en Italie. Les auteurs s'accordent à penser que la campagne a eu un effet à long terme sous-estimé sur l'achèvement de l'alphabétisation du pays. De plus, il est intéressant de noter que l'éducation et les écoles furent utilisées comme outils de contrôle de la maladie lors de la campagne.

Dans un article récent avec une perspective historique, Bleakley (2007) rejoint ces observations. Il considère les campagnes d'éradication aux États-Unis (1920), au Brésil, en Colombie et au Mexique (1950) pour évaluer l'impact de l'exposition au paludisme durant l'enfance sur la productivité du travail. En suivant différentes cohortes d'individus construites à partir de données microéconomiques, l'auteur trouve que les cohortes nées après l'éradication du paludisme avaient un niveau d'alphabétisation à l'âge adulte plus élevé que la génération précédant l'éradication.

Holding et Snow (2001) dressent une revue de la littérature des évidences médicales de l'impact du paludisme à *P. Falciparum* sur les performances et l'apprentissage de l'enfant, principalement au travers des troubles neurologiques faisant suite à un paludisme cérébral, des dommages cérébraux pendant les crises de paludisme, de l'anémie palustre, des effets nutritionnels, des expositions du fœtus au paludisme, du faible poids à la naissance et des naissances prématurées dues au paludisme. Par exemple, sur un total de 1854 enfants

kenyans touchés par le paludisme neurologique, ils trouvent que 302 sont décédés (16,3 %) et 248 (16 % des survivants) ont des séquelles neurologiques non négligeables. Ces chiffres ne veulent pas dire que les séquelles seront accompagnées d'un dysfonctionnement majeur des fonctions cognitives ou des capacités d'apprentissage mais l'association semble exister.

Une autre revue de la littérature (M. Kihara *et al.*, 2006) donne des conclusions similaires et fournit des précisions sur les impacts cognitifs du paludisme. Des déficits d'attention, de mémoire, de repères spatiaux visuels, de langage et d'exécution de certaines tâches ont été observés après des infections palustres. Ces déficits ne sont pas seulement causés par le paludisme neurologique mais peuvent également apparaître lors de cas de paludisme moins sévères.

Concernant les tentatives pour quantifier cet impact chez l'enfant scolarisé, quatre études de cas ont été menées au Sri Lanka (Fernando *et al.*, 2003 et 2006). Les infections palustres et les crises de paludisme à répétition ont un effet négatif significatif sur les performances scolaires (mesurées par des tests de mathématiques, de langues et en contrôlant pour des facteurs de confusion socioéconomiques comme le niveau d'éducation des parents, le revenu du ménage, le type d'habitation, le statut nutritionnel). Par exemple, sur 571 enfants scolarisés âgés de 6 à 14 ans, un enfant qui a eu plus de 5 crises de paludisme a des résultats aux tests 15 % inférieurs à ceux d'un enfant qui a eu moins de 3 crises de paludisme. Les performances cognitives lors de la rentrée scolaire de 325 enfants âgés entre 5 et 6 ans en première année dans deux zones endémiques diminuent lorsque le nombre d'infections palustres augmente.

Le paludisme peut également avoir des conséquences non cognitives sur l'éducation via l'absentéisme scolaire, l'état de santé général des enfants ou encore d'autres conditions socioéconomiques et comportements associés à la maladie. Par exemple, dans une étude de cas menée au Kenya, Brooker *et al.* (2000) attribuent 13 à 50 % des absences pour raisons médicales au paludisme. Leighton & Foster (1993) donnent aussi des preuves du nombre de journées d'école perdues à cause du paludisme au Kenya et au Nigeria. Au Kenya, les enfants scolarisés dans le primaire manqueraient 11 % de l'année scolaire (20 journées d'école manquées par élève par an). Au Nigeria, le nombre de journées manquées représenterait entre 2 et 6 % de l'année scolaire (3 à 12 journées manquées par élève par an). Au Cameroun, à Muea, Kimbi *et al.* (2005) ont estimé que 53 sur 144 (36,8 %) enfants atteints du paludisme manquaient entre 0,5 et 14 journées d'école, soit en moyenne 1,53 journée d'école perdue par mois. Les coûts économiques et sociaux liés à la maladie peuvent

amplifier l'absentéisme : les parents peuvent retenir les enfants à la maison pour s'occuper de frères et sœurs plus jeunes qui seraient malades, ou effectuer des travaux domestiques ou productifs pour compenser un actif malade. Selon Conly (1975), ceci peut particulièrement se produire dans des économies agricoles où les travaux agricoles sont une affaire de famille et où l'on observe des mécanismes de compensation.

Le paludisme est généralement associé à un certain nombre de maladies tropicales négligées comme la schistosomiase, l'onchocercose, la filariose, le ver de Guinée, la dengue, la trypanosomiase... L'incidence du paludisme est ainsi amplifiée par la co-infection avec ces autres maladies tropicales, qui mis ensemble, ont un impact négatif sur les capacités cognitives pendant l'ensemble de la scolarité primaire. Toutes ces études tendent à décrire la relation complexe existante entre le paludisme, la formation de capital humain et le grand nombre de facteurs à risque, qui eux-mêmes peuvent avoir un effet sur les performances scolaires.

2.1.7.3. Analyse approfondie du lien Paludisme / Performances scolaires

La relation entre les résultats scolaires et les ressources mises en œuvre est généralement analysée à l'aide d'une fonction de production d'éducation ; cependant, les conditions de santé et particulièrement les maladies qui altèrent les capacités cognitives et d'apprentissage comme le paludisme ne sont pas prises en compte dans ce cadre. La fonction de production d'éducation est alors définie par la formule suivante :

$$Q = Q(F, R, H) + \varepsilon$$

Avec : Q = qualité de l'éducation

F = caractéristiques du ménage (principalement le revenu)

R = dépenses publiques consacrées à l'éducation primaire

H = conditions de santé des enfants

ε = facteurs non observables influençant la qualité de l'éducation.

Selon le Rapport de Suivi de l'EPT (2005 : 53), l'éducation a deux objectifs qualitatifs principaux qui sont les suivants :

- ✓ Le premier est le développement des capacités cognitives des bénéficiaires. Mesurer la qualité de l'éducation consistera donc à évaluer la capacité des systèmes éducatifs à atteindre cet objectif à travers un certain nombre d'indicateurs notamment en termes d'acquis scolaires, de résultats et d'achèvement de la scolarité ;

- ✓ Le deuxième est de promouvoir le développement créatif et émotionnel de l'individu, la paix, la sécurité et l'égalité, d'assurer le lien entre les générations ainsi que la transmission des valeurs.

Il ne faut par ailleurs pas confondre qualité de l'éducation et les moyens pour l'obtenir. Par exemple le niveau de formation des enseignants est un indicateur de moyens (ou ressources) et non de qualité. Pour Barro et Lee (2000 : 21), il est difficile de mesurer précisément la qualité de l'éducation pour un ensemble exhaustif de pays, particulièrement si l'on considère le deuxième objectif. Puisque nous sommes plus particulièrement intéressés par l'impact spécifique du paludisme sur les capacités cognitives et d'apprentissage chez l'enfant, nous nous focaliserons sur les taux de redoublement dans le primaire, qui reflètent cet aspect particulier de la qualité de l'éducation. En effet, bien que les taux de redoublement soient parfois affectés par les politiques d'éducation (comme les politiques de régulation nationales), ils sont plus directement déterminés par les résultats scolaires. Dans le contexte de l'UNESCO cité par le Rapport de Suivi de l'EPT (2005 : 77), *« le taux de redoublement est défini comme la proportion d'élèves inscrits, pour une année donnée à un niveau scolaire donné, dans le même niveau que l'année précédente »*.

Pour prendre en compte d'autres effets du paludisme sur les résultats scolaires, nous utilisons également les taux d'achèvement dans le primaire comme variable dépendante alternative. Les taux de redoublement et d'achèvement dans le primaire sont fréquemment utilisés par les organismes internationaux pour évaluer les progrès effectués vers les objectifs du millénaire, effectuer des comparaisons internationales, et définir les orientations en termes de politiques d'éducation et d'allocation des budgets.

D'autres variables ressources, préalablement identifiées comme déterminants potentiels des résultats scolaires, ont un impact très significatif sur les taux de redoublement et d'achèvement dans le primaire ; citons par exemple :

- ✓ Le système de management lié aux dépenses publiques courantes d'éducation primaire (assurance allouée par élève, ratio du nombre d'élèves/professeur, ratio du nombre d'élèves/tables-bancs, ratio du nombre d'élèves/salle de classe, ratio du nombre d'élèves/école...)
- ✓ Le revenu par habitant (revenu des parents d'élèves, niveau de pauvreté...)
- ✓ Le niveau d'urbanisation (accès aux meilleurs services d'éducation, conditions de travail, services sanitaires, à l'électricité, à une eau de bonne qualité...)

- ✓ Le climat ou la position géographique...

Il semble y avoir une relation forte entre l'indicateur de paludisme à *P. falciparum* et les taux de redoublement et d'achèvement dans le primaire. Le coefficient positif de l'indicateur de paludisme indique que les pays intensivement touchés par le paludisme ont des taux de redoublement dans le primaire de 9 % plus élevés que les pays non touchés par le paludisme. Une augmentation d'un écart-type de l'indicateur de paludisme à *P. falciparum* est associée à une hausse de 0,43 écart-type du taux de redoublement. Le coefficient négatif de l'indicateur de paludisme indique que les pays qui sont fortement touchés par le paludisme ont des taux d'achèvement dans le primaire de 29 % inférieurs à ceux qui ne sont pas touchés. Une augmentation d'un écart-type de l'indicateur de paludisme à *P. falciparum* est associée à une hausse de 0,47 écart-type du taux d'achèvement.

Le paludisme pourrait également être une approximation pour un certain nombre de maladies tropicales qui ne sont pas adéquatement contrôlées par le taux de mortalité des moins de 5 ans ou les variables de localisation tropicale ou subtropicale. Pour s'assurer que ces maladies tropicales ne sont pas responsables de la corrélation entre l'indicateur de paludisme et les taux de redoublement et d'achèvement, Sachs & Gallup, dans une étude en 2001, ont inclus deux indicateurs pertinents pour la période étudiée : une moyenne de la proportion de la population vivant dans des zones à risque de dengue de 1975 à 1995 et une estimation de la part de la population qui a un risque de contracter la fièvre jaune en 1996. Cette analyse en coupe transversale montre que :

- ✓ Le lien entre l'intensité du paludisme à *P. falciparum* et les taux de redoublement dans le primaire est fort et positif ;
- ✓ Le lien entre l'intensité du paludisme à *P. falciparum* et les taux d'achèvement dans le primaire est fort et négatif ;
- ✓ Le paludisme à *P. falciparum* affecterait en particulier les capacités cognitives et d'apprentissage des enfants et par conséquent les résultats scolaires ;

Ces résultats suggèrent que le paludisme est une barrière à l'accumulation de capital humain chez l'enfant. Compte tenu de l'ampleur de la maladie, en particulier chez l'enfant, il n'est pas étonnant de retrouver cet impact au niveau macroéconomique. Nous trouvons

que les pays les plus touchés par le paludisme à *P. falciparum* ont, en moyenne, des taux de redoublement dans le primaire au minimum 11 % supérieurs à ceux des pays non touchés. Ces résultats semblent fournir une bonne représentation de l'impact au niveau macro-économique. À titre d'exemple, Barro & Lee dans une étude en 2000, montrent que :

« Les pays d'Asie du Sud ont mis environ 20 ans à passer de taux de redoublement de 20 % à des taux de redoublement de 9 % en moyenne. Les résultats concernant les taux d'achèvement dans le primaire (inférieurs de 50 % environ pour les pays les plus touchés par rapport aux pays non touchés) indiquent qu'il existe certainement de multiples externalités liées à la maladie. »

Si une personne souffre de paludisme et n'est pas traitée immédiatement au moyen de médicaments antipaludiques efficaces, la maladie peut rapidement évoluer vers une forme aiguë et mortelle. Le parasite du paludisme envahit les globules rouges, puis les détruit. Des infections répétées peuvent entraîner une anémie aiguë, potentiellement mortelle. Le *Plasmodium falciparum* peut également causer un neuro-paludisme (les petits vaisseaux sanguins du cerveau sont obstrués par les globules rouges parasités) ; cette forme du paludisme peut également être mortelle. Les personnes qui en guérissent présentent souvent des séquelles neurologiques à long terme.

La maladie ainsi présentée de façon détaillée et son impact négatif sur la scolarité infantile étant démontrée, il est important de jeter un regard sur l'organisation du système éducatif camerounais en général et celui du milieu scolaire primaire public en particulier.

2.2. L'ADMINISTRATION ET LA GESTION DU MILIEU SCOLAIRE

2.2.1. L'organisation du système éducatif camerounais

2.2.1.1. Organisation structurelle globale

L'Article 15, Alinéas 1 de la loi N° 98/004 du 14 avril 1998 d'Orientation de l'éducation au Cameroun, cité par le Projet d'Education II (2006 : 35) souligne que : « *Le système éducatif est organisé en deux sous-systèmes, l'un anglophone, l'autre francophone, par lesquels est réaffirmée l'option nationale du biculturalisme* ». L'Article 15, Alinéa 2 de la loi N° 98/004 du 14 avril 1998 d'Orientation de l'éducation au Cameroun, cité par le Projet d'Education II (2006 : Ibid) précise que : « *Les sous-systèmes éducatifs sus-évoqués*

coexistent en conservant chacun sa spécificité dans les méthodes d'évaluation et les certifications ». Ces sous-systèmes sont organisés de façon identique en cycles et filières comme suit :

- ✓ L'enseignement maternel d'une durée de deux (2) ans ;
- ✓ L'enseignement primaire d'une durée de six (6) ans ;
- ✓ L'enseignement secondaire d'une durée de sept (7) ans ;
- ✓ L'enseignement post primaire d'une durée de deux (2) ans ;
- ✓ L'enseignement normal d'une durée de deux (2) à trois (3) ans ;
- ✓ L'enseignement supérieur d'une durée de huit (8) à dix (10) ans.

Le système éducatif camerounais reconnaît l'existence en son sein du secteur formel, du secteur non formel et du secteur informel. Le secteur formel était jadis placé sous la responsabilité de deux départements ministériels : le Ministère de l'Education Nationale (MINEDUC) et le Ministère de l'Enseignement Supérieur (MINESUP). Le Ministère de l'Education Nationale a été réorganisé par les décrets N° 95/041 du 07/03/1995 et N° 2002/004 du 04/01/2002 ; en 2004 il est divisé en deux départements ministériels : Le Ministère de l'Education de Base (MINEDUB), sur lequel est centré notre regard, et le Ministère des Enseignements Secondaires (MINESEC).

Sur la base du décret N° 2005/140 du 25/04/2005, le MINEDUB comprend les organes suivants :

- ✓ L'Administration Centrale constituée comme suit :
 - Le Cabinet du Ministre ;
 - Les Services du Secrétaire d'Etat auprès du Ministre ;
 - Un Secrétariat Général ;
 - Un Secrétariat Particulier ;
 - Des Conseillers Techniques ;
 - Une Inspection Générale des Services ;
 - Une Inspection Générale des Enseignements

- ✓ Les Services Déconcentrés :
 - Les Délégations Régionales ;
 - Les Délégations Départementales ;
 - Les Inspections d'Arrondissement
- ✓ **Les Etablissements Scolaires sous tutelle (cadre de notre étude) ;**
- ✓ Les Organismes Consultatifs

2.2.1.2. Organisation structurelle locale

En tant qu'établissement scolaire sous tutelle du MINEDUB et comme toute entreprise formelle, l'Ecole Primaire Publique obéit à une organisation pyramidale bien structurée, dans laquelle chaque individu joue un rôle bien précis ; la dynamique groupale ici est donc tributaire de textes ministériels, auxquels s'ajoutent ceux du contexte de la structure et de l'environnement. Citons par exemple ici :

- ✓ L'Article 28, Alinéa 1 de la loi N° 98/004 du 14/04/1998 de l'orientation de l'éducation au Cameroun, cité par le Projet d'Education II (2006 : 44) qui stipule :

« Les compétences suivantes sont transférées aux communes en matière d'éducation :

 - *La création conformément à la carte scolaire, l'équipement, l'entretien et la maintenance des écoles maternelles et primaires et établissements préscolaires de la commune*
 - *Le recrutement et la prise en charge du personnel d'appoint desdites écoles*
 - *La participation à l'acquisition des matériels et fournitures scolaires... »*
- ✓ L'Article 17, Alinéa 1 du Décret N° 2001/041 du 19/02/2001 relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics d'enseignement maternel et primaire, cité par le Projet d'Education II (2006 : 43) qui stipule :

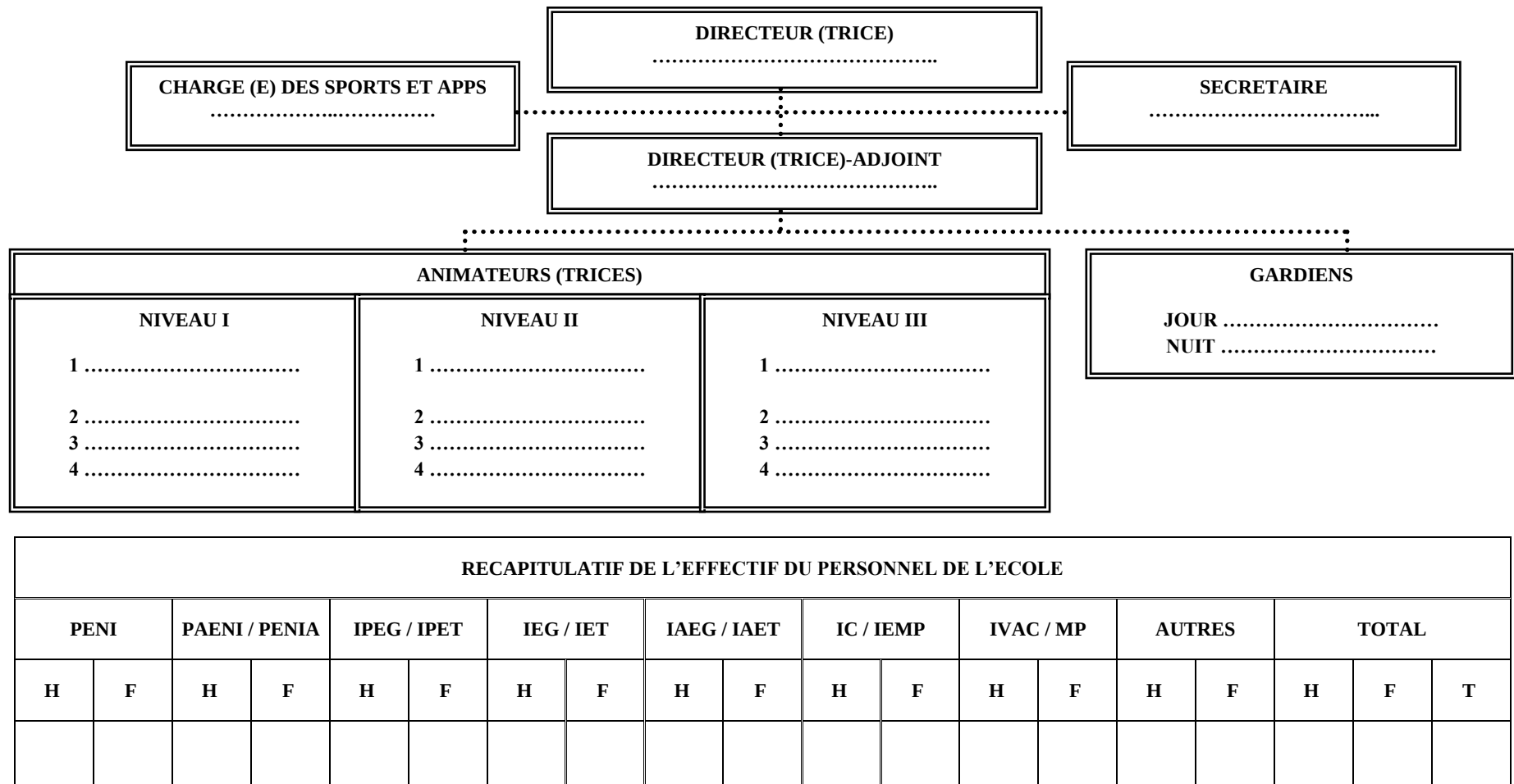
« Le Directeur d'école représente l'établissement scolaire maternel et primaire dans tous les actes de la vie civile et en justice »

- ✓ L'Article 2 de l'Arrêté N° 367/B¹/1464/MINEDUC 064/CF/MINEFI du 19/09/2001, cité par le Projet d'Education II (2006 : 16) qui stipule : « *Les établissements scolaires maternel et primaire sont administrés par le Conseil d'Ecole et la Direction de l'Ecole* »
- ✓ L'Article 3, Alinéa 1 de l'Arrêté N° 367/B¹/1464/MINEDUC 064/CF/MINEFI du 19/09/2001, cité par le Projet d'Education II (2006 : 17) qui stipule : « *Le nombre de membres et la composition du Conseil d'Ecole sont fonction du lieu et de la taille de l'établissement scolaire. A cet effet, il est tenu compte de la localisation de l'école (en milieu urbain, semi-urbain ou rural) et de sa taille qui s'apprécie en termes de divisions, de cycles et du nombre d'élèves* »
- ✓ L'Article 28, Alinéa 1 de la loi N° 98/004 du 14/04/1998 de l'orientation de l'éducation au Cameroun, cité par le Projet d'Education II (2006 : 37) qui stipule : « *Toute implantation de salles de jeux, de débits de boissons, de salles de cinéma, de commerce de tabac et de toutes autres nuisances est interdite dans l'enceinte ou à la périphérie des établissements scolaires* »

On notera ainsi à l'Ecole Primaire Publique de Nsimeyong II B par exemple (voir figure schématique suivante, issue des documents officiels de la Direction de ladite école en 2016), la présence des personnes suivantes :

- ✓ Une Directrice qui coordonne et veille à la bonne conduite des activités de l'établissement
- ✓ Une Directrice-Adjoint, d'abord maitresse de fonction, qui supplée la Directrice en cas d'absence ou d'empêchement de cette dernière
- ✓ Un secrétaire, qui n'est pas nécessairement un enseignant de ladite école et dont la fonction n'est plus à préciser
- ✓ Un chargé d'E.P.S. et des A.P.P.S., envoyé par l'I.A.E.B. de Yaoundé 3 ou désigné parmi les maitresses présentes
- ✓ Des maîtres et maitresses, appelés ici animateurs et animatrices de niveau, qui ont des taches essentiellement pédagogiques
- ✓ Des gardiens qui assurent les fonctions sécuritaires de la structure

Figure N° 4 : Organigramme de l'école primaire publique



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

L'organisation du système éducatif ne se limitant pas seulement à sa structure, il est nécessaire d'observer la vision gouvernementale sur le sujet (l'éducation et la santé), à travers les diverses projections entreprises et/ou mises en place telles le SND30 ou le Code Général de la Décentralisation

2.2.2. Les projections gouvernementales du Cameroun en matière d'éducation

2.2.2.1. La Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND30)

Le MINEPAT ou Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (2020 : xii) affirme à ce sujet que :

« La Stratégie Nationale de Développement du Cameroun 2030 s'appuie sur les leçons de la mise en œuvre du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) dont elle prend le relais jusqu'en 2030, dans la perspective d'accomplir les objectifs de la Vision 2035, qui ambitionne de faire du Cameroun un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité. C'est le fruit d'un large processus consultatif avec l'implication et la participation des différents acteurs de développement et des populations à la base. Elle prend également en compte les recommandations du Grand Dialogue National (GDN) convoqué par le Chef de l'Etat, et auquel les différentes composantes de la communauté nationale ont activement pris part. Ceci, dans une volonté partagée de recherche de solutions définitives aux différentes crises qui secouent le pays en particulier dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest »

Le MINEPAT (2020 : ibid.) ajoute que :

« ...cette nouvelle stratégie intègre la nécessité d'une grande cohésion sociale, afin que les fruits de la croissance bénéficient à tous les camerounais comme le résultat d'un effort collectif, dans un élan de solidarité nationale. C'est pourquoi le principe cher de l'équité et du développement équilibré aura guidé l'ensemble des orientations et des priorités indiquées dans ce document »

Le capital humain constituant un facteur clé au développement économique et à l'industrialisation d'un pays, il est indispensable pour une société qui ambitionne de booster son secteur industriel de disposer d'une main d'œuvre suffisante et qualifiée. Pour ce faire, mettant en œuvre des politiques adéquates dans les domaines de l'éducation, de la santé et

confirmant les rapports du PASEC de 1998, EPT de 2015 et OMD de 2012, énoncés dans le chapitre précédent, le MINEPAT (2020 : 2) affirme qu'en matière d'éducation :

« En raison de la pression démographique, la demande est de plus en plus forte dans tous les ordres d'enseignement : Dans l'enseignement de base, le taux brut de préscolarisation a progressé pour se situer à 36,8% en 2018 et dans l'enseignement primaire, le taux d'achèvement dans le cycle a connu une augmentation, passant de 73% en 2012 à 76,7% en 2017... »

Le Gouvernement se donne ainsi comme vision de promouvoir un système éducatif à l'issue duquel tout jeune diplômé est sociologiquement intégré, bilingue, compétent dans un domaine capital pour le développement du pays. Les objectifs stratégiques poursuivis sont alors selon le MINEPAT (2020 : 11) ce qui suit :

- « - garantir l'accès à l'éducation à tous les enfants en âge de scolarisation pour atteindre un taux d'achèvement de 100% au niveau primaire ;*
- réduire les disparités régionales en termes d'infrastructures scolaires et de personnel enseignant ;*
- améliorer l'accès et l'équité à travers la correction de la politique du manuel scolaire et la mise en place de l'enseignement fondamental ;*
- renforcer le système éducatif à travers une meilleure gestion de son personnel et un transfert complet des ressources dans le cadre de la décentralisation... »*

Dans le domaine de la santé, les efforts consentis par le Gouvernement, notamment dans la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois et la gratuité des soins contre le paludisme pour tous les enfants de moins de 5 ans, ont permis d'améliorer certains indicateurs clés de ce secteur et le MINEPAT (2020 : 2) déclare ce qui suit :

« Le taux de mortalité infantile (de 0 à 5 ans) s'est amélioré en passant de 122 pour 1 000 en 2011 à 79 pour 1 000 en 2018 ; le taux de mortalité maternelle quant à lui est passé de 782 décès pour 100 000 naissances vivantes sur la période 1997- 2004, à 484 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 »

En vue de contribuer au développement d'un capital humain productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable, les autorités entendent garantir à toutes les couches de la population, un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté. A cet effet, selon le MINEPAT (2020 : 12) en lien avec l'ODD 3 relatif à la santé, il sera question de :

- « - faire passer le taux de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes ;
- ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus ;
- réduire de 2/3 la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, d'au moins 30% la prévalence et la mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- améliorer l'efficacité du système de santé en mettant à profit la décentralisation et la mise sur pied de la Couverture Santé Universelle ;
- viabiliser 80% des formations sanitaires intermédiaires et périphériques ;
- promouvoir le développement d'une industrie pharmaceutique locale afin de renforcer l'accessibilité géographique aux soins de santé ;
- disposer de personnels de santé qualifiés et motivés afin de favoriser la performance hospitalière et la démarche qualité dans les FOSA ;
- renforcer le plateau technique des hôpitaux centraux et de référence visant la prise en charge des cas... »

Selon le MINEPAT (2020 : 18), des simulations ont été effectuées sur l'impact de la croissance économique générée selon les deux principaux scénarii (Référence et Vision) de la SND 2020-2030 sur quelques indicateurs de développement : le taux de pauvreté, le taux net de scolarisation combiné, l'espérance de vie à la naissance, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité maternelle, le nombre d'emplois nets créés, et la proportion des emplois décents. Il ressort de ces simulations qu'à l'horizon 2030 :

- Le taux de pauvreté est réduit à 30,8 % dans le scénario de référence contre 25,1 % dans le scénario vision ;
- Le taux net de scolarisation combiné (proportion de la tranche d'âge 6-24 ans scolarisée) atteint 72,0 % (référence) contre 81,2 % (vision) ;
- L'espérance de vie à la naissance se situe à 62,1 ans (référence) contre 65,2 ans (vision) ;
- Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans atteint 54,2 pour 1000 (référence) contre 36,2 (vision) ;
- Le taux de mortalité maternelle se situe à 311,2 pour 100 000 naissances vivantes (référence) ou connaît un renversement de tendance pour se situer à 197,1 (vision) ;
- On estime une création nette d'environ 363 889 emplois en moyenne annuelle (référence) contre 536 661 (vision) ;
- En matière de qualité de l'emploi, on estime un recul modéré du taux de sous-emploi global à 55,2 % et plus optimiste à 50,1 %.

2.2.2.2. Le Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées

Dans cette partie de notre étude, nous ferons le déroulé de quelques textes essentiels (sur l'éducation et la santé) issus de la Loi N° 2019/024 du 24 Décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées (CGCTD), délibéré et adopté par le Parlement et promulgué par le Président de la République du Cameroun :

ARTICLE 2.- (1) Les Collectivités Territoriales de la République sont les Régions et les Communes.

(2) Elles exercent leurs activités dans le respect de l'unité nationale, de l'intégrité du territoire et de la primauté de l'Etat.

ARTICLE 3.- (1) Les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest bénéficient d'un statut spécial fondé sur leur spécificité linguistique et leur héritage historique.

(2) Le statut spécial visé à l'alinéa 1 ci-dessus se traduit, au plan de la décentralisation, par des spécificités dans l'organisation et le fonctionnement de ces deux Régions.

(3) Le statut spécial se traduit également par le respect des particularités du système éducatif anglophone, et la prise en compte des spécificités du système judiciaire anglo-saxon basé sur la Common Law.

(4) Des textes particuliers précisent le contenu des spécificités et des particularités visées à l'alinéa 3 ci-dessus.

ARTICLE 5.- (1) La décentralisation consiste en un transfert par l'Etat, aux Collectivités Territoriales, de compétences particulières et de moyens appropriés.

(2) Elle constitue l'axe fondamental de promotion du développement, de la démocratie et de la bonne gouvernance au niveau local.

ARTICLE 17.- L'Etat transfère aux Collectivités Territoriales les compétences nécessaires à leur essor économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et sportif.

ARTICLE 157.- Les compétences suivantes sont transférées aux Communes :

- l'alimentation en eau potable ;*
- le nettoyage des rues, chemins et espaces publics communaux ;*
- le suivi et le contrôle de gestion des déchets industriels ;*
- les opérations de reboisement et la création de bois communaux ;*
- la lutte contre l'insalubrité, les pollutions et les nuisances ;*
- la protection des ressources en eaux souterraines et superficielles ;*
- l'élaboration de plans communaux d'action pour l'environnement ;*
- l'élaboration et la mise en œuvre des plans communaux spécifiques de prévention des risques et d'intervention d'urgence en cas de catastrophes ;*
- la création et l'entretien des espaces verts, parcs et jardins d'intérêt communal ;*
- la pré-collecte et la gestion au niveau local des ordures ménagères.*

ARTICLE 160.- Les compétences suivantes sont transférées aux Communes :

- a). en matière de santé et de population :*

- l'état civil ; la création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé à intérêt communal, conformément à la carte sanitaire ;
- le recrutement et la gestion du personnel infirmier et paramédical des centres de santé intégrés et des centres médicaux d'arrondissement ;
- l'assistance aux formations sanitaires et établissements sociaux ;
- le contrôle sanitaire dans les établissements de fabrication, de conditionnement, de stockage, ou de distribution de produits alimentaires, ainsi que des installations de traitement des déchets solides et liquides produits par des particuliers ou des entreprises.

b. en matière d'action sociale :

- la participation à l'entretien et à la gestion, en tant que de besoin, de centres de promotion et de réinsertion sociales ;
- la création, l'entretien et la gestion des cimetières publics ;
- l'organisation et la gestion de secours au profit des nécessiteux.

ARTICLE 161.- Les compétences suivantes sont transférées aux Communes :

a). en matière d'éducation :

- la création, conformément à la carte scolaire, la gestion, l'équipement, l'entretien et la maintenance des écoles maternelles et primaires et des établissements préscolaires de la Commune ;
- le recrutement et la gestion du personnel enseignant et d'appoint des écoles ;
- l'acquisition du matériel et de fournitures scolaires ;
- la participation à la gestion et à l'administration des lycées et collèges de l'Etat et de la Région par le biais des structures de dialogue et de concertation.

b). en matière d'alphabétisation :

- l'exécution des plans d'élimination de l'analphabétisme, en lien avec l'administration régionale ;
- la participation à la mise en place et à l'entretien des infrastructures et des équipements éducatifs ;

ARTICLE 270.- Les compétences suivantes sont transférées aux Régions :

- la création, conformément à la carte sanitaire, l'équipement, la gestion et l'entretien des formations sanitaires de la Région ;

- la participation à l'entretien, à la gestion des centres de promotion et/ou de réinsertion sociale ;
- le recrutement, la gestion du personnel infirmier et paramédical des hôpitaux régionaux et de district ;
- l'appui aux formations sanitaires et établissements sociaux ;
- la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène ;
- l'organisation et la gestion de l'assistance au profit des nécessiteux ;
- la participation à l'élaboration de la tranche régionale de la carte sanitaire ;
- la participation à l'organisation et à la gestion de l'approvisionnement en médicaments, réactifs et dispositifs essentiels en conformité avec la politique nationale de santé.

ARTICLE 271.- Les compétences suivantes sont transférées aux Régions :

a). en matière d'éducation :

- la participation à l'établissement et à la mise en œuvre de la tranche régionale de carte scolaire nationale ;
- la création l'équipement, la gestion, l'entretien, la maintenance des lycées et collèges de la Région ;
- le recrutement et la gestion du personnel enseignant et d'appoint desdits établissements ;
- l'acquisition du matériel et des fournitures scolaires ;
- la répartition, l'allocation de bourses et d'aides scolaires ;
- la participation à la gestion et à l'administration des lycées et collèges de l'Etat, par le biais des structures de dialogue et de concertation ;
- le soutien à l'action des Communes en matière d'enseignement primaire et maternel.

b). en matière d'alphabétisation :

- l'élaboration et l'exécution des plans régionaux d'élimination de l'analphabétisme ;
- la synthèse annuelle de l'exécution des plans de campagne d'alphabétisation ;
- le recrutement du personnel chargé de l'alphabétisation et la formation des formateurs ;
- la conception et la production du matériel didactique ;

- la réalisation de la carte de l'alphabétisation ;
- la mise en place d'infrastructures et d'équipements éducatifs ;
- le suivi et l'évaluation des plans d'élimination de l'illettrisme ;

c). en matière de formation professionnelle :

- le recensement des métiers régionaux et l'élaboration d'un répertoire des formations professionnelles avec indication des aptitudes requises et des profils de formation ;
- la participation à l'élaboration de la tranche régionale de la carte scolaire se rapportant à l'enseignement technique et à la formation professionnelle ;
- l'élaboration d'un plan prévisionnel de formation ;
- l'entretien et le suivi des écoles, centres et instituts de formation de la Région ;
- le recrutement et la gestion du personnel d'appoint ;
- la participation à l'acquisition du matériel didactique, notamment les fournitures et matières d'œuvre ;
- la participation à la gestion et à l'administration des centres de formation de l'Etat par le biais des structures de dialogue et de concertation ;
- l'élaboration d'un plan régional d'insertion professionnelle des jeunes ;
- l'aide à l'établissement de contrats de partenariat écoles-entreprises.

A la lecture des écrits précédents, sur l'organisation du système éducatif et la gestion du milieu scolaire camerounais, on note aisément qu'à travers le monde en général et au Cameroun en particulier, l'administration du système scolaire est si bien structurée et la gestion du milieu scolaire tellement bien organisée, qu'on se demande pourquoi il demeure un sentiment d'insatisfaction sécuritaire et sanitaire au niveau de l'école, qui se trouve être la cellule ou la plus petite entité scolaire formelle existante, malgré que les compétences en la matière soient transférées aux Communes ?

Cette interrogation nous pousse à examiner comment se déroule la gestion des établissements scolaires maternels et primaires publics qui tous, obéissent au système d'imposition législatif descendant c'est-à-dire, par valeur d'importance des textes et lois ratifiés (internationaux, continentaux, régionaux, nationaux et locaux). Il est ainsi question de voir dans quelle mesure le milieu scolaire primaire public assure, à travers les textes juridiques, la santé et la sécurité des acteurs en général et des élèves en particulier qui y séjournent environ huit heures d'horloge et durant cinq à six jours par semaine.

2.2.3. La gestion du milieu scolaire

Comme dans toute organisation formelle, le fonctionnement des écoles maternelles et primaires est régi par un ensemble de textes légaux ministériels ou locaux (statuts et/ou règlement intérieur) qui sont, en ce qui concerne les textes locaux :

- ✓ Elaborés selon chaque contexte, par le Conseil d'Ecole ou l'Association des Parents d'Elèves et Enseignants ;
- ✓ Validés par la hiérarchie directe ou tutelle technique de ces établissements ;
- ✓ Reconnus et visés par les autorités administratives locales.

Lesdits textes doivent être connus de tous et scrupuleusement respectés par tous pour un fonctionnement harmonieux au sein de la structure, le Chef d'établissement en étant le garant. Nous ferons ici un bref aperçu uniquement sur : Les documents obligatoires au sein des Ecoles Maternelles et Primaires et les textes (extraits des règlements intérieurs) organisationnels de quelques structures scolaires

2.2.3.1. Documents obligatoires dans les Ecoles Maternelles et Primaires

Selon les Chefs d'établissement et les enseignants rencontrés sur le terrain, les documents obligatoires dans les Ecoles Maternelles et Primaires camerounaises, et demandés par la hiérarchie chaque année, sont :

- ✓ Pour les Chefs d'établissement :
 - La répartition de toutes les classes ;
 - Les emplois de temps de toutes les classes ;
 - Le planning des activités de l'année en cours ;
 - Le tableau récapitulatif des âges ;
 - Le tableau récapitulatif des effectifs ;
 - Le tableau récapitulatif des fréquentations ;
 - Le tableau récapitulatif des résultats ;
 - Le tableau de service des adjoints ;
 - Le calendrier des animations pédagogiques ;
 - Les taux de couverture des programmes ;
 - Le cahier de gestion de la boîte à pharmacie ;
 - La mise en place du personnel ;

- Le fichier scolaire ;
 - Le registre d'inventaire du mobilier, du matériel et des documents de l'école ;
 - Le registre matricule ;
 - Le registre courrier départ ;
 - Le registre courrier arrivée ;
 - Le registre de transmission ;
 - Le cahier des notes de service ;
 - Le cahier des conseils pédagogiques ;
 - Le cahier des rapports ;
 - Le cahier de gestion des fonds ;
 - Le règlement intérieur de l'école ;
 - Le dossier du personnel ;
 - Le cachet rond de l'école ;
 - Le livre d'or
- ✓ Pour les enseignants titulaires de classe :
- La répartition séquentielle de la classe ;
 - L'emploi de temps de la classe ;
 - Le cahier de préparation des leçons ;
 - Le cahier des conseils pédagogiques ;
 - Le registre d'appel ;
 - Le tableau des âges ou pyramide des âges ;
 - Le tableau des fréquentations séquentielles ;
 - Le tableau des effectifs de la classe ;
 - Le tableau des résultats séquentiels ;
 - Le tableau des chants, récits et poèmes ;
 - Le tableau d'entretien de la classe ;
 - Le tableau de couverture des programmes ;
 - Le programme officiel du niveau ;
 - Les livres au programme ;
 - Le plan de la classe ;
 - Le règlement intérieur de l'école ;
 - Le dossier personnel de l'enseignant

**2.2.3.2. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Publique de Gilley
(Elémentaire et Maternelle) du 18/10/2016 :**

« Organisation des soins et des urgences :

- *Lorsqu'un enfant se blesse en cour de récréation, il est pris en charge par un ou plusieurs membres de l'équipe enseignante.*
- *L'enseignant qui prend en charge l'enfant, note sur le cahier de soins (ou à défaut sur la feuille de soins) le nom de l'enfant soigné et les soins qui lui ont été prodigués. Les parents sont prévenus par le biais du cahier de liaison*
- *Au moindre doute sur la gravité de la blessure, les parents seront immédiatement prévenus. Si besoin, les pompiers sont appelés. »*

« Les règles de vie à l'école :

- *L'enfant apprend progressivement le sens et les conséquences de ses comportements, ses droits et obligations, la progressivité de leur application, leur importance dans le cadre scolaire et plus largement, dans les relations sociales.*
- *Tout doit être mis en œuvre à l'école pour créer les conditions favorables aux apprentissages et à l'épanouissement de l'enfant qui, par son engagement adapté et encadré, devient progressivement acteur des règles de vie de l'école.*
- *Il est particulièrement important d'encourager et de valoriser les comportements les mieux adaptés à l'activité scolaire : calme, attention, soin, entraide, respect d'autrui.*
- *La valorisation des élèves, leur responsabilisation dans la vie collective sont de nature à renforcer leur sentiment d'appartenance à l'école et à installer un climat scolaire serein. »*

« A l'inverse, les comportements qui troublent l'activité scolaire, les manquements au règlement intérieur de l'école, et en particulier toute atteinte à l'intégrité physique ou morale des autres élèves ou des enseignants, donnent lieu à des réprimandes, qui sont portées immédiatement à la connaissance des représentants légaux de l'enfant. Ces réprimandes ne peuvent elles-mêmes en aucun cas porter atteinte à l'intégrité morale ou physique d'un enfant. On veillera à ce qu'un élève ne soit pas privé de la totalité de la récréation à titre de sanction. Par ailleurs, les punitions collectives sont proscrites. »

2.2.3.3. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Primaire Publique de Brassilly France :

« Surveillance et sécurité des enfants :

- *La surveillance des élèves, durant les heures d'activité scolaire, doit être continue et leur sécurité doit être constamment assurée, en tenant compte de l'état et de la distribution des locaux et du matériel scolaire et de la nature des activités proposées.*
- *Le service de surveillance, à l'accueil et à la sortie des classes, ainsi que pendant les récréations, est réparti entre les maîtres en conseil des maîtres de l'école.*
- *Les enfants sont rendus à leur famille, à l'issue des classes du matin et de l'après-midi, sauf s'ils sont sous la charge d'un service de garderie, d'étude ou de cantine.*
- *Défense absolue est faite aux écoliers de pénétrer dans la cour et dans les locaux scolaires avant l'heure fixée, même si les portes sont ouvertes, la surveillance des maîtres ne s'exerçant que pendant les heures réglementaires.*
- *Un enfant ne peut sortir avant l'heure réglementaire, sauf en cas d'urgence, et sans la permission du maître. Dans ce cas, une demande écrite doit être adressée au directeur par les parents qui doivent venir chercher leur enfant à l'école.*
- *Les enfants venus seuls, à l'issue des classes, se rendent directement chez leurs parents.*
- *Tous les mouvements d'ensemble (entrées, sorties) doivent se faire en ordre et dans le calme. En fin de demi-journée, les élèves sortent de l'école sans courir, se bousculer et sans gêner la circulation. Ceux qui sont venus en vélo ou en trottinette sortent en marchant.*
- *Les élèves entrent sous la responsabilité de leurs parents dès qu'ils franchissent le portail aux heures de sortie ; mais les sorties scolaires sont sous la responsabilité des enseignants.*
- *L'accès aux locaux scolaires pour les parents ne peut se faire que sur autorisation du directeur ou d'un enseignant. Les élèves étant sous la responsabilité des enseignants, les interventions de parents auprès d'enfants à l'intérieur de l'enceinte scolaire est strictement interdite.*

- Les rendez-vous sont fixés à l'avance, par écrit. Ils ont lieu en dehors du temps scolaire. Les enfants et les parents ne peuvent aller récupérer des affaires oubliées après la classe qu'avec l'autorisation d'un enseignant ou d'un membre du personnel de l'école.
- En cas d'urgence Il est demandé aux familles d'avertir l'école pour tout changement apporté à la fiche de renseignements donnée en début d'année de façon à pouvoir, en cas d'urgence, les joindre dans la journée. »

« Enfant malade :

- Le personnel de l'école n'est pas habilité à soigner les enfants, hormis les « petits soins ».
- Les familles sont donc tenues de venir chercher leur enfant malade après appel de l'école, dans les plus brefs délais, afin de consulter le médecin. »

« Accident :

- Le directeur appelle le SAMU puis prévient les parents.
- Le médecin régulateur juge s'il doit envoyer l'enfant à l'hôpital en ambulance privée aux frais de la famille ou par voiture de pompiers.
- En tout état de cause, la famille reste responsable de la santé de son enfant et doit le rejoindre dans les plus brefs délais.
- Chaque accident survenu à l'école fait l'objet d'un rapport précisant les circonstances et les conditions de sécurité qui avaient été mises en place. Un exemplaire de ce rapport est remis à la famille, un autre est envoyé à l'inspecteur de l'éducation nationale. »

« Assurance :

- Elle est obligatoire dans les activités périscolaires. »
- Elle est indispensable et doit comporter deux garanties : la responsabilité civile du chef de famille et l'assurance individuelle accident.

**2.2.3.4. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Léopold Sédar Senghor
du Gabon du 27/06/2011 :**

« Article 13, Alinéa 1 : santé

- *Seules les blessures légères et externes peuvent être soignées sur place.*
- *Les enseignants et le personnel ne sont pas habilités à administrer des traitements médicaux.*
- *Toute prise de médicaments à l'école doit donc être exceptionnelle ; elle doit être justifiée par un certificat médical et par une demande écrite des parents ; les médicaments ainsi que l'ordonnance doivent alors être confiés au Directeur.*
- *En cas d'état fiévreux, les parents doivent garder les enfants à la maison.*
- *En cas de maladie contagieuse, les parents doivent en informer la Direction ; un certificat de non contagion doit être présenté avant tout retour en classe.*
- *Il est vivement conseillé aux parents d'informer le Directeur des problèmes de santé de leur enfant. »*

« Article 13, Alinéa 2 : médecine scolaire

- *Un bilan de santé est réalisé au cours de l'année scolaire de Grande-Section de maternelle (GS).*
- *Ce bilan durant la scolarité de l'enfant est obligatoire. Aucune famille ne peut donc s'y soustraire.*
- *Ce bilan permet de faire le point sur l'état de santé général de l'enfant. »*

« Article 13, Alinéa 3 : urgences médicales.

- *En cas d'urgence, l'élève malade ou blessé sera conduit dans la mesure du possible auprès du médecin traitant indiqué sur la fiche de renseignements. Sa famille sera immédiatement avertie.*
- *En tout état de cause, même si la famille n'a pas pu être prévenue à temps, le Directeur et/ou l'enseignant, sont autorisés à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant l'enfant, y compris une hospitalisation si les circonstances l'exigent. »*

« Article 14 : Sécurité

- Aux abords de l'école, dans l'intérêt des enfants, les conducteurs doivent circuler avec prudence.*
- Les véhicules doivent être garés en « épi » de façon à optimiser le nombre de stationnements.*
- La pratique du « dépose minute » doit être réalisée le plus rapidement possible afin de ne gêner ni la circulation, ni l'accès à l'établissement.*
- Les consignes de sécurité et un plan d'évacuation sont affichés dans chaque classe.*
- Des exercices de sécurité et d'évacuation ont lieu régulièrement. »*

2.2.3.5. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Internationale le Flamboyant de Yaoundé de 2015 :

« Titre 4 : Surveillance

- Le gardien de l'école est habilité à demander l'identité des personnes autorisées à venir chercher l'élève.*
- Aucun élève ne peut sortir de l'école avant l'heure réglementaire sauf en cas d'urgence ou d'avis préalable écrit par les parents et remis au Secrétariat.*
- En maternelle, les enfants sont remis et repris au personnel enseignant dans leur classe par les personnes qui les accompagnent. En cas de négligence répétée des parents pour reprendre leur enfant à la sortie des classes, le Directeur de l'école après avoir consulté le Conseil d'Administration peut prononcer l'exclusion temporaire d'un enfant (maximum 1 semaine).*
- L'accueil des élèves est assuré 10 mn avant l'entrée en classe et 10 mn après la sortie. Le service de surveillance gratuit à l'accueil, à la sortie des classes et pendant les récréations est réparti entre les enseignants en Conseil des Maîtres de l'école.*
- Le règlement des frais de garderie est assuré à la fin de chaque mois. »*

- *Au-delà des 10 mn de surveillance assurées gratuitement à l'accueil, une garderie payante fonctionne par tranche de 30 minutes cumulables de 1.000 Fcfa par enfant*

« Titre 6.1 : Sécurité

- *Par mesure de sécurité, il est interdit de stationner devant l'entrée du portail (même les jours de pluie), et il est demandé aux adultes d'accompagner les enfants jusqu'aux véhicules.*
- *La circulation devant l'école se fait en sens unique, du carrefour Bastos à la Résidence de l'Ambassade du Canada. Nous vous recommandons particulièrement de surveiller vos enfants en bas âge lorsqu'ils se trouvent à proximité des voitures dans la rue.*
- *Le gardien de l'école a pour instruction de ne confier aucun enfant à une personne non identifiée ni spécifiquement mandatée par les parents.*
- *Des exercices de sécurité auront lieu durant l'année scolaire suivant la réglementation en vigueur. »*

« Titre 6.2 : Hygiène

- *Le nettoyage des locaux est réalisé quotidiennement dans les classes.*
- *Dans les sections maternelles, les aides maternelles sont chargées notamment de l'assistance aux enseignantes pour les soins corporels à donner aux enfants.*
- *Les enfants sont encouragés par leur maître à la pratique quotidienne de l'hygiène.*
- *Le sable dans la cour de récréation est régulièrement changé.*
- *Une désinsectisation de l'école a lieu plusieurs fois par an. »*

« Titre 6.3 : Santé

- *Il est demandé aux parents de vérifier régulièrement la chevelure des enfants et de traiter le cas échéant.*
- *Vaccinations Obligatoires : la Fièvre Jaune et le DTP sont les deux vaccinations obligatoires pour l'entrée à l'école maternelle et primaire, sauf contre-indication avec certificat médical à l'appui*
- *Vaccinations Fortement conseillée : la vaccination anti-méningococque A et C, ROR (rubéole, oreillons, rougeole) pour tous et BCG pour les classes de TPS et PS*

- Vaccinations Conseillées : Typhoïde, hépatite A et B
- *L'école a contracté une convention avec le CMS (Centre Médico-Social). En cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables) il sera fait appel au médecin du CMS qui décidera d'une éventuelle hospitalisation à la Clinique Frantz Fanon. Les frais médicaux restant à la charge du tuteur légal de l'enfant. »*

« Titre 7 : Visite médicale

- *Chaque année, un médecin choisi par le BE ou le CA sur proposition du directeur réalisera une visite médicale pour les enfants entrant dans leur sixième année, pour la classe de CM2 ainsi que pour tous les nouveaux élèves du CP au CM1.*
- *Cette visite médicale permettra d'établir un bilan de santé de l'enfant au cours de laquelle les observations faites s'inscriront dans un carnet de santé scolaire individuel et dont la teneur sera confidentielle.*
- *La famille recevra les informations relatives à la visite médicale de leur enfant sous pli cacheté. »*

« Titre 8 : Absences

- *Nous vous demandons de signaler toute absence au maître concerné avec indication du motif de cette absence, et ce pour faciliter la régularité des apprentissages.*
- *Les parents doivent justifier, par écrit et à l'intention du directeur, toute absence supérieure à trois jours.*
- *En cas d'absence de plus de 4 semaines d'un enfant, l'école exige un certificat médical. A défaut, pour éviter tout décrochage scolaire, des séances de rattrapage, à la charge des parents, pourront être demandées par le Conseil des Maîtres. »*

« Titre 9 : Médicaments

- *Les seuls médicaments qui peuvent être administrés à un élève figurent sur la liste publiée sur le site du Ministère français de l'Education nationale. (Cette liste est consultable au secrétariat).*
- *Dans le cas où un enfant est susceptible de recevoir des soins spécifiques (asthme, diabète...) un P.A.I (projet d'accueil individuel) sera établi au niveau de l'école en accord avec le médecin et la famille. Ce PAI autorisera l'école à administrer les médicaments prescrits.*

- *L'école a contacté une assurance scolaire pour l'ensemble des élèves. Toutefois afin d'avoir une meilleure couverture de remboursement, il est fortement recommandé aux parents de souscrire à une assurance scolaire individuelle. »*

« Titre 11 : Maladies contagieuses

- *En cas d'épidémie suspectée ou déclarée, il revient au directeur de faire procéder à un dépistage rapide des enfants dans l'enceinte de l'école, de préférence par le médecin de référence de l'école.*
- *Si besoin est, il sera demandé aux parents de faire les vaccinations nécessaires ou leur rappel.*
- *Si un cas est suspecté par le personnel de l'école, l'éviction de l'enfant est effective jusqu'à présentation d'un certificat médical attestant de la non contagion de l'enfant. »*

2.2.3.6. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Primaire Publique de Nsimeyong II B à Yaoundé en 2016 :

DEVISE : Discipline – Travail – Réussite

- ✓ *L'Ecole Primaire Publique de Nsimeyong II B a pour régime le plein temps ;*
- ✓ *Elle est ouverte de 7heures 30minutes à 14heures 30minutes ;*
- ✓ *La « levée des couleurs » et l'exécution de l'Hymne National sont obligatoires tous les Lundi matin.*

LES ELEVES

- ✓ *Les enfants se présentent à l'école dans un état de propreté convenable ;*
- ✓ *Les cahiers et les livres doivent être couverts et porter lisiblement écrits les noms et prénoms de l'enfant, sa classe et son école de fréquentation. Les élèves doivent en prendre le plus grand soin ;*

- ✓ *L'élève doit être à l'école 15 minutes au moins avant le début des cours. Il devra quitter l'établissement immédiatement après la sortie des classes ;*
- ✓ *L'élève qui a manqué la classe doit le faire connaître par une note de ses parents, adressée à l'enseignant ou à la Directrice ; note décrivant le motif de son absence et accompagnée d'un carnet d'hôpital en cas de maladie ;*
- ✓ *L'enfant qui se blesse doit prévenir immédiatement le maître ou la maîtresse de service du jour pour une éventuelle prise en charge ;*
- ✓ *Les entrées et les sorties des classes se feront dans le plus grand calme et en rangs.*

Il est interdit aux élèves de :

- ✓ *Pénétrer dans les salles de classe durant la récréation ;*
- ✓ *Toucher sans permission au matériel des enseignants ;*
- ✓ *Apporter à l'école sans autorisation administrative ou pédagogique préalable : couteaux, ciseaux, épingles, lames de rasoir ou tout objet pointu ou tranchant susceptible d'occasionner des blessures ;*
- ✓ *S'amuser avec des outils tels le compas, dont l'utilisation n'est autorisée que pendant les leçons de Géométrie ;*
- ✓ *Jouer avec le matériel scolaire (règle, stylos à bille, crayons...) ou le porter à la bouche ;*
- ✓ *Tirer, bousculer, frapper, pincer, lutter...avec leurs camarades ;*
- ✓ *Se livrer à des jeux violents de nature à occasionner des accidents ;*
- ✓ *Courir à grande vitesse, jeter des pierres ou des projectiles ;*
- ✓ *Sortir avec leurs effets scolaires hors des salles de classe pendant la récréation ;*
- ✓ *Sortir de l'enceinte scolaire pendant la récréation ;*
- ✓ *Salir, détériorer, détruire...les murs ou les tables bancs ;*
- ✓ *Jeter les ordures en dehors des bacs à ordures ;*
- ✓ *Passer ou trainer dans les couloirs à proximité des bureaux ;*
- ✓ *« Faire ses besoins » aux alentours des salles de classe.*

LES MAITRES ET MAITRESSES

Les enseignants doivent :

- ✓ *Veiller à ce que les élèves soient ponctuels aux heures d'entrée et de sortie des classes ;*
- ✓ *S'assurer que les entrées et sortie se font dans l'ordre et la discipline ;*
- ✓ *S'ils sont de service, être dans l'enceinte de l'école ¼ d'heure avant le début des cours, pour régler la propreté du site par les élèves retardataires. Ils sont responsables de l'établissement et de tout ce qui s'y déroule pendant toute la durée de leur service ;*
- ✓ *Etre responsables de leurs salles de classe et s'y consacrer entièrement ;*
- ✓ *Eviter d'être distrait de leurs fonctions pendant la durée des classes (s'occuper d'un étranger par exemple au détriment de ses devoirs scolaires) ;*
- ✓ *Tenir leurs salles de classe dans un état de propreté parfaite et s'efforcer à la rendre agréable. Une équipe d'élèves devra s'y atteler suivant un tableau de propreté élaboré pour la circonstance (tableau de balayage et de nettoyage) ;*
- ✓ *Corriger les travaux des élèves et assister aux réunions convoquées par leurs hiérarchies (obligation professionnelle) ;*
- ✓ *Se munir de leurs cahiers de conseils pour noter les amendements portés dans les cahiers de préparation ;*
- ✓ *Etre ponctuels et assidus (règles d'or pour les éducateurs) pendant les cérémonies organisées par les autorités administratives, à l'occasion des fêtes nationales ou tout autre événement obligatoire ;*

Il leur est interdit de :

- ✓ *Interrompre leur journée de classe, s'absenter sans y être autorisé par la Directrice de l'école. A ce titre, tout déplacement à but extrascolaire est proscrit ;*
- ✓ *Détourner sous aucun prétexte les élèves de leurs études pendant la durée des classes ou leurs faire accomplir des tâches autres que celles autorisées.*
- ✓ *S'occuper d'un travail étranger à ses fonctions scolaires, sauf en cas de convocation par l'autorité administrative ou judiciaire ; sa responsabilité étant engagée aussi bien pendant les heures de classe que pendant les récréations ;*

LES PARENTS

Les parents doivent :

- ✓ *Veiller à l'assiduité et à la ponctualité de leurs enfants à l'école ;*
- ✓ *Veiller à la propreté corporelle et vestimentaire de leurs enfants ;*
- ✓ *Après absence de leurs enfants à l'école, justifier celle-ci par une correspondance écrite, adressée à l'enseignant ou à la Directrice ;*
- ✓ *Signer les carnets de correspondance dès réception, et les renvoyer au maître ou à la maîtresse le lendemain ;*
- ✓ *Honorer de leur présence aux convocations, à eux adressées par l'enseignant ou la Directrice.*

Il leur est interdit de :

- ✓ *De se présenter à l'école et aux heures de classe quel que soit le motif, sans au préalable aviser la Direction ;*
- ✓ *De se rendre dans les salles de classe sans passer au préalable par la Direction.*

LES GARDIENS

Les gardiens doivent :

- ✓ *Assurer à tout moment et en tout temps la sécurité des personnes et des biens se trouvant dans l'enceinte de l'école. Leur présence permanente à l'école est à cet effet une nécessité, voire une obligation ;*
- ✓ *Réglementer les entrées et les sorties au niveau du portail ;*
- ✓ *Bloquer l'accès à l'école aux personnes étrangères et aux élèves retardataires pendant la levée des couleurs ;*
- ✓ *Orienter les personnes étrangères, désireuses d'un quelconque service ou d'un renseignement éventuel, vers la Direction ;*
- ✓ *Veiller au maintien et au respect des infrastructures de l'école. A ce titre, ils sont les responsables permanents de l'hygiène et de la salubrité intérieure et extérieure du site.*

Il leur est interdit de :

- ✓ *S'éloigner, quitter ou abandonner le site de l'école quel que soit le motif, sans aviser la Direction, car toute infraction ou tout dommage y effectué leur sera imputé ;*
- ✓ *Exercer une activité parallèle à leur fonction de gardiennage ;*
- ✓ *Utiliser les infrastructures scolaires à des fins commerciales ;*
- ✓ *Raquette toute personne intérieure ou extérieure à l'école.*

LES VENDEURS ET VENDEUSES

Les vendeurs doivent :

- ✓ *Détenir une autorisation de vente, signée par la Directrice, pour un meilleur suivi de l'alimentation intra-scolaire des élèves ;*
- ✓ *Porter une blouse pendant toute la durée du service de vente à l'école ;*
- ✓ *Vendre aux élèves et à un endroit précis, des produits autorisés par les autorités scolaires et sanitaires ;*
- ✓ *Assurer l'hygiène et la salubrité corporelle, vestimentaire, alimentaire...de leur environnement de vente ;*
- ✓ *Dénoncer tout abus ou tout contrevenant à leurs prérogatives.*

Il leur est interdit de :

- ✓ *De vendre des produits proscrits pour des raisons sanitaires ;*
- ✓ *De vendre pendant les heures de classe et en dehors de leur secteur de vente ; les ventes sont à cet effet, réservées exclusivement aux heures de récréation et exceptionnellement aux heures d'entrée et de sortie des classes.*

Après la lecture des précédents textes et documents, force est de constater ce qui a déjà été dit au chapitre précédent : La santé et la sécurité des enfants en milieu scolaire primaire public n'est pas garantie pour diverses raisons dont les plus importantes sont :

- Le milieu est hautement accidentogène et très exposé aux maladies, au regard du nombre de personnes qui y cohabitent et y transitent ;

- Il n'y existe pas d'infirmerie ou de personnel de santé exerçant pour la cause, en dehors de l'existence d'une boîte à pharmacie généralement peu équipée ;
- Le personnel y exerçant n'est pas formé pour la prise en charge pré-hospitalière (méthodes de premiers secours) et pose des actes d'interventions maladroits en cas de survenue d'incidents socio-sanitaires (accidents et/ou maladies) ...

Dans une situation comme celle évoquée ci-dessus, les regards sont tournés vers l'administration scolaire qui elle-même, compte sur l'action médico-scolaire locale ou nationale prévue pour gérer ce type de situation.

2.3. L'ACTION MEDICO-SCOLAIRE ET LA SCOLARITE INFANTILE

Il est important de signaler ici que nous nous limiterons aux informations internationales ; les fréquences de survenue des accidents et d'apparition des maladies dans les écoles maternelles et primaires n'étant archivées nulle part au Cameroun pour des raisons diverses et dont l'essentiel se résume à ce qui suit :

- ✓ Les Ecoles Maternelles et Primaires Publiques dans lesquelles nous nous sommes rendus pour la collecte des données primaires déclarent ne pas détenir ce type d'informations parce que leur hiérarchie ne leur en demande pas chaque année ;
- ✓ La Sous-Direction de la Santé scolaire dans laquelle nous sommes allés est, selon leurs déclarations, un service créé il y'a quelques années au Ministère de l'Education de Base. Ne pouvant nous fournir des informations relatives à la circonstance, nous avons été retourné auprès du Ministre qui nous a, à son tour et à travers une correspondance administrative, référé à la Direction de la Planification ;
- ✓ La Direction de la Planification au Ministère de l'Education de Base, vers qui nous nous sommes dirigés, possède des informations globales (macro-données) sur toutes les maladies existantes dans les écoles primaires et maternelles camerounaises, mais ne détient pas de données spécifiques au paludisme (micro-données) dans lesdites structures éducatives. Voir fiche de décharge en annexe 8 dans laquelle il est écrit : « *Le MINEDUB ne collecte pas encore les*

données exhaustives sur les effectifs des enfants victimes de paludisme dans les structures éducatives qui relèvent de sa compétence » ;

- ✓ Le Programme National de Lutte contre le Paludisme, où nous sommes rendus, a affirmé ne pas détenir de données spécifiques au paludisme (micro-données) dans les écoles primaires camerounaises et par la voie de son Secrétaire Permanent a écrit dans la fiche de décharge jointe en annexe 9 que : *« Notre système de collecte ne prend pas en compte une désagrégation par écoles » ;*
- ✓ La Croix Rouge Camerounaise, vers qui nous nous sommes orientés, a affirmé ne pas détenir de données spécifiques au paludisme dans les écoles primaires camerounaises et à travers la Direction du Cabinet Médical Henry Dunant, a écrit dans la fiche de décharge jointe en annexe 10 que : *« Les informations sollicitées n'entrent pas dans les prérogatives de la Croix Rouge Camerounaise » ;*
- ✓ L'Institut National de la Statistique, chez qui nous avons achevé notre parcours du combattant, a également affirmé ne pas détenir de données spécifiques au paludisme dans les écoles primaires camerounaises et, par la voie de son Département de l'Informatique a écrit dans la fiche de décharge jointe en annexe que : *« Notre système de collecte sur les maladies, essentiellement macro-économique, ne prend pas en compte les données micro-économiques comme celles des écoles primaires »*

Toutes ces fiches de décharge administrative, servant d'attestations de recherche, ont été jointes en annexe comme éléments de preuve de notre recherche préliminaire et nous nous sommes contenté des informations globales dans le domaine pour faire des inférences.

2.3.1. La santé et la sécurité à l'école

Pour le Ministère de l'Education du Canada (1988 : 7), par santé et sécurité à l'école, on entend *« l'ensemble des mesures de formation, de prévention et d'opération en cas d'accident ou d'urgence, qui peuvent s'appliquer lors des activités intra ou extrascolaires, à l'intention des élèves ou du personnel »*. La mise en évidence de ce concept ne représente pas une volonté d'étendre aux élèves l'application de la loi sur la santé et la sécurité au

travail, mais plutôt l'occasion de tenir compte de l'ensemble de la législation déjà existante sur les missions éducatives des élèves.

La santé et la sécurité à l'école n'ont pas un contenu uniforme, mais tendent plutôt à s'ajuster aux besoins réels des divers milieux scolaires. La considération de ce concept peut influencer la façon d'appliquer la loi sur la santé et la sécurité en milieu scolaire, et donner lieu à des modalités d'adaptation visant à assurer un meilleur fonctionnement d'ensemble des mesures de prévention. Selon le Ministère de l'Éducation du Canada (1988 : 8)

« le nombre total annuel d'accident chez les élèves, indépendamment de la gravité, est d'environ 20 000, comparativement à 6 000 pour le personnel enseignant et administratif. Les accidents des élèves se produisent surtout en E.P.S., dans les ateliers de formation professionnelle et dans les laboratoires ».

Plusieurs écoles disposent de mesures diverses liées à la santé et à la sécurité : Règlements sur la sécurité, guides de prévention, rapports et données statistiques d'accidents, services de premiers soins, procédures d'évacuation... Les services complémentaires reliés à la santé et à la sécurité ont comme fondement la nécessité d'apprendre aux jeunes à devenir des citoyens à part entière ; ce qui complète l'action menée par les services de formation et d'éveil, les services d'enseignement et les services particuliers. En effet, plusieurs activités d'encadrement et de surveillance à l'école sont conçues pour promouvoir un milieu de vie stimulant et sécurisant pour les élèves ; elles leurs permettent d'apprendre à s'auto-discipliner, à se responsabiliser au regard de leur sécurité personnelle et à apporter leur contribution à la sécurité collective.

La sécurité devient ainsi une règle de base pour l'organisation de toutes les activités scolaires ; due au risque croissant d'accident, elle est une préoccupation majeure dans la planification des activités de plein air, pendant les récréations, dans la pratique des activités sportives, lors de la tenue des ateliers pratiques en formation professionnelle... L'attitude générale de prévention des accidents ne doit pas avoir comme conséquence de freiner le dynamisme et les initiatives des élèves, mais plutôt développer leur sens critique en rapport avec leurs habitudes de vie et leur environnement.

Pour le Ministère de l'Éducation du Canada (1988 : 11) :

« Les composantes complémentaires de l'application du concept de santé et sécurité à l'école sont donc :

- ✓ *L'organisation générale : Tenir compte des comités existants dans les écoles (participation active des parents)*
- ✓ *Le soutien administratif : Cas par exemple d'une politique concernant les équipements individuels de protection des élèves (bottes, casques, gants...) qui est défrayée par les élèves et partagée avec la commission scolaire*
- ✓ *L'analyse du dossier : Les références utiles à cette analyse se retrouvent dans les documents d'accompagnement du présent rapport*
- ✓ *Les opérations d'urgence : Avoir au sein de l'école une politique de premiers secours pour répondre aux besoins des élèves et du personnel tant enseignant qu'administratif*
- ✓ *Le plan de prévention : Inclusion des objectifs de réduction des accidents des élèves (registre d'identification des dangers et des risques selon le lieu d'activité) permettant à la direction de connaître l'état de la situation en tout temps »*

Il est important de signaler que les informations et les orientations présentées ici, sont de nature à favoriser la prévention des accidents dans les établissements scolaires ; elles aideront également les encadreurs éducatifs à relever le défi de la formation dans ce domaine. Le coût humain, financier et social des accidents pourra ainsi diminuer considérablement ; une prise en charge véritable du présent dossier par les établissements scolaires est donc souhaitée. Pour Camus P. & Marchal L. (2007 : 13) :

« Les services qui prennent en charge la promotion de la santé à l'école, ont pour missions : prévenir les maladies ou promouvoir la santé des élèves en particulier, et de la communauté éducative au sens large. Ils rencontrent régulièrement les élèves pour un bilan de santé préventif. L'élève ne peut se soustraire au bilan de santé, les parents ne peuvent pas le refuser. Cette organisation des visites régulières implique, de la part des écoles, de communiquer un certain nombre d'informations relatives aux élèves pour que ces services puissent remplir pleinement les missions qui sont les leurs »

La promotion de la santé à l'école n'est pas la prise en charge immédiate et directe de tous les petits problèmes sanitaires qui arrivent dans l'école ; les ressources des services ne leur permettraient pas de rendre à toutes les écoles ce type de service. Mais les services sont à la disposition des écoles pour les conseiller dans des cas particuliers, voire intervenir

et les aider à mettre en place les dispositifs les plus adéquats pour répondre à de tels besoins. Il s'agit d'un service universel, gratuit et obligatoire. Cela consiste en la promotion de la santé en général et d'un environnement favorable à la santé, un suivi médical préventif de la santé des enfants et des jeunes en particulier (bilan de santé et vaccination), un recueil de données médicales standardisées et la prophylaxie des maladies transmissibles ; En d'autres termes, il s'agit de :

- ✓ La mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
- ✓ Le suivi médical des élèves, qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination ;
- ✓ La prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles ;
- ✓ L'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires.

La promotion de la santé à l'école joue un rôle important en matière de vaccination : information, rattrapage des vaccinations en retard, administration des vaccins les plus usuels repris au calendrier vaccinal de la Fédération Wallonie- Bruxelles. Elle est amenée à développer des initiatives de promotion de la santé de manière collective et globale, y compris la promotion d'un environnement favorable à la santé. Les initiatives de promotion de la santé s'effectuent à l'occasion des visites médicales ou à l'école en concertation avec le chef d'établissement ; des partenariats avec des organismes spécialisés peuvent être mis en place pour rencontrer diverses problématiques plus spécifiques.

Pour Camus P. & Marchal L. (2007 : 17), en ce qui concerne la promotion d'un environnement favorable à la santé, le service PSE (Promotion de la Santé à l'Ecole) ne remplace pas le service externe de prévention et de protection au travail qui garde toute sa pertinence ; il agit complémentirement à celui-ci. Il ne remplace pas non plus les autorités comme les pompiers ou les secouristes spécialisés. La promotion de la santé à l'école va prendre le point de vue de l'élève, s'inquiéter de l'infrastructure mais aussi de la manière d'en user. Souvent une attention particulière est portée à l'accès à l'eau, au bruit, à l'aération des locaux mais aussi, malheureusement, point noir de nombreuses institutions scolaires, aux toilettes et à leur accès.

Pour ce qui concerne les maladies transmissibles, c'est-à-dire toutes les maladies qui peuvent se propager d'une manière ou d'une autre, les services sont amenés à intervenir

pour conseiller des modalités de limitation de la propagation des maladies. Dans certains cas, ils imposeront des mesures d'hygiène ou le retrait temporaire d'un élève de l'école. Ces mesures sont contraignantes. Citons par exemple :

- ✓ En cas d'urgence sanitaire et de survenance de méningite, le service de promotion de la santé à l'école informera les familles et proposera une chimio-prophylaxie pour les personnes en contact direct avec le malade.
- ✓ En matière de pédiculose, le service de promotion de la santé à l'école sera amené à conseiller les familles quant aux moyens à prendre pour éliminer les poux. Si les conseils ne suffisent pas, le service pourra évincer l'élève.

2.3.2. La responsabilité des encadrants

Selon le Larousse de Poche (2001 : 712) la responsabilité est un terme qui revêt plusieurs sens selon le contexte dans lequel il est utilisé. Il s'agit :

- ✓ *« D'une obligation ou d'une nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres »*
- ✓ *Du fait d'être responsable d'une fonction*
- ✓ *D'une fonction, d'une position qui donne des pouvoirs de décision, mais implique que l'on en rende compte*
- ✓ *Du fait pour quelque chose d'être la cause ou l'origine d'un dommage »*

L'Article 1384, alinéas 4 et 6 du Code civil français, cité par Laurent G. (2003 : 10), stipule : *« le père et la mère, tant qu'ils exercent l'autorité parentale, sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux (...) à moins qu'ils ne prouvent qu'ils n'ont pas pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité »*.

Cet article fait peser sur les parents une présomption légale de responsabilité pouvant être invoquée aussi bien devant les juridictions pénales pour mineurs que civiles ; il est particulièrement avantageux pour la victime qui n'a pas besoin de démontrer l'existence d'une faute de surveillance ou d'éducation commise par les parents.

À partir du moment où les parents confient leurs enfants à des tiers, ces derniers deviennent responsables de la sécurité et du bien-être des enfants. Si un accident ou une contamination survient, la responsabilité de l'encadrant peut être engagée sous différents

angles (responsabilité civile, responsabilité objective). Dans tous les cas, la première action sera de déterminer s'il s'agit d'un incident imprévisible ou si une faute a été commise par le ou les encadrant(s). Dans l'hypothèse où une faute a été commise et que cette faute a causé un dommage, la (ou les) personne concernée sera considérée comme responsable et devra réparer le dommage subi par un tiers et peut même faire l'objet de poursuites pénales. Il est ainsi important de faire un petit rappel sur la notion de responsabilité

Retenons ici que la responsabilité est l'obligation qu'à une personne de répondre de ses actes, de les assumer, d'en supporter les conséquences du fait de sa charge, de sa position... C'est également la mission confiée à quelqu'un par une autorité devant laquelle il doit répondre de ses actes. Juridiquement parlant, ce mot revêt diverses formes parmi lesquelles la responsabilité civile et la responsabilité objective.

2.3.2.1. Notion de responsabilité civile

La responsabilité civile peut être définie selon Tatiana O. (2004 : 181) comme « *un mécanisme par lequel l'auteur d'un dommage causé à autrui de façon illicite se trouve obligé de réparer celui-ci en offrant à la victime une compensation* ». Elle est entendue comme englobante la responsabilité extracontractuelle et contractuelle. En 1804, les rédacteurs du Code civil, s'inspirant des travaux de Domat (XVII^{ème} siècle), ont introduit dans le code civil le principe général de la responsabilité civile. Ils ont alors construit un système de responsabilité dont le fondement essentiel était la notion de faute ; l'article 1382 du Code civil énonçait en effet que « *Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ». Ce texte est devenu le droit commun du régime général de responsabilité civile français.

Si les textes du code civil relatifs au droit de la responsabilité demeurent inchangés, leur contenu a été réinterprété. Le droit de la responsabilité est en constante évolution ; l'une des mutations les plus importantes qu'il a subie, réside dans le fait que la responsabilité a perdu une grande partie de son caractère individuel sous l'influence du développement de l'assurance à tel point que d'aucuns ont mis en lumière le déclin de la responsabilité individuelle. La responsabilité civile est de moins en moins souvent subordonnée à la preuve d'une faute, ce qui entraîne l'accroissement du nombre des hypothèses de responsabilité "objective ou de plein droit". Ces régimes dérogent au régime général de responsabilité civile pour faute contenu dans l'article 1382 du Code civil. En outre, la collectivité prend en charge directement certains risques excluant alors le jeu de la responsabilité civile

2.3.2.2. Notion de responsabilité objective

Certains pays de droit continental ont adopté des régimes spéciaux de responsabilité objective en faisant de nouvelles lectures des dispositions de leurs codes civils. Dans ce contexte, la jurisprudence colombienne a dégagé le régime de responsabilité du fait des activités dangereuses du texte de l'article 2356 du Code civil colombien. Dans le but de distribuer la charge des risques sociaux, la jurisprudence française a porté tous ses efforts sur la réparation des dommages causés dans des domaines très divers, et elle est parvenue aux mêmes résultats du régime objectif de responsabilité du fait des choses.

Cependant, ces décisions adoptées dans un souci pratique ne remplissent point les conditions posées par cet article 1384 alinéa 1er puisque c'est le fait de l'homme qui importe ici plus que le fait brut d'une chose. Ainsi la jurisprudence civile française a-t-elle envisagé trois domaines d'activités humaines où la considération du risque de l'activité pourrait être sous-entendue, à savoir celui des activités propres du voisinage, celui des activités engageant la santé et celui des activités menaçant la vie privée.

2.3.2.3. La responsabilité des tiers accueillant des mineurs

L'Article 1384, alinéa 1er du Code civil français, cité par Laurent G. (2003 : 11), stipule : « *on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre (...)* ». Cet article, tel qu'il est désormais interprété par les tribunaux, énonce bien un principe général de responsabilité du fait des personnes dont on est chargé d'organiser et de contrôler le mode de vie. Il s'applique tout aussi bien à des institutions accueillant des adultes (personnes handicapées notamment) que des enfants. Mais pour ces derniers, nous avons vu que l'évolution de la jurisprudence tend à maintenir la responsabilité des parents, même lorsqu'ils ont confié leur enfant à un tiers pour une durée pouvant être relativement longue, avec une prise en charge globale par ce dernier (internat scolaire, institut médico-éducatif). En revanche, la décision judiciaire confiant l'enfant à un tiers emporte clairement le transfert de la responsabilité des parents vers le gardien.

L'Article 74(a) du code pénal camerounais dispose que : « *les personnes morales sont responsable pénalement des infractions commises pour leur compte, par leurs organes ou représentants* ». D'abord, l'infraction doit avoir été commise par un organe ou un représentant de la personne morale. Ainsi, par exemple :

- ✓ Pour une SARL, l'organe sera le ou les gérant(s) ;
- ✓ Dans une SA, il s'agira du président du conseil d'administration, du directeur général, du président du directoire, du conseil d'administration ; par extension, les administrateurs provisoires, mais aussi et surtout des salariés ou des tiers ayant reçu une délégation de pouvoirs.

Le législateur n'a toutefois pas prévu que le représentant ou l'organe soit identifié précisément, comme c'est le cas dans la législation française. Ensuite, l'infraction doit avoir été commise pour le compte de la personne morale. Ce qui signifie que le représentant de l'entreprise doit avoir agi dans l'intérêt de celle-ci.

La responsabilité de la personne morale est engagée, lorsque que celle-ci a commis un crime, un délit, une contravention, ou encore lorsque l'objet social a été violé. Le tribunal compétent est soit le Tribunal de première instance, soit le tribunal de grande instance. Le titulaire de l'action est bien évidemment la victime directe de l'infraction c'est-à-dire, celle qui a subi personnellement et directement le dommage. La personne morale qui est reconnue coupable d'une infraction s'expose aux sanctions suivantes :

- ✓ Peines principales art 18 (b) : Dissolution art 25 (2), fermeture temporaire ou définitive de l'établissement, et une amende art 25 (1).
- ✓ Peines accessoires art 19 (b) : L'interdiction pour une durée déterminée de s'investir directement ou indirectement dans l'une ou plusieurs des activités prévues par son objet social ; le placement sous surveillance judiciaire pendant une durée déterminée ; la fermeture pour une durée déterminée des établissements ou succursales ayant servi à la commission des faits incriminés ; la publication de la décision ou sa diffusion par voie des médias ; toute autre peine prévue par des textes précis.
- ✓ Mesures de sureté art 20 (b) : l'interdiction de s'investir dans une activité précise pour une durée déterminée ; la confiscation ; le placement sous surveillance judiciaire pour une durée déterminée.

Il est important cependant de signaler que selon le code pénal camerounais, toutes les personnes morales sont susceptibles de voir leur responsabilité engagée à l'exception des personnes morales de droit public que sont l'Etat, les collectivités territoriales décentralisées...

2.3.3. La prise en charge des enfants malades à l'école

2.3.3.1. La délivrance de soins aux enfants en général

En pratique, il arrive bien souvent que l'encadrant soit amené à poser des actes qu'à la lumière des arrêtés, seule une infirmière peut accomplir (prendre la température, donner à manger, soigner une petite blessure, appliquer une pommade, administrer des médicaments...). La gestion de ces actes se réalise toujours « en bon père de famille » ; car il existe, en théorie, un risque que la responsabilité des intervenants soit engagée si ceux-ci n'agissent pas (non-assistance à personne en danger) ou s'ils agissent et commettent une faute et qu'ils provoquent un dommage (faute civile).

Dans la mesure où il existe un risque réel pour l'enfant, l'administration d'un médicament pourrait relever de l'assistance à personne en danger. Les actes réalisés sur base d'une prescription médicale écrite et détaillée, avec accord des parents pour le traitement des maladies chroniques, par exemple, peuvent être considérés comme relevant de l'état de nécessité. Si ces actes n'étaient pas posés, l'enfant pourrait encourir un grave danger. D'autres actes (comme injecter de l'adrénaline à un enfant allergique connu en cas de choc anaphylactique) relèvent de l'aide à personne en danger. Ces actes interviennent uniquement lors de circonstances imprévisibles et toujours après avoir appelé de l'aide spécialisée, dans l'attente de l'arrivée de cette aide et sur base de protocoles d'intervention écrits et appris.

Le comportement à adopter devra donc être déterminé par l'intervenant en fonction des circonstances, en prenant les précautions adéquates tel un « bon père de famille ». Il s'agira donc toujours de solliciter l'aide spécialisée et, dans l'attente de l'arrivée de cette aide, d'évaluer les risques encourus selon que l'on administre ou non le médicament.

2.3.3.2. La délivrance de soins aux enfants en cas d'absence de l'infirmier

Comme énoncé précédemment, le fonctionnement des écoles est régi par des textes légaux élaborés selon chaque contexte. A titre illustratif, le texte qui suit est un extrait du protocole sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles, signé le 06 Janvier 2000 par Bertrand M. et Goudalle M.

✓ Consignes de gestion d'un élève ou d'un personnel en situation d'urgence

Les premiers gestes de secours sont assurés par des personnels titulaires du PSC1 ou du SST. Toutefois, en l'absence de personnels formés aux gestes

d'urgence, il appartient à chacun de porter secours à toute personne en danger en composant le 15 d'un téléphone fixe ou le 112 d'un téléphone portable.

✓ **Elève accidenté et / ou présentant un état physique alarmant**

Soins à prodiguer sur place :

- Ne pas bouger l'élève, le couvrir, le rassurer, ne pas donner à boire ;
- En cas de nécessité se procurer le défibrillateur situé dans le hall du gymnase.

Choix de l'envoi du secours adapté :

- Appeler le 15 et prévenir la loge (poste 330) de l'arrivée des secours ;
- Intervention de l'équipe médicale du SAMU ou des pompiers, déplacement d'une ambulance privée...

Seul le médecin régulateur du SAMU est habilité à réguler à distance la prise en charge médicale d'une personne accidentée et/ou en état de détresse physique ou psychologique, et à donner une réponse à la demande de l'appelant par des conseils appropriés valant prescription. A titre de rappel, les personnels de l'établissement ne sont pas habilités pour accompagner l'élève pris en charge par les services d'urgence.

Avant le départ de l'élève, et pour information complémentaire éventuelle à donner au médecin, aux pompiers ou ambulanciers, consulter la fiche d'urgence non confidentielle renseignée par les parents et la liste d'élèves présentant des symptomatologies particulières : les fiches sont consultables à l'infirmerie, au bureau de la C.P.E. ou au service Gestion. Alerter un membre de l'équipe de direction qui se charge de prévenir la famille.

✓ **Elève malade dont l'état nécessite un retour à domicile**

Le professeur demande à l'élève s'il souhaite rentrer chez lui. Dans l'affirmative, l'élève malade se rend, accompagné, à la vie scolaire et les surveillants informeront la famille pour une prise en charge par leurs soins. Dans le cas contraire, l'élève reste en cours.

En tout état de cause, si le professeur estime que l'élève ne peut rester en cours, il le fait accompagner à la vie scolaire pour une prise en charge par la famille.

✓ **Elève dont l'état nécessite un soin**

Seuls les produits se trouvant dans les trousse de secours peuvent être utilisés par les personnels. Avant tout soin, se laver les mains, et, en présence de

saignement, porter des gants. Tout soin sera consigné dans un cahier. Des boîtes de secours ont été déposées dans différents endroits du Collège : gymnase, bureau des surveillants, laboratoires, ateliers SEGPA, cuisine, vestiaires des agents.

✓ **Elève astreint à un traitement médicamenteux ponctuel ou de longue durée**

Le traitement journalier sera, en l'absence de l'infirmière, déposé au bureau des surveillants avec la prescription médicale nominative et rangé dans une armoire se fermant à clé. Pour l'élève bénéficiant d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) sous traitement médicamenteux de longue durée, se conformer aux modalités définies par écrit dans le protocole. Une copie du PAI se trouve au Secrétariat de Direction.

✓ **Elève en déplacement.**

Le personnel responsable encadrant se munira : d'un téléphone portable, d'une trousse de secours, des traitements médicaux éventuels d'élèves bénéficiant d'un PAI.

Nous achevons cette partie par l'établissement d'un tableau récapitulatif de la revue littéraire de notre étude ; ceci nous permettra de passer directement au troisième chapitre de notre travail à savoir : Les théories explicatives de l'étude

Tableau N° 2 : Essentiel à retenir de la revue littéraire de l'étude

ESSENTIEL A RETENIR	LE PALUDISME ET SON IMPACT SUR LA SCOLARITE INFANTILE	L'ADMINISTRATION ET LA GESTION DU MILIEU SCOLAIRE	L'ACTION MEDICO-SCOLAIRE ET LA SCOLARITE INFANTILE
1	Le paludisme est une maladie causée par un parasite protozoaire du genre Plasmodium qui se transmet d'une personne à une autre par la pique d'un moustique femelle de type Anophèle. Il tue entre 700 000 et 2,7 millions de personnes par an, dont 75 % d'enfants africains. C'est la raison pour laquelle le paludisme est une menace majeure pour la survie des enfants	Le système éducatif camerounais est organisé en deux sous-systèmes (anglophone et francophone). En tant qu'établissements scolaires sous tutelle du MINEDUB, les E.M.P. et les E.P.P. obéissent à une organisation pyramidale bien structurée, les Chefs d'Etablissement en étant les représentants légaux	Par santé et sécurité à l'école, on entend « <i>ensemble des mesures de formation, de prévention et d'opération en cas d'accident ou d'urgence, qui s'appliquent à l'intention des élèves ou du personnel en activités à l'école</i> ». La promotion de la santé à l'école est ainsi la capacité à intervenir et à mettre en place les dispositifs adéquats pour répondre aux besoins des enfants malades ou accidentés
2	La lutte contre le paludisme se fait à la fois de façon préventive et curative. Cependant, la connaissance du paludisme par les populations reste l'un des meilleurs moyens de lutte, car le changement des comportements amène à réduire la morbidité et la mortalité infantile et juvénile. Les populations exposées à de fréquentes infections acquièrent une immunité partielle et labile contre les effets du paludisme.	Les projections gouvernementales du Cameroun en matière d'éducation sont contenues dans divers textes comme le SND30 ou la loi portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées	Si un accident ou une contamination survient, la responsabilité de l'encadrant est engagée sous divers angles : responsabilité civile, responsabilité objective. En cas de maladie, on demande à l'élève s'il souhaite rentrer chez lui. Dans l'affirmative, le professeur informera la famille pour une prise en charge par leurs soins. Dans le cas contraire, l'élève reste en cours
3	Les infections et les crises de paludisme à répétition ont un effet négatif significatif sur les performances scolaires : Il existe donc un lien étroit entre la santé infantile et les performances scolaires définie par la formule suivante : $Q = Q(F, R, H) + \varepsilon$ Avec : Q = Qualité de l'éducation F = Caractéristiques du ménage R = Dépenses publiques relatives à l'éducation H = Conditions de santé des enfants ε = Facteurs non observables	Le fonctionnement des écoles est régi par un ensemble de textes légaux (statuts, règlement intérieur...) élaborés selon chaque contexte, validés par la hiérarchie, reconnus et visés par les autorités administratives locales. La dynamique de groupe ici est tributaire de ces textes officiels, auxquels s'ajoutent les contextes de la structure et de l'environnement	Les premiers gestes de secours sont assurés par des personnels formés. Toutefois, en l'absence de ces derniers, il appartient à chacun de porter secours à toute personne en danger. Seuls les produits se trouvant dans les trousseaux de secours peuvent être utilisés par les personnels. Avant tout soin, se laver les mains, et en présence de saignement, porter des gants. Tout soin sera consigné dans un cahier

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

CHAPITRE 3 :

APPROCHES EXPLICATIVES DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES A L'ECOLE

Cette partie est la clôture de la phase théorique de notre recherche. Il s'agit ici de déterminer les apports théoriques pouvant expliquer le mieux possible notre étude. C'est pour nous l'occasion de faire un argumentaire holistique avant toute réflexion personnelle. Comme tout phénomène, le paludisme a une cause principale connue, des manifestations explicitées, un traitement diversifié... mais une prévalence non maîtrisée et difficilement égalée sur l'échelle de la mortalité.

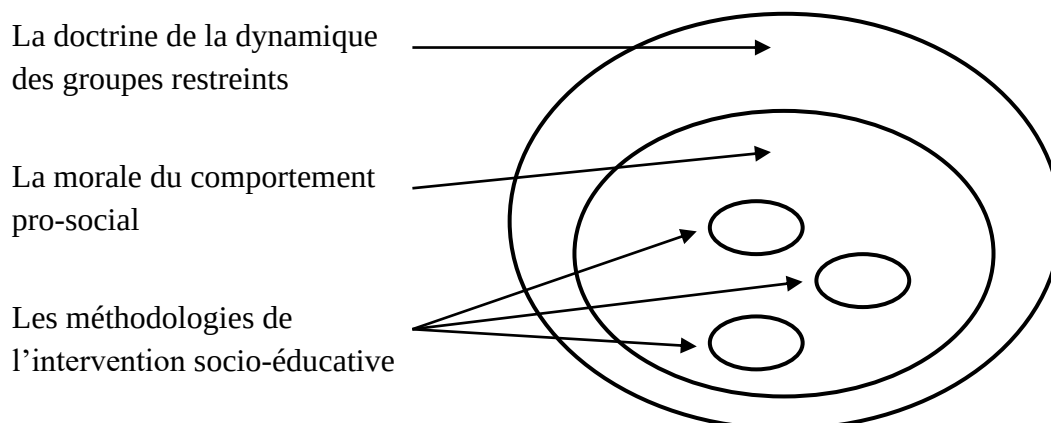
Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes proposés de faire baisser la prévalence du paludisme à partir de la prise en charge socio-sanitaire effectuée en milieu scolaire primaire. Il est alors essentiel de faire appel aux diverses approches théoriques qui expliquent la prise en charge des maladies à l'école, afin de confirmer leur conformité ou d'en ressortir les limites et y apporter des amendements.

Notre recherche nous a permis d'observer que diverses approches théoriques apportent des éclaircis à la prise en charge des maladies à l'école ; nous avons alors choisi de présenter tour à tour, et du général au particulier, les approches théoriques suivantes :

- ✓ La doctrine de la dynamique des groupes restreints, à laquelle nous avons associé, dans le cadre de cette étude, des théories connexes ;
- ✓ La morale du comportement pro-social à laquelle nous avons également associé, dans le cadre de cette étude, des théories connexes ;
- ✓ Les diverses méthodologies de l'intervention socio-éducative spécifiques à la prise en charge des maladies en milieu scolaire

Cette façon de procéder est représentée par le schéma suivant :

Figure N° 5 : Les approches explicatives de la prise en charge des maladies à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

Le choix de ces approches se justifie par le fait que notre sujet étant intitulé ***Processus de prise en charge en milieu scolaire et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves***, il était évident que :

- ✓ Nos approches explicatives sont étroitement liées à la variable indépendante qui explique la conduite expérimentale de la variable dépendante ;
- ✓ L'organisation intra-groupale explique mieux, selon nous, le processus de prise en charge mis en place dans les écoles pour lutter contre le paludisme infantile et juvénile ;
- ✓ On ne peut parler de prise en charge socio-sanitaire sans percevoir les sentiments humaniste et humanitaire, inscrits dans les textes juridiques et évoqués par les principes moraux, culturels, religieux... en vigueur dans chaque société. Le besoin de porter secours est indéniable à la personnalité humaine, qui malgré elle, agit pour le bien-être et la pérennité de son espèce ;
- ✓ Notre étude relevant du domaine des sciences de l'éducation, les méthodologies de l'intervention socio-éducative semble être le pan spécifique à la dynamique de groupe qui explique le mieux notre variable indépendante

Ainsi, dans le cadre de notre progression, nous ferons un argumentaire de type « entonnoir », en partant du général au particulier.

3.1. LA DYNAMIQUE DES GROUPES RESTREINTS

3.1.1. Généralités

L'expression **dynamique de groupe** désigne généralement l'ensemble des phénomènes, mécanismes et processus psychiques et sociologiques qui émergent et se développent dans les petits groupes sociaux appelés aussi groupes restreints, durant leur activité en commun. Cette expression renvoie aux pratiques suivantes :

- ✓ L'intervention au sein de groupes dans le but de faciliter la compréhension des processus qui s'y développent, afin de générer un changement qui aura des effets sur le groupe ou ses membres.
- ✓ La formation spécifique en groupes, permettant de découvrir et de comprendre ce qui se passe dans les relations interpersonnelles au sein d'un groupe ou d'une assemblée de personnes. Une telle formation permet ainsi de se familiariser avec la compréhension des phénomènes et processus de groupe.

Lewin (1947, 1951) est le premier à avoir tenté d'analyser la réalité sociale d'un groupe restreint en envisageant celui-ci, selon la vision gestaltiste, comme un champ dynamique dans lequel les relations qu'entretiennent entre eux les membres d'un groupe reposent, non sur leurs ressemblances ou leurs différences, mais bien plus sur leur interdépendance. Kurt Lewin applique le principe de la Gestalt-théorie (psychologie de la forme) à l'étude des groupes. Le groupe est un tout qui ne se réduit pas à la somme de ses parties. Il constitue avec son entourage immédiat une structure dynamique (un champ), dont les principaux éléments sont les sous-groupes, les membres, les canaux de communication, les barrières, et dont Lewin a essayé de donner une représentation graphique.

Didier Anzieu note que le terme de groupe renvoie au sens de **nœud** et de **rond**. Le nœud connote le degré de cohésion entre les membres. L'idée de rond renvoie à l'idée de réunion : ensemble de personnes dans un même lieu, poursuivant les mêmes buts. Cette définition exclut les groupes nominaux ou simples catégories de personnes qui ont les mêmes caractéristiques (ex : un groupe de femmes).

Pour Lewin, le groupe représente un tout, au sein duquel un changement dans l'état de l'un de ses éléments, qu'il s'agisse des membres du groupe, de leur statut, de leur rôle ou des normes établies, change l'état de tous les autres. C'est en appliquant un modèle emprunté

aux sciences physiques, précisément à l'électromagnétisme, que Lewin définit le groupe comme un champ de forces qui s'exercent à l'intérieur d'une zone de liberté laissée par les institutions sociales. La conduite du groupe est la résultante de la combinaison de ces forces selon des lois psychosociologiques. Il a pu déduire de la théorie générale du champ certaines lois particulières, par exemple : *« tout groupe fonctionne selon un équilibre quasi stationnaire et résiste à tout changement autre que des variations autour de cet équilibre »*. Ce modèle naturaliste lui a également permis d'administrer, en laboratoire, la preuve de ces lois. Un peu avant sa mort, néanmoins, Lewin abandonna ce modèle dont il avait vu les limites. Malgré l'engouement de ses successeurs et la diversité de leurs explorations théoriques et techniques, aucun modèle expérimental nouveau ne s'est imposé depuis.

3.1.2. Caractéristiques de la doctrine

On ne peut parler de dynamique de groupe sans revenir sur la notion de groupe primaire. Un groupe dit primaire désigne un groupe dont les membres entrent en relation intra-groupale directe. Roger Mucchielli définit dans la structure de ces groupes 7 éléments psychologiques essentiels à savoir :

- ✓ Les interactions entre ses membres ;
- ✓ La reconnaissance d'objectifs collectifs ;
- ✓ L'émergence de normes ou règles de conduite ;
- ✓ La formation d'une structure informelle portant sur l'affectivité et sur la dualité sympathie/l'antipathie, très souvent fonctionnant sans lois officielles ;
- ✓ L'existence d'émotions et de sentiments collectifs communs ;
- ✓ L'existence d'un inconscient collectif ;
- ✓ La réalisation d'un certain niveau d'équilibre interne et de relations stables avec l'extérieur.

Un groupe se définit par sa taille, le degré de sa structuration et la nature du groupement. Le degré de structuration est le degré d'organisation d'un groupe, les positions de chaque individu. Le groupe n'est considéré comme une réalité que si l'on constate des interactions entre les participants, une vie affective minimum commune et une bonne

participation de tous, même s'ils n'en ont pas conscience et qu'aucune règle formelle n'a été définie. Elle existe de façon implicite quand les personnes passent du « je » au « nous », reconnaissant de cette manière le passage au collectif.

Dans un groupe primaire naissent naturellement des règles que tout le monde respecte, quelle que soit leur forme, ainsi que des pressions de conformité définies par la solidarité existante entre les membres du groupe. Leur revers est qu'elles réduisent le niveau de liberté de chacun et peuvent aller jusqu'à la mise à écart ou l'exclusion d'un membre. Roger Muchielli évoque à ce sujet les « *sanctions possibles du type mépris, raillerie, mise en quarantaine..., punitions aux manques reconnus comme tels par le groupe* ». Tout nouveau venu devra faire l'effort nécessaire pour être intégré au groupe, sous peine d'en être rejeté. Une équipe est d'abord un groupe primaire et Roger Muchielli (2006 : 13) pense que dans ce domaine « *l'équipe est une variété originale qui ajoute à la cohésion socio-affective et aux relations interpersonnelles... la convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche qui sera l'œuvre commune* »

En agissant sur un élément privilégié, on peut modifier la structure d'ensemble ; le petit groupe, ainsi transformé, devient l'agent du changement social à l'intérieur de secteurs plus vastes de la collectivité. Pour Lewin, le groupe n'est pas réductible aux individus qui le composent, ni aux ressemblances qui existent entre eux, ni à la similitude de leurs buts. Il se définit comme un double système d'interdépendance, entre les membres d'une part, entre les éléments du champ d'autre part (buts, normes, représentation du milieu extérieur, division des rôles, statuts...). C'est le système des interdépendances d'un groupe à un moment qui explique ses conduites. Plusieurs phénomènes de groupe ont été étudiés dans cette perspective : le climat et le moral, les communications, l'autorité et l'influence, la prise de décision, la résistance au changement, les rôles, les attitudes, la créativité, la négociation...

Une expérience sur la modification des habitudes alimentaires, qui remonte à 1943, illustre la perspective lewinienne. Elle porte sur des ménagères américaines, volontaires de la Croix-Rouge. La décision prise en groupe engage donc plus qu'une décision individuelle. Il est aussi plus aisé de changer les normes et les idées d'un groupe que d'un individu. Cependant, la conformité au groupe est une arme à double tranchant ; elle peut à la fois être source de la résistance au changement et être mise au service du changement, à condition de décristalliser d'abord les préjugés affectifs sous-jacents.

Les principaux éléments du groupe sont les membres bien sûr, mais pas seulement. Il y a aussi les buts du groupe, ses valeurs, ses normes, ses modalités de communication et de

commandement, les statuts et les rôles des participants. Enfin, la manière dont ces différents éléments sont perçus par les participants, les représentations qu'ils en forgent, font aussi partie des différents éléments interdépendants d'un groupe, de sorte que si l'un d'eux vient à varier, les autres varieront aussi. Lewin a cherché les preuves empiriques de cette analyse théorique en tentant de vérifier expérimentalement l'hypothèse suivante : en modifiant le style de commandement dans un groupe, on modifie son climat, en particulier le taux d'agressivité qui s'y développe. Autrement dit, si l'élément « style de commandement » varie dans un groupe, alors l'élément « climat » variera également. En 1939, K. Lewin et ses collaborateurs Ronald Lippit et Ralph K. White ont pu ainsi mettre en évidence que, lorsque les groupes d'enfants sur lesquels ont eu lieu l'expérience étaient dirigés de manière autoritaire, cela produisait un climat soit très agressif, soit apathique. Quand le style de commandement était de type « laisser-faire », on constatait toujours une grande agressivité. Quant au style de commandement démocratique, c'est lui qui provoquait le moins d'agressivité. K. Lewin voulait démontrer que les résultats observés étaient bien des phénomènes de groupe, et que l'on ne pouvait les attribuer à des facteurs personnels, c'est-à-dire aux traits de personnalité des adultes qui commandaient, et/ou des enfants qui participaient à l'expérience.

La conception lewinienne du groupe met donc en lumière des processus spécifiques, qui ne peuvent être déduits de la seule psychologie individuelle ni étudiés au seul niveau des individus. Cette approche théorique a ouvert la voie à l'étude des facteurs constitutifs de la structure des groupes (réseaux de communication, hiérarchie des rôles et des statuts) et à la saisie de phénomènes collectifs comme le climat, la cohésion, le moral, la normativité ...

La dynamique de groupe est, à l'intérieur des sciences sociales, le domaine qui s'intéresse à la nature, au fonctionnement des petits groupes et aux effets qui en résultent. Dans cette perspective, on considère par exemple que l'appartenance ou la référence à un groupe peuvent favoriser certaines attitudes, croyances ou opinions. Cette influence du groupe peut devenir significative, influençant les représentations et actions individuelles (travaux de Kurt Lewin ou Léon Festinger). La dynamique d'un groupe peut donc faciliter des changements dans les comportements et/ou les attitudes d'une personne ou d'un groupe (expériences de Kurt Lewin - après la Seconde guerre mondiale - visant à faire évoluer les attitudes des ménagères américaines à l'égard de certains aliments réputés peu appétissants).

La dynamique de groupe constitue un des outils de la thérapie de groupe. Les hommes politiques et les entreprises peuvent aussi être tentés d'essayer d'utiliser les acquis

de la dynamique de groupe pour des objectifs personnels. La dynamique de groupe provoque un regain d'intérêt actuel du fait de l'amplification de certains types de relations interpersonnelles voire groupales induites par l'utilisation massive des nouvelles technologies. Ces techniques de communication, très utilisées aujourd'hui, permettent d'accélérer et d'amplifier les phénomènes de groupe, de regroupement, de diffusion d'informations ou de rumeurs...

3.1.3. L'influence du groupe sur l'individu

Lorsqu'on adhère à un groupe, on subit irrémédiablement deux phénomènes différents : la normalisation et le conformisme.

La normalisation renvoie à des situations assez floues, dans la mesure où aucune norme n'existe à leur propos, et celles-ci vont progressivement être créées, par tâtonnements successifs et influence mutuelle. Par exemple, dans ce groupe avec lequel vous faites depuis peu de la musique, il devient clair pour tous les participants qu'un retard d'un quart d'heure est acceptable, jusque-là personne ne dit rien, mais pas plus. Inutile d'ailleurs d'arriver à l'heure exacte, car personne n'est là et vous attendez bêtement. Et, tous les participants ont pris l'habitude de faire une pause au bout de deux heures, et de grignoter alors ce que chacun à tour de rôle apporte. Cela s'est fait petit à petit. Quand, lors d'une des premières séances, un de vos camarades a mis sur la table des paquets de chips pour tout le monde, vous vous êtes dit que, la prochaine fois, vous amèneriez quelque chose. Et comme vous n'avez pas été le seul à le penser et à le faire, cela est devenu une habitude, une norme de fonctionnement.

Le conformisme, lui, concerne des situations où une norme existe déjà, soutenue par la majorité du groupe. Qu'est-ce qui peut amener un individu à modifier ses opinions ou ses comportements pour les mettre en accord avec ceux prônés par la majorité ? En 1958, le psychologue social Herbert C. Kelman a mis en évidence trois raisons :

- ✓ On peut se conformer par complaisance : le conformisme est alors utilitaire, il n'atteint pas les croyances profondes de l'individu, il lui permet seulement de ne pas se faire remarquer, de ne pas avoir de problèmes.
- ✓ On peut se conformer par identification : il importe dans ce cas de préserver des relations positives avec un groupe auquel on tient. On se conforme parce que l'on s'identifie à ce groupe et que l'on veut plaire à ses membres. On parle alors d'influence normative. Son enjeu est l'acceptabilité sociale.

- ✓ On peut se conformer par intériorisation : le contenu évoqué par la majorité est alors intériorisé au point que l'individu, convaincu par ce qu'il a entendu ou vu, n'a pas l'impression de se conformer mais d'adhérer de son plein gré. C'est notamment quand la majorité a une haute crédibilité que ce type de conformisme se développe.

Quoi qu'il en soit, du seul fait qu'elle existe, la majorité exerce une pression à se conformer, comme l'a bien montré l'expérience de S.E. Asch, dans laquelle les sujets avaient à évaluer les tailles de bâtonnets. C'était une tâche très simple, facile, sans aucune ambiguïté. Le hic, c'est que les sujets effectuaient cette évaluation après avoir entendu plusieurs compères de l'expérimentateur donner des réponses fausses. Un nombre significatif des sujets se conforma à l'opinion de la majorité, en adoptant les réponses erronées ! Ils exprimèrent après l'expérience leur malaise de s'être trouvés dans une si troublante situation : d'abord persuadés qu'ils avaient raison, puis progressivement ébranlés par la constance des réponses de la majorité. Notre vie est largement déterminée par des décisions prises par des groupes, comités de sélection, commissions parlementaires, jurys, commissions d'examineurs, etc. C'est dire l'importance de la prise de décision en groupe et l'intérêt d'en comprendre les mécanismes. La décision de groupe est potentiellement supérieure à la décision individuelle, puisque l'instance de décision collective dispose de plus de points de vue et d'un *pool* d'expertise plus large. Sans doute le processus y est-il plus lent, mais ce n'est pas forcément un handicap si cela correspond à un examen attentif de toutes les facettes du problème considéré.

Comme la prise de décision en groupe correspond à une convergence finale à partir d'une relative diversité des positions de départ, de nombreux chercheurs ont proposé des modèles susceptibles de permettre des prédictions, en fonction de la distribution des opinions initiales et des règles décisionnelles adoptées. Les plus courantes de ces règles procèdent soit de l'unanimité, soit de la majorité, soit de l'évidence de la vérité. Dans ce dernier cas, c'est la rigueur de la démonstration qui est valorisée, et non le nombre de personnes qui partagent le point de vue. Cette règle - « *la vérité l'emporte* » - est en particulier de mise quand la décision concerne un problème bien défini qui n'admet qu'une seule solution.

Pour les autres types de problèmes, c'est souvent la règle de la majorité qui prime, bien qu'elle implique, comme on vient de le voir à propos de la pensée de groupe, bien des

inconvénients. La règle d'unanimité, qui implique que les participants adhèrent réellement à la solution proposée et ne se contentent pas de s'y plier, favorise le débat entre des positions divergentes. Dans ce cadre, la minorité peut s'exprimer et amener les autres participants à prendre en compte des options concurrentes. Or, l'existence de dissensions et le traitement de celles-ci par le débat améliore la qualité des décisions, car elle oblige à examiner les différentes facettes d'un problème, et à ne pas cantonner la réflexion dans des démarches de confirmation des premières et plus habituelles idées... qui ne sont pas forcément les meilleures !

3.1.4. Quelques théories et modèles expliquant le comportement intra-groupe

3.1.4.1. La théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen

La théorie de l'action raisonnée rend compte de l'influence de l'environnement social sur l'intention comportementale à travers une norme subjective fixée par les attentes de l'entourage et la marge d'autonomie de l'individu (Ajzen, 1991 ; Ajzen, 2002) ; plusieurs modélisations prennent en compte l'influence de la perception des conséquences des choix thérapeutiques, sous la forme de sanctions physiques ou économiques, de coûts sociaux ou de conséquences surnaturelles. L'une des modélisations les plus abouties des croyances relatives à la santé, inspirée du modèle des comportements interpersonnels, distingue quatre facteurs conditionnant l'intention comportementale : la composante cognitive, évaluant les avantages et les désavantages du comportement ; la composante affective, rendant compte du plaisir lié à réalisation du comportement ; la composante sociale, évaluant l'appréciation de la pertinence du comportement dans le groupe de référence, en fonction de la position sociale de l'acteur ; la norme morale personnelle, définie par le sentiment d'obligation par rapport au comportement.

3.1.4.2. Le modèle de croyances sanitaires de Rosenstock

Le modèle des croyances relatives à la santé (Health Belief Model) a été élaboré en fonction du domaine de la santé pour expliquer les raisons qui motivaient ou non les personnes à subir des tests permettant de dépister des maladies asymptomatiques dont la tuberculose. On l'a étendue à l'étude des comportements associés à la prévention des maladies (la vaccination) et à l'observance des prescriptions médicales. Les applications relatives à l'étude des comportements liés à la santé comme par exemple les habitudes de vie

sont plus récentes. Selon le HBM, un individu peut faire un geste pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il a des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère son geste comme un acte important pour son existence. Sur la base des informations acquises, il se perçoit comme une personne susceptible de contracter la maladie et comprend que l'apparition de cette maladie serait lourde de conséquences pour lui. Il juge aussi efficaces les interventions recommandées pour la prévention. Les modèles des croyances relatives à la santé, ou Health Belief Model (HBM) décrivent les déterminants de l'intention d'action en faisant interagir les connaissances en matière de santé et l'intérêt pour la santé avec différents ordres de croyances et de perceptions, influencées par des facteurs inducteurs comme l'âge, le sexe, l'ethnie, la personnalité, la classe sociale... (Godin, 1988 ; Siegrist, 1988). Ces modèles développent une analyse en termes de coûts/bénéfices, en insistant sur les aspects psychologiques et cognitifs : l'individu raisonne notamment sur son choix thérapeutique en fonction de sa croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre.

Grawitz (1986), cité par Franckel (2004 : 14) déclare :

« Les HBM s'appuient en grande partie sur les théories de psychologie sociale rendant compte de mécanismes applicables aux comportements à visée thérapeutique : la théorie de la personnalité, la psychologie du sens commun, le locus de contrôle, la théorie des représentations sociales peuvent expliquer la nature des choix thérapeutiques, tout comme les théories de la dissonance cognitive et de l'engagement montrent que lorsqu'un malade a le sentiment d'être partie prenante du traitement qui lui a été prescrit, le suivi thérapeutique gagne en efficacité »

3.1.4.3. La théorie sociocognitive de Bandura

La théorie sociocognitive a été élaborée par Albert Bandura au cours des années 70-80. Cette théorie fait appel à un aspect moins rationnel du comportement humain : la confiance en soi basée sur le sentiment d'auto-efficacité. Bandura définit le sentiment d'auto-efficacité comme la conviction qu'a un individu d'être capable d'organiser et de réaliser les actions nécessaires à l'accomplissement d'une tâche. Selon lui, il est indispensable de croire en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat souhaité et en la capacité personnelle à adopter ce comportement. En effet, l'auteur pense que, les croyances d'un individu à l'égard de ses capacités à accomplir avec succès une tâche ou un ensemble de tâches doivent être comptées parmi les principaux mécanismes régulateurs des

comportements. Pour Wood et Bandura (1989), la croyance en l'efficacité personnelle (self-efficacy) renvoie à l'ensemble des jugements que les individus ont de leur capacité à organiser et à réaliser les actions requises pour des types de performances attendus. Mais elle renvoie aussi aux croyances à propos de leurs capacités à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie. Ces croyances constituent le mécanisme le plus central et le plus général de la gestion de soi (personal agency). Elle a un rôle direct en permettant aux personnes de mobiliser et organiser leurs compétences. Elle a un rôle indirect en influençant le choix des objectifs et des actions. En résumé, plus la croyance en l'efficacité personnelle est positive envers un comportement demandé, plus l'individu sera capable d'accomplir et de maintenir le comportement en question.

3.1.4.4. La Théorie du comportement planifié ou prévu de Ajzen

La Théorie du Comportement Prévu (TCP) ou Theory of Planned Behavior (TPB) de Icek Ajzen (1988, 1991) aide à comprendre comment nous pouvons changer le comportement des personnes. Le TPB est une théorie qui déduit le comportement délibéré, parce que le comportement peut être projeté. Selon la TCP, l'action humaine est guidée par trois genres de prises en compte :

- ✓ Convictions comportementales : sont des convictions au sujet des conséquences probables du comportement ;
- ✓ Convictions normatives : sont des convictions au sujet des espérances normatives des autres ;
- ✓ Convictions de contrôle : sont des convictions au sujet de la présence des facteurs qui peuvent faciliter ou peuvent empêcher la performance du comportement.

Ces trois prises en compte sont cruciales dans les circonstances, projets, programmes quand le comportement des personnes doit être changé. Dans leurs agrégats respectifs, les convictions comportementales produisent une attitude favorable ou défavorable envers le comportement ; les convictions normatives ont comme conséquence la pression sociale perçue ou la norme subjective, et les convictions de contrôle provoquent le contrôle comportemental perçu. L'association entre l'attitude envers le comportement, la norme

subjective, et la perception du contrôle comportemental, mènent à la formation d'une intention comportementale. En règle générale, si l'attitude et la norme subjective sont plus favorables, le contrôle perçu sera plus grand, et l'intention de la personne d'effectuer le comportement en question devrait être plus forte. Ajzen (2002), a étudié les effets résiduels du passé sur un comportement postérieur. Il en est venu à la conclusion selon laquelle ce facteur existe en effet, mais ne peut pas être décrit à l'accoutumance, telle que beaucoup de gens le pensent. Un examen des preuves existantes suggère que l'impact résiduel du comportement passé soit atténué, quand les mesures d'intention et de comportement sont compatibles. Et l'impact disparaît quand les intentions sont fortes et bien formées, les espérances sont réalistes, et les plans spécifiques pour la mise en œuvre de l'intention ont été développés. Accroître seulement les connaissances, n'aide pas beaucoup au changement de comportement. Les campagnes qui visent des attitudes, des normes perçues, et le contrôle en changeant ou en achetant certaines marchandises, ont de meilleurs résultats. De même en gestion, les programmes qui se concentrent seulement sur l'explication de l'importance de quelque chose (transfert de connaissances) ne réussiront probablement pas. Plutôt, on devrait convaincre les personnes de changer leur intention de changement en donnant beaucoup d'attention aux attitudes, aux normes subjectives et au contrôle perçu du comportement.

3.1.5. Critique des théories liées à la dynamique des groupes

La dynamique des groupes fut attaquée à partir des années soixante, en particulier à partir de ses expériences fondatrices dont les résultats furent contestés. Ainsi, si « l'effet Hawthorne » avait suscité en son temps un intérêt considérable, il souleva par la suite de fortes critiques. A la fin des années 60, plusieurs auteurs ont réanalysé les données recueillies par Elton Mayo et montré que l'amélioration de la productivité des ouvrières fut plutôt faible suite aux diverses interventions, et ne fut probablement pas due à l'effet Hawthorne, mais à un effet d'apprentissage d'autant plus marqué que les ouvrières du groupe expérimental bénéficiaient d'un feed-back permanent.

Quant à l'étude de Kurt Lewin et de son équipe sur l'impact du type de leadership, elle a conduit à de nombreuses études, dont une synthèse récente a fait le bilan. C'est le leadership démocratique qui est le plus productif en milieu réel d'entreprise. En laboratoire, on observe qu'avec le leadership démocratique les sujets sont légèrement moins productifs lorsqu'il s'agit de tâches simples. Mais la productivité est meilleure lorsqu'il s'agit de tâches plus complexes.

Mais les psychosociologues postérieurs ne se sont pas contentés de réévaluer les travaux des pères fondateurs. D'autres thèmes de recherche ont progressivement émergé. C'est en particulier le cas de la décision de groupe, sur laquelle de nombreuses études expérimentales ont été menées. Elles ont notamment mis en évidence deux types de processus. Dans certaines circonstances, on constate un effet de « normalisation » : après des concessions mutuelles, les membres du groupe aboutissent à une position moyenne. Autrement dit, on évite le conflit en « coupant la poire en deux ». Ce mode consensuel de fonctionnement, qui tend à la conservation du statu quo, est favorisé par deux facteurs : la présence d'une hiérarchie et/ou l'existence de relations formelles dans le groupe.

Les problématiques de recherche ont souvent limité l'étude des choix thérapeutiques à l'étude de l'utilisation des centres de santé. Ryan déclare à cet effet (1998 : 210) : « *Historiquement, les études se sont concentrées sur l'utilisation des services biomédicaux, tels que les hôpitaux, les cliniques et les centres de vaccination et ont ignoré les traitements traditionnels et à domicile* ».

L'étude des pratiques de soins à domicile et des consultations traditionnelles est le plus souvent négligée. De plus, l'objet d'étude concerne avant tout la nature et les facteurs du choix thérapeutique : la dimension qualitative de la mise en œuvre du soin, le délai, la durée et le suivi des soins sont souvent négligés. La majeure partie des recherches développe une analyse au niveau individuel, occultant la dimension collective et sociale des comportements de santé. Ainsi, les déterminants culturels, sociaux et économiques sont appréhendés au niveau d'un seul individu, qui est de manière quasi-systématique la mère de l'enfant. Dans la même logique, la réflexion portant sur le processus décisionnel s'inscrit exclusivement au niveau individuel. Or, l'approche individuelle ne rend pas compte de l'organisation sociale, culturelle et économique de la prise en charge de la santé de l'enfant au sein de la famille africaine : la diversité des paramètres impliqués dans les décisions thérapeutiques dépasse le paradigme du choix individuel rationnel (Elster, 1989).

L'approche dominante tend à négliger les mécanismes définissant le rôle, le pouvoir et la responsabilité de chaque membre de la famille au sein du processus menant au recours aux soins : le rôle majeur joué par le père de l'enfant et les autres membres de la parenté est sous-estimé (Albrecht et al. 1995 ; Khan et al, 1989). Dès lors Goldberg (1982 : 66) affirmera que : « *la conception individualiste des comportements de recours aux soins amène rapidement l'analyse à certaines limites et interdit notamment la prise en compte des phénomènes fondamentaux que sont les mécanismes sociaux et leur évolution temporelle* ».

A cela, Godin (1988 : 56) ajoutera : « *Il apparaît nécessaire de prendre en compte la dimension interactive et collective des décisions thérapeutiques, en appréhendant les comportements reliés à la santé dans une perspective sociale plutôt que sous l'angle exclusif de leurs liens avec la santé et la maladie* ».

3.1.6. Importance de la dynamique de groupe dans la prise en charge à l'école

La dynamique de groupe se particularise différemment selon les types de groupe : la famille, la classe scolaire, la bande de délinquants, les groupes pour la Formation psychologique des médecins généralistes, etc. Elle ne se limite pas à la méthode et à la théorie de Lewin. L'étude de la dynamique de groupe permet de comprendre le rôle des meneurs ou celui des boucs émissaires, élucider l'émergence de tels rôles mais aussi les phénomènes de blocage et de découragement ou au contraire les sentiments d'euphorie et de toute-puissance, les expressions de rejet ou d'agressivité ou au contraire de sympathie voire d'attachement, tout ce vécu et sa compréhension est important pour la pratique des professionnels de l'éducation, des acteurs sociaux en général... car si, par définition, le groupe n'existe que parce qu'il y a plusieurs personnes, inversement la personne (l'individu) n'existe et ne se développe que grâce aux différents groupes de son histoire : l'homme n'existe que dans une interdépendance, précisément parce qu'il vit, qu'il le veuille ou non, dans des groupes, en société.

Les apports des travaux de Lewin sont intéressants dans le cas d'un changement organisationnel. L'appartenance à un groupe favorisera un processus d'apprentissage et l'adoption de certaines attitudes ou opinions chez ses membres. L'influence du groupe jouera sur les actions individuelles, chaque membre tenant compte de l'attitude des autres. En agissant sur un élément particulier, par exemple en augmentant très fortement une force favorable au changement ou en diminuant le champ d'une force défavorable au sein du groupe, on peut modifier sa structure d'ensemble. Les modifications sont d'abord effectuées dans des sous-groupes avant d'être appliquées à un groupe plus large. Ce petit groupe, ainsi transformé, devient l'acteur du changement social à l'intérieur d'un périmètre plus large (l'entreprise). Le changement se poursuivra alors de lui-même vers un nouvel équilibre. Ainsi, Lewin suggère qu'il est en plus facile de faire évoluer des individus en groupe que séparément, le groupe agissant comme un réducteur d'incertitude.

Depuis la fin des années quatre-vingt, le champ d'investigation que constitue la dynamique de groupe s'est toutefois essoufflé. Avec l'explosion de la psychologie cognitive,

la tendance actuelle chez les psychologues sociaux est davantage de d'analyser les processus psychologiques qui traversent les individus au sein d'un groupe. La dynamique des groupes est surtout devenue aujourd'hui la psychologie des individus au sein d'un groupe. Elaborés pour l'étude des comportements préventifs et l'observance médicale dans les pays industrialisés, les modélisations centrées sur l'acteur, faisant reposer l'intention d'action sur des facteurs tels que l'intérêt pour la santé et la motivation, apparaissent difficiles à opérationnaliser pour l'étude des comportements curatifs de populations d'Afrique subsaharienne.

3.2. LE COMPORTEMENT PRO-SOCIAL

3.2.1. Généralités

Le comportement pro-social humain désigne les comportements d'aide dirigés vers autrui dans le but de lui apporter un avantage voire un bien-être physique ou psychologique. C'est un comportement volontaire dans l'intention de rendre service, d'aider. Il s'agit par exemple de répondre de manière positive à la souffrance émotionnelle d'autrui, de se soucier, de reconforter, de soutenir autrui, de partager et faire un don, puis de coopérer.

L'émergence du concept de comportement pro-social remonte à la philosophie ancienne. Pour comprendre les comportements pro-sociaux, il faut répondre à deux questions : « Quand et pourquoi aide-t-on les autres ? ». De nombreux facteurs sont en cause : des facteurs contextuels, individuels, culturels, cognitifs, biologiques ou motivationnels. Les chercheurs ont souvent tenté de déterminer si un comportement d'aide vise un objectif altruiste ou égoïste. Dans la philosophie ancienne, Aristote, Hobbes, Nietzsche ou encore Freud s'interrogent déjà sur la nature de l'homme et ses comportements. Ils se demandent pourquoi les gens se comportent pro-socialement. Cette formulation provient du fait qu'ils voient l'humain comme l'incarnation même de l'égoïsme.

Connaissez-vous l'histoire du bon samaritain ? un homme voyageait sur la route entre Jérusalem et Jéricho et fut attaqué par des bandits, ils le battirent et le laissèrent pour mort au bord de la route. Un groupe d'hommes religieux passa et le laissa sur le bord de la route sans l'aider. Ensuite, un homme d'un groupe social marginalisé méprisé par tous passa et aida l'homme battu. Une question se pose donc. Qu'est-ce qui pousse une personne à aider son prochain et d'autre non ? Pourquoi des hommes religieux, qui montraient donc des valeurs positives, passèrent à côté de l'homme battu sans l'aider ? Beaucoup d'auteur

cherchent des réponses à des questions comme celle-là. Ils étudient et essayent de définir ce que l'on appelle le comportement prosocial, définie comme le comportement consistant à aider quelqu'un sans attendre de récompense.

La motivation derrière le comportement prosocial est d'aider autrui sans aucune penser de ce que l'on pourrait recevoir en retour ; elle comprend ce que l'on appelle généralement l'altruisme, mais inclue aussi d'autre concepts. Il faut distinguer ces deux termes : le comportement prosocial est l'acte d'aider, tandis que l'altruisme correspond à la motivation pour ses actions. Il y a beaucoup de facteur qui pousse une personne à aider une autre. Parmi les théories les plus communes sont la sélection de parentèle, la réciprocité, l'hypothèse de l'empathie-altruisme, et les traits de caractère altruiste.

Les chercheurs s'interrogent aujourd'hui sur le choix de cette formulation. Depuis l'époque d'Aristote, on ne s'est pas posé la question de savoir pourquoi les gens ne se comportent pas toujours de manière pro-sociale. L'hypothèse d'une motivation égoïste ne suffisant pas, les comportements pro-sociaux pourraient résulter d'une motivation altruiste. L'histoire fournit de nombreux exemples pouvant conforter l'hypothèse altruiste. Ainsi, au péril de sa vie, Miep Gies cache Anne Franck sous le régime des nazis ; Mère Teresa a consacré sa vie à aider les plus démunis, de nombreux hommes et femmes ont porté secours aux victimes du World Trade Center mettant leur vie en danger...

En 1908, Mc Dougall est le premier à s'intéresser aux comportements pro-sociaux d'un point de vue psychologique. Pour lui, ces comportements résultent d'« émotions douces » (*tender emotions*) créées par l'instinct parental.

En 1951, Lewin se détourne de la théorie aristotélicienne (*variance-accounted-for approach*) et privilégie la relativité galiléenne, c'est-à-dire qu'il identifie des relations universelles et génotypiques par des expériences en laboratoire. Selon l'analyse des coûts et des bénéfices, trois mécanismes motivant les comportements pro-sociaux sont identifiés :

- ✓ L'apprentissage : l'enfant apprend comment se comporter par conditionnement, par le biais de l'apprentissage social et des croyances ;
- ✓ L'intégration des normes sociales et personnelles telles que la responsabilité sociale ou encore la réciprocité ;
- ✓ Le sentiment de détresse personnelle et l'affect ressenti face à une situation sollicitant l'adoption d'un comportement pro-social.

En 1991, Eisenberg étudie les facteurs développementaux, c'est-à-dire le développement des comportements pro-sociaux chez l'enfant et l'adolescent. Depuis, beaucoup de recherches sont centrées sur les processus biologiques, motivationnels, cognitifs et sociaux. Une revue globale des travaux en la matière est réalisée en 1995 par Schroeder. Plus récemment encore, en 2005, les chercheurs se centrent sur les mécanismes inconscients des comportements pro-sociaux, tel que la cognition implicite et les influences intergroupes.

3.2.2. Les facteurs déterminant le comportement pro-social

3.2.2.1. Les facteurs individuels du comportement pro-social

- ✓ La Personnalité altruiste : désigne des personnes avec des caractéristiques qui favorisent le comportement d'aide à autrui ;
- ✓ Le Tempérament : la base biologique de la personnalité de façon générale ;
- ✓ L'humeur : la bonne humeur amène à une augmentation de l'attention qu'on porte à soi-même. Aider prolonge la bonne humeur ; si on n'aide pas, sachant que cela aurait été de notre devoir, on passera à une humeur plus négative ;
- ✓ Les émotions : L'empathie et/ou la sympathie sont des états émotionnels, des facteurs cognitifs liés au comportement pro-social ;
- ✓ Le genre : Les différentes normes comportementales, selon le sexe, montrent que les hommes sont pro-sociaux dans les situations dites « héroïques » tandis que les femmes s'impliquent dans les situations de soins ou d'aide à la personne. Ces normes peuvent cependant changer d'une culture à l'autre ;
- ✓ L'âge : Selon les apports théoriques d'Eisenberg en 1986, Kolberg en 1976 et de Piaget en 1932 et 1965, les comportements pro-sociaux augmentent avec l'âge. On note ainsi une augmentation générale des comportements pro-sociaux durant l'adolescence par rapport aux périodes de plus jeune âge ;
- ✓ La religion : La plupart des religions promeuvent des symboles de charité et d'altruisme ; on entend par là le devoir d'aider son prochain. Ainsi, la promesse du paradis constitue-t-elle une récompense et l'enfer une punition ;

- ✓ La culture : Dans toute culture les individus sont plus pro-sociaux envers les membres de leur groupe d'appartenance (ingroup) qu'envers les membres d'autres groupes. Cette distinction résulte de l'identité sociale de chacun.

3.2.2.2. Les facteurs contextuels du comportement pro-social

Daniel Batson a différencié deux formes de relation que l'on pouvait avoir avec ses proches et son entourage au quotidien :

- ✓ La relation socialement motivée dont l'intérêt est le bien-être d'autrui ;
- ✓ La relation d'échange qui recherche plutôt l'équilibre des comportements de l'un envers l'autre.

Batson avance qu'il y aurait dans ces cas deux types différents de récompense à la base de comportements d'aide. Ainsi, dans la relation d'échange, l'individu manifeste l'attente d'une récompense rapide. Par exemple, le fait d'inviter un ami à sa fête d'anniversaire, fait naître l'attente que cet ami fasse de même pour sa propre fête d'anniversaire. Au contraire, dans la relation socialement motivée, il est moins important de gagner des avantages en étant pro-social ; ainsi l'individu fait moins attention à *qui reçoit quoi*. Il y a donc plus de comportements pro-sociaux dans une relation socialement motivée que dans une relation d'échange. Toutefois, dans la plupart des cas, l'être humain est plus serviable envers ses proches et ses amis qu'envers des inconnus, quel que soit le type de relation.

Il existe une exception à ce constat. Dans le cas où le fait d'aider l'autre concerne l'estime de soi, nous sommes plus pro-sociaux envers un inconnu qu'envers un proche. L'exemple d'Abraham Tesser illustre cette exception : nous allons plutôt aider un inconnu pour une préparation à un examen qu'un ami proche. La raison est que notre estime de soi serait plus affectée si notre ami atteignait de meilleurs résultats à l'examen que nous après l'avoir soutenu dans la préparation. Nous prenons donc plutôt ce risque avec un inconnu.

3.2.2.3. Les facteurs biologiques du comportement pro-social

D'après C. Darwin dans la théorie de l'évolution, les gènes survivent s'ils apportent un bénéfice à la survie de l'espèce. Aider serait donc génétiquement préétabli pour augmenter les chances de survie de l'espèce. Les psychologues évolutionnistes, s'intégrant

dans ce courant darwinien, postulent l'existence de trois facteurs déclencheurs de comportements pro-sociaux :

- ✓ La sélection parentale : L'individu a tendance à se comporter de façon altruiste envers les membres de sa famille, car celle-ci garantit également la transmission d'une partie de ses gènes ;
- ✓ La loi de la réciprocité : Il existe une attente à recevoir l'aide de ceux qui ont déjà reçu notre aide en situation de besoin. Cette loi est à la base de la coopération, comportement qui augmente les chances de survie. Cette norme coopérative, serait possiblement codifiée dans notre génome ;
- ✓ L'altruisme comme norme apprise : Si on se conforme aux normes d'une société, cela augmente considérablement les chances de survie ;

Ce courant est fortement critiqué par Daniel Batson et d'autres auteurs qui s'interrogent alors sur la raison pour laquelle on aiderait un étranger ?

3.2.2.4. Les facteurs motivationnels du comportement pro-social

Les défenseurs de ce courant clament que les comportements pro-sociaux ne proviennent pas d'un altruisme naturel. La théorie de l'échange social, c'est l'idée que l'on aiderait seulement si les gains sont considérablement plus importants que les pertes.

Suivant la Maxime 263 de F. de la Rochefoucauld, « *Ce qu'on nomme libéralité n'est le plus souvent que la vanité de donner que nous aimons mieux que ce que nous donnons* » ne disons-nous pas le plus souvent « *qu'il y a plus de bonheur à donner qu'à recevoir... ?* ». D'autres auteurs énoncent qu'il s'agit de diminuer la propre souffrance éprouvée lorsque l'on voit quelqu'un qui a besoin d'aide. Le fait de se comporter pro-socialement augmenterait alors l'estime de soi.

3.2.2.5. Cas particulier : L'effet du témoin

Aussi nommé « syndrome de Kitty Genovese », il s'agit du phénomène où, en situation d'urgence, la probabilité que quelqu'un aide une victime diminue avec l'augmentation du public. C'est-à-dire que plus il y a de personnes qui se rendent compte d'une urgence, moins elles se sentent concernées. « L'effet du témoin » est plus fréquent dans les grandes villes, car on est entouré de nombreux stimuli. Si on se retrouve dans une

situation d'urgence, il est important de désigner une seule personne dans la foule et de s'adresser directement à elle.

En 1970, Bibb Latané et J. Darley construisent un modèle en cinq étapes pour illustrer la décision d'intervenir, ou non, dans une situation urgente. Si une seule de ces étapes n'est pas parcourue, la personne ne va pas fournir d'aide.

Les mêmes résultats se retrouvent dans des situations moins urgentes telles que dans un forum sur internet où le temps de réponse à une question est plus long si on s'adresse au groupe que si on pose la question à une personne spécifique. Cela reflète la diffusion de responsabilité y compris dans le monde virtuel. Le simple fait de se représenter avec un ou plusieurs amis suffit pour influencer l'apparition d'un comportement pro-social.

3.2.3. Le comportement pro-social en milieu urbain et rural

Des comparaisons sont entreprises pour tester l'impact de l'environnement et du contexte. Dans une expérience d'Amato, 50 % des citoyens des petites villes et seulement 15 % de ceux des grandes villes viennent en aide à un homme qui tombe dans la rue et se blesse à la jambe, déjà bandée. L'une des hypothèses explicatives est que les normes altruistes sont plus intégrées dans des petites villes que dans les grandes. Toutefois, les individus provenant de petites villes devraient alors réagir de la même manière dans des grandes villes, ce qui n'est pas le cas. En effet les citoyens de grandes villes deviennent plus altruistes quand ils se trouvent dans une ville plus petite. Ce constat rejoint l'hypothèse de l'*Urban-Overload*, selon laquelle les gens dans les grandes villes sont tellement sollicités par des stimuli environnementaux qu'ils se renferment sur eux-mêmes pour se protéger. Cette hypothèse est partagée par de nombreux chercheurs dans le domaine. Des résultats similaires sont exposés par Levine, Martinez, Brase et Sorensen, lesquels trouvent une corrélation entre une augmentation de la densité (et non du nombre) de la population et une baisse des comportements pro-sociaux.

Le contexte situationnel est déterminant pour l'apparition de comportements pro-sociaux, outre la personnalité et l'éducation des individus. De plus, moins il y a de mobilité, plus on repère de comportements pro-sociaux. Une raison plausible est que lorsqu'on habite longtemps à un endroit, on est plus engagé socialement. La mobilité est souvent plus grande en ville que dans les villages.

3.2.4. Le comportement pro-social dans la lutte contre le paludisme

La prévalence du paludisme, partant du principe du comportement pro-social, est expliquée à travers des théories et modèles du comportement en santé. Les résultats et les explications de la survenance du paludisme reposent principalement sur les facteurs écologiques, les facteurs socio-culturels, les facteurs socio- économiques et les facteurs environnementaux.

3.2.4.1. L'approche holistique des systèmes

Certaines études relayées dans l'ouvrage « Science and Technology Division » en 2009 montrent que les facteurs naturels et sociaux peuvent affecter la transmission des agents pathogènes des animaux aux hommes car l'environnement joue un grand rôle dans le développement des agents pathogènes et de certaines pandémies. Notons par exemple que :

- ✓ Les sites pollués augmentent la vitesse de développement des agents pathogènes ;
- ✓ Les bactéries provenant des déchets hospitaliers, des eaux usées et des animaux, peuvent se retrouver dans les habitats en empruntant des itinéraires variés ;
- ✓ Les facteurs climatiques et écologiques influencent la survenance du paludisme lorsqu'ils sont favorables à la prolifération des espèces plasmodiales et des anophèles femelles

Selon A.Sandoz & Coll. (2006 : 13) « *l'abondance des moustiques et des oiseaux est fortement influencée par les conditions environnementales comme les milieux inondés* ». C. Susanne (2006 : 27) montre que les risques de santé sont liés à notre milieu de vie. Elle déclare à cet effet :

« Lorsque les caractéristiques physiques (humidité, altitude, température) deviennent extrêmes, des troubles peuvent se présenter. Le climat lui-même peut être un facteur des maladies car les températures élevées favorisent la prolifération de certains bacilles responsables de maladies de l'appareil intestinal (choléra, typhus, paratyphoïde, colite, etc.), des protozoaires (trypanosomiasés, leishmaniosés, etc.) ou des spirochètes. Ces mêmes bactéries auraient de faibles possibilités de survivre dans d'autres conditions climatiques ».

N. Pocon & Coll. (2006 : 47) quant à eux, montrent que le paludisme est une maladie d'actualité en zone tropicale et est surtout répandu dans les zones marécageuses. Cette maladie décline sous l'action de plusieurs facteurs : l'assèchement des marais, l'augmentation du cheptel animal, les traitements antiparasitaires, l'amélioration des conditions de vie, le développement de l'habitat salubre...

3.2.4.2. L'approche géographique des facteurs de confusions

L'environnement est susceptible d'être une source de facteurs de confusions dans l'étude des relations entre les caractéristiques génétiques et la symptomatologie de la maladie. Les facteurs socio-géographiques influencent le niveau de sensibilité au paludisme d'une part, et peuvent être des facteurs de confusions dans la perception du paludisme d'autre part. Pour H. Pilkington & Coll. (2002 : 31) « *La répartition spatiale de l'agressivité anophélienne au sein d'une région semble pouvoir être écartée en tant que variable susceptible de modifier la liaison entre les traits génétiques familiaux et le niveau d'infection moyen familiale du paludisme* »

3.2.4.3. L'approche socio-économique

Selon le Rapport de l'Alliance européenne contre le paludisme (2007 : 9) « *le paludisme et la pauvreté sont étroitement liés parce que le paludisme est souvent considéré comme la maladie de la pauvreté. Il est à la fois la cause et la conséquence de la pauvreté* ». Cette imbrication est particulièrement difficile à gérer pour les pays et les populations les plus pauvres, enfermés dans le cercle vicieux de la pauvreté et des problèmes sanitaires. Pour A. Capelle (2007 : 11), « *le danger lié aux attitudes polluantes est perçu de manière moins prioritaire par un individu dont la préoccupation quotidienne est sa survie* ». Dans une situation de pauvreté, les vagues de chaleur, d'inondation, la montée des eaux et la sécheresse vont certainement accroître la famine et la dissémination des maladies infectieuses. Bien que les facteurs fondamentaux de risque de contracter le paludisme soient climatiques et environnementaux, la pauvreté pèse sur les mesures de prévention ou de traitement de la morbidité palustre.

3.2.4.4. L'approche socio-culturelle

Pour P. Strobel (2006 : 11),

« le recours au soin et à la prévention varie selon le milieu de socialisation, les origines, la profession et le sexe. Cela s'exprime notamment par une inégalité à l'exposition aux facteurs de risque, une inégalité du recours à la prévention et au dépistage, une différence dans les trajectoires vers le système des soins ».

Selon S. Ekobo (1997 : Intro) *« En général, l'incidence du paludisme est plus élevée chez les individus instruits que chez ceux qui sont sans niveau d'instruction ».*

La religion de l'individu est un facteur non négligeable dans l'explication des attitudes d'un individu ou d'un groupe d'individus en matière de traitement ou de prévention des maladies (notamment le paludisme). Ainsi, pour Akoto (1993 : 57), *« on pourrait dire que la religion chrétienne est perçue comme étant une religion favorable à la diffusion de la culture, du savoir, de la technologie et de la médecine occidentale ».*

3.2.4.5. L'approche socio-environnementale

L'occupation de l'espace en milieux urbain et rural a certainement un impact sur la survenance des maladies vectorielles. La majorité des villes moyennes africaines se caractérise par une défaillance des réseaux d'assainissement et de gestion des eaux usées. L'association de cette défaillance à la pauvreté et à la précarité crée et entretient un système pathogène qui sert de terreau aux grandes endémies tropicales comme le paludisme.

Akoto et Tambashe (2002 : 35) montrent que l'environnement immédiat est l'un des principaux facteurs de différenciation de la mortalité des enfants au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Togo et au Zimbabwe :

« Au Cameroun, lorsque la mère vit dans un environnement salubre, le risque de voir son enfant mourir entre 1 et 5 ans est réduit de moitié, comparée à une mère vivant dans un environnement insalubre. Au Togo, le fait qu'une mère vive dans un environnement sain permet de réduire le risque de décès infanto-juvénile de 48 % et 56 % respectivement en 1988 et 1998. Enfin au Zimbabwe, on enregistre une réduction du risque de décès juvénile de l'ordre de 72 % au niveau de l'ensemble et de 50 % en milieu rural lorsqu'on passe d'un environnement salubre à un environnement insalubre ».

J. Hervy & coll. (1998 : 23) montrent que les aménagements ruraux et urbains ont un impact sur la survenance des maladies vectorielles : *« L'urbanisation rapide des villes entraîne la forte concentration des populations et le développement des gîtes larvaires. La forte anthropisation des milieux aquatiques, favorable aux culex et anophèles, accroît la survenance du paludisme »*. Le PNLP (2005 : 67) ajoute : *« développement de la riziculture dans les régions de l'Ouest et du Nord Cameroun est susceptible d'avoir augmenté la morbidité palustre au sein des communautés locales »*.

Le comportement pro-social prônant pour l'adoption des comportements sains, moraux et sécuritaires, ceci pour le bien-être individuel et collectif, il est évident qu'une lutte efficace contre le paludisme passera par son adoption et sa promotion au sein des groupes restreints au départ, pour se généraliser dans la société toute entière à la fin.

3.3. LES METHODOLOGIES DE L'INTERVENTION SOCIO-EDUCATIVE

3.3.1. Généralités

Les sociétés modernes répondant à tout moment à un processus de socialisation ou de désocialisation progressive, nous commencerons cette partie par cette citation de J. Baudrillard (1982 : 69) :

« Le social n'est pas un processus clair et univoque ; tout dépend de l'acception du terme, or il n'en est aucune d'assurée, et toutes sont réversibles. Ainsi des institutions qui ont jalonné les progrès du social (urbanisation, concentration, production, travail, médecine, scolarisation, sécurité sociale, assurances, etc.) y compris le capital, qui fut sans doute le médium de socialisation le plus efficace de tous, produisent et détruisent le social dans le même mouvement. »

Notre propos général est de retracer les grandes transformations de l'État et de ses interventions sur le social. Ainsi, les mutations sociales sont replacées dans un contexte plus large des transformations du modèle étatique, notamment les changements relatifs à l'intérêt général sur lequel l'État a construit sa légitimité. Il est évident que l'État n'a plus le monopole de l'intérêt général mais ses services sont censés agir simultanément dans le sens de l'intérêt général et prouver leur efficacité et leur performance. Pour assurer ce double objectif, les services publics réajustent leur manière d'agir et adoptent un modèle managérial largement inspiré de celui de l'entreprise.

Dans cette optique, les politiques de réforme sont engagées pour privilégier une démarche de rapprochement avec l'utilisateur afin de satisfaire ses besoins, tout en réduisant les coûts nécessaires à la production de ses services. Cette démarche est très souvent couronnée par l'évaluation de leur adéquation aux besoins des citoyens et aux territoires locaux. Ces réformes de l'État concernent l'ensemble des secteurs, et le social n'échappe donc pas à cette règle dans ses contours, ses missions et ses pratiques.

L'intervention sociale et éducative est un processus qui trouve ses origines dans les premières lois sur la décentralisation, qui ont fait émerger le rôle du local dans le social, en favorisant le développement du partenariat entre secteurs publics et acteurs privés pour mieux répondre aux attentes des groupes et des populations ciblées par l'action publique. Avec la montée en puissance des politiques actuelles dans la définition et le financement des gouvernances publiques nationales, l'intérêt général est désormais l'affaire de tous.

Pour I. A. Areski Medini (2019 : 10) :

« L'émergence de ces différents acteurs se traduit par un développement et une diversification des projets menés dans le secteur associatif. Le financement de projet fondé sur des appels d'offres, avec des cahiers des charges précises, favorise l'entrée dans le secteur social des opérateurs traditionnellement éloignés du social. Ces nouveaux opérateurs développent des expertises et des méthodologies conformes aux attentes des financeurs, ils entrent en concurrence avec des associations de tailles différentes. Ils mettent en avant leurs résultats (qualitatifs et quantitatifs) pour rivaliser et se démarquer du non-lucratif, considéré comme coûteux et inefficace. Ce mode opératoire accorde ainsi une place et un rôle grandissant au secteur privé dans l'action publique »

Les cahiers des charges et les appels à projet se répandant dans le secteur social, certains acteurs sociaux de terrain se sentent ignorés et marginalisés dans leurs élaborations. Leur expertise, leur connaissance des besoins de la population locale sont peu prises en compte dans la conception et la rédaction des appels à projets. Ces derniers imposent des thématiques précises ne recoupant pas toujours les problématiques relevées par le secteur socio-éducatif du territoire. Ainsi, se met en place une nouvelle gestion du secteur et un repositionnement des pouvoirs publics dans le financement et le choix des projets à mettre en œuvre, se répercutant sur toutes les composantes du social : usager, professionnel et employeur.

D'une part, sous l'impulsion de l'État et de ses réformes, le champ social ne cesse de s'élargir pour intégrer de nouvelles catégories d'usagers mal ou peu définies par les politiques sociales. D'autre part, les acteurs de la société agissent au quotidien pour repérer les problématiques et les publics peu ciblés, voire inconnus des institutions et des dispositifs classiques. Ces acteurs jouent un rôle déterminant dans l'extension du champ social et la redéfinition de ses frontières. Les transformations du champ de l'intervention sociale et éducative se reflètent dans l'évolution des situations des personnes ou des groupes ciblés par les politiques sociales.

3.3.2. L'intervention sociale

Jamais au cours de l'histoire de l'humanité, l'être humain n'a été autant aidé par des professionnels, des groupes communautaires et protégé par des politiques sociales. Opium du peuple ou non, les religions se multiplient, se diversifient et la plupart prêchent le parti pris en faveur des pauvres de l'Évangile, le sacerdoce de la prière pour soigner, l'espérance d'une vie meilleure dans un hypothétique autre monde. Et pourtant, le monde entier continue d'être perclus d'injustices sociales criantes. S. Freud (1934 : 702), médecin psychiatre, père de la psychanalyse, disait : « *Telle qu'elle nous est imposée, notre vie est trop lourde, elle nous inflige trop de peines, de déceptions, de tâches insolubles. Pour la supporter, nous ne pouvons-nous passer de sédatifs* ». T. Fontane cité par H. Dorvil (2000 : 1) affirmera alors :

« Ces échafaudages de secours, sont peut-être de trois espèces : d'abord de fortes distractions, qui nous permettent de considérer notre misère comme peu de chose, puis des satisfactions substitutives qui l'amoindrissent, enfin des stupéfiants qui nous y rendent insensibles. L'un ou l'autre de ces moyens nous est indispensable »

Et S. Freud (1934 : 703) d'ajouter que :

*« C'est aux **diversions** que songe Voltaire quand il formule dans Candide, en guise d'envoi, le conseil de cultiver notre jardin, et c'est encore une diversion semblable que le travail scientifique. Les **satisfactions substitutives**, celles par exemple que nous offre l'art, sont des illusions au regard de la réalité ; mais elles n'en sont psychiquement pas moins efficaces, grâce au rôle assumé par l'imagination dans la vie de l'âme. Les **stupéfiants**, eux, influent sur notre organisme, en modifiant le chimisme »*

Toutes ces considérations renvoient à l'éternelle double interrogation existentielle : le but de la vie humaine et les voies d'accès au bonheur. Les êtres humains veulent être heureux et surtout faire perpétuer ces moments de bonheur, autrement dit, éviter les douleurs et les privations de joie d'un côté, rechercher de fortes jouissances de l'autre. Il s'agit d'un préjugé favorable au principe de plaisir, une prééminence de ce dernier sur le principe de réalité faisant fonction en quelque sorte de rabat-joie.

Selon S. Freud (1934 : 704) :

« La souffrance nous menace de trois côtés : dans notre propre corps qui, destiné à la déchéance et à la dissolution, ne peut même se passer de ces signaux d'alarme que constituent la douleur et l'angoisse ; du côté du monde extérieur, lequel dispose de forces invincibles et inexorables pour s'acharner contre nous et nous anéantir ; la troisième menace enfin provient de nos rapports avec les autres êtres humains. La souffrance issue de cette source nous est plus dure que tout autre ; nous sommes enclins à la considérer comme accessoire, en quelque sorte superflue, bien qu'elle n'appartienne pas moins à notre sort et ne soit pas moins inévitable que celles dont l'origine est autre »

Ce sont surtout les problèmes dérivés de l'environnement et des rapports avec autrui qui nourrissent le *case load* des intervenants sociaux. Chômage, situation d'oppression, déficit de pouvoir, cas d'isolement socioculturel, troubles identitaires, violence conjugale et/ou familiale, passivité/culpabilité, peur d'intimidation, difficultés spécifiques ou générales de fonctionnement social, constituent une panoplie assez représentative des problèmes sociaux traités dans les Centres de santé et de services sociaux ainsi que dans les organismes communautaires. **Mais qu'est-ce que l'intervention sociale ?**

Selon Mayer (2002 : 439), un maître à penser dans ce domaine :

« L'intervention sociale est un processus selon lequel les travailleurs sociaux visent, par des activités planifiées, le développement personnel et social des personnes, des familles, des groupes, ou des collectivités qui les consultent. Parmi ces activités, les interventions suivantes sont propres aux travailleurs sociaux : l'évaluation psychosociale ; la mise en œuvre d'un plan d'intervention ; la liaison et l'encadrement des ressources, et la mobilisation et la création de ressources. Ces activités planifiées peuvent être accomplies selon des méthodes d'intervention individuelle, conjugale, familiale, communautaire ou de groupe »

Certains auteurs comme Ion en 1998, voient dans l'apparition du terme générique *intervention sociale*, sa puissance d'attraction et le signe annonciateur de la fin du travail social. Il faut y voir un témoignage du succès du travail social, de sa vivacité qui irradie, inspire un foisonnement de l'action sociale de bas en haut, de gauche à droite.

Quelle que soit l'appellation à la mode des emplois sociaux (médiateurs sociaux, familiaux, agents de relations humaines, agents de développement local, d'insertion sociale, de placement, de signalement, gestionnaires de cas, animateurs de quartier, etc.), tous ces métiers du social en amont ou en aval, en rupture ou en continuité, se nourrissent à la source de l'un ou l'autre des deux volets du travail social : l'intervention sociale individuelle ou l'intervention sociale collective à l'origine du travail social professionnel du début du 20^{ème} siècle. Le travail social demeure encore le noyau central de toutes ces activités de restauration et de promotion des individus, des groupes, et des communautés. Pour s'en convaincre, il faut juste examiner attentivement le processus méthodologique d'intervention sociale en travail social et sa prégnance déterminante sur l'intervention sociale en général.

Tout d'abord la polysémie du terme *Intervention*. Selon l'usage courant, *intervention* signifie l'action d'intervenir, un acte par lequel un tiers prend part à une activité, à un fait. Ce terme s'utilise dans des champs très divers. Par exemple, une intervention chirurgicale au cerveau. Une intervention militaire suppose une force d'intervention entre deux belligérants ou une force d'occupation d'un territoire qui appelle à la résistance, par exemple l'intifada, ou la guerre des pierres en Palestine contre la puissance nucléaire de la région. Dans tous les cas, selon Barreyre et al. (1995 : 240) : « *il s'agit de l'action d'un groupe ou d'une personne visant à transformer quelque chose d'une manière volontaire, consciente et intentionnelle. L'idée d'intervention est associée à d'autres actions telles que la médiation, l'arbitrage, l'interposition, l'ingérence* »

L'intervention dépasse assez largement les limites de l'entraide naturelle, de l'aide professionnelle. Pour Nélisse (1992 : 43) : « *l'intervention sociale renvoie à toutes les actions des pouvoirs publics, dans le déroulement d'une situation ou d'une affaire en cours, visant à imposer une volonté extérieure susceptible de donner lieu à un ordre des choses différent de celui qui serait advenu sans elle* ».

L'intervention sociale se rapporte à une intervention sur le social quelles que soient les manières diverses dont on peut comprendre ce « social ». Dans le domaine du travail social, Barreyre et al. (1995 : *ibid.*) affirment que ce terme est utilisé pour signifier et rendre visibles les actes posés par un professionnel du travail social pour modifier la situation des

usagers. **Retenons ici que l'aide apportée par le travailleur social ne peut s'accomplir sans la participation active des intéressés eux-mêmes, car il s'agit d'un véritable « avec » où collaboration et partenariat sont en cause.**

La mission du travail social, comme de toute intervention sociale d'ailleurs, a changé. Rompant en quelque sorte avec la méthode dominante du médecin (symptôme, diagnostic, traitement), le travailleur social focalise sur les changements en cours, sur les forces en présence, sur les potentialités, et les dynamismes des personnes et des groupes. Cette dimension *changement*, inhérente à la pratique du travail social, se retrouve par exemple dans la définition du travail social individuel et du travail social de groupe.

Selon Bourgon et Gusew (2000 : 37) :

« L'intervention individuelle en travail social vise, d'une part, à accompagner une personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse leur donner un sens et, d'autre part, l'aider à obtenir le plus grand nombre de ressources possibles afin qu'elle puisse participer activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société en tant qu'actrice sociale. Quant au travail social de groupe, c'est une activité orientée vers un but, ce qui renvoie à une façon de procéder comprenant des tâches planifiées, ordonnées de façon méthodique et exécutées dans le cadre d'une pratique en travail social »

Pour Lindsay (2000 : 21) : *« L'intention du service social de groupe, continue l'auteur, est de provoquer un changement dont les buts sont voulus et planifiés, et dont les opérations sont en ligne directe avec ces buts »*

Partant de tout ce qui précède, il est important de parler d'intervention sociale collective, de mouvements sociaux. Frileux, opportunistes, les pouvoirs publics ont tendance à tenir les problèmes sociaux à l'écart du débat politique. Ils ont promptement (et imprudemment) enterré non seulement tout l'héritage marxiste de contestation de la répartition inégale des biens matériels et symboliques mais aussi tous les mouvements sociaux. C'est tellement plus confortable pour le système social de trouver des solutions individuelles tout en niant la genèse sociale des problèmes sociaux.

Selon Neveu (1996 : 78) : *« un mouvement social désigne une forme d'action collective concertée en faveur d'une cause, supposant l'identification d'un adversaire, employeur, gouvernant »*. En cela, un mouvement social se distingue *a priori* du groupe de pression ou du *lobbying*. Mais, y est prévue une forme d'organisation, voire un management.

Pour Sommier et Bajoit (2003 : 140), ces groupes ont en commun leur position revendiquée d'être à la « marge » et de donner la parole à ceux qui en seraient privés : les personnes en situation de précarité économique, sociale et même physique, bref toute cette galaxie des « sans » (sans-papiers, sans-logement, sans-travail, sans-voix, sans représentation, sans-identité...). À cette longue liste, on peut ajouter les groupes pour l'accès aux soins de santé, aux services de soutien à l'apprentissage, le groupe de lutte contre le sida. L'intervention sociale collective constitue le point de chute de toutes ces prises de position. Utilisant des notions de prise de pouvoir, leadership, participation, idéologie, conflit, consensus, évaluation, développement régional ou local, aménagement du territoire, planification, l'intervention collective vise une plus grande justice sociale en valorisant les droits des personnes et des collectivités et la réinsertion collective des personnes marginalisées.

O'Hare (2009 : 44) souligne que la pratique en travail social prend appui à la fois sur la théorie, la sagesse de pratique, la tradition et la recherche empirique sur l'intervention en identifiant trois composantes à une approche générale de l'intervention :

- ✓ Les croyances et théories sur le comportement humain ;
- ✓ Les croyances et théories sur les processus de changement ;
- ✓ Les habiletés, techniques et stratégies adéquates pour guider les personnes dans leur processus de changement.

3.3.2.1. L'intervention sociale personnelle

Le service social personnel peut être défini comme étant une méthode d'intervention qui vise le soutien et l'accompagnement des personnes dans la résolution de problèmes et l'amélioration de leur bien-être. Pour cela, le travailleur social veille à ce que les individus développent leurs propres habiletés et actualisent leurs capacités ; il facilite l'accès et encourage l'utilisation de l'ensemble des ressources personnelles et sociales disponibles dans la communauté, en respectant les choix et décisions des individus. Il donne un sens à son action en inscrivant celle-ci dans une perspective plus large de changement social.

L'intervention sociale personnelle est l'une des trois méthodes d'intervention du service social. Également appelée intervention psychosociale, intervention individuelle ou individualisée, selon Bilodeau (2005 : 115), elle a pour cible des personnes ou des catégories d'individus vivant des situations particulières.

De façon générale, le travailleur social qui intervient auprès des personnes, s'applique à déceler les problèmes personnels liés au fonctionnement social et, bien que son intervention se pratique directement auprès des individus, vise l'amorce de changements, non seulement personnels, mais aussi interactionnels et environnementaux. Pour se faire, selon Bilodeau (2005 : ibid.), elle misera sur les forces de la personne et elle sollicitera les ressources personnelles et sociales qui permettront à celle-ci de s'intégrer de façon satisfaisante à son milieu de vie.

Parler de la nature et des fondements de l'intervention sociale personnelle laisse entrevoir à la fois la diversité des orientations données à cette méthode, mais surtout la convergence vers des éléments communs de définition. Le premier élément de rencontre est en lien avec le but général de l'intervention, soit la résolution des problèmes dans les rapports entre l'individu et son environnement. L'équilibre de ces transactions est évoqué dans la définition adoptée par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) cité par Boily et Bourque (2011 : 5) qui soulignent que

« La travailleuse sociale doit prendre en considération les interactions et la relation de réciprocité entre la personne et son environnement, tout en analysant ses conditions de vie et les problèmes sociaux auxquels elle peut être confrontée (injustices sociales et économiques, discrimination, stigmatisation, oppression et exclusion) »

Pour sa part, la Fédération internationale des travailleurs sociaux ou FITS (2014 : 1) place au cœur des missions du service social l'objectif de favoriser le changement social, le développement social, la cohésion sociale, le développement du pouvoir d'agir ainsi que la libération des personnes. Cette définition fait appel aux principes associés aux droits de l'homme et à la justice sociale, deuxième élément de rencontre, les situant au creux des actions de toutes les travailleuses sociales. En ce sens, Bourgon et Gusew (2008 : 123) soutiennent que :

« ce qui distingue la profession du service social des autres professions en relation d'aide est le fait que le service social part du sens social et collectif que prennent les difficultés que vit une personne: ses sentiments, ses actions, ses pensées sont situés dans son contexte familial, communautaire et sociétal. Le service social intervient sur ce rapport plutôt que sur les déficiences de la personne elle-même »

Boily et Bourque cités par Drolet (2013 : 130) avancent que le Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social est représentatif de cette distinction puisqu'il montre et décrit les angles à analyser pour que l'évaluation du fonctionnement social d'un individu touche à tous les aspects de cette personne, ses limitations et ses forces, de même qu'à son environnement immédiat et sociétal ; c'est ainsi que sera cerné son problème social.

Pour sa part, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux ou ACTS citée par Drolet (2013 : 130) évoque plus spécifiquement le rôle d'accompagnement des individus joué par la travailleuse sociale dans le but de les guider vers l'amélioration de leur bien-être. Cet énoncé implique que la travailleuse sociale s'engage à soutenir les individus dans le développement de leurs habiletés et dans l'augmentation de leur capacité à utiliser leurs propres ressources et celles de la communauté pour résoudre leurs problèmes. Dans sa définition, l'ACTS fait référence au fait que le caractère unique de cette profession réside dans l'amalgame de certaines valeurs, connaissances et habiletés, y compris l'établissement d'une relation comme base de toutes les interventions et le respect des choix et des décisions des clients, ce qui évoque l'autodétermination des personnes aidées, autre valeur fondamentale en travail social. Bourgon et Gusew (2008 : 123) affirment alors que :

« Cette démarche, au cœur de l'intervention individuelle, vise d'une part, à accompagner une personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse leur donner un sens et, d'autre part, à l'aider à obtenir le plus grand nombre de ressources possible afin qu'elle puisse participer activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société en tant qu'actrice sociale »

Une profession ne se réduit pas à sa méthodologie, mais à l'importance de la place qu'elle occupe dans la reconnaissance de sa légitimité. En effet, c'est sur le terrain qu'une profession s'impose : c'est là qu'elle démontre son efficacité et qu'elle témoigne des valeurs qui la guident. En ce sens, c'est sur le terrain que se construit et s'affirme l'identité professionnelle. La méthodologie de l'intervention sociale personnelle est découpée en cinq étapes qui sont les suivantes :

- ✓ **La prise de contact** : Pierre Turcotte et Annie Fontaine distinguent quatre habiletés essentielles pour guider ce processus : l'empathie, la conscience de soi, l'authenticité et l'assurance. À ces habiletés s'ajoute l'importance d'établir une communication efficace, d'où la nécessité de connaître les règles d'une communication saine ;

- ✓ **Le recueil et l'analyse des données :** Marc Boily et Sonia Bourque précisent les particularités de cette étape en insistant sur l'importance d'aborder le recueil et l'analyse des données psychosociales comme une activité continue, interactive et réflexive. Ils soulèvent trois questions centrales dans la réalisation d'une telle activité : 1) Quelles sont les informations à prendre en considération ? 2) Pourquoi sont-elles pertinentes ? 3) Comment les organiser ? Les réponses à ces questions permettent de structurer le rapport d'évaluation dans lequel se retrouvent, les caractéristiques de la personne et de son environnement, l'analyse des informations collectées et l'opinion du professionnel sur l'intervention à mettre en œuvre ;
- ✓ **L'élaboration du plan d'action :** Bien qu'il s'agisse d'une étape très importante et exigée légalement dans plusieurs contextes de pratique, elle se révèle souvent être, comme le souligne Gilles Tremblay, la « bête noire » des travailleurs sociaux. Cette phase doit se réaliser en collaboration avec les personnes concernées, car elle correspond aux différentes étapes de l'action qui va s'organiser. Toutefois, il est important de tenir compte des capacités des personnes à se projeter, s'investir, participer, s'impliquer. Le travailleur social devra donc ajuster les objectifs du plan d'aide en fonction des possibilités des personnes en situation de besoin d'aide ;
- ✓ **L'application et l'exécution du plan d'action :** Cette étape est centrale parce qu'elle s'étale sur la plus grande partie du temps consacré à l'intervention, et parce qu'elle marque la mise en œuvre des décisions prises dans les étapes antérieures. Elle relève les compétences à maîtriser pour accompagner de façon adéquate la personne en difficulté dans son cheminement, à savoir : la conscience de soi, la reconnaissance des forces de la personne et la reconnaissance des barrières qui font obstacle au changement ;
- ✓ **L'évaluation à la fin de l'intervention :** Il distingue trois tâches principales qui doivent guider les actions du travailleur social : la gestion des émotions provoquées par la fin de la relation, la mesure des changements et la consolidation des acquis. Considérant que l'évaluation en fin de parcours est une dimension trop souvent négligée, elle présente cinq modalités pour évaluer

l'intervention : l'évaluation sur système unique, l'échelle d'atteinte des objectifs, le contrôle des objectifs, l'échelle d'impact différentiel et la mesure de la satisfaction du client.

Notons avec Alary (1999 : 101) que ces étapes sont communes à plusieurs professions axées sur l'aide aux personnes ; elles sont partagées par plusieurs disciplines professionnelles qui déploient semblables habiletés, techniques et stratégies. Plusieurs professionnels comme les psychologues, psychoéducateurs, sexologues, conseillers familiaux et conjugaux, conseillers en orientation et criminologues partagent un tronc commun de connaissances et gravitent dans les mêmes environnements de travail que les travailleurs sociaux. Toutefois, pour Colby et Dziegielewski (2010 : 88) le travail social présente un caractère propre qui oriente l'action des professionnels de cette discipline. Ce caractère tient aux valeurs sous-jacentes à la profession et à l'intérêt particulier qui est porté aux populations les plus vulnérables, notamment les personnes opprimées et marginalisées.

Au quotidien, comme la pratique du travail social se déploie dans différents milieux et qu'elle rejoint des populations variées, il n'est donc pas étonnant que les professionnels du travail social se réfèrent à plusieurs modèles d'intervention pour structurer leur action. Bien que le service social s'inscrive dans des orientations théoriques multiples et diversifiées, l'intervention directe auprès d'individus est teintée de la préoccupation de combattre les inégalités sociales et toutes les formes d'oppression.

3.3.2.2. L'intervention sociale collective

Il s'agit d'une transposition de l'intervention sociale personnelle dans une perspective plus large en terme de population sur un territoire donné. Elle se donne pour objectifs la prise en compte d'intérêt d'un groupe de personnes et ainsi, d'aider à la maîtrise de la vie quotidienne dans ses diverses dimensions, Le HCTS considère plusieurs pratiques comme : Le travail social communautaire, le travail social de groupe, les actions collectives, le développement social local... Cela nécessite une recherche sur les classes sociales, les cultures, la composition des ménages, l'habitat, l'urbanisme, la situation économique du quartier, inventaire des actions déjà menées...

Partant de cette définition, on comprend aisément que la méthodologie appliquée ici, est la même que celle en vigueur dans l'intervention sociale personnelle, mais adaptée à une échelle populationnelle et territoriale plus large.

3.3.3. L'intervention éducative

3.3.3.1. Généralités

Selon Altet, Bru et Talbot ou encore Bressoux et Leconte-Lambert, tous cités par Y. Lenoir (2009 : 12) : « *la pratique d'enseignement est un « faire » singulier, propre à chaque intervenant* ». Il s'agit selon Villers et Vanulle cités par Y. Lenoir (2009 : ibid.) :

« d'un ensemble d'activités gestuelles et de discours opératoires singuliers et complexes (constitués de nombreuses dimensions enchevêtrées) en situation, ancré dans l'immédiateté du quotidien, qui se traduit « dans l'utilisation originale de [...] savoir-faire dans une situation particulière » et qui s'actualisent temporellement au sein de trois phases, pré, inter et post-actives ».

Allant dans le même sens, Talbot (2005 : 35) affirmera que :

*« La pratique d'enseignement dépasse en amont et en aval l'activité déployée par l'enseignant en situation de classe, dans le but affiché que ses élèves s'engagent ou poursuivent leur activité en vue d'apprentissage. Il nous est, en conséquence, apparu intéressant de recourir à un construit théorique, celui « **d'intervention éducative** », pour chercher à modéliser la pratique d'enseignement ».*

Le choix de ce concept, inspiré des travaux de Not en 1979, 1984 et 1987, résulte de plusieurs motivations, en lien direct avec la dimension professionnalisante de la fonction enseignante. Le concept d'intervention :

- A l'avantage d'être centré sur l'action de l'enseignant orientée dans un rapport interactif vers un ou des sujets apprenants ;
- Souligne ainsi la tension dialectique qui s'établit entre les composantes du rapport et qui impose le recours à des processus médiateurs ;
- Prend dès lors en compte les composantes qui fondent les interactions entre des sujets apprenants, des savoirs et un ou plusieurs enseignants, ainsi que les processus médiateurs qui les lient, dans un contexte socioéducatif et socioculturel spécifique, sans privilégier pour autant l'une ou l'autre de ces composantes ;

- Est centré sur la formation professionnalisante ;
- Impose la nécessité de confronter un double rapport : celui de la pratique et celui des savoirs homologués ;
- Implique le rapport d'objectivation, du refus d'adhérer à cette tendance traditionnelle qui considère séparément l'acte d'enseignement et l'acte d'apprentissage, de même que les perspectives objectivistes et subjectivistes ;
- Met en exergue, d'un point de vue épistémologique, le passage du paradigme de la simplification à celui de la complexité ;
- Traduit bien la nécessité d'exprimer synthétiquement la complexité de la fonction enseignante, la multidimensionnalité et la multiréférentialité de l'agir de l'enseignant dans ses rapports aux élèves ;
- S'inscrit au sein de trois espaces : le monde des systèmes renvoyant à l'agir téléologique et stratégique ; le monde vécu renvoyant à l'agir régulé par des normes ; le monde subjectif renvoyant à l'agir dramaturgique qui s'actualise dans la rencontre interactive ; ceci implique la prise en compte du rapport qui s'établit entre les finalités de différents sujets (enseignants, élèves, parents, institution, etc.), les actions et interactions (paroles et gestes) en contexte et les dimensions symboliques (social, affectif, relationnel, etc.) dans lesquelles elles s'inscrivent ;
- Retient comme paramètres de base les conceptions des finalités et des processus éducationnels adoptés et leurs modalités d'opérationnalisation, c'est-à-dire comment peuvent se concevoir et s'actualiser les différentes interactions entre ces composantes.

Dans le présent travail, la notion d'intervention éducative sera abordée dans une double perspective : Une perspective empirique, opérationnelle, pragmatique (qui renvoie à l'agir opérationnel constitutif de tout métier relationnel et qui vise la modification d'un processus ou un système) et une perspective conceptuelle (en tant que construit théorique, qui vise une modélisation, voire une théorisation de la pratique d'enseignement)

3.3.3.2. La perspective empirique, opérationnelle et pragmatique de l'intervention éducative

La notion d'intervention éducative renvoie, sur le plan empirique, opérationnel et pragmatique, à la caractéristique même de tout métier relationnel. Ainsi développé, le concept d'intervention en éducation est central pour qualifier la fonction enseignante et pour permettre de décrire l'acte d'enseignement. Il renvoie au fait que tout professionnel œuvrant dans le cadre d'un métier relationnel est fondamentalement un intervenant qui agit dans un environnement hautement complexe. Larose, Deaudelin, Kalubi et Roy tous cités par Y. Lenoir (2009 : 13) affirment ce qui suit :

« Par intervention, on entend, en première approximation, l'idée d'une action, dans le cadre d'un métier relationnel, qui vient modifier un processus ou un système. Intervenir, c'est s'interposer, s'insérer, se glisser entre, s'introduire, se mêler de... poser une action en vue de changer quelque chose chez quelqu'un, en vue de résoudre un problème (identifié, c'est-à-dire construit) chez autrui »

Il faut donc reconnaître que toute intervention est une activité interactive qui constitue une intrusion de la part d'un intervenant ou d'une catégorie d'intervenants dans la vie d'un ou de plusieurs êtres humains.

Appréhendée sous l'angle praxéologique, l'intervention est selon Nélisse et Zúñiga cités par Y. Lenoir (2009 : ibid.) :

« un agir opérationnel qui exprime une catégorie générale synthétique regroupant des perspectives, des états d'esprit, des manières de penser et de faire contemporaines qui généralisent et modulent de plus en plus de pratiques qui se dénommaient (et se dénomment encore au besoin) aider, conseiller, former, assister, supporter, soigner, adapter, insérer, animer, diriger, aviser, surveiller, prendre en charge »

Ainsi est-il permis d'en retrouver l'emploi chez les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les policiers, les avocats, les professionnels de la communication, les économistes, les psychologues, les sociologues... et chez les enseignants. Le mot définit à la fois le rôle social (des intervenants) et l'action des professionnels. L'intervention, par-delà la diversité de faire qu'elle engage, procède d'une intention sociale qui vise à répondre dans un rapport communicationnel interactif à des demandes sociales telles qu'elles sont interprétées

et prescrites par l'État à partir du curriculum, du régime pédagogique et des autres documents officiels. On peut donc dire que l'intervention est aujourd'hui une condition de la pratique professionnelle, une catégorie qui témoigne des profondes transformations qui travaillent les professions.

Du point de vue de l'axe des systèmes d'intervention et selon Redjeb cité par Y. Lenoir (2009 : *ibid.*), l'intervention attesterait de l'effort de rationalisation des métiers relationnels qui transforme la fonction professionnelle en fonction d'impératifs scientifiques, politiques et technocratiques et elle découlerait du recours à ce qu'on appelle habituellement les savoirs professionnels. Mais l'intervention exprime aussi, selon l'axe du sens pratique, le vécu de la pratique tel qu'il est appréhendé par l'enseignant, dans le faire quotidien lui-même, dans ses exigences, ses contraintes, son contexte, ses normes et règles énoncées et perçues, etc., c'est-à-dire dans son habitus professionnel. Il renvoie alors à la notion de professionnalité. L'intervention renvoie aussi à la mobilisation du soi professionnel au sein de l'axe praxique, posant ainsi la question du sens de l'agir et de l'identité professionnelle à relier à la notion de professionnisme.

Par intervention éducative, on entend dès lors, d'un point de vue opérationnel, l'ensemble des actes et des discours singuliers et complexes, finalisés, motivés et légitimés, tenus par une personne mandatée intervenant dans une perspective de formation, d'autoformation ou d'enseignement dans un contexte institutionnellement spécifique (ici l'institution scolaire) en vue de poursuivre les objectifs éducatifs socialement déterminés. Cette intervention s'inscrit dans un processus interactif intentionnel situé temporellement, spatialement et socialement, avec un ou plusieurs sujets, et met en place les conditions jugées les plus adéquates possible pour favoriser la mise en œuvre par les élèves de processus d'apprentissage appropriés ; la finalité étant la modification jugée bénéfique d'un processus (une façon de faire ou de penser), d'une situation socioéducative ou l'acquisition de savoirs et de connaissances.

3.3.3.3. La perspective conceptuelle de l'intervention éducative

Selon Vanhulle cité par Y. Lenoir (2009 : 14), la pratique d'enseignement est singulière, complexe, difficilement accessible, peu étudiée empiriquement et dans sa multi-dimensionnalité, peu théorisée également. Il se pose alors la nécessité d'une appréhension de la multi-dimensionnalité de la pratique d'enseignement, car nous abordons le concept d'intervention éducative dans une perspective d'identification des rapports sociaux (et par là

éducatifs) en nous référant plus particulièrement à la position de Goldmann en 1966, en ce qu'il portait une attention primordiale à l'action humaine en tant qu'objet d'étude : c'est bien l'action elle-même (les interactions) qui doit être considérée, non ses pôles constitutifs.

L'intervention éducative se situe à la convergence d'un enchevêtrement de dimensions fondées sur des rapports distincts qui peuvent être regroupées en trois perspectives :

- ✓ Une perspective socioéducative, liée à l'évolution du système scolaire et aux réalités sociales. Elle inclut les dimensions historique (rapport à l'évolution et aux transformations qui ont marqué la fonction et la pratique enseignante) et contextuelle (rapport au milieu social, culturel, économique, politique, aux attentes sociales, etc.) ;
- ✓ Une perspective socioéducative, liée au cadre de référence de l'enseignant :
 - Un cadre externe avec la dimension curriculaire : rapport aux finalités éducatives et institutionnelles, au choix des savoirs retenus, à la structuration des savoirs... ;
 - Un cadre interne avec les dimensions épistémologique (rapport au savoir), éthique et morale (rapport aux principes, aux normes et aux règles qui guident la conduite sociale, à la réflexion critique sur les valeurs sociales qui influencent les pratiques, à la responsabilité sociale de l'enseignant face aux finalités et à ses élèves) ;
- ✓ Une perspective opératoire qui représente l'actualisation de ce cadre de référence au sein des pratiques d'enseignement, incluant :
 - Les dimensions didactiques : rapport aux savoirs à enseigner à propos de l'apprentissage, aux processus d'enseignement spécifiques aux différentes matières scolaires ;
 - La double dimension médiatrice : interne (rapport de l'élève au savoir dits processus cognitifs médiateurs internes) et externe (rapport aux processus médiateurs externes, d'ordre pédagogique-didactique, situations-problèmes, dispositifs de formation, démarches, modalités interactives, évaluation) ;
 - La dimension organisationnelle : rapport à la gestion du temps, de l'espace, de la discipline, des routines, des facteurs externes et internes ;

- La dimension psychopédagogique : rapport aux élèves d'ordre relationnel (caractéristiques psychologiques, formules pédagogiques, etc.) ;
- La dimension socioaffective : rapport à l'identité professionnelle, à la formation antérieure, à la motivation, aux options et visées personnelles ;

À ces composantes de l'intervention éducative, il importe d'ajouter la dimension temporelle, tout à fait centrale. Il incombe à la recherche en éducation de travailler à la modélisation de la pratique d'enseignement en prenant en compte ces diverses dimensions. L'intervention éducative est alors appréhendée en tant que construit théorique poursuivant cette modélisation. Les acteurs comme Y. Lenoir appréhendent la pratique d'enseignement comme un rapport d'objectivation médiatisé symboliquement à travers le discours et l'agir enseignant, qui s'actualise au sein des situations d'enseignement-apprentissage mises en œuvre. De commun accord avec Bru (2002 : 68),

« Il importe de travailler à la construction de modèles de la pratique susceptibles de fournir un cadre de lecture des pratiques enseignantes. Cette modélisation de la pratique ne peut se confondre, ni aux modélisations de sens commun de l'action humaine (évoquée par Bourdieu en 1980, 1987 et 1994 ou Gueorguieva en 2004) ni aux modèles d'actions rationnelles qui postuleraient que la pratique enseignante est fondamentalement rationnelle (Bressoux en 2001, Joas en 1993 et 2001, Ladrière en 1993 ou Schutz en 1987), ni à la production de modèles pour la pratique, nécessairement à tendance applicationniste, sinon idéaliste, et à orientation prescriptive et normative »

Il s'agit bel et bien de modéliser la pratique d'intervention éducative afin de produire des modèles, à visée descriptive, compréhensive et explicative. La nécessité d'un recours à un cadre théorique fort, associé à des méthodes qui l'actualisent, pour orienter le recueil des données, les analyser et les interpréter, s'avère donc prioritaire pour l'étude de la pratique. Nous caractérisons le construit d'intervention éducative en recourant aux attributs suivants :

- ✓ Elle met en exergue l'existence nécessaire d'une situation-problème qui agit en tant qu'espace temporel, transitionnel et transactionnel au sein duquel les deux médiations (interne, d'ordre cognitif, propre au sujet et externe, relevant de l'enseignant) interagissent à partir de dispositifs de formation ;

- ✓ Elle est complexe, car elle repose sur un ensemble de dimensions enchevêtrées qui influent sur la pratique ;
- ✓ Elle est toujours située, s'inscrivant dans un contexte social, historique et spatial donné et s'inscrit dans la durée, parce qu'elle est évolutive et diachronique ;
- ✓ Elle est constituée d'une structure de rapports en tension entre les différentes dimensions qui la constituent ; ces tensions témoignent bien que penser en termes de rapports, repose sur le postulat que les sciences humaines et sociales n'étudient pas les objets en eux-mêmes et surtout pour eux-mêmes, mais bien les rapports qui s'établissent entre des êtres humains, entre ceux-ci et des éléments physiques. Citons ici tout particulièrement :
 - Une tension entre la dimension curriculaire et sa mise en œuvre dans la pratique ;
 - Une tension entre les missions d'instruction et de socialisation ;
 - Une tension entre les dimensions didactique et psychopédagogique ;
- ✓ Elle est inclusive, car elle vise à exprimer synthétiquement la complexité de la fonction enseignante : celle qui se traduit par l'imbrication des dimensions qui la composent, et celle qui s'inscrit dans la temporalité par l'ensemble des actions de planification (phase pré-active d'anticipation), d'actualisation en classe (phase interactive), d'évaluation, de l'actualisation et de l'anticipation (phase post-active de rétroaction) ;
- ✓ Elle fédère plusieurs angles d'approche de l'action professionnelle propre aux métiers relationnels : ontologique, téléologique, épistémologique, sociologique, psychologique, anthropologique, politique, économique, axiologique, éthique, etc. ;
- ✓ Elle est dialectique en ce sens qu'elle instaure un dialogue, une confrontation discursive de points de vue distincts qui impliquent des élèves, des savoirs et un ou des enseignants. Il s'agit d'une praxis existentielle et sociale qui intègre dialectiquement (par des processus médiateurs) discours, action, pratique et réflexion critique ;

- ✓ Elle s'inscrit dans une perspective épistémologique de type socioconstructiviste en ce qu'elle témoigne du refus d'adhérer à cette tendance traditionnelle qui considère séparément l'acte d'enseignement et l'acte d'apprentissage, et qui fait appel à une posture épistémologique de type réaliste ;
- ✓ Elle est triplement finalisée du fait que l'enseignant, comme tout autre professionnel, agit auprès d'autrui en fonction d'une visée d'amélioration d'une situation considérée problématique (il vient entre un sujet et une situation-problème) dans un cadre socialement normé :
 - D'une part, elle doit s'inscrire institutionnellement au sein des finalités déterminées par les politiques gouvernementales, par le curriculum, etc. ;
 - D'autre part, il s'agit d'une action intentionnelle portée par les enseignants, dirigée vers la réussite scolaire des élèves par leur acquisition des objectifs éducatifs socialement déterminés, mais aussi marquée par les visées personnelles de ces enseignants, sans toutefois ignorer les intentions des sujets apprenants, ni celles de leurs parents ;
- ✓ Elle n'est pas simplement action, mais pro-action puisque l'action est anticipatrice sur le plan des finalités, mais aussi fondamentalement interaction confrontant des subjectivités ;
- ✓ Elle est légitimée institutionnellement et socialement, par le fait que les enseignants sont mandatés par l'État et par le processus institutionnel de formation qui vient qualifier l'enseignant, par le diplôme, par les activités de formation continue, etc. ;
- ✓ Elle est imputable ; l'enseignant étant tenu de rendre des comptes au regard des responsabilités qui lui sont allouées et des pratiques qu'il met en œuvre ;
- ✓ Elle est par essence intrusive, puisqu'elle s'introduit entre l'élève et les objets de savoir ;
- ✓ Elle est interactive, car elle n'existe que par les interactions qui s'établissent entre les élèves et l'enseignant et est intersubjective du fait que ces interactions sont produites par des sujets humains à propos d'apprentissages ;

- ✓ Elle est bienveillante car elle est à visée positive ; il appartient à l'enseignant de veiller sur les rapports que les élèves établissent avec le savoir et de mettre en place les conditions les plus adéquates possible, compte tenu des caractéristiques des élèves concernés, pour favoriser la mise en œuvre par les élèves de processus d'apprentissage appropriés ;
- ✓ Elle est régulatrice en ce qu'elle s'avère un travail réfléchi et réflexif de rationalisation et de prescription ; une action de régulation finalisée, menée par un acteur (l'enseignant) dans un cadre socialement normé. Couturier (2001 : 78) affirme à ce sujet : « *la logique de l'intervention est [...] une logique d'action publique légitimée avant tout par l'intérêt public, tel que politiquement défini... L'intervention est une praxis transformatrice posant l'axe légitimité/projet/changement comme pivot central de l'action professionnelle* »
- ✓ Elle s'inscrit dans le cadre de la formation à l'enseignement, dans une logique de la pratique, de l'action et non dans une logique disciplinarisante. De ce fait, elle est fondamentalement interdisciplinaire, sinon « circum-disciplinaire » selon Larose et Dirand cités par Y. Lenoir (2009 : 17) ;
- ✓ Elle est intégrative en ce qu'elle permet :
 - D'une part, d'appréhender l'ensemble des savoirs (disciplinaires, d'enseignement, professionnels, d'altérité, de sens commun, etc.), des savoir-faire et des savoir-être requis selon une approche par compétences ;
 - D'autre part, elle témoigne du refus d'adhérer à cette tendance traditionnelle qui considère séparément l'acte d'enseignement et l'acte d'apprentissage en mettant en évidence l'interaction constitutive du rapport enseignement-apprentissage qui lie l'enseignant et ses élèves.
 - Par ailleurs, de dépasser les conceptions cumulatives des processus de formation pour faire appel à des perspectives interdisciplinaires. Ainsi que le relève Perrenoud (1997 : 88),

« il faut dénoncer la tendance pluridisciplinaire qui croit que le simple rapprochement physique de personnes, ou la juxtaposition dans l'esprit d'une personne, de formations disciplinaires fermées est

à même de susciter la mise en œuvre de processus cognitifs intégrateurs et l'intégration des savoirs qui en découlent »

- ✓ Elle retient comme paramètres de base, les conceptions des finalités et des processus éducationnels adoptés et leurs modalités d'opérationnalisation, ce qui permet d'identifier différents modèles d'intervention éducative appelés MIE. On dira alors que pour décrire et comprendre la pratique d'enseignement comme une intervention éducative, comme une médiation extrinsèque avant tout d'ordre pédagogico-didactique et organisationnel, il faut l'associer à plusieurs autres concepts, dont ceux de médiation cognitive, de situation, de dispositif instrumental et procédural (facilitateurs et démarches) ;

Ainsi conçue, l'intervention éducative conçoit la pratique d'enseignement comme un travail réfléchi et réflexif, normalement sensé, raisonnable, mais rationnellement limité qui se distingue de l'activité rationnelle en finalité portée par la conception wébérienne.

3.3.4. L'intervention socio-éducative

3.3.4.1. Histoire de la professionnalité du métier d'éducateur

Brichaux (2001 : 32) décrit l'évolution du domaine de l'éducation en répertoriant trois phases qu'il qualifie de "mutations". Le tableau ci-dessous met en exergue de manière simplifiée ces trois mutations :

Tableau N° 3 : Evolution du domaine de l'éducation

Périodes	Modèles dominants	Métaphores associées	Nature du savoir
Période caritative (avant 1965)	Modèle tutélaire Substitut parental	Educateur surveillant Educateur parent Educateur grand-frère	Savoir-être
Période positiviste (De 1965 à 1990)	Modèle technicien	Educateur technicien des relations Educateur opérateur technique Educateur expert Educateur agent de science appliquée	Savoir-faire
Période réflexive (De 1990 à nos jours)	Modèle réflexif	Educateur artisan moral Educateur stratège Educateur professionnel réfléchi	Savoir s'y prendre

Source : Brichaux (2001), *Histoire de la professionnalité du métier d'éducateur*

Comme le souligne Brichaux (2001 : 32), il est essentiel de souligner l'inclusion de ces trois modèles, la transition de l'un à l'autre obéissant à un principe d'intégration, en sorte que le modèle précédent devient une partie intégrante du modèle ultérieur :

- ✓ Dans le modèle tutélaire, seules les qualités du cœur prévalaient et nulle autre compétence n'était exigée ;
- ✓ Peu à peu, le caritatif fut remplacé par le savoir-faire automatisé, sans autre réflexion que la technique pour la technique, le geste pour le geste, la science pour la science, ce que Brichaux (2001 : 48) nomme de « *modèle de la rationalité technique et de l'épistémologie positiviste* » ;
- ✓ Le « savoir s'y prendre » s'efforce de montrer la véracité d'une réelle épistémologie pratique, c'est-à-dire une réflexion et des compétences propres, en lien avec les situations, leur identification et leur définition. Le savoir s'y prendre se caractérise aussi par une relation entre les usagers et le professionnel « moins dissymétrique, plus partenariale » et met en avant l'idée que l'utilisateur lui-même a une réflexion et un pouvoir d'agir dans sa propre situation. Des termes comme professionnel réflexif, relation empreinte d'humilité, relation authentique commencent à émerger du discours professionnel.

Aujourd'hui, c'est **le modèle du savoir s'y prendre** qui prévaut et qui est essentiel pour la construction de la profession et de l'identité de l'éducateur.

3.3.4.2. L'identité de l'éducateur

L'identité de l'éducateur est aujourd'hui envisagée dans une perspective dynamique ; elle est considérée comme un processus intégrant tout au long de la vie, l'ensemble de nos expériences. Au-delà de la dimension personnelle, c'est la dimension interactive qui apparaît aujourd'hui comme le moteur de ce processus. La construction de l'identité professionnelle est le résultat de l'interaction de deux processus :

- ✓ Le premier est celui de l'étiquette mise par autrui sur l'identité du professionnel ;
- ✓ Le second est celui par lequel l'individu se définit lui-même dans sa profession.

Il est à relever que ces deux processus sont essentiels à la construction identitaire du professionnel, raison pour laquelle Gaberan (1998 : 96) affirme que : « *Il n'existe qu'un seul métier d'éducateur même si celui-ci varie dans son expression* »

Le partage du quotidien rend la définition de l'activité socio-éducative difficile parce qu'elle est complexe, aux contours flous et imprécis, ne pouvant pas anticiper l'imprévu, synonyme d'une quotidienneté avec l'utilisateur. Brichaux (2001 : 45) parle alors de « l'épaisseur du quotidien » dans laquelle l'éducateur rencontre des situations complexes, ceci en ces termes : « *le travail de l'éducateur est encore trop souvent décrit en des termes simplistes, alors qu'il s'agit d'une activité extrêmement complexe dont le but n'est pas de produire quelque chose, mais de favoriser le développement moral, psychologique et social de l'utilisateur* »

Les éducateurs sont confrontés à une grande variété de modalités d'interventions : des situations uniques, multidimensionnelles, urgentes, simultanées et incertaines et ils doivent prendre des décisions en l'absence d'indications précises quant à la pertinence et la fiabilité des données, ainsi qu'aux conséquences. Donc, systématiquement l'éducateur se retrouve dans des situations aussi complexes, qu'insaisissables en devant agir comme s'il connaissait déjà ce qui allait advenir. Notons ici que l'auteur différencie le terme « complexe » du terme « compliqué » en mettant en avant l'idée que sous la terminologie « compliqué » il est possible de segmentariser le tout pour le rendre plus compréhensible, tandis que la complexité représente beaucoup plus que la simple somme de ses parties décomposées. Brichaux (2001 : 48) affirme alors que : « *souvent confronté à l'urgence et à l'incertitude, l'éducateur ne peut prendre le temps d'analyser les situations et les alternatives possibles. Les actions opérées sur le champ reposent, pour une large part, sur des concepts mal définis (...) et sur des théories souvent implicites qui, en dépit de leur faiblesse, confèrent un sens à sa démarche* ».

Il n'est donc pas aisé de définir l'identité de l'éducateur dans cette complexité anticipatoire et multidirectionnelle des situations auxquelles il est quotidiennement soumis et qui forme une grande partie des savoirs et des compétences dont il doit être outillé.

3.3.4.3. Le(s) savoir(s) de(des) l'éducateur(s)

Brichaux (2001 : 37) parle d'un « savoir en action ». C'est le mode de raisonnement que le professionnel adopte dans le feu de l'action. C'est la pertinence des actions posées et des décisions prises dans des contextes incertains qui attestent de l'existence de ce savoir implicite que le praticien ignore lui-même ou hésite à traduire en mots. La mobilisation de ce savoir se réalise grâce à un processus qu'il qualifie de « *réflexion en cours d'action* » et qu'il définit comme étant « *la capacité de penser à ce qu'on fait tandis qu'on le fait* ».

Pour certains, l'activité socio-éducative ne peut répondre aux critères habituellement utilisés pour asseoir le caractère scientifique d'une démarche, à savoir le fait qu'elle soit communicable et reproductible. Cela sous-entend la possibilité d'évaluer les actions. C'est la nature même de son objet d'intervention qui rend illusoire la construction d'un savoir et de techniques d'intervention aussi précis et efficaces que dans le cas du travail industriel ou instrumental. L'être humain, avec toute sa complexité, absorbe la relation de production du travail interactif et rend, par là, très hasardeuses les mesures d'efficacité de l'intervention. La recherche de la scientificité du savoir de l'éducateur permet non seulement d'accréditer, de reconnaître, mais surtout de hisser ce savoir à un niveau académique permettant ainsi une légitimation des pratiques et des actions inhérentes à l'intervention.

La rationalité permet, en effet, une codification des pratiques, une standardisation des savoirs et une formalisation des interventions. Il est donc essentiel de reconnaître, ce que plusieurs auteurs nomment la quotidienneté de l'éducateur. C'est dans ce quotidien, dans cette régularité et cette disponibilité de présence que l'éducateur travaille et évolue. Ce travail de proximité avec les usagers va permettre, qu'un jour, ces jeunes se confieront peut-être à l'éducateur lors d'une N^{ième} partie de cartes.

Il y a eu certainement de la part des éducateurs une sorte de déresponsabilisation quant à leur devoir de participer à l'élaboration et à la création de référentiels spécifiques à leur champ d'intervention, laissant un vide scientifique quant à ce dernier et favorisant ainsi la construction d'une mosaïque référentielle et l'émergence d'une prétendue crédibilité. La mode aidant, ils ont cru que l'analyse institutionnelle, l'analyse transactionnelle, le rogerisme, et aujourd'hui la systémique et la PNL pourraient les aider à être pris au sérieux. Les éducateurs ont tous des ingrédients pour accréditer leur propre profession, cependant, il est approprié de dire que l'éducateur dispose de connaissances qui, faute d'être explicitées et formalisées, sont ravalées au rang de simples « trucs » ou « recettes éducatives », alors que c'est un savoir et une connaissance à proprement parlé. Comme l'affirme E. Fridez (2014 :15) :

« Les praticiens de terrain vivent les théorisations, les modélisations et les connaissances comme non consistantes pour l'agir empirique de terrain, seule la pratique compte et est prise au sérieux. Il en ressort que ce ne sont pas les théories qui permettent d'agir dans le terrain, mais le fait d'être pragmatique. La résultante est la création d'un fossé entre théorie et pratique. Il n'y a pas, ou peu, de concordance entre la stratégie d'intervention et les modèles d'analyse »

Ce regard des professionnels crée une sorte de « disjonction théorie-pratique » en maintenant la théorie à l'écart de la pratique. Plusieurs auteurs se rassemblent autour de ce même constat, comme le montrent Deslauriers et Hurtubise (1997 : 146) qui renchérissent en avançant que :

« Après quelques années, les praticiens, après avoir expérimenté les modèles d'intervention enseignés se forgent leur propre modèle bien souvent inconsciemment. De plus, par la suite, les modèles théoriques issus de la formation restent utilisés essentiellement au niveau du discours. A contrario, les modèles émergeant de la pratique prennent le statut de modèle opérationnel par la pratique et pour la pratique »

Quoi qu'il en soit, lorsque des praticiens se retrouvent confrontés à une situation inédite, ils s'imprègnent des conseils et des avis de leurs collègues, de leur interviewer ou de leur superviseur au détriment de la recherche et de ses études. Il serait, d'après eux, plus efficace de s'enquérir auprès de leurs pairs et de développer ainsi une approche plus autodidacte de l'acquisition des connaissances. En conséquence, il est impératif de changer les attitudes et les habitudes de ces professionnels de l'ombre et de travailler sur une posture permettant à ceux-ci un juste équilibre entre trop peu de théorisation et un empirisme démesuré. Actuellement, le savoir de l'éducateur est un mélange d'acquisitions issues de plusieurs sources : la formation initiale, la pratique du métier et les expériences personnelles. Il y a donc une multitude de savoirs bigarrés dont un qui semble essentiel : **l'expérience**. La plupart de ces pratiques ne s'enseignent pas dans les écoles professionnelles, pour la bonne raison qu'elles ne sont pas modélisables et reconnues comme transférables en dehors des contextes et des individus qui les produisent. S'il est évident que l'expérience se forge dans les pratiques, l'objet de cette thèse est de montrer qu'il y a des mécanismes communs qui sous-tendent les actions et qui peuvent être identifiés, visibilisés et répertoriés.

C'est, en effet, le terrain et l'intervention elle-même qui appellent à cette capacité constante à s'adapter à la demande, au milieu, au public, à répondre à la diversité des cas et des situations et permet à l'éducateur de ne pas être un simple exécutant de recettes toutes faites, mais de savoir s'y prendre. Soulet (1997 : 10) parle de « cette nécessaire plasticité » au sein même des différentes interventions sociales dont doit faire preuve l'éducateur. La malléabilité et la souplesse doivent impérativement faire partie de l'identité de l'éducateur.

3.3.4.4. « L'éducatologie » et ses concepts

Le vocable socio-éducatif se définit comme relatif aux phénomènes sociaux dans leur relation avec l'éducation. L'idée est de promouvoir une éducatibilité des usagers quant aux questions relatives aux domaines sociaux en général, visant ainsi l'autonomie et l'émancipation de ces derniers. Partant de là, Brichaux (2001 : 51) a développé la terminologie « **d'éducatologie** » qu'il définit comme étant « *science de l'éducation spécialisée. C'est l'émergence des savoirs, des comportements et des savoirs s'y prendre au sein de l'intervention, afin de baliser la pratique socio-éducative et de la référencer* ».

Fablet cité par E. Fridez (2014 : 25) regroupe sous le vocable d'interventions socio-éducatives, différentes catégories de professions passant des enseignants aux professionnels de la santé et plus spécialement aux métiers du travail social et de l'aide à domicile. L'auteur les catégorise en trois types en fonction de la position éducative adoptée par ces derniers :

- ✓ Les professionnels qui assurent une fonction éducative spécifique clairement complémentaire de l'action éducative familiale ;
- ✓ Les professionnels qui aident les parents ou le groupe familial à assurer leurs tâches éducatives, notamment lorsque ceux-ci sont en difficulté ;
- ✓ Les professionnels qui, intervenant auprès des parents pour pallier leurs défaillances, assument souvent à titre temporaire l'essentiel des activités familiales d'éducation, en internat ou en service de placement familial, soit le domaine de la suppléance familiale

En dégagant les caractéristiques propres aux différentes activités socio-éducatives, il serait possible de les articuler sur trois facteurs, définissant la professionnalisation du métier d'éducateur. Aussi, trois facteurs sont à relever quant à la professionnalisation de l'activité socio-éducative : La délimitation de son objet, la constitution d'une expertise spécifique et l'élaboration des valeurs et des normes

- ✓ La délimitation de son objet n'est pas aisée, sachant que les éducateurs sont souvent, comme le montre Soulet, des « généralistes polyvalents » du domaine social, avec un public des plus bigarrés et des plus hétéroclites, passant, en schématisant, voire en caricaturant, de la personne déficiente intellectuelle profonde au poly-toxicomane criminel. Il est difficile, dans ces conditions, de définir l'objet de l'activité socio-éducative ;

- ✓ La spécificité des savoirs, quant à elle, relève souvent de l'expérience acquise dans le terrain, car la formation ne peut actuellement pas répondre à cette diversité qui est représentée dans le champ du travail social. De plus, l'éducateur se montre fort embarrassé lorsqu'il s'agit de montrer en quoi consiste son expertise ;
- ✓ Les valeurs et les normes sont souvent définies par ce que nous appelons le code de déontologie qui régit une profession fixant par là-même les conditions pour l'exercer. Malheureusement, hormis les assistants des services sociaux, il faut bien reconnaître que les autres travailleurs sociaux européens, bien que préoccupés par cette problématique, ne sont pas parvenus à se doter d'un système de référence cohérent

C'est aux éducateurs eux-mêmes de montrer le bien-fondé et la pertinence de leurs activités, afin de trouver un soutien et un levier à cette accréditation tant attendue. Du fait que cette activité n'engendre pas de richesse au sens capitaliste du terme, elle doit montrer en quoi sa place est nécessaire, voire fondamentale au sein d'une société en manque de lien.

Le geste professionnel, élément important de l'intervention socio-éducative, est celui que les éducateurs répètent inlassablement, jour après jour, au quotidien et ce dans une temporalité à long terme. Les gestes de l'éducateur font bien souvent appel à des concepts non reconnus au niveau académique, mais sur lesquels il devient urgent de se pencher, car ils définissent en partie les gestes et les interventions du professionnel lorsque ce dernier sur le terrain. Ces notions sont souvent utilisées par manque d'indicateurs plus précis en lien avec l'hétérogénéité des situations rencontrées... Citons ici :

- ✓ **L'intuition** : Au sens de Brichaux (2001 : 63) « *c'est en quelque sorte, savoir sans savoir ce que l'on sait* ». On en distingue deux types : l'intuition profane et l'intuition experte. Cette dernière se base exclusivement sur l'expérience acquise dans un champ particulier : Le professionnel est le plus souvent incapable de décrire ce qu'il est en train de faire ou ce qu'il a réalisé ; Il fait recours à l'intuition dans des situations caractérisées par l'incertitude, la nouveauté ou l'urgence, soit celles pour lesquelles il ne dispose pas d'un système d'action structuré et prévisible ;

- ✓ **Le bricolage** : C'est avant tout travailler avec la matière première que sont les individus avec leurs propres ressources. En d'autres termes, l'éducateur est amené à composer avec des matériaux de fortune et à répondre aux situations problématiques par des solutions personnalisées toujours provisoires et incertaines par essence. En ce sens, bricoler, en matière socio-éducative, c'est adopter une démarche créative, inventive, face à une réalité où la contingence domine. Il faut sans cesse corriger, adapter, ajuster, combiner ou disjoindre ces démarches de manière à coller à la turbulence du moment. Le bricolage, c'est oser faire avec les matériaux à disposition, en utilisant sa créativité et son imagination, afin d'aider au mieux l'autre avec sa réalité et sa compréhension ;
- ✓ **L'improvisation** : Ce concept est sans cesse utilisé par les éducateurs qui se retrouvent sur le terrain. Ne sachant pas ce qu'ils vont trouver au coin de la route, dans le corridor, sur les places publiques... nous pouvons dire que l'improvisation c'est en quelque sorte travailler sans filet ; c'est s'exposer à chaque instant au risque de se tromper, mais c'est surtout la voie royale vers la créativité. L'improvisation appelle donc la notion d'expérience propre à chaque intervenant, moyennant néanmoins un travail qui se situe dans le temps

3.3.4.5. Les pratiques socio-éducatives

L'intervention s'articule sur la présence sociale (repérer, être repéré, connaître et se faire connaître), l'accompagnement éducatif individuel (offrir un moment privilégié à l'usager et un cadre sécurisant, établir un lien), le développement social local (placer le jeune dans la réalité de la ville ou du quartier, susciter l'interaction entre le jeune et la population) et les buts de l'intervention sont :

- ✓ Reconnaître un espace vital et culturel ;
- ✓ Répondre aux besoins exprimés par les gens qui y vivent ;
- ✓ Accomplir un travail de soutien visant l'amélioration de la qualité de vie ;
- ✓ Assumer en même temps des aspects sociaux, culturels et politiques ;
- ✓ Soutenir les gens dans leur espace de vie, plutôt que de les en éloigner ;
- ✓ Objectifs normatif, éducationnel, relationnel, intégratif ;

- ✓ Améliorer la qualité de vie des personnes en difficultés ;
- ✓ Réduire les répercussions possibles des comportements abusifs ;
- ✓ Agir au niveau de la prévention et du soutien ;
- ✓ Prévenir des situations à risques ;
- ✓ S'intégrer à des espaces qu'aucun autre professionnel n'occupe

Généralement, les interventions socio-éducatives sont catégorisées en trois types :

- ✓ L'intervention directe : qui s'exerce par un contact avec les personnes vulnérables en leur fournissant des biens comme du matériel de soin et/ou en offrant des services tel un accompagnement et un suivi ;
- ✓ L'intervention indirecte : qui oriente les usagers en direction d'aides extérieures, par l'entremise du passage de témoin ;
- ✓ L'intervention positive : de par le lien particulier de confiance construit avec les usagers, par lequel le socio-éducateur fait prendre conscience aux usagers de leurs propres forces et ressources, afin que par eux-mêmes, ces derniers puissent opérer un changement.

Parazelli (2002 : 267) quant à lui, a établi une typologie des pratiques en cinq stratégies qui se décline comme suit : des interventions cherchant à améliorer l'accès aux services de dépistage, un suivi continu et individualisé, les modifications de comportements et l'acquisition de nouvelles habiletés, les approches visant l'empowerment et la mobilisation des ressources locales

3.3.4.6. Cadre de référence

Nous avons choisi pour cadre, le modèle de Soulet cité par E. Fridez (2014 : 99), qui fait toujours référence en la matière dans le champ du travail social. Soulet est un des rares à avoir thématiqué l'intervention sociale au quotidien par l'articulation de ses règles, ses principes et ses paradoxes. Il formalise notamment la quotidienneté en décrivant l'intervention empirique des professionnels. Sa grammaire aborde l'idée de rendre la méthodologie du travail social accessible et surtout visible, car trop souvent « les

travailleurs sociaux ne parviennent pas à dire ce qu'ils font, même s'ils le font bien ». Cela donne l'impression qu'il y a des sortes d'automatismes tellement bien rodés qu'il est impossible à ces travailleurs de les « désautomatiser » pour en rendre compte. L'ouvrage de Soulet représente ce compte-rendu de l'activité professionnelle des travailleurs sociaux. Les catégories de Soulet sont décomposées en axes, composantes et sous-composantes comme présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau N° 4 : Les caractéristiques structurelles de l'intervention

Axes	Composantes	Sous-composantes
Les caractéristiques structurelles	Le clair-obscur de l'organisation	Pesanteur organisationnelle et souplesse pédagogique
		Le rapport à la hiérarchie : entre contrainte formelle et soutien nécessaire
	Le bricolage comme forme de création	Travailler avec des matériaux imposés
		Trouver des solutions inédites et improvisées
	Une activité à double palier	
	L'échange comme valeur centrale	Echanger un outil essentiel de travail avec la clientèle
		Echanger des informations, une nécessité vitale
		Echanger, un soutien psychologique
	La gestion d'une double dynamique professionnelle et personnelle	L'investissement nécessaire de la personne
		Le travailleur social comme persona
		Trouver la bonne distance

Source : Soulet (1997), *les composantes de l'axe d'intervention*

Le clair-obscur de l'organisation relève ce qui est propre à l'institution et à son fonctionnement. Lorsque Soulet parle de pesanteur, il décrit notamment les réunions d'équipe vues comme une perte de temps par les intervenants eux-mêmes. En effet, il n'est pas aisé en terme relationnel de travailler en équipe alors que sur le terrain, l'intervenant évolue seul. De plus, souvent ces temps de réunions sont les moments durant lesquels les intervenants exécutent d'autres tâches relatives à l'action sur le terrain, comme la préparation d'entretien, la lecture, etc.

Soulet (1997 : 44) définit le terme bricoler comme « *le fait de devoir composer avec des matériaux de fortune, qu'on ne maîtrise pas, et donc rendant impensable une programmation effective du travail à l'exception des grandes lignes* ». Lorsque Soulet parle de Travailler avec des matériaux imposés, il soulève le caractère non maîtrisable de l'action, c'est-à-dire que l'intervenant doit pouvoir travailler avec toutes les personnes indépendamment de leur situation et de leur problématique. Pour cela, il doit être doté de créativité et d'inventivité au sein de son intervention, afin de trouver des solutions personnalisées, soulevant par là même le caractère unique des situations rencontrées. L'intervenant social doit user de ruse, de débrouillardise et de « combinardise » dans les situations auxquelles il doit faire face. Soulet souligne l'importance du réseau personnel et professionnel de l'intervenant afin que ce dernier puisse avoir des possibilités de réponses et de solutions dans ces situations identifiées comme alambiquées. Il doit être malin, habile et opportuniste, savoir tisser des liens de personne à personne, travailler en deçà des règles, des directives ou des réglementations en vigueur et trouver des alliés à tous les niveaux de la structure réticulaire sans se fourvoyer.

Souvent, les usagers ont besoin de choses très concrètes, comme un appartement, une aide à la gestion financière, etc. L'activité à double palier manifeste ce mécanisme qui permet derrière une simple gestion financière ou la mise en place d'un CV d'amorcer des problématiques plus profondes, relevant du psycho-rééducatif.

L'échange comme valeur centrale est essentielle pour Soulet. L'intervenant n'a souvent pas d'autres supports, avec le client, que la parole et l'écoute pour manifester un échange. Il est, de ce fait, dans une culture de l'oralité. L'échange d'informations va permettre au travailleur social de jouer ce rôle de traducteur et d'orienteur en faveur de l'usager dans les divers services. L'intervenant a besoin d'être en possession d'informations en tout genre d'une part, comme des informations sur les différents services en présence, afin d'orienter au mieux le client que de donner de l'information au réseau et à la clientèle, d'autre part. L'auteur met en exergue l'importance de l'intervision parce qu'il est primordial d'avoir des collègues avec lesquels il est possible d'échanger, de se ressourcer, de raconter, etc. Soulet (1997 : 84) affirme alors que : « *L'intervision permet d'obtenir un soutien personnel, offrir un ressourcement moral d'une part, s'échanger des informations, accroître le bagage des compétences professionnelles par l'échange d'expériences vécues, se refiler des tuyaux, de l'autre* ».

La gestion d'une double dynamique professionnelle et personnelle pose la problématique difficile de la gestion de la professionnalité dans ce perpétuel balancement entre la personnalisation et l'impersonnalisation de l'intervention. L'investissement de sa personne souligne le caractère convivial et de proximité qui peut être induit par l'intervenant dans la relation, afin de pouvoir jouer avec l'accessibilité, l'annulation de l'altérité et de l'éloignement du caractère formel de l'intervention. Le climat détendu, la bonne ambiance favorise l'intervention. De même, si l'intervenant parvient à développer une relation de confiance de personne à personne en faisant oublier l'institution, c'est gagné. En résumé, nous pouvons dire que c'est le contexte de l'intervention qui donne la teinte de la bonne distance relationnelle dans cette dynamique personnelle/professionnelle.

Pour étayer le tableau sur les caractéristiques structurelles de l'intervention, Soulet élabore, durant la même période, un second tableau sur les principes et les modalités de l'intervention socio-éducative :

Tableau N° 5 : Les principes et les modalités de l'intervention

Axes	Composantes	Sous-composantes
Les invariants praxéologiques	Gagner la confiance et faire émerger la demande	Réussir son entrée
		Donner un gage de crédibilité
		Décoder la vraie demande
	Responsabiliser par un travail d'association continue	
	Rompre la stigmatisation	Croire en l'autre
		Réhabiliter la personne
		Désamorcer la pression extérieure
	Restaurer la pression au sein du réseau de proximité	
	Etre un repère	Rappeler les engagements
		Etre un flotteur
	Faire acquérir un raisonnement stratégique	

Source : Soulet (1997), les composantes de l'axe d'intervention

Gagner la confiance et faire émerger la demande sont deux prérequis essentiels à une intervention. Il faut Réussir son entrée, en répondant à la question de comment entrer en contact avec un individu ou un groupe. Il faut trouver des points d'appui, prendre du temps, car généralement un moment intermédiaire de latence ponctue le déclic. Il est important de pouvoir décentrer l'intervention et la commencer par quelque chose de positif, de jouer d'une relation alliant formalisme et interpersonnalité. C'est à l'intérieur de cette étape que les protagonistes doivent réussir à s'approprier.

Donner un gage de crédibilité est primordial dans l'intervention. L'intervenant devra répondre à un objectif palpable, tangible qui souvent se traduit par une certaine technicité de l'action, afin de représenter pour le client un professionnel reconnu, stable, fiable et compétent. Dans cette composante, Soulet met aussi en avant deux garanties de crédibilité qui sont la sincérité et la transparence.

Responsabiliser par un travail d'association continue se définit comme l'association systématique du client au déroulement de l'intervention. Soulet précise que c'est un travail de collaboration et que l'intervenant ne va pas le faire à la place de quiconque. C'est au client d'effectuer le travail et non à l'intervenant, ce que Soulet nomme de « refus d'une délégation de tâches ». En parlant de la logique de l'effort, il affirme que c'est à la clientèle de faire l'effort dans la situation, afin de montrer sa volonté de s'en sortir ; la franchise et la transparence étant des composantes essentielles dans ce travail de responsabilisation.

Rompre la stigmatisation se situe à deux niveaux : intérieur, propre à la personne, et extérieur, propre à l'entourage, à l'environnement, aux différents réseaux de proximité, etc. En effet, l'intervenant doit pouvoir avoir une confiance défiant toute épreuve envers son client, afin que celui-ci puisse sentir un soutien rassurant. L'intervenant doit croire aux potentiels de ses clients, en leurs capacités d'évolution, il doit pouvoir développer une sorte de croyance inconditionnelle en leurs potentiels de changement et de développement. L'intervenant doit avoir comme référence les valeurs humanistes basées sur la potentialité et la dignité humaine. De plus, l'intervenant doit pouvoir revaloriser l'autre, lui faire découvrir ses ressources et lui faire redécouvrir les expériences positives qu'il a vécues, pour lui redonner foi en la vie, foi en ses possibilités. Réhabiliter la personne passe aussi par le respect du rythme de la personne, le respect de ses pratiques, de ses croyances, etc.

Restaurer la communication au sein du réseau primaire implique que le travailleur social joue un rôle de facilitateur et d'arbitre au sein du réseau de proximité et permet des

échanges en restaurant la communication. En effet, son intervention se centre principalement sur les familles et il doit souvent jouer ce rôle de restaurateur de la communication en leur sein. Il est de ce fait, un garant que la communication va bien se passer. De plus, il utilise son exemple d'intervention pour démontrer que cela peut bien se passer avec des techniques comme la reformulation, l'apprentissage à communiquer, etc.

Etre un repère signifie pour l'intervenant d'être responsable et d'avoir une présence continue dans l'intervention, devenant ainsi un repère non seulement pour le client mais également pour les institutions qui travaillent avec ce client. Par sa fonction de rappel, l'intervenant tente de faire intérioriser les exigences, les conditions institutionnelles et les règles de fonctionnement à sa clientèle. Le mandat ou la raison d'être de l'intervention deviennent un outil euristique car ils permettent à l'intervention de s'appuyer sur quelque chose de stable en articulant aide et autorité. L'intervenant sait exactement où est sa place et doit pouvoir intervenir sur la durée. Les notions de durabilité et de pérennité de l'intervenant sont essentielles.

Soulet fait une différence entre tactique et stratégie. La première est caractérisée par son indépendance aux circonstances, à saisir l'occasion quelle qu'elle soit. Elle peut dire blanc aujourd'hui et noir demain sans se fourvoyer. La stratégie se caractérise par la logique formelle et rationnelle, elle est cohérente et fuit la contradiction. Comme le mentionne Soulet (1997 : 204), « *on comprend mieux dès lors l'attention que portent les travailleurs sociaux à faire acquérir un raisonnement stratégique à la clientèle. Il faut se méfier de toute intervention non maîtrisée, menée par les événements, dans l'urgence et sous la pression de la clientèle, et donc rompre avec une attitude de la clientèle souvent proche du tout, tout de suite* ».

Nous achevons cette partie par l'établissement d'un tableau récapitulatif de nos théories explicatives ; ceci nous permettra de passer directement à la seconde partie de notre travail à savoir : Le cadre méthodologique et opérationnel de l'étude

Tableau N° 6 : Essentiel à retenir des théories explicatives du sujet

APPROCHES	DYNAMIQUE DES GROUPES RESTREINTS	COMPORTEMENT PRO-SOCIAL	INTERVENTION SOCIO-EDUCATIVE
Courant	Psychosocial	Philosophique, Psychosocial, Socioculturel...	Educatif, Psychosocial, Socioculturel...
Concepteurs	Lewin, Festinger, Mucchielli, Anzieu, Kelman, Asch, Fishbein...	Aristote, Hobbes, Nietzsche, Freud, Batson, Mc Dougall, Darwin...	Mayer, Baudrillard, Medini, Barreyre, Bourgeon, Lindsay, Sommier, Lenoir, Altet, Not,
Définition	Ensemble des phénomènes, mécanismes et processus psychiques et sociologiques qui émergent et se développent dans les petits groupes sociaux appelés aussi groupes restreints, durant leur activité en commun	Ensemble des comportements d'aide dirigés vers autrui dans le but de lui apporter un avantage voire un bien-être physique ou psychologique. C'est un comportement volontaire dans l'intention de rendre service ou d'aider	Processus selon lequel un éducateur social vise, par des activités planifiées, le développement personnel et social des personnes, des familles, des groupes, ou des collectivités qui le consulte
Principe essentiel	« Tout groupe fonctionne selon un équilibre quasi stationnaire et résiste à tout changement autre que des variations autour de cet équilibre. En agissant sur un élément privilégié, on peut modifier la structure d'ensemble ; le petit groupe, ainsi transformé, devient l'agent du changement social à l'intérieur de secteurs plus vastes de la collectivité »	« Le comportement prosocial est l'acte d'aider, tandis que l'altruisme correspond à la motivation pour ses actions. L'hypothèse d'une motivation égoïste ne suffisant pas, les comportements prosociaux pourraient résulter d'une motivation altruiste »	« Les éducateurs sont confrontés à une grande variété de modalités d'interventions : des situations uniques, multidimensionnelles, urgentes, simultanées et incertaines et ils doivent prendre des décisions en l'absence d'indications précises quant à la pertinence et la fiabilité des données, ainsi qu'aux conséquences »
Caractéristiques	Selon Roger Mucchielli on distingue : Les interactions entre ses membres, la reconnaissance d'objectifs collectifs, l'émergence de normes ou règles de conduite, la formation d'une structure portant sur l'affectivité (sympathie/l'antipathie), l'existence d'émotions et de sentiments collectifs communs, l'existence d'un inconscient collectif, la réalisation d'un certain niveau d'équilibre interne et de relations stables avec l'extérieur.	Pour Lewin, on a : L'apprentissage, l'intégration des normes sociales et personnelles, le sentiment de détresse personnelle et l'affect ressenti face à certaines situations Les recherches plus récentes identifient divers facteurs comme : La personnalité altruiste, le tempérament, l'humeur, les émotions, le genre, l'âge, la religion, la culture	Il s'agit généralement de : l'intervention directe, l'intervention indirecte et l'intervention positive Parazelli établit ce qui suit : les interventions cherchant à améliorer l'accès aux services, le suivi continu et individualisé, la modification des comportements, l'acquisition de nouvelles habiletés, les approches visant l'empowerment et la mobilisation des ressources locales
Notions évoquées	Dynamique, groupe, relations intra-groupales, nœud, rond...	Humanisme, altruisme, égoïsme, gènes, relations intra-espèce...	Intervention, savoir-être, savoir-faire, savoir s'y prendre, intuition, bricolage, improvisation...
Théories associées	Normalisation, conformisme, comportement planifié, action raisonnée, croyances sanitaires, socio-cognition, sentiment d'auto-efficacité...	Les approches : holistique des systèmes, géographique des facteurs, socio-économique, socio-culturelle, socio-environnementales...	Les méthodes d'intervention : sociale personnelle, sociale collective, éducative, socio-éducative

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE DE L'ETUDE

La méthodologie est selon S.A. Mouliom (Inédit : 46) : « *l'ensemble des méthodes, procédés et techniques permettant au chercheur de mener une investigation scientifique* ». Cette partie de notre étude présente les voies de développement empruntées ; elle constitue la phase pratique de notre travail et est structuré en trois chapitres à savoir : La méthodologie du sujet (chapitre 4), la présentation et l'analyse des résultats de la recherche (chapitre 5) et l'interprétation et la discussion des résultats de l'étude (chapitre 6).

CHAPITRE 4 :

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre, entendu comme essentiellement pratique, est la mise en train ou le début de la phase technique de notre travail. Il s'agit du déroulé de l'ensemble des méthodes, techniques et procédés utilisés pour expérimenter notre recherche en laboratoire et sur le terrain. Il comporte un récapitulatif du cadre théorique de notre étude, la présentation de notre type de recherche, de notre population d'étude et de la méthode de recherche retenue pour la conduite définitive de nos travaux (instrument, démarche, technique et modèle d'analyse des données).

4.1. RECAPITULATIF DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

4.1.1. Rappel du contexte de l'étude

A travers le monde, les Etats mettent en place des programmes nationaux visant la prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité, capables de développer et préserver le capital humain et de garantir la réalisation des droits fondamentaux des personnes. Le concept de vulnérabilité présente ainsi une double facette claire : il laisse percevoir d'une part, une notion de sujets exposés à des risques socio-économiques divers préjudiciables au bien-être, et d'autre part, il fait référence à une notion d'impuissance des personnes à faire face à ces risques. Pour L. Germain (2010 : 4.) la vulnérabilité du jeune enfant est « *le risque de compromission du développement physique, psychique et social de l'enfant comme résultat de l'exposition de ce dernier à des situations à même d'interférer négativement ou entraver ce développement* ». Partant de ces définitions, nous pouvons dire avec L. Germain (2010 : Ibid.) qu'un enfant en situation de vulnérabilité est « un enfant exposé au risque de non réalisation ou de réalisation insuffisante de ses droits, autrement dit, exposé à des situations qui interfèrent négativement sur son bien être psychophysique et social et entravent son développement ». Le tout petit est clairement la personne humaine la plus

vulnérable, au regard des conséquences néfastes durables et parfois irréversibles causés par la réalisation de risques, en particulier ceux relatifs à la survie et au développement.

Malgré les progrès remarquables en matière de lutte contre le paludisme, au niveau national en 2009, cette pandémie est responsable du décès d'environ trois personnes sur dix (soit 29%) selon le Rapport National de Progrès des OMD de l'INS (2012 : 27). Le nombre de cas a été estimé à 212 millions et le nombre de décès associés à 429 000 en 2015. En Afrique, la population n'ayant pas accès aux outils permettant de prévenir et de traiter la maladie se compte encore par millions. Le manque de financements et la fragilité des systèmes de santé restreignent l'accès aux interventions essentielles et compromettent la réalisation des objectifs mondiaux. Selon ledit rapport, moins de la moitié des 91 pays et territoires touchés par le paludisme sont en bonne voie pour réduire de 40 % l'incidence du paludisme et la mortalité associée, deux objectifs intermédiaires pour 2020.

Conscients de cet état de fait, les parents attendent de l'Etat et des institutions (présupposé fondamental) qu'elles assurent la sécurité de leurs enfants en milieu scolaires. Les événements anodins comme les contagions aux maladies saisonnières, ou graves comme les contagions aux maladies à évictions scolaires peuvent provoquer peur, angoisse et colère des parents. Dans les structures socio-éducatives, des organisations concertées localement (dynamique de groupe) permettent de tenir compte des contextes de crises et des situations particulières d'incidents : c'est le cas par exemple de la prise en charge des urgences, le suivi de pathologies chroniques très spécifiques ou encore lorsque les enfants font des caprices... Ces actes de secours coordonnés dépendent donc d'un ensemble de paramètres sociaux en présence que nous essaierons de mettre en évidence au cours de cette recherche.

Nous voulons ainsi mettre en évidence à travers notre sujet, l'influence qu'exerce le processus de prise en charge, mis en place dans les écoles, sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves. Il s'agit d'observer et d'amender l'encadrement socio-sanitaire des enfants victimes de paludisme en milieu scolaire primaire et de se questionner sur la façon dont les acteurs présents dans ce milieu s'organisent pour orienter cet encadrement ; d'où le choix de notre sujet « ***Processus de prise en charge en milieu scolaire et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*** ». Ce sujet permet de voir aisément que l'objet de la présente étude est la lutte contre le paludisme en milieu scolaire primaire.

Avant tout, relevons qu'à la lecture de quelques textes régissant la fonction des enseignants, l'Article 3, du titre premier (dispositions générales), du décret N° 2000/359 du 05 Décembre 2000, portant statut particulier des fonctionnaires des corps de l'Education

Nationale, stipule que : « *Les fonctionnaires des corps de l'Education Nationale ont pour missions d'assurer la formation intellectuelle et morale du futur citoyen, de préparer son insertion dans la vie active, de l'imprégner des valeurs socio - culturelles du Cameroun, de l'ouvrir au monde extérieur* »

L'Article 63, du Chapitre II (des obligations spécifiques), du titre VI (des droits et obligations spécifiques), du décret N° 2000/359 du 05 Décembre 2000, portant statut particulier des fonctionnaires des corps de l'Education nationale, stipule que : « *Outre les obligations prévues par le Statut Général de la Fonction Publique de l'Etat, tout fonctionnaire des corps de l' Education Nationale est soumis aux obligations communes d'encadrement pédagogique et de promotion prévues par le présent Statut Particulier* »

A la lecture des textes ci-dessus, on notera que les enseignants de par leur formation et dans l'exercice de leur fonction ne sauraient se substituer au personnel médical ; ainsi, pour éviter toute dérive, notons les faits saillants suivants : tandis que les structures universitaires publiques sont dotées de Centres Médicaux Sociaux pour le suivi sanitaire des étudiants, les établissements scolaires secondaires publics sont pourvus d'infirmières pour la prise en charge sanitaire des élèves ; les écoles maternelles et primaires publiques quant à elles, ne possèdent que de modestes boîtes à pharmacie très peu fournies, alors que :

- ✓ Les tout-petits dans leur innocence, sont très bruyants, constamment en mouvement et difficilement maitrisables en termes de jeux
- ✓ Le risque d'accident et de contagion par les maladies est plus élevé dans les cycles maternels et primaires
- ✓ Les campagnes sanitaires gouvernementales (vaccination, déparasitage...) y sont prioritaires et multiples et variées

Selon J.P. Carrière, (2013 : 11) : « *5 % des enfants présentent une ou plusieurs crises convulsives de gravité variable ; posant toujours en priorité le problème de leur cause, du risque de récurrence, et de l'urgence thérapeutique* ». D'après les propos des Directrices des Ecoles Primaires Publiques de Nsimyong II B et de Nkolbisson I A, lors d'un entretien, ce nombre de victimes reste élevé : environ 10 à 15 cas par trimestre et selon les saisons ; leur prise en charge, avant leur transfert dans les structures hospitalières, n'est pas toujours bien assurée à cause de diverses raisons. Nous citerons dans les lignes qui suivent quelques-unes :

- ✓ Les écoles primaires publiques sont peu ou pas du tout équipées de matériels de prise en charge sanitaire ;
- ✓ Les acteurs de la chaîne éducative (parents, élèves, enseignants...), ne pouvant se substituer au personnel médical, sont généralement peu ou pas du tout formés en méthodes de premiers secours ;
- ✓ Le développement d'attitudes défavorables et de comportements réfractaires de ces acteurs face aux incidents sanitaires et à l'égard de certaines pathologies qui apparaissent dans leur cadre de travail ;
- ✓ L'environnement du milieu éducatif est généralement inadéquat (insalubre, déviant, bruyant, malsain...) ;
- ✓ La coordination du suivi de la santé en milieu scolaire primaire est encore peu ou pas du tout normalisée (le service de la santé scolaire étant une Direction nouvellement créée au Ministère de l'Éducation de Base) ...

La professionnalité de l'éducateur réside, sans nul doute, au regard de cette recherche, dans sa capacité réflexive individuelle, à la compréhension de ce qui arrive dans le cadre de son travail ainsi que dans l'intentionnalité de l'action. C'est par ailleurs, aux travers de comportements anodins que vraisemblablement se situe l'expertise de l'éducateur. Plusieurs éléments, tels qu'enseignés dans les Ecoles Normales d'Instituteurs, sont relevés au sein des écoles maternelles et primaires publiques, dans la pratique par les éducateurs ; il s'agit principalement de :

- ✓ Saisir l'opportunité des situations en sachant gérer l'imprévu d'ordre surtout malheureux ou tragique ;
- ✓ Savoir improviser en prenant des décisions interventionnistes au moyen d'une intelligence spontanée ;
- ✓ Disposer d'une vigilance experte pour prévenir des comportements non normés et comprendre le sens que revêt un événement pour les différents résidents

Ainsi, face à une situation d'accident ou la manifestation (aggravation) d'une maladie chez un ou plusieurs élèves, le comportement des acteurs vivant la situation problématique, en milieu scolaire primaire, est généralement subjectif et ne prend pas en

compte l'existence de normes comportementales de prise en charge préétablies, qui permettent de gérer ce type de situation. Le manque d'équipements sécuritaire et sanitaire, l'absence des infirmiers dans les écoles, la non formation des enseignants en méthodes de premiers secours... sont autant de facteurs qui permettent de noter la mauvaise prise en charge des tout-petits (ici qualifiés de victimes) qui, de retour chez eux ou arrivés dans les structures hospitalières, voient leur cas aggravé ou leur maladie transmises par contagion aux autres ; ceci à cause des actes de prise en charge inappropriés, issus des cultures d'origines diverses et appliqués communément au sein des groupes. Citons par exemple comme types de comportements, médicalement inappropriés et basés sur les croyances traditionnelles, généralement observés dans les écoles les faits et gestes suivants :

- ✓ Engager des séances de prières pour chasser les mauvais esprits sur les malades probables de paludisme excessif, les victimes de crise d'épilepsie ou d'asthme
- ✓ Donner des médicaments, s'il y en a, sans examens préalables et sans tenir compte des probables allergies ou des particularités individuelles des malades ;
- ✓ Exiger qu'un enfant victime d'hémorragie nasale soulève la tête vers le ciel ou se couche sur le dos, face au ciel ;
- ✓ Faire boire et oindre de vin de palme les individus, de façon préventive, pour éviter la méningite ;
- ✓ Essayer si possible de redresser le membre d'un accidenté en cas de fracture, d'entorse, de luxation, de déboitement...
- ✓ Mettre de la salive sur les paupières de l'enfant en cas d'apparition d'abcès sur ces dernières ou d'inflammation de l'œil ;
- ✓ Mettre de l'huile de palme ou du cirage en cas d'abcès sur les parties du corps humain affectées ;
- ✓ Envelopper son doigt de plantes dites « médicinales » ou le mettre dans les latrines ou dans l'appareil génital féminin en cas de panaris (inflammation du doigt ou de l'orteil) ;
- ✓ Faire boire de l'eau versée sur un sol cimenté à un individu en cas d'angine (inflammation de la gorge) ;

- ✓ Boire ses propres urines en cas de morsure de serpent, de scorpion... ou déposer « la pierre noire » (s'il y en a) sur les traces de morsures ;
- ✓ Mettre la saleté issue du nettoyage des oreilles sur la peau en cas d'eczéma (affection cutanée caractérisée par des vésicules, des rougeurs qui causent des démangeaisons et peuvent suinter) ;
- ✓ Viser le malade de varicelle avec des grains de maïs ;

4.1.2. Rappel du problème de l'étude

Au regard de l'écart noté entre les efforts gouvernementaux visant la sécurité des individus en situation éducative (vaccination des enfants dans les écoles, construction des clôtures autour des écoles, fourniture minimum du matériel basique de santé, d'hygiène et de salubrité, contrôle des denrées alimentaires vendues dans les campus...) et les observations faites sur le terrain (l'encadrement des élèves par les enseignants qui, dans l'exercice de leur fonction ne sauraient se substituer au personnel médical), il se dégage un problème évident : **Au fil du temps, le niveau d'aggravation du paludisme varie de façon négative dans les écoles maternelles et primaires, rendant précaire la santé et la sécurité des élèves dans les structures éducatives.** Ceci est sûrement dû au processus de prise en charge des élèves, mis en place en milieu scolaire primaire, car les écoles primaires sont généralement peu ou pas du tout équipées en matériels de prise en charge sanitaire, les enseignants sont en majorité peu ou pas du tout formés en méthodes de premiers secours... alors que leur cadre de travail est sujet régulièrement de multiples maladies et divers accidents d'enfants.

Notre étude met en avant l'absence évidente de caractéristiques gestuelles ou techniques propres, qui s'offre à l'éducateur et qui rend, de ce fait, ce métier peu connu et reconnu par les autres professions. Il est essentiel de montrer la complexité de la pratique éducative par des analyses et des descriptions de la pratique, afin de pouvoir justifier le recours à un personnel toujours plus qualifié pour s'occuper des personnes vulnérables (handicapées, accidentées ou malades) ou en difficulté au regard des éléments évoquées plus haut. Nous voulons ainsi mettre en évidence la difficulté des acteurs de la chaîne éducative à assurer la sécurité socio-sanitaire des élèves, victimes de paludisme en milieu scolaire primaire public (la prévalence du paludisme étant toujours élevée en ce milieu selon le PNLP). Il s'avère donc nécessaire de se questionner sur la façon dont ces derniers se

déployaient pour faire face aux crises paludéennes apparaissantes dans leur cadre de travail ; d'où la formulation de nos questions de recherche.

4.1.3. Rappel des questions de recherche

La question de recherche est l'élément central de tout contenu scientifique qui expose des recherches et expérimentations. C'est une problématique spécifique au domaine scientifique qui possède un rôle et une place bien définis.

Dans le domaine de la recherche scientifique, la question de recherche est le questionnement initial qui précède la formulation d'hypothèses. Il s'agit d'un problème qui n'a pas encore été résolu, et son rôle est de générer une recherche qui puisse l'élucider ou l'expliquer clairement.

Partant de la formulation de notre problème de recherche qui établissait l'existence d'une relation d'influence probable entre le Processus de prise en charge mis en place en milieu scolaire et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves, nous avons construit une question principale et des questions spécifiques qui lui sont liées.

4.1.3.1. Question principale de recherche

Notre question principale a été formulée comme suit : Le processus de prise en charge mis en place à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?

A l'issue d'un recensement de potentiels éléments impliqués directement dans notre recherche, ceci collecté auprès d'individus choisis de façon non aléatoire (enseignants et élèves d'écoles primaires, camarades de promotion et enseignants d'université, encadreurs de recherche...), nous avons obtenu des facteurs (méthodes, techniques et procédés) qui répondent à notre question principale et interviennent dans le processus de prise en charge au sein des écoles maternelles et primaires ; citons ici :

- ✓ L'entretien de l'environnement (espace interne et externe) de l'école ;
- ✓ L'équipement de la boîte à pharmacie de l'école en matériel, produits et/ou outils médico-sanitaires ;
- ✓ Le comportement des acteurs directement impliqués dans le processus de prise en charge à l'école à savoir : les élèves, les enseignants et les parents d'élèves ;

- ✓ La temporalité (période et durée) du processus de prise en charge : saison sèche, saison des pluies, période d'accalmie épidémique, période de crise sanitaire... ;
- ✓ L'évaluation de l'efficacité et l'efficience du processus de prise en charge mis en place à l'école

Notons ici que tous ces éléments existent dans la grammaire expérimentale théorique de Soulet cité par E. Fridez (2014 : 151) ; cependant, dans le cadre de cette étude, les facteurs « temps », « efficacité et efficience » ont montré une certaine ambiguïté et ont été exclus pour diverses raisons, dont l'essentiel se résume à ce qui suit :

- ✓ Ils s'intègrent aisément aux autres modalités de la VI ;
- ✓ Nous ne faisons pas une étude comparative de type saisonnier ;
- ✓ Notre étude couvre plusieurs années scolaires et académiques : les données collectées seront ainsi d'ordre atemporel ;
- ✓ Les périodes de crises ou d'accalmie constituent à elles seules, les termes d'une étude influençant l'aggravation ou non des maladies ;
- ✓ Le chercheur, sans exclure le fait de suivre des règles méthodologiques préétablies, est maître de la conduite de ses travaux...

4.1.3.2. Questions spécifiques de recherche

En nous servant des divers facteurs recensés et de la littérature y afférente, nous avons retenu et formulé les questions spécifiques suivantes :

- ✓ **Q.S. 1 :** La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?
- ✓ **Q.S. 2 :** Le degré d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?
- ✓ **Q.S. 3 :** Le comportement des élèves à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux ?
- ✓ **Q.S. 4 :** Le comportement des enseignants à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?

- ✓ **Q.S. 5** : Le comportement des parents d'élèves à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?

4.2. HYPOTHESES DE L'ETUDE

L'hypothèse étant entendue comme étant la réponse provisoire à une question de recherche préalablement posée, le Larousse de Poche (2001 : 307) affirme qu'il s'agit d'une « *Proposition admise soit comme donnée d'un problème, soit pour la démonstration d'un théorème (axiome ; postulat)* »

Les hypothèses sont donc des propositions de réponse aux questions posées dans la mise en problème. Il s'agit dans le domaine des sciences d'une « *Proposition relative à l'explication de phénomènes naturels, admise provisoirement avant d'être soumise au contrôle de l'expérience. Elles doivent être opératoires (vérifiables, plausibles et précises) de manière à pouvoir être mises à l'épreuve empiriquement* »

Une hypothèse est une proposition, un « dit » ou une explication que l'on se contente d'énoncer sans prendre position sur son caractère véridique, c'est-à-dire sans l'affirmer ou la nier. Il s'agit donc d'une simple supposition. Une fois énoncée, une hypothèse peut être étudiée, confrontée, utilisée, discutée ou traitée de toute autre façon jugée nécessaire, par exemple dans le cadre d'une démarche expérimentale

Dans le cadre de cette étude, nous avons répondu à nos questions de recherche en formulant des hypothèses correspondantes. Nous distinguerons ainsi et ici une hypothèse générale et des hypothèses spécifiques qui y découlent directement.

4.2.1. Hypothèse générale

Répondant à notre question principale de recherche, nous avons formulé notre hypothèse générale de la manière suivante : « Le processus de prise en charge mis en place à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ». De cette hypothèse, nous avons présenté nos différentes variables, indépendante et dépendante à savoir :

V.I. : Processus de prise en charge à l'école

V.D. : Niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves

En nous servant des divers facteurs recensés et énumérés plus haut, nous avons opérationnalisé nos variables ; ce qui nous a permis d'obtenir les indicateurs, modalités et indices portés dans les tableaux suivants :

Tableau N° 7 : Opérationnalisation de la V.I.

VARIABLE	INDICATEURS	MODALITES	INDICES
Processus de prise en charge à l'école	Qualité d'entretien de l'environnement de l'école	Absence totale des souillures Présence parsemée des souillures Présence aggravée des souillures	Débarras fréquent des ordures Défrichage continu de la broussaille Nettoyage régulier des eaux usées
	Degré d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école	Quantité insuffisante de produits Quantité peu suffisante de produits Quantité très suffisante de produits	Fourniture d'anti-inflammatoires Approvisionnement en antibiotiques Livraison d'antipaludéens
	Comportement des élèves à l'école	Actes interdits Actes acceptables Actes recommandés	Savoirs hygiéniques manifestés Connaissances civiques appliquées Attitudes prosociales adoptées
	Comportement des enseignants à l'école	Pratiques non organisées Pratiques un peu organisées Pratiques très bien organisées	Encadrement pédagogique instauré Suivi administratif développée Assistance sociale mis en place
	Comportement des parents d'élèves à l'école	Disponibilité non significative Disponibilité peu significative Disponibilité très significative	Contribution financière implémentée Apport matériel aménagée Accompagnement socio-culturel établi

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

Tableau N° 8 : Opérationnalisation de la V.D.

VARIABLE	INDICATEURS	MODALITES	INDICES
Niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	Fréquences élevées observées	Tendance croissante Tendance constante Tendance décroissante	Présence des malades à l'école

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

4.2.2. Hypothèses spécifiques

Répondant à nos différentes questions spécifiques, et à travers le croisement des modalités de nos variables indépendante et dépendante, nous avons formulé cinq hypothèses de recherche de la manière suivante :

- ✓ **H.R. 1 :** La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
- ✓ **H.R. 2 :** Le degré d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
- ✓ **H.R. 3 :** Le comportement des élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux
- ✓ **H.R. 4 :** Le comportement des enseignants à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
- ✓ **H.R. 5 :** Le comportement des parents d'élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves

A l'issu de tout ce qui a été fait jusqu'à présent, nous avons élaboré un tableau récapitulatif dans lequel on retrouve le sujet de notre étude, les variables, les indicateurs, les modalités, les indices et les hypothèses de notre recherche (voir page suivante). Ce travail nous permettra de passer sans vaciller à la suite de ce chapitre qui comprendra les parties suivantes : Le type de recherche, la population et l'échantillon d'étude, la méthode de recherche retenue pour la conduite définitive de nos travaux (technique d'investigation, instrument et démarche de collecte des données, technique et modèle d'analyse des données)

Tableau N° 9 : Récapitulatif du sujet, des variables, des indicateurs, des modalités et des indices de l'étude

SUJET	VARIABLES	INDICATEURS	MODALITES	INDICES
Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	V.I. : Processus de prise en charge à l'école	Qualité d'entretien de l'environnement de l'école	Absence totale des souillures Présence parsemée des souillures Présence aggravée des souillures	Débarras fréquent des ordures Défrichage continu de la broussaille Nettoyage régulier des eaux usées
		Degré d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école	Quantité insuffisante de produits Quantité peu suffisante de produits Quantité très suffisante de produits	Fourniture d'anti-inflammatoires Approvisionnement en antibiotiques Livraison d'antipaludéens
		Comportement des élèves à l'école	Actes interdits Actes acceptables Actes recommandés	Savoirs hygiéniques manifestés Connaissances civiques appliquées Attitudes prosociales adoptées
		Comportement des enseignants à l'école	Pratiques non organisées Pratiques un peu organisées Pratiques très bien organisées	Encadrement pédagogique instauré Suivi administratif développée Assistance sociale mis en place
		Comportement des parents d'élèves à l'école	Disponibilité non significative Disponibilité assez significative Disponibilité très significative	Contribution financière implémentée Apport matériel aménagée Accompagnement socio-culturel établi
	V.D. : Niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	Fréquences élevées observées	Tendance croissante Tendance constante Tendance décroissante	Présence des malades à l'école

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

4.3. TYPE DE RECHERCHE

Deux paramètres ont orienté le choix de notre type de recherche : l'objet et le champ de notre recherche

En ce qui concerne l'objet de notre recherche, nous nous intéressons au niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves du niveau scolaire maternel et primaire. A travers notre sujet, nous voulons mettre en évidence l'influence qu'exerce le processus de prise en charge mis en place à l'école sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves. Autrement dit, il s'agit ici d'observer et d'amender, dans la mesure du possible, l'encadrement socio-sanitaire et pré-hospitalière des enfants victimes de paludisme en milieu scolaire maternel et primaire public.

Quant au champ de notre recherche, nous dirons que notre étude relève du domaine des Sciences de l'Education, particulièrement de l'Intervention, de l'Orientation et de l'Education Extra-scolaire, précisément du champ de l'Intervention et de l'Action Communautaire. Le processus de prise en charge mis en place dans les écoles étant l'apanage du psychologue spécialiste de l'intervention et de l'action communautaire, signalons qu'elle peut aussi être faite par les secouristes, les infirmiers, les psychiatres, les sociologues, les anthropologues... Cette prise en charge, pour être bien faite, nécessite des connaissances en premiers secours, en intervention individuelle ou en encadrement groupal

Les deux paramètres évoqués plus haut, nous avons opté, dans le cadre de notre étude, pour une recherche quasi-expérimentale basée sur une enquête. Cette pratique exige le recours à diverses méthodes et techniques tels que les sondages, les entretiens libres ou orientés, les interviews...

Selon le Larousse de Poche (2001 : 283), une enquête se définit comme étant « *la recherche de la vérité par l'audition de témoins et l'accumulation d'informations. C'est une recherche méthodique reposant sur des questions et des témoignages* »

En sciences sociales, l'enquête est une méthode de recueil de données primaires à partir d'un questionnaire administré à un échantillon issu d'une population cible. Elle peut prendre diverses formes telles que le sondage politique, un essai clinique, une étude transversale, etc. c'est une méthode de recherche, une démarche scientifique visant à collecter des informations de manière systématique dans le but de décrire expliquer et comparer les objets et phénomènes individuels et sociaux

Ghiglione et Matalon (2004 : 15) définissent l'enquête comme « *une interrogation particulière portée sur une situation comprenant des individus et ce, dans un but de généralisation* ».

Selon Moser (1998 : 257) « *l'enquête consiste à recueillir des données verbales auprès des groupes de personnes appelés échantillon de sujets, choisis en fonction d'objectifs précis, dans le but de décrire et d'analyser une situation particulière* ».

Réaliser une enquête, c'est donc interroger un certain nombre d'individus en vue d'une généralisation auprès d'une population donnée. Etant donné qu'il s'agisse avant tout d'interrogation, l'enquête se distingue de :

- L'observation, où l'intervention du chercheur essaie d'être minimale
- L'expérimentation, où le chercheur crée et contrôle la situation dont il a besoin.

On ne peut parler d'enquête sans évoquer les individus qu'on devra interroger : il s'agit ici de la population d'étude ; point évoqué dans les lignes suivantes

4.3. POPULATION DE L'ÉTUDE

La population d'étude peut être définie comme étant l'ensemble des individus présentant les mêmes caractéristiques, servant à les regrouper, et sur lesquels le chercheur applique les résultats de son étude. La notion de la population d'étude dans le cadre d'une investigation n'est pas à confondre avec celle de la population dans le contexte d'un recensement démographique par exemple. L'élargissement de cette notion nous amène à définir la population d'étude comme étant l'ensemble des sujets concernés dans l'objet de la recherche. Ce sont des sujets que le chercheur cible pour mener son enquête.

La sociologie définit la population « *comme l'ensemble des personnes occupant, à une période donnée une zone spécifique (ville, pays ou continent)* ». La discipline qui consiste à étudier les populations est la démographie.

En statistique descriptive, une population d'étude est définie comme étant « *un ensemble fini d'objet, des individus ou des unités statistiques sur lesquelles une étude porte et dont les éléments répondent à une ou plusieurs caractéristiques communes. Elle est donc l'ensemble des individus auxquels s'applique l'étude* »

En sciences sociales et éducatives, le choix de la population est d'une importance capitale. A ce titre, afin de cibler les individus concernés par notre étude, nous déterminerons ici, partant du général au particulier et en respectant la méthode entonnoir, la

population mère (encore appelée population parente, population totale, population globale, population générale...), la population cible, la population accessible et l'échantillon.

4.3.1. La population mère

Comme dans notre étude nous manipulons le processus de prise en charge mis en place à l'école pour observer son impact sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves, la population à laquelle nous nous intéressons est l'ensemble des enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques du Cameroun. Ceux-ci sont généralement associés aux élèves et aux parents d'élèves, mais ils constituent les premiers acteurs de la chaîne éducative, qui interviennent dans la mise en place du processus de prise en charge socio-sanitaire à l'école.

L'avantage de travailler avec les enseignants dans le cadre de cette étude est que :

- ✓ Contrairement aux élèves, les enseignants sont plus matures et aptes à répondre aisément et rapidement à une enquête après explications des conditions de travail (règles, consignes, tâches...)
- ✓ Contrairement aux parents d'élèves qui sont éparpillés dans la nature et pour la plupart d'entre eux analphabètes dans notre environnement, on retrouve les enseignants aisément au même moment (pendant les classes) dans un même espace (l'école)

Selon l'annuaire statistique du Cameroun de l'Institut National de la Statistique (2010 : 33), l'effectif des enseignants est environ de **52 411** personnes, dont **24 148** femmes et **28 263** hommes (voir exemplaire joint en annexe). Les informations présentes nous ont permis de monter le tableau récapitulatif suivant :

Tableau N° 10 : Récapitulatif de la population mère

MODALITES (xi)	EFFECTIF (ni)			FREQUENCES (fi en %)		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques du Cameroun	24 148	28 263	52 411	46,07	53,93	100

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

L'effectif énoncé plus haut étant très grand, parce que nous ne pouvons le couvrir à partir de nos propres moyens, nous l'avons réduit en le limitant à la seule Région du Centre ; constituant ainsi notre population cible.

4.3.2. La population cible

C'est un sous-groupe de la population mère. Il s'agit ici de l'ensemble des enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de la Région du Centre. Il se chiffre à environ **12 240** personnes, dont **8 512** femmes et **3 728** hommes selon la carte scolaire, jointe en annexe, de la Délégation Régionale de l'Education de Base de la Région du Centre (2016 : 12), relative au recensement de la population enseignante du Cameroun. Les informations présentes nous ont permis de monter le tableau récapitulatif suivant :

Tableau N° 11 : Récapitulatif de la population cible

MODALITES (xi)	EFFECTIF (ni)			FREQUENCES (fi en %)		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de la Région du Centre	8 512	3 728	12 240	69,54	30,46	100

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Ce nombre étant encore très grand, nous nous sommes contentés de ceux des sept Arrondissements de la ville de Yaoundé, département du Mfoundi, constituant ainsi notre population accessible.

4.3.3. La population accessible

Elle est extraite de la population cible. Notre population accessible est l'ensemble des enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques des sept Arrondissements de la ville de Yaoundé. Il se chiffre à environ **3 793** personnes, dont **3 310** femmes et **483** hommes selon la carte scolaire, jointe en annexe, de la Délégation Régionale de l'Education de Base de la Région du Centre (2016 : 8), relative au recensement de la population enseignante du Cameroun. Les informations y afférentes nous ont permis de monter le tableau récapitulatif suivant :

Tableau N° 12 : Récapitulatif de la population accessible

MODALITES (xi)	EFFECTIF (ni)			FREQUENCES (fi en %)		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques du Département du Mfoundi	3 310	483	3 793	87,27	12,73	100

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Cet effectif étant toujours très grand, grâce à une technique d'échantillonnage probabiliste, nous sommes demeurés dans les sept Arrondissements de la ville de Yaoundé, département du Mfoundi, mais l'avons réduit à un nombre raisonnable et recouvrable afin d'obtenir notre échantillon.

4.4. ECHANTILLON DE L'ETUDE

4.4.1. Technique d'échantillonnage

Il existe plusieurs techniques d'échantillonnage et elles peuvent être classées en deux groupes : probabilistes et non probabilistes. La différence entre ces deux techniques tient à une hypothèse de base au sujet de la nature de la population étudiée.

Dans le cas des techniques probabilistes, chaque unité a une chance d'être sélectionnée, tandis que ce n'est pas le cas dans celles non probabilistes. On suppose que la distribution des caractéristiques à l'intérieur de la population est égale. Cela fait croire au chercheur que n'importe quel échantillon serait représentatif et que les résultats, par conséquent, seront exacts.

Dans les techniques non probabilistes, puisqu'on choisit arbitrairement des unités, il n'existe aucune façon d'estimer la probabilité pour une unité quelconque d'être incluse dans l'échantillon. Ainsi, ces techniques ne procurent aucunement l'assurance que chaque unité aura une chance d'être incluse dans l'échantillon.

Dans le cadre de notre étude, en appliquant les modalités de l'échantillonnage aléatoire simple, technique probabiliste qui consiste à constituer l'échantillon en procédant par tirage au sort, nous avons commencé premièrement par sélectionner les écoles se

trouvant dans le répertoire des écoles du Département du Mfoundi, puis comptabiliser le nombre d'enseignants concernés dans chaque école au moyen de la cartographie scolaire issue des documents du MINEDUB. Il faut vite reconnaître que, si le choix des écoles s'est opéré de manière aléatoire simple, la difficulté de trouver des enseignants disponibles et disposés à répondre à notre questionnaire nous a poussé à nous contenter d'un échantillon occasionnel des enseignants. Ne pouvant donc pas aisément couvrir lors de notre enquête toute notre population accessible, pour obtenir notre échantillon, nous avons tout d'abord effectué des calculs de proportionnalité, puis utilisé la technique d'échantillonnage dite « échantillonnage aléatoire simple ». De ce fait, nous avons procédé comme suit :

- ✓ Effectuer un recensement des différentes écoles comprenant les acteurs pouvant faire partie de notre échantillon ;
- ✓ Fixer un quota maximal raisonnable et réalisable d'enseignants à couvrir pour la collecte des données ;
- ✓ Effectuer les calculs permettant de trouver le nombre approximatif de sujets devant faire partie de l'échantillon ;
- ✓ Procéder à un tirage aléatoire simple des établissements, suivant le quota préalablement fixé, à atteindre pour la continuité de notre étude

Partant du tableau récapitulatif de notre population accessible et désirant obtenir un échantillon de 1.000 (mille) sujets au maximum, nous avons procédé comme énoncé plus haut pour obtenir notre échantillon. Notre barre échantillonnale fixée, conformément au ratio moyen d'enseignants par école, nous avons estimé dans les établissements scolaires du Département du Mfoundi ce qui suit :

- ✓ Dans chaque Ecole Maternelle Publique, on trouve environ 6 (six) enseignants auxquels s'ajoute la directrice ; on a alors un total de 7 (sept) enseignants ;
- ✓ Dans chaque Ecole Primaire Publique, on trouve environ 12 enseignants auxquels s'ajoute le(la) directeur(trice), pour un total de 13 (treize) enseignants

Nous avons ensuite par raisonnement mathématique posé les conditions suivantes, devant nous permettre de trouver le nombre d'enseignants et le nombre d'écoles correspondants à notre échantillon :

- ✓ Soient « x » le nombre d'enseignants des Ecoles Maternelles Publiques et « y » le nombre d'enseignants des Ecoles Primaires Publiques
- ✓ Par raisonnement logique, nous posons l'équation suivante permettant de trouver le nombre d'enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques : $7x + 13y = 1.000$
- ✓ Si « $x = 1$ » et « $y = 1$ » le nombre d'enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques est égal à **20**
- ✓ La base du calcul sera donc : $1.000 \div 20 = 50$
- ✓ Le nombre probable d'enseignants des Ecoles Maternelles Publiques est trouvé de la manière suivante : $50 \times 7 = 350$
- ✓ Le nombre probable d'enseignants des Ecoles Primaires Publiques est trouvé de la manière suivante : $50 \times 13 = 650$

4.4.2. Échantillon sélectionné

L'échantillon étant l'infime partie de la population accessible sur laquelle le chercheur mène directement son étude ; il est représentatif de toutes les caractéristiques présentes au sein de la population dans laquelle il est extrait.

Selon le Larousse de Poche (2001 : 247), l'échantillon est un concept qui présente à lui seul une dizaine de définitions. Notons ainsi que :

« *L'échantillon est :*

- *En industrie, la petite partie d'une marchandise servant de référence à une fabrication ou à une fourniture (échantillon de tissu, de papier peint) ;*
- *Dans le marketing, la petite quantité d'un produit diffusé gratuitement afin de le faire connaître du public (échantillon publicitaire de parfum) ;*
- *Dans le commerce, la petite quantité (d'une marchandise) qu'on montre pour donner une idée de l'ensemble (échantillon de parfum) ;*
- *Dans les activités postales, l'objet confié au service des postes pour être expédié, en paquet non clos, à tarif réduit et sans droit à indemnité en cas de perte ;*
- *En métrologie, l'objet type avec lequel on confronte d'autres objets semblables ;*

- *En musique, l'extrait d'un enregistrement utilisé pour composer une œuvre nouvelle ;*
- *Dans le bâtiment, des dimensions types réglementaires de certains matériaux ;*
- *En géologie, une portion de minéral, de roche, de fluide, prélevée pour être étudiée ;*
- *En chimie, la fraction d'un lot de matériau sur laquelle on procède à des mesures, analyses ou essais ;*
- *Dans le cadre de la documentation, un spécimen remarquable, typique de quelque chose (échantillon d'une espèce, d'un genre, de la poésie française du 16^e siècle...) ;*
- *En morale, un exemple, un aperçu de la qualité ou un cas représentatif de quelque chose (échantillon de son savoir-faire) ;*
- *En cybernétique, la valeur d'une grandeur échantillonnée à un instant d'échantillonnage ;*
- *En histoire, la personne, individu représentatif d'une espèce par ses propriétés physiques ou par son comportement : Un échantillon de nos solides paysans d'autrefois ;*
- *En démographie, l'ensemble représentatif d'une « population mère » possédant les mêmes caractéristiques. Il est constitué soit au hasard, soit suivant la méthode des quotas... »*

Dans l'optique de dire que l'échantillon désigne une petite quantité de quelque chose visant à éclairer certains aspects généraux du problème, A. Pires (1997 : 111) a souligné que : *« lorsqu'on ne peut pas tout prendre, l'idée qu'on doit choisir ou sélectionner une partie de l'ensemble nous amène automatiquement à penser en terme d'échantillon. Inversement, lorsqu'on est poussé à penser à un échantillon, on associe cette notion essentiellement à l'idée de choix ou de sélection »*

Nous retenons dans le cadre de notre étude que l'échantillon est un ensemble limité de sujets sur lesquels porte une étude dont les résultats peuvent être généralisés à la population d'où elle est extraite.

Pour trouver le nombre d'individus devant faire partie de notre échantillon, nous avons appliqué la règle de trois dans notre population accessible comme le montre les calculs suivants :

✓ **Le nombre d'hommes :**

$$\left. \begin{array}{lcl} 1.000 & \longrightarrow & 3.793 \\ X & \longrightarrow & 483 \end{array} \right\} \quad X = \frac{1.000 \times 483}{3.793}$$

$$X = 127,34$$

$$\underline{\underline{X \approx 127}}$$

✓ **Le nombre de femmes :**

$$\left. \begin{array}{lcl} 1.000 & \longrightarrow & 3.793 \\ Y & \longrightarrow & 3.310 \end{array} \right\} \quad Y = \frac{1.000 \times 3.310}{3.793}$$

$$Y = 872,66$$

$$\underline{\underline{Y \approx 873}}$$

✓ **Le nombre total :**

$$X + Y = 127 + 873 \longrightarrow \underline{\underline{X + Y = 1.000}}$$

Partant des calculs précédents, nous avons monté le tableau récapitulatif suivant :

Tableau N° 13 : Récapitulatif de l'échantillon

MODALITES (xi)	EFFECTIF (ni)			FREQUENCES (fi en %)		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques du Département du Mfoundi	873	127	1 000	87,30	12,70	100

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Le tableau N° 8 nous a permis d’apprécier la taille de notre échantillon par rapport à la population accessible. Nous avons ainsi obtenu les différents taux de sondage (T.S.) à partir de la formule suivante :

$$\text{Taux de sondage} = \frac{\text{Echantillon}}{\text{Population accessible}} \times 100$$

A partir de la formule précédente, nous avons obtenu le tableau suivant :

Tableau N° 14 : Récapitulatif du taux de sondage

MODALITES (xi)	FREQUENCES (fi en %)		
	Femmes	Hommes	Total
Taux de sondage	26,37	26,29	26,36

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nos taux de sondage étant tous supérieurs à 20 %, nous pouvons affirmer que notre échantillon est significativement représentatif de la population accessible.

Les calculs nécessaires effectués, nous avons sélectionné de façon aléatoire simple, parmi toutes les Ecoles Maternelles et Primaires Publiques du Département du Mfoundi, les écoles dans lesquelles se trouvent les individus devant faire partie de notre échantillon. Pour nous y rendre, nous nous sommes munis au préalable d’autorisations de recherche obtenues auprès des personnalités académiques et administratives suivantes (voir annexes) :

- ✓ Le Coordonnateur de l’Ecole Doctorale de l’Université de Yaoundé 1 ;
- ✓ Le Délégué Départemental de l’Education de Base pour le Mfoundi ;
- ✓ Les Inspecteurs d’Arrondissement de l’Education de Base du ressort de commandement du précédent Délégué Départemental ;
- ✓ Les Chefs d’établissement des écoles maternelles et primaires publiques des ressorts de commandement des précédents Inspecteurs d’Arrondissement.

Après l'obtention des diverses autorisations de recherche, nous nous sommes rendus dans les écoles maternelles et primaires publiques sélectionnées, pour la collecte de nos données (voir attestations de recherche en annexe). Il est à noter ici que, dans le cadre du respect et de la maîtrise des quotas échantillonnaires préalablement évalués, nous avons reparti ces écoles en quatre groupes : Les Ecoles Maternelles Publiques Francophones, Les Ecoles Maternelles Publiques Anglophones, Les Ecoles Primaires Publiques Francophones et Les Ecoles Primaires Publiques Anglophones,

Ainsi, la liste des écoles dans lesquelles nous avons effectué un passage dans le cadre de notre recherche est la suivante :

✓ **ECOLES MATERNELLES PUBLIQUES FRANCOPHONES :**

- Le Complexe Scolaire Maternel Public de la Cité Verte qui compte 02 écoles
- Le Complexe Scolaire Maternel Public de MESSA qui compte 02 écoles
- Le Complexe Scolaire Maternel Public d'EKOUDOU qui compte 02 écoles
- Le Complexe Scolaire Maternel Public de l'EMIA qui compte 03 écoles
- L'Ecole Maternelle Publique d'ETOUG-EBE qui compte 01 école
- Le Complexe Scolaire Maternel Public de NKOLBISSON qui compte 02 écoles
- L'Ecole Maternelle Publique de la GENDARMERIE MOBILE qui compte 01 école
- Le Complexe Scolaire Maternel Public de BIYEM-ASSI ACACIA qui compte 03 écoles

✓ **ECOLES MATERNELLES PUBLIQUES ANGLOPHONES :**

- ETOUG-EBE English Nursery School qui compte 01 école
- NKOLBISSON English Nursery School Complex qui compte 02 écoles
- EKOUDOU English Nursery School qui compte 01 école
- MADAGASCAR SOURCES English Nursery School qui compte 01 école
- THE LAKE English Nursery School Complex qui compte 02 école

✓ **ECOLES PRIMAIRES PUBLIQUES FRANCOPHONES :**

- Le Complexe Scolaire Primaire Public de la Cité Verte qui compte 03 écoles
- Le Complexe Scolaire Primaire Public de MESSA qui compte 05 écoles
- Le Complexe Scolaire Primaire Public d'EKOUDOU qui compte 05 écoles
- Le Complexe Scolaire Primaire Public de l'EMIA qui compte 03 écoles
- Le Complexe Scolaire Primaire Public des SOURCES ET MESSA-VALLEE DE MADAGASCAR qui compte 06 écoles
- Le Complexe Scolaire Primaire Public de NKOLBISSON qui compte 06 écoles
- Le Complexe Scolaire Primaire Public du PLATEAU ATEMENGUE qui compte 03 écoles
- Le Complexe Scolaire Primaire Public du CENTRE ADMINISTRATIF qui compte 06 écoles
- Le Complexe Scolaire Primaire Public de BIYEM-ASSI ACACIA qui compte 04 écoles

✓ **ECOLES PRIMAIRES PUBLIQUES ANGLOPHONES :**

- NKOLBISSON English Primary School Complex qui compte 03 écoles
- EKOUDOU English Primary School Complex qui compte 02 écoles
- THE LAKE English Primary School Complex qui compte 05 écoles
- ETOUG-EBE English Primary School Complex qui compte 02 écoles
- MADAGASCAR SOURCES English Primary School Complex qui compte 02 écoles

Le dénombrement, à travers une statistique descriptive simple (répartition et classification), de toutes les Ecoles Maternelles et Primaires Publiques précédentes nous a permis de monter le tableau récapitulatif suivant :

Tableau N° 15 : Récapitulatif des écoles parcourues

SOUS-SYSTEMES	ECOLES PUBLIQUES		TOTAL
	Maternelles	Primaires	
Anglophone	7	14	21
Francophone	16	40	56
TOTAL	23	54	77

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Le précédent tableau, issu d'un échantillonnage, montre deux faits saillants dans le Département du Mfoundi, en terme de carte scolaire : Il y'a plus d'écoles francophones que d'écoles anglophones et il y'a plus d'écoles primaires que d'écoles maternelles

A la suite de ce tableau récapitulatif, nous passons directement aux diverses techniques d'investigations utilisés dans notre étude :

4.5. TECHNIQUES D'INVESTIGATION

Nous avons utilisé dans notre étude, diverses techniques d'investigations dont les principales sont les suivantes :

4.5.1. L'observation directe

Nous avons observé personnellement, durant nos nombreux passages dans les Ecoles Maternelles et Primaires Publiques, de quelques régions du Cameroun en général et celles de Yaoundé en particulier, que la santé et la sécurité des élèves y étaient négligées alors que ce milieu est hautement accidentogène et le risque de contracter les maladies y est élevé.

Désirant apporter une solution sociale à ce problème communautaire, ceci à travers des actes scientifiques et techniques, nous avons conçu une grille d'observation (voir exemplaire en annexe) à partir de laquelle nous avons vérifié l'existence et la pertinence de nos questions de recherche ; Nos observations dans les écoles-tests nous ont permis de monter le tableau récapitulatif suivant :

Tableau N° 16 : Récapitulatif des observations dans les écoles-tests

VARIABLES EVALUEES	QUESTIONS	OBSERVATIONS	CONCLUSIONS
Le niveau d'aggravation du paludisme dans les E.M.P. et les E.P.P.	Question 1.1.	Il y'a de nombreux enfants victimes de paludisme dans les écoles	Variable existante et à pertinence avérée
	Question 1.2.	Les victimes du paludisme ne sont pas enregistrées dans les écoles	
	Question 1.3.	L'apparition du paludisme dans les écoles a une fréquence assez élevée	
Le processus de prise en charge dans les E.M.P. et les E.P.P.	Question 4.1.	L'entretien de l'environnement scolaire se fait de façon hebdomadaire	Variable existante et à pertinence avérée
	Question 4.2.	L'environnement externe des écoles est insalubre	
	Question 4.3.	L'environnement interne des écoles est un peu salubre	
	Question 4.4.	Il y'a une boîte à pharmacie dans les écoles mais aucun personnel de santé et aucune infirmerie	
	Question 4.5.	Les boîtes à pharmacie à l'école ne sont pas équipées pour la prise en charge des malades du paludisme	
La dynamique de groupe dans les E.M.P. et les E.P.P.	Question 2.1.	Le leadership appliqué dans les écoles est dictatorial (dépend de la volonté du Chef d'Etablissement en place)	Variable existante et à pertinence avérée
	Question 2.2.	Le fonctionnement des groupes au sein des écoles est régi par des textes officiels	
	Question 2.3.	Les enseignants et les élèves s'occupent de l'entretien de l'école	
Le comportement prosocial dans les E.M.P. et les E.P.P.	Question 3.1.	En cas de manifestation du paludisme à l'école : ✓ Les élèves paniquent ✓ Les enseignants apportent de l'aide ✓ La Direction apporte de l'aide ✓ Les parents sont indifférents	Variable existante et à pertinence avérée
Les méthodes d'intervention socio-éducatives dans les E.M.P. et les E.P.P.	Question 2.4.	Les enseignants s'occupent des enfants malades avant leur transfert à l'hôpital ou à la maison	Variable existante et à pertinence avérée
	Question 3.2.	Les comportements adoptés par les différents acteurs présents à l'école ne garantissent pas la sécurité des enfants malades	

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

La pertinence de nos variables largement confirmées, nous sommes passés à l'étape suivante qui nous permettrait d'éviter les répétitions et le plagiat : la recherche documentaire

4.5.2. La recherche documentaire

Cette étape a été possible grâce à plusieurs ressources qui ont mis à notre disposition les ouvrages, documents et textes relatifs à notre sujet de recherche ; citons ici la Bibliothèque de l'Université de Yaoundé 1, Internet, les Professeurs Fonkoua Pierre, Mayi Marc Bruno, Ebale Moneze Chandel, Emtcheu André, Mgbwa Vandelin... Nous avons également eu recours à des documents provenant de la Délégation Départementale de l'Education de Base du Mfoundi, de l'Ecole Primaire Publique de NSIMEYONG II B, des thèses de Doctorat (Noumbissie Claude, Ngueyong Pascalle...), des Mémoires de Master (Siddiq Aboubakar, Dzefack Alex...), des Mémoires et Monographies de fin de formation professionnelle (Mvondo Nga Marthe, Sembe Alex...)

Toute cette documentation nous a permis de vérifier l'authenticité de nos hypothèses à partir d'une grille documentaire conçue (voir exemplaire en annexe) ; partant de cette grille nous avons recensé comme documents (physiques et électroniques) utilisés et visités dans notre étude ce qui suit :

- ✓ Cinq dictionnaires usuels et spécifiques ;
- ✓ Une vingtaine d'ouvrages généraux ;
- ✓ Une quarantaine d'ouvrages spécifiques ;
- ✓ Une dizaine de thèses, mémoires et monographies ;
- ✓ Une trentaine de notes et rapports ;
- ✓ Une dizaine de liens ou sites internet

Nous sommes alors passés à la phase de l'enquête proprement dite ; étape qui nous a permis de recueillir les données servant à vérifier la validité de nos hypothèses de recherche

4.5.3. L'enquête (investigation de terrain)

L'enquête nous a permis d'entrer en contact avec nos interlocuteurs et de recueillir des informations sur le problème sus-évoqué ; ceci s'est fait à travers un questionnaire (voir exemplaires, versions française et anglaise, en annexe) adressé aux enseignants des écoles maternelles et primaires publiques, lors de nos multiples passages dans les structures scolaires des arrondissements de la ville de Yaoundé, Département du Mfoundi.

Le questionnaire est donc notre principal outil de collecte des données. Il nous a permis d'obtenir des informations précises concernant nos hypothèses de recherche.

4.6. INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES

4.6.1. Justification du choix de l'instrument

Notre recherche étant de type quasi-expérimental, avec un échantillon dépassant la centaine, notre instrument de collecte des données ne pouvait être que le questionnaire ; ceci est confirmé par le fait que cet instrument :

- ✓ N'exige pas une formation du chercheur dans le domaine de la distribution de type quantitatif ou qualitatif
- ✓ Permet d'interroger un grand nombre d'individus dans un temps très réduit
- ✓ Offre l'anonymat au répondant et le pousse à s'exprimer en toute intimité
- ✓ Permet de quantifier les données collectées et de procéder à de diverses analyses statistiques

A travers le questionnaire, nous avons voulu :

- ✓ Analyser les stratégies mises en place par les acteurs du milieu scolaire primaire en cas d'accident ou de maladie des élèves
- ✓ Relever les insuffisances dans la prise en charge des élèves victimes d'incidents socio-sanitaire en milieu scolaire
- ✓ Proposer des attitudes et comportements conduisant à une amélioration de la santé et la sécurité à l'école

4.6.2. Présentation de l'instrument

La rédaction de notre questionnaire a obéi aux règles rédactionnelles utilisées dans les sciences sociales. Nous avons ainsi confectionné un questionnaire destiné aux enseignants des Ecoles Primaires Publiques du Cameroun. Ledit questionnaire, rédigé en versions française et anglaise, est constitué de trois parties essentielles à savoir : Un préambule, des questions d'informations socio-démographiques et des questions relatives à nos hypothèses de recherche

4.7.2.1. Le préambule :

Il introduit notre travail à travers la mise en évidence du thème de notre étude. Il permet d'informer le répondant sur l'objet de notre recherche et le prépare au remplissage dudit document.

4.7.2.2. Les questions d'informations socio-démographiques :

Il s'agit d'une série de questions portant sur les informations sociodémographiques des répondants ; elles permettent d'établir une classification de ceux-ci et de produire la statistique descriptive de leurs données. Les questions évoquées ici portent sur :

- ✓ Le genre du répondant ;
- ✓ La tranche d'âge du répondant ;
- ✓ La région d'origine du répondant ;
- ✓ La religion pratiquée du répondant ;
- ✓ La situation professionnelle du répondant ;
- ✓ L'ancienneté dans la fonction enseignante du répondant ;
- ✓ Le niveau académique le plus élevé du répondant.

4.7.2.3. Les questions relatives aux hypothèses de recherche :

C'est un ensemble de questions (fermées et semi-fermées) relatives à nos hypothèses de recherche (précisément nos variables, modalités et indicateurs) ; elles permettent d'établir les statistiques descriptive et inférentielle de leurs données afin de vérifier la validité de nos hypothèses de recherche. Les questions évoquées ici portent sur :

- ✓ **L'environnement de l'école :**
 - Appréciation de l'existence des souillures à l'extérieur et à l'intérieur de l'école ;
 - Appréciation générale de la salubrité extérieure et intérieure de l'école ;
 - Désignation de la cause principale de l'insalubrité extérieure et intérieure de l'école ;

- Appréciation du degré d'endémicité de la zone où est implanté l'école ;
- Justification (de l'appréciation) du degré d'endémicité de la zone où est implanté l'école.

✓ **L'équipement de la boîte à pharmacie de l'école :**

- Appréciation qualitative des médicaments (anti-inflammatoires, antibiotiques et antipaludéens) se trouvant dans la boîte à pharmacie de l'école ;
- Appréciation quantitative des médicaments (anti-inflammatoires, antibiotiques et antipaludéens) se trouvant dans la boîte à pharmacie de l'école ;
- Appréciation de l'équipement de la boîte à pharmacie de l'école en produits de lutte contre le paludisme ;
- Justification (de l'appréciation) de l'équipement de la boîte à pharmacie de l'école en produits de lutte contre le paludisme.

✓ **Le comportement des élèves à l'école :**

- Appréciation de la formation des élèves en hygiène, civisme et humanisme ;
- Appréciation du comportement général des élèves en hygiène, civisme et humanisme ;
- Appréciation du comportement général des élèves lorsqu'ils sont appelés à venir en aide à un enfant malade ;
- Appréciation de la connaissance générale des élèves sur les signes et symptômes du paludisme ;
- Appréciation du comportement général des élèves lorsqu'ils sont en présence d'un enfant malade de paludisme ;
- Justification (de l'appréciation) du comportement général des élèves lorsqu'ils sont en présence d'un enfant malade de paludisme.

✓ **Le comportement des enseignants à l'école :**

- Appréciation de la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme ;
- Appréciation du comportement général des enseignants en hygiène, civisme et humanisme ;
- Appréciation du comportement général des enseignants lorsqu'ils sont appelés à venir en aide à un enfant malade ;
- Appréciation de la connaissance générale des enseignants sur les signes et symptômes du paludisme ;
- Appréciation du comportement général des enseignants lorsqu'ils sont en présence d'un enfant malade de paludisme ;
- Justification (de l'appréciation) du comportement général des enseignants lorsqu'ils sont en présence d'un enfant malade de paludisme.

✓ **Le comportement des parents d'élèves à l'école :**

- Appréciation de la proportion des parents d'élèves en contact permanent avec l'enseignant ;
- Appréciation du comportement général des parents d'élèves en hygiène, civisme et humanisme ;
- Appréciation du comportement général des parents d'élèves lorsqu'ils sont convoqués à l'école pour un enfant malade ;
- Appréciation de la connaissance générale des parents d'élèves sur les signes et symptômes du paludisme ;
- Appréciation du comportement général des parents d'élèves lorsqu'ils sont en présence d'un enfant malade de paludisme ;
- Justification (de l'appréciation) du comportement général des parents d'élèves lorsqu'ils sont en présence d'un enfant malade de paludisme.

✓ **Le niveau d'aggravation du paludisme à l'école :**

- Appréciation estimée du nombre d'enfants malades de paludisme à l'école pour le compte de l'année scolaire 2021 – 2022 ;
- Appréciation du risque d'apparition du paludisme à l'école ;
- Appréciation de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école ;
- Appréciation de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école au cours des années scolaires 2020 – 2021 et 2021 – 2022 ;
- Appréciation de la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école au cours des années scolaires 2020 – 2021 et 2021 – 2022 ;
- Justification (de l'appréciation) de la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école au cours des années scolaires 2020 – 2021 et 2021 – 2022.

La présentation de notre instrument de recherche peut être récapitulé dans un tableau comme dans les lignes suivantes :

Tableau N° 17 : Récapitulatif du contenu de l'instrument de recherche

N°	VARIABLES	QUESTIONS	NOMBRE DE QUESTIONS
1	Socio-démographie	1.1. ; 1.2. ; 1.3. ; 1.4. ; 1.5. ; 1.6. ; 1.7.	7
2	Environnement de l'école	2.1. ; 2.2. ; 2.3. ; 2.4. ; 2.5. ; 2.6. ; 2.7. ; 2.8.	8
3	Equipement de la boîte à pharmacie	3.1. ; 3.2. ; 3.3. ; 3.4. ; 3.5. ; 3.6. ; 3.7. ; 3.8.	8
4	Comportement des élèves à l'école	4.1. ; 4.2. ; 4.3. ; 4.4. ; 4.5. ; 4.6. ; 4.7. ; 4.8.	8
5	Comportement des enseignants à l'école	5.1. ; 5.2. ; 5.3. ; 5.4. ; 5.5. ; 5.6. ; 5.7. ; 5.8.	8
6	Comportement des parents d'élèves à l'école	6.1. ; 6.2. ; 6.3. ; 6.4. ; 6.5. ; 6.6. ; 6.7. ; 6.8.	8
7	Niveau d'aggravation du paludisme à l'école	7.1. ; 7.2. ; 7.3. ; 7.4. ; 7.5. ; 7.6. ; 7.7.	7
TOTAL			54

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

La présentation de notre instrument de recherche achevée, nous passons directement à la démarche de collecte des données.

4.7. DEMARCHE DE COLLECTE DES DONNÉES

4.7.1. Déroulement de la pré-enquête

Durant toute la période des années académiques 2017/2018, 2018/2019, 2019/2020 et 2020/2021, nous avons de temps en temps mené une investigation de type observation participante, dans certains Etablissements Maternels et Primaires Publiques des villes de Yaoundé, Mbalmayo, Foumbot et Maroua, afin de nous imprégner de la réalité quotidienne vécue par les élèves desdites structures éducatives. Cette période nous a permis de déceler de nombreux manquements (liés aux indicateurs, aux modalités et aux variables de notre hypothèse générale) dans l'encadrement et la prise en charge préhospitalière des élèves victimes de maladies et/ou d'accident en milieu scolaire.

Du 04 au 15 Octobre 2021, phase de la pré-enquête, nous avons administré notre questionnaire à des individus ne devant pas faire partie de notre échantillon (Enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de Mbalmayo), afin de vérifier la validité de notre questionnaire et sa congruence avec les objectifs poursuivis ; cela nous a permis d'amender considérablement notre questionnaire en :

- ✓ Supprimant certaines questions, qui dans le sens ou la compréhension, semblaient se répéter
- ✓ Modifiant les questions dont la compréhension semblait ambiguë aux répondants
- ✓ Ajoutant certaines questions dont les répondants ont laissé transparaître la pertinence.

Du 22 au 26 Novembre 2021, nous nous sommes rendus dans les établissements scolaires faisant partie de notre échantillon, pour entrer en contact avec l'environnement (le cadre et les individus) de notre enquête. Muni de documents nous autorisant à mener une recherche de type universitaire (voir annexe), nous nous sommes présentés aux différents encadreurs et enseignants desdites structures. Cette prise de contact qui nous a permis d'identifier notre échantillon et de poursuivre nos investigations, s'est déroulée avec certaines difficultés ; c'est le cas de citer par exemple :

- ✓ La difficulté à obtenir l'autorisation de recherche de la Délégation Régionale de l'Education de Base pour le Centre nous autorisant à nous rendre dans les écoles de la circonscription sollicitée ; Cela nous a poussé à nous résoudre à obtenir l'autorisation de la Délégation Départementale de l'Education de Base pour le Mfoundi, nous limitant ainsi aux écoles maternelles et primaires publiques dudit Département
- ✓ L'absence des autorités en charge de l'éducation de base (personnels de la Délégation Régionale de l'Education de Base pour le Centre, des Inspections d'Arrondissement de l'Education de Base du Département du Mfoundi, de plusieurs chefs d'établissement, des enseignants...) dans leurs différents lieux de service lors de nos passages, nous obligeant à effectuer plusieurs passages ;
- ✓ La réticence de certains chefs d'établissement et enseignants à nous recevoir à cause de l'absence de l'autorisation de leur hiérarchie directe. Ceci nous a obligé à effectuer plusieurs passages dans les différentes écoles et Inspections d'Arrondissement de l'Education de Base du Département du Mfoundi ;
- ✓ La grande distance entre les écoles de la ville de Yaoundé, les emplois de temps des écoles (plein temps dans certaines écoles et mi-temps dans d'autres), les moyens financiers réduits... qui nous ont poussé à développer des stratégies pas très évidentes pour atteindre nos objectifs...

4.7.2. Déroulement de l'enquête proprement dite

Du 30 Novembre au 16 Décembre 2021, phase de l'enquête proprement dite, nous avons administré notre questionnaire aux individus faisant partie de notre échantillon, afin de collecter les informations qui serviraient à vérifier nos hypothèses de recherche. Evidemment, lors de notre passage dans lesdites structures scolaires, tous les enseignants n'ont pas répondu favorablement à notre doléance pour divers motifs dont l'essentiel se résume à ce qui suit :

- ✓ Ils s'occupaient de leurs salles de classe (passation des cours ou des évaluations, correction des copies ou des cahiers, remplissage des registres et procès-verbaux...) déjà en sureffectif

- ✓ Ils encadraient les élèves-maîtres, issus des Ecoles Normales d'Instituteurs, en stage d'imprégnation
- ✓ Ils étaient entrain de constituer ou de suivre l'évolution de leurs dossiers de carrière au MINEDUB
- ✓ Ils encadraient les activités post et périscolaires ou préparaient les fêtes de fin d'année...

Ceci étant, après plusieurs passages dans les écoles maternelles et primaires publiques de notre échantillon, sur plus de mille (1 000) questionnaires distribués pendant l'enquête proprement dite, nous avons récupéré huit-cent-quatre-vingt-quatorze (894). Notre taux de récupération a ainsi été calculé, comme le montre la formule suivante :

$$\text{Taux de récupération} = \frac{\text{Nombre de questionnaires récupérés}}{\text{Nombre de questionnaires distribués}} \times 100$$

$$\text{A.N : Taux de récupération} = \frac{894}{1\ 000} \times 100 \longrightarrow \underline{\underline{\text{Taux de récupération} = 89,40 \ %}}$$

Notre taux de récupération étant supérieur à 50 %, notre collecte est statistiquement valable. La non récupération, estimée à 10,60 %, est alors le fruit des enquêtés n'ayant pas remis le questionnaire, malgré plusieurs passages dans leurs locaux pour la cause. La récupération des questionnaires administrés, pendant l'enquête proprement dite, nous a ainsi permis de procéder au dépouillement de nos données et à l'analyse des résultats de notre recherche ; dépouillement et analyse faites de façon informatisée

4.8. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNÉES

Nos données ainsi collectées, pour vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour une analyse descriptive et une analyse inférentielle desdites données (voir chapitre suivant).

4.8.1. Analyse descriptive

Par analyse descriptive, nous entendons la consignation de nos données dans des tableaux récapitulatifs, sous formes de schémas ou de graphiques ; cela permet une lecture aisée de ces données et l'établissement d'observations prévisionnelles.

4.8.2. Analyse inférentielle

Par analyse inférentielle, on sous-entend l'utilisation d'un outil statistique pour tester nos hypothèses. Dans notre cas, utilisant un questionnaire pour collecter les données, nous utiliserons le Khi-deux de B. Pearson, comme outil d'analyse de données, pour vérifier nos hypothèses. Les Nouvelles Technologies s'imposant en science, nous ferons usage du Logiciel Informatique de traitement des données de sciences humaines, le S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences) Version 18 ; cela permettra de minimiser les risques d'erreur et de répétitions, afin de confirmer ou d'infirmer les résultats obtenus de notre outil d'analyse de données. Il est important de signaler ici que cette version a été utilisé parce qu'elle était compatible avec notre ordinateur portable, **PBHev**, don du Président de la République du Cameroun aux étudiants.

4.9. MODELE D'ANALYSE DES DONNÉES

Partant des techniques d'analyse des données énoncées plus haut, nous pouvons dire que l'analyse de nos données est de type qualitatif car le Khi-deux de B. Pearson est un test catégoriel ; il repartie les données qualitatives collectées en quantités (ou catégories) pour établir l'existence ou non d'une quelconque relation de dépendance entre elles.

Le modèle d'analyse (de nos données) énoncé, nous avons monté un tableau récapitulatif des données essentielles de la méthodologie de notre étude ; cela marque sans transition le passage au chapitre suivant intitulé « présentation et analyse des résultats de la recherche ».

Tableau N° 18 : Récapitulatif de la population de l'étude, du taux de sondage et du taux de récupération de la recherche

SUJETS	POPULATION MERE	POPULATION CIBLE	POPULATION ACCESSIBLE	ECHANTILLON	TAUX DE SONDAGE (en %)	CONCLUSION 1	TAUX DE RECUPERATION (en %)	CONCLUSION 2
Femmes	24 148	8 512	3 310	873	26,37	Nos taux de sondage étant tous supérieurs à 20 %, nous pouvons affirmer que notre échantillon est significativement représentatif de la population accessible	89,40	Notre taux de récupération étant supérieur à 50 %, notre collecte est statistiquement valable
Hommes	28 263	3 728	483	127	26,29			
TOTAL	52 411	12 240	3 793	1 000	26,36			

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

CHAPITRE 5 :

PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE

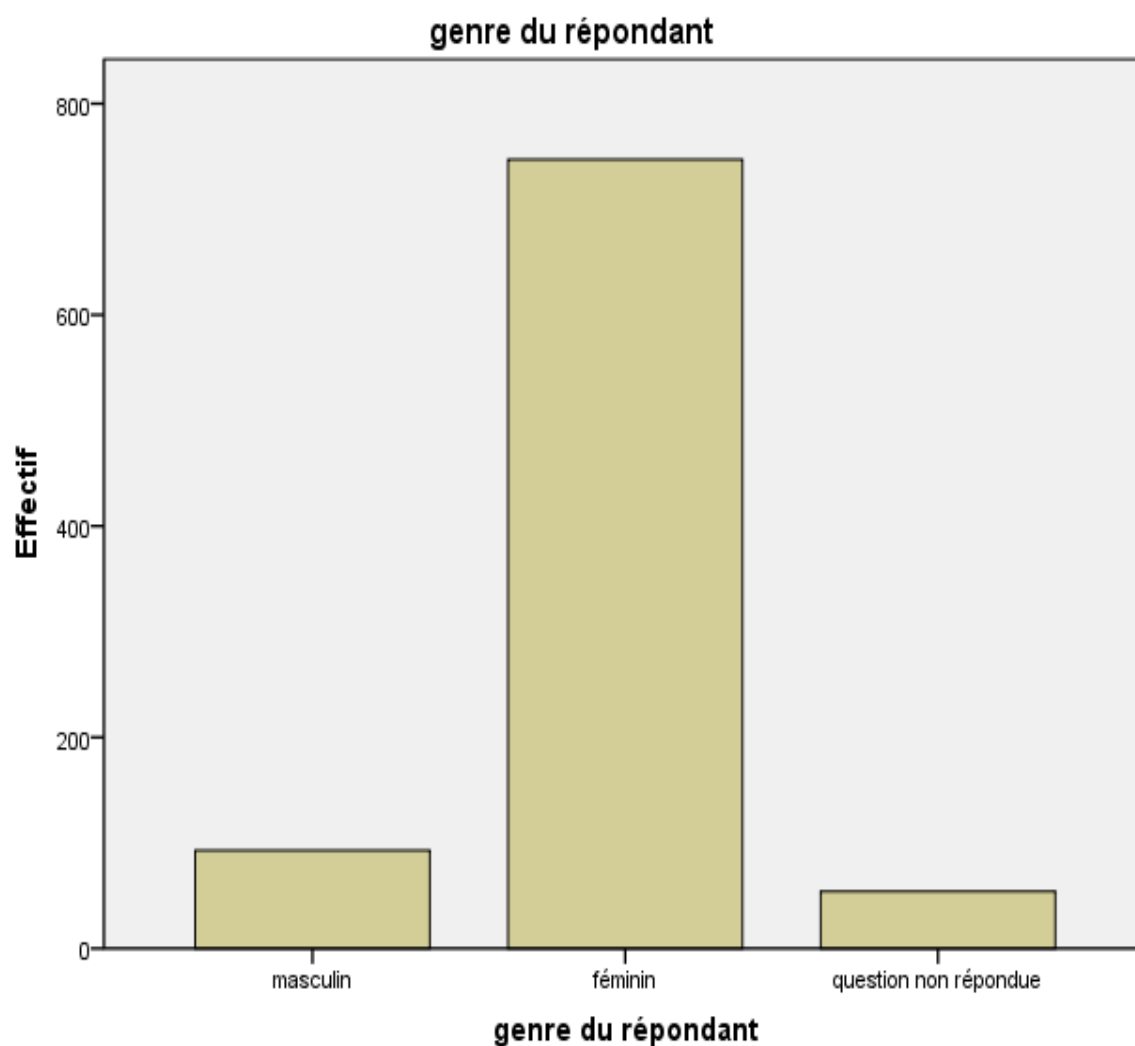
Ce chapitre, comme l'intitulé l'indique, est la première phase statistique de notre étude. Il s'agit de l'analyse descriptive des données collectées lors de nos diverses descentes sur le terrain. Pour que cela soit possible, nous avons procédé à un traitement informatisé des données issues de notre principal instrument de collecte. Nous montrerons ainsi tour à tour, une explication sommaire des résultats obtenus à chaque question posée.

5.1. RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AUX INFORMATIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau N° 19 : Observations relatives au genre du répondant

Genre du répondant				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
masculin	93	10,4	10,4	10,4
féminin	747	83,6	83,6	94,0
question non répondue	54	6,0	6,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 19 : Représentations relatives au genre du répondant



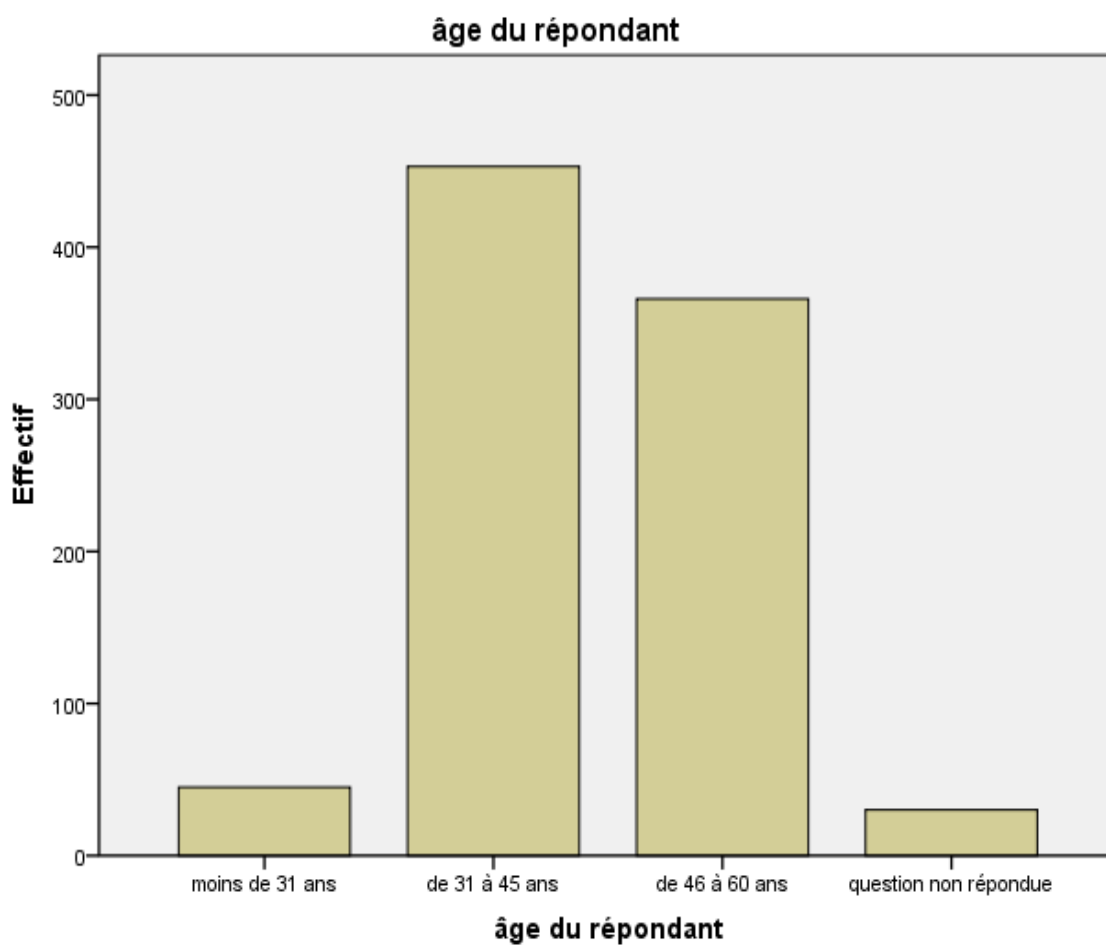
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 19 que les deux genres sont représentés de façon disproportionnée : genre masculin (10,40%), genre féminin (83,60%). On note également que 6% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations confirment les chiffres de la carte scolaire, jointe en annexe, selon lesquelles les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques du Cameroun sont en majorité du genre féminin.

Tableau N° 20 : Observations relatives à l'âge du répondant

Observations				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
moins de 31 ans	45	5,0	5,0	5,0
de 31 à 45 ans	453	50,7	50,7	55,7
Valide de 46 à 60 ans	366	40,9	40,9	96,6
question non répondue	30	3,4	3,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 20 : Représentations relatives à l'âge du répondant



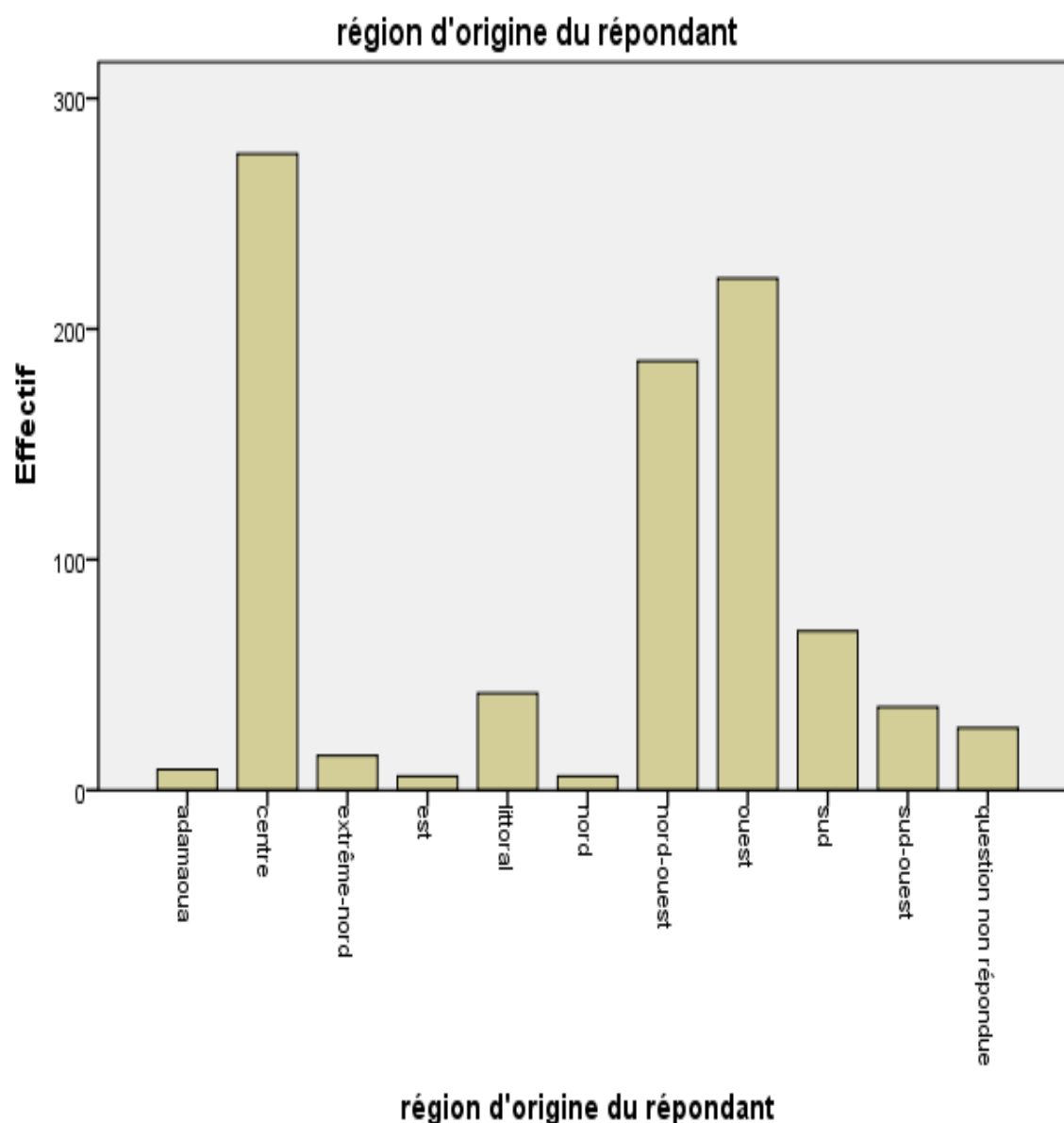
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 20 que les tranches d'âge des répondants sont variables : Moins de 31 ans (5%), De 31 à 45 ans (50,70%), De 46 à 60 ans (40,90%). On note également que 3,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques de la ville de Yaoundé ayant moins de 31 ans sont très peu nombreux.

Tableau N° 21 : Observations relatives à la région d'origine du répondant

région d'origine du répondant				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
adamaoua	9	1,0	1,0	1,0
centre	276	30,9	30,9	31,9
extrême-nord	15	1,7	1,7	33,6
est	6	,7	,7	34,2
littoral	42	4,7	4,7	38,9
nord	6	,7	,7	39,6
nord-ouest	186	20,8	20,8	60,4
ouest	222	24,8	24,8	85,2
sud	69	7,7	7,7	93,0
sud-ouest	36	4,0	4,0	97,0
question non répondue	27	3,0	3,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 21 : Représentations relatives à la région d'origine du répondant



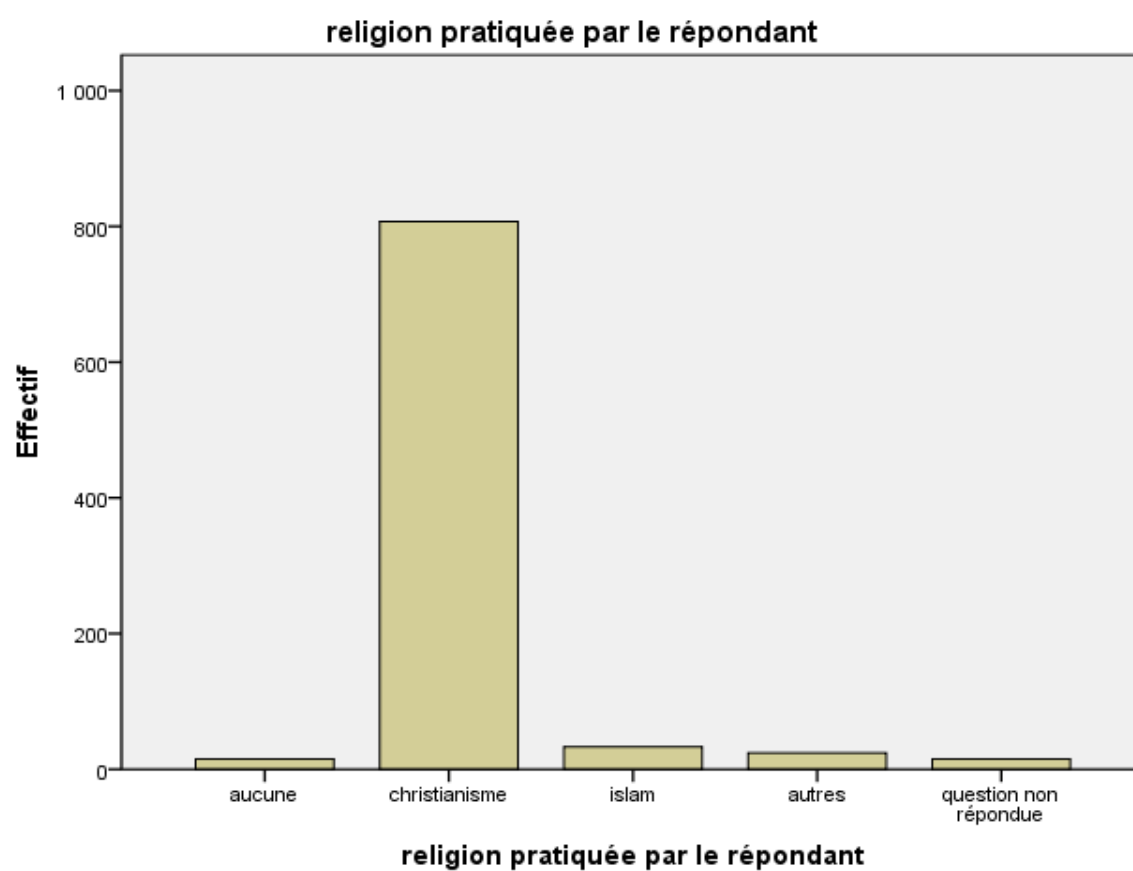
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 21 que toutes les régions du Cameroun sont représentées de façons variables : Adamaoua (1%), Centre (30,90%), Extrême-Nord (1,70%), Est (0,70%), Littoral (4,70%), Nord (0,70%), Nord-Ouest (20,80%), Ouest (24,80%), Sud (7,70%), Sud-Ouest (4%). On note également que 3% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent que la région du Centre est la plus représentée tandis que celles de l'Est et du Nord sont les moins représentées dans des écoles maternelles et primaires publiques où nous sommes passés.

Tableau N° 22 : Observations relatives à la religion du répondant

religion pratiquée par le répondant				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
aucune	15	1,7	1,7	1,7
christianisme	807	90,3	90,3	91,9
islam	33	3,7	3,7	95,6
autres	24	2,7	2,7	98,3
question non répondue	15	1,7	1,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 22 : Représentations relatives à la religion du répondant



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 22 que l'appartenance religieuse des répondants est variée : Aucune religion (1,70%), Christianisme (90,30%), Islam (3,70%), Autres religions (2,70%). On note également que 1,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés sont en majorité d'obédience chrétienne.

Tableau N° 23 : Observations relatives à la situation professionnelle du répondant

situation professionnelle du répondant				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
vacataire	84	9,4	9,4	9,4
contractuel(le)	399	44,6	44,6	54,0
fonctionnaire	366	40,9	40,9	95,0
question non répondue	45	5,0	5,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 23 : Représentations relatives à la situation professionnelle du répondant



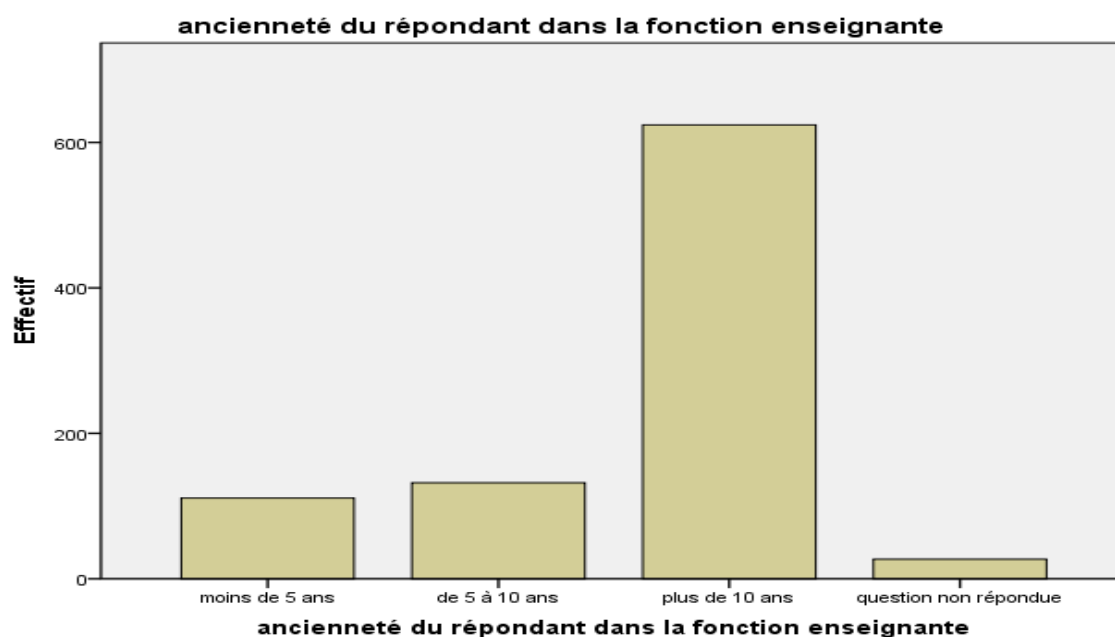
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 23 que la situation professionnelle des répondants est variée : Vacataire (9,40%), Contractuel(le) (44,60%), Fonctionnaire (40,90%). On note également que 5% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants vacataires des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés sont peu nombreux.

Tableau N° 24 : Observations relatives à l'ancienneté du répondant dans la fonction enseignante

ancienneté du répondant dans la fonction enseignante				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
moins de 5 ans	111	12,4	12,4	12,4
de 5 à 10 ans	132	14,8	14,8	27,2
Validé plus de 10 ans	624	69,8	69,8	97,0
question non répondue	27	3,0	3,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 24 : Représentations relatives à l'ancienneté du répondant dans la fonction enseignante



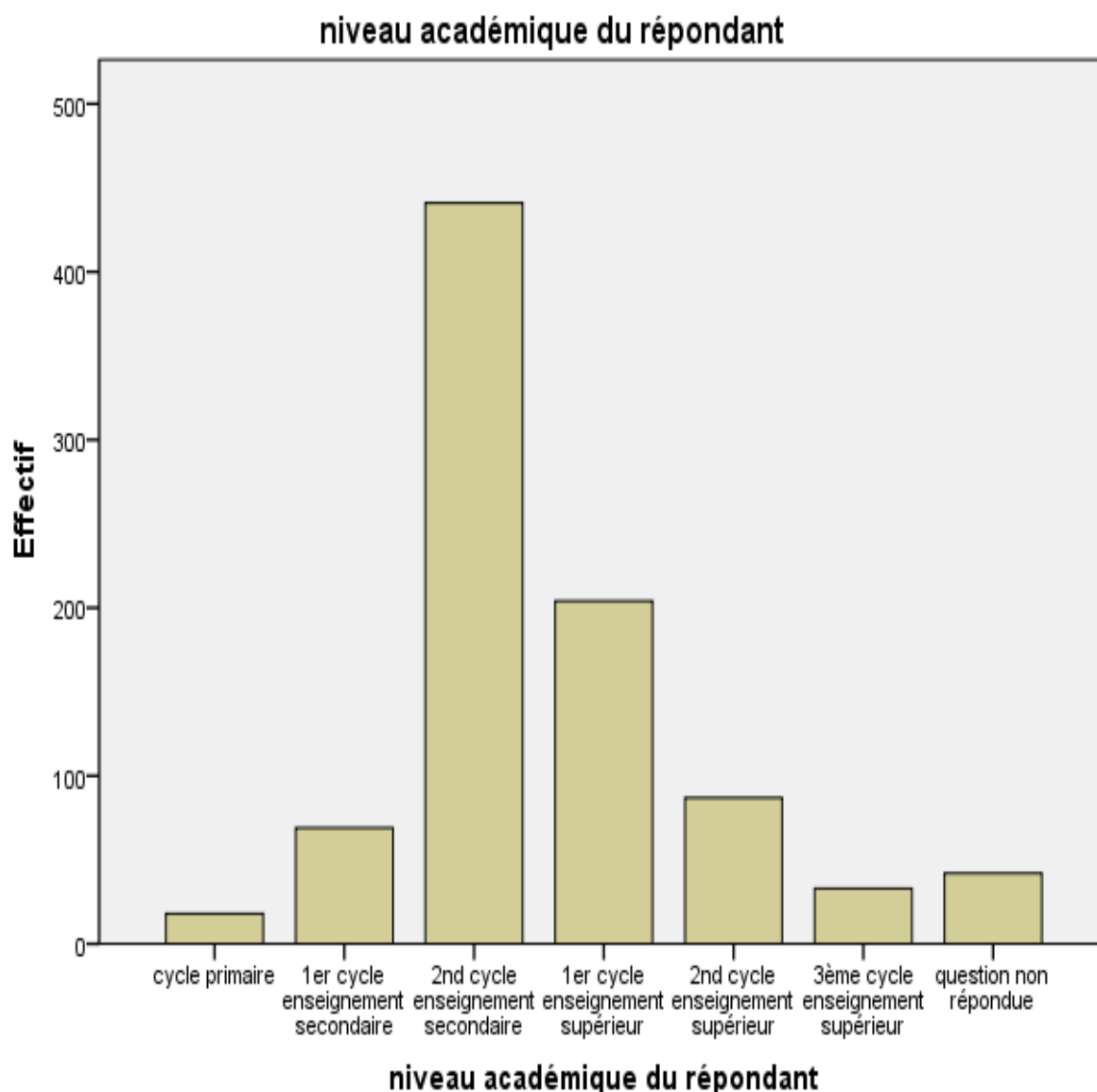
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 24 que l'ancienneté des répondants dans la fonction enseignante est variable : Moins de 5 ans (12,4%), De 5 à 10 ans (14,80%), Plus de 10 ans (69,80%). On note également que 3% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, exerçant depuis plus de 10 ans sont les plus nombreux.

Tableau N° 25 : Observations relatives au niveau académique du répondant

niveau académique du répondant				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
cycle primaire	18	2,0	2,0	2,0
1er cycle enseignement secondaire	69	7,7	7,7	9,7
2nd cycle enseignement secondaire	441	49,3	49,3	59,1
1er cycle enseignement supérieur	204	22,8	22,8	81,9
Valide 2nd cycle enseignement supérieur	87	9,7	9,7	91,6
3ème cycle enseignement supérieur	33	3,7	3,7	95,3
question non répondue	42	4,7	4,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 25 : Représentations relatives au niveau académique du répondant



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

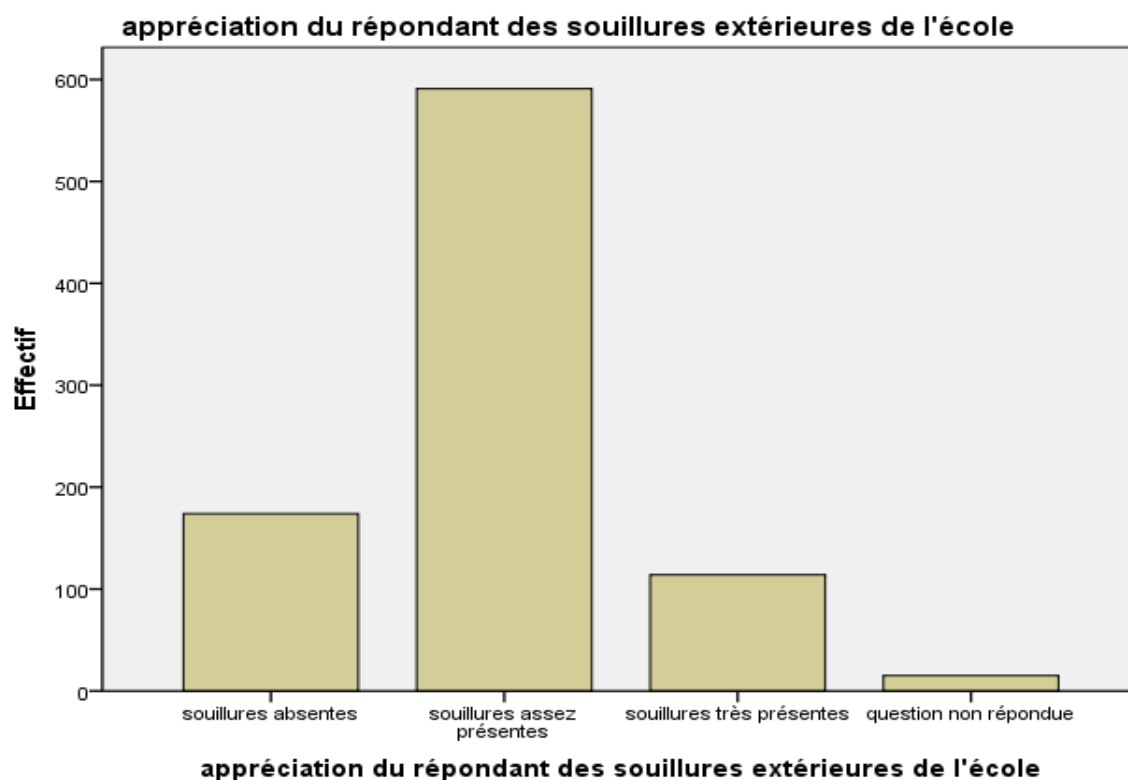
Nous observons au tableau N° 25 que le niveau académique des répondants est varié : cycle primaire (2%), 1^{er} cycle enseignement secondaire (7,70%), 2nd cycle enseignement secondaire (49,30%), 1^{er} cycle enseignement supérieur (22,80%), 2nd cycle enseignement supérieur (9,70%), 3^{ème} cycle enseignement supérieur (3,70%). On note également que 4,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés ont en majorité un niveau académique égal au second cycle de l'enseignement secondaire.

5.2. RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES A L'ENVIRONNEMENT DE L'ECOLE

Tableau N° 26 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur les souillures extérieures de l'école

appréciation du répondant des souillures extérieures de l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
souillures absentes	174	19,5	19,5	19,5
souillures assez présentes	591	66,1	66,1	85,6
Valide souillures très présentes	114	12,8	12,8	98,3
question non répondue	15	1,7	1,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 26 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur les souillures extérieures de l'école



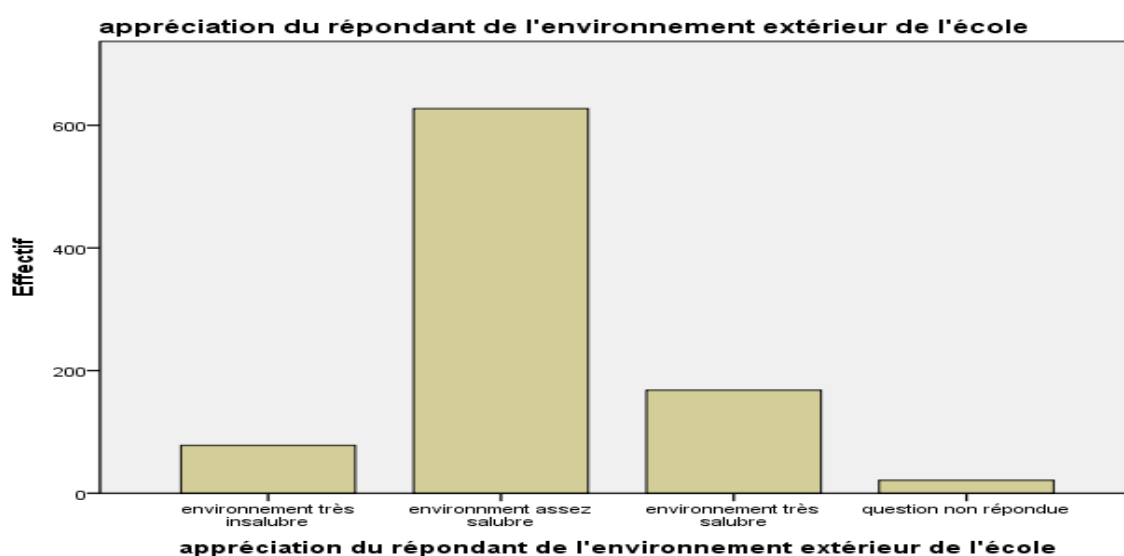
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 26 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la présence des souillures à l'extérieur de leur école : Souillures pratiquement absentes (19,50%), Souillures assez présentes (66,10%), Souillures très présentes (12,80%). On note également que 1,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité que l'environnement extérieur de leur école est assez souillé.

Tableau N° 27 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur l'état de l'environnement extérieur de l'école

appréciation du répondant de l'environnement extérieur de l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
environnement très insalubre	78	8,7	8,7	8,7
environnement assez salubre	627	70,1	70,1	78,9
Valide environnement très salubre	168	18,8	18,8	97,7
question non répondue	21	2,3	2,3	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 27 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur l'état de l'environnement extérieur de l'école



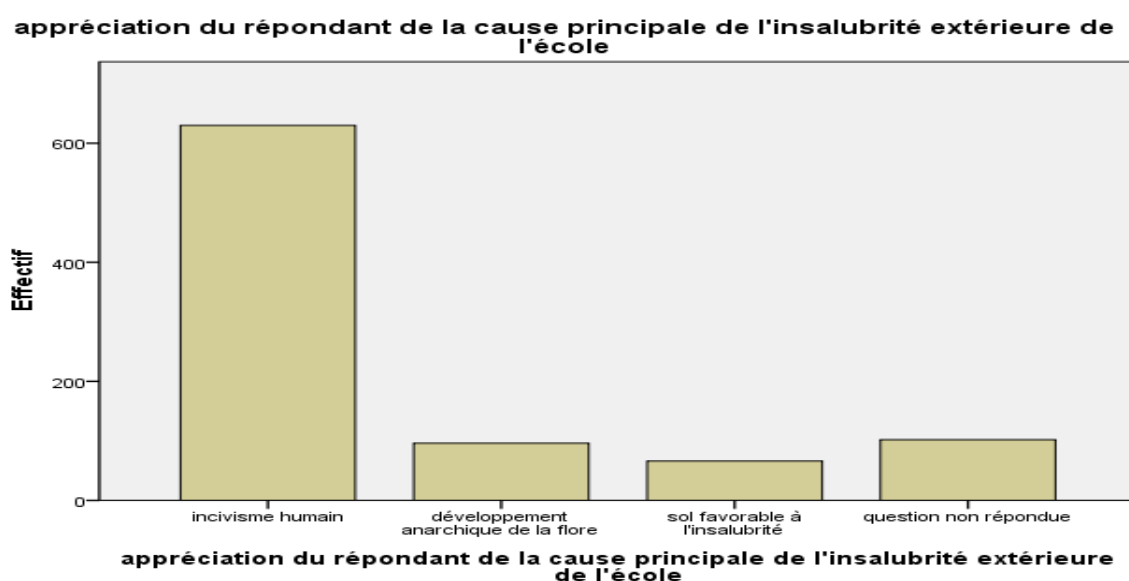
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 27 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne l'état de l'environnement extérieur de leur école : Environnement très insalubre (8,70%), Environnement assez salubre (70,10%), Environnement très salubre (18,80%). On note également que 2,30% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité que l'environnement extérieur de leur école est assez salubre.

Tableau N° 28 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la cause principale de l'insalubrité de l'environnement extérieur de l'école

appréciation du répondant de la cause principale de l'insalubrité extérieure de l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
incivisme humain	630	70,5	70,5	70,5
développement anarchique de la flore	96	10,7	10,7	81,2
sol favorable à l'insalubrité	66	7,4	7,4	88,6
question non répondue	102	11,4	11,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 28 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la cause principale de l'insalubrité de l'environnement extérieur de l'école



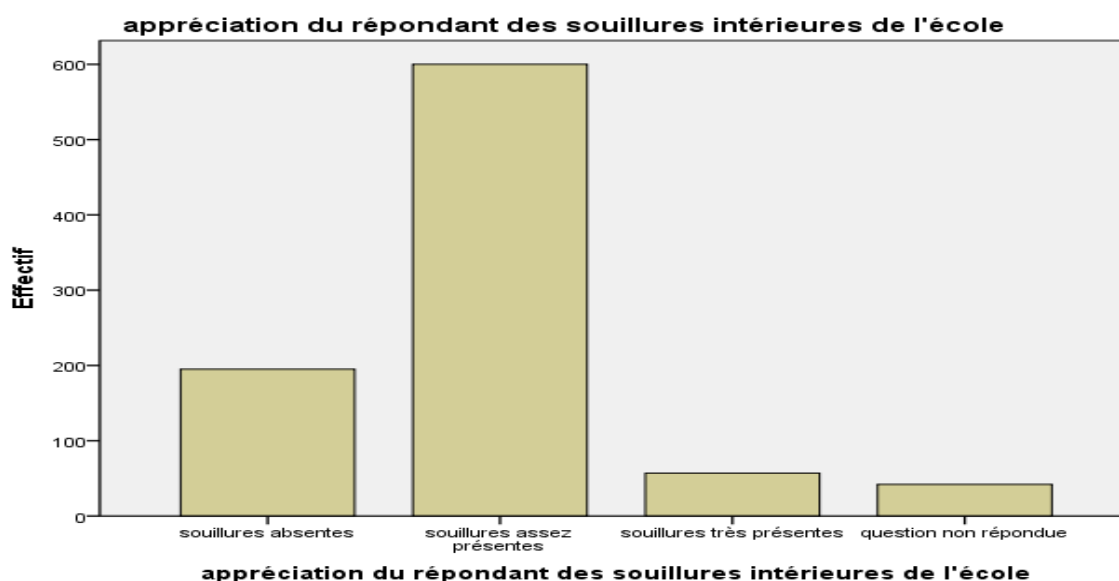
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 28 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la cause principale de l'insalubrité de l'environnement extérieur de leur école : Incivisme humain (70,50%), Développement anarchique de la flore (10,70%), Sol favorable à l'insalubrité (7,40%). On note également que 11,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité que la cause principale de l'insalubrité de l'environnement extérieur de leur école est : ***l'incivisme humain***.

Tableau N° 29 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur les souillures intérieures de l'école

appréciation du répondant des souillures intérieures de l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
souillures absentes	195	21,8	21,8	21,8
souillures assez présentes	600	67,1	67,1	88,9
Valide souillures très présentes	57	6,4	6,4	95,3
question non répondue	42	4,7	4,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 29 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur les souillures intérieures de l'école



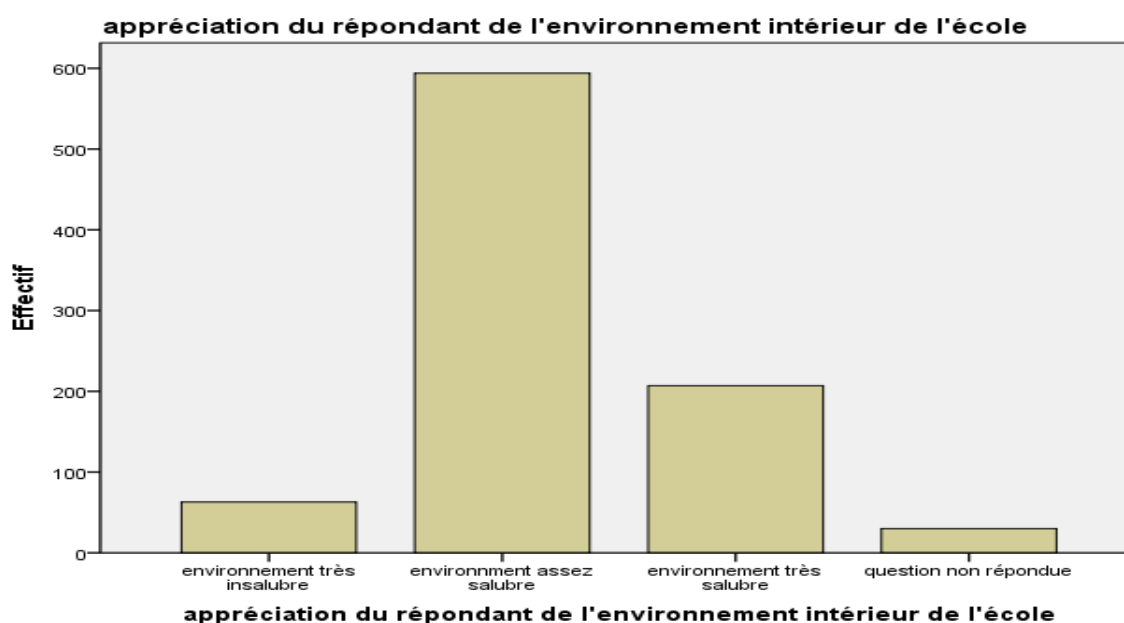
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 29 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la présence des souillures à l'intérieur de leur école : Souillures pratiquement absentes (21,80%), Souillures assez présentes (67,10%), Souillures très présentes (6,40%). On note également que 4,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité que l'environnement intérieur de leur école est assez souillé.

Tableau N° 30 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur l'état de l'environnement intérieur de l'école

appréciation du répondant de l'environnement intérieur de l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
environnement très insalubre	63	7,0	7,0	7,0
environnement assez salubre	594	66,4	66,4	73,5
Validé environnement très salubre	207	23,2	23,2	96,6
question non répondue	30	3,4	3,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 30 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur l'état de l'environnement intérieur de l'école



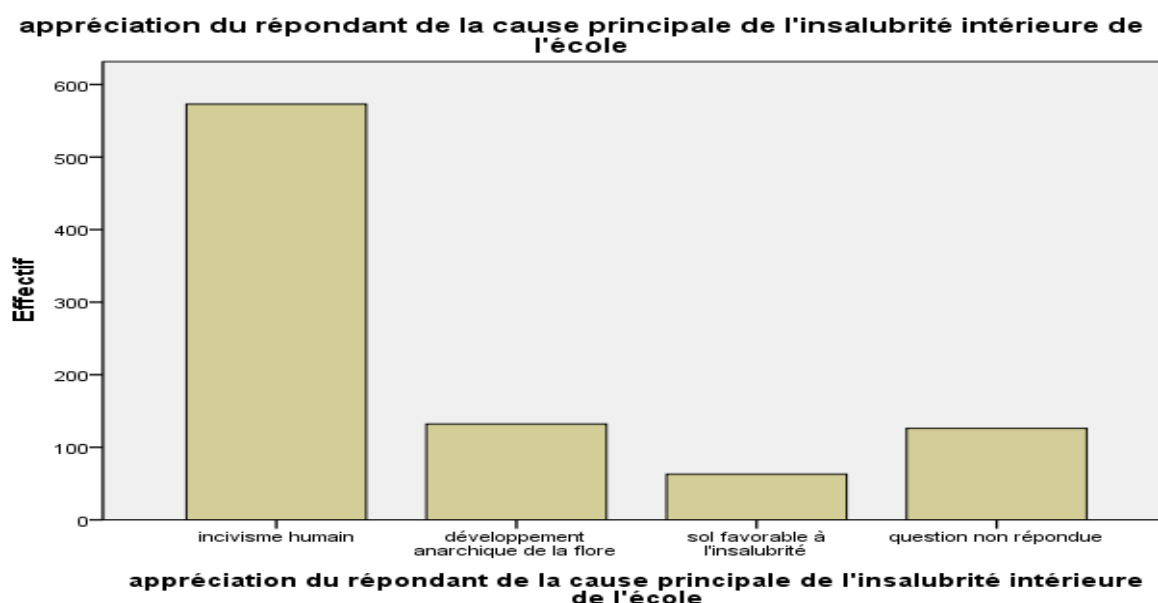
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 30 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne l'état de l'environnement intérieur de leur école : Environnement très insalubre (7%), Environnement assez salubre (66,40%), Environnement très salubre (23,20%). On note également que 3,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité que l'environnement intérieur de leur école est assez salubre.

Tableau N° 31 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la cause principale de l'insalubrité de l'environnement intérieur de l'école

appréciation du répondant de la cause principale de l'insalubrité intérieure de l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
incivisme humain	573	64,1	64,1	64,1
développement anarchique de la flore	132	14,8	14,8	78,9
sol favorable à l'insalubrité	63	7,0	7,0	85,9
question non répondue	126	14,1	14,1	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 31 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la cause principale de l'insalubrité de l'environnement intérieur de l'école



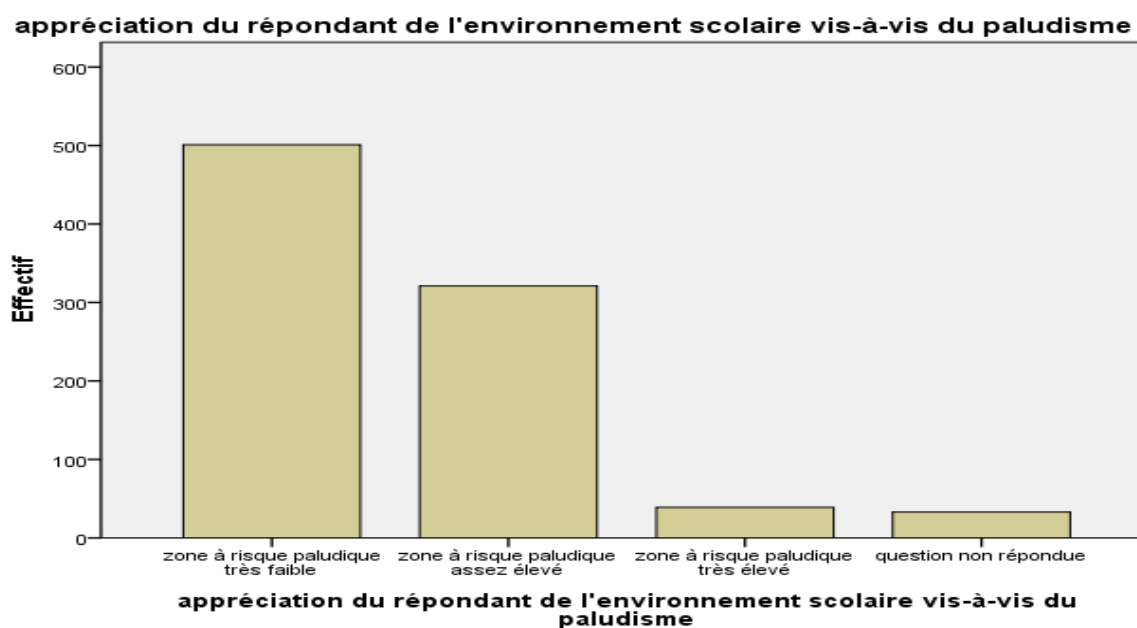
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 31 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la cause principale de l'insalubrité de l'environnement intérieur de leur école : Incivisme humain (64,10%), Développement anarchique de la flore (14,80%), Sol favorable à l'insalubrité (7%). On note également que 14,10% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité que la cause principale de l'insalubrité intérieure de leur école est : *l'incivisme humain*.

Tableau N° 32 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de l'environnement de l'école vis-à-vis du paludisme

appréciation du répondant de l'environnement scolaire vis-à-vis du paludisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
zone à risque paludique très faible	501	56,0	56,0	56,0
zone à risque paludique assez élevé	321	35,9	35,9	91,9
Valide zone à risque paludique très élevé	39	4,4	4,4	96,3
question non répondue	33	3,7	3,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 32 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de l'environnement de l'école vis-à-vis du paludisme



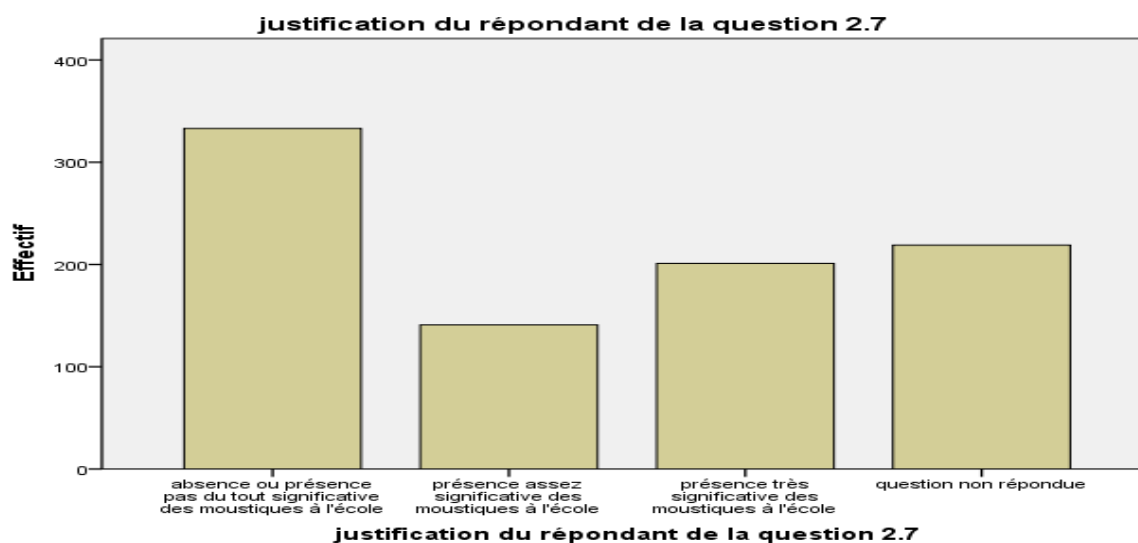
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 32 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le qualificatif attribué à l'environnement immédiat de leur école vis-à-vis du paludisme : Zone à risque paludique très faible (56%), Zone à risque paludique assez élevé (35,90%), Zone à risque paludique très élevé (4,40%). On note également que 3,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que très peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment que l'environnement immédiat de leur école est une zone à risque paludique très élevé

Tableau N° 33 : Observations relatives à la justification du répondant sur la qualité de l'environnement de l'école vis-à-vis du paludisme

justification du répondant de la question 2.7				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
absence ou présence pas du tout significative des moustiques à l'école	333	37,2	37,2	37,2
présence assez significative des moustiques à l'école	141	15,8	15,8	53,0
présence très significative des moustiques à l'école	201	22,5	22,5	75,5
question non répondue	219	24,5	24,5	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 33 : Représentations relatives à la justification du répondant sur la qualité de l'environnement de l'école vis-à-vis du paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 33 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la justification de la question 2.7. : Absence ou présence pas du tout significative des moustiques à l'école (37,20%), Présence assez significative des moustiques à l'école (15,80%), Présence très significative des moustiques à l'école (22,50%). On note également que 24,50% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une majorité relative que les moustiques sont absents ou présents de façon pas du tout significative à l'école ; ce qui contraste avec le degré d'endémicité paludique déclaré par les instances sanitaires locales (centres de santé, dispensaires, hôpitaux...), nationales (PNLP, PEV, CRC, MINSANTE...) ou internationales (CICR, OMS...)

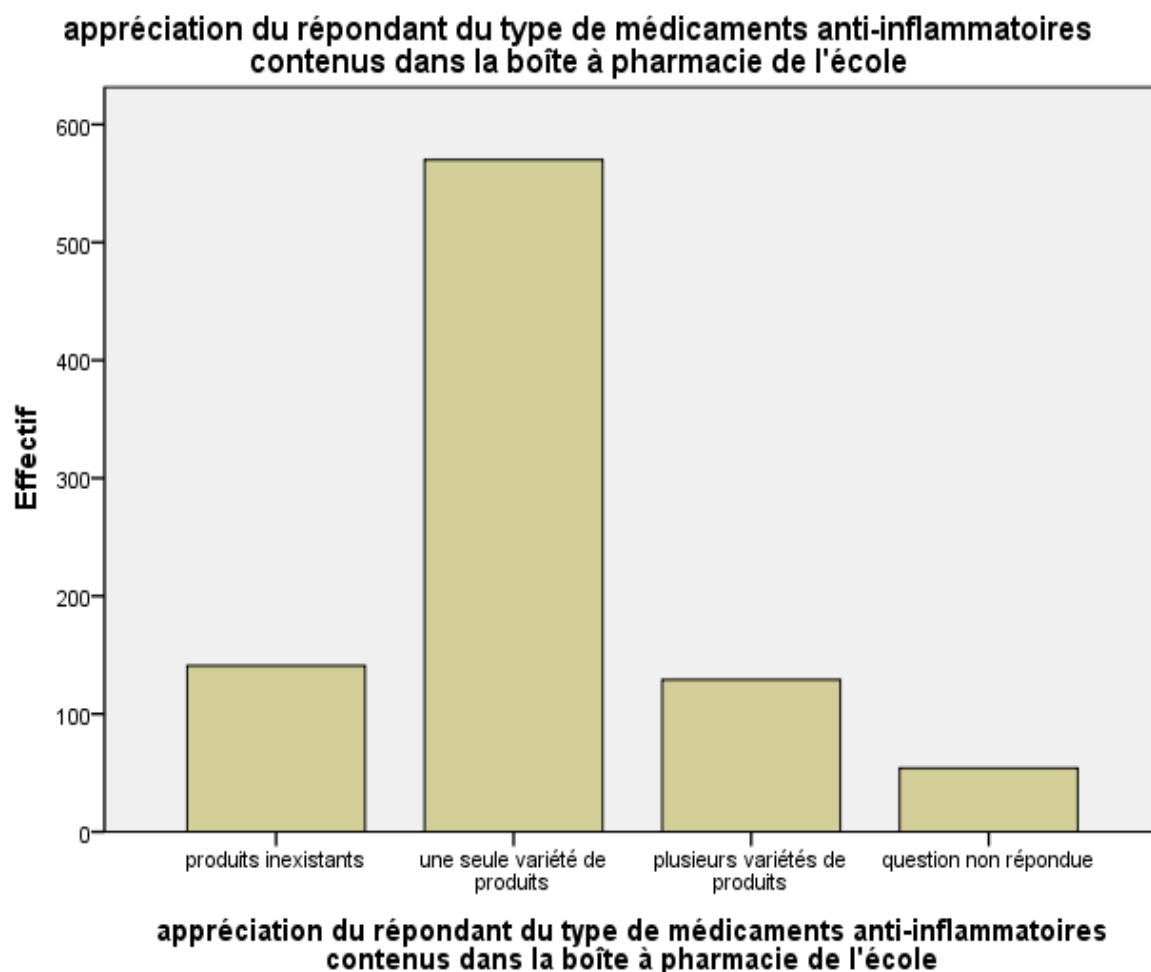
5.3. RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES A L'EQUIPEMENT DE LA BOITE A PHARMACIE DE L'ECOLE

Tableau N° 34 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

appréciation du répondant du type de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
produits inexistants	141	15,8	15,8	15,8
une seule variété de produits	570	63,8	63,8	79,5
Valide plusieurs variétés de produits	129	14,4	14,4	94,0
question non répondue	54	6,0	6,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 34 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 34 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le type de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de leur école : Produits inexistants (15,80%), Une seule variété de produits (63,80%), Plusieurs variétés de produits (14,40%). On note également que 6% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité qu'il n'existe qu'une seule variété de produits anti-inflammatoires (**le paracétamol**) dans la boîte à pharmacie de leur école ; médicament qui, malgré son aspect générique à effets secondaires négligeables au sein de la population, demeure nocif (allergène) pour certains patients ; raison pour laquelle il a tendance à être retiré des boîtes à pharmacies des écoles maternelles et primaires publiques.

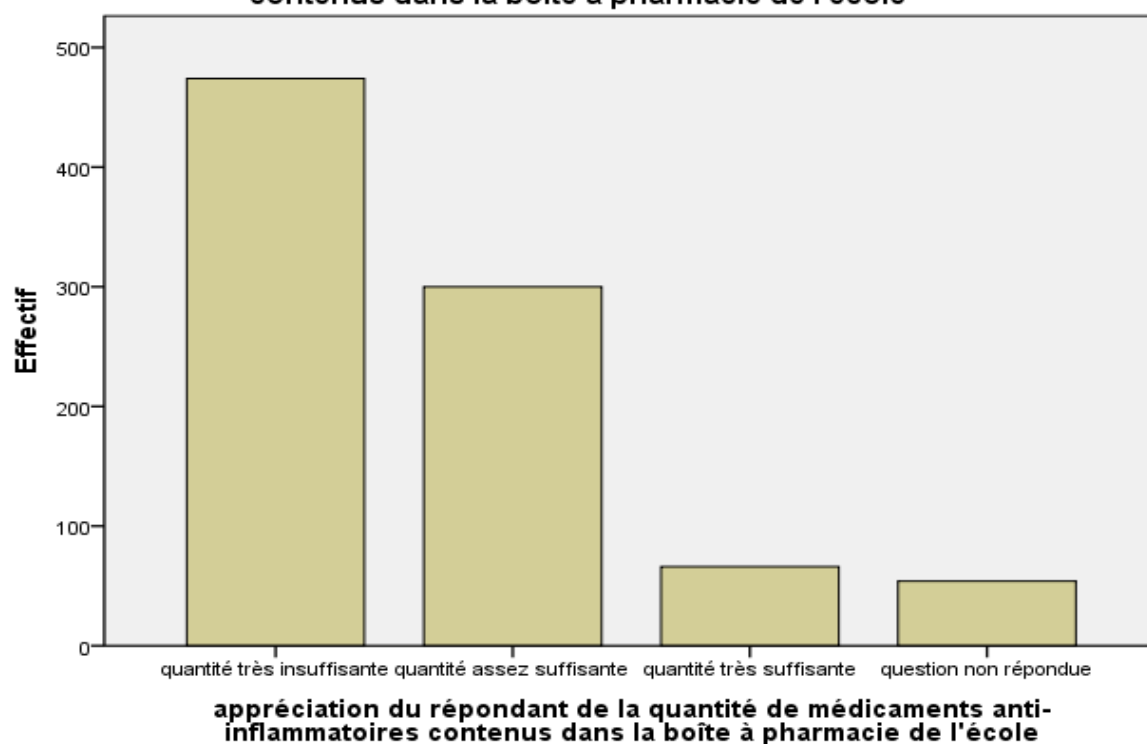
Tableau N° 35 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

appréciation du répondant de la quantité de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
quantité très insuffisante	474	53,0	53,0	53,0
quantité assez suffisante	300	33,6	33,6	86,6
Valide quantité très suffisante	66	7,4	7,4	94,0
question non répondue	54	6,0	6,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 35 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

appréciation du répondant de la quantité de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

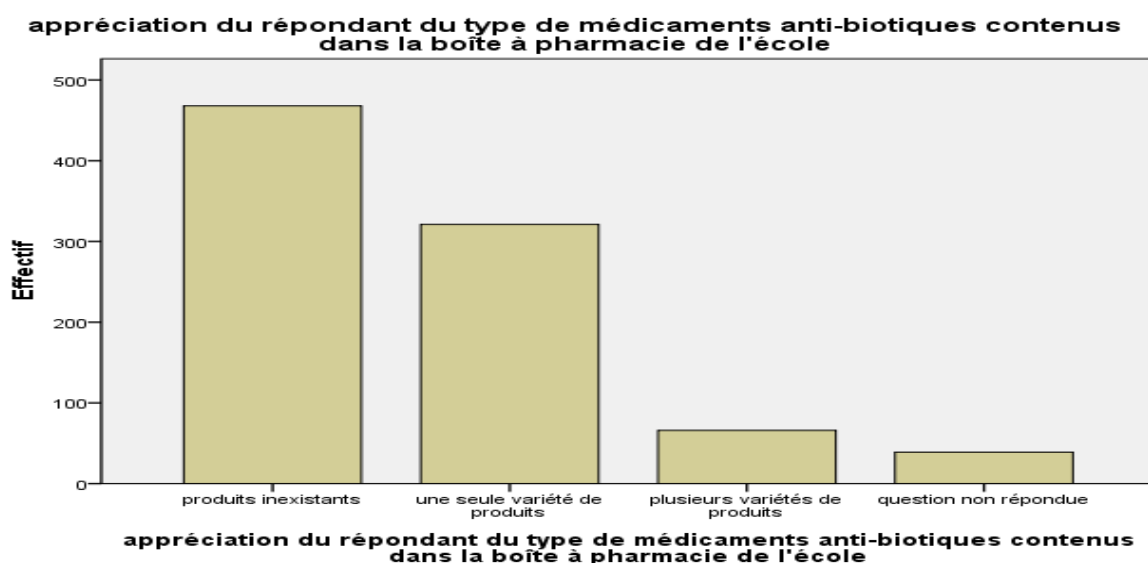
Nous observons au tableau N° 35 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la quantité de médicaments anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie de leur école : Quantité très insuffisante (53%), Quantité assez suffisante (33,60%), Quantité très suffisante (7,40%). On note également que 6% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une majorité relative que la quantité de produits anti-inflammatoires contenus dans la boîte à pharmacie est très insuffisante pour la couverture sanitaire de leur école

Tableau N° 36 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

appréciation du répondant du type de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
produits inexistants	468	52,3	52,3	52,3
une seule variété de produits	321	35,9	35,9	88,3
Valide plusieurs variétés de produits	66	7,4	7,4	95,6
question non répondue	39	4,4	4,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 36 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

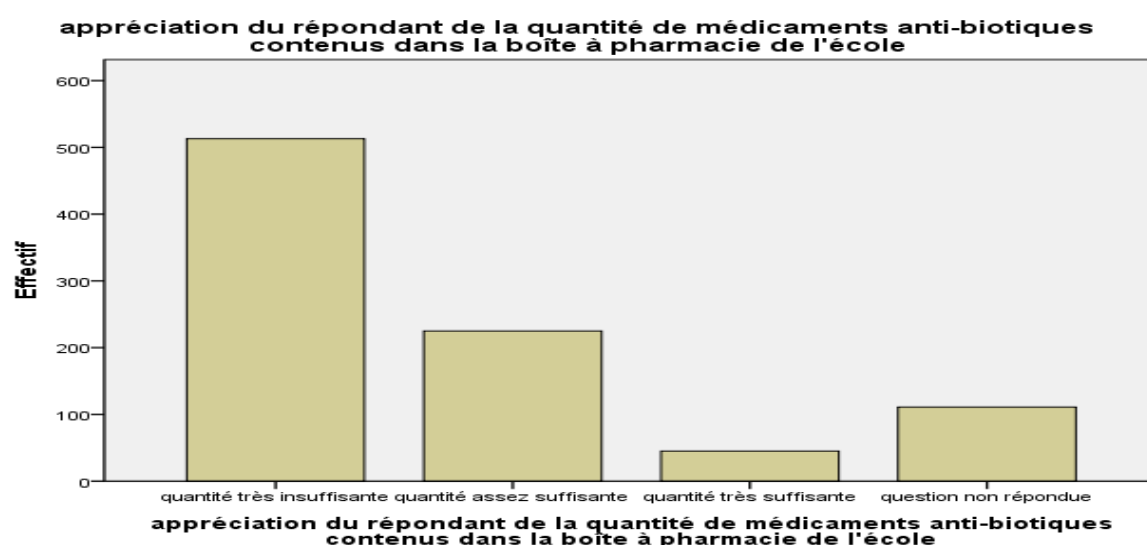
Nous observons au tableau N° 36 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le type de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de leur école : Produits inexistant (52,30%), Une seule variété de produits (35,90%), Plusieurs variétés de produits (7,40%). On note également que 4,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité que les produits antibiotiques sont absents dans la boîte à pharmacie de leur école : Ce seraient, selon eux, les recommandations de la hiérarchie scolaire.

Tableau N° 37 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

appréciation du répondant de la quantité de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
quantité très insuffisante	513	57,4	57,4	57,4
quantité assez suffisante	225	25,2	25,2	82,6
quantité très suffisante	45	5,0	5,0	87,6
question non répondue	111	12,4	12,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 37 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

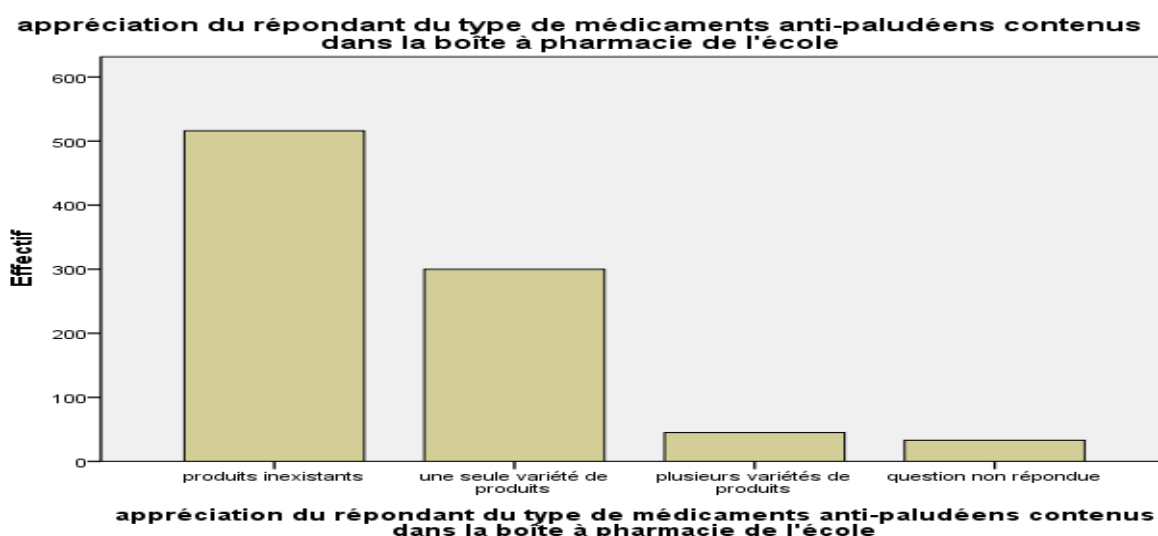
Nous observons au tableau N° 37 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la quantité de médicaments antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie de leur école : Quantité très insuffisante (57,40%), Quantité assez suffisante (25,20%), Quantité très suffisante (5%). On note également que 12,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une majorité relative que la quantité de produits antibiotiques contenus dans la boîte à pharmacie est très insuffisante pour la couverture sanitaire de leur école : Ce seraient, selon eux, la conséquence logique des recommandations de la hiérarchie scolaire.

Tableau N° 38 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

appréciation du répondant du type de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
produits inexistants	516	57,7	57,7	57,7
une seule variété de produits	300	33,6	33,6	91,3
Valide plusieurs variétés de produits	45	5,0	5,0	96,3
question non répondue	33	3,7	3,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 38 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le type de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

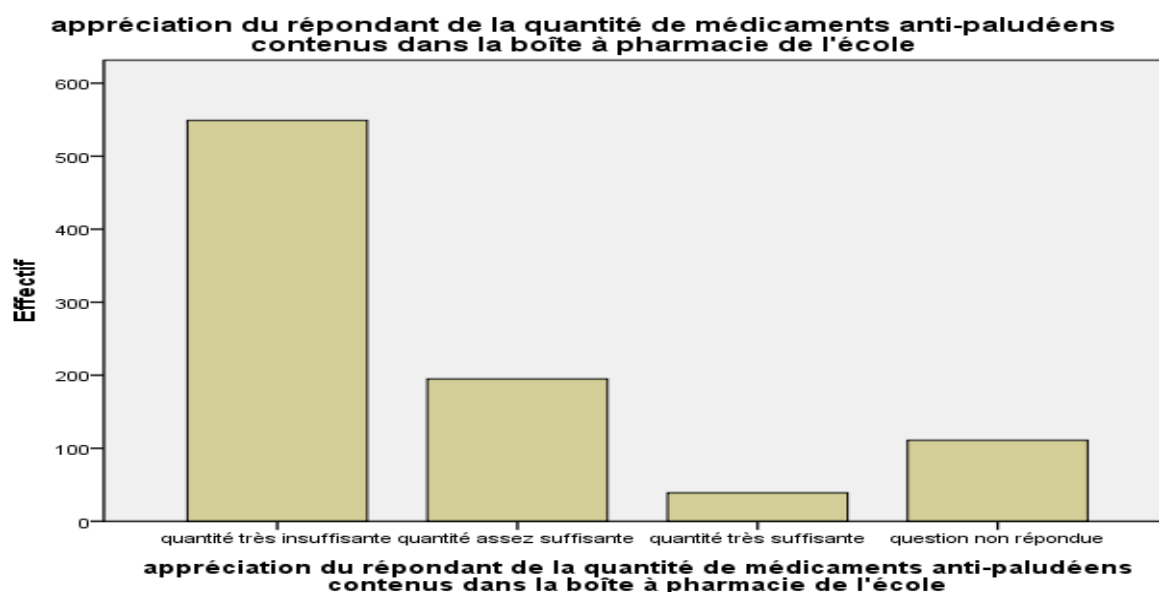
Nous observons au tableau N° 38 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le type de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de leur école : Produits inexistants (57,70%), Une seule variété de produits (33,60%), Plusieurs variétés de produits (5%). On note également que 3,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité que les produits antibiotiques sont absents dans la boîte à pharmacie de leur école : Ce seraient, selon eux, les recommandations de la hiérarchie scolaire.

Tableau N° 39 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

appréciation du répondant de la quantité de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
quantité très insuffisante	549	61,4	61,4	61,4
quantité assez suffisante	195	21,8	21,8	83,2
Valide quantité très suffisante	39	4,4	4,4	87,6
question non répondue	111	12,4	12,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 39 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la quantité de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de l'école



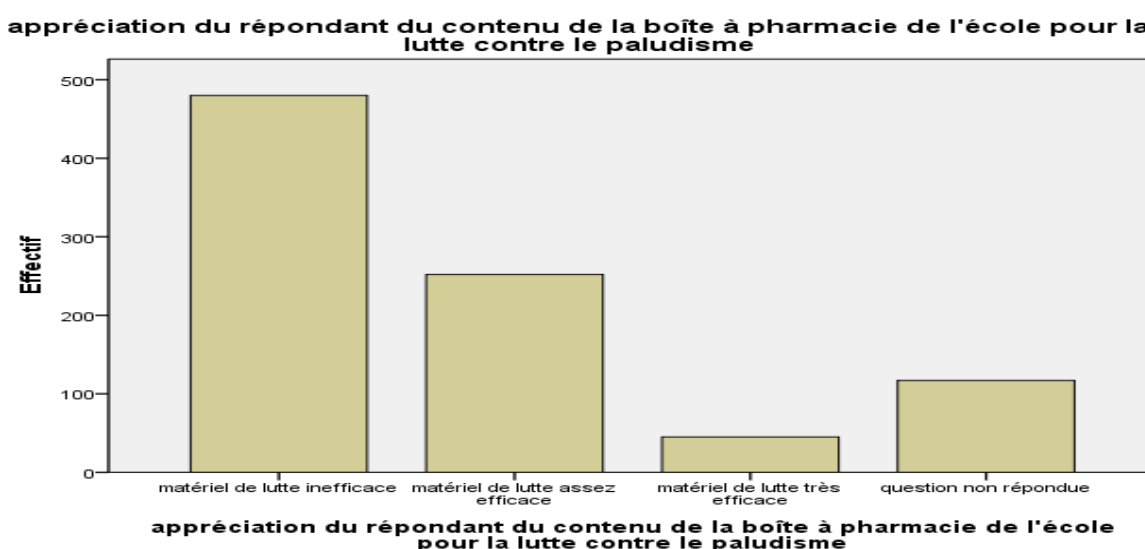
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 39 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la quantité de médicaments antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie de leur école : Quantité très insuffisante (61,40%), Quantité assez suffisante (21,80%), Quantité très suffisante (4,40%). On note également que 12,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que la quantité de produits antipaludéens contenus dans la boîte à pharmacie est très insuffisante pour la couverture sanitaire de leur école : Ce seraient, selon eux, la conséquence logique des recommandations de la hiérarchie scolaire.

Tableau N° 40 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le contenu de la boîte à pharmacie de l'école, prévu pour la lutte contre le paludisme

appréciation du répondant du contenu de la boîte à pharmacie de l'école pour la lutte contre le paludisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
matériel de lutte inefficace	480	53,7	53,7	53,7
matériel de lutte assez efficace	252	28,2	28,2	81,9
Valide matériel de lutte très efficace	45	5,0	5,0	86,9
question non répondue	117	13,1	13,1	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 40 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le contenu de la boîte à pharmacie de l'école, prévu pour la lutte contre le paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

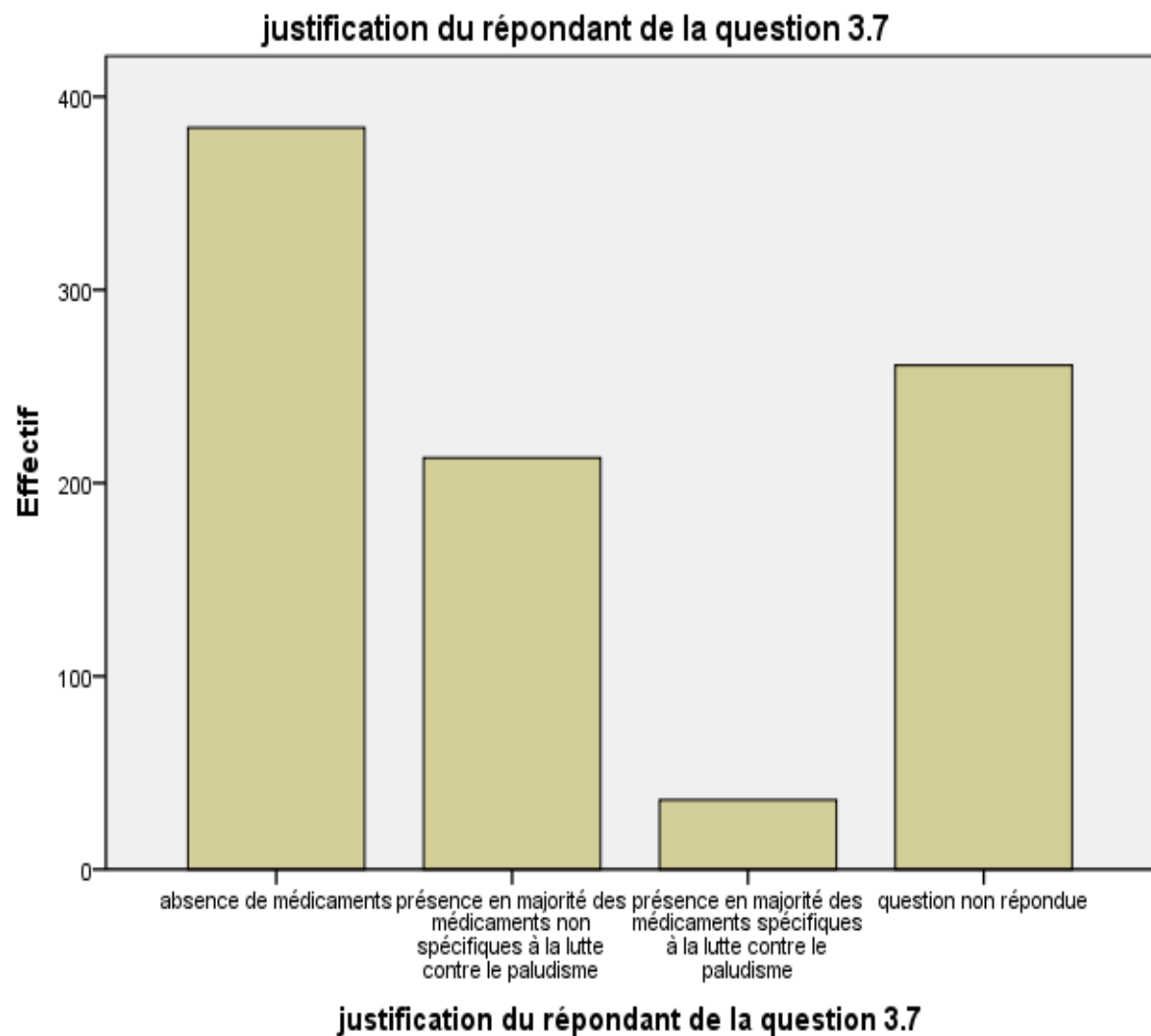
Nous observons au tableau N° 40 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le contenu dans la boîte à pharmacie de leur école, prévu pour la lutte contre le paludisme : Matériel de lutte inefficace (53,70%), Matériel de lutte assez efficace (28,20%), Matériel de lutte très efficace (5%). On note également que 13,10% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que le contenu de la boîte à pharmacie de leur école est très inefficace dans la lutte contre le paludisme : Ce seraient, selon eux, la conséquence logique des recommandations de la hiérarchie scolaire.

Tableau N° 41 : Observations relatives à la justification du répondant sur le contenu de la boîte à pharmacie de l'école, prévu pour la lutte contre le paludisme

justification du répondant de la question 3.7

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
absence de médicaments	384	43,0	43,0	43,0
présence en majorité des médicaments non spécifiques à la lutte contre le paludisme	213	23,8	23,8	66,8
présence en majorité des médicaments spécifiques à la lutte contre le paludisme	36	4,0	4,0	70,8
question non répondue	261	29,2	29,2	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 41 : Représentations relatives à la justification du répondant sur le contenu de la boîte à pharmacie de l'école, prévu pour la lutte contre le paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 41 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la justification de la question 3.7. : Absence de médicaments (43%), Présence en majorité de médicaments non spécifiques à la lutte contre le paludisme (23,80%), Présence en majorité de médicaments non spécifiques à la lutte contre le paludisme (4%). On note également que 29,20% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment en majorité que l'absence de médicaments dans la boîte à pharmacie de leur l'école est la principale cause de l'inefficacité de la lutte antipaludéenne.

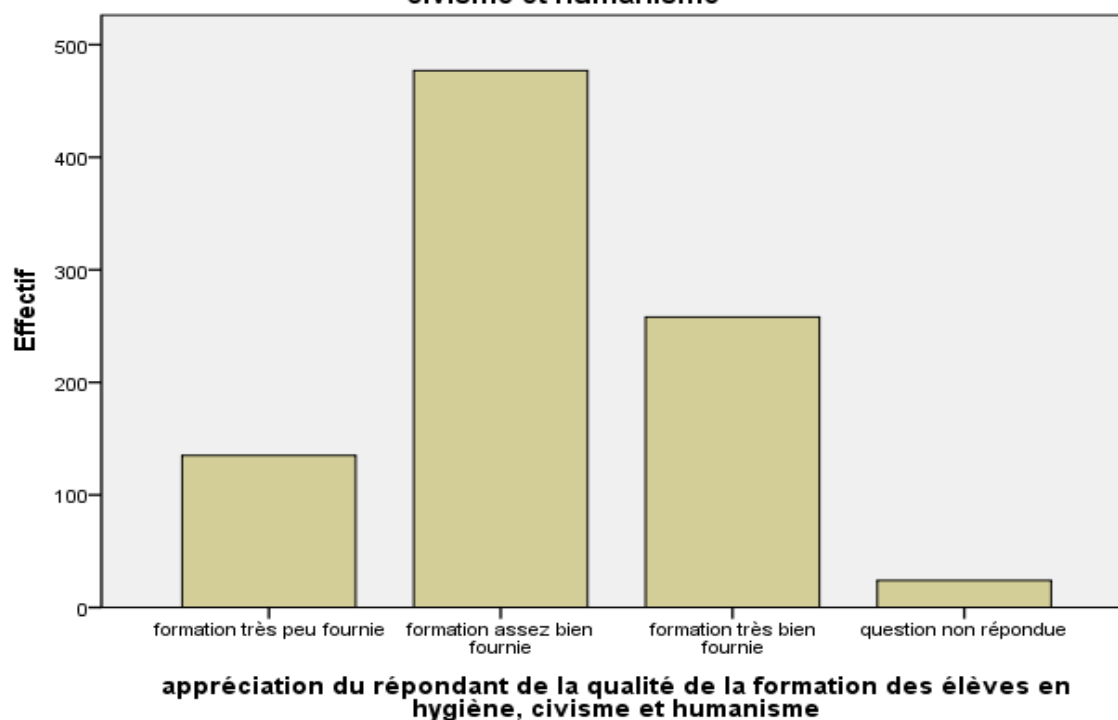
5.4. RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AU COMPORTEMENT DES ELEVES A L'ECOLE

Tableau N° 42 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la formation des élèves en hygiène, civisme et humanisme

appréciation du répondant de la qualité de la formation des élèves en hygiène, civisme et humanisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
formation très peu fournie	135	15,1	15,1	15,1
formation assez bien fournie	477	53,4	53,4	68,5
Valide formation très bien fournie	258	28,9	28,9	97,3
question non répondue	24	2,7	2,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 42 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la formation des élèves en hygiène, civisme et humanisme

appréciation du répondant de la qualité de la formation des élèves en hygiène, civisme et humanisme



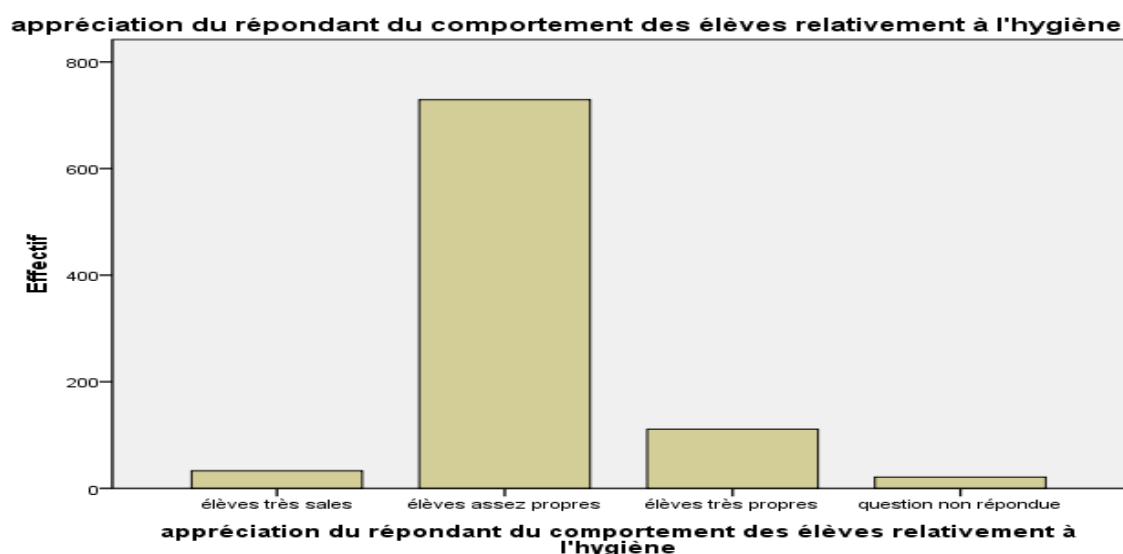
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 42 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la qualité de la formation de leurs élèves en hygiène, civisme et humanisme : Formation très peu fournie (15,10%), Formation assez bien fournie (53,40%), Formation très bien fournie (28,90%). On note également que 2,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans la majorité que la formation de leurs élèves en hygiène, civisme et humanisme est assez bien fournie.

Tableau N° 43 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière d'hygiène

appréciation du répondant du comportement des élèves relativement à l'hygiène				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide élèves très sales	33	3,7	3,7	3,7
élèves assez propres	729	81,5	81,5	85,2
élèves très propres	111	12,4	12,4	97,7
question non répondue	21	2,3	2,3	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 43 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière d'hygiène



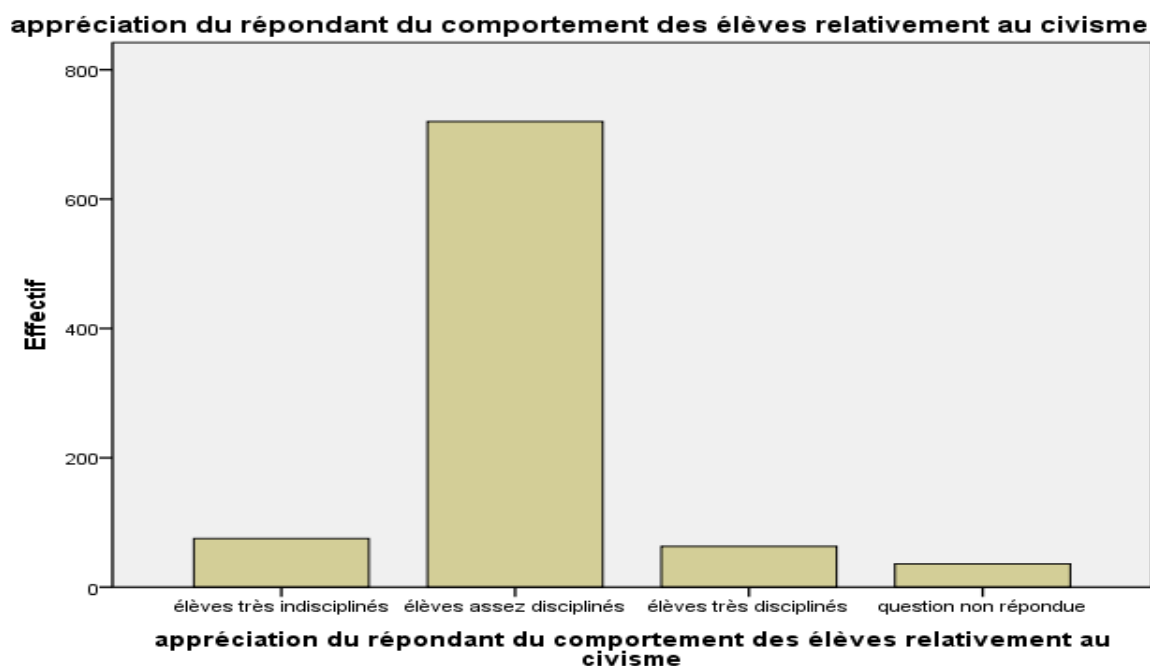
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 43 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs élèves en matière d'hygiène : Elèves très sales (3,70%), Elèves assez propres (81,50%), Elèves très propres (12,40%). On note également que 2,30% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que leurs élèves sont assez propres

Tableau N° 44 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière de civisme

appréciation du répondant du comportement des élèves relativement au civisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
élèves très indisciplinés	75	8,4	8,4	8,4
élèves assez disciplinés	720	80,5	80,5	88,9
Valides élèves très disciplinés	63	7,0	7,0	96,0
question non répondue	36	4,0	4,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 44 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière de civisme



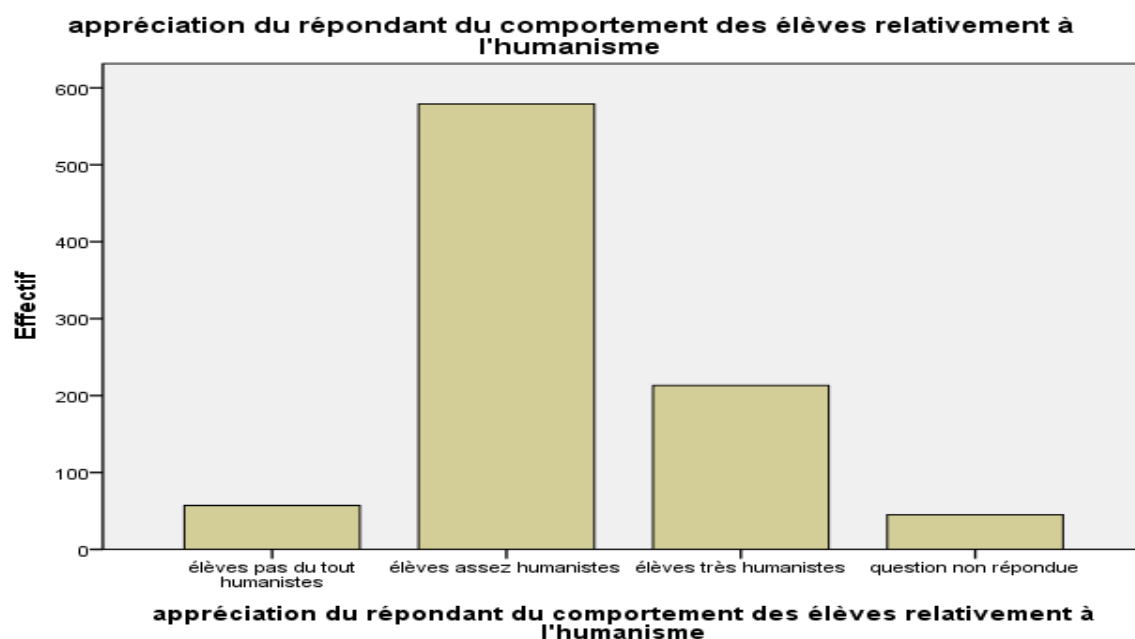
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 44 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs élèves en matière de civisme : Elèves très indisciplinés (8,40%), Elèves assez disciplinés (80,50%), Elèves très disciplinés (7%). On note également que 4% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que leurs élèves sont assez disciplinés.

Tableau N° 45 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière d'humanisme

appréciation du répondant du comportement des élèves relativement à l'humanisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide élèves pas du tout humanistes	57	6,4	6,4	6,4
élèves assez humanistes	579	64,8	64,8	71,1
élèves très humanistes	213	23,8	23,8	95,0
question non répondue	45	5,0	5,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 45 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves en matière d'humanisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 45 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs élèves en matière d'humanisme : Elèves pas du tout humanistes (6,40%), Elèves assez humanistes (64,80%), Elèves très humanistes (23,80%). On note également que 5% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que leurs élèves sont assez humanistes

Tableau N° 46 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école

appréciation du répondant du comportement des élèves relativement à aider un enfant malade				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
n'apportent aucune aide	36	4,0	4,0	4,0
aident assez souvent	414	46,3	46,3	50,3
Valide aident tout le temps	375	41,9	41,9	92,3
question non répondue	69	7,7	7,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 46 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des élèves lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école



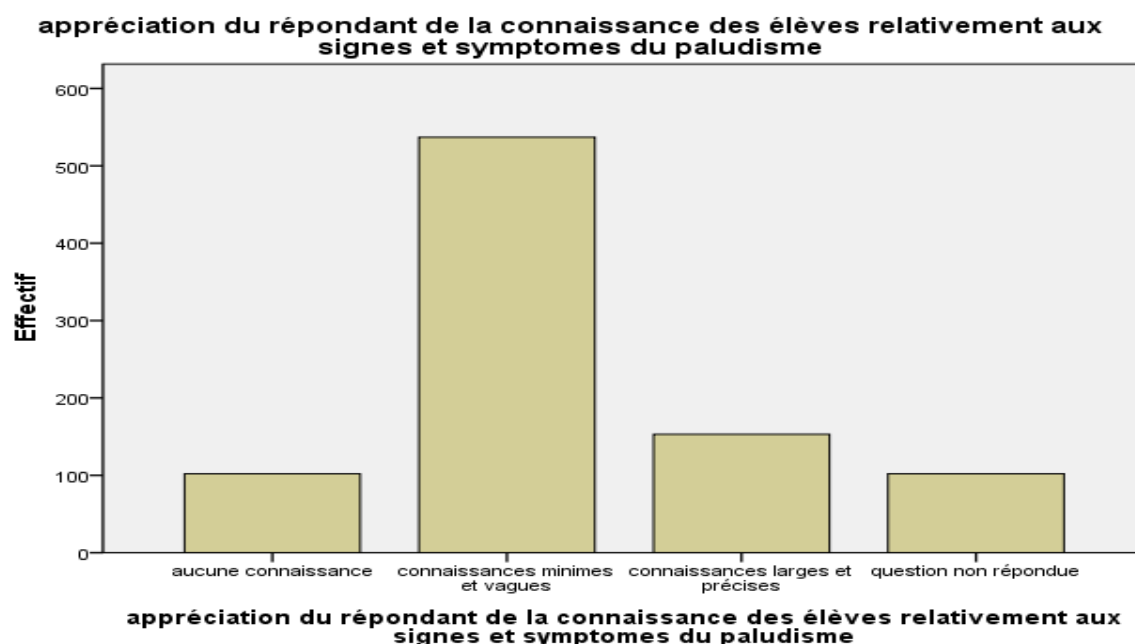
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 46 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs élèves lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école : N'apportent aucune aide (4%), Aident assez souvent (46,30%), Aident tout le temps (41,90%). On note également que 7,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que très peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment que leurs élèves n'apportent aucune aide lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école

Tableau N° 47 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des élèves en matière de signes et symptômes du paludisme

appréciation du répondant de la connaissance des élèves relativement aux signes et symptômes du paludisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
aucune connaissance	102	11,4	11,4	11,4
connaissances minimales et vagues	537	60,1	60,1	71,5
connaissances larges et précises	153	17,1	17,1	88,6
question non répondue	102	11,4	11,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 47 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des élèves en matière de signes et symptômes du paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

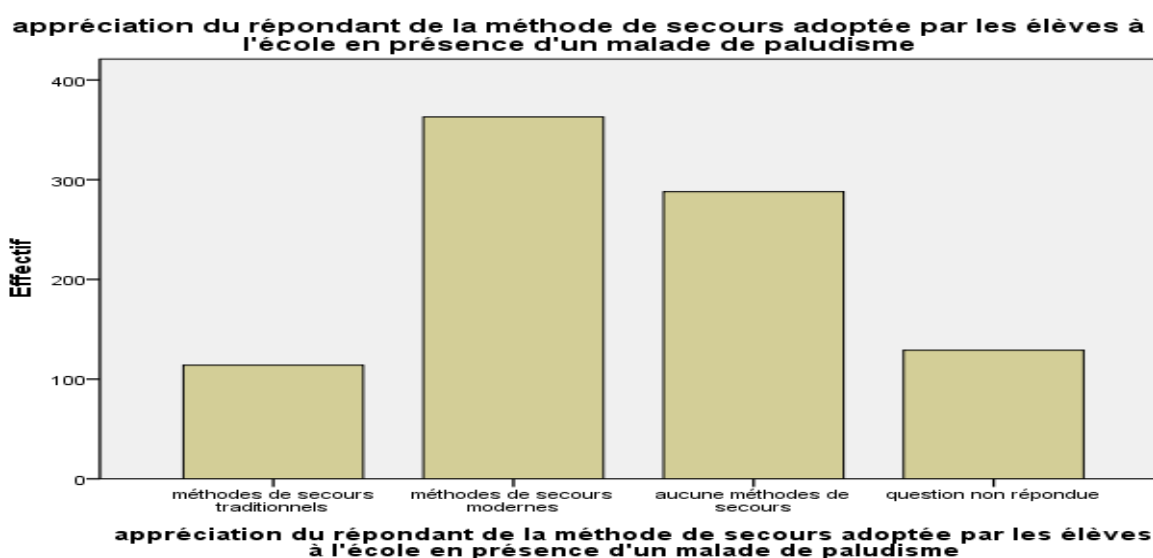
Nous observons au tableau N° 47 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la connaissance de leurs élèves en matière de signes et symptômes du paludisme : Aucune connaissance (11,40%), Connaissances minimales et vagues (60,10%), Connaissances larges et précises (17,10%). On note également que 11,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que leurs élèves ont des connaissances minimales et vagues en matière de signes et symptômes du paludisme

Tableau N° 48 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme

appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
méthodes de secours traditionnels	114	12,8	12,8	12,8
méthodes de secours modernes	363	40,6	40,6	53,4
Valide aucune méthodes de secours	288	32,2	32,2	85,6
question non répondue	129	14,4	14,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 48 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

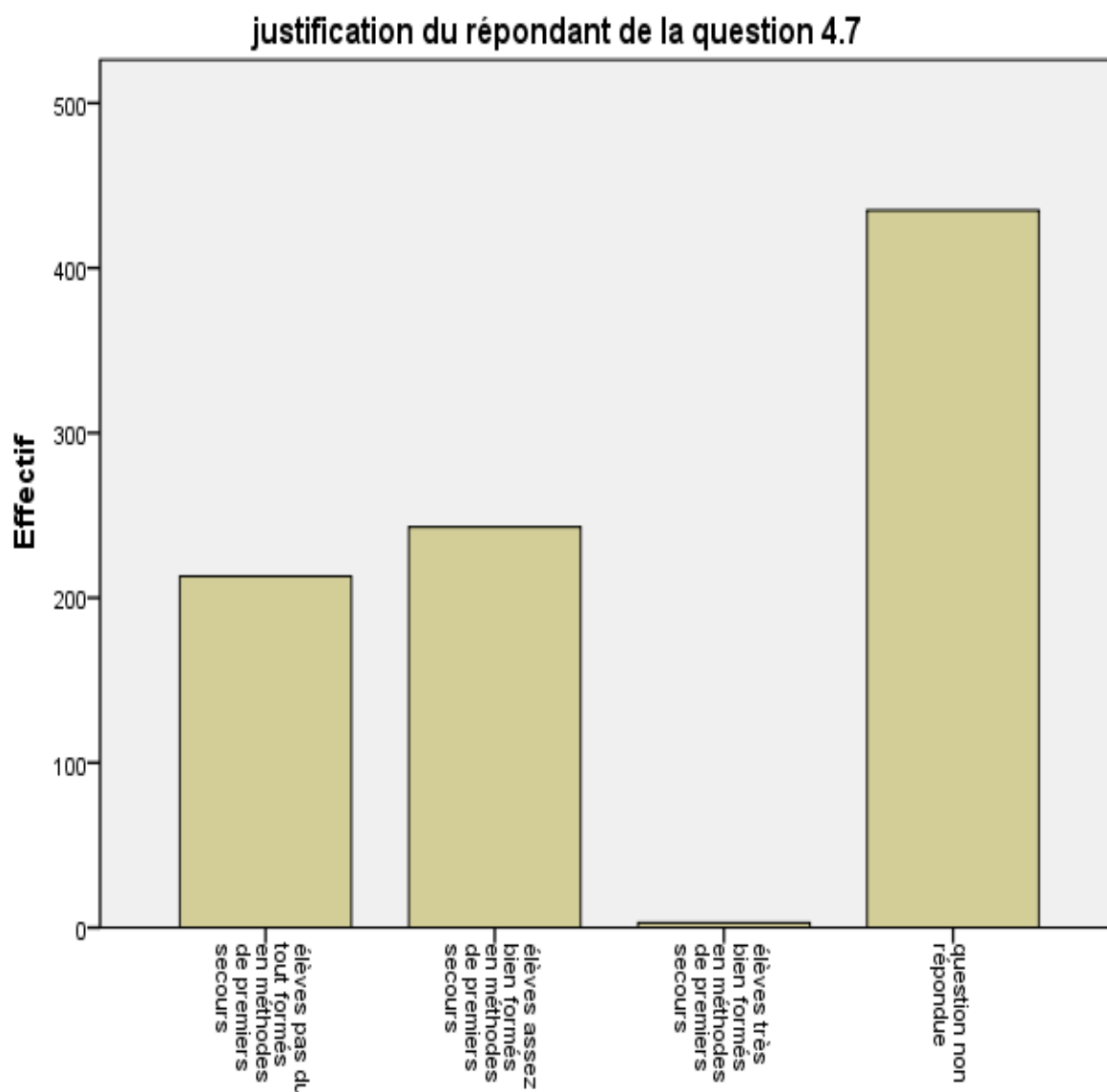
Nous observons au tableau N° 48 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la méthode de secours adoptée par leurs élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme : Méthodes de secours traditionnels (12,80%), Méthodes de secours modernes (40,60%), Aucune méthode de secours (32,20%). On note également que 14,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment que leurs élèves adoptent des méthodes de secours traditionnels à l'école en présence d'un malade de paludisme

Tableau N° 49 : Observations relatives à la justification du répondant sur la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme

justification du répondant de la question 4.7

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
élèves pas du tout formés en méthodes de premiers secours	213	23,8	23,8	23,8
élèves assez bien formés en méthodes de premiers secours	243	27,2	27,2	51,0
Validé élèves très bien formés en méthodes de premiers secours	3	,3	,3	51,3
question non répondue	435	48,7	48,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 49 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 49 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la justification de la question 4.7. : Elèves pas du tout formés en méthodes de premiers secours (23,80%), Elèves assez bien formés en méthodes de premiers secours (27,20%), Elèves très bien formés en méthodes de premiers secours (0,30%). On note également que 48,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question (fait étrange !). Ces observations montrent surtout que très peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment que leurs élèves sont très bien formés en méthodes de premiers secours

5.5. RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AU COMPORTEMENT DES ENSEIGNANTS A L'ECOLE

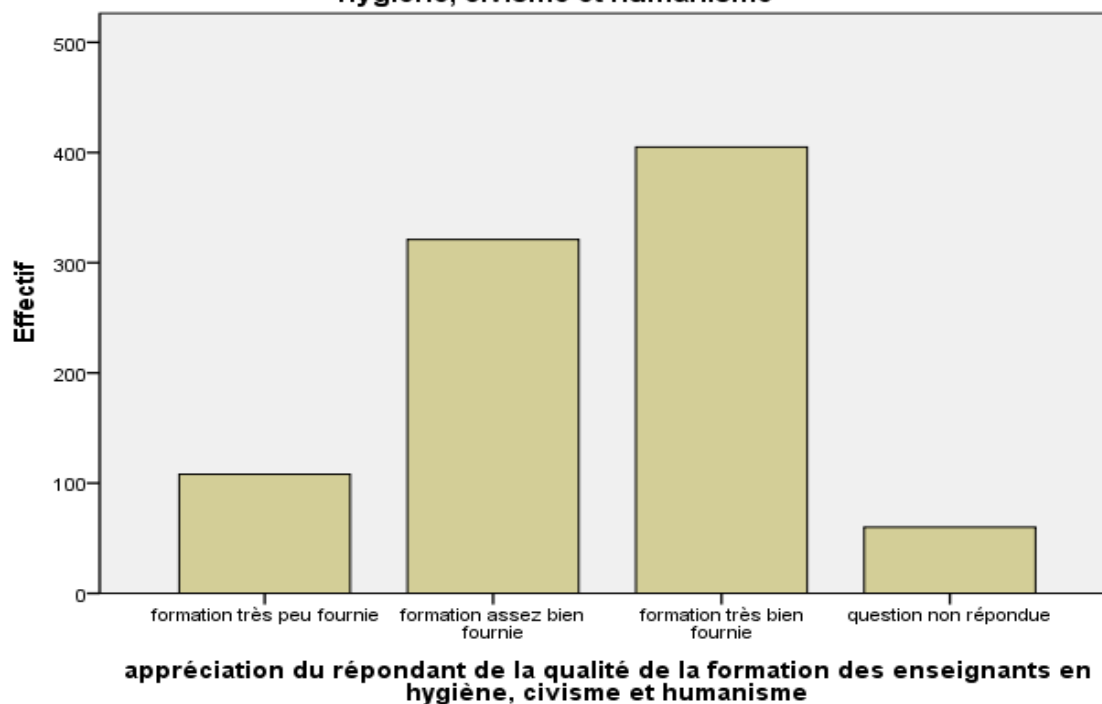
Tableau N° 50 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme

appréciation du répondant de la qualité de la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
formation très peu fournie	108	12,1	12,1	12,1
formation assez bien fournie	321	35,9	35,9	48,0
Valide formation très bien fournie	405	45,3	45,3	93,3
question non répondue	60	6,7	6,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 50 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme

appréciation du répondant de la qualité de la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme



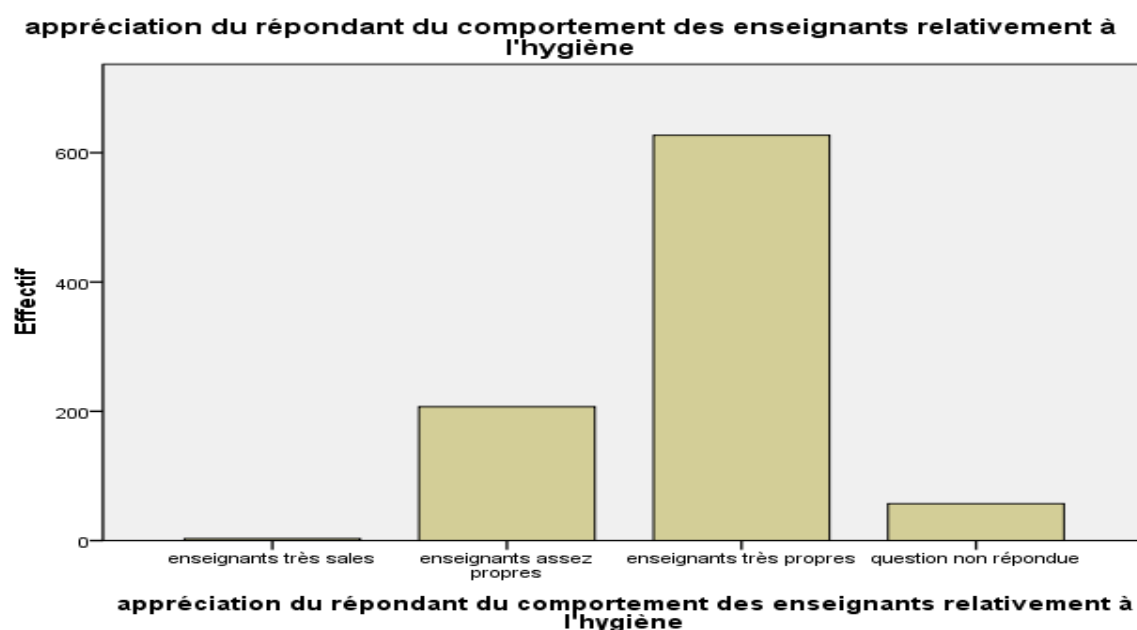
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 50 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la qualité de la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme : Formation très peu fournie (12,10%), Formation assez bien fournie (35,90%), Formation très bien fournie (45,30%). On note également que 6,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une majorité relative que la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme est très bien fournie.

Tableau N° 51 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière d'hygiène

appréciation du répondant du comportement des enseignants relativement à l'hygiène				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
enseignants très sales	3	,3	,3	,3
enseignants assez propres	207	23,2	23,2	23,5
Valide enseignants très propres	627	70,1	70,1	93,6
question non répondue	57	6,4	6,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 51 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière d'hygiène



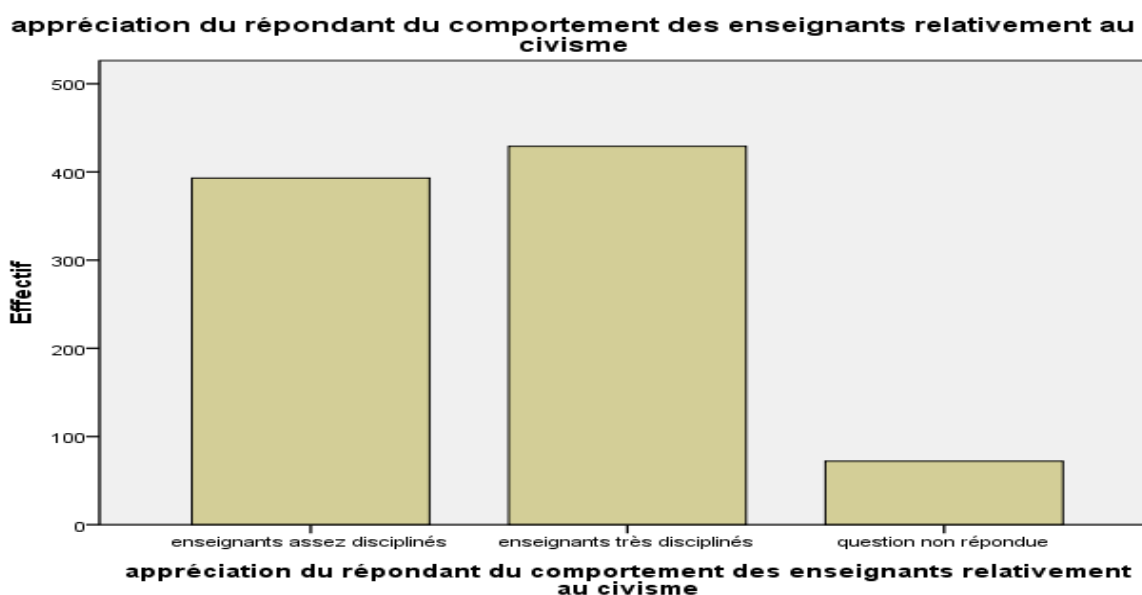
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 51 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs collègues en matière d'hygiène : Enseignants très sales (0,30%), Enseignants assez propres (23,20%), Enseignants très propres (70,10%). On note également que 6,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que leurs collègues sont très propres

Tableau N° 52 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière de civisme

appréciation du répondant du comportement des enseignants relativement au civisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
enseignants assez disciplinés	393	44,0	44,0	44,0
enseignants très disciplinés	429	48,0	48,0	91,9
question non répondue	72	8,1	8,1	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 52 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière de civisme



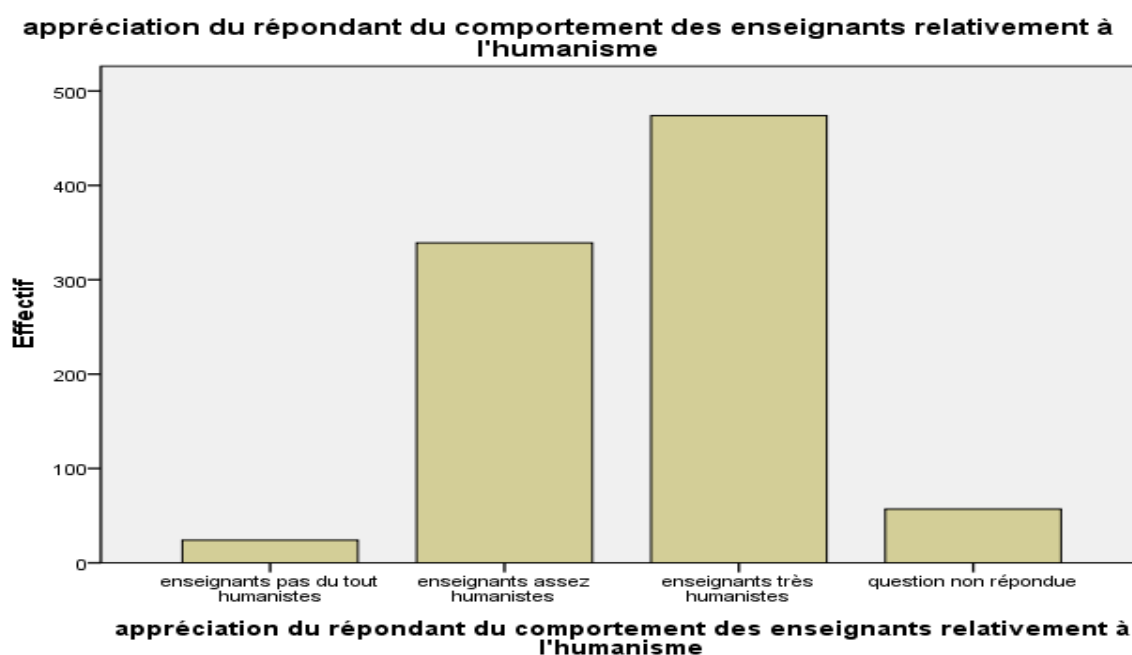
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 52 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs collègues en matière de civisme : Enseignants très indisciplinés (0%), Enseignants assez disciplinés (44%), Enseignants très disciplinés (48%). On note également que 8,10% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent qu'aucun enseignant des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, n'affirme que ses collègues sont très indisciplinés.

Tableau N° 53 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière d'humanisme

appréciation du répondant du comportement des enseignants relativement à l'humanisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
enseignants pas du tout humanistes	24	2,7	2,7	2,7
enseignants assez humanistes	339	37,9	37,9	40,6
Valides enseignants très humanistes	474	53,0	53,0	93,6
question non répondue	57	6,4	6,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 53 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants en matière d'humanisme



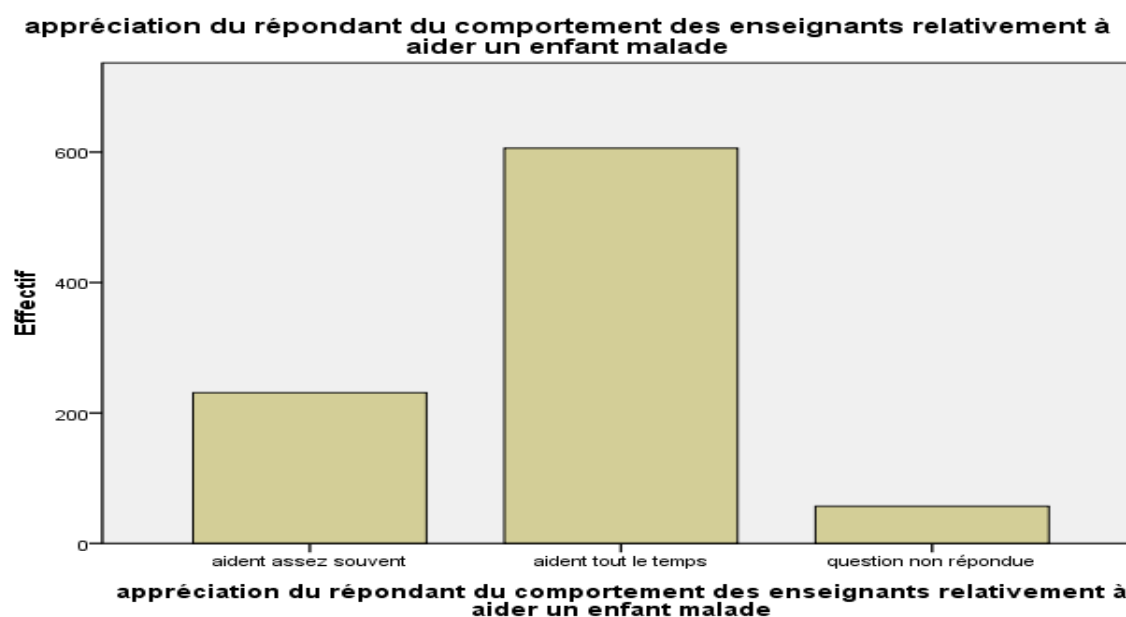
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 53 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs collègues en matière d'humanisme : Enseignants pas du tout humanistes (2,70%), Enseignants assez humanistes (37,90%), Enseignants très humanistes (53%). On note également que 6,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une majorité relative que leurs collègues sont très humanistes

Tableau N° 54 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école

appréciation du répondant du comportement des enseignants relativement à aider un enfant malade				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
aident assez souvent	231	25,8	25,8	25,8
aident tout le temps	606	67,8	67,8	93,6
question non répondue	57	6,4	6,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 54 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des enseignants lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

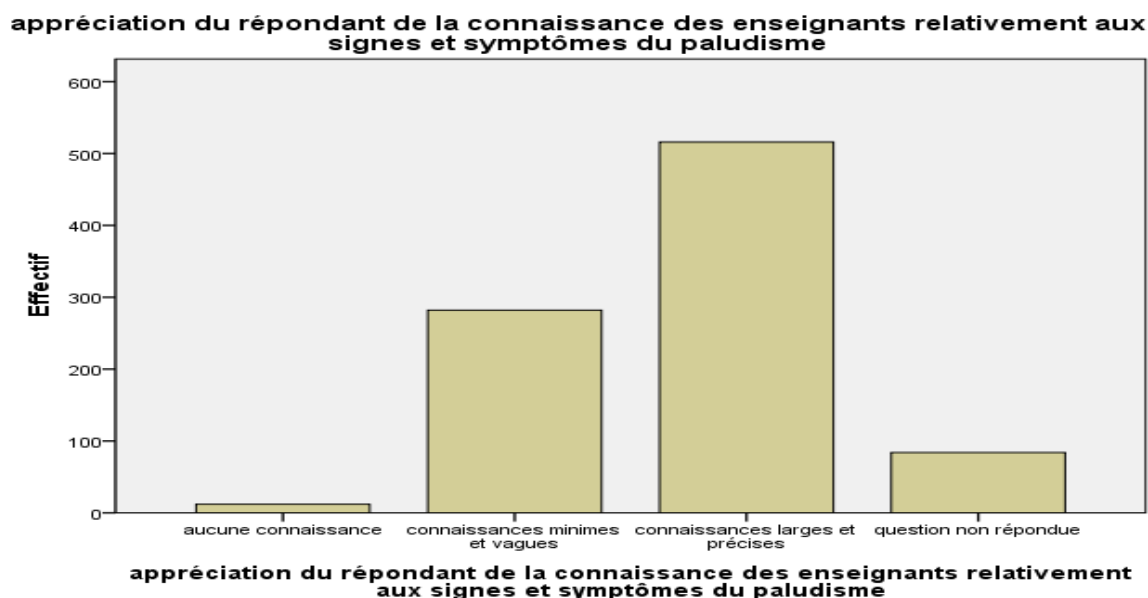
Nous observons au tableau N° 54 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs collègues lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école : N'apportent aucune aide (0%), Aident assez souvent (25,80%), Aident tout le temps (67,80%). On note également que 6,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout qu'aucun enseignant des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, n'affirme que ses collègues n'apportent aucune aide lorsqu'il faut aider un enfant malade à l'école

Tableau N° 55 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des enseignants en matière de signes et symptômes du paludisme

appréciation du répondant de la connaissance des enseignants relativement aux signes et symptômes du paludisme

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
aucune connaissance	12	1,3	1,3	1,3
connaissances minimales et vagues	282	31,5	31,5	32,9
Valide connaissances larges et précises	516	57,7	57,7	90,6
question non répondue	84	9,4	9,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 55 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des enseignants en matière de signes et symptômes du paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

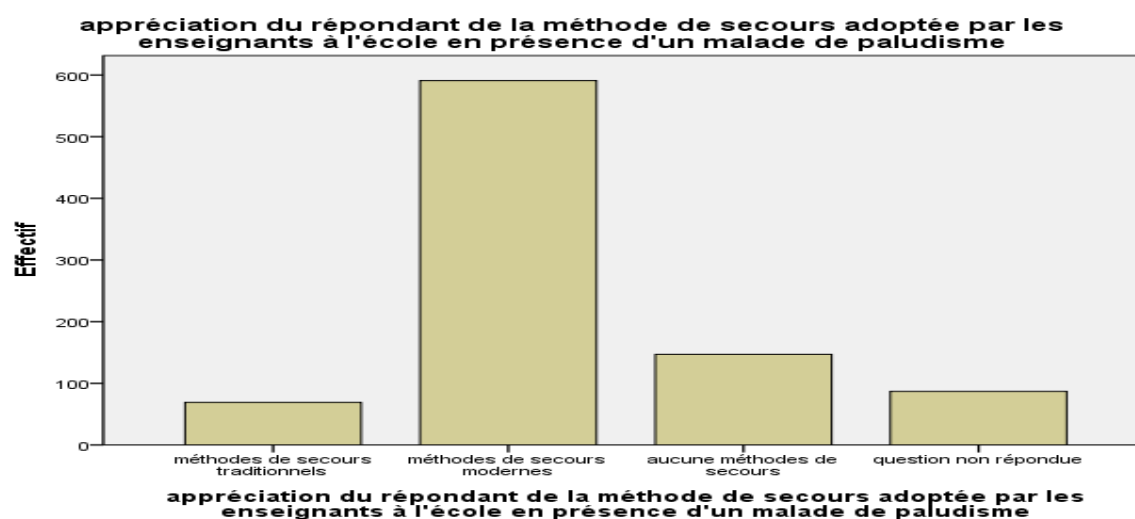
Nous observons au tableau N° 55 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la connaissance de leurs collègues en matière de signes et symptômes du paludisme : Aucune connaissance (1,30%), Connaissances minimales et vagues (31,50%), Connaissances larges et précises (57,70%). On note également que 9,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que très peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment que leurs collègues n'ont aucune connaissance sur les signes et symptômes du paludisme

Tableau N° 56 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme

appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
méthodes de secours traditionnels	69	7,7	7,7	7,7
méthodes de secours modernes	591	66,1	66,1	73,8
Valide aucune méthodes de secours	147	16,4	16,4	90,3
question non répondue	87	9,7	9,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 56 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

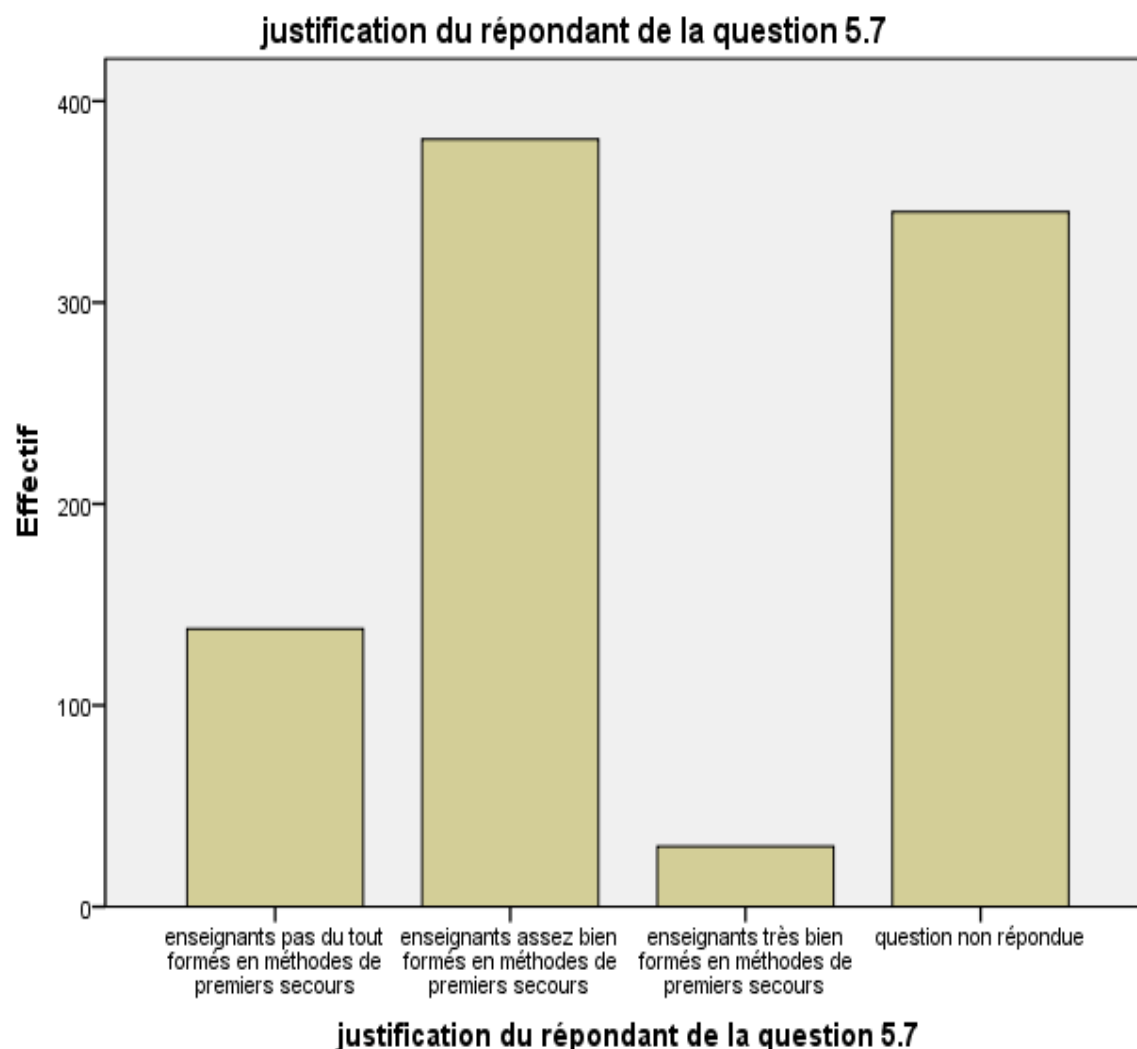
Nous observons au tableau N° 56 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la méthode de secours adoptée par leurs collègues à l'école en présence d'un malade de paludisme : Méthodes de secours traditionnels (7,70%), Méthodes de secours modernes (66,10%), Aucune méthode de secours (16,40%). On note également que 9,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que leurs collègues adoptent des méthodes de secours modernes à l'école en présence d'un malade de paludisme

Tableau N° 57 : Observations relatives à la justification du répondant sur la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme

justification du répondant de la question 5.7

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
enseignants pas du tout formés en méthodes de premiers secours	138	15,4	15,4	15,4
enseignants assez bien formés en méthodes de premiers secours	381	42,6	42,6	58,1
Valide enseignants très bien formés en méthodes de premiers secours	30	3,4	3,4	61,4
question non répondue	345	38,6	38,6	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 57 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

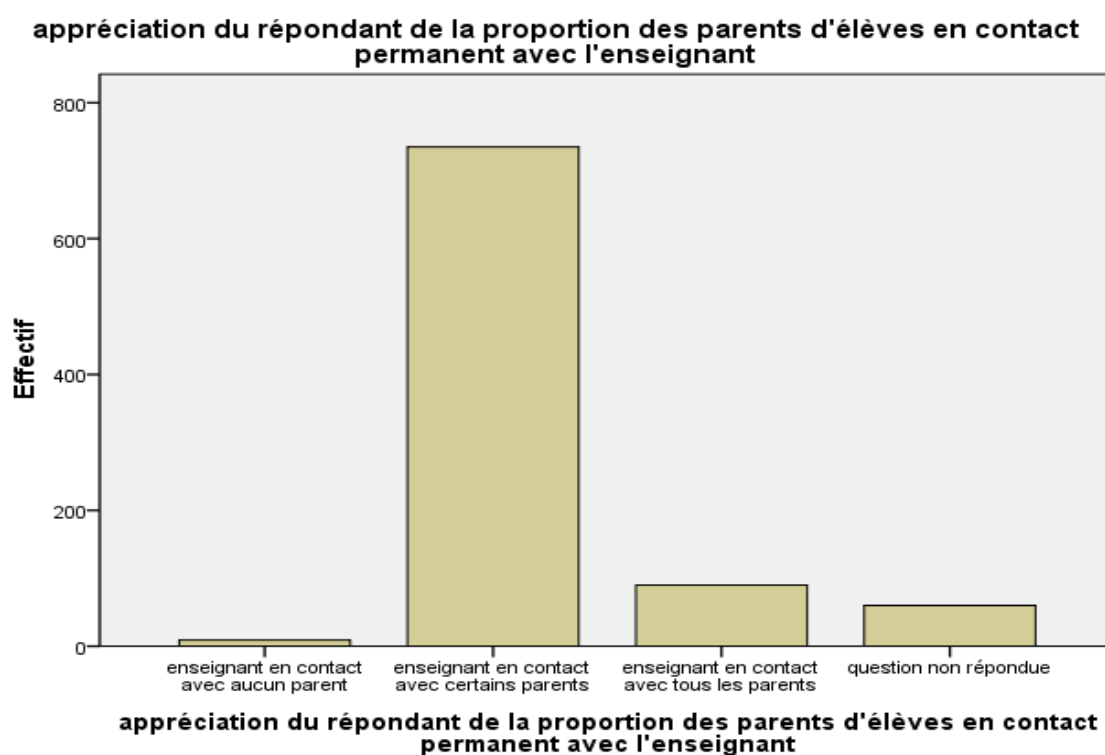
Nous observons au tableau N° 57 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la justification de la question 5.7. : Enseignants pas du tout formés en méthodes de premiers secours (15,40%), Enseignants assez bien formés en méthodes de premiers secours (42,60%), Enseignants très bien formés en méthodes de premiers secours (3,40%). On note également que 38,60% de l'échantillon n'a pas répondu à la question (fait étrange !). Ces observations montrent surtout que très peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment que leurs collègues sont très bien formés en méthodes de premiers secours

5.6. RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AU COMPORTEMENT DES PARENTS D'ELEVES A L'ECOLE

Tableau N° 58 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le nombre de parents d'élèves en contact permanent avec l'enseignant

appréciation du répondant de la proportion des parents d'élèves en contact permanent avec l'enseignant				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
enseignant en contact avec aucun parent	9	1,0	1,0	1,0
enseignant en contact avec certains parents	735	82,2	82,2	83,2
enseignant en contact avec tous les parents	90	10,1	10,1	93,3
question non répondue	60	6,7	6,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 58 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le nombre de parents d'élèves en contact permanent avec l'enseignant



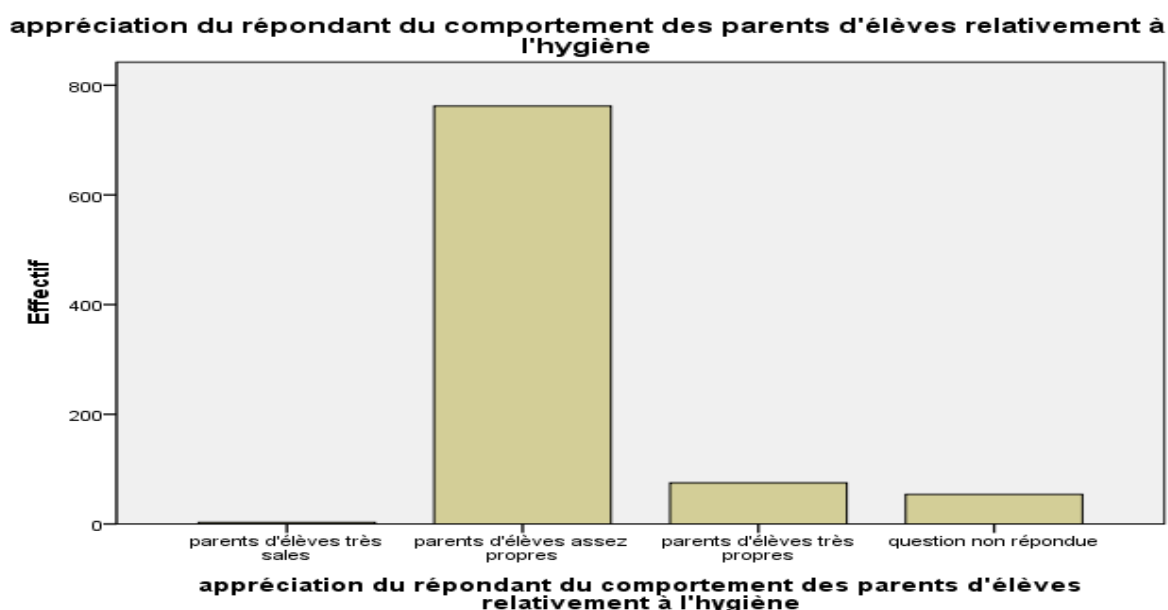
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 58 que les répondants ont des avis divers sur le nombre de parents d'élèves en contact permanent avec l'enseignant : Enseignant en contact avec aucun parent d'élèves (1%), Enseignant en contact avec certains parents d'élèves (82,20%), Enseignant en contact avec tous les parents d'élèves (10,10%). On note également que 6,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que très peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment qu'ils ne sont en contact avec aucun parent d'élèves.

Tableau N° 59 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière d'hygiène

appréciation du répondant du comportement des parents d'élèves relativement à l'hygiène					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	parents d'élèves très sales	3	,3	,3	,3
	parents d'élèves assez propres	762	85,2	85,2	85,6
	parents d'élèves très propres	75	8,4	8,4	94,0
	question non répondue	54	6,0	6,0	100,0
	Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 59 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière d'hygiène



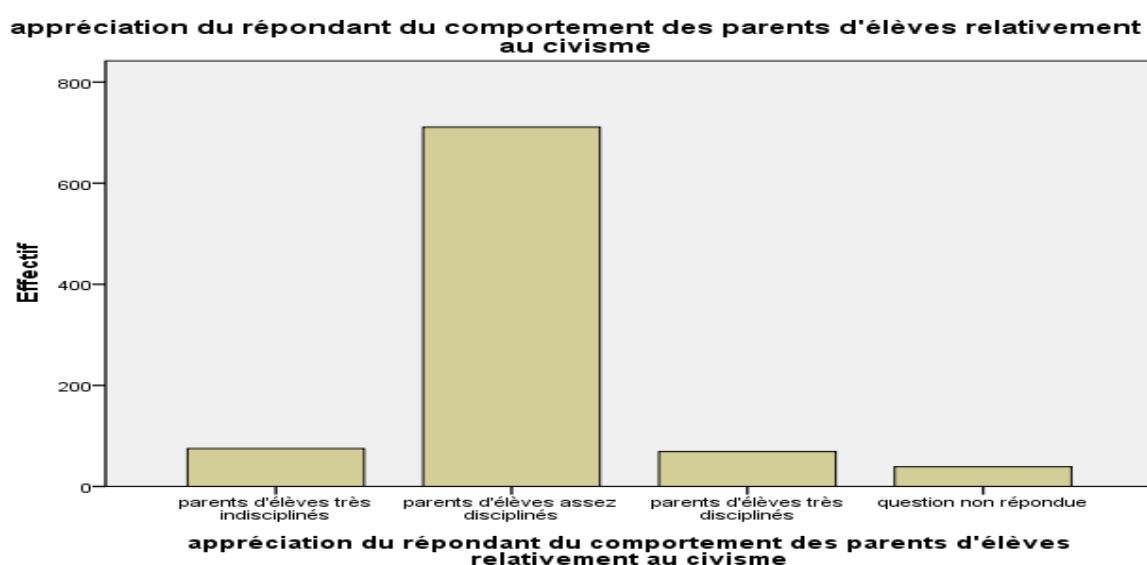
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 59 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs parents d'élèves en matière d'hygiène : Parents d'élèves très sales (0,30%), Parents d'élèves assez propres (85,20%), Parents d'élèves très propres (8,40%). On note également que 6% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que très peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment que leurs parents d'élèves sont très sales

Tableau N° 60 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière de civisme

appréciation du répondant du comportement des parents d'élèves relativement au civisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
parents d'élèves très indisciplinés	75	8,4	8,4	8,4
parents d'élèves assez disciplinés	711	79,5	79,5	87,9
Valide parents d'élèves très disciplinés	69	7,7	7,7	95,6
question non répondue	39	4,4	4,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 60 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière de civisme



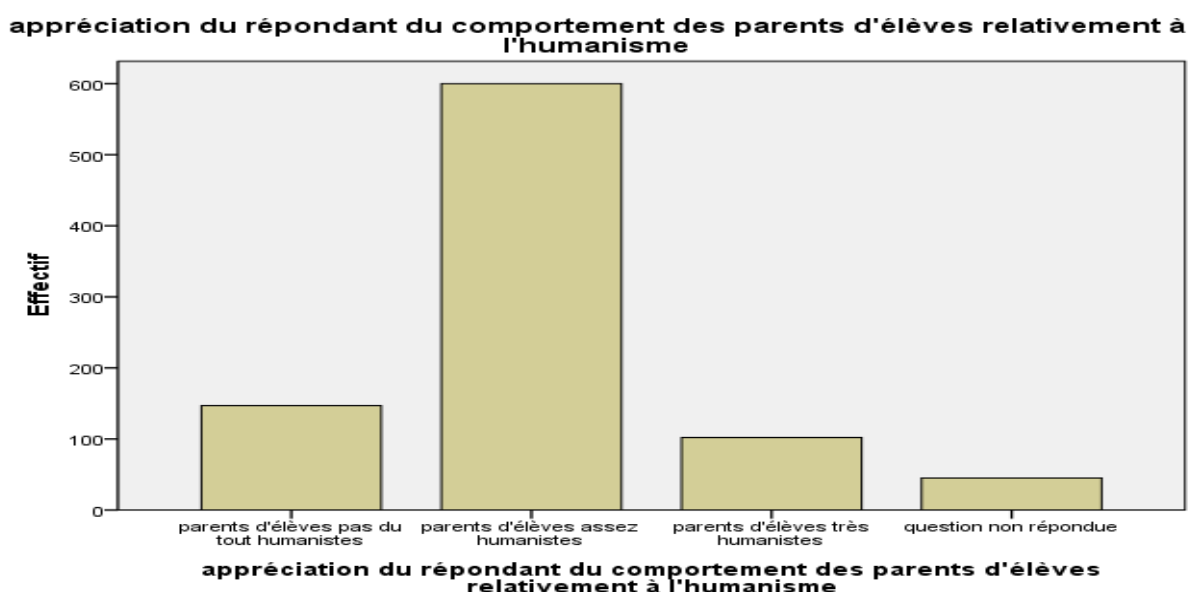
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 60 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs parents d'élèves en matière de civisme : Parents d'élèves très indisciplinés (8,40%), Parents d'élèves assez disciplinés (79,50%), Parents d'élèves très disciplinés (7,70%). On note également que 4,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que leurs parents d'élèves sont assez disciplinés.

Tableau N° 61 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière d'humanisme

appréciation du répondant du comportement des parents d'élèves relativement à l'humanisme				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
parents d'élèves pas du tout humanistes	147	16,4	16,4	16,4
parents d'élèves assez humanistes	600	67,1	67,1	83,6
parents d'élèves très humanistes	102	11,4	11,4	95,0
question non répondue	45	5,0	5,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 61 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves en matière d'humanisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

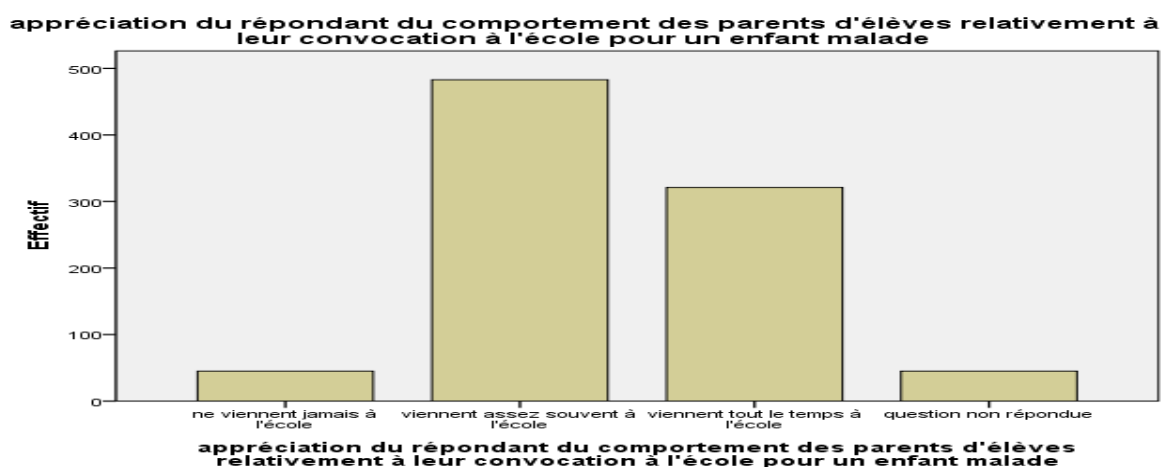
Nous observons au tableau N° 61 que les répondants ont des avis divers sur le comportement général de leurs parents d'élèves en matière d'humanisme : Parents d'élèves pas du tout humanistes (16,40%), Parents d'élèves assez humanistes (67,10%), Parents d'élèves très humanistes (11,40%). On note également que 5% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que leurs parents d'élèves sont assez humanistes

Tableau N° 62 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves lorsqu'ils sont convoqués pour un enfant malade à l'école

appréciation du répondant du comportement des parents d'élèves relativement à leur convocation à l'école pour un enfant malade

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
ne viennent jamais à l'école	45	5,0	5,0	5,0
viennent assez souvent à l'école	483	54,0	54,0	59,1
Valide viennent tout le temps à l'école	321	35,9	35,9	95,0
question non répondue	45	5,0	5,0	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 62 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le comportement général des parents d'élèves lorsqu'ils sont convoqués pour un enfant malade à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

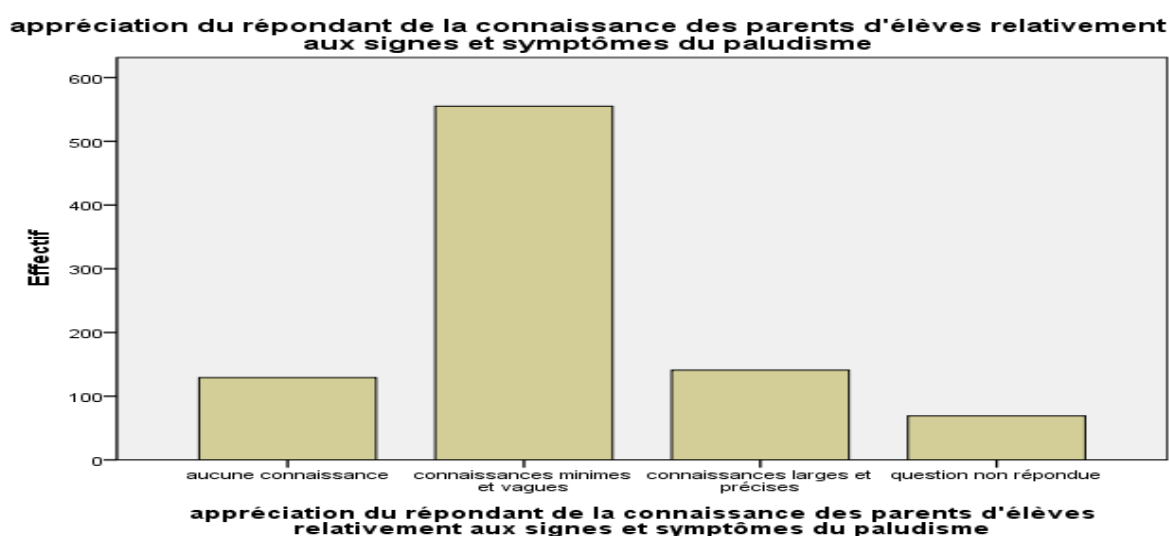
Nous observons au tableau N° 62 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le comportement général de leurs parents d'élèves lorsqu'ils sont convoqués pour un enfant malade à l'école : Ne viennent jamais à l'école (5%), Viennent assez souvent à l'école (54%), Viennent tout le temps à l'école (35,90%). On note également que 5% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment que leurs parents d'élèves ne viennent jamais à l'école lorsqu'ils sont convoqués pour un enfant malade

Tableau N° 63 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des parents d'élèves en matière de signes et symptômes du paludisme

appréciation du répondant de la connaissance des parents d'élèves relativement aux signes et symptômes du paludisme

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
aucune connaissance	129	14,4	14,4	14,4
connaissances minimales et vagues	555	62,1	62,1	76,5
Valide connaissances larges et précises	141	15,8	15,8	92,3
question non répondue	69	7,7	7,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 63 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la connaissance des parents d'élèves en matière de signes et symptômes du paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

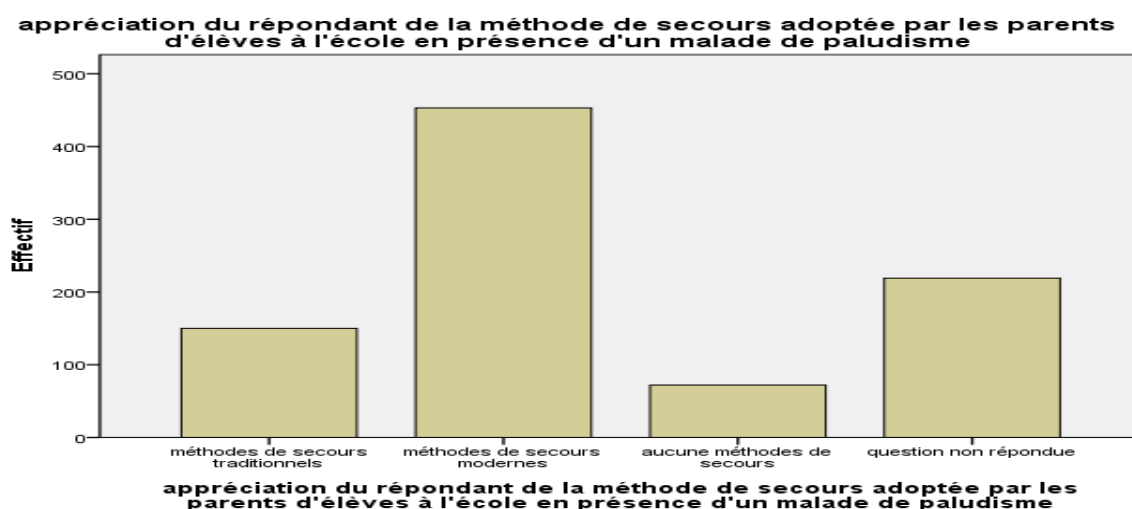
Nous observons au tableau N° 63 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la connaissance de leurs parents d'élèves en matière de signes et symptômes du paludisme : Aucune connaissance (14,40%), Connaissances minimales et vagues (62,10%), Connaissances larges et précises (15,80%). On note également que 7,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une très large majorité que leurs parents d'élèves ont des connaissances minimales et vagues en matière de signes et symptômes du paludisme

Tableau N° 64 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme

appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
méthodes de secours traditionnels	150	16,8	16,8	16,8
méthodes de secours modernes	453	50,7	50,7	67,4
Valide aucune méthodes de secours	72	8,1	8,1	75,5
question non répondue	219	24,5	24,5	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 64 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

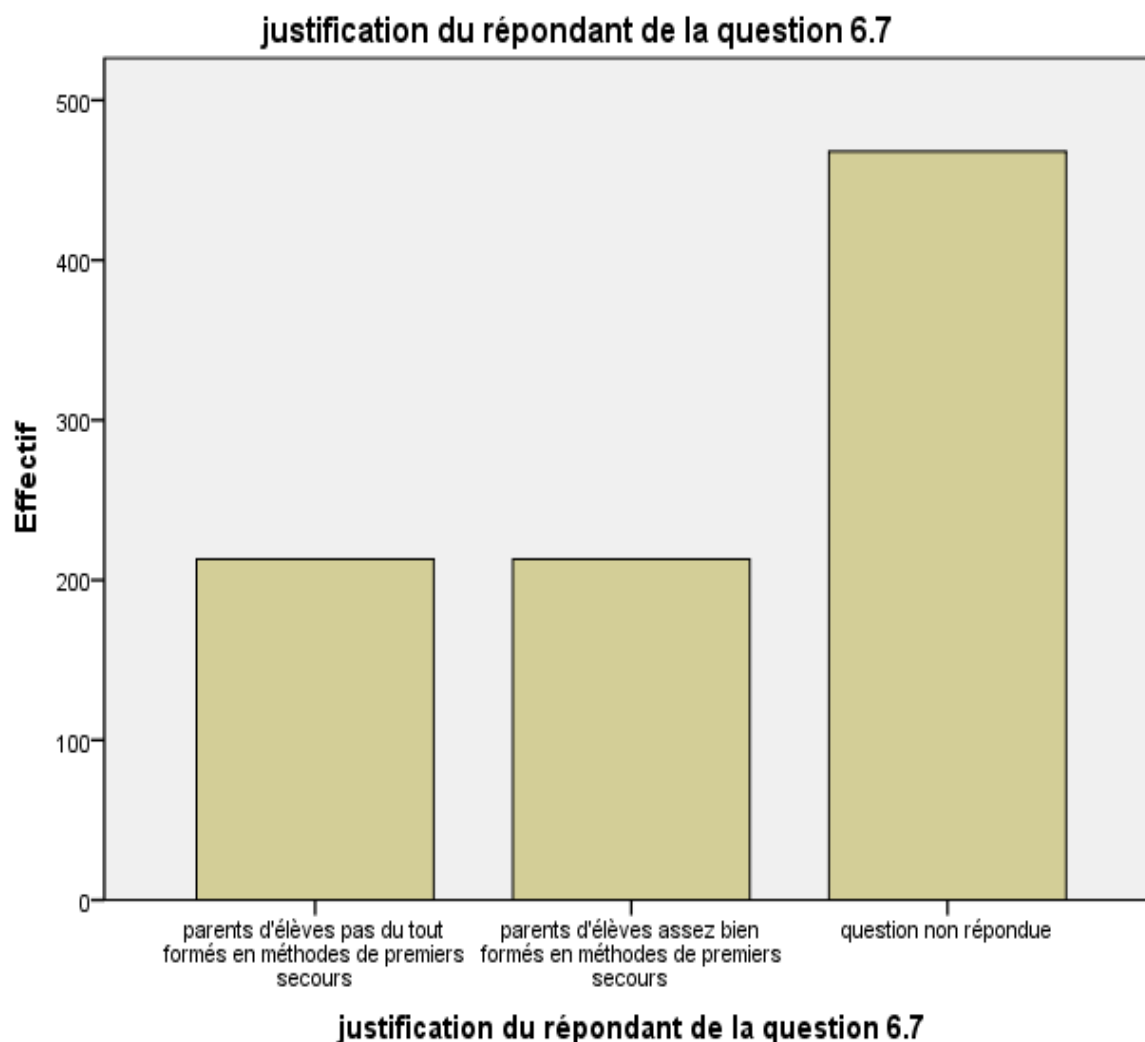
Nous observons au tableau N° 64 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la méthode de secours adoptée par leurs parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme : Méthodes de secours traditionnels (16,80%), Méthodes de secours modernes (50,70%), Aucune méthode de secours (8,10%). On note également que 24,50% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une large majorité que leurs parents d'élèves adoptent des méthodes de secours modernes à l'école en présence d'un malade de paludisme

Tableau N° 65 : Observations relatives à la justification du répondant sur la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme

justification du répondant de la question 6.7

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
parents d'élèves pas du tout formés en méthodes de premiers secours	213	23,8	23,8	23,8
parents d'élèves assez bien formés en méthodes de premiers secours	213	23,8	23,8	47,7
question non répondue	468	52,3	52,3	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 65 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

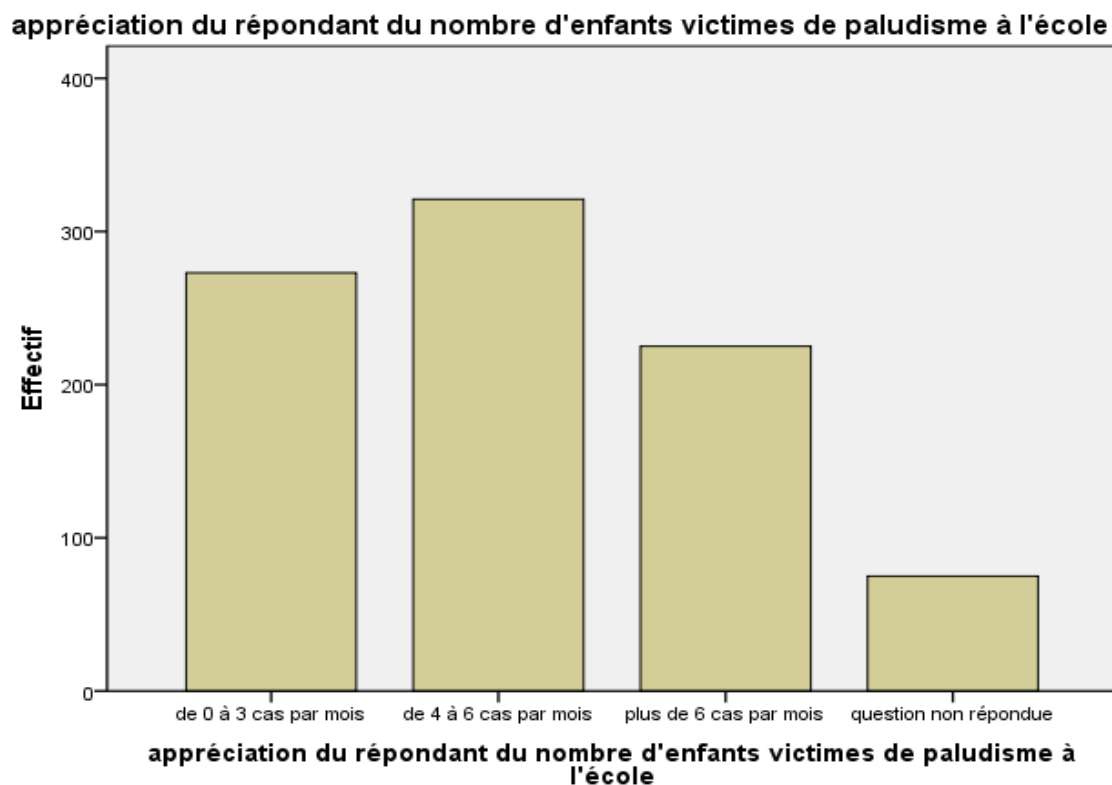
Nous observons au tableau N° 65 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la justification de la question 6.7. : Parents d'élèves pas du tout formés en méthodes de premiers secours (23,80%), Parents d'élèves assez bien formés en méthodes de premiers secours (23,80%), Parents d'élèves très bien formés en méthodes de premiers secours (0%). On note également que 52,30% de l'échantillon n'a pas répondu à la question (fait étrange !). Ces observations montrent surtout qu'aucun enseignant des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, n'affirme que ses parents d'élèves sont très bien formés en méthodes de premiers secours

5.7. RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AU NIVEAU D'AGGRAVATION DU PALUDISME A L'ECOLE

Tableau N° 66 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le nombre d'enfants victimes de paludisme à l'école

appréciation du répondant du nombre d'enfants victimes de paludisme à l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
de 0 à 3 cas par mois	273	30,5	30,5	30,5
de 4 à 6 cas par mois	321	35,9	35,9	66,4
Valide plus de 6 cas par mois	225	25,2	25,2	91,6
question non répondue	75	8,4	8,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 66 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le nombre d'enfants victimes de paludisme à l'école



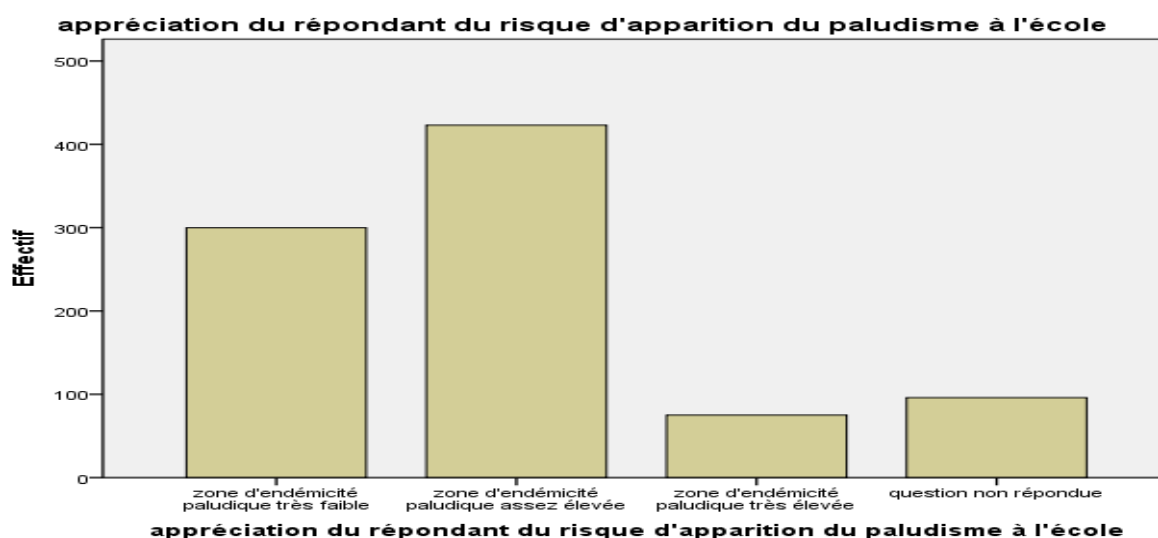
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 66 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne le nombre d'enfants victimes de paludisme dans leur école : De 0 à 3 cas par mois (30,50%), De 4 à 6 cas par mois (35,90%), Plus de 6 cas par mois (25,20%). On note également que 8,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une majorité relative que le nombre d'enfants victimes de paludisme dans leur école oscille entre 4 et 6 cas par mois. Conformément au principe du PNLP, le seuil critique, situé au-delà de 5 cas par mois dans une zone bien délimitée, est atteint ; d'où le besoin de tirer la sonnette d'alarme

Tableau N° 67 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur le risque d'apparition du paludisme à l'école

appréciation du répondant du risque d'apparition du paludisme à l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
zone d'endémicité paludique très faible	300	33,6	33,6	33,6
zone d'endémicité paludique assez élevée	423	47,3	47,3	80,9
Valide zone d'endémicité paludique très élevée	75	8,4	8,4	89,3
question non répondue	96	10,7	10,7	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 67 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur le risque d'apparition du paludisme à l'école



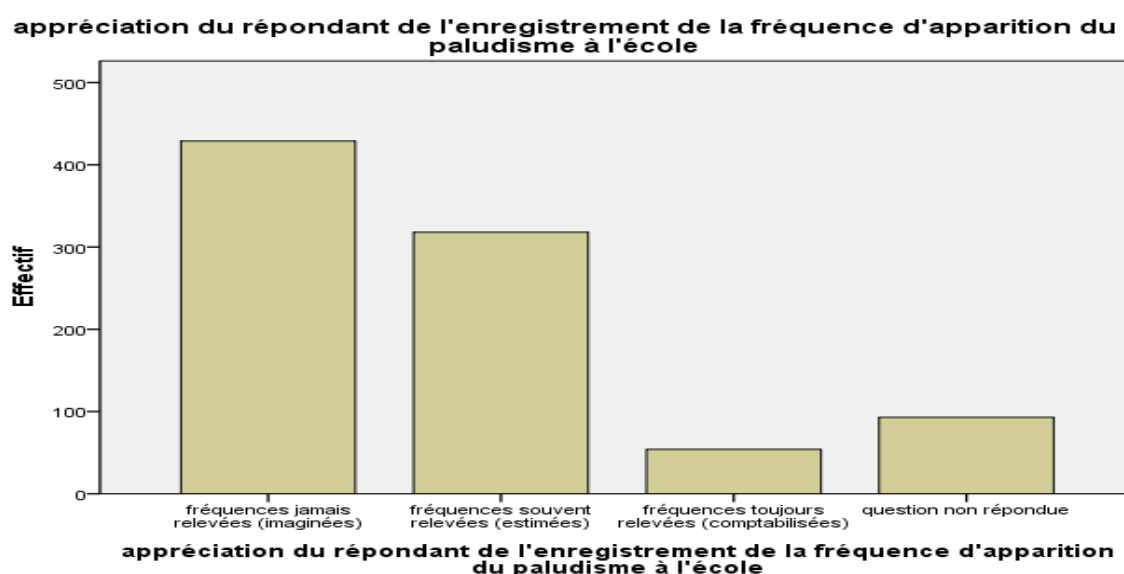
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 67 que les répondants ont des avis divers sur le risque d'apparition du paludisme dans leur école : Zone d'endémicité paludique très faible (33,60%), Zone d'endémicité paludique assez élevée (47,30%), Zone d'endémicité paludique très élevée (8,40%). On note également que 10,70% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une majorité relative que leur école est située dans une zone d'endémicité paludique assez élevée.

Tableau N° 68 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur l'enregistrement de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

appréciation du répondant de l'enregistrement de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
fréquences jamais relevées (imaginées)	429	48,0	48,0	48,0
fréquences souvent relevées (estimées)	318	35,6	35,6	83,6
Valides fréquences toujours relevées (comptabilisées)	54	6,0	6,0	89,6
question non répondue	93	10,4	10,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 68 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur l'enregistrement de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



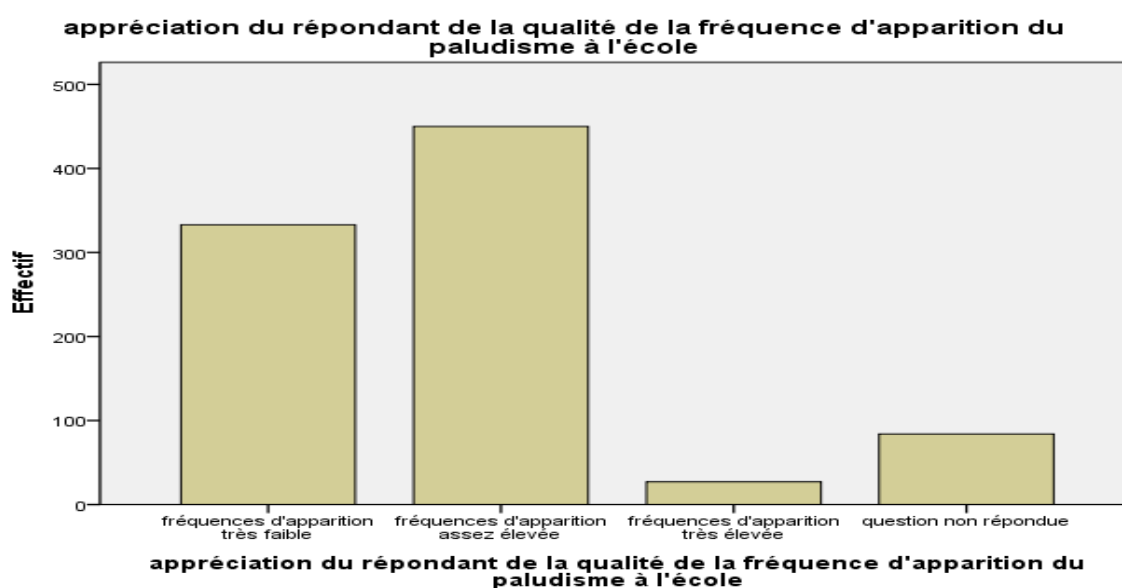
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 68 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne l'enregistrement de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école : Fréquences jamais relevées (48%), Fréquences souvent relevées (35,60%), Fréquences toujours relevées (6%). On note également que 10,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une majorité relative que la fréquence d'apparition du paludisme dans leur l'école n'est jamais relevée ; fait grave pour une maladie qui constitue la première cause de mortalité infantile au Cameroun !

Tableau N° 69 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

appréciation du répondant de la qualité de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
fréquences d'apparition très faible	333	37,2	37,2	37,2
fréquences d'apparition assez élevée	450	50,3	50,3	87,6
Valide fréquences d'apparition très élevée	27	3,0	3,0	90,6
question non répondue	84	9,4	9,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 69 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la qualité de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



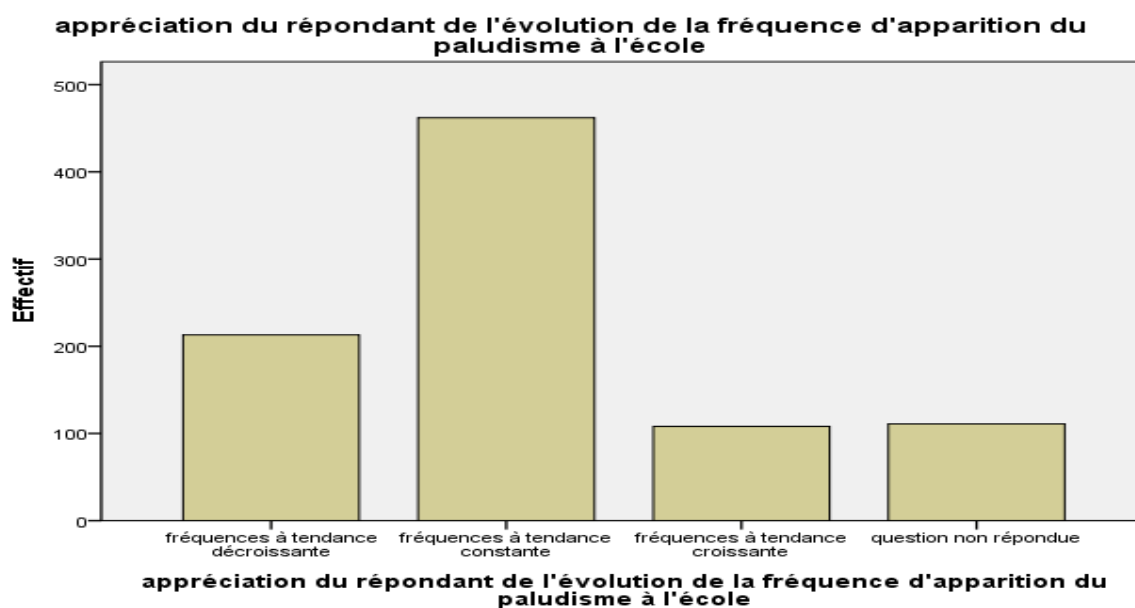
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 69 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la qualité de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école : Fréquence d'apparition très faible (37,20%), Fréquence d'apparition assez élevée (50,30%), Fréquence d'apparition très élevée (3%). On note également que 9,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que très peu d'enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment que la fréquence d'apparition du paludisme dans leur école est très élevée.

Tableau N° 70 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
fréquences à tendance décroissante	213	23,8	23,8	23,8
fréquences à tendance constante	462	51,7	51,7	75,5
Valide fréquences à tendance croissante	108	12,1	12,1	87,6
question non répondue	111	12,4	12,4	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 70 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



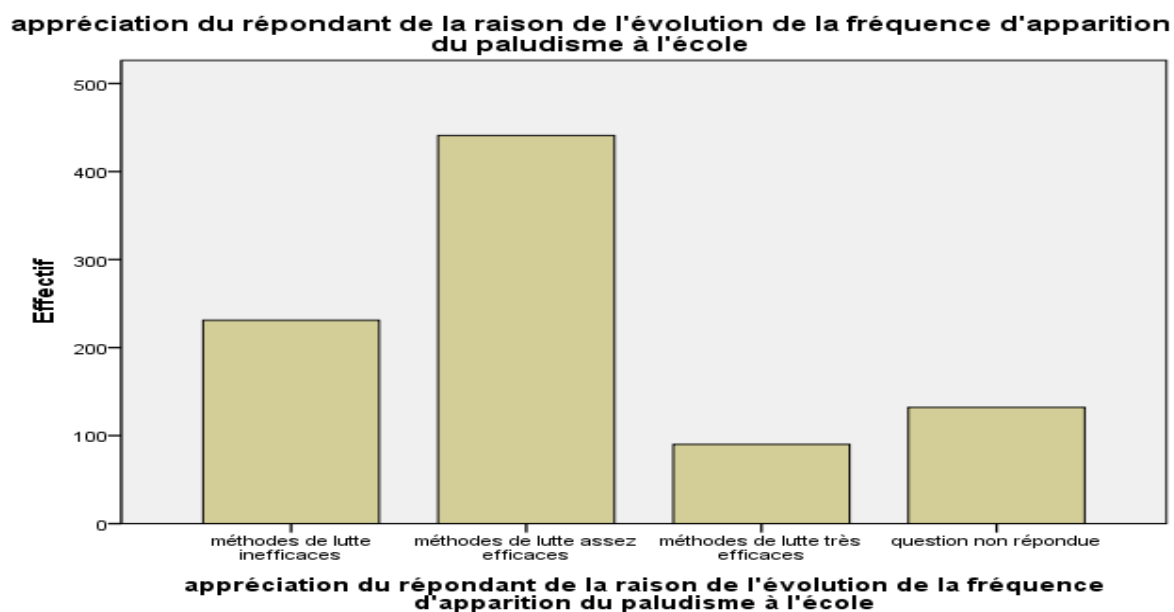
Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 70 que les répondants ont des avis divers sur l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école : Fréquence à tendance décroissante (23,80%), Fréquence à tendance constante (51,70%), Fréquence à tendance croissante (12,10%). On note également que 12,40% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une grande majorité que la fréquence d'apparition du paludisme dans leur école a une tendance constante.

Tableau N° 71 : Observations relatives à l'appréciation du répondant sur la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

appréciation du répondant de la raison de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
méthodes de lutte inefficaces	231	25,8	25,8	25,8
méthodes de lutte assez efficaces	441	49,3	49,3	75,2
Valide méthodes de lutte très efficaces	90	10,1	10,1	85,2
question non répondue	132	14,8	14,8	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 71 : Représentations relatives à l'appréciation du répondant sur la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

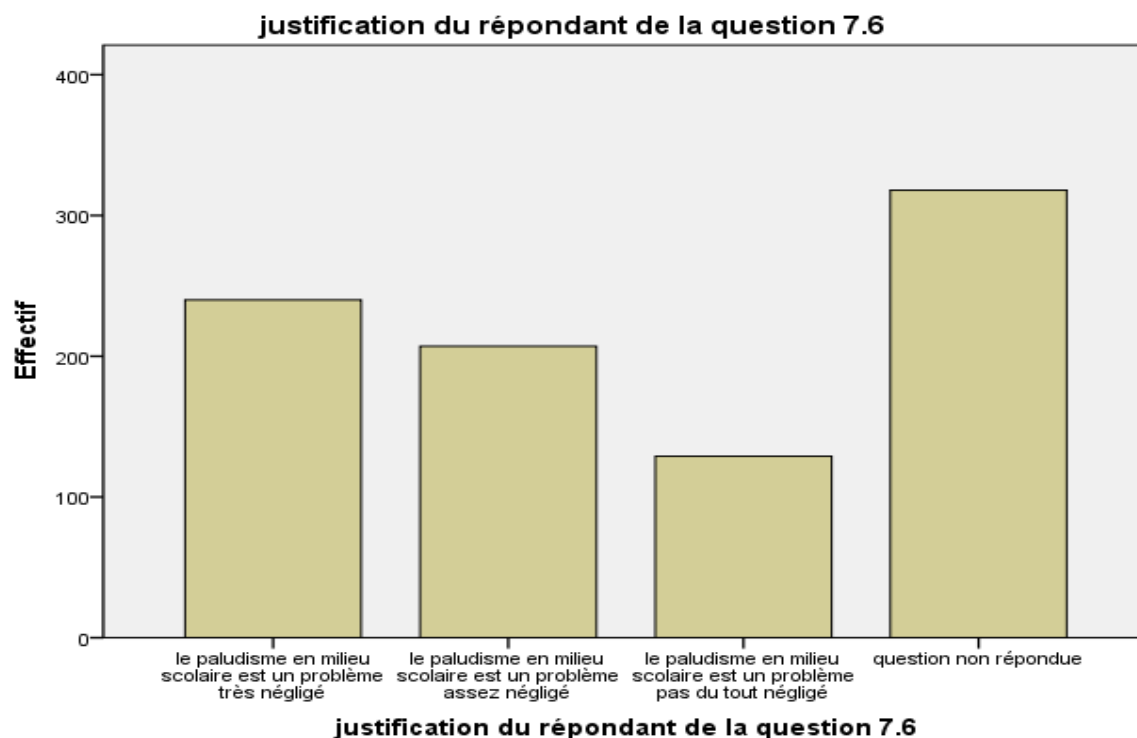
Nous observons au tableau N° 71 que les répondants ont des avis divers sur la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école : Méthodes de lutte inefficaces (25,80%), Méthodes de lutte assez efficaces (49,30%), Méthodes de lutte très efficaces (10,10%). On note également que 14,80% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une grande majorité que les méthodes de lutte assez efficaces constituent la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme dans leur école.

Tableau N° 72 : Observations relatives à la justification du répondant sur la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

justification du répondant de la question 7.6

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
le paludisme en milieu scolaire est un problème très négligé	240	26,8	26,8	26,8
le paludisme en milieu scolaire est un problème assez négligé	207	23,2	23,2	50,0
Valide le paludisme en milieu scolaire est un problème pas du tout négligé	129	14,4	14,4	64,4
question non répondue	318	35,6	35,6	100,0
Total	894	100,0	100,0	

Figure du Tableau N° 72 : Représentations relatives à la justification du répondant sur la raison principale de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 72 que les répondants ont des avis divers en ce qui concerne la justification de la question 7.6. : Le paludisme en milieu scolaire est un problème très négligé (26,80%), Le paludisme en milieu scolaire est un problème assez négligé (23,20%), Le paludisme en milieu scolaire est un problème pas du tout négligé (14,40%). On note également que 35,60% de l'échantillon n'a pas répondu à la question. Ces observations montrent surtout que les enseignants des écoles maternelles et primaires publiques dans lesquelles nous sommes passés, affirment dans une majorité relative que le paludisme en milieu scolaire est un problème très négligé ; d'où la nécessité d'y mener une recherche approfondie.

Au terme de cette présentation et analyse des données collectées, lors de nos diverses descentes sur le terrain, nous avons monté un tableau récapitulatif de l'analyse statistique des données de notre étude. Cela marque la transition directe vers la vérification de nos hypothèses de recherche à travers le chapitre suivant intitulé « interprétation et discussion des résultats de l'étude ».

Tableau N° 73 : Récapitulatif des variables, de l'outil de recherche, des items et de l'analyse descriptive des résultats de l'étude

VARIABLES	OUTIL DE RECHERCHE	ITEMS	RESULTATS
V.I. 1 : La qualité d'entretien de l'environnement de l'école	Questionnaire	Questions 2.1. ; 2.2. ; 2.3. ; 2.4. ; 2.5. ; 2.6. ; 2.7. ; 2.8.	Tableaux et figures des tableaux N° 23, N° 24, N° 25, N° 26, N° 27, N° 28, N° 29, N° 30
V.I. 2 : Le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école		Questions 3.1. ; 3.2. ; 3.3. ; 3.4. ; 3.5. ; 3.6. ; 3.7. ; 3.8.	Tableaux et figures des tableaux N° 31, N° 32, N° 33, N° 34, N° 35, N° 36, N° 37, N° 38
V.I. 3 : Le comportement des élèves à l'école		Questions 4.1. ; 4.2. ; 4.3. ; 4.4. ; 4.5. ; 4.6. ; 4.7. ; 4.8.	Tableaux et figures des tableaux N° 39, N° 40, N° 41, N° 42, N° 43, N° 44, N° 45, N° 46
V.I. 4 : Le comportement des enseignants à l'école		Questions 5.1. ; 5.2. ; 5.3. ; 5.4. ; 5.5. ; 5.6. ; 5.7. ; 5.8.	Tableaux et figures des tableaux N° 47, N° 48, N° 49, N° 50, N° 51, N° 52, N° 53, N° 54
V.I. 5 : Le comportement des parents d'élèves à l'école		Questions 6.1. ; 6.2. ; 6.3. ; 6.4. ; 6.5. ; 6.6. ; 6.7. ; 6.8.	Tableaux et figures des tableaux N° 55, N° 56, N° 57, N° 58, N° 59, N° 60, N° 61, N° 62
V.D. : Le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves		Questions 7.1. ; 7.2. ; 7.3. ; 7.4. ; 7.5. ; 7.6. ; 7.7.	Tableaux et figures des tableaux N° 63, N° 64, N° 65, N° 66, N° 67, N° 68, N° 69

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

CHAPITRE 6 :

INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Ce chapitre est la dernière étape statistique de notre étude. Il s'agit de l'analyse inférentielle des données collectées lors de nos diverses descentes sur le terrain. Pour que cela soit possible, nous avons procédé à un traitement informatisé des données issues de notre principal instrument de collecte. Nous procèderons ainsi tour à tour, à la vérification de notre hypothèse générale via la validation ou non de nos différentes hypothèses de recherche, et ceci à travers l'utilisation du test Khi-deux (encore appelé Khi-carré), à la discussion des résultats fruits de notre vérification, à l'émission de quelques suggestions et recommandations aux personnes cibles et personnes ressources de notre étude et à la publication de la dimension d'ingénierie montée par nos soins pour la circonstance.

6.1. VERIFICATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

Ce premier point est celui dans lequel nous procèderons à la vérification de notre hypothèse générale, à travers la validation ou non de ses différentes hypothèses spécifiques. Partant de la formulation de notre sujet « Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves », nous traitons d'une probable relation d'influence significative entre deux variables à savoir :

V.I. : Processus de prise en charge à l'école

V.D. : Niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves

L'opérationnalisation de ces variables nous permettant d'obtenir cinq hypothèses spécifiques via le croisement de différentes modalités, la vérification de chacune de ces hypothèses se fera à travers sept étapes qui sont la voie méthodologique par excellence en sciences sociales et éducatives ; ces étapes sont les suivantes :

- ✓ Rappel de l'hypothèse à vérifier et formulation de l'hypothèse nulle (H_0) et de l'hypothèse alternative (H_1 ou H_a)
- ✓ Choix et explication du seuil de signification α
- ✓ Choix, justification et calcul du test approprié
- ✓ Détermination du degré de liberté (**ddl**) et lecture de la valeur critique du test
- ✓ Enoncé de la règle de décision
- ✓ Application de la règle de décision
- ✓ Conclusion

6.1.1. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 1

Etape 1 : Rappel de l'hypothèse à vérifier et formulation de l'hypothèse nulle et de l'hypothèse alternative

H.R. : *La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

H_0 : *Il n'existe aucune relation d'influence significative entre la qualité d'entretien de l'environnement de l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

H_1 : *Il existe une relation d'influence significative entre la qualité d'entretien de l'environnement de l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

Etape 2 : Choix et explication du seuil de signification α

Nous choisissons dans le cadre de notre étude $\alpha = 0,05$ pour seuil de signification. Cela veut dire que nous avons 5% de chance de nous tromper et 95% de chance de ne pas nous tromper dans la prise de décision finale

Etape 3 : Choix, justification et calcul du test approprié

Nous choisissons dans le cadre de notre étude d'utiliser le test Khi-deux de Bravais Pearson pour les raisons suivantes :

- ✓ Nous avons à faire à un échantillon constitué de sujets indépendants et présentant les mêmes caractéristiques, à qui nous avons administré un questionnaire unique en version française ou anglaise selon le choix du répondant sur sa langue officielle couramment parlée
- ✓ Les conditions d'administration du questionnaire aux sujets sont ceux propres aux tests non paramétriques en général et au test catégoriel en particulier pour ce qui est du Khi-deux
- ✓ Les données collectées étant globalement de type qualitatif, c'est-à-dire issues des questions fermées et semi-ouvertes, le test Khi-deux nous permettra de les quantifier et de les étalonner

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 18, nous avons croisé les questions les plus représentatives des variables issues de notre hypothèse de recherche et l'ensemble des données collectées nous a permis d'obtenir les tableaux suivants :

Tableau N° 74 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre la qualité de l'environnement scolaire et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
appréciation du répondant de l'environnement scolaire vis-à-vis du paludisme *	894	100,0%	0	,0%	894	100,0%
appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école						

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

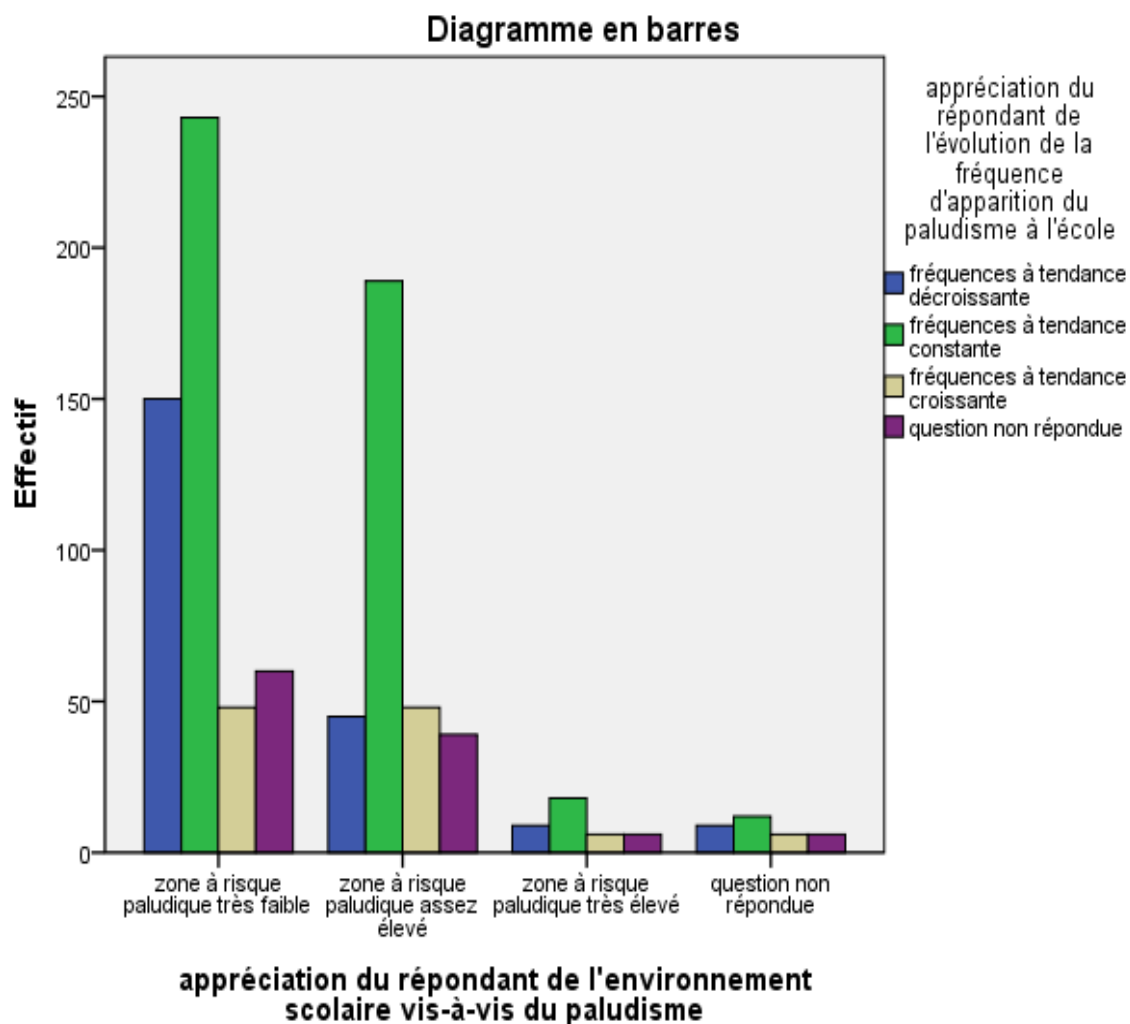
Nous observons au tableau N° 74 que les 894 répondants présentent des données valides pour le logiciel de traitement, les valeurs manquantes ayant été prises en compte comme étant des valeurs « question non répondue ». On obtient ainsi le tableau suivant :

Tableau N° 75 : Résultats du croisement effectué entre la qualité de l'environnement scolaire et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Tableau croisé appréciation du répondant de l'environnement scolaire vis-à-vis du paludisme * appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

			appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école				Total
			fréquences à tendance décroissante	fréquences à tendance constante	fréquences à tendance croissante	question non répondue	
appréciation du répondant de l'environnement scolaire vis-à-vis du paludisme	zone à risque	Effectif	150	243	48	60	501
	paludique très faible	Effectif théorique	119,4	258,9	60,5	62,2	501,0
	zone à risque	Effectif	45	189	48	39	321
	paludique assez élevé	Effectif théorique	76,5	165,9	38,8	39,9	321,0
	zone à risque	Effectif	9	18	6	6	39
	paludique très élevé	Effectif théorique	9,3	20,2	4,7	4,8	39,0
	question non répondue	Effectif	9	12	6	6	33
		Effectif théorique	7,9	17,1	4,0	4,1	33,0
	Total	Effectif	213	462	108	111	894
		Effectif théorique	213,0	462,0	108,0	111,0	894,0

Figure du Tableau N° 75 : Représentations relatives au croisement effectué entre la qualité de l'environnement scolaire et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Selon Murray R. Spiegel (1979) cité par S. Ndié (2007 : 46), pour qu'on applique la correction de Yates à la formule du Khi-deux dans les échantillons de petite taille, il faut noter deux conditions préalables qui sont les suivantes : Le degré de liberté doit être égal à 1 et certaines fréquences relatives théoriques (au moins 20 %) doivent être comprises entre 5 et 10

Nous observons au tableau N° 75 que six cellules sur seize (soit 37,50 %) présentent un effectif théorique compris entre 5 et 10, avec un ddl $\neq 1$: Nous ne procéderons donc pas à la correction de Yates de notre Khi-deux et notre formule de calcul demeure la suivante :

$$\chi^2 = \frac{\sum (f_o - f_e)^2}{f_e}$$

avec $\begin{cases} f_o = \text{fréquences relatives observées} \\ f_e = \text{fréquences relatives espérées} \end{cases}$

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS, version 18, nous avons obtenu les tableaux suivants :

Tableau N° 76 : Calcul du Khi-deux

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	34,329 ^a	9	,000
Rapport de vraisemblance	35,806	9	,000
Association linéaire par linéaire	1,872	1	,171
Nombre d'observations valides	894		

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 76 que le Khi-deux est égal à **34,329** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**

Tableau N° 77 : Calcul du Coefficient de contingence

Mesures symétriques		
	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	,192	,000
Nombre d'observations valides	894	

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 77 que le Coefficient de contingence est égal à **0,192** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**. Cela montre que la relation existante entre les deux variables de notre hypothèse de recherche est très faible

Etape 4 : Détermination du degré de liberté et lecture de la valeur critique du test dans la table des valeurs

Dans le cadre de l'utilisation du test Khi-deux de Bravais Pearson, le calcul du degré de liberté passe par la formule suivante :

$$\boxed{ddl = (nl - 1) \times (nc - 1)}$$
 avec $\begin{cases} nl = \text{nombre de lignes} \\ nc = \text{nombre de colonnes} \end{cases}$

Au regard des observations des tableaux 60 et 61, nous avons le résultat suivant :

$$\begin{aligned} ddl &= (4 - 1) \times (4 - 1) \\ &= 3 \times 3 \\ \underline{\underline{ddl &= 9}} \end{aligned}$$

Avec pour seuil de signification (signification asymptotique bilatérale) $\alpha = 0,05$ et pour degré de liberté **ddl = 9**, nous avons pour Khi-deux lu dans la table des valeurs : Khi-deux égal à **16,920**

Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Si $\chi^2_{cal} \leq \chi^2_{lu}$ H_0 est acceptée et H_1 est rejetée

Etape 6 : Application de la règle de décision

$$\chi^2_{cal} = 34,329 \quad \text{et} \quad \chi^2_{lu} = 16,920$$

$\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Etape 7 : Conclusion

Comme H_0 est rejetée et H_1 est acceptée, notre hypothèse de recherche est confirmée. Autrement dit, *la qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

6.1.2. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 2

Etape 1 : Rappel de l'hypothèse à vérifier et formulation de l'hypothèse nulle et de l'hypothèse alternative

H.R. : *Le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

H_0 : *Il n'existe aucune relation d'influence significative entre le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

H_1 : *Il existe une relation d'influence significative entre le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

Etape 2 : Choix et explication du seuil de signification α

Nous choisissons dans le cadre de notre étude $\alpha = 0,05$ pour seuil de signification. Cela veut dire que nous avons 5% de chance de nous tromper et 95% de chance de ne pas nous tromper dans la prise de décision finale

Etape 3 : Choix, justification et calcul du test approprié

Nous choisissons dans le cadre de notre étude d'utiliser le test Khi-deux de Bravais Pearson pour les raisons suivantes :

- ✓ Nous avons à faire à un échantillon constitué de sujets indépendants et présentant les mêmes caractéristiques, à qui nous avons administré un questionnaire unique en version française ou anglaise selon le choix du répondant sur sa langue officielle couramment parlée
- ✓ Les conditions d'administration du questionnaire aux sujets sont ceux propres aux tests non paramétriques en général et au test catégoriel en particulier pour ce qui est du Khi-deux

- ✓ Les données collectées étant globalement de type qualitatif, c'est-à-dire issues des questions fermées et semi-ouvertes, le test Khi-deux nous permettra de les quantifier et de les étalonner

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 18, nous avons croisé les questions les plus représentatives des variables issues de notre hypothèse de recherche et l'ensemble des données collectées nous a permis d'obtenir les tableaux suivants :

Tableau N° 78 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre le contenu de la boîte à pharmacie prévu pour la lutte contre le paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Récapitulatif du traitement des observations						
	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
appréciation du répondant du contenu de la boîte à pharmacie de l'école pour la lutte contre le paludisme *	894	100,0%	0	,0%	894	100,0%
appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école						

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

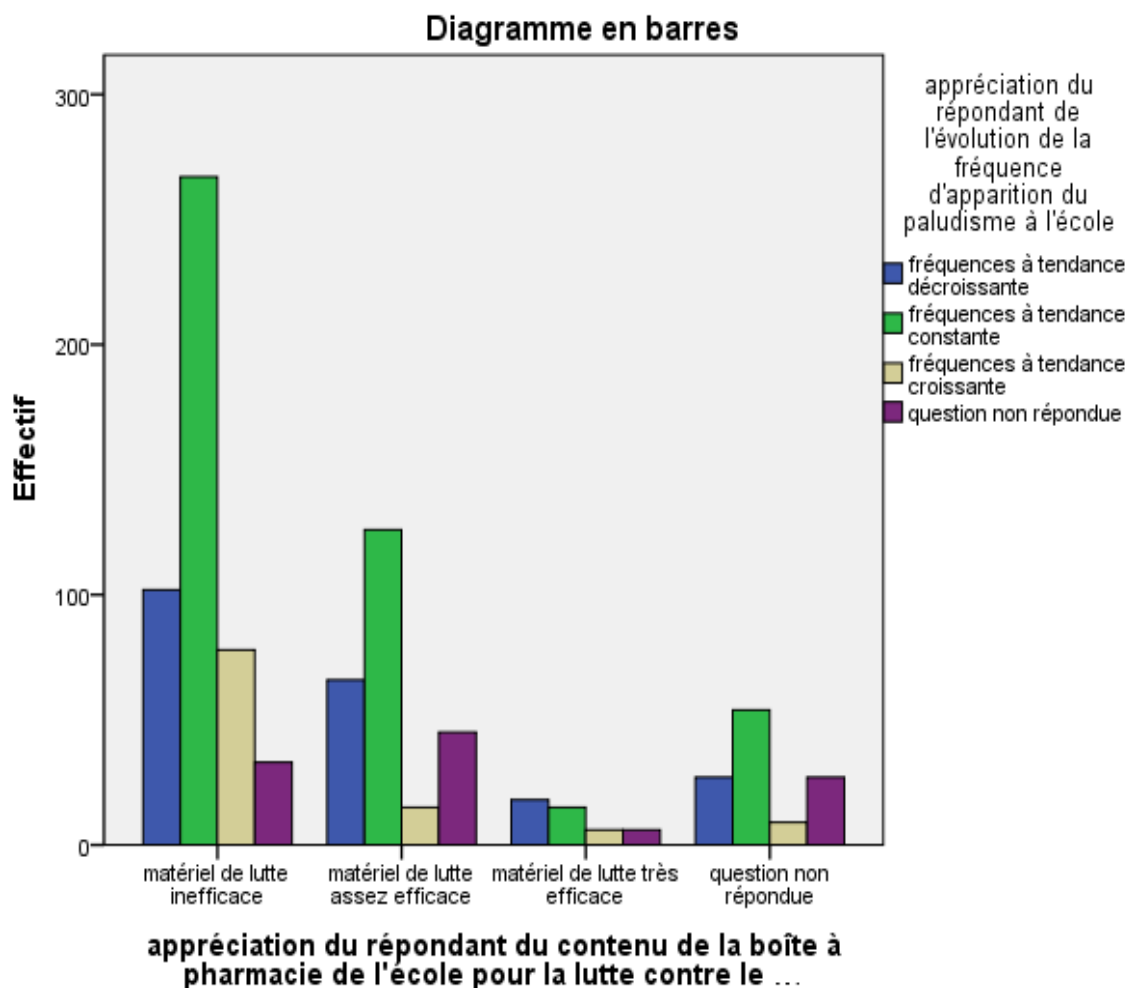
Nous observons au tableau N° 78 que les 894 répondants présentent des données valides pour le logiciel de traitement, les valeurs manquantes ayant été prises en compte comme étant des valeurs « question non répondue ». On obtient ainsi le tableau suivant :

Tableau N° 79 : Résultats du croisement effectué entre le contenu de la boîte à pharmacie prévu pour la lutte contre le paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Tableau croisé appréciation du répondant du contenu de la boîte à pharmacie de l'école pour la lutte contre le paludisme *
appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

			appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école				Total
			fréquences à tendance décroissante	fréquences à tendance constante	fréquences à tendance croissante	question non répondue	
appréciation du répondant du contenu de la boîte à pharmacie de l'école pour la lutte contre le paludisme	matériel de lutte inefficace	Effectif	102	267	78	33	480
		Effectif théorique	114,4	248,1	58,0	59,6	480,0
	matériel de lutte assez efficace	Effectif	66	126	15	45	252
		Effectif théorique	60,0	130,2	30,4	31,3	252,0
	matériel de lutte très efficace	Effectif	18	15	6	6	45
		Effectif théorique	10,7	23,3	5,4	5,6	45,0
	question non répondue	Effectif	27	54	9	27	117
		Effectif théorique	27,9	60,5	14,1	14,5	117,0
	Total	Effectif	213	462	108	111	894
		Effectif théorique	213,0	462,0	108,0	111,0	894,0

Figure du Tableau N° 79 : Représentations relatives au croisement effectué entre le contenu de la boîte à pharmacie prévu pour la lutte contre le paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Selon Murray R. Spiegel (1979) cité par S. Ndié (2007 : 46), pour qu'on applique la correction de Yates à la formule du Khi-deux dans les échantillons de petite taille, il faut noter deux conditions préalables qui sont les suivantes : Le degré de liberté doit être égal à 1 et certaines fréquences relatives théoriques (au moins 20 %) doivent être comprises entre 5 et 10

Nous observons au tableau N° 79 que deux cellules sur seize (soit 12,50 %) présentent un effectif théorique compris entre 5 et 10, avec un ddl $\neq 1$: Nous ne procéderons donc pas à la correction de Yates de notre Khi-deux et notre formule de calcul demeure la suivante :

$$\chi^2 = \frac{\sum (f_o - f_e)^2}{f_e}$$

avec $\begin{cases} f_o = \text{fréquences relatives observées} \\ f_e = \text{fréquences relatives espérées} \end{cases}$

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS, version 18, nous avons obtenu les tableaux suivants :

Tableau N° 80 : Calcul du Khi-deux

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	57,386 ^a	9	,000
Rapport de vraisemblance	57,806	9	,000
Association linéaire par linéaire	15,322	1	,000
Nombre d'observations valides	894		

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 80 que le Khi-deux est égal à **57,386** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**

Tableau N° 81 : Calcul du Coefficient de contingence

Mesures symétriques		
	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	,246	,000
Nombre d'observations valides	894	

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 81 que le Coefficient de contingence est égal à **0,246** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**. Cela montre que la relation existante entre les deux variables de notre hypothèse de recherche est très faible

Etape 4 : Détermination du degré de liberté et lecture de la valeur critique du test dans la table des valeurs

Dans le cadre de l'utilisation du test Khi-deux de Bravais Pearson, le calcul du degré de liberté passe par la formule suivante :

$$\boxed{ddl = (nl - 1) \times (nc - 1)}$$
 avec $\begin{cases} nl = \text{nombre de lignes} \\ nc = \text{nombre de colonnes} \end{cases}$

Au regard des observations des tableaux 60 et 61, nous avons le résultat suivant :

$$\begin{aligned} ddl &= (4 - 1) \times (4 - 1) \\ &= 3 \times 3 \\ \underline{\underline{ddl &= 9}} \end{aligned}$$

Avec pour seuil de signification (signification asymptotique bilatérale) $\alpha = 0,05$ et pour degré de liberté **ddl = 9**, nous avons pour Khi-deux lu dans la table des valeurs : Khi-deux égal à **16,920**

Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Si $\chi^2_{cal} \leq \chi^2_{lu}$ H_0 est acceptée et H_1 est rejetée

Etape 6 : Application de la règle de décision

$$\chi^2_{cal} = 57,386 \quad \text{et} \quad \chi^2_{lu} = 16,920$$

$\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Etape 7 : Conclusion

Comme H_0 est rejetée et H_1 est acceptée, notre hypothèse de recherche est confirmée. Autrement dit, *le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

6.1.3. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 3

Etape 1 : Rappel de l'hypothèse à vérifier et formulation de l'hypothèse nulle et de l'hypothèse alternative

H.R. : *Le comportement des élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux*

H_0 : *Il n'existe aucune relation d'influence significative entre le comportement des élèves à l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez eux*

H_1 : *Il existe une relation d'influence significative entre le comportement des élèves à l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez eux*

Etape 2 : Choix et explication du seuil de signification α

Nous choisissons dans le cadre de notre étude $\alpha = 0,05$ pour seuil de signification. Cela veut dire que nous avons 5% de chance de nous tromper et 95% de chance de ne pas nous tromper dans la prise de décision finale

Etape 3 : Choix, justification et calcul du test approprié

Nous choisissons dans le cadre de notre étude d'utiliser le test Khi-deux de Bravais Pearson pour les raisons suivantes :

- ✓ Nous avons à faire à un échantillon constitué de sujets indépendants et présentant les mêmes caractéristiques, à qui nous avons administré un questionnaire unique en version française ou anglaise selon le choix du répondant sur sa langue officielle couramment parlée
- ✓ Les conditions d'administration du questionnaire aux sujets sont ceux propres aux tests non paramétriques en général et au test catégoriel en particulier pour ce qui est du Khi-deux

- ✓ Les données collectées étant globalement de type qualitatif, c'est-à-dire issues des questions fermées et semi-ouvertes, le test Khi-deux nous permettra de les quantifier et de les étalonner

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 18, nous avons croisé les questions les plus représentatives des variables issues de notre hypothèse de recherche et l'ensemble des données collectées nous a permis d'obtenir les tableaux suivants :

Tableau N° 82 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Récapitulatif du traitement des observations						
	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme *	894	100,0%	0	,0%	894	100,0%
appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école						

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

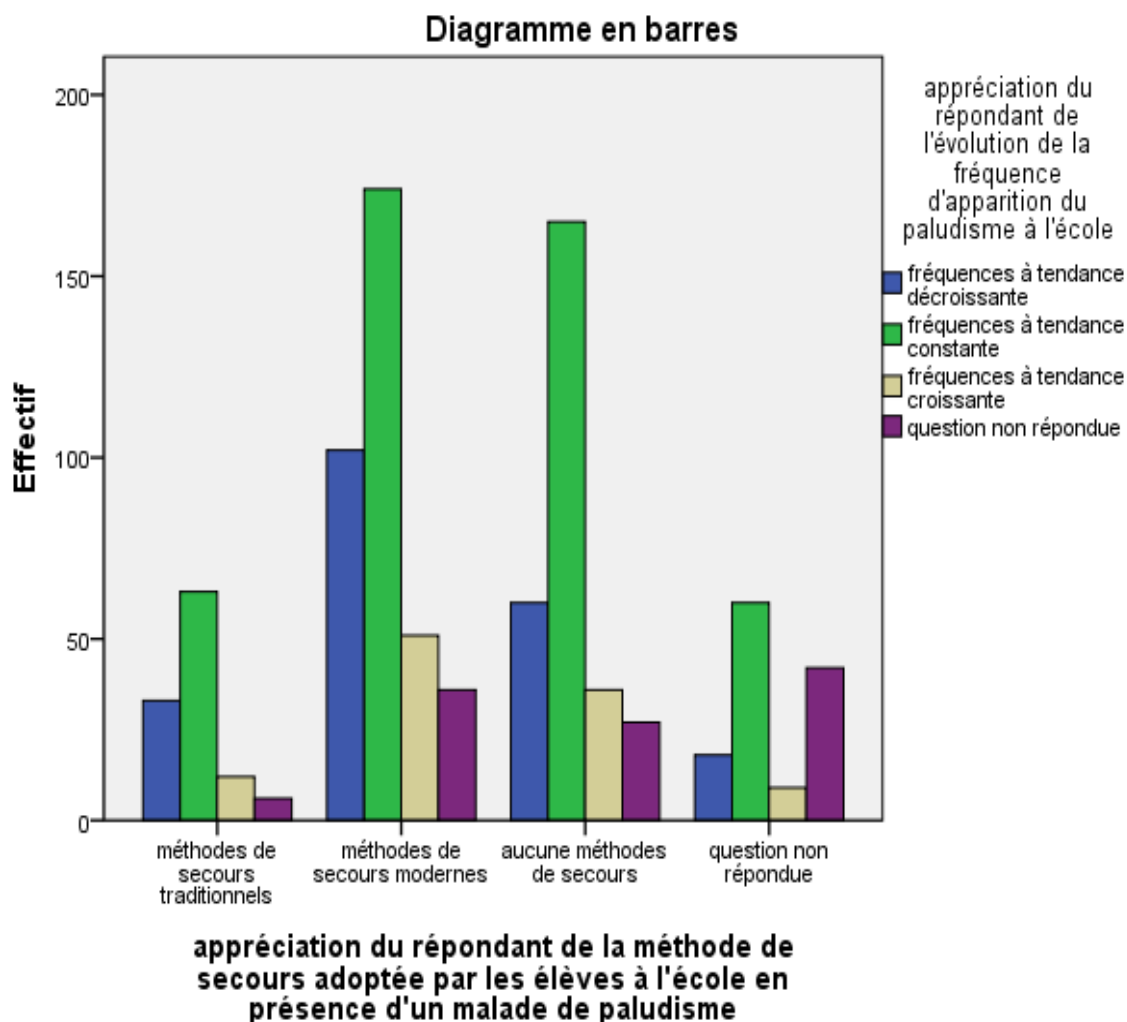
Nous observons au tableau N° 82 que les 894 répondants présentent des données valides pour le logiciel de traitement, les valeurs manquantes ayant été prises en compte comme étant des valeurs « question non répondue ». On obtient ainsi le tableau suivant :

Tableau N° 83 : Résultats du croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Tableau croisé appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme * appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

			appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école				Total
			fréquences à tendance décroissante	fréquences à tendance constante	fréquences à tendance croissante	question non répondue	
appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme	méthodes de secours traditionnels	Effectif	33	63	12	6	114
		Effectif théorique	27,2	58,9	13,8	14,2	114,0
	méthodes de secours modernes	Effectif	102	174	51	36	363
		Effectif théorique	86,5	187,6	43,9	45,1	363,0
	aucune méthodes de secours	Effectif	60	165	36	27	288
		Effectif théorique	68,6	148,8	34,8	35,8	288,0
	question non répondue	Effectif	18	60	9	42	129
		Effectif théorique	30,7	66,7	15,6	16,0	129,0
	Total		213	462	108	111	894
			213,0	462,0	108,0	111,0	894,0

Figure du Tableau N° 83 : Représentations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Selon Murray R. Spiegel (1979) cité par S. Ndié (2007 : 46), pour qu'on applique la correction de Yates à la formule du Khi-deux dans les échantillons de petite taille, il faut noter deux conditions préalables qui sont les suivantes : Le degré de liberté doit être égal à 1 et certaines fréquences relatives théoriques (au moins 20 %) doivent être comprises entre 5 et 10

Nous observons au tableau N° 83 qu'aucune cellule sur les seize présentes (soit 0 %) ne présente un effectif théorique compris entre 5 et 10, avec un ddl $\neq 1$: Nous ne procéderons donc pas à la correction de Yates de notre Khi-deux et notre formule de calcul demeure la suivante :

$$\chi^2 = \frac{\sum (f_o - f_e)^2}{f_e}$$

avec $\begin{cases} f_o = \text{fréquences relatives observées} \\ f_e = \text{fréquences relatives espérées} \end{cases}$

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS, version 18, nous avons obtenu les tableaux suivants :

Tableau N° 84 : Calcul du Khi-deux

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	69,124 ^a	9	,000
Rapport de vraisemblance	58,816	9	,000
Association linéaire par linéaire	56,501	1	,000
Nombre d'observations valides	894		

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 84 que le Khi-deux est égal à **69,124** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**

Tableau N° 85 : Calcul du Coefficient de contingence

Mesures symétriques		
	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	,268	,000
Nombre d'observations valides	894	

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 85 que le Coefficient de contingence est égal à **0,268** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**. Cela montre que la relation existante entre les deux variables de notre hypothèse de recherche est très faible

Etape 4 : Détermination du degré de liberté et lecture de la valeur critique du test dans la table des valeurs

Dans le cadre de l'utilisation du test Khi-deux de Bravais Pearson, le calcul du degré de liberté passe par la formule suivante :

$$\boxed{ddl = (nl - 1) \times (nc - 1)}$$
 avec $\begin{cases} nl = \text{nombre de lignes} \\ nc = \text{nombre de colonnes} \end{cases}$

Au regard des observations des tableaux 60 et 61, nous avons le résultat suivant :

$$\begin{aligned} ddl &= (4 - 1) \times (4 - 1) \\ &= 3 \times 3 \\ \underline{\underline{ddl &= 9}} \end{aligned}$$

Avec pour seuil de signification (signification asymptotique bilatérale) $\alpha = 0,05$ et pour degré de liberté **ddl = 9**, nous avons pour Khi-deux lu dans la table des valeurs : Khi-deux égal à **16,920**

Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Si $\chi^2_{cal} \leq \chi^2_{lu}$ H_0 est acceptée et H_1 est rejetée

Etape 6 : Application de la règle de décision

$$\chi^2_{cal} = 69,124 \quad \text{et} \quad \chi^2_{lu} = 16,920$$

$\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Etape 7 : Conclusion

Comme H_0 est rejetée et H_1 est acceptée, notre hypothèse de recherche est confirmée. Autrement dit, *le comportement des élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux*

6.1.4. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 4

Etape 1 : Rappel de l'hypothèse à vérifier et formulation de l'hypothèse nulle et de l'hypothèse alternative

H.R. : *Le comportement des enseignants à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

H_0 : *Il n'existe aucune relation d'influence significative entre le comportement des enseignants à l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

H_1 : *Il existe une relation d'influence significative entre le comportement des enseignants à l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

Etape 2 : Choix et explication du seuil de signification α

Nous choisissons dans le cadre de notre étude $\alpha = 0,05$ pour seuil de signification. Cela veut dire que nous avons 5% de chance de nous tromper et 95% de chance de ne pas nous tromper dans la prise de décision finale

Etape 3 : Choix, justification et calcul du test approprié

Nous choisissons dans le cadre de notre étude d'utiliser le test Khi-deux de Bravais Pearson pour les raisons suivantes :

- ✓ Nous avons à faire à un échantillon constitué de sujets indépendants et présentant les mêmes caractéristiques, à qui nous avons administré un questionnaire unique en version française ou anglaise selon le choix du répondant sur sa langue officielle couramment parlée
- ✓ Les conditions d'administration du questionnaire aux sujets sont ceux propres aux tests non paramétriques en général et au test catégoriel en particulier pour ce qui est du Khi-deux

- ✓ Les données collectées étant globalement de type qualitatif, c'est-à-dire issues des questions fermées et semi-ouvertes, le test Khi-deux nous permettra de les quantifier et de les étalonner

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 18, nous avons croisé les questions les plus représentatives des variables issues de notre hypothèse de recherche et l'ensemble des données collectées nous a permis d'obtenir les tableaux suivants :

Tableau N° 86 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Récapitulatif du traitement des observations						
	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme *	894	100,0%	0	,0%	894	100,0%
appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école						

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

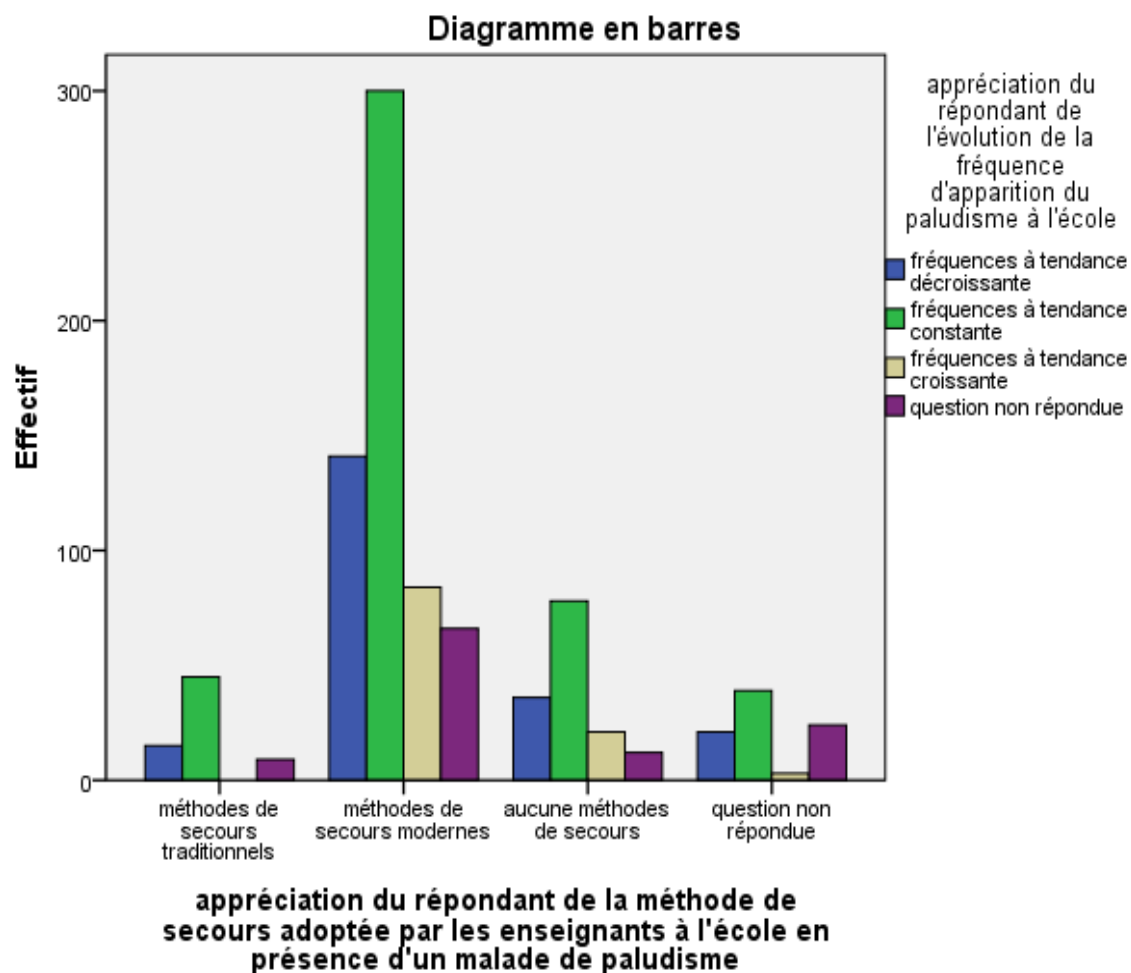
Nous observons au tableau N° 86 que les 894 répondants présentent des données valides pour le logiciel de traitement, les valeurs manquantes ayant été prises en compte comme étant des valeurs « question non répondue ». On obtient ainsi le tableau suivant :

Tableau N° 87 : Résultats du croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Tableau croisé appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme * appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

			appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école				Total
			fréquences à tendance décroissante	fréquences à tendance constante	fréquences à tendance croissante	question non répondue	
appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme	méthodes de secours traditionnels	Effectif	15	45	0	9	69
		Effectif théorique	16,4	35,7	8,3	8,6	69,0
	méthodes de secours modernes	Effectif	141	300	84	66	591
		Effectif théorique	140,8	305,4	71,4	73,4	591,0
	aucune méthodes de secours	Effectif	36	78	21	12	147
		Effectif théorique	35,0	76,0	17,8	18,3	147,0
	question non répondue	Effectif	21	39	3	24	87
		Effectif théorique	20,7	45,0	10,5	10,8	87,0
	Total	Effectif	213	462	108	111	894
		Effectif théorique	213,0	462,0	108,0	111,0	894,0

Figure du Tableau N° 87 : Représentations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les enseignants à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Selon Murray R. Spiegel (1979) cité par S. Ndié (2007 : 46), pour qu'on applique la correction de Yates à la formule du Khi-deux dans les échantillons de petite taille, il faut noter deux conditions préalables qui sont les suivantes : Le degré de liberté doit être égal à 1 et certaines fréquences relatives théoriques (au moins 20 %) doivent être comprises entre 5 et 10

Nous observons au tableau N° 87 que deux cellules sur seize (soit 12,50 %) présentent un effectif théorique compris entre 5 et 10, avec un ddl $\neq 1$: Nous ne procéderons donc pas à la correction de Yates de notre Khi-deux et notre formule de calcul demeure la suivante :

$$\chi^2 = \frac{\sum (f_o - f_e)^2}{f_e}$$

avec $\begin{cases} f_o = \text{fréquences relatives observées} \\ f_e = \text{fréquences relatives espérées} \end{cases}$

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS, version 18, nous avons obtenu les tableaux suivants :

Tableau N° 88 : Calcul du Khi-deux

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	39,095 ^a	9	,000
Rapport de vraisemblance	45,381	9	,000
Association linéaire par linéaire	14,818	1	,000
Nombre d'observations valides	894		

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 88 que le Khi-deux est égal à **39,095** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**

Tableau N° 89 : Calcul du Coefficient de contingence

Mesures symétriques		
	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	,205	,000
Nombre d'observations valides	894	

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 89 que le Coefficient de contingence est égal à **0,205** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**. Cela montre que la relation existante entre les deux variables de notre hypothèse de recherche est très faible

Etape 4 : Détermination du degré de liberté et lecture de la valeur critique du test dans la table des valeurs

Dans le cadre de l'utilisation du test Khi-deux de Bravais Pearson, le calcul du degré de liberté passe par la formule suivante :

$$\boxed{ddl = (nl - 1) \times (nc - 1)} \quad \text{avec} \quad \begin{cases} nl = \text{nombre de lignes} \\ nc = \text{nombre de colonnes} \end{cases}$$

Au regard des observations des tableaux 60 et 61, nous avons le résultat suivant :

$$\begin{aligned} ddl &= (4 - 1) \times (4 - 1) \\ &= 3 \times 3 \\ \underline{\underline{ddl &= 9}} \end{aligned}$$

Avec pour seuil de signification (signification asymptotique bilatérale) $\alpha = 0,05$ et pour degré de liberté **ddl = 9**, nous avons pour Khi-deux lu dans la table des valeurs : Khi-deux égal à **16,920**

Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Si $\chi^2_{cal} \leq \chi^2_{lu}$ H_0 est acceptée et H_1 est rejetée

Etape 6 : Application de la règle de décision

$$\chi^2_{cal} = 39,095 \quad \text{et} \quad \chi^2_{lu} = 16,920$$

$\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Etape 7 : Conclusion

Comme H_0 est rejetée et H_1 est acceptée, notre hypothèse de recherche est confirmée. Autrement dit, *le comportement des enseignants à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

6.1.5. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 5

Etape 1 : Rappel de l'hypothèse à vérifier et formulation de l'hypothèse nulle et de l'hypothèse alternative

H.R. : *Le comportement des parents d'élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux*

H_0 : *Il n'existe aucune relation d'influence significative entre le comportement des parents d'élèves à l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

H_1 : *Il existe une relation d'influence significative entre le comportement des parents d'élèves à l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

Etape 2 : Choix et explication du seuil de signification α

Nous choisissons dans le cadre de notre étude $\alpha = 0,05$ pour seuil de signification. Cela veut dire que nous avons 5% de chance de nous tromper et 95% de chance de ne pas nous tromper dans la prise de décision finale

Etape 3 : Choix, justification et calcul du test approprié

Nous choisissons dans le cadre de notre étude d'utiliser le test Khi-deux de Bravais Pearson pour les raisons suivantes :

- ✓ Nous avons à faire à un échantillon constitué de sujets indépendants et présentant les mêmes caractéristiques, à qui nous avons administré un questionnaire unique en version française ou anglaise selon le choix du répondant sur sa langue officielle couramment parlée
- ✓ Les conditions d'administration du questionnaire aux sujets sont ceux propres aux tests non paramétriques en général et au test catégoriel en particulier pour ce qui est du Khi-deux

- ✓ Les données collectées étant globalement de type qualitatif, c'est-à-dire issues des questions fermées et semi-ouvertes, le test Khi-deux nous permettra de les quantifier et de les étalonner

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 18, nous avons croisé les questions les plus représentatives des variables issues de notre hypothèse de recherche et l'ensemble des données collectées nous a permis d'obtenir les tableaux suivants :

Tableau N° 90 : Récapitulatif des observations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme * appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école	894	100,0%	0	,0%	894	100,0%

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

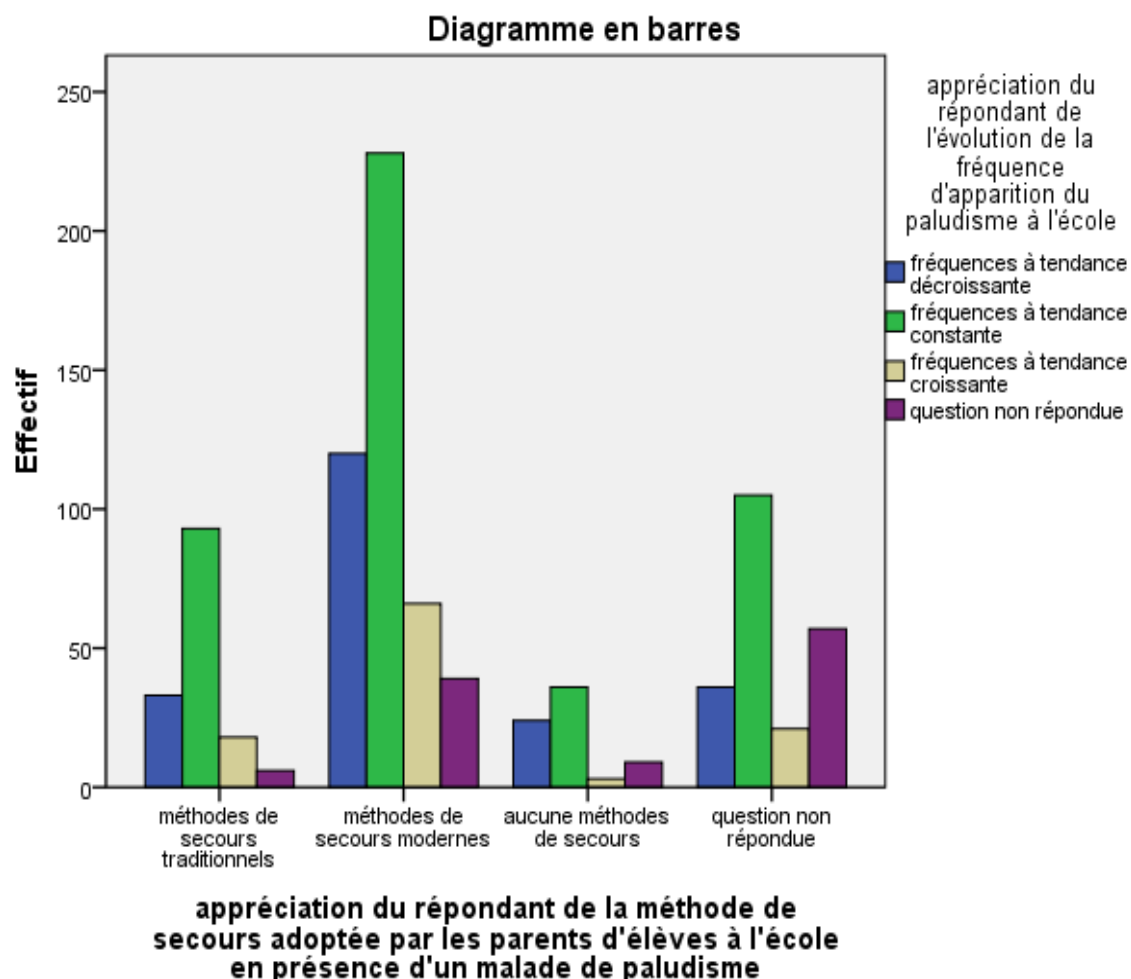
Nous observons au tableau N° 90 que les 894 répondants présentent des données valides pour le logiciel de traitement, les valeurs manquantes ayant été prises en compte comme étant des valeurs « question non répondue ». On obtient ainsi le tableau suivant :

Tableau N° 91 : Résultats du croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

Tableau croisé appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme * appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école

			appréciation du répondant de l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école				Total
			fréquences à tendance décroissante	fréquences à tendance constante	fréquences à tendance croissante	question non répondue	
appréciation du répondant de la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme	méthodes de secours traditionnels	Effectif	33	93	18	6	150
		Effectif théorique	35,7	77,5	18,1	18,6	150,0
	méthodes de secours modernes	Effectif	120	228	66	39	453
		Effectif théorique	107,9	234,1	54,7	56,2	453,0
	aucune méthodes de secours	Effectif	24	36	3	9	72
		Effectif théorique	17,2	37,2	8,7	8,9	72,0
	question non répondue	Effectif	36	105	21	57	219
		Effectif théorique	52,2	113,2	26,5	27,2	219,0
	Total	Effectif	213	462	108	111	894
		Effectif théorique	213,0	462,0	108,0	111,0	894,0

Figure du Tableau N° 91 : Représentations relatives au croisement effectué entre la méthode de secours adoptée par les parents d'élèves à l'école en présence d'un malade de paludisme et l'évolution de la fréquence d'apparition du paludisme à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Selon Murray R. Spiegel (1979) cité par S. Ndié (2007 : 46), pour qu'on applique la correction de Yates à la formule du Khi-deux dans les échantillons de petite taille, il faut noter deux conditions préalables qui sont les suivantes : Le degré de liberté doit être égal à 1 et certaines fréquences relatives théoriques (au moins 20 %) doivent être comprises entre 5 et 10

Nous observons au tableau N° 91 que deux cellules sur seize (soit 12,50 %) présentent un effectif théorique compris entre 5 et 10, avec un ddl $\neq 1$: Nous ne procéderons donc pas à la correction de Yates de notre Khi-deux et notre formule de calcul demeure la suivante :

$$\chi^2 = \frac{\sum (f_o - f_e)^2}{f_e}$$

avec $\begin{cases} f_o = \text{fréquences relatives observées} \\ f_e = \text{fréquences relatives espérées} \end{cases}$

En utilisant le logiciel de traitement informatisé des données SPSS, version 18, nous avons obtenu les tableaux suivants :

Tableau N° 92 : Calcul du Khi-deux

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	66,894 ^a	9	,000
Rapport de vraisemblance	64,035	9	,000
Association linéaire par linéaire	51,792	1	,000
Nombre d'observations valides	894		

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 92 que le Khi-deux est égal à **66,894** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**

Tableau N° 93 : Calcul du Coefficient de contingence

Mesures symétriques		
	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	,264	,000
Nombre d'observations valides	894	

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Nous observons au tableau N° 93 que le Coefficient de contingence est égal à **0,264** avec une signification asymptotique bilatérale égal à **0**. Cela montre que la relation existante entre les deux variables de notre hypothèse de recherche est très faible

Etape 4 : Détermination du degré de liberté et lecture de la valeur critique du test dans la table des valeurs

Dans le cadre de l'utilisation du test Khi-deux de Bravais Pearson, le calcul du degré de liberté passe par la formule suivante :

$$\boxed{ddl = (nl - 1) \times (nc - 1)} \quad \text{avec} \quad \begin{cases} nl = \text{nombre de lignes} \\ nc = \text{nombre de colonnes} \end{cases}$$

Au regard des observations des tableaux 60 et 61, nous avons le résultat suivant :

$$\begin{aligned} ddl &= (4 - 1) \times (4 - 1) \\ &= 3 \times 3 \\ \underline{\underline{ddl &= 9}} \end{aligned}$$

Avec pour seuil de signification (signification asymptotique bilatérale) $\alpha = 0,05$ et pour degré de liberté **ddl = 9**, nous avons pour Khi-deux lu dans la table des valeurs : Khi-deux égal à **16,920**

Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Si $\chi^2_{cal} \leq \chi^2_{lu}$ H_0 est acceptée et H_1 est rejetée

Etape 6 : Application de la règle de décision

$$\chi^2_{cal} = 66,894 \quad \text{et} \quad \chi^2_{lu} = 16,920$$

$\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ H_0 est rejetée et H_1 est acceptée

Etape 7 : Conclusion

Comme H_0 est rejetée et H_1 est acceptée, notre hypothèse de recherche est confirmée. Autrement dit, *le comportement des parents d'élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

6.2. DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

6.2.1. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 1

L'hypothèse de recherche N° 1 stipulait que : *La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

A l'issu de la vérification de cette hypothèse, nous avons obtenu les résultats suivants :

$$\begin{array}{l} \checkmark \chi^2_{cal} = 34,329 > \chi^2_{lu} = 16,920 \\ \checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05 \\ \checkmark C.C. = 0,192 \longrightarrow \text{Relation très faible entre les variables de } HR_1 \end{array} \left\{ \begin{array}{l} H_0 \text{ rejetée et } H_1 \text{ acceptée} \\ HR_1 \text{ validée} \end{array} \right.$$

Ces résultats confirment la causalité pensée et la réalité observée. Les marqueurs qui nous ont permis d'établir l'existence de cette influence sont le débarras fréquent des ordures, le défrichage conforme de la broussaille et le nettoyage correct des eaux usées, toutes existantes dans l'environnement immédiat de l'école. Celles-ci sont responsables du développement des agents vecteurs et pathogènes du paludisme. La logique voudrait, pour lutter efficacement contre la maladie, que l'environnement soit entretenu propre et sain (dans la mesure du possible) ; pour cela, des actions préventives sont nécessaires telles :

- ✓ L'éducation des acteurs de la chaîne éducative sur l'adoption de comportements civiques tels : Le dépôt des ordures, des déchets urinaires ou fécaux dans des endroits appropriés ; le débarras quotidien et régulier de ces souillures

- ✓ L'éducation des acteurs de la chaîne éducative sur le changement de leurs comportements hygiéniques : entretien de la propreté corporelle, vestimentaire, langagière... et transmission de ces comportements sains à son environnement
- ✓ L'éducation des acteurs de la chaîne éducative sur le changement de leurs comportements écologiques : entretien de la propreté de son milieu de vie et transmission de ce comportement sain à son environnement

6.2.2. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 2

L'hypothèse de recherche N° 2 stipulait que : *Le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

A l'issu de la vérification de cette hypothèse, nous avons obtenu les résultats suivants :

$$\begin{array}{l}
 \checkmark \chi^2_{cal} = 57,386 > \chi^2_{lu} = 16,920 \\
 \checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05 \\
 \checkmark C.C. = 0,246 \longrightarrow \text{Relation faible entre les variables de HR}_2
 \end{array}
 \left\{ \begin{array}{l} \mathbf{H_0 \text{ rejetée et } H_1 \text{ acceptée}} \\ \mathbf{HR_2 \text{ validée}} \end{array} \right.$$

Ces résultats confirment la causalité pensée et la réalité observée. Les marqueurs qui nous ont permis d'établir l'existence de cette influence sont la fourniture régulière de produits anti-inflammatoires, l'approvisionnement constant en produits antibiotiques et la livraison continue de produits antipaludéens ; produits tous prévus pour le traitement préventif et curatif du paludisme. Ces derniers sont peu ou pas du tout présents dans les boîtes à pharmacie des écoles maternelles et primaires publiques pour diverses raisons dont la principale est « *les directives de la hiérarchie scolaires* ». La logique voudrait, pour lutter efficacement contre la maladie, que les boîtes à pharmacie des écoles soient fournies, au minimum des médicaments servant à l'atténuation, ou au maximum des médicaments servant au traitement radical des maladies récurrentes en milieu scolaire ; le paludisme étant l'une d'elles en Afrique tropicale et sub-sahélienne, des actions préventives sont nécessaires telles :

- ✓ L'éducation des acteurs de la chaîne éducative sur la consignation écrite des antécédents sanitaires (allergies, potentielles maladies, sensibilité...) des élèves durant leur inscription, le recensement (journalier, hebdomadaire, mensuel ou annuel) des élèves malades
- ✓ L'éducation des acteurs de la chaîne éducative sur la nécessité de la présence des médicaments et produits sanitaires (préventifs et/ou curatifs) dans les boîtes à pharmacie des écoles
- ✓ L'éducation des acteurs de la chaîne éducative sur la prise des médicaments et produits sanitaires préventifs et/ou curatifs contre les maladies récurrentes au moins dans leurs sphères géographiques

6.2.3. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 3

L'hypothèse de recherche N° 3 stipulait que : *Le comportement des élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux*

A l'issu de la vérification de cette hypothèse, nous avons obtenu les résultats suivants :

$$\begin{array}{l}
 \checkmark \chi^2_{cal} = 69,124 > \chi^2_{lu} = 16,920 \\
 \checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05 \\
 \checkmark C.C. = 0,268 \longrightarrow \text{Relation faible entre les variables de HR}_3
 \end{array}
 \left\{ \begin{array}{l} \text{H}_0 \text{ rejetée et H}_1 \text{ acceptée} \\ \text{HR}_3 \text{ validée} \end{array} \right.$$

Ces résultats confirment la causalité pensée et la réalité observée. Les marqueurs qui nous ont permis d'établir l'existence de cette influence sont les comportements développés à l'école par les élèves (savoirs hygiéniques, connaissances civiques, attitudes pro-sociales et humaines) et manifestés par ces derniers en présence d'une personne malade de paludisme ; ce d'autant que les symptômes telles les frissons, l'évanouissement, le délire, les transes... sont toujours mal interprétés dans le contexte africain ! Les comportements individuels ou collectifs pouvant sauver des vies ou aggraver les pathologies, la logique voudrait pour lutter efficacement contre la maladie, que des actions préventives et curatives soient développées telles :

- ✓ L'éducation des élèves (maillon le plus vulnérable de la chaîne éducative en termes de maladies) sur le changement de leurs comportements hygiéniques : rester propre et transmettre ces comportements sains à son environnement
- ✓ L'éducation des élèves (maillon le plus vulnérable de la chaîne éducative en termes d'accidents) sur le changement de leurs comportements civiques : rester disciplinés et transmettre ces comportements sains à son environnement
- ✓ L'éducation des élèves (maillon le plus sensible de la chaîne éducative en termes d'amour pour le prochain) sur le changement de leurs comportements humanistes : venir en aide à son prochain en situation de détresse et transmettre ces comportements sains à son environnement

6.2.4. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 4

L'hypothèse de recherche N° 4 stipulait que : *Le comportement des enseignants à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

A l'issue de la vérification de cette hypothèse, nous avons obtenu les résultats suivants :

$$\begin{array}{l}
 \checkmark \chi^2_{cal} = 39,095 > \chi^2_{lu} = 16,920 \\
 \checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05 \\
 \checkmark C.C. = 0,205 \longrightarrow \text{Relation faible entre les variables de HR}_4
 \end{array}
 \left\{ \begin{array}{l} \mathbf{H_0 \text{ rejetée et } H_1 \text{ acceptée}} \\ \mathbf{HR_4 \text{ validée}} \end{array} \right.$$

Ces résultats confirment la causalité pensée et la réalité observée. Les marqueurs qui nous ont permis d'établir l'existence de cette influence sont les comportements développés à l'école par les enseignants (encadrement pédagogique, suivi administratif et financier, assistance sociale) et manifestés par ces derniers en présence d'une personne malade de paludisme ; ce d'autant que les symptômes telles les frissons, l'évanouissement, le délire, les transes... sont toujours mal interprétés dans le contexte africain ! Les comportements individuels ou collectifs pouvant sauver des vies ou aggraver les pathologies, la logique voudrait pour lutter efficacement contre la maladie, que des actions préventives et curatives soient développées telles :

- ✓ L'éducation des enseignants (maillon principal de la chaîne éducative en termes de prise en charge immédiate des malades à l'école) sur le changement de leurs comportements hygiéniques : rester propre et transmettre ces comportements sains à son environnement
- ✓ L'éducation des enseignants (maillon principal de la chaîne éducative en termes de prise en charge immédiate des accidentés à l'école) sur le changement de leurs comportements civiques : rester disciplinés et transmettre ces comportements sains à son environnement
- ✓ L'éducation des enseignants (maillon principal de la chaîne éducative en termes de transmission des comportements pro-sociaux à l'école) sur le changement de leurs comportements humanistes : venir en aide à son prochain en situation de détresse et transmettre ces comportements sains à son environnement

6.2.5. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 5

L'hypothèse de recherche N° 5 stipulait que : *Le comportement des parents d'élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves*

A l'issue de la vérification de cette hypothèse, nous avons obtenu les résultats suivants :

$$\begin{array}{l}
 \checkmark \chi^2_{cal} = 66,894 > \chi^2_{lu} = 16,920 \\
 \checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05 \\
 \checkmark C.C. = 0,268 \longrightarrow \text{Relation faible entre les variables de HR}_5
 \end{array}
 \left\{ \begin{array}{l} \text{H}_0 \text{ rejetée et H}_1 \text{ acceptée} \\ \text{HR}_5 \text{ validée} \end{array} \right.$$

Ces résultats confirment la causalité pensée et la réalité observée. Les marqueurs qui nous ont permis d'établir l'existence de cette influence sont les comportements développés à l'école par les parents d'élèves (accompagnement socio-culturel, contribution intellectuelles, matérielles et financières, disponibilité personnelle...) et manifestés par ces derniers en présence d'une personne malade de paludisme ; ce d'autant que les symptômes telles les

frissons, l'évanouissement, le délire, les transes... sont toujours mal interprétés dans le contexte africain ! Les comportements individuels ou collectifs pouvant sauver des vies ou aggraver les pathologies, la logique voudrait pour lutter efficacement contre la maladie, que des actions préventives et curatives soient développées telles :

- ✓ L'éducation des parents d'élèves (maillon secondaire de la chaîne éducative en termes de prise en charge immédiate des malades à l'école) sur le changement de leurs comportements hygiéniques : rester propre et transmettre ces comportements sains à son environnement
- ✓ L'éducation des parents d'élèves (maillon secondaire de la chaîne éducative en termes de prise en charge immédiate des accidentés à l'école) sur le changement de leurs comportements civiques : rester disciplinés et transmettre ces comportements sains à son environnement
- ✓ L'éducation des parents d'élèves (maillon secondaire de la chaîne éducative en termes de transmission des comportements pro-sociaux à l'école) sur le changement de leurs comportements humanistes : venir en aide à son prochain en situation de détresse et transmettre ces comportements sains à son environnement

Les résultats obtenus après la vérification de nos hypothèses de recherche peuvent être récapitulés dans un tableau synthétique ; tableau qui permettrait d'avoir une vue globale de tout le travail effectué jusqu'ici.

Tableau N° 94 : Récapitulatif de la vérification des Hypothèses

HYPOTHESES		VERIFICATIONS		
GENERALE	SPECIFIQUES	RESULTATS	DECISIONS	CONCLUSION
Le processus de prise en charge mis en place à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	H.R. 1 : La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	$\checkmark \chi^2_{cal} = 34,329 > \chi^2_{lu} = 16,920$ $\checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05$ $\checkmark C.C. = 0,192$	Hypothèse de recherche 1 confirmée	Hypothèse générale validée
	H.R. 2 : Le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	$\checkmark \chi^2_{cal} = 57,386 > \chi^2_{lu} = 16,920$ $\checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05$ $\checkmark C.C. = 0,246$	Hypothèse de recherche 2 confirmée	
	H.R. 3 : Le comportement des élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux	$\checkmark \chi^2_{cal} = 69,124 > \chi^2_{lu} = 16,920$ $\checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05$ $\checkmark C.C. = 0,268$	Hypothèse de recherche 3 confirmée	
	H.R. 4 : Le comportement des enseignants à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	$\checkmark \chi^2_{cal} = 39,095 > \chi^2_{lu} = 16,920$ $\checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05$ $\checkmark C.C. = 0,205$	Hypothèse de recherche 4 confirmée	
	H.R. 5 : Le comportement des parents d'élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	$\checkmark \chi^2_{cal} = 66,894 > \chi^2_{lu} = 16,920$ $\checkmark \alpha_{cal} = 0 < \alpha_{choisi} = 0,05$ $\checkmark C.C. = 0,268$	Hypothèse de recherche 5 confirmée	

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

Le tableau au tableau N° 94 montre que toutes nos hypothèses de recherche sont confirmées ; cet état de fait valide à 100 % notre hypothèse générale qui stipulait que : ***Le processus de prise en charge mis en place à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves***

Après avoir interprété et discuté les résultats de notre investigation, notre descente sur le terrain nous aura permis d'identifier les différents problèmes qui favorisent l'aggravation du paludisme chez les élèves. C'est à ce titre que, tout au long des lignes suivantes, nous essayerons d'émettre des propositions relatives à la remédiation du problème sus-évoqué : Nous passons ainsi aux suggestions et recommandations

6.3. SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

6.3.1. Suggestions

Nos suggestions sont adressées à l'Etat du Cameroun, au Ministère de l'Education de Base et aux partenaires du système éducatif camerounais.

6.3.1.1. Suggestions à l'Etat du Cameroun

Dans le cadre de l'encadrement socio-sanitaire des élèves des écoles maternelles et primaires publiques, le problème que nous évoquons met en exergue les insuffisances de la politique éducative nationale en matière de prise en charge pré-hospitalière des élèves malades. A ce titre, l'Etat devrait :

- ✓ Veiller à l'application des textes nationaux et internationaux relatifs à la santé et la sécurité des enfants en milieu scolaire
- ✓ Implémenter la construction d'une infirmerie dans les écoles maternelles et primaires publiques et y affecter du personnel soignant ; ce qui permettrait de laisser à qui de droit la prise en charge des malades en milieu scolaire maternel et primaire
- ✓ Exiger que les écoles maternelles et primaires publiques soient désormais construites à proximité des hôpitaux, des dispensaires ou des centres de santé ; ce qui faciliterait la prise en charge des malades et leur transfert rapide du milieu scolaire maternel et primaire aux structures appropriées pour la tâche

- ✓ Introduire les méthodes de premiers secours dans la formation des enseignants des écoles maternelles et primaires ; ce qui faciliterait la prise en charge des malades dans leur milieu environnemental
- ✓ Encourager les descentes régulières ou l'affectation (si possible) des secouristes, personnel de santé, psychologues, conseillers d'orientation... dans les écoles maternelles et primaires ; ce qui permettrait de détecter les problèmes qui y sont légion
- ✓ Elargir et enrichir de façon régulière le contenu des boîtes à pharmacies des écoles maternelles et primaires publiques ; ce qui faciliterait l'atténuation des maladies déclarées avant tout transfert dans les structures hospitalières pour la continuité de la prise en charge
- ✓ Solliciter l'appui des différents partenaires du système éducatif camerounais en matière de dons visant la santé et la sécurité des élèves dans les écoles maternelles et primaires publiques

6.3.1.2. Suggestions au Ministère de l'Education de Base

Au regard du rôle sensible, délicat et essentiel que joue ce département ministériel pour la formation et l'encadrement des tout-petits, il devrait :

- ✓ Entretenir un partenariat avec le Ministère de la Santé Publique pour l'affectation du personnel sanitaire dans les écoles maternelles et primaires publiques ; ce qui permettrait de laisser à qui de droit la prise en charge des malades en milieu scolaire maternel et primaire
- ✓ Effectuer un partenariat avec le Ministère de la Santé Publique pour la création d'une Brigade Sanitaire d'Intervention Rapide visant la prise en charge des accidents et maladies déclarées dans les écoles maternelles et primaires
- ✓ Solliciter, en collaboration avec tous les autres Ministères liés à l'éducation et à la formation de la jeunesse, que les enseignants soient formés aux méthodes de premiers secours et veiller à l'affectation d'au moins une personne formée à ce sujet dans chaque établissement scolaire ; ce qui faciliterait la prise en charge des malades dans leur milieu environnemental

- ✓ Elargir et enrichir de façon régulière le contenu des boîtes à pharmacies des écoles maternelles et primaires publiques ; ce qui faciliterait l'atténuation des maladies déclarées avant tout transfert dans les structures hospitalières pour la continuité de la prise en charge
- ✓ Solliciter l'appui des différents partenaires du système éducatif camerounais en matière de dons visant la santé et la sécurité des élèves dans les écoles maternelles et primaires publiques

6.3.1.3. Suggestions aux partenaires du système éducatif camerounais

Comme partenaires du système éducatif camerounais, nous pouvons citer divers ministères (Ministère des Affaires Sociales, Ministères de la Promotion de la Femme et de la Famille, Ministère des Relations Extérieures...), les Ambassades ou Consulats, les Organismes Nationaux et Internationaux, les Organisation Non gouvernementales, les Groupes d'Initiatives Communes, les Mairies, les mécènes ou donateurs... Toutes ces structures, personnes morales ou physiques agissant pour le bien-être des individus, devraient à ce titre :

- ✓ Se soucier d'avantage du bien-être de l'apprenant des écoles maternelles et primaires publiques ; ce qui à la fois, permettrait d'améliorer le cadre des apprentissages et fournirait une image positive de ces derniers dans la société
- ✓ Eviter de se mêler de la politique locale en cours, en faisant des dons orientés et triés selon les affinités ; ce qui permettrait la transparence dans la délivrance des dons à travers la société
- ✓ Veiller à la facilitation de l'encadrement effectif des apprenants des écoles maternelles et primaires publiques jusqu'à leur passage dans les établissements secondaires où on trouve des infirmeries

6.3.1.4. Suggestions aux enseignants et encadreurs éducatifs

Pièces maîtresses de notre étude, ils sont responsables de l'encadrement des tout-petits qui leurs sont confiés ; ainsi, tout ce qui arrive en bien comme en mal dans leur cadre de travail leurs est imputé. A ce titre, les tâches qui leurs sont assignées font de telle sorte qu'ils devraient :

- ✓ Améliorer leur cadre de travail avec les moyens disponibles et ne pas se laisser distraire par ce qu'ils devraient avoir
- ✓ Veiller à l'effectivité de l'encadrement pédagogique, du suivi administratif et de l'assistance sociale des tout-petits qui leurs sont confiés
- ✓ Participer à la sécurisation de leur environnement en effectuant régulièrement les travaux d'entretien et d'embellissement de l'école
- ✓ Être animés par la volonté d'aider leurs élèves en signalant à la hiérarchie les cas de maladies déclarés à l'école ou à la maison ; sans le savoir, ils seront entraînés d'appliquer une méthode de premiers secours moderne et sauveraient des vies
- ✓ Assurer leur protection personnelle et celle des élèves en respectant et en faisant respecter le protocole de prise en charge préhospitalière des malades à l'école (voir un exemplaire de fiche à remplir en annexe) ;
- ✓ Solliciter une formation ou un recyclage aux méthodes de premiers secours et enseigner l'essentiel de ces connaissances aux apprenants
- ✓ S'organiser en interne (au sein de chaque établissement scolaire) pour la prise en charge préhospitalière des malades déclarés à l'école
- ✓ Veiller à la mise en quarantaine des enfants porteurs des maladies contagieuses dites « maladies à éviction scolaire »
- ✓ Mettre un accent particulier lors des leçons d'hygiène, d'éducation civique et morale... sur les notions d'aide, d'assistance, d'humanisme...

6.3.2. Recommandations

Nos recommandations sont adressées aux élèves et à leurs parents.

6.3.2.1. Recommandations aux élèves

Ces derniers constituent la couche vulnérable sur laquelle est observée notre problème. Les solutions ne pouvant pas provenir directement d'eux, ils devraient :

- ✓ Respecter scrupuleusement le règlement intérieur de leurs écoles

- ✓ Participer à la sécurisation de leur environnement en effectuant régulièrement les travaux d'entretien et d'embellissement de l'école
- ✓ Être animés par la volonté d'aider leurs pairs en signalant aux enseignants et aux parents les cas de maladies déclarés à l'école ou à la maison ; sans le savoir, ils seront entraînés d'appliquer une méthode de premiers secours moderne et sauveraient des vies
- ✓ Assurer leur protection personnelle en signalant aux enseignants et aux parents leurs problèmes sanitaires généraux (allergies, maladies récurrentes...) et les traitements y afférents ;
- ✓ Adopter les comportements hygiéniques, civiques, prosociaux et humains normés et recommandés ;
- ✓ Être motivés par la volonté de réussir le challenge de la bonne formation et ne pas se laisser distraire par les déviances véhiculées par la société environnante.

6.3.2.2. Recommandations aux parents d'élèves

En tant que premiers éducateurs des tout-petits, ceux-ci devraient :

- ✓ Veiller à inscrire leurs progénitures dans les établissements scolaires dont la renommée sanitaire et sécuritaire n'est pas douteuse
- ✓ Préparer leurs enfants aux comportements adéquats à adopter en cas de survenue d'un incident socio-sanitaire dans leur entourage
- ✓ Contrôler régulièrement le contenu des cartables de leurs enfants avant le départ et au retour des classes
- ✓ Mettre un accent particulier lors des causeries éducatives à la maison sur les notions d'aide, d'assistance, d'humanisme...
- ✓ Fournir un contact téléphonique disponible aux encadreurs éducatifs de leurs enfants et garder une relation cordiale et permanente avec ces derniers pour les appels, en ce qui concerne les cas d'urgence survenus à l'école

- ✓ Être des acteurs (et non des observateurs) dans la construction éducative des enfants à travers un accompagnement socio-culturel certain, une contribution intellectuelle, matérielle et financière claire au sein de l'Association des Parents d'Elèves et Enseignants et du Conseil d'Etablissement...
- ✓ Être toujours disponibles, sauf cas de force majeure, en répondant favorablement aux convocations de l'école et en assistant aux réunions, manifestations... organisées par l'école

Nos suggestions et recommandations achevées, nous passons directement à la dimension d'ingénierie de notre étude ; proposition concrète pour ramener à la baisse le niveau d'aggravation du paludisme dans les écoles maternelles et primaires publiques.

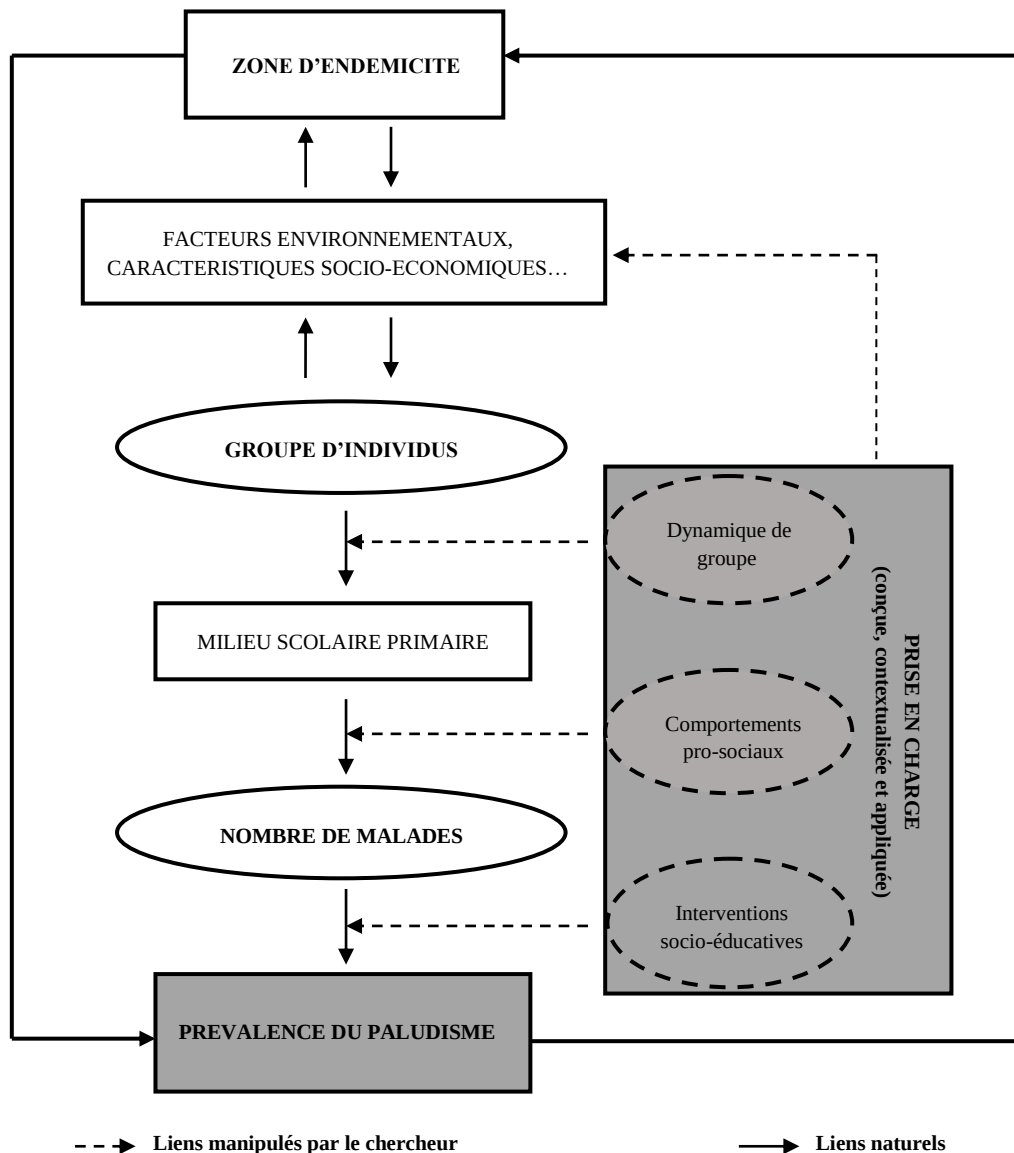
6.4. DIMENSION D'INGENIERIE DE L'ETUDE

6.4.1. Généralités

L'ingénierie de notre recherche tourne autour d'un programme éducatif visant la déconstruction des croyances antérieures et la reconstruction de nouvelles attitudes, favorables à la prise en charge préhospitalière des malades de paludisme (en particulier) et à la préservation de la santé et la sécurité des individus en milieu scolaire voire même au-delà (en général). Comme nous avons mis en évidence à travers notre sujet, l'influence qu'exerce le processus de prise en charge, mis en place dans les écoles, sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves, il nous faut, après observation, amender l'encadrement socio-sanitaire des enfants victimes de paludisme en milieu scolaire primaire.

De ce fait, il nous revient d'appliquer une intervention socio-éducative contextualisée à chaque situation, en introduisant chez les acteurs présents, des attitudes et comportements prosociaux, permettant de modifier la structure de leur dynamique de groupe et d'orienter la prise en charge qui sera désormais appliquée dans leur environnement de travail et au-delà. La figure suivante, révision de celle de la page 62 de notre présente étude, en est la parfaite illustration :

Figure N° 6 : La prise en charge préhospitalière des malades de paludisme à l'école



Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), *recherche de laboratoire*

Il est important d'expliquer la forme et le sens des tirets (ou flèches) contenus dans la figure précédente. Notons ainsi que :

- ✓ Les tirets fins et continus sont ceux existant de façon naturelle dans la chronologie du phénomène observé
- ✓ Les tirets fins et interrompus sont ceux qui marquent l'intervention du chercheur dans la chronologie du phénomène observé
- ✓ Les tirets épais et continus sont ceux qui montrent que le phénomène observé tourne en boucle

6.4.2. Caractéristiques

La mise sur pied effective d'une assurance sanitaire et sécuritaire des élèves en milieu scolaire primaire tourne autour de multiples axes théoriques et pratiques non exhaustifs tels que :

- ✓ La création dans les administrations publiques locales (Sous-préfecture, Mairie, hôpital, dispensaire, IAEB, DDEB, DREB...) d'un service en charge de l'observation, de la promotion et de la préservation de la santé et la sécurité dans les écoles maternelles et primaires ; nous avons choisi de le dénommé « Service de la Santé et de la Sécurité Scolaire » en abrégé S.S.S.S. ou 4S.
- ✓ La confection de la documentation en matière de santé et sécurité scolaire, adaptée au contexte national et aux spécificités locales :
 - Textes juridique sur les droits et devoirs des différents intervenants ;
 - Documents administratifs sur le profil des individus sollicités (directement ou indirectement) et celui des carrières ;
 - Fiches démographiques d'enregistrement, de dénombrement et de statistique des cas ; à utiliser de façon ascendante de la base vers le sommet de la hiérarchie, facilitant ainsi la transmission en temps réel des informations sur le sujet et la coordination des interventions sur le plan national (voir modèles de fiche de renseignement et de rapport médico-scolaire en annexe)
- ✓ La mise en place d'un programme éducatif, sur la santé et la sécurité en milieu scolaire maternel et primaire, établi en deux phases indépendantes l'une de l'autre comme indiqué ci-dessous :

6.4.2.1. Phase d'éducation 1

Elle est établie sur le long terme et consiste à former, depuis les Ecoles Normales (ENIEG, ENIET, ENS, ENSET...), des individus dotés de comportements prosociaux spécifiques à la santé et à la sécurité en milieu scolaire. Elle comprend les étapes suivantes :

- ✓ **La prise en main** dans la structure de formation professionnelle : ici, les apprenants sont entretenus sur les comportements prosociaux à développer sur le terrain, car ils seront les garants de la santé et la sécurité des élèves dans les EMP et EPP. A ce titre, ils devront suivre une formation y afférente de type

facultatif ou optionnel au départ et obligatoire avec le temps (voir exemplaire de programme de cours sur la santé et la sécurité en milieu scolaire) ;

- ✓ **L'organisation** de la santé et de la sécurité du milieu scolaire : Elle est à la fois théorique (enseignements dans les salles de classe, rencontres avec les spécialistes du domaine...) et pratique (situations de simulation pendant les activités post et périscolaires dans les clubs tels la santé, la Croix-Rouge, les scouts, l'environnement...) ;
- ✓ **L'évaluation** : Elle mesure le degré d'adhésion des apprenants aux comportements prosociaux en général et aux actes de santé et sécurité en milieu scolaire en particulier. Elle permet de distinguer ceux des acteurs éducatifs qui seront capables d'encadrer les enfants et de prendre en charge, de façon non hasardeuse, les malades et les accidentés dans les écoles maternelles et primaires.

6.4.2.2. Phase d'éducation 2

Elle est établie sur le court terme et consiste à sensibiliser, former, recycler... dans les écoles maternelles et primaires, les individus sur les comportements prosociaux spécifiques à la santé et à la sécurité scolaire. Elle comprend en son sein les étapes suivantes :

- ✓ **La mise en œuvre** du principe de la santé et la sécurité en milieu scolaire et l'adaptation de sa dynamique en fonction de l'environnement : Elle tourne autour du recyclage des acteurs de la chaîne éducative, dans les écoles maternelles et primaires, pendant les rencontres avec les spécialistes du domaine (séminaires, colloques, journées pédagogiques, réunions d'APEE...) et de l'implémentation du principe à travers des situations de simulation pendant les activités post et périscolaires dans les clubs tels la santé, la Croix-Rouge, les scouts, l'environnement...
- ✓ **L'évaluation** : Elle mesure le degré d'adhésion des apprenants aux comportements prosociaux en général et aux actes de santé et sécurité en milieu scolaire en particulier. Elle apparaît de nouveau ici parce qu'elle permet tout d'abord de contrôler et de valider les acquis adaptés à l'environnement ; et

elle permet ensuite de distinguer les acteurs éducatifs capables d'encadrer les enfants et de prendre en charge, de façon non hasardeuse, les malades et les accidentés dans les écoles maternelles et primaires ;

- ✓ **La systématisation** : C'est le partage de l'expérience, adoptée par les apprenants et validée par les services compétents (principe de santé et de sécurité en milieu scolaire adaptée à l'environnement), avec les autres acteurs intervenant directement dans la chaîne éducative locale pour une exponentiation du comportement prosocial ;
- ✓ **L'autonomisation** : c'est l'aboutissement du processus de prise en charge préhospitalière des malades de paludisme dans les écoles maternelles et primaire et du principe d'encadrement des groupes vulnérables en vue de l'acquisition de comportements prosociaux spécifiques à la santé et à la sécurité en milieu scolaire maternel et primaire.

La figure et le tableau suivants résument à suffisance les propos énoncés ci-dessus :

Figure N° 7 : Processus de formation en santé et sécurité scolaire

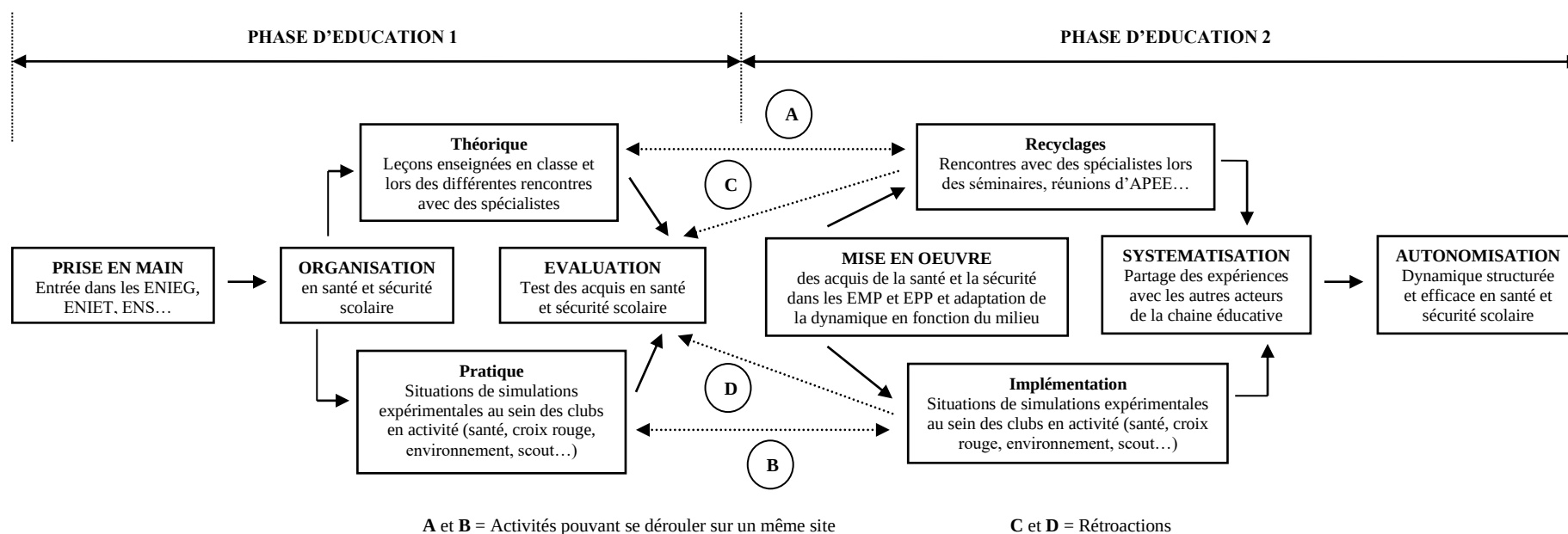


Tableau N° 95 : Les acteurs du processus de formation en santé et sécurité scolaire

PROCESSUS DE FORMATION	PHASE D'EDUCATION 1			PHASE D'EDUCATION 2		
	Prise en main	Organisation	Evaluation	Mise en œuvre	Systématisation	Autonomisation
FORMATEUR	Spécialiste en Intervention et Action Communautaire	Spécialiste en Intervention et Action Communautaire	Spécialiste en Intervention et Action Communautaire	Spécialiste en Intervention et Action Communautaire	Enseignants	Enseignants, Elèves, parents d'élèves...
PUBLIC CIBLE	Futurs enseignants	Futurs enseignants	Enseignants	Enseignants	Elèves, parents d'élèves...	Tous les acteurs de la chaîne éducative
COORDINATION	Service de la Santé et de la sécurité scolaire (DRES, DDES, Mairie, Sous-préfecture...)	Service de la Santé et de la sécurité scolaire (DRES, DDES, Mairie, Sous-préfecture...)	Direction de l'école (ENIEG, ENIET, ENS, EM et EP)	Service de la Santé et de la sécurité scolaire (DREB, DDEB, IAEB, Mairie, Sous-préfecture...)	Direction de l'école (EM et EP)	Direction de l'école (EM et EP)

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), recherche de laboratoire

Notre ingénierie devant se manifester à travers des documents explicites, nous avons choisi de joindre en annexe du présent travail :

- ✓ Notre programme de formation modèle élaboré pour la dotation des individus en compétences dans le domaine de la santé et la sécurité au sein des EMP et des EPP ;
- ✓ Une fiche de renseignement élève modèle pour l'enregistrement, le dénombrement et la statistique des cas potentiels ; à utiliser de façon ascendante de la base vers le sommet de la hiérarchie, facilitant ainsi la transmission en temps réel des informations sur le sujet et la coordination des interventions sur le plan national
- ✓ Les rapports médico-scolaires modèles pour l'enregistrement, le dénombrement et la statistique des cas avérés ; à utiliser de façon ascendante de la base vers le sommet de la hiérarchie, facilitant ainsi la transmission en temps réel des informations sur le sujet et la coordination des interventions sur le plan national

La dimension d'ingénierie achevée, pour clore ce chapitre, nous avons élaboré un tableau récapitulatif de tout ce qui y a été fait dans le présent chapitre. Nous montrons ainsi que les résultats obtenus après l'interprétation des résultats de notre recherche peuvent être récapitulés dans un tableau synthétique (voir page suivante), permettant d'avoir une vue globale de tout le travail effectué jusqu'ici.

Il est important de signaler que notre dernier tableau, dans sa lecture, est :

- ✓ La complémentarité du Tableau N° 6 de la page 156
- ✓ La suite méthodologique des tableaux N° 14 de la page 172 et N° 70 de la page 264 ;
- ✓ Le prédécesseur logique du tableau N° 91 de la page 302 ;

La présentation de notre dernier tableau nous permettra de passer sans transition à la conclusion de notre travail.

Tableau N° 96 : Récapitulatif de l'interprétation des résultats de la recherche

QUESTIONS SPECIFIQUES	HYPOTHESES DE RECHERCHE	OUTIL DE COLLECTE	ITEMS	INSTRUMENT D'ANALYSE	RESULTATS
Q.S. 1 : La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?	H.R. 1 : La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves	Questionnaire	Croisement Q 2.7. x Q 7.5.	Khi-deux de Bravais Pearson	Tableaux N° 64, N° 65, N° 66, N° 67 Figure du tableau N° 65
Q.S. 2 : Le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?	H.R. 2 : Le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves		Croisement Q 3.7. x Q 7.5.		Tableaux N° 68, N° 69, N° 70, N° 71 Figure du tableau N° 69
Q.S. 3 : Le comportement des élèves à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux ?	H.R. 3 : Le comportement des élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux		Croisement Q 4.7. x Q 7.5.		Tableaux N° 72, N° 73, N° 74, N° 75 Figure du tableau N° 73
Q.S. 4 : Le comportement des enseignants à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?	H.R. 4 : Le comportement des enseignants à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves		Croisement Q 5.7. x Q 7.5.		Tableaux N° 76, N° 77, N° 78, N° 79 Figure du tableau N° 77
Q.S. 5 : Le comportement des parents d'élèves à l'école influence-t-il de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?	H.R. 5 : Le comportement des parents d'élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves		Croisement Q 6.7. x Q 7.5.		Tableaux N° 80, N° 81, N° 82, N° 83 Figure du tableau N° 81

Source : Siddiq Aboubakar Mouliom (2021), enquête de terrain

CONCLUSION

Parvenus au terme de ce travail dont le sujet était intitulé : ***Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves : Cas des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de Yaoundé***, nous avons démontré que la contribution du Psychologue, Spécialiste de l'Intervention et de l'Action Communautaire, était énorme dans l'élaboration des modèles d'action éducatives visant la prise en charge, l'accompagnement, le suivi, l'aide, l'appui... à l'individu en situation de détresse en milieu scolaire et au-delà. Cette étape préparatoire de notre étude, s'insère dans un contexte social camerounais pertinent dans lequel l'encadrement sanitaire des enfants en milieu scolaire, demeure une priorité pour les enseignants. L'analyse de ce problème sous l'angle de l'intervention et de l'action communautaire aura une double vocation : celle de trouver de nouveaux facteurs de la prise en charge pour la sécurité des victimes de paludisme en milieu scolaire primaire public et celle de proposer des stratégies permettant de remédier valablement au problème sus-cité.

De ce qui précède, surgit un regard particulier sur la prise en charge des victimes de paludisme : il s'agit de comprendre le rôle de la culture dans les phénomènes de groupes. La mission principale des écoles étant la bonne éducation des élèves, celle-ci ne peut être bien remplie sans une assurance sanitaire et sécuritaire claire ; assurance manifestement ondoyante en milieu scolaire primaire public, au regard d'un fait simple : la prévalence élevée du paludisme en milieu scolaire. Les enseignants dans l'exercice de leur fonction ne pouvant se substituer au personnel médical, certaines questions se sont imposées à nous ; citons par exemple : Le paludisme est-il encore la principale maladie incapacitante dans les écoles camerounaises ? Comment est faite la prise en charge préhospitalière des élèves malades dans les écoles maternelles et primaires publiques ? Cette prise en charge est-elle efficace dans la lutte contre le paludisme ?

Le présent travail s'inscrivant dans le domaine de l'intervention et de l'action communautaire, à la suite de la synthèse de nos multiples interrogations, et pour un bon

départ dans la logique de notre recherche, nous avons formulé une question générale à savoir : « *Le processus de prise en charge appliqué dans les écoles influence-t-il significativement le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves ?* ». De cette question a découlé la formulation d'une hypothèse générale qui était la suivante : « *Le processus de prise en charge appliqué dans les écoles influence significativement le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves* ». Notre étude ayant pour objectif général d'étudier l'influence qu'exercerait le processus de prise en charge mis en place à l'école, sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves, à l'issu d'un recensement de potentiels éléments impliqués directement dans notre recherche, ceci premièrement collecté auprès d'individus choisis de façon non aléatoire (enseignants et élèves d'écoles primaires, camarades de promotion et enseignants d'université, encadreurs de recherche...), et deuxièmement existant dans la grammaire expérimentale théorique de Soulet cité par E. Fridez (2014 : 151), nous avons obtenu des facteurs qui ont favorisé l'opérationnalisation des variables de notre hypothèse générale ; leur croisement nous a permis alors d'obtenir cinq hypothèses spécifiques, qui étaient les suivantes :

- ✓ **H.R. 1 :** La qualité d'entretien de l'environnement de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
- ✓ **H.R. 2 :** Le niveau d'équipement de la boîte à pharmacie de l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
- ✓ **H.R. 3 :** Le comportement des élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez eux
- ✓ **H.R. 4 :** Le comportement des enseignants à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves
- ✓ **H.R. 5 :** Le comportement des parents d'élèves à l'école influence de façon significative le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves

Nos hypothèses spécifiques, à leur tour, nous ont conduit à mener une enquête, à travers la distribution d'un questionnaire, auprès de 894 enseignants des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de la ville de Yaoundé, Département du Mfoundi, Région du Centre Cameroun. Après la collecte, le dépouillement et le traitement de nos données, dans un ordinateur portable de marque PBHEV (don du Président de la République du Cameroun

aux étudiants des Universités nationales) et à l'aide du test statistique Khi-deux, du logiciel de traitement statistique SPSS version 18, nous avons obtenu les résultats ci-après :

- ✓ **H.R. 1** confirmée à travers les données suivantes :

$$\chi^2_{\text{cal}} = 34,329 > \chi^2_{\text{lu}} = 16,920$$

$$\alpha_{\text{cal}} = 0 < \alpha_{\text{choisi}} = 0,05$$

$$\text{C.C.} = 0,192 \text{ (relation très faible entre les variables de HR}_1\text{)}$$

- ✓ **H.R. 2** confirmée à travers les données suivantes :

$$\chi^2_{\text{cal}} = 57,386 > \chi^2_{\text{lu}} = 16,920$$

$$\alpha_{\text{cal}} = 0 < \alpha_{\text{choisi}} = 0,05$$

$$\text{C.C.} = 0,246 \text{ (relation faible entre les variables de HR}_2\text{)}$$

- ✓ **H.R. 3** confirmée à travers les données suivantes :

$$\chi^2_{\text{cal}} = 69,124 > \chi^2_{\text{lu}} = 16,920$$

$$\alpha_{\text{cal}} = 0 < \alpha_{\text{choisi}} = 0,05$$

$$\text{C.C.} = 0,268 \text{ (relation faible entre les variables de HR}_3\text{)}$$

- ✓ **H.R. 4** confirmée à travers les données suivantes :

$$\chi^2_{\text{cal}} = 39,095 > \chi^2_{\text{lu}} = 16,920$$

$$\alpha_{\text{cal}} = 0 < \alpha_{\text{choisi}} = 0,05$$

$$\text{C.C.} = 0,205 \text{ (relation faible entre les variables de HR}_4\text{)}$$

- ✓ **H.R. 5** confirmée à travers les données suivantes :

$$\chi^2_{\text{cal}} = 66,894 > \chi^2_{\text{lu}} = 16,920$$

$$\alpha_{\text{cal}} = 0 < \alpha_{\text{choisi}} = 0,05$$

$$\text{C.C.} = 0,268 \text{ (relation faible entre les variables de HR}_5\text{)}$$

Toutes nos hypothèses de recherche confirmées, notre hypothèse générale a été validée à 100%. Cependant, il convient d'être prudent lors de l'interprétation des résultats présentés dans le présent travail, ceci pour plusieurs raisons à l'instar de :

- ✓ L'indisponibilité des données claires et précises sur le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves dans les écoles maternelles et primaires publiques ;
- ✓ L'absence d'indicateurs fiables sur les taux de redoublement et d'achèvement dans le primaire ; les résultats scolaires (réussite ou échec) au niveau macroéconomique, relevant essentiellement des performances scolaires et faisant abstraction des problèmes socio-sanitaires rencontrés par les acteurs de la chaîne éducative ;
- ✓ La non perception effective, par la politique éducative camerounaise, du risque sanitaire et sécuritaire encouru par les élèves dans les écoles maternelles et primaires publiques ;
- ✓ L'effritement du lien entre le processus de prise en charge mis en place à l'école et le niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves, par des variables parasites telle l'acquisition d'une certaine immunité par les populations vivant en zone d'endémicité avérée (OMS : 2005)
- ✓ L'observation de plusieurs données incohérentes fournies par certains membres de notre échantillon ; il est à noter que ces derniers étaient submergés par le travail lors de nos multiples passages et certains sollicitaient même de « la motivation » pour satisfaire à nos doléances...

Nos conclusions ne sont également valables qu'au niveau microéconomique et ne peuvent se substituer à des analyses nationales détaillées ou à des études de cas. La relation entre le paludisme et l'éducation n'étant pas très documentée sur le plan national, sans doute parce que l'impact du paludisme sur le capital humain (chez l'enfant) n'a pas des répercussions économiques immédiates et donc, des effets pas très visibles, nous pensons que la recherche gagnerait à investir dans ce domaine en effectuant des études pluridisciplinaires sur le sujet ; raisons pour laquelle nous avons émis quelques suggestions, recommandations et propositions d'ingénierie tendant à remédier le problème préalablement évoqué et intégrer aisément la volonté du gouvernement camerounais à redresser les comportements et couvrir les situations à risques pour une émergence totale du Cameroun d'ici 2035.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

DICTIONNAIRES

- Ferréol G., (1995), *Dictionnaire de sociologie*, P.U.F., Paris
- Glossaire des termes essentiels en psychologie, psychiatrie, psychanalyse, (2008), Paris, Ed Larousse, 949 p.
- Institut National de la Statistique, (2009), *Manuel de concepts et de définitions utilisés dans les publications statistiques officielles*, Yaoundé, Ed INS
- Le Larousse de poche, (2008), Ed Larousse, Paris, 977 p.
- Sillamy N., (1996), *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse, Paris.

OUVRAGES GÉNÉRAUX

- Abernot Y., (2009), *Réussir son Master en sciences humaines et sociales : problématiques, méthodes et outils*, Paris, DUNOD.
- Abernot Y. & Ravestein J., (2009), *Réussir son Master en sciences humaines et sociales*, Paris, Dunod, 220 p.
- Bandura A., (1970), *Apprentissage social*, Paris, Editions Mordaga
- Barr, (1967), *Centre National de Ressources Textuelle et Lexicales*
- Beaud M., (1985), *L'art de la thèse : comment préparer et rédiger une thèse, un mémoire ou tout autre travail universitaire*. Montréal, Boréal
- Berjot S. et Delelis G., (2005), *Psychologie sociale*, Paris, Ed. Dunod, 157 p.

- Boutillier S. et al., (2003), *Méthodologie de la thèse et du mémoire*, Levallois-Perret, Studyrama, 218 p.
- Clerc P., (2021), *Monastère, agora, forteresse ou nœud d'échanges : Quatre modèles pour définir les relations entre les écoles et leurs environnements*, Géoconfluences
- Delouvee S., (2009), *Psychologie sociale*, Paris, Dunod, 221p.
- Dionne B., (1998), *Guide méthodologique pour les études et la recherche*, 3^{ème} éd., Montréal, Etudes vivantes.
- Doise W. & coll., (1978), *Psychologie sociale expérimentale*, Armand Colin, Paris
- Ebale Moneze C., (2015), *Cours d'approches théoriques en psychologie sociale et en sociologie*, Université de Yaoundé 1, Inédit
- Echu G. & coll., (2008), *University english for francophone Africa*, Yaoundé, Africana Publications, 249 p.
- Evola R., (2013), *Manuel d'enquête par questionnaire en sciences sociales*, Publibook, 267 p.
- Fischer G. N., (2011), *La psychologie sociale*, Paris, Collection Points, Ed Seuil, 470 p.
- Fischer G. N., (2003), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Collection BORDAS, Ed. Dunod, 227 p.
- Fonkoua P., (2018), *L'intégration scolaire des enfants en difficulté en Afrique*, L'Harmattan, 254 p.
- Freud S., (1962), *Introduction à la psychanalyses*, Tome 1, Paris, Editions Payot, 442 p.
- Freud S., (1954), *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 425 p.
- Ghilione & Mathalon, (1978), *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*, Paris, Ed Armand Collin.
- Grawitz M., (1996), *La direction et la rédaction des travaux de recherche académique*, Paris, Ed. Dalloz.
- Grawitz M., (1990), *Méthodes des sciences sociales*, 8^{ème} éd., Paris, Ed. Dalloz.

- Groupe Citoyen pour la Recherche et la Documentation, (2016), *Rédaction administrative Afrique*, Yaoundé, Inédit.
- Gauthier B., (1984), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Sillery (Québec), Presses de l'Université du Québec
- Huot R., (1992), *La pratique de recherche en sciences humaines : méthode, outils, techniques*, Boucherville, Gaëtan Morin
- Mangalaza E.R., (2010), *Concevoir et réaliser son mémoire de Master 1 et Master 2 en sciences humaines et sociales*, Antananarivo, Editions Tsipika, 149 p.
- Mayi M.B., (2010), *Psychopathologie et tradithérapies africaines : Perspectives actuelles*, Yaoundé, P.U.F., 74 p.
- Moscovici S., (1984), *Psychologie sociale*, Paris, P.U.F.
- Nkoum B.A., (2005), *Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle*, Yaoundé, Presse Universitaire d'Afrique Centrale.
- Noubissie C.D., (2019), *Changement climatique : vulnérabilité, dynamisme et représentation sociale des populations des régions du Nord et de l'Extrême-Nord du Cameroun*, l'Harmattan, 190 p.
- Roché S., (1996), *La société incivile : qu'est-ce que l'insécurité ?* Ed. Seuil, Paris
- Romains, (1938), *Hommes*, Bonne, 198 p.
- Rossi J.P. & coll., (1989), *La méthode expérimentale en psychologie*, Paris, Dunod, 254 p.
- Rossi J.P. & coll., (1989), *La méthode expérimentale en Psychologie*, Paris, Bordas, Dunod.
- Rudigoz R.C., (2004), *Échographie et écho Doppler en gynécologie*, Masson, 164 p.
- Sala B.M., (2011), *A socio-economic reader for francophone university students*, Yaoundé, Horizon books, 88 p.

- Senkowska E.D., (2007), *Psychologie sociale expérimentale*, Tome 1, Paris, Editions Payot, 442 p.
- Spoïden A., (2010), *Rédaction des références bibliographiques selon les normes de l'American Psychological Association*, Paris, Université Catholique de Louvain, Inédit
- Ternera Barrios F., (2004), *La responsabilité objective du fait des activités dangereuses*, Bogota, Etudes socio-juridiques, Inédit
- Theodorakis C., (2005), *Environmental Processes Encyclopedia of Toxicology* (Second Edition), Pages 208-210
- Wonnacott T. & Wonnacott R. (2003), *Statistique : Economie, Gestion, Sciences, Médecine*, Paris, Jouve, 919 p.
- Zola, (1876), *J'étais ancien élève de l'École Normale Supérieure*, E. Rougon, p. 48

OUVRAGES SPÉCIFIQUES

- Abric J.C., (1994), *Pratiques sociales et représentations*, P.U.F., Paris.
- Anzieu D. & Martin J. Y., (1994), *La Dynamique des groupes restreints*, Paris, P.U.F.
- Arntson L. & Knudsen C., (2004), *Psychosocial Care and Protection of Children in Emergencies: A Field Guide*, London, Save the Children Federation.
- Audet J. & Katz J. F., (1999), *Précis de victimologie générale*, Paris, Dunod
- Bandura A., (1997), *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, New York, W. H. Freeman and Company
- Bell Coral M., (1978), *Decision-making by governments in crisis situations*, in *International Crises and Crisis Management*, New York, London, Sydney, Toronto, An East-West Symposium, Praeger Publishers, p.50-58.
- Bernier M., (1999), *La mesure du développement social : Conseil de la santé et du bien-être*, S. éd., S. Lieu, 62 p.

- Bertrand Y., (1998), *Théories contemporaines de l'éducation*, Paris, Editions Nouvelles, Chronique Sociale.
- Bion W., (1965), *Recherches sur les petits groupes*, Paris, P.U.F.
- Blum R.W. & Mann Rinehart P., (2009), *Reducing the risk: Connections that make a difference in the lives of youth*, Maryland, Add Health: Burness Communications, Bethesda.
- Bourque D. & coll., (2007), *Organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 534 pages.
- Camille O., (1973), *Votre enfant et ses loisirs*, Paris, Calmann – Levy
- Cassidy W., (2005), *From zero tolerance to a culture of care*, Ottawa, Ed. Canada
- Centre d'Information et de Ressources Documentaire sur le Handicap, (2010), *Recueil OMD et des textes juridiques de promotion et de protection des personnes en situation de handicap*, Yaoundé, Goodwill-Cameroun, 438 p.
- Coslin P.G., (2003), *Les conduites à risques à l'adolescence*, Paris, Armand Collin & coll., Cursus – Psychologie, 216p.
- Coté G. & coll., (2002), *État de situation de l'environnement alimentaire dans les écoles secondaires de la région de Montréal-Centre*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, Direction de santé publique, 134 p.
- Croq L. & Douteau C., (1988), *La psychologie des paniques*, Paris, La Revue du Praticien.
- Dessaint P., (1988), *Communiquer en situation de crise*, Baril, Magazine d'information des sociétés du groupe Exxon, n° 26, p. 4-8.
- Dilenschneider R., (1988), *Ethique et compétence pour la gestion de crise*, in Lagadec P., *Etats d'urgence*, p. 279-286.
- Dutang M. & coll., (1983), *Stratégie opérationnelle de lutte contre les pollutions pour assurer la sécurité de l'alimentation en eau : solutions mises en oeuvre dans la région parisienne*, Water Supply, Brussels 'C, Pergamon Press ', vol. 2, p. 71-82.

- Festinger L., (1950), *Social pressures in informed groups: a study of a housing project*, New York
- Fillizzola G. & Lopez G., (1995), *Victimes et victimologie*, Paris, Presses universitaires de France, Collection Que sais-je ? N°3040
- Franceschini L. (1988), *Les nouveaux tests psychotechniques*, Paris, Collection Vecchi, 164 p.
- Genain L. & Lerond M. (1987), *Les tests psychologiques d'aptitude et de personnalité*, Paris, Collection Vecchi, 239 p.
- Gilbert C. & Lagadec P., (1989), *Comment gérer les crises ?* La Recherche, supplément au numéro 212, juillet-août, p. 29-34.
- Goupil G. & Lusignan G., (1994), *Apprentissage et enseignement en milieu scolaire*, Paris, éd. Gaëtan Morin.
- Guillaumin J., (1979), *Pour une méthodologie générale des recherches sur les crises*, in *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, p. 220-254.
- Hawkins J. D. & Catalano R.F., (2004), *Communities that care : Prevention strategies guide*, South Deerfield, MA : Channing Bete.
- Lamoureux & coll., (2002), *La pratique de l'action communautaire*, Paris, P.U.Q, 518 p
- Lewin K., (1947), *Frontiers in group dynamics*, London, Human relations
- Macksoud M., (2000), *Aider les enfants à faire face aux tensions de la guerre : un manuel pour les parents et les enseignants*, UNICEF.
- Mathijs Euwema, (2006), *Le développement de l'enfant : un document de référence pour War Child*, Amsterdam, Inédit
- Morrison A., (2001), *Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials*, Journal of Managed Pharmaceutical Care
- Mucchielli R., (1965, rééd. 2006), *La Dynamique des groupes*, Paris, E.S.F.

- Pollard J. & coll., (1999), *Risk and protection: understand diverse behavioural outcomes in adolescence*, Social Work Research, 145-158.
- Smedley Brain D. & Syme S.L., (2000), *Promotion Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research Health Promotion and Disease Prevention*, Washington D.C., National Academy Press, 508 p.
- UNESCO, (1979), *L'enfant et le jeu : approches théoriques et applications pédagogiques*, Paris, Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture, 75 p.

THESES, MEMOIRES ET MONOGRAPHIES

- Amougou M., (1995), *Les conditions d'apprentissage en milieu socio-éducatif carcéral : Le cas des mineurs de la Prison Centrale*, I.N.J.S. Yaoundé, Inédit.
- Baboulé Baboulé P.M., (2010), *Apport du Haut-Commissariat du Canada au Cameroun dans la promotion du développement communautaire : Cas de la Prison Principale de Mfou*, I.N.J.S. Yaoundé, Inédit.
- Cheota, (1999), *L'apport des loisirs dans l'épanouissement des mineurs : le cas de Nkondengui, Prison Centrale*, I.N.J.S. Yaoundé, Inédit.
- Dzefack P.A., (2017), *Suivi du comportement alimentaire en milieu scolaire et performances des élèves en E.P.S. : Cas des élèves du Collège Yméle de Nkolbisson (Cameroun)*, Université de Yaoundé I, Inédit
- Mbala Beyala C., (2008), *Formation reçue et attitude vis-à-vis de la quête d'un emploi : le cas des diplômés en sciences sociales*, Université de Yaoundé 1, Inédit
- Mbe Ntangouo S., (2007), *Influence sociale et pratique de la tricherie : le cas des étudiants de l'Université de Yaoundé I*, Université de Yaoundé 1, Inédit.
- Mouliom S.A., (2017), *Dynamique de groupe en milieu scolaire et prise en charge des enfants victimes d'incidents socio-sanitaires : Cas des Ecoles Primaires Publiques de Yaoundé 3 (Cameroun)*, Université de Yaoundé I, Inédit

- Mvondo Nga M.J., (2017), *L'élève-professeur de l'Ecole Normale Supérieure devant les élèves de l'ENIEG : Un double statut de stagiaire et de formateur en rapport au savoir (Cameroun)*, Université de Yaoundé I, Inédit
- Ngo Biya A., (2005), *Déterminants sociaux et perspectives sociales : le cas des élèves des classes de Terminale de la ville de Yaoundé*, Université de Yaoundé 1, Inédit.
- Nguedong J.A., (2020), *Processus de transformation des intentions entrepreneuriales en actions : Le rôle de la volition et de l'optimisme*, Université de Yaoundé 1, Inédit.
- Noumbissie C.D., (2010), *Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun)*, Université Lumière Lyon 2 et Université de Yaoundé I, Inédit
- Sembè A.J., (2011), *L'influence de la formation pédagogique des futurs enseignants d'EPS sur le processus enseignement-apprentissage : Cas des étudiants en fin de formation du CENAJES de Dschang*, CENAJES Dschang, Inédit

NOTES ET RAPPORTS

- Bureau Central des Recensements et Etudes des Populations., (2009), *Base de données du BUCREP sur le RGPH 2005 et projections*, Yaoundé, Inédit
- Commission Scientifique Consultative, (2012), *Normes de présentation et d'évaluation des Mémoires et des Thèses*, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Inédit
- Commission technique d'élaboration de la stratégie sectorielle de l'éducation, (2004), *Document de stratégie sectorielle de l'éducation*, MINEDUB, Yaoundé, Inédit
- Coopération française et Banque Mondiale, (2006), *Rapport d'état du système éducatif national camerounais : Eléments de diagnostic pour la politique éducative dans le contexte de l'E.P.T. et du D.S.R.P.*, Yaoundé, Inédit

- Ecole Primaire Publique de Nsimeyong II B, (2016), *Note de service portant organisation administrative de l'Ecole Primaire Publique de Nsimeyong II B*, Yaoundé, Inédit
- Ecole Primaire Publique de Nsimeyong II B, (2016), *Note de service portant règlement intérieur de l'Ecole Primaire Publique de Nsimeyong II B*, Yaoundé, Inédit
- Institut National de la Statistique, (2014), *Annuaire statistique du Cameroun 2011*, Yaoundé, Inédit
- Institut National de la Statistique, (2014), *Rapport sur la situation de référence des indicateurs de la chaîne éducative au Cameroun*, Yaoundé, Inédit
- Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, (2012), *Femmes et hommes au Cameroun en 2012 : une analyse situationnelle des progrès en matière de genre*, Yaoundé, Inédit
- Ministère de l'Education de Base, (2015), *Annuaire Statistiques du MINEDUB de 2009 à 2012*, Yaoundé, Inédit
- Ministère de l'Education de Base, (2006), *Arrêtés, circulaires et lois ministériels de l'éducation au Cameroun*, Yaoundé, Inédit
- Ministère de l'Education de Base, (2015), *Cartes scolaires du MINEDUB de 2009 à 2012*, Yaoundé, Inédit
- Ministère de l'Education de Base, (2007), *La professionnalisation des enseignants de l'Education de Base : les recrutements sans formation initiale*, Yaoundé, Inédit
- Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, (2015), *Rapport de l'enquête emploi 2013*, Yaoundé, Inédit
- Ministère de l'Enseignement Supérieur, (2014), *Annuaire Statistiques du MINESUP de 2010 à 2011*, Yaoundé, Inédit
- Ministère des Enseignements Secondaires, (2015), *Annuaire statistiques du MINESEC et rapports d'analyse de 2009 à 2013*, Yaoundé, Inédit

- Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, (1984), *Arrêté fixant mesures générales d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail*, Yaoundé, Inédit
- Ndié Fofou S., (2007), *Introduction aux statistiques appliquées à l'éducation (Cameroun)*, Tome 1, Inédit
- Ndié Fofou S., (2007), *Introduction aux statistiques appliquées à l'éducation (Cameroun)*, Tome 2, Inédit
- Ndié Fofou S., (2007), *Rédiger et soutenir un mémoire de fin de formation, (Cameroun)*, Inédit
- Ndzié Eloundou J.M., (2010), *Correspondance administrative, privée et autres correspondances, ENIEG Bilingue de Yaoundé*, Inédit
- Présidence de la République du Cameroun, (2015), *Rapport national de l'Education Pour Tous*, Yaoundé, Inédit
- Présidence de la République du Cameroun, (1998), *Texte portant loi de l'orientation de l'éducation au Cameroun*, Yaoundé, Inédit
- Présidence de la République du Cameroun, (2000), *Texte portant statut particulier des fonctionnaires des Corps de l'Education Nationale*, Yaoundé, Inédit
- Présidence de la République du Cameroun, (2002), *Texte portant réorganisation du Ministère de l'Education Nationale*, Yaoundé, Inédit
- Tsimi F. & coll., (2008), *Résumé des cours sur les techniques des premiers secours*, Croix-Rouge Camerounaise, Yaoundé, Inédit

WEBOGRAPHIE

- [http://www. l'organisation des premiers secours à l'école.org](http://www.l'organisation des premiers secours à l'école.org), consulté le 23 Juin 2017 à 13 h
- <http://www. la dynamique de groupes.org>, consulté le 21 Juin 2017 à 14h

- [http://www. la prise en charge des enfants en collectivité.org](http://www.lapriseencharge.org), consulté le 23 Juin 2017 à 15h
- [http://www. la prise en charge en milieu scolaire.org](http://www.lapriseenchargescolaire.org), consulté le 23 Juin 2017 à 14h
- [http://www. la santé et la sécurité à l'école.org](http://www.lasanteetlascuritealecole.org), consulté le 23 Juin 2017 à 12h
- [http://www. le comportement pro-social.org](http://www.lecomportementpro-social.org), consulté le 21 Juin 2017 à 16h
- [http://www. les accidents scolaires.org](http://www.lesaccidentscolaires.org), consulté le 22 Juin 2017 à 12h
- [http://www. les incidents sociaux en milieu scolaire.org](http://www.lesincidents sociaux en milieu scolaire.org), consulté le 22 Juin 2017 à 14h
- [http://www. les incidents sanitaires en milieu scolaire.org](http://www.lesincidents sanitaires en milieu scolaire.org), consulté le 22 Juin 2017 à 16h
- [http://www. les représentations sociales.org](http://www.lesrepresentations sociales.org), consulté le 24 Juin 2017 à 12 h
- [http://www. le paludisme.org](http://www.lepaludisme.org), consulté le 20 Juin 2018 à 09h
- [http://www. le paludisme à l'école.org](http://www.lepaludismealecole.org), consulté le 20 Juin 2018 à 09h

ANNEXES

- ✓ ANNEXE 1 : Autorisation de recherche signée du Coordonnateur du Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Educatives de l'Université de Yaoundé 1 353
- ✓ ANNEXE 2 : Autorisation de recherche signée du Délégué Départemental de l'Education de Base pour le Mfoundi 354
- ✓ ANNEXE 3 : Autorisation de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement de l'Education de Base de Yaoundé 1 355
- ✓ ANNEXE 4 : Autorisation de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement de l'Education de Base de Yaoundé 2 356
- ✓ ANNEXE 5 : Autorisation de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement de l'Education de Base de Yaoundé 3 357
- ✓ ANNEXE 6 : Autorisation de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement de l'Education de Base de Yaoundé 6 358
- ✓ ANNEXE 7 : Autorisation de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement de l'Education de Base de Yaoundé 7 359
- ✓ ANNEXE 8 : Attestation de recherche signée du Chef de Cellule de la Planification pour le Ministère de l'Education de Base – Cameroun 360
- ✓ ANNEXE 9 : Attestation de recherche signée par le Secrétaire Permanent du Comité National de Lutte contre le Paludisme (C.N.L.P.) pour le Ministère de la Santé Publique – Cameroun 361

✓ ANNEXE 10 : Attestation de recherche signée du Directeur du Cabinet Médical Henry Dunant pour la Croix Rouge Camerounaise – Région du Centre	362
✓ ANNEXE 11 : Attestation de recherche signée des Directeurs et Directrices des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de l'échantillon d'étude	363
✓ ANNEXE 12 : Tableau récapitulatif de la présentation de la population enseignante des Ecoles Maternelles et Primaires de la Région du Centre	368
✓ ANNEXE 13 : Tableau récapitulatif de la présentation de la population enseignante des Ecoles Maternelles et Primaires du Département du Mfoundi	369
✓ ANNEXE 14 : Grille d'observation appliquée dans les écoles	370
✓ ANNEXE 12 : Grille documentaire adoptée pour l'étude	371
✓ ANNEXE 15 : Questionnaire de recherche, version française, administré à l'échantillon d'étude	372
✓ ANNEXE 16 : Questionnaire de recherche, version anglaise, administré à l'échantillon d'étude	376
✓ ANNEXE 17 : Grille de lecture ou table des valeurs du Khi-deux	380
✓ ANNEXE 18 : Exemple 1 de document de santé et de sécurité : programme de formation en santé et sécurité à appliquer au sein des EMP et des EPP	381
✓ ANNEXE 19 : Exemple 2 de document de santé et de sécurité : fiche de renseignement élève à utiliser au sein des EMP et des EPP	382
✓ ANNEXE 20 : Exemple 3 de document de santé et de sécurité : rapport médico-scolaire pour cas de maladie à utiliser au sein des EMP et des EPP	383
✓ ANNEXE 21 : Exemple 4 de document de santé et de sécurité : rapport médico-scolaire pour cas d'accident à utiliser au sein des EMP et des EPP	384

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
BP 337 TEL / FAX : 22 22 13 20
Email : uyi@uyedc.uninet.cm

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
PO BOX : 337 TEL / FAX : 22 22 13 20
Email : uyi@uyedc.uninet.cm

POSTGRADUATE SCHOOL
FOR SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

Ref: **21-123-1** / UYI/CRFD_SHSE/TTJP

Yaoundé le **04 JUL 2021**

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur TSALA TSALA Jacques Philippe**, Coordonnateur du Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **SIDDIQ ABOUBAKAR MOULIOM TAPCHE NJINDAM**, Matricule **14K3380**, est inscrit en **Doctorat** à la Faculté des Sciences de l'Éducation, Département **Éducation Spécialisée**, Option : **Intervention, Orientation et Éducation Extra-Scolaire**, Spécialité : **Intervention et Action Communautaire**.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Doctorat/Ph.D. Il travaille sous la direction de Monsieur **FONKOUA PIERRE**, professeur à l'Université de Yaoundé I et son sujet est intitulé : « *Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves : Cas des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de Yaoundé* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider dans son travail.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le **04 JUL 2021**

Le Coordonnateur du Centre de Recherche
et de Formation Doctorale en Sciences
Humaines, Sociales et Éducatives



Jacques Philippe TSALA TSALA
Professeur Titulaire

Autorisation de recherche signée du Coordonnateur du Centre de Recherche
et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Educatives
de l'Université de Yaoundé I

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie
MINISTRE DE L'EDUCATION DE BASE
DELEGATION REGIONALE DU CENTRE
DELEGATION DEPARTEMENTALE DU MFOUNDI

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland
MINISTRY OF BASIC EDUCATION
REGIONAL DELEGATION OF CENTER
DIVISIONAL DELEGATION OF MFOUNDI

AUTORISATION DE RECHERCHE

Mme Adjoga Marie Gentoude

Je soussigné(e), ...
Apsa Ottou Tsala
Professeur d'Ecoles Normales d'Instituteurs
Hors Echelle

Délégué Départemental de l'Education de Base pour le Département du Mfoundi,

Autorise l'étudiant **SIDDIQ ABOUBAKAR MOULIOM TAPCHE NJINDAM**,
Matricule **14K3380** inscrit en Doctorat / Ph.D, au Département de l'Education Spécialisé,
Filière Intervention, Orientation et Education Extra-scolaire, Spécialité Intervention et Action
Communautaire,

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de Doctorat / Ph.D., à effectuer dans les Ecoles de
mon ressort de commandement, une recherche sur le sujet intitulé : « *Processus de prise en
charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves : Cas des Ecoles
Primaires Publiques de Yaoundé* »

Recherche supervisée par le **Pr. FONKOUA PIERRE**, Professeur des Universités

L'intéressé veillera à ce que ses travaux ne perturbent pas le bon déroulement des cours.

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-

Yaoundé le **12 9 NOV 2021**

LE DELEGUE DEPARTEMENTAL



Autorisation de recherche signée du Délégué Départemental
de l'Education de Base pour le Mfoundi

16 DEC 2021
ACCORD

REPUBLIQUE DU CAMEROUN <i>Paix - Travail - Patrie</i>	REPUBLIC OF CAMEROON <i>Peace - Work - Fatherland</i>
MINISTRE DE L'EDUCATION DE BASE DELEGATION REGIONALE DU CENTRE DELEGATION DEPARTEMENTALE DE MFOUNDI	MINISTRY OF BASIC EDUCATION REGIONAL DELEGATION OF CENTER DEPARTMENTAL DELEGATION OF MFOUNDI

AUTORISATION DE RECHERCHE

Mme Adjoga Marie Gontoude
Phs Ollou Tsala
 Professeur d'Ecoles Normales d'Instituteurs
 Hors Echelle

Je soussigné(e), ...

Délégué Départemental de l'Education de Base pour le Département du Mfoundi,

Autorise l'étudiant **SIDDIQ ABOUBAKAR MOULIOM TAPCHE NJINDAM**,
 Matricule **14K3380** inscrit en Doctorat / Ph.D, au Département de l'Education Spécialisé,
 Filière Intervention, Orientation et Education Extra-scolaire, Spécialité Intervention et Action Communautaire,
 Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de Doctorat / Ph.D., à effectuer dans les Ecoles de mon ressort de commandement, une recherche sur le sujet intitulé : *« Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves : Cas des Ecoles Primaires Publiques de Yaoundé »*
 Recherche supervisée par le **Pr. FONKOUA PIERRE**, Professeur des Universités

L'intéressé veillera à ce que ses travaux ne perturbent pas le bon déroulement des cours.

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-

Yaoundé le 12 9 NOV 2021

LE DELEGUE DEPARTEMENTAL

Mme Adjoga Marie Gontoude
Phs Ollou Tsala
 Professeur d'Ecoles Normales d'Instituteurs
 Hors Echelle

Autorisations de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement
de l'Education de Base de Yaoundé 1

Faisant suite à l'autorisation spéciale
de M^{re} le Délégué départemental accordée
à M. SIDIQ ABOUBAKAR MOULION TAPCHE

J'ai l'honneur de vous demander de bien
vouloir accorder bon accueil à l'intéressé, à
l'effet de mener à bien ses investigations

30 NOV 2021

Mbede Michel
Dacticien de Biologie
PENI HF

Autorisations de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement
de l'Education de Base de Yaoundé 2

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

MINISTERE DE L'EDUCATION DE BASE

DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

DELEGATION DEPARTEMENTALE DU MFOUNDI

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

MINISTRY OF BASIC EDUCATION

REGIONAL DELEGATION OF CENTER

DIVISIONAL DELEGATION OF MFOUNDI

AUTORISATION DE RECHERCHE

Mme Adjoga Marie Gertraude

épsse Ottou Tsala

Professeur d'Ecoles Normales d'Instituteurs
Hors Echelle

Je soussigné(e), ...

Délégué Départemental de l'Education de Base pour le Département du Mfoundi,

Autorise l'étudiant **SIDDIQ ABOUBAKAR MOULIOM TAPCHE NJINDAM**,

Matricule **14K3380** inscrit en Doctorat / Ph.D, au Département de l'Education Spécialisé,

Filière Intervention, Orientation et Education Extra-scolaire, Spécialité Intervention et Action Communautaire,

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de Doctorat / Ph.D., à effectuer dans les Ecoles de mon ressort de commandement, une recherche sur le sujet intitulé : « *Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves : Cas des Ecoles Primaires Publiques de Yaoundé* »

Recherche supervisée par le Pr. FONKOUA PIERRE, Professeur des Universités

L'intéressé veillera à ce que ses travaux ne perturbent pas le bon déroulement des cours.

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-

Yaoundé le **12 9 NOV 2021**

8 DEC 2021

Lu et pris connaissance



Khama Jean-Benoit
PENI Hors Echelle

LE DELEGUE DEPARTEMENTAL



Mme Adjoga Marie Gertraude
épsse Ottou Tsala
Professeur d'Ecoles Normales d'Instituteurs
Hors Echelle

Autorisations de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement
de l'Education de Base de Yaoundé 3

REPUBLIQUE DU CAMEROUN <i>Paix - Travail - Patrie</i> ----- MINISTRE DE L'EDUCATION DE BASE ----- DELEGATION REGIONALE DU CENTRE ----- DELEGATION DEPARTEMENTALE DU MFOUNDI -----	REPUBLIC OF CAMEROON <i>Peace - Work - Fatherland</i> ----- MINISTRY OF BASIC EDUCATION ----- REGIONAL DELEGATION OF CENTER ----- DIVISIONAL DELEGATION OF MFOUNDI -----

AUTORISATION DE RECHERCHE

Mme Adjoga Marie Gertrude
Mme Ottou Tsala
 Professeur d'Ecoles Normales d'Instituteur
 Hors Echelle

Je soussigné(e), ...

Délégué Départemental de l'Education de Base pour le Département du Mfoundi,

Autorise l'étudiant **SIDDIQ ABOUBAKAR MOULIOM TAPCHE NJINDAM**,
 Matricule **14K3380** inscrit en Doctorat / Ph.D, au Département de l'Education Spécialisé,
 Filière Intervention, Orientation et Education Extra-scolaire, Spécialité Intervention et Action
 Communautaire,

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de Doctorat / Ph.D., à effectuer dans les Ecoles de
 mon ressort de commandement, une recherche sur le sujet intitulé : « *Processus de prise en
 charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves : Cas des Ecoles
 Primaires Publiques de Yaoundé* »

Recherche supervisée par le **Pr. FONKOUA PIERRE**, Professeur des Universités

L'intéressé veillera à ce que ses travaux ne perturbent pas le bon déroulement des cours.

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-

Yaoundé le 12 9 NOV 2021

03/12/2021.



03 DEC 2021

Ang Ana Simon

LE CHEF B.A.G

LE DELEGUE DEPARTEMENTAL



Mme Adjoga Marie Gertrude
Mme Ottou Tsala
 Professeur d'Ecoles Normales d'Instituteur
 Hors Echelle

Autorisations de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement
de l'Education de Base de Yaoundé 6

Pour instruction et
exécution du DMF le
12/03/17 F.

P. L. HERB
P. O. Chef BAPAPPS / Ydé7
30 NOV 2021
Jean-Claude Noah Nkeng

Autorisations de recherche signée de l'Inspecteur d'Arrondissement
de l'Education de Base de Yaoundé 7

FICHE DE DECHARGE

Nous soussigné(s)
Nom(s), Grade(s) et Fonction(s)

**Le Chef de Cellule
de la Planification**

Au nom du Ministère de l'Education de Base (MINEDUB) du Cameroun,

Reconnaissons avoir reçu Monsieur Siddiq Aboubakar MOULIOM TAPCHE NJINDAM
Etudiant en Cycle Doctorat/Ph.D à l'Université de Yaoundé 1 sous le Matricule 14K3380

Dans le cadre d'une collecte de données liées à son sujet de recherche intitulé :

*Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves :
Cas des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de Yaoundé*

De son passage, le requérant en ressort :

(Entre 1 et 2, barrer la partie inutile et remplir uniquement celle correspondante à l'issue de la requête)

1) Doté des informations suivantes :

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

2) Non doté d'informations liées à son sujet de recherche pour les raisons suivantes :

*Le MINEDUB ne collecte pas encore les
données exhaustives sur les effectifs des
enfants victimes du paludisme dans les
structures éducatives qui relèvent de sa compétence.*

En foi de quoi, la présente décharge lui est délivrée pour servir et valoir où besoin se fera./.

Fait à Yaoundé le 25/01/2024..



(Titre, Signature et nom de l'autorité)
**Le Chef de Cellule
de la Planification**

*Abanda Motogo née
Ngo Ndouga Stéphanie
Administrateur Civil*

Attestation de recherche signée par le Chef de Cellule de la Planification
pour le Ministère de l'Education de Base – Cameroun

FICHE DE DECHARGE

Nous soussigné(s)
Nom(s), Grade(s) et Fonction(s)

Dr. M. JOËL ATEBA
N° ONMC: 4204 / 00

Au nom du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Cameroun,

Reconnaissons avoir reçu Monsieur Siddiq Aboubakar MOULIOM TAPCHE NJINDAM

Etudiant en Cycle Doctorat/Ph.D à l'Université de Yaoundé 1 sous le Matricule 14K3380

Dans le cadre d'une collecte de données liées à son sujet de recherche intitulé :

Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves :

Cas des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de Yaoundé

De son passage, le requérant en ressort :

(Entre 1 et 2, barrer la partie inutile et remplir uniquement celle correspondante à l'issue de la requête)

1) Doté des informations suivantes :

2) Non doté d'informations liées à son sujet de recherche pour les raisons suivantes :

Système de collecte ne permet pas
en compte une ré-prégnation par
radio

En foi de quoi, la présente décharge lui est délivrée pour servir et valoir où besoin se fera./.

Fait à Yaoundé le 17.8 SEPT 2023

(Titre, Signature et noms de l'autorité)



Dr. M. Joël ATEBA
N° ONMC: 4204 / 00

Attestation de recherche signée par le Secrétaire Permanent
du Comité National de Lutte contre le Paludisme
pour le Ministère de la Santé Publique – Cameroun

FICHE DE DECHARGE

Nous soussigné(s)
Nom(s), Grade(s) et Fonction(s)

Dr. Mouhamadou Bouba
Médecin
FMSB (Ex-CUSS) UYI

Au nom de la Croix Rouge Camerounaise (CRC),

Reconnaissons avoir reçu Monsieur Siddiq Aboubakar MOULIOM TAPCHE NJINDAM
Etudiant en Cycle Doctorat/Ph.D à l'Université de Yaoundé 1 sous le Matricule 14K3380

Dans le cadre d'une collecte de données liées à son sujet de recherche intitulé :

*Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves :
Cas des Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de Yaoundé*

De son passage, le requérant en ressort :

(Entre 1 et 2, barrer la partie inutile et remplir uniquement celle correspondante à l'issue de la requête)

1) Doté des informations suivantes :

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

X 2) Non doté d'informations liées à son sujet de recherche pour les raisons suivantes :

*Les informations sollicitées n'entrent pas
dans les prérogatives de la Croix Rouge
Camerounaise*

En foi de quoi, la présente décharge lui est délivrée pour servir et valoir où besoin se fera./.



Fait à Yaoundé le **18 OCT 2023**

(Lieu, Signature et noms de l'autorité)

Mouhamadou Bouba
Médecin
FMSB (Ex-CUSS) UYI

Attestation de recherche signée du Directeur du Cabinet Médical Henry Dunant
pour la Croix Rouge Camerounaise – Région du Centre

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

MINISTERE DE L'EDUCATION DE BASE

DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

MINISTRY OF BASIC EDUCATION

REGIONAL DELEGATION OF CENTER

ATTESTATION DE RECHERCHE

Nous soussignés, Directeurs et Directrices d'Ecoles Maternelles et Primaires Publiques de la Région du Centre,

Attestons que l'étudiant **SIDDIQ ABOUBAKAR MOULIOM TAPCHE NJINDAM**,
Matricule **14K3380** inscrit en Doctorat / Ph.D, au Département de l'Education Spécialisé,
Filière Intervention, Orientation et Education Extra-scolaire, Spécialité Intervention et Action
Communautaire,

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de Doctorat / Ph.D., a effectué dans nos écoles
respectives, une collecte d'informations sur le sujet intitulé : « *Processus de prise en charge à
l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves : Cas des Ecoles Primaires
Publiques de Yaoundé* »

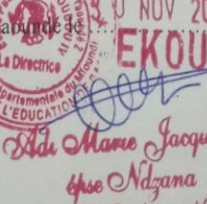
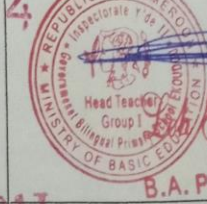
Recherche supervisée par le **Pr. FONKOUA PIERRE**, Professeur des Universités et
déroulée durant l'année scolaire 2021 - 2022

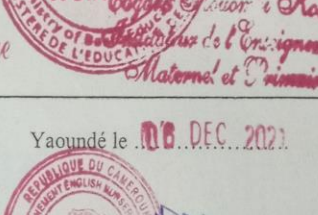
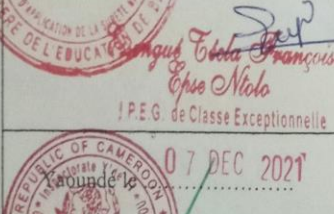
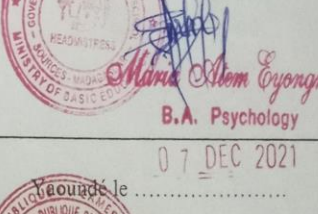
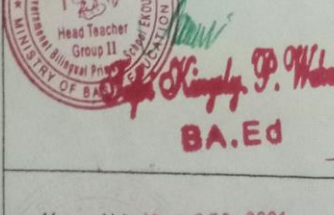
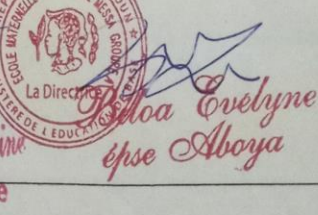
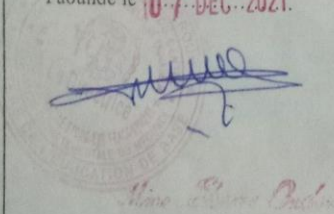
En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-

Fait à _____ le _____

(voir les émargements dans les pages suivantes)

Attestations de recherche signées des Directeurs(trices) des EMP et EPP
du Département du Mfoundi, Région du Centre – Cameroun
(voir émargements dans les pages suivantes)

Yaoundé le 3.0 NOV. 2021  <i>[Signature]</i>	Ecole Maternelle de la Cité Verte Yaoundé le 30/11/2021  <i>[Signature]</i>	Yaoundé le 3.0 NOV. 2021  <i>[Signature]</i>
Yaoundé le 30/11/21  <i>[Signature]</i> Mme Ngah Matilda M. Nzi IPEG BA - Anthropology	Yaoundé le 30/11/2021  <i>[Signature]</i> I.E.G.	Yaoundé le 30 NOV 2021  <i>[Signature]</i> I.E.G.
Yaoundé le 3.0 NOV. 2021  <i>[Signature]</i> Mme Djike Justine I.E.G.	Yaoundé le 3.0 NOV 2021  <i>[Signature]</i> M. Patrick Tchick Inspecteur de l'Enseignement Général	Yaoundé le 3.0 NOV 2021  <i>[Signature]</i> Mme Chagni Ene Nguekasi Tchere Institutrice de l'Enseignement Général
Yaoundé le 3.0 NOV. 2021  <i>[Signature]</i> Mme Nkoa Ekemore P. Institutrice E. P. NKOLBISSON I A / G	Yaoundé le 30/11/2021  <i>[Signature]</i> Mme Edjime Anastasie Mme Delange Ene Lingom PAENI	Yaoundé le 3.0 NOV. 2021  <i>[Signature]</i> Mme Juw I.E.G.
Yaoundé le 30 NOV 2021  <i>[Signature]</i> Mariama Kande I.E.G.	Yaoundé le 30 NOV 2021  <i>[Signature]</i> Mme Marie Jacquelin I.E.G.	Yaoundé le 3.0 NOV 2021  <i>[Signature]</i> Mme Yai Emmanuel I.E.G. B.A. PSY / Msc. Scs. Ed
Yaoundé le 3.0 NOV 2021  <i>[Signature]</i> Mme Ngutchem I.E.G.	Yaoundé le 1 DEC 2021  <i>[Signature]</i> Mme Ayunga Pauline I.E.G.	Yaoundé le 0..1..DEC..2021  <i>[Signature]</i> Mme Mpelong Emilienne I.E.G.

Yaoundé le 12/12/2021  Belane Jacqueline E.P.M.P.	Yaoundé le 11/12/2021  PEANI	Yaoundé le 11/12/2021  1.E.G
Yaoundé le 02/12/2021  Mme Ngila Alice Barbe épi Ndo Instituteur de L'Enseignement Général	Yaoundé le 02 DEC 2021  La Directrice Yaoundé II	Yaoundé le  Gr. H I.E.G
Yaoundé le 2/12/2021  BAKENA Eisele I.E.G	Yaoundé le 03/12/21  La Directrice Yaoundé II	Yaoundé le 07/12/2021  Le Directeur Maternel et Primaire
Yaoundé le 03 DEC 2021  La Directrice Yaoundé II	Yaoundé le 03 DEC 2021  La Directrice Yaoundé II	Yaoundé le 03 DEC 2021  Maria Nom Eyongndip B.A. Psychology
Yaoundé le 07 DEC 2021  Head Teacher Group II BA.Ed	Yaoundé le 07 DEC 2021  La Directrice Yaoundé II	Yaoundé le 07 DEC 2021  La Directrice Yaoundé II
Yaoundé le 10.7.DEC.2021.  BA.Ed	Yaoundé le 07 DEC 2021  La Directrice Yaoundé II	Yaoundé le  épi Aboya
Yaoundé le 10.7.DEC.2021.  BA.Ed	Yaoundé le 07 DEC 2021  La Directrice Yaoundé II	Yaoundé le  NGUINI Jean Paul

Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Baron Anyam</i> I.E.G	Yaoundé le 8/12/2021 <i>Be Atlingo</i> I.E.G	Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Joan Wase Ebune</i> I.E.G Head Teacher
Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Charles Alexis</i> Directeur de l'Enseignement Maternel et Primaire	Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Marie Françoise Mbassi</i> I.E.G	Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Biye Nasse Groupe I</i>
Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Ngo Malij Ivetta</i> <i>Epse Nguenè</i> IPEG	Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Calhy Bekona</i> <i>Assoumba</i>	Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Maama Régine</i> <i>Assaba</i> I.E.G
Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Clément Runga George</i> IES / CE	Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Assoumba</i> I.E.G	Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Esther Nkondem</i> HYM OFEMA UNIONDE
Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Dorothea Fudekefua</i> E.M.P Headmistress	Yaoundé le 08 DEC 2021 <i>Assoumba</i> I.E.G	Yaoundé le 09 DEC 2021 <i>Jonas Wase Ebembe</i>
Yaoundé le 14/12/2021 <i>Rosette</i>	Yaoundé le 14/12/2021 <i>Juste Mbono Bui</i> I.E.M.P	Yaoundé le 14/12/2021 <i>Lilaya Nkormine</i> Instituteur de l'Enseignement Général

EPCA 1A G2

EPCADIA

Yaoundé le 14 DEC 2021 	Yaoundé le 13/12/2021 	14 DEC 2021 
Yaoundé le 14/12/2021 	Yaoundé le 18/12/2021 	Yaoundé le
Yaoundé le	Yaoundé le	Yaoundé le
Yaoundé le	Yaoundé le	Yaoundé le
Yaoundé le	Yaoundé le	Yaoundé le
Yaoundé le	Yaoundé le	Yaoundé le

Tableau N° 01: Présentation de la DREB																		
Nom de la DREB	Système	Enseignement	Ordre d'enseignement	Nbre école/CAF	Effectif élève			Enseignants (MPP non compris)						Enseignants (MPP compris)			Ratio 1	Ratio 2
					G	F	T	H	F	T	H	F	T					
CENTRE	Francophone	Maternel	Public	632	17484	17122	34606	2	1059	1061	2	1547	1549	32,52	20,99			
			Privé Confess	180	8395	8073	16468	14	361	375	6	522	528	43,91	31,19			
			Privé Laïc	838	31380	30816	62196	248	2371	2619	278	2855	3133	23,75	19,85			
			EMA	34	1943	1904	3847	0	207	207	1	239	240	18,58	16,05			
			Total	1684	59202	57915	117117	264	3998	4262	287	5263	5550	27,48	21,10			
		Primaire	Public	1702	195114	185439	380553	2121	3229	5350	3234	5363	8657	71,13	43,96			
			Privé Confess	204	29803	28222	58025	428	624	1052	568	846	1414	55,16	41,04			
			Privé Laïc	962	65001	62792	127793	1449	2988	4437	1764	3660	5444	28,80	23,47			
			EPA	61	13602	13384	26986	166	392	558	205	485	691	48,36	39,05			
			Total	2929	303520	289837	593357	4164	7233	11397	5852	10354	16206	52,06	36,61			
	CAF	Public	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Privé Confess	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Privé Laïc	20	249	324	573	16	6	22	30	25	55	26,05	10,42				
		Total CAF	20	249	324	573	16	6	22	30	25	55	26,05	10,42				
		Total	4633	362971	348076	711047	4444	11237	15681	6169	15642	21811	45,34	32,60				
Anglophone	Maternel	Public	52	2644	2793	5437	2	110	112	5	206	211	48,54	25,77				
		Privé Confess	20	1075	1119	2194	10	33	43	11	57	68	51,02	32,26				
		Privé Laïc	587	17127	17621	34748	45	1355	1400	67	1741	1808	24,82	19,22				
		EMA	2	517	610	1127	0	6	6	0	6	6	187,83	167,83				
		Total	661	21363	22143	43506	57	1504	1561	83	2010	2093	27,87	20,79				
	Primaire	Public	91	12891	13109	26000	164	393	557	215	531	746	46,88	34,85				
		Privé Confess	18	2389	2640	5029	25	44	69	43	86	129	72,88	38,98				
		Privé Laïc	672	28025	29984	58009	959	1468	2427	1188	1951	3139	23,90	18,48				
		EPA	2	787	859	1646	5	35	40	5	35	40	41,15	41,15				
		Total	783	44092	46592	90684	1153	1940	3093	1451	2603	4054	29,32	22,37				
CAF	Public	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Privé Confess	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Privé Laïc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Total	1444	65455	68735	134190	1210	3444	4654	1534	4613	6147	28,83	21,83					
Présentation Générale de la DREB		6077	428426	416811	845237	5654	14681	23335	7703	20255	27958	41,57	30,23					

Tableau récapitulatif de la présentation de la population enseignante
des Ecoles Maternelles et Primaires de la Région du Centre - Cameroun

Tableau N° 01: Présentation de la DDEB															
Nom de la DDEB	Système	Enseignement	Ordre d'enseignement	Nbre école/CAF	Effectif élève			Enseignants (MPF non compris)			Enseignants (MPF compris)			Ratio 1	Ratio 2
					G	F	T	H	F	T	H	F	T		
MFOUNDI	Francophone	Maternel	Public	112	5831	5473	11304	2	377	379	2	618	620	29,83	18,23
			Privé Confess	37	3219	3149	6368	0	147	147	1	236	237	43,32	26,87
			Privé Laïc	634	24541	24029	48570	87	1977	2064	106	2357	2463	23,53	19,72
		EMA	10	708	698	1406	0	88	88	1	113	114	15,98	12,33	
		Total	793	34299	33349	67648	89	2589	2678	110	3324	3434	25,26	19,70	
		Public	201	49447	50108	99555	249	1406	1655	336	1944	2280	60,15	43,66	
	Anglophone	Primaire	Privé Confess	49	10280	9932	20212	121	251	372	154	344	498	54,33	40,59
			Privé Laïc	630	46808	46380	93188	943	2138	3081	1169	2647	3816	30,25	24,42
			EPA	18	3764	3714	7478	28	137	165	55	223	278	45,32	26,90
		Total	898	110299	110134	220433	1341	3932	5273	1714	5158	6872	41,80	32,08	
		Public	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Privé Confess	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MFOUNDI	Francophone	CAF	Privé Laïc	20	249	324	573	16	6	22	30	25	55	26,05	10,42
			Total CAF	20	249	324	573	16	6	22	30	25	55	26,05	10,42
			Total	1711	144847	143807	288654	1446	6527	7973	1854	8507	10361	36,20	27,86
		Public	18	982	1077	2059	0	63	63	0	111	111	32,68	18,55	
		Privé Confess	8	386	410	796	3	23	26	4	38	42	30,82	18,95	
		Privé Laïc	469	14803	15002	29805	31	1193	1224	52	1516	1568	24,35	19,01	
	Anglophone	Maternel	EMA	2	517	610	1127	0	6	6	0	6	6	187,83	187,83
			Total	497	16688	17099	33787	34	1285	1319	56	1671	1727	25,62	19,56
			Public	27	5825	5916	11741	63	218	281	84	260	344	41,78	34,13
		Privé Confess	9	1057	1236	2293	12	29	41	25	59	84	55,93	27,30	
		Privé Laïc	556	24423	26200	50623	808	1241	2049	992	1642	2634	24,71	19,22	
		EPA	2	787	859	1646	5	35	40	5	35	40	41,15	41,15	
Anglophone	Primaire	Total	594	32092	34211	66303	888	1523	2411	1106	1996	3102	27,50	21,37	
		Public	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Privé Confess	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Privé Laïc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Total	1091	48780	51310	100090	922	2808	3730	1162	3667	4829	26,83	20,73		
Présentation Générale de la DDEB				2802	193627	195117	388744	2368	9335	11703	3016	12174	15190	33,22	25,59

Tableau récapitulatif de la présentation de la population enseignante
des Ecoles Maternelles et Primaires du Département du Mfoundi
Région du Centre - Cameroun

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

 UNIVERSITE DE YAOUNDE I

 FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

 DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE

 SECTION D'INTERVENTION, ORIENTATION
 ET EDUCATION EXTRA-SCOLAIRE

 SPECIALITE D'INTERVENTION ET
 ACTION COMMUNAUTAIRE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

 UNIVERSITY OF YAOUNDE I

 FACULTY OF SCIENCES OF EDUCATION

 DEPARTMENT OF SPECIALIZED EDUCATION

 SECTION OF INTERVENTION, COUNSELLING
 AND EXTRA-SCOLAR EDUCATION

 SPECIALITY OF INTERVENTION AND
 COMMUNAUTARY ACTION

GRILLE D'OBSERVATION (*)

1. LE NIVEAU D'AGGRAVATION DU PALUDISME A L'ECOLE

- 1.1. Y'a-t-il des enfants victimes de paludisme dans l'école ? **Oui** **Non**
- 1.2. Les victimes de paludisme sont-elles enregistrées à l'école ? **Oui** **Non**
- 1.3. Comment est la fréquence d'apparition de la maladie à l'école ?
Inexistante **Faible** **Assez élevée** **Très élevée**

2. LA DYNAMIQUE DE GROUPE DE L'ECOLE

- 2.1. Quel est le leadership appliqué à l'école ? **Laissez-faire** **Démocratique** **Dictatorial**
- 2.2. Ce style de fonctionnement est-il normé ? **Oui** **Non**
- 2.3. Qui, en priorité, s'occupe de l'entretien (sécurité et propreté) de l'école ?
Les élèves **Les enseignants** **La Direction** **Les parents** **Autre(s)**
- 2.4. Qui, en priorité, s'occupe des enfants malades à l'école avant leur conduite à l'hôpital ou à la maison ?
Les élèves **Les enseignants** **La Direction** **Les parents** **Autre(s)**

3. LE COMPORTEMENT PROSOCIAL A L'ECOLE

- 3.1. En cas de manifestation du paludisme chez un enfant à l'école, comment se comportent généralement :
 ✓ Les camarades : **Sont indifférents** **Paniquent** **Apportent de l'aide**
 ✓ Les enseignants : **Sont indifférents** **Paniquent** **Apportent de l'aide**
 ✓ La Direction : **Est indifférente** **Panique** **Apporte de l'aide**
 ✓ Les parents : **Sont indifférents** **Paniquent** **Apportent de l'aide**
- 3.2. Ces comportements concourent-ils à la sécurité des enfants malades à l'école ? **Oui** **Non**

4. LES PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE PREHOSPITALIERE A L'ECOLE

- 4.1. A quelle fréquence est entretenue l'environnement de l'école ?
Journalière **Hebdomadaire** **Mensuelle** **Improvisée**
- 4.2. Comment est l'environnement externe de l'école ? **Insalubre** **peu salubre** **Très salubre**
- 4.3. Comment est l'environnement interne de l'école ? **Insalubre** **peu salubre** **Très salubre**
- 4.4. Y'a-t-il une boîte à pharmacie dans l'école ? **Oui** **Non**
- 4.5. Si OUI, est-elle équipée pour la prise en charge des malades de paludisme ? **Oui** **Non**

(*) = Entourer ou souligner uniquement la proposition la plus pertinente dans chaque rubrique

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

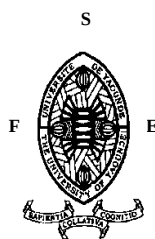
UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE

SECTION D'INTERVENTION, ORIENTATION
ET EDUCATION EXTRA-SCOLAIRE

SPECIALITE D'INTERVENTION ET
ACTION COMMUNAUTAIRE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF SCIENCES OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED EDUCATION

SECTION OF INTERVENTION, COUNSELLING
AND EXTRA-SCOLAR EDUCATION

SPECIALITY OF INTERVENTION AND
COMMUNAUTARY ACTION

GRILLE DOCUMENTAIRE (*)

1. Documents généraux et divers

- 1.1. Dans les bibliothèques : **Oui** **Non**
1.2. Sur internet : **Oui** **Non**
1.3. Auprès des personnes ressources : **Oui** **Non**

2. Documents relatifs au paludisme en général

- 2.1. Dans les bibliothèques : **Oui** **Non**
2.2. Sur internet : **Oui** **Non**
2.3. Auprès des personnes ressources : **Oui** **Non**

3. Documents relatifs à la prévalence du paludisme à l'école

- 3.1. Dans les bibliothèques : **Oui** **Non**
3.2. Sur internet : **Oui** **Non**
3.3. Auprès des personnes ressources : **Oui** **Non**

4. Documents relatifs à l'organisation préventive sanitaire et sécuritaire à l'école

- 4.1. Dans les bibliothèques : **Oui** **Non**
4.2. Sur internet : **Oui** **Non**
4.3. Auprès des personnes ressources : **Oui** **Non**

5. Documents relatifs à la prise en charge préhospitalière à l'école

- 5.1. Dans les bibliothèques : **Oui** **Non**
5.2. Sur internet : **Oui** **Non**
5.3. Auprès des personnes ressources : **Oui** **Non**

6. Documents relatifs à la dynamique de groupe à l'école

- 6.1. Dans les bibliothèques : **Oui** **Non**
6.2. Sur internet : **Oui** **Non**
6.3. Auprès des personnes ressources : **Oui** **Non**

7. Documents relatifs au comportement prosocial à l'école

- 7.1. Dans les bibliothèques : **Oui** **Non**
7.2. Sur internet : **Oui** **Non**
7.3. Auprès des personnes ressources : **Oui** **Non**

(*) = Entourer ou souligner uniquement la proposition la plus pertinente dans chaque rubrique

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE

SECTION D'INTERVENTION, ORIENTATION
ET EDUCATION EXTRA-SCOLAIRE

SPECIALITE D'INTERVENTION ET
ACTION COMMUNAUTAIRE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF SCIENCES OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED EDUCATION

SECTION OF INTERVENTION, COUNSELLING
AND EXTRA-SCOLAR EDUCATION

SPECIALITY OF INTERVENTION AND
COMMUNAUTARY ACTION

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Chers enseignants, dans le cadre de la rédaction d'une Thèse de fin de formation en Cycle Doctorat / Ph.D, sur le sujet « *Processus de prise en charge à l'école et niveau d'aggravation du paludisme chez les élèves* », nous sollicitons très humblement votre sincère collaboration. Tout en vous assurant la confidentialité de vos réponses, nous vous prions de bien vouloir répondre en toute honnêteté, aux questions qui vous sont posées dans le présent document. Sachez que votre contribution sera d'un apport considérable à la poursuite de notre recherche.

Merci d'avance pour votre bonne compréhension.

N.B : Soulignez ou entourez uniquement la proposition qui répond le mieux à chaque question.

1. INFORMATIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

- 1.1. Genre : Masculin Féminin
- 1.2. Tranche d'âge : Moins de 31 ans De 31 à 45 ans De 46 à 60 ans
- 1.3. Région d'origine : AD CE EN ES LT NO NW OU SU SW
- 1.4. Religion pratiquée : Aucune Christianisme Islam Judaïsme Autre
- 1.5. Situation professionnelle : Vacataire Contractuel(le) Fonctionnaire
- 1.6. Ancienneté dans la fonction enseignante : Moins de 5 ans De 5 à 10 ans Plus de 10 ans
- 1.7. Niveau académique le plus élevé : Primaire 1^{er} cycle secondaire 2nd cycle secondaire
1^{er} cycle supérieur 2nd cycle supérieur 3^{ème} cycle supérieur

2. QUESTIONS RELATIVES A L'ENVIRONNEMENT DE L'ECOLE :

- 2.1. Quelle appréciation faites-vous des souillures (ordures, broussaille, eaux usées...) existantes aux alentours de votre école ?
Souillures absentes Souillures assez présentes Souillures très présentes
- 2.2. Comment trouvez-vous l'environnement extérieur de votre école ?
Environnement très insalubre Environnement assez salubre Environnement très salubre
- 2.3. Quelle est la cause principale de l'insalubrité extérieure de votre école ?
Incivisme humain Développement anarchique de la flore Sol favorable à l'insalubrité
- 2.4. Quelle appréciation faites-vous des souillures (ordures, broussaille, eaux usées...) existantes dans l'enceinte de votre école ?
Souillures absentes Souillures assez présentes Souillures très présentes

2.5. Comment trouvez-vous l'environnement interne de l'école ?

Environnement très insalubre

Environnement assez salubre

Environnement très salubre

2.6. Quelle est la cause principale de l'insalubrité intérieure de votre école ?

Incivisme humain

Développement anarchique de la flore

Sol favorable à l'insalubrité

2.7. Comment pouvez-vous qualifier l'environnement immédiat de votre école vis-à-vis du paludisme ?

Zone à risque très faible

Zone à risque assez élevée

Zone à risque très élevée

2.8. Justifiez brièvement votre réponse précédente :

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

3. QUESTIONS RELATIVES A L'EQUIPEMENT DE LA BOITE A PHARMACIE :

3.1. Quels types de médicaments anti-inflammatoires (paracétamol, ibuprofène, diclofénac...) trouve-t-on dans la boîte à pharmacie de votre école ?

Produits inexistants

Une seule variété de produits

Plusieurs variétés de produits

3.2. Comment appréciez-vous la quantité de ces médicaments dans la boîte à pharmacie de votre école ?

Quantité très insuffisante

Quantité assez suffisante

Quantité très suffisante

3.3. Quels types de médicaments antibiotiques (amoxicilline, métronidazole, nystatine...) trouve-t-on dans la boîte à pharmacie de votre école ?

Produits inexistants

Une seule variété de produits

Plusieurs variétés de produits

3.4. Comment appréciez-vous la quantité de ces médicaments dans la boîte à pharmacie de votre école ?

Quantité très insuffisante

Quantité assez suffisante

Quantité très suffisante

3.5. Quels types de médicaments antipaludéens (quinine, artémether, doxycycline...) trouve-t-on dans la boîte à pharmacie de votre école ?

Produits inexistants

Une seule variété de produits

Plusieurs variétés de produits

3.6. Comment appréciez-vous la quantité de ces médicaments dans la boîte à pharmacie de votre école ?

Quantité très insuffisante

Quantité assez suffisante

Quantité très suffisante

3.7. Quelle appréciation faites-vous du contenu de la boîte à pharmacie de votre école, prévu pour la lutte contre le paludisme ?

Matériel de lutte inefficace

Matériel de lutte assez efficace

Matériel de lutte très efficace

3.8. Justifiez brièvement votre réponse précédente :

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

4. QUESTIONS RELATIVES AU COMPORTEMENT DES ELEVES A L'ECOLE :

4.1. Quelle appréciation faites-vous de la formation de vos élèves en hygiène, civisme et humanisme ?

Formation très peu fournie

Formation assez fournie

Formation très fournie

4.2. En général, comment qualifiez-vous le comportement de vos élèves dans le domaine de l'hygiène (corporelle, vestimentaire, environnementale...) ?

Elèves très sales

Elèves assez propres

Elèves très propres

4.3. En général, comment qualifiez-vous le comportement de vos élèves dans le domaine du civisme ?

Elèves très indisciplinés

Elèves assez disciplinés

Elèves très disciplinés

4.4. En général, comment qualifiez-vous le comportement de vos élèves dans le domaine de l'humanisme (philanthropie, compassion, aide...) ?

Elèves pas du tout humanistes

Elèves assez humanistes

Elèves très humanistes

4.5. En général, comment se comportent vos élèves lorsqu'ils sont appelés à aider un enfant malade ?

N'apportent aucune aide

Aident assez souvent

Aident tout le temps

4.6. Quel peut être le niveau de connaissance de vos élèves sur les signes/symptômes du paludisme ?

Aucune connaissance

Connaissances minimales et vagues

Connaissances larges et précises

4.7. En général, quel comportement adoptent vos élèves en présence d'un enfant atteint de paludisme ?

Méthode de secours traditionnel

Méthode de secours scientifique moderne

Aucune méthode de secours

4.8. Justifiez brièvement votre réponse précédente :

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

5. QUESTIONS RELATIVES AU COMPORTEMENT DES ENSEIGNANTS A L'ECOLE :

5.1. Quelle appréciation faites-vous de la formation des enseignants en hygiène, civisme et humanisme ?

Formation très peu fournie

Formation assez fournie

Formation très fournie

5.2. En général, comment qualifiez-vous le comportement de vos collègues dans le domaine de l'hygiène (corporelle, vestimentaire, environnementale...) ?

Enseignants très sales

Enseignants assez propres

Enseignants très propres

5.3. En général, comment qualifiez-vous le comportement de vos collègues dans le domaine du civisme ?

Enseignants très indisciplinés

Enseignants assez disciplinés

Enseignants très disciplinés

5.4. En général, comment qualifiez-vous le comportement de vos collègues dans le domaine de l'humanisme (philanthropie, compassion, aide...) ?

Enseignants pas du tout humanistes

Enseignants assez humanistes

Enseignants très humanistes

5.5. En général, comment se comportent vos collègues lorsqu'ils sont appelés à aider un enfant malade ?

N'apportent aucune aide

Aident assez souvent

Aident tout le temps

5.6. Quel peut être le niveau de connaissance de vos collègues sur les signes/symptômes du paludisme ?

Aucune connaissance

Connaissances minimales et vagues

Connaissances larges et précises

5.7. En général, quel comportement adoptent vos collègues en face d'un enfant atteint de paludisme ?

Méthode de secours traditionnel

Méthode de secours scientifique moderne

Aucune méthode de secours

5.8. Justifiez brièvement votre réponse précédente :

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

6. QUESTIONS RELATIVES AU COMPORTEMENT DES PARENTS D'ELEVES A L'ECOLE :

6.1. Quelle est la proportion des parents d'élèves avec lesquels vous êtes en contact permanent ?

En contact avec aucun parent

En contact avec certains parents

En contact avec tous les parents

6.2. En général, comment qualifiez-vous le comportement de vos parents d'élèves dans le domaine de l'hygiène (corporelle, vestimentaire, environnementale...) ?

Parents très sales

Parents assez propres

Parents très propres

6.3. En général, comment qualifiez-vous le comportement de vos parents d'élèves dans le domaine du civisme ?

Parents très indisciplinés

Parents assez disciplinés

Parents très disciplinés

6.4. En général, comment qualifiez-vous le comportement de vos parents d'élèves dans le domaine de l'humanisme (philanthropie, compassion, aide...) ?

Parents pas du tout humanistes

Parents assez humanistes

Parents très humanistes

6.5. En général, comment se comportent vos parents d'élèves lorsqu'ils sont convoqués à l'école pour un enfant malade ?

Ne viennent jamais à l'école

Viennent assez souvent à l'école

Viennent toujours à l'école

6.6. Quel peut être le niveau de connaissance de vos parents d'élèves sur les signes/symptômes du paludisme ?

Aucune connaissance

Connaissances minimales et vagues

Connaissances larges et précises

6.7. En général, quel comportement adoptent vos parents d'élèves à l'école face à un enfant atteint de paludisme ?

Méthode de secours traditionnel

Méthode de secours scientifique moderne

Aucune méthode de secours

6.8. Justifiez brièvement votre réponse précédente :

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

7. QUESTIONS RELATIVES AU NIVEAU D'AGGRAVATION DU PALUDISME A L'ECOLE :

7.1. Quelle est environ le nombre d'enfants victimes de paludisme dans votre école depuis le début de l'année scolaire 2021-2022 ?

De 0 à 2 cas par mois

De 3 à 5 cas par mois

Plus de 5 cas par mois

7.2. De votre réponse précédente, situez le risque d'apparition du paludisme dans votre école :

Zone d'endémicité très faible

Zone d'endémicité assez élevée

Zone d'endémicité très élevée

7.3. La fréquence d'apparition du paludisme dans votre école est-elle relevée de façon écrite ?

Jamais relevée
(fréquence imaginée)

Souvent relevée
(fréquence estimée)

Toujours relevée
(fréquence exacte)

7.4. Comment qualifiez-vous la fréquence d'apparition du paludisme dans votre école ?

Fréquence très faible

Fréquence assez élevée

Fréquence très élevée

7.5. Comment évolue cette fréquence dans votre école au fil des années (depuis deux ans) ?

Tendance décroissante

Tendance constante

Tendance croissante

7.6. Quelle est la raison principale de l'évolution de cette fréquence ?

Méthodes de lutte non efficaces

Méthodes de lutte assez efficaces

Méthodes de lutte très efficaces

7.7. Justifiez brièvement votre réponse précédente :

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

MERCI POUR VOTRE DISPONIBILITE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF SCIENCES OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED EDUCATION

SECTION OF INTERVENTION, COUNCELLING
AND EXTRA-SCOLAR EDUCATION

SPECIALITY OF INTERVENTION AND
COMMUNAUTARY ACTION



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE

SECTION D'INTERVENTION, ORIENTATION
ET EDUCATION EXTRA-SCOLAIRE

SPECIALITE D'INTERVENTION ET
ACTION COMMUNAUTAIRE

RESEARCH QUESTIONNAIRE

Dear teachers, in the framework of writing an end course Doctorate / Ph.D thesis, on the topic « *Care taking process at school and malarial worsening level on pupils* », we humbly solicit your sincere collaboration. While assuring you the confidentiality of your answers, we kindly plead with you to answer with honesty, to all questions asked in the present document. Know that your contribution will be of a considerable intake in the course of our research.

Thanks in advance for your understanding.

N.B : Underline or **circle** only one answer that fits most the questions asked.

1. SOCIO-DEMOGRAPHICS DATA :

- 1.1. Gender : Male Female
- 1.2. Age range : Less than 31 years old From 31 to 45 years old From 46 to 60 years old
- 1.3. Region of origine : AD CE EN ES LT NO NW OU SU SW
- 1.4. Religion practiced : None Christianity Islam Judaism Others
- 1.5. Professional situation : Recess servant Contractual Civil servant
- 1.6. Seniority in the teaching fonction : Less than 5 years old From 5 to 10 years old More than 10 years old
- 1.7. Highest academic level : Primary school 1st cycle secondary school 2nd cycle secondary school
1st cycle higher education 2nd cycle higher education 3rd cycle higher education

2. QUESTIONS CONCERNING THE SCHOOL ENVIRONMENT :

- 2.1. What appreciation do you think about dirts (garbages, bushes, wastewater...) existing around your school environment ?
Absent dirts Fairly present dirts Usually present dirts
- 2.2. How do you witness the external state of your school environment ?
Very dirty Fairly dirty Less dirty
- 2.3. What is the main cause of the external unsanitary of your school environment ?
Human incivism act Uncontrolled bush grow out Favorable unsanitary soil
- 2.4. What appreciation do you think about dirts (garbages, bushes, wastewater...) existing in your school environment ?
Absent dirts Fairly présent dirts Usually présent dirts

2.5. How do you witness the internal state of your school environment ?

Very dirty Fairly dirty Less dirty

2.6. What is the main cause of the internal unsanitary situation of your school environment ?

Human incivism act Uncontrolled bush grow out Favorable unsanitary soil

2.7. How can you qualify the immediate environment of your school concerning malaria ?

Highly low risk area Highly risky area Very high risk area

2.8. Brifly justify your previous answer :

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

3. QUESTIONS CONCERNIG THE FIRST AID BOX EQUIPMENT :

3.1. What kind of anti-inflammatory drugs (paracetamol, ibuprofen, diclofenac...) can we find in the first aid box of your school ?

Unexisting Products One kind of products Many kind of products

3.2. How do you appreciate the proportion of these drugs in the first aid box of your school ?

Highly insufficient quantity Enough sufficient quantity Highly sufficient quantity

3.3. What kind of anti-biotic drugs (amoxicillin, métronidazole, nystatin...) can we find in the first aid box of your school ?

Unexisting Products One kind of products Many kind of products

3.4. How do you appreciate the proportion of these drugs in the first aid box of your school ?

Highly insufficient quantity Enough sufficient quantity Highly sufficient quantity

3.5. What kind of anti-malarial drugs (quinine, artemether, doxycycline...) can we find in the first aid box of your school ?

Unexisting Products One kind of products Many kind of products

3.6. How do you appreciate the proportion of these drugs in the first aid box of your school ?

Highly insufficient quantity Enough sufficient quantity Highly sufficient quantity

3.7. What appreciation can you make about the first aid box content of your school, kept for the fight against malaria ?

Inefficient fighting material Fairly efficient fighting material Very efficient fighting material

3.8. Brifly justify your previous answer :

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

4. QUESTIONS CONCERNIG PUPILS BEHAVIOUR AT SCHOOL :

4.1. What appreciation can you make about pupils trainig in hygiene, civism and humanism ?

Very little provided trainig Fairly provided trainig Very provided trainig

4.2. In general, how can you qualify the behaviour of your pupils concerning hygiene (corporal, dressing mode, environmental...) ?

Very dirty pupils Fairly clean pupils Very clean pupils

4.3. In general, how can you qualify the behaviour of your pupils concerning civism ?

Very indisciplined pupils Fairly disciplined pupils Very disciplined pupils

4.4. In general, how can you qualify the behaviour of your pupils concerning humanism (philanthropy, compassion, help...) ?

Pupils not humanist at all Pupils fairly humanist Pupils very humanist

4.5. In general, how do your pupils behave when they are called to help a sick child ?

Do not help at all Helps sometimes Helps all the time

4.6. What is the level of your pupils' knowledge concerning the signs/symptoms of malaria ?

No knowledge Minimal and vague knowledges Broad and precise knowledges

4.7. In general, what behaviour do your pupils use when they witness a child suffering from malaria ?

Traditional rescue method Modern scientific rescue method No rescue method

4.8. Briefly justify your previous answer :

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

5. QUESTIONS CONCERNING TEACHERS BEHAVIOUR AT SCHOOL :

5.1. What appreciation can you make about teachers training in hygiene, civism and humanism ?

Very little provided training Fairly provided training Very provided training

5.2. In general, how can you qualify the behaviour of your colleagues concerning hygiene (corporal, dressing mode, environmental...) ?

Very dirty teachers Fairly clean teachers Very clean teachers

5.3. In general, how can you qualify the behaviour of your colleagues concerning civism ?

Very indisciplined teachers Fairly disciplined teachers Very disciplined teachers

5.4. In general, how can you qualify the behaviour of your colleagues concerning humanism (philanthropy, compassion, help...) ?

Teachers not humanist at all Teachers fairly humanist Teachers very humanist

5.5. In general, how do your colleagues behave when they are called to help a sick child ?

Do not help at all Helps sometimes Helps all the time

5.6. What is the level of your colleagues' knowledge concerning the signs/symptoms of malaria ?

No knowledge Minimal and vague knowledges Broad and precise knowledges

5.7. In general, what behaviour do your colleagues use when they witness a child suffering from malaria ?

Traditional rescue method Modern scientific rescue method No rescue method

5.8. Briefly justify your previous answer :

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

6. QUESTIONS CONCERNING PUPILS' PARENTS BEHAVIOUR AT SCHOOL :

6.1. What is the proportion of pupils' parents with whom you are in permanent contact ?

In contact with no parent In contact with some parents In contact with all the parents

6.2. In general, how can you qualify the behaviour of your pupils' parents concerning hygiene (corporal, dressing mode, environmental...) ?

Very dirty parents Fairly clean parents Very clean parents

6.3. In general, how can you qualify the behaviour of your pupils' parents concerning civism ?

Very indisciplined parents Fairly disciplined parents Very disciplined parents

6.4. In general, how do you qualify the behaviour of your pupils' parents concerning humanism (philanthropy, compassion, help...) ?

Parents not humanist at all Parents fairly humanist Parents very humanist

6.5. In general, how do your pupils' parents behave when they are called in school for a sick child ?

Never come to school Come sometimes to school Always come to school

6.6. What is the level of your pupils' parents' knowledge concerning the signs/symptoms of malaria ?

No knowledge Minimal and vague knowledges Broad and precise knowledges

6.7. In general, what safety method do your pupils' parents use when they witness a child suffering from malaria at school ?

Traditional rescue method Modern scientific rescue method No rescue method

6.8. Briefly justify your previous answer :

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

7. QUESTIONS CONCERNING MALARIAL WORSENING LEVEL AT SCHOOL :

7.1. What is the estimated number of children victim of malaria in your school since the beginning of the school year 2021-2022 ?

From 0 to 2 cases per month From 3 to 5 cases per month More than 5 cases per month

7.2. From your previous answer, situate the risk of malaria appearance in your school :

Very low endemicity area Fairly high endemicity area Very high endemicity area

7.3. Is the frequency of malaria appearance writtenly recorded in your school ?

Never recorded Sometimes recorded Always recorded
(imagined frequency) (estimated frequency) (exact frequency)

7.4. How can you qualify the frequency of malaria appearance in your school ?

Very low frequency Fairly high frequency Very high frequency

7.5. What is the improvement of this frequency in your school per year (for the past two years) ?

Decreasing tendency Constant tendency Increasing tendency

7.6. What is the main reason of this frequency evolution ?

Non-efficient fighting methods Fairly efficient fighting methods Highly efficient fighting methods

7.7. Briefly justify your previous answer :

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

THANKS FOR YOUR AVAILABILITY

α ddl	.25	.10	.05	.025	.01	.005	.001
1	1,323	2,706	3,841	5,024	6,635	7,879	10,83
2	2,773	4,605	5,991	7,378	9,210	10,60	13,82
3	4,108	6,251	7,815	9,348	11,34	12,84	16,27
4	5,385	7,779	9,488	11,14	13,28	14,86	18,47
5	6,626	9,236	11,07	12,83	15,09	16,75	20,51
6	7,841	10,64	12,59	14,45	16,81	18,55	22,46
7	9,037	12,02	14,07	16,01	18,48	20,28	24,32
8	10,22	13,36	15,51	17,53	20,09	21,95	26,12
9	11,39	14,68	16,92	19,02	21,67	23,59	27,88
10	12,55	15,99	18,31	20,48	23,21	25,19	29,59
11	13,70	17,28	19,68	21,92	24,73	26,76	31,26
12	14,85	18,55	21,03	23,34	26,22	28,30	32,91
13	15,98	19,81	22,36	24,74	27,69	29,82	34,53
14	17,12	21,06	23,68	26,12	29,14	31,32	36,12
15	18,25	22,31	25,00	27,49	30,58	32,80	37,70
16	19,37	23,54	26,30	28,85	32,00	34,27	39,25
17	20,49	24,77	27,59	30,19	33,41	35,72	40,79
18	21,60	25,99	28,87	31,53	34,81	37,16	42,31
19	22,72	27,20	30,14	32,85	36,19	38,58	43,82
20	23,83	28,41	31,41	34,17	37,57	40,00	45,31
21	24,93	29,62	32,67	35,48	38,93	41,40	46,80
22	26,04	30,81	33,92	36,78	40,29	42,80	48,27
23	27,14	32,01	35,17	38,08	41,64	44,18	49,73
24	28,24	33,20	36,42	39,36	42,98	45,56	51,18
25	29,34	34,38	37,65	40,65	44,31	46,93	52,62
26	30,43	35,56	38,89	41,92	45,64	48,29	54,05
27	31,53	36,74	40,11	43,19	46,96	49,65	55,48
28	32,62	37,92	41,34	44,46	48,28	50,99	56,89
29	33,71	39,09	42,56	45,72	49,59	52,34	58,30
30	34,80	40,26	43,77	46,98	50,89	53,67	59,70
40	45,62	51,81	55,76	59,34	63,69	66,77	73,40
50	56,33	63,17	67,50	71,42	76,15	79,49	86,66
60	66,98	74,40	79,08	83,30	88,38	91,95	99,61
70	77,58	85,53	90,53	95,02	100,4	104,2	112,3
80	88,13	96,58	101,9	106,6	112,3	116,3	124,8
90	98,65	107,6	113,1	118,1	124,1	128,3	137,2
100	109,1	118,5	124,3	129,6	135,8	140,2	149,4

Grille de lecture ou Table des valeurs du Khi-deux



PROGRAMME DU COURS SUR LA SANTE ET LA SECURITE A L'ECOLE

1. MODULE 1 : GENERALITES SUR LA SANTE ET LA SECURITE A L'ECOLE

1.1. Définition de quelques concepts clés

Santé – Sécurité – Ecole – Enfant – Elève – Maladie – Accident – Enseignant – Aide – Premiers secours – Hygiène – Civisme – Morale – Humanisme...

1.2. Qu'est-ce que la santé et la sécurité à l'école ?

Expliciter le concept, partant des différentes définitions

1.3. Pourquoi parle-t-on de la santé et la sécurité à l'école ?

Rétrospective générale sur l'environnement scolaire maternel et primaire camerounais (milieu et acteurs) et essai sur les textes juridiques qui entourent les notions de « santé et sécurité à l'école » notamment :

- ✓ Les droits et les devoirs de l'enfant, de l'élève
- ✓ La notion de vulnérabilité
- ✓ Les droits et les devoirs de l'enseignant
- ✓ La notion de responsabilité

1.4. A qui s'adresse les notions de « santé et sécurité à l'école » ?

- ✓ Les acteurs directs : les élèves et les enseignants
- ✓ Les acteurs indirects : les parents d'élèves et les autres acteurs de la communauté éducative

1.5. Exercices :

- ✓ **Enoncer l'importance à l'école maternelle et primaire des notions suivantes : Aide – Premiers secours – Hygiène – Civisme – Morale – Humanisme**
- ✓ **Recenser les problèmes socio-sanitaires (accidents et maladies) rencontrés localement dans les écoles**

2. MODULE 2 : PRATIQUE DE LA SANTE ET LA SECURITE A L'ECOLE

2.1. Comment organise-t-on la santé et la sécurité à l'école ?

Recensement des différents problèmes socio-sanitaires rencontrés localement dans les écoles

- ✓ Cas des accidents
- ✓ Cas des maladies

2.2. Comment met-on en œuvre la santé et la sécurité à l'école ?

Essai de solutions probables aux différents problèmes socio-sanitaires rencontrés localement dans les écoles

- ✓ Cas des accidents
- ✓ Cas des maladies

2.3. Le rôle des acteurs de la santé et la sécurité à l'école

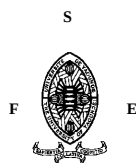
Qui fait quoi en cas de survenue des problèmes socio-sanitaires à l'école ?

2.4. Notion de fiche de renseignement

- ✓ Définition et importance
- ✓ Types de fiche
- ✓ Utilisation des fiches de renseignement

2.5. Exercices : Simulations diverses

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie
UNIVERSITE DE YAOUNDE I
FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION
DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE
SECTION D'INTERVENTION, ORIENTATION
ET EDUCATION EXTRA-SCOLAIRE
SPECIALITE D'INTERVENTION ET
ACTION COMMUNAUTAIRE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland
UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF SCIENCES OF EDUCATION
DEPARTMENT OF SPECIALIZED EDUCATION
SECTION OF INTERVENTION, COUNSELLING
AND EXTRA-SCOLAR EDUCATION
SPECIALITY OF INTERVENTION AND
COMMUNAUTARY ACTION

FICHE DE RENSEIGNEMENT ELEVE

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

- 1.1. Ministère de tutelle :
- 1.2. Nom de la structure :
- 1.3. Nom du Chef de la structure :
- 1.4. Grade du Chef de la structure :
- 1.5. Classe : Année scolaire :
- 1.6. Nom de l'enseignant titulaire :
- 1.7. Grade de l'enseignant titulaire :
- 1.8. Nom de l'enseignant suppléant :
- 1.9. Grade de l'enseignant suppléant :

2. RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES :

- 2.1. Nom(s) et prénom(s) de l'élève :
- 2.2. Date et lieu de naissance : Sexe :
- 2.3. Village d'origine : Arrondissement d'origine :
- 2.4. Département d'origine : Région d'origine :
- 2.5. Nationalité : Quartier de résidence :
- 2.6. Nom(s) et prénom(s) du père :
- 2.7. Profession : Téléphone :
- 2.8. Nom(s) et prénom(s) de la mère :
- 2.9. Profession : Téléphone :
- 2.10. Nom(s) et prénom(s) du tuteur(trice)* :
- 2.11. Profession* : Téléphone* :

* Information à fournir si l'élève n'habite pas avec ses parents

- 2.12. L'élève souffre-t-il d'un handicap physique ? Oui Non
- 2.13. Si OUI, lequel ?
- 2.14. De quelle(s) maladie(s) l'élève souffre(nt)-t-il régulièrement ?
.....
- 2.15. A quoi l'élève est-il allergique ?
.....
.....

Fait à le

VISA DU CHEF DE LA STRUCTURE

L'ENSEIGNANT

LE PARENT

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

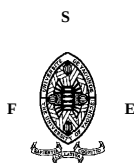
 UNIVERSITE DE YAOUNDE I

 FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

 DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE

 SECTION D'INTERVENTION, ORIENTATION
 ET EDUCATION EXTRA-SCOLAIRE

 SPECIALITE D'INTERVENTION ET
 ACTION COMMUNAUTAIRE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

 UNIVERSITY OF YAOUNDE I

 FACULTY OF SCIENCES OF EDUCATION

 DEPARTMENT OF SPECIALIZED EDUCATION

 SECTION OF INTERVENTION, COUNSELLING
 AND EXTRA-SCOLAR EDUCATION

 SPECIALITY OF INTERVENTION AND
 COMMUNAUTARY ACTION

RAPPORT MEDICO-SCOLAIRE (MALADIE)

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

- 1.1. Ministère de tutelle :
- 1.2. Nom de la structure :
- 1.3. Nom du Chef de la structure :
- 1.4. Grade du Chef de la structure :
- 1.5. Nom de la victime :
- 1.6. Age de la victime : Classe de la victime :
- 1.7. Nom de l'enseignant titulaire :
- 1.8. Grade de l'enseignant titulaire :

2. RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES :

- 2.1. Symptômes manifestés par la victime :

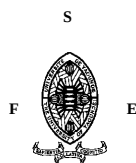
- 2.2. Maladie probable :
- 2.3. Soins apportés à la victime :

- 2.4. Suite de la procédure de prise en charge (souligne ou entoure la proposition appliquée) :
 - ✓ Victime gardée à l'école jusqu'à la sortie des classes
 - ✓ Victime renvoyée immédiatement à la maison
 - ✓ Victime transférée dans un centre sanitaire traditionnel
 - ✓ Victime transférée dans un centre hospitalier moderne
 - ✓ Victime transférée dans un centre de traitement confessionnel
- 2.5. Suite de la procédure de prise en charge adoptée avec l'accord des parents de la victime : **Oui** **Non**
- 2.6. Noms et contacts téléphoniques des parents de la victime :

Fait à le

VISA DU CHEF DE LA STRUCTURE

LE RAPPORTEUR



RAPPORT MEDICO-SCOLAIRE (ACCIDENT)

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

- 1.1. Ministère de tutelle :
- 1.2. Nom de la structure :
- 1.3. Nom du Chef de la structure :
- 1.4. Grade du Chef de la structure :
- 1.5. Nom de la victime :
- 1.6. Age de la victime : Classe de la victime :
- 1.7. Nom de l'enseignant titulaire :
- 1.8. Grade de l'enseignant titulaire :

2. RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES :

- 2.1. Cause(s) de l'accident :

- 2.2. Observations :

- 2.3. Soins apportés à la victime :

- 2.4. Suite de la procédure de prise en charge (souligne ou entoure la proposition appliquée) :
- ✓ Victime gardée à l'école jusqu'à la sortie des classes
 - ✓ Victime renvoyée immédiatement à la maison
 - ✓ Victime transférée dans un centre sanitaire traditionnel
 - ✓ Victime transférée dans un centre hospitalier moderne
 - ✓ Victime transférée dans un centre de traitement confessionnel
- 2.5. Suite de la procédure de prise en charge adoptée avec l'accord des parents de la victime : **Oui** **Non**
- 2.6. Noms et contacts téléphoniques des parents de la victime :

Fait à le

VISA DU CHEF DE LA STRUCTURE

LE RAPPORTEUR

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	iv
LISTE DES SYMBOLES	vii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	xv
RESUME	xx
ABSTRACT	xxi
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE	6
1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE	6
1.1.1. L'éducation au Cameroun	7
1.1.2. La vulnérabilité de l'enfant	15

1.1.3.	La sécurité de l'enfant au Cameroun et à travers le monde	19
1.1.3.1.	Au niveau mondial	19
1.1.3.2.	Au niveau de la France	26
1.1.3.3.	Au niveau africain	27
1.1.3.4.	Au niveau du Cameroun	33
1.2.	JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	36
1.2.1.	Généralités sur le paludisme	36
1.2.2.	La lutte contre le paludisme au Cameroun	39
1.2.3.	Cas particulier des enfants	41
1.2.4.	Orientation et choix du sujet	43
1.3.	CONSTAT	44
1.4.	FORMULATION DU PROBLEME	47
1.5.	QUESTIONS DE RECHERCHE	48
1.5.1.	Question principale	48
1.5.2.	Questions spécifiques	49
1.6.	OBJECTIFS DE L'ETUDE	50
1.6.1.	Objectif principal	50
1.6.2.	Objectifs spécifiques	50
1.7.	INTERET DE LA RECHERCHE	51
1.7.1.	Intérêt scientifique	51
1.7.2.	Intérêt psycho-social	51

1.7.3. Intérêt académique	51
1.8. PERTINENCE DE LA RECHERCHE	51
1.8.1. Pertinence thématique	52
1.8.2. Pertinence scientifique	52
1.9. DELIMITATION DE LA RECHERCHE	52
1.10. DEFINITION DES CONCEPTS CLES DE LA RECHERCHE	53
1.10.1. Processus	53
1.10.2. Prise en charge	54
1.10.3. Ecole	56
1.10.4. Niveau d'aggravation	58
1.10.5. Paludisme	59
1.10.6. Elèves	61
 CHAPITRE 2 : LE PALUDISME, L'ACTION MEDICO-SCOLAIRE ET LA SCOLARITE INFANTILE	 63
2.1. LE PALUDISME ET SON IMPACT SUR LA SCOLARITE INFANTILE	63
2.1.1. Généralités sur le paludisme	63
2.1.2. La prévalence du paludisme au Cameroun	65
2.1.3. La lutte contre le paludisme	67
2.1.4. Les pratiques curatives et les comportements à risque	72
2.1.5. La lutte par la connaissance générale de la maladie	73

2.1.6. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)	76
2.1.7. L'impact du paludisme sur la scolarité infantile	78
2.1.7.1. Généralités	78
2.1.7.2. Quelques évidences du lien Paludisme / Performances scolaires ...	79
2.1.7.3. Analyse approfondie du lien Paludisme / Performances scolaires ...	82
2.2. L'ADMINISTRATION ET LA GESTION DU MILIEU SCOLAIRE	85
2.2.1. L'organisation du système éducatif camerounais	85
2.2.1.1. Organisation structurelle globale	85
2.2.1.2. Organisation structurelle locale	87
2.2.2. Les projections gouvernementales du Cameroun en matière d'éducation	90
2.2.2.1. La Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND30) ...	90
2.2.2.2. Le Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées	93
2.2.3. La gestion du milieu scolaire	98
2.2.3.1. Documents obligatoires dans les Ecoles Maternelles et Primaires ...	98
2.2.3.2. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Publique de Gilley (Elémentaire et Maternelle) du 18/10/2016	100
2.2.3.3. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Primaire Publique de Brassilly France	101
2.2.3.4. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Léopold Sédar Senghor du Gabon du 27/06/2011	103
2.2.3.5. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Internationale le Flamboyant de Yaoundé de 2015	104

2.2.3.6. Extrait du Règlement Intérieur de l'Ecole Primaire Publique de Nsimeyong II à Yaoundé en 2015	107
2.3. L'ACTION MEDICO-SCOLAIRE ET LA SCOLARITE INFANTILE	112
2.3.1. La santé et la sécurité à l'école	113
2.3.2. La responsabilité des encadrants	117
2.3.2.1. Notion de responsabilité civile	118
2.3.2.2. Notion de responsabilité objective	119
2.3.2.3. La responsabilité des tiers accueillant des mineurs	119
2.3.3. La prise en charge des enfants malades à l'école	117
2.3.3.1. La délivrance de soins aux enfants en général	121
2.3.3.2. La délivrance de soins aux enfants en cas d'absence de l'infirmier	121
CHAPITRE 3 : APPROCHES EXPLICATIVES DE LA PRSE EN CHARGE DES MALADIES A L'ECOLE.....	125
3.1. LA DYNAMIQUE DES GROUPES RESTREINTS.....	127
3.1.1.Généralités	128
3.1.2.Caractéristiques de la doctrine	128
3.1.3.L'influence du groupe sur l'individu	131
3.1.4.Quelques théories et modèles expliquant le comportement intra-groupe	133
3.1.4.1. La théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen	133
3.1.4.2. Le modèle de croyances sanitaires de Rosenstock	133

3.1.4.3. La théorie sociocognitive de Bandura	134
3.1.4.4. La Théorie du comportement planifié ou prévu de Ajzen	135
3.1.5. Critique des théories liées à la dynamique des groupes.....	136
3.1.6. Importance de la dynamique des groupes dans la prise en charge à l'école	136
3.2. LE COMPORTEMENT PRO-SOCIAL.....	139
3.2.1. Généralités	141
3.2.2. Les facteurs déterminant le comportement pro-social	141
3.2.2.1. Les facteurs individuels du comportement pro-social	141
3.2.2.2. Les facteurs contextuels du comportement pro-social	142
3.2.2.3. Les facteurs biologiques du comportement pro-social	142
3.2.2.4. Les facteurs motivationnels du comportement pro-social	143
3.2.2.5. Cas particulier : L'effet du témoin	143
3.2.3. Le comportement pro-social en milieu urbain et rural	144
3.2.4. Le comportement pro-social dans la lutte contre le paludisme	145
3.2.4.1. L'approche holistique des systèmes	145
3.2.4.2. L'approche géographique des facteurs de confusion	146
3.2.4.3. L'approche socio-économique	146
3.2.4.4. L'approche socio-culturelle	147
3.2.4.5. L'approche socio-environnementale	147
3.3. LES METHODOLOGIES DE L'INTERVENTION SOCIO-EDUCATIVE.....	139
3.3.1. Généralités	141

3.3.2.	L'intervention sociale	141
3.3.2.1.	L'intervention sociale personnelle	154
3.3.2.2.	L'intervention sociale collective	158
3.3.3.	L'intervention éducative	141
3.3.3.1.	Généralités	159
3.3.3.2.	La perspective empirique, opérationnelle et pragmatique de l'intervention éducative	161
3.3.3.3.	La perspective conceptuelle de l'intervention éducative	162
3.3.4.	L'intervention socio-éducative	141
3.3.4.1.	Histoire de la professionnalité du métier d'éducateur	168
3.3.4.2.	L'identité de l'éducateur	169
3.3.4.3.	Le(s) savoir(s) de(s) l'éducateur(s)	170
3.3.4.4.	« L'éducatologie » et ses concepts	173
3.3.4.5.	Les pratiques socio-éducatives	175
3.3.4.6.	Cadre de référence	176
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE DE L'ETUDE		183
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE		184
4.1.	RECAPITULATIF DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	197
4.1.1.	Rappel du contexte de l'étude	141

4.1.2.	Rappel du problème de l'étude	141
4.1.3.	Rappel des questions de recherche	141
4.1.3.1.	Question principale de recherche	190
4.1.3.2.	Questions spécifiques de recherche	191
4.2.	HYPOTHESES DE L'ETUDE	192
4.2.1.	Hypothèse générale	192
4.2.2.	Hypothèses spécifiques	193
4.3.	TYPE DE RECHERCHE	197
4.4.	POPULATION DE L'ÉTUDE	197
4.4.1.	La population mère	198
4.4.2.	La population cible	199
4.4.3.	La population accessible	199
4.5.	ECHANTILLON DE L'ETUDE	200
4.5.1.	Technique d'échantillonnage	200
4.5.2.	Échantillon sélectionné	202
4.6.	TECHNIQUES D'INVESTIGATION	208
4.6.1.	L'observation directe	200
4.6.2.	La recherche documentaire	200
4.6.3.	L'enquête (investigation de terrain)	200
4.7.	INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES	211
4.7.1.	Justification du choix de l'instrument	211

4.7.2.	Présentation de l'instrument	211
4.7.2.1.	Le préambule	212
4.7.2.2.	Les questions d'informations socio-démographiques	212
4.7.2.3.	Les questions relatives aux hypothèses de recherche	212
4.8.	DEMARCHE DE COLLECTE DES DONNÉES	216
4.8.1.	Déroulement de la pré-enquête	216
4.8.2.	Déroulement de l'enquête proprement dite	217
4.9.	TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNÉES	218
4.9.1.	Analyse descriptive	219
4.9.2.	Analyse inférentielle	219
4.10.	MODELE D'ANALYSE DES DONNÉES	219
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE		220
5.1.	RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AUX INFORMATIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	221
5.2.	RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES A L'ENVIRONNEMENT DE L'ECOLE	231
5.3.	RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES A L'EQUIPEMENT DE LA BOITE A PHARMACIE DE L'ECOLE	239
5.4.	RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AU COMPORTEMENT DES ELEVES A L'ECOLE	249
5.5.	RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AU COMPORTEMENT DES ENSEIGNANTS A L'ECOLE	258

5.6. RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AU COMPORTEMENT DES PARENTS D'ELEVES A L'ECOLE	267
5.7. RECAPITULATIF DES DONNEES RELATIVES AU NIVEAU D'AGGRAVATION DU PALUDISME A L'ECOLE	276
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE	220
6.1. VERIFICATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE	285
6.1.1. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 1	286
6.1.2. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 2	292
6.1.3. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 3	298
6.1.4. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 4	304
6.1.5. Vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 5	310
6.2. DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE	316
6.2.1. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 1	316
6.2.2. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 2	317
6.2.3. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 3	318
6.2.4. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 4	319
6.2.5. Discussion des résultats de la vérification de l'Hypothèse Spécifique N° 5	320

6.3.	SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	323
6.3.1.	Suggestions	323
6.3.1.1.	Suggestions à l'Etat du Cameroun	323
6.3.1.2.	Suggestions au Ministère de l'Education de Base	324
6.3.1.3.	Suggestions aux partenaires du système éducatif camerounais	325
6.3.1.4.	Suggestions aux enseignants et encadreurs éducatifs	325
6.3.2.	Recommandations	326
6.3.2.1.	Recommandations aux élèves	326
6.3.2.2.	Recommandations aux parents d'élèves	327
6.4.	DIMENSION D'INGENIERIE DE L'ETUDE	328
6.4.1.	Généralités	328
6.4.2.	Caractéristiques	330
6.4.2.1.	Phase d'éducation 1	330
6.4.2.2.	Phase d'éducation 2	331
	CONCLUSION	336
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	340
	ANNEXES	351