



DOCUMENT DE SANTE PUBLIQUE L1

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACCRONYMES

AMI	Assurance Médicale Indigène.
AMP	Agence de Médecine Préventive
AMS	Assemblée Mondiale de la Santé.
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDF	Chaine De Froid
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
COGES	Comité de Gestion
CPEV	Coordinateur du Programme Elargi de Vaccination
CPN	Consultation Périnatale
CSR	Centre de Santé Rural
CSU	Centre de Santé Urbain
CSUS/SSU	Centre de Santé Urbain Spécialisé/Santé Scolaire et Universitaire
CSUS	Centre de Santé Urbain Spécialisé
CTS	Centre de Transfusion Sanguine
DN-HépatiteB	Dose Naissance-Hépatite de Type B
DR	Dispensaire Rural
DTCHebBhib	Diphtérie Tétanos néonatal Coqueluche HépatiteB Haemophilus Influenzae de Type B.
FAO	Organisation des Nations Unies pour L'Alimentation et L'Agriculture
HTA	Hypertension Artérielle /Hypotension Artérielle
HPV	Papilloma Virus Humain
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
INSP	Institut National de Santé Publique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MAPI	Manifestation Adverse Post Immunisation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCV	Pastille de Contrôle de Vaccin
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNSSU	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
RR	Rougeole, Rubéole
SIDA	Syndrome Immuno-Déficienc e Acquis e
SSP	Soins de Santé Primaires
SSP/IB	Soins de Santé Primaires/ Initiative de Bamako
SSSU	Service de Santé Scolaire et Universitaire
TBM	Technicien Biologiste Médical
Td	Tétanos, Diphtérie
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
TNN	Tétanos Néo Natal
URSS	Union des Républiques Socialistes Soviétiques
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	Vaccin Anti Amaril
VIH	Virus de l'Immunodéficienc e Humaine
VPI	Vaccin Polio Inactivé
VPO	Vaccin Polio Oral

1^{ER} SEMESTRE

- Généralités sur la Santé Publique et définitions des concepts.
- Etude du milieu.
- Nutrition.
- Système National de Santé et Programmes de santé
(Programme Elargie de vaccination de Vaccination /
Programme National de Santé Scolaire et Universitaire)

INTRODUCTION A LA SANTE PUBLIQUE

Généralités sur la Santé Publique et définitions des concepts.

Objectif général.

A la fin du cours, l'étudiant de la L1 doit être capable de comprendre l'évolution du concept santé publique.

Objectifs spécifiques.

- 1) Définir selon le cours, les grands concepts de la santé publique.
- 2) Expliquer d'après le cours, les étapes à suivre pour la résolution d'un problème de santé publique.
- 3) Décrire à partir du cours, les grands courants historiques qui ont façonné la santé publique.
- 4) Décrire en se basant sur le cours, les changements majeurs du concept de santé publique.
- 5) Analyser à partir du cours, la chronologie des événements ayant marqué l'histoire de la santé publique dans le monde.
- 6) Décrire à partir des notions reçues au cours, la démarche à suivre en santé
- 7) publique.
- 8) Expliquer à partir du cours, trois facteurs influençant la santé publique
- 9) Enumérer selon le cours, deux stratégies en santé publique.
- 10°) Identifier selon le cours enseignés, trois principaux déterminants de la santé.
- 11°) Définir à partir du cours, trois indicateurs de santé.

INTRODUCTION

La santé publique est un concept très vaste qui dépasse largement les préoccupations de la médecine curative. Elle vise à protéger la santé des populations. Le champ d'action de la santé publique est difficile à cerner et à définir. Plusieurs grands courants historiques ont façonné la santé publique et ont contribué à améliorer la santé des populations.

I- DEFINITIONS DES CONCEPTS DE LA SANTE

1.1 Santé.

La santé est un « état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». [OMS, 1946]

1.2 Santé Publique

Définition 1

« La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physique à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et

Infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé. » (**Winslow, 1920**).

Définition 2 : OMS (1952)

« La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :

- _ Assainir le milieu ;
- _ Lutter contre les maladies ;
- _ Enseigner les règles d'hygiène personnelle ;
- _ Organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ;
- _ Mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé. »

1.3 Communauté

Une communauté est « un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé ». (**OMS, UNICEF, 1978**)

1.4 Santé communautaire

La santé communautaire est une méthode et une pratique en santé publique fondée sur les principes suivants : la participation des communautés, la mobilisation de leurs capacités, le développement de leurs capacités, l'implication à toutes les phases des interventions en santé (diagnostic, mise en œuvre, suivi-évaluation) ; c'est un des piliers de la promotion de la santé. **(Centre Universitaire Régional de Bambey, 2007)**

Le concept de santé communautaire tend à remplacer celui de santé publique. Pourtant, il existe une différence entre ces deux concepts qui sont complémentaires.

❖ Approches entre la santé publique et la santé communautaire

Tableau n°1 : Approches entre la santé publique et la santé communautaire

	Santé Publique	Santé Communautaire
Niveau d'autorité	La santé publique recouvre une notion de pouvoir décisionnaire représentante de la population. (Chef de village, Maire, Etat	La santé communautaire introduit une notion d'engagement de chaque individu membre de la communauté.
Niveau de situation	La santé publique se situe au niveau gouvernemental, de l'État (Ex :Haut comité de santé publique).	La santé communautaire se situe au niveau de la communauté
Priorité	La priorité de la santé publique est la protection de la santé de la population.	La priorité de la santé communautaire est la promotion de la santé
	Les deux approches sont complémentaires Démarche santé publique = Démarche santé communautaire	

1.5 Soins de santé primaires

La conférence internationale d'Alma-Ata définit les Soins de Santé Primaires (SSP) comme des « Soins essentiels, fondés sur des méthodes et une technologie pratique, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté, par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement, dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante du système de santé dont ils sont la cheville ouvrière ainsi que du développement économique et social de la communauté ».

1.6 Politique de santé publique

La politique de santé publique est un ensemble d'orientations, de choix stratégiques et de décisions prises par les pouvoirs d'un pays pour maintenir et/ou améliorer l'état de santé d'une population.

1.7 Système de santé.

C'est un ensemble de moyens stratégiques, organisationnels, infrastructurels, humains, matériels et financiers mis en place par un Etat pour satisfaire les besoins de santé de la population.

1.8 Action de santé publique

C'est une opération collective en vue de l'amélioration de la santé d'une population (Exemple : approvisionnement en eau potable).

1.9 Programme de santé

C'est un ensemble coordonné d'actions pour atteindre un objectif. (Exemple : Programme National de Lutte contre le Paludisme).

1.10 Prévention

La prévention est une stratégie qui consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. Nous avons :

1.10.1 La prévention primaire

Elle consiste à lutter contre les risques avant l'apparition de tout problème de santé. (Exemple : la vaccination).

1.10.2 La prévention secondaire

Elle consiste à dépister une maladie afin d'instituer le traitement précoce pour éviter les complications. (Exemple : dépistage du cancer du col de l'utérus).

1.10.3 La prévention tertiaire

Elle vise à prévenir les rechutes ou les complications par la rééducation et l'éducation thérapeutique du patient. (Exemple : l'éducation thérapeutique d'un patient souffrant de la tuberculose)

1.11 Promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et de ce fait, d'améliorer leur santé. Elle donne aux individus la capacité d'agir sur les facteurs déterminants la santé.

II. LES ETAPES DE RESOLUTION D'UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE.

Les étapes à suivre pour la résolution d'un problème en santé publique sont :

1. **Définir** : Définir clairement la question ou le problème.
2. **Rechercher** : Rechercher efficacement les données probantes issues de la recherche. (Documenter le problème)
3. **Estimer** : Effectuer une estimation critique et efficace des sources d'information.
4. **Synthétiser** : Interpréter l'information et formuler des recommandations (praticiens).
5. **Adapter** : Adapter l'information au contexte local.
6. **Mettre en œuvre** : Mettre en œuvre des données probantes adaptées dans le domaine de la pratique ou des politiques.
7. **Évaluer** : évaluer l'efficacité des actions et l'impact sur la cible.

III. GRANDS COURANTS HISTORIQUES DE LA SANTE PUBLIQUE.

3.1 L'hygiène et le contrôle des maladies infectieuses.

Depuis l'antiquité, l'Homme a toujours essayer de se prémunir individuellement ou collectivement contre les maladies et les décès prématurés. C'est ainsi que nous allons assister à la construction d'aqueducs pour amener l'eau dans les villes afin de prévenir les maladies et disposer de réseaux d'évacuation des eaux usées. Cette période se compose de plusieurs étapes

3.1.1 Au moyen âge,

Les préceptes de l'hygiène ont apparus.

3.1.2 La période du moyen âge à la fin du 18^{ème} siècle.

❖ *La période du moyen âge au début du 18^{ème} siècle.*

Cette époque sera marquée par l'apparition des concepts « grandes endémies » et « épidémies ». Ainsi, la première préoccupation de la santé publique fut la prévention des épidémies (la peste).

❖ *A la fin 18^{ème} siècle.*

La santé fut définie par rapport à la maladie. C'est ainsi qu'être en bonne santé est égal à absence de maladie.

3.2 Développement de l'hygiène publique

3.2.1 Au milieu du 19^{ème} siècle.

Les notions de contamination et de théories microbiennes des maladies contagieuses apparurent respectivement avec **Semmelweis, Davaine et Louis Pasteur**. Cette période fut également marquée par la création de la « Charte de l'hygiène publique en France ». Cette période vit aussi l'établissement d'un lien entre les conditions sociales et la santé. Le courant de pensées « santé de la population, préoccupation sociale » apparaît. La santé des populations et des groupes vulnérables devint la responsabilité de l'Etat.

3.2.2 La fin du 19^{ème} siècle.

Elle est marquée par l'apparition de la notion de prévention (hygiène du milieu, vaccination) avec intensification des campagnes de prévention, d'hygiène et d'assainissement du milieu. Le concept « **Education pour la santé** » vit le jour. Ce concept va changer complètement le profil épidémiologique des maladies entre 1750 et 1960 en Europe, avec pour conséquence la réduction des maladies infectieuses, la raréfaction des épidémies et la baisse de la mortalité.

3.3 La médecine sociale et la protection des populations vulnérables.

1920, Winslow donna la première définition de la santé publique.

1945, est marquée par l'apogée de la science médicale entraînant du coup la passivité des populations à améliorer leur comportement. Cela va engendrer une recrudescence des maladies chroniques pour lesquelles les comportements jouent un rôle déterminant.

1946, l'OMS donne la définition de la santé. Pour elle, l'amélioration de la santé n'est pas seulement une question de progrès médical, mais elle exige aussi un minimum de conditions favorables du point de vue économique, social ou culturel.

3.4 Les systèmes de soins et le rôle accru de l'Etat

3.4.1 De la fin de la seconde guerre mondiale aux années 1970.

L'on assista à un essor fulgurant des services de santé, à une forte demande de soins. Ceci va entraîner une organisation des services de santé.

3.4.2 L'année 1977 est marquée par la naissance du mouvement « Santé pour tous. » avec les inégalités constatées dans l'offre des soins.

3.4.3 En 1978, apparut la stratégie des « Soins de Santé primaires » (SSP) à l'issue de la Conférence internationale de Alma-Ata de 1978. Neuf ans après la conférence, l'on a noté des difficultés dans la mise en œuvre des activités dans les pays en développement. Une réunion est alors organisée à Bamako (Mali) sur invitation de l'OMS, pour prendre des décisions contenues dans « l'initiative de Bamako ».

3.5 La promotion de la santé.

3.5.1 L'année 1980

Elle vit la naissance de « **l'approche promotion de la santé** » sous l'égide de l'OMS. Cette approche restitue les comportements en matière de santé dans leur contexte économique et social.

3.5.2 L'année 1986

Elle est marquée par l'avènement de la Charte d'Ottawa. Celle prône la promotion de la santé qui est très avancée dans les pays développés. Quant aux pays en développement, ils peinent à faire leurs premiers pas dans la mise en œuvre de cette approche. La promotion de la santé devint pour la santé publique un apport considérable vu

l'importance de l'environnement politique, social et économique dans la résolution des problèmes de santé.

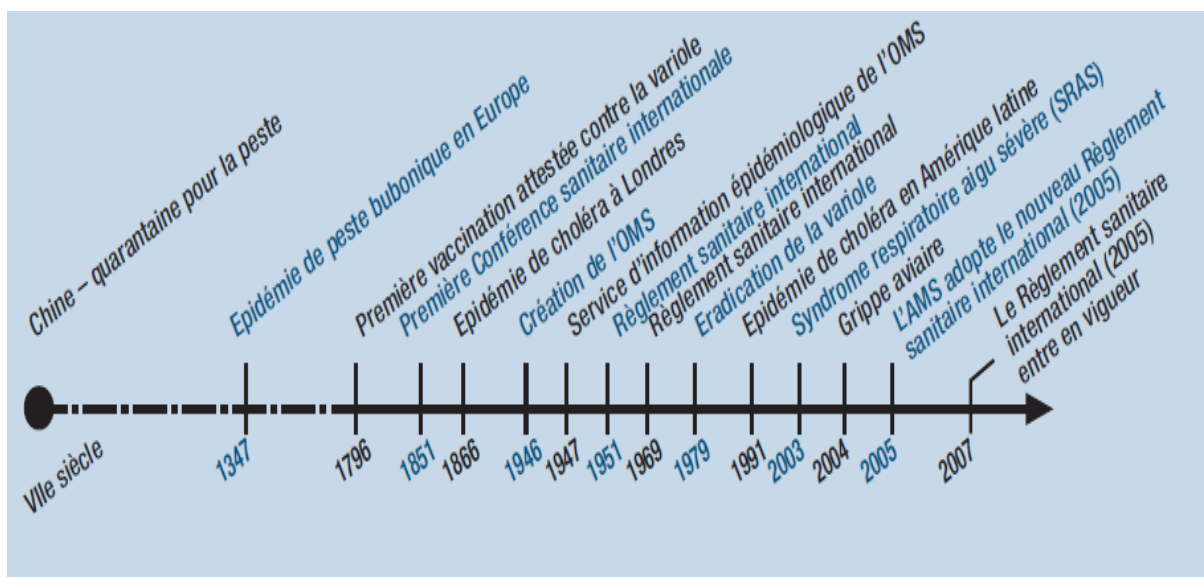
IV. GRANDS CHANGEMENTS MAJEURS DANS LE CONCEPT DE SANTE PUBLIQUE

La définition du concept de santé publique a évolué. Aujourd'hui, elle va au delà du simple concept. Elle est une philosophie qui s'efforce d'élargir l'ancienne compréhension de la santé publique. C'est ainsi qu'elle :

- Inclut en plus de la santé des populations, la santé de l'individu et cherche à lutter contre les problèmes de santé actuels.
- Vise à fournir un accès équitable aux services de santé et prend en compte la gouvernance politique, l'environnement et le développement économique et social.
- Repose sur une meilleure compréhension de la façon dont les styles de vie et les conditions de vie déterminent la santé.
- Englobe les autres secteurs de développement en dehors de celui de la santé (agriculture, éducation etc.) dans la résolution des problèmes de santé.

V. CHRONOLOGIE DES EVENEMENT AYANT MARQUE L'HISTOIRE DE LA SANTE PUBLIQUE

De nombreux évènements ont marqué l'histoire de la santé publique dans le monde depuis le VII^{ème} siècle jusqu'au 20^{ème} siècle (**cf. figure N°1**)



VI. DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE ET DE SANTE COMMUNAUTAIRE

6.1 Démarche de santé publique

Elle consiste en une série d'actions qui visent les déterminants de la santé. Le but d'une démarche de Santé Publique est de *répondre aux besoins de santé* de la population.

6.1.1 Les différentes étapes de la démarche de santé publique.

1. Analyse de la situation et identification des problèmes de santé ;
2. Définition des priorités ;
3. Formulation du problème avec détermination de la population cible ;
4. Formulation des objectifs et des activités ;
5. Identification des ressources (financières, matériel, humain temporelles) ;
6. Etablissement d'un plan d'action opérationnel : Projet
7. Réalisation du programme ;
8. Suivi et Evaluation du programme.

6.1.2 Critères de priorisation d'un problème de santé publique

Les Critères de priorisation couramment utilisés sont :

- _ L'ampleur (incidence, prévalence) ;
- _ La gravité (létalité), évolution, complications ;
- _ La vulnérabilité ;
- _ Les impacts sociaux et économiques ;
- _ La perception de la situation ;
- _ Les réponses pré- existantes.

Tableau n°1. Exemple de grille de pondération pour la sélection d'un problème prioritaire de santé publique.

Critères	Pondération
Le problème retenu est-il courant ? (incidence, prévalence etc.	0 à 3
Le problème retenu entraîne t-il des conséquences pour la santé ? (altération de l'état de bien être, séquelles)	0 à 3
Le problème retenu touche –t-il des populations défavorisées ? (se surajoute-t-il aux conditions de vie ? à d'autres risques pour la santé ?	0 à 3
Existe-t-il une technologie / des moyens à votre portée à résoudre le problème ? (disponibilité ? accessibilité des moyens ? compétences ?)	0 à 3

Le coût de l'action visée est-il acceptable ?	0 à 3
La population attend-t-elle les services proposés ? (participation de la population ? participation à l'action ?)	0 à 3

6.2 Démarche de santé communautaire

C'est un ensemble d'actions menées dans une communauté avec **leur pleine participation** pour résoudre son problème de santé.

6.2.1 Les différentes étapes de la démarche de santé communautaire.

(Selon R. PINEAULT).

1. Identification des problèmes, des besoins et des ressources ;
2. Etablissement des priorités ;
3. Documentation des problèmes prioritaires ;
4. Définition des objectifs d'action ;
5. Choix des stratégies ;
6. Mise en place d'une planification ;
 - Choix des activités ;
 - Mobilisation et coordination des ressources ;
7. Mise en œuvre des activités ;
8. Evaluation.

VII. NIVEAUX DE PERCEPTION DES BESOINS DE SANTE

7.1 Définition de besoin de santé

Un besoin de santé se définit comme l'écart existant entre un niveau de santé donnée et un niveau de santé "idéal".

7.2 Différents niveaux de perception de besoins de santé

Il existe trois niveaux de perception des besoins de santé :

- _ Le niveau des besoins latents ;
- _ Le niveau des besoins ressentis ;
- _ Le niveau des besoins exprimés (demande).

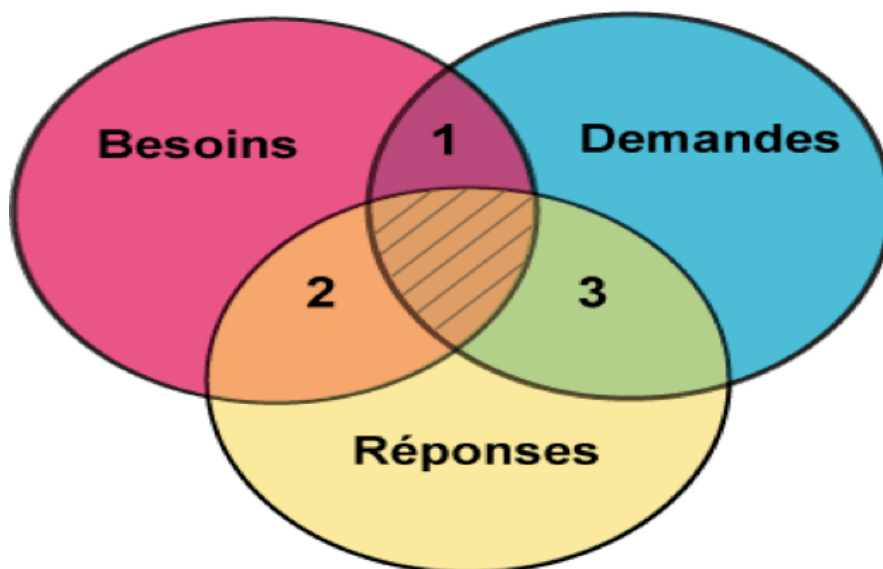


Figure n° 2 : Représentation des trois niveaux de perception des besoins

L'intersection (1) correspond à des besoins, une demande, mais pas de réponse. Ainsi, des besoins existent, les demandes sont exprimées mais le système de santé n'est pas en mesure d'apporter des réponses satisfaisantes.

L'exemple tout à fait caractéristique de cette situation est l'accès aux thérapies contre l'hépatite B ou C.

L'intersection (2) correspond à des besoins identifiés, des réponses existent mais l'on note une absence de demande. Ainsi, il y a un risque de sous utilisation des réponses pourtant pertinentes, soit parce qu'elles ne sont pas connues par la population, soit parce qu'elles ne sont pas accessibles pour des raisons financières, culturelles ou géographiques... L'exemple caractéristique de cette situation est celui du faible recours aux services de planning familial.

L'intersection (3) correspond à une réponse à des demandes, sans besoins identifiés. Cette zone correspond à une zone de gaspillage.

Exemple : l'utilisation excessive des antibiotiques pour des épisodes infectieux d'origine virale pour lesquels les antibiotiques n'ont aucune efficacité.

L'intersection entre les trois cercles correspond à la situation idéale : vaccination

VIII. FACTEURS INFLUENÇANT LA SANTE PUBLIQUE

8.1 Les volontés programmatiques des Etats

Tous les pays ont des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS), constituant les sésames indispensables d'éligibilité aux contributions financières internationales.

8.2 L'absence de mécanismes de sécurité sociale dans la plupart des pays en Développement

Dans presque tous les pays concernés, existent des caisses de sécurité sociale, dont la particularité est qu'aucune ne couvre le risque maladie. La Côte d'Ivoire a mis en place son système de Couverture Maladie Universelle.

8.3 La dépendance aux disponibilités Budgétaires

L'efficacité de l'État dans les systèmes de santé est bien sûr tributaire du fonctionnement global de l'économie. Les apports externes en provenance des organisations de coopération internationale sont partout déterminants.

IX. STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE

9.1 Définition de stratégie de santé publique

C'est un ensemble de moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins sanitaires de la population (pour atteindre un objectif).

9.2 Exemples de stratégie de santé publique.

➤ Les stratégies d'élimination du Tétanos maternel et néonatal (TMN)

Il faut moins de *1 cas* de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes dans chaque district sanitaire.

Les Stratégie pour atteindre l'élimination du TNN (Tétanos Néonatal)

❖ Vaccination contre le Tétanos

✓ En routine

- Vaccination des femmes enceintes avec le Td au cours des CPN ou des séances de vaccination ;
- Vaccination des nourrissons de 0 à 11 mois.

✓ En campagne

- Campagnes de masse (RR, Méningite etc.)

- *Promotion des accouchements assistés*
- *Surveillance du tétanos néonatal*

X. LA SANTE ET LES DETERMINANTS DE SANTE

10.1 Définition de déterminant de la santé

Les déterminants de la santé sont un ensemble de facteurs sociaux, économiques, culturels et environnementaux sous-jacents responsables de la santé et de la maladie.

10.2 Différentes classifications des déterminants de la santé

Les déterminants influençant l'état de santé être positifs ou négatifs, directs ou indirects avec des multiples interactions.

Les déterminants en rapport avec :

10.2.1 Les comportements et mode de vie

Les déterminants de la santé liés au mode de vie sont choisis et/ou acceptés :

- _ L'alimentation ;
- _ Le tabagisme, l'alcoolisme ;
- _ Les drogues et substances illicites ;
- _ Le sport ;
- _ Les accidents professionnels et domestiques ;
- _ Les comportements sexuels à risque ;
- _ L'insuffisance d'hygiène etc.

Ces déterminants sont influencés par d'autres déterminants de la santé à savoir les déterminants socio- économiques, religieux, culturels, etc.

10.2.2 L'environnement.

- _ *Economique* : pauvreté, accès à l'eau potable et assainissement,
- _ *Culturel* : coutumes, croyances, etc.
- _ *Physique* : pollution, climat, salubrité etc.
- _ *Social* : stabilité sociale, conditions de travail, chômage, etc.
- _ *Éducatif* : scolarisation, analphabétisme, etc.
- _ *Environnement politique* : conflits politiques

10.2.3 Le système de santé

Le système de santé (financement, organisation, ressources humaines et matérielles, infrastructures)

10.3 Les différents déterminants de la santé

Douze déterminants de la santé sont identifiés afin d'évaluer le niveau de santé d'une population:

1. Le niveau de revenu et le statut social ;
2. Les réseaux de soutien social ;
3. L'éducation et l'alphabétisme ;
4. L'emploi et les conditions de travail ;
5. L'environnement social ;
6. L'environnement physique ;
7. Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle ;
8. Le développement de la petite enfance ;
9. Le patrimoine biologique et génétique ;
10. Les services de santé ;
11. Le sexe ;
12. La culture.

La conséquence des déterminants de santé est qu'elle donne une approche pluridisciplinaire et multisectorielle pour identifier les problèmes de santé, d'où la nécessité d'avoir des connaissances dans plusieurs disciplines scientifiques que sont l'économie, la sociologie, la statistique la vaccination, la démographie, l'anthropologie et l'informatique.

L'idée que la santé de l'homme dépend exclusivement de l'acte médical est aujourd'hui dépassée.

XI. LES INDICATEURS DE LA SANTE

11.1 Définition

Les indicateurs épidémiologiques sont des mesures qui servent à :

- _ Analyser la situation présente ;
- _ Effectuer des comparaisons ;

_ Mesurer les changements dans le temps.

11.2 Exemples d'indicateurs de santé

❖ La prévalence

C'est le nombre total d'individus d'une population qui ont une maladie à un instant précis (anciens et nouveaux cas). La prévalence indique l'ampleur d'un problème.

❖ L'incidence

C'est le nombre de nouveaux cas d'une maladie

Taux d'attaque = taux d'incidence cumulée calculé sur une très courte période de temps ne dépassant pas en général le mois.

❖ La létalité

C'est le nombre de décès sur le nombre de cas d'une maladie. Il permet d'apprécier la gravité d'une maladie.

❖ Le taux de mortalité maternelle.

C'est le nombre de décès liés à l'accouchement, à la grossesse et au suite de couches sur le nombre de naissances vivantes x 100000.

❖ Le taux de mortalité infantile.

C'est le nombre de décès de nourrissons âgés de moins de 1an sur le nombre de naissances vivantes x 1000

❖ Le taux (brut) de mortalité.

C'est le nombre de décès survenus au cours d'une année sur la population totale au cours de cette même année x 100.

ETUDE DU MILIEU

Objectif général

A la fin du cours, l'étudiant de la L1 doit être capable de connaître le processus d'élaboration d'une étude du milieu

Objectifs spécifiques

- 1) Définir à partir du cours, l'étude du milieu
- 2) Citer en se basant sur le cours, les trois grandes catégories de facteurs du milieu pouvant agir sur la santé.
- 3) Enumérer selon le cours, les groupes de facteurs du milieu influençant la santé, en donnant quatre facteurs pour chacun des groupes
- 4) Enumérer en se basant sur le cours, les groupes de facteurs du milieu favorisant la maladie, en donnant quatre facteurs pour chacun des groupes
- 5) Citer les facteurs du milieu déterminant la maladie, en donnant pour chacun des groupes 4 facteurs ou éléments.
- 6) Citer à partir du cours, trois avantages pour l'élaboration d'une étude de milieu.
- 7) Décrire selon le cours quatre éléments entrant dans l'élaboration d'une étude de milieu.

⁸⁾

I. GENERALITES

Découvrir les hommes dans leur milieu de vie, chercher à comprendre les facteurs pouvant influencer favorablement ou de façon nuisible leur existence est le préalable à toute action sanitaire et sociale.

L'attitude à développer par le personnel de santé pendant l'étude de ces: est *l'observation* et le *dialogue*. Ils sont très importants dans l'étude du milieu. C'est pourquoi le personnel de santé doit être capable :

- _ de regarder, de centrer son intérêt sur des points précis ;
- _ d'orienter l'entretien vers les désirs de changement de la population
- _ d'exploiter les informations tirées à partir des besoins des populations, d'en tirer les priorités permettant de définir les objectifs d'action

- _ d'apprendre et de comprendre le mode de vie et de pensée de la communauté, et à emmener les habitants à se comprendre eux-mêmes, à découvrir les possibilités d'amélioration de leur vie ;

II. DEFINITION DU TERME ETUDE DU MILIEU

L'étude du milieu est « la connaissance des hommes et de l'environnement dans lequel ils vivent, des moyens et des problèmes qui existent dans ce milieu » (UNICEF, 1992) ;

III- LES DIFFERENTS FACTEURS DU MILIEU POUVANT AGIR SUR LA SANTE

Selon l'auteur Québécois **ALONDE**, il existe une diversité de facteurs qui peuvent agir positivement ou négativement sur la santé. Nous décrivons dans ce cours ceux qui favorisent la santé, la maladie et déterminent la maladie.

3.1. Facteurs du milieu favorisant la santé.

3.1.1 Les facteurs biologiques

Ce sont les facteurs physiologiques et psychologiques. Ils constituent tous les aspects de la santé physique et mentale dont l'origine est à l'intérieur de l'organisme et dépendent de la structure de la biologie humaine.

3.1.2 Facteurs physiologiques.

Ils constituent le fonctionnement correct de tous les organes (foie, cœur, pancréas, rate, tube digestif, vaisseaux, cerveau, etc.) et sont :

- Une absence de troubles métaboliques (exemple : absence de diabète) ;
- Un apport normal des éléments physiologiques (air, oxygène, nourriture) ;

3.1.3 Facteurs psychologiques.

- Une absence de troubles psychiques ;
- Une affection (amour) parentale durant l'enfance ;
- La satisfaction du besoin d'être aimé, du besoin d'estime de soi, du besoin d'être reconnu ;

3.1.4 Facteurs de l'environnement physique ou socio-économique et culturels

C'est l'ensemble des décisions de la population qui ont des répercussions positives sur sa santé. Ce sont, entre autre :

- L'existence d'un habitat salubre ;
- L'existence d'eau courante ;
- L'absence de promiscuité, de pollution ;

3.2 Les facteurs favorisant la maladie.

Les facteurs qui favorisent la maladie peuvent être internes, externes, (physiques, psychologiques, socio-économico-culturels et environnementaux ou de nuisance). Ce sont des facteurs de risque ou de nuisance pouvant porter atteinte à la santé de l'individu.

3.2.1 Les facteurs biologiques (physiologiques ou constitutionnels)

Ce sont les facteurs relatifs au terrain, c'est-à-dire à la biologie ou à l'organisme humain. Il s'agit :

- De l'âge (vieillard, enfant, adolescent) ;
- Du sexe (femme, notamment femme enceinte) ;
- De l'aspect physique (poids correspond à la taille), maigreur et

3.2.2 Les facteurs psychologiques, économique et socio-culturels

Ils ont trait :

- Aux soucis ;
- Au chômage ;
- À l'ignorance ;

3.2.3 Les facteurs environnementaux ou de nuisance

C'est l'ensemble des facteurs qui proviennent du milieu extérieur et qui favorisent l'attaque de l'organisme par des agents pathogènes ou physiques. Ce sont entre autres :

- L'eau polluée ou non potable ;
- Les ordures (ménagère et industrielles) ;

3.3. Les facteurs déterminant la maladie

Ce sont des facteurs responsables de l'apparition des maladies. Nous avons les :

- Les microbes ;
- Les parasites ;
- Les traumatismes ;

IV. AVANTAGES DE L'ETUDE DU MILIEU

L'étude du milieu permet :

- d'avoir à coup d'œil sur « le tableau de bord » du centre de santé ou de la structure sanitaire, toutes les informations utiles et nécessaires concernant l'aire sanitaire ou le bassin de desserte ;
- de connaître les problèmes sanitaires de la localité permettant ainsi de dégager les thèmes éducationnels en vue de sensibiliser la population ;
- à l'agent de santé, d'être en parfaite harmonie avec la population pour laquelle il travaille et de vivre en symbiose avec elle ;
- de disposer des données démographiques et épidémiologiques fiables et récentes sur le centre de santé ou la structure sanitaire pour la prise de décision au niveau local;
- de connaître les différentes composantes d'une communauté donnée afin de l'aider à mieux s'organiser.

V. ELEMENTS ENTRANT DANS LA CONDUITE DE L'ETUDE DU MILIEU

L'étude du milieu fait appel à plusieurs éléments . Nous citons quelques uns . Il faut signaler que la liste ci dessous n'est pas exhaustive. Ces éléments sont :

1. la cartographie de l'aire sanitaire ou du bassin de desserte ;
2. les données relatives à l'identification du centre ;
3. les données relatives aux ressources humaines ;
4. les données démographiques ;
5. les données relatives à l'hydrographie ;
6. les données relatives à l'éducation ;
7. les données sanitaires ;
8. les données relatives à l'agriculture et à l'alimentation ;
9. les données sociales , culturelles et spirituelles ;
- 10.les données relatives à la communauté.

5-1. La cartographie

Elle permet :

- _ de limiter l'aire sanitaire ou bassin de desserte;
- _ de disposer des informations récentes sur les voies de communication, les infrastructures socio économiques , culturelles et spirituelles
- _ à l'agent de santé de localiser les différents problèmes sanitaires de la localité.

5-2. Les données relatives à l'identification du centre

Elles constituent la « carte d'identité » de la structure sanitaire et concernent :

- _ le nom de la localité où est implanté la structure sanitaire ;
- _ la dénomination de la structure sanitaire (DR, CSR, CSU, CSUS) ;
- _ le code du centre de santé ;
- _ la date d'ouverture du centre de santé ;
- _ la localisation géographique de la structure sanitaire par rapport au district et à la région sanitaire.

5-3. les données relatives aux ressources humaines

Elles englobent l'ensemble des informations sur le personnel exerçant dans la structure sanitaire. Elles concernent :

- _ le nombre de médecins
- _ le nombre d'infirmiers et de sage-femmes spécialistes ;
- _ le nombre d'infirmiers et de sages-femmes diplômés d'Etat ;
- _ le nombre de techniciens supérieurs de santé;
- _ le nombre d'agents contractuels. etc

5-4. les données démographiques.

Elles sont l'ensemble des informations sur la population (sa structuration et sa situation géographique dans l'aire sanitaire ou le bassin de desserte). Elles sont également des informations sur les villages et campements dépendant de la structure sanitaire. Elles sont en rapport avec :

- _ la population totale de l'aire sanitaire (population actualisée);
- _ Le nombre des enfants de 0 à 11 mois : **4 %** de la population totale ;
- _ Le nombre des enfants de 0 à 5 ans : **20 %** de la population totale ;
- _ le nombre de femmes en âge de reproduction : (**20 %**) de la population totale ;
- _ le nombre de grossesses attendues ou femmes enceintes :(**5%**) de la population totale;
- _ le nombre de naissances attendues : (**3,5%**) de la population totale;
- _ le nombre d'enfant de 1 à 4 ans : (**17,32 %**) de la population totale;
- _ la population totale vivant dans un rayon de moins 5 km, entre 5 et 15 km et plus de 15 km ;
- _ le nombre d'enfants de 0 à 11 mois vivant dans un rayon de moins 5 km, entre 5 et 15 km et plus de 15 km ;
- _ le nombre de femmes enceintes vivant dans un rayon de moins 5 km, entre 5 et 15 km et plus de 15 km
- _ le nombre de villages et campements dans un rayon de moins de 5 km, entre 5 et 15 km et plus de 15 km.(Préciser leurs populations respectives ;
- _ la population totale des zones de silence sanitaire (zones se trouvant à plus de 15 km et dépourvues de structures sanitaires).

5-5. Les données relatives à l'hydrographie.

Elles sont l'ensemble des informations sur les cours d'eau et les puits (modernes et traditionnels) de l'aire sanitaire. Elles concernent :

- _ le nombre de fleuves, rivières et marigots etc. ;
- _ le nombre de puits traditionnels (préciser leur emplacement / aux latines)
- _ le nombre de pompes à motricité humaine ; (préciser le nombre de pompes fonctionnel ou non) ;
- _ le mode d'approvisionnement de la population en eau.(eau de surface ou eau de captage).
- _ les moyens de potabilisation de l'eau pratiqués par la communauté

5-6. les données relatives à l'éducation.

L'agent de santé doit connaître :

- _ le nombre d'écoles (préciser le nombre d'écoles privées, publiques et confessionnelles);
- _ le nombre d'écoles qui disposent de latrines ou wc (préciser le nombre de latrines ou WC fonctionnels ou non)
- _ le nombre des enseignants ;
- _ le nombre d'élèves (préciser le nombre de filles et de garçons) ;
- _ le nombre de cantines scolaires (préciser le nombre de cantines fonctionnels ou non),etc .

5-7. les données sanitaires et épidémiologiques

Elles sont en rapport avec :

- _ le nombre de structures sanitaires privées et publiques ;
- _ le nombre de cliniques médicales et infirmeries privées ;
- _ le nombre de pharmacies et de dépôts pharmaceutiques ;
- _ les principales maladies rencontrées dans l'aire sanitaire ;
- _ les principales maladies endémiques,etc.

5-8. les données relatives à l'agriculture et à l'alimentation

Elles concernent:

- _ les principales cultures pérennes de la localité (café, cacao,coton, hévéa, palmier à huile etc.) ;
- _ les principales cultures vivrières. (riz, igname, mil, manioc, etc) ;
- _ les principaux aliments de base de la population ;
- _ les interdits alimentaires de la communauté, etc.

5-9. Les données économiques, sociales , culturelles et spirituelles

Elles concernent:

- _ les jours de marché (précise les jours par village si possible);
- _ les noms des différents chefs de village, des chefs de terre, des notables

- _ la hiérarchisation de la communauté (organisation sociale). Qui décide pour la bonne marche de la communauté ? Comment sont transmises les informations et les décisions ? Qui les transmet ? Quand les transmet-on ?
- _ les responsables des différents groupes sociaux (femmes, jeunes, planteurs, cultivateurs,etc.).
- _ les noms des leaders d'opinion ;
- _ les responsables des associations à base communautaire
- _ les jours de repos ou jours tabout;
- _ les principales fêtes culturelles de la localité et les interdits y afférents ;
- _ Les noms des responsables d'associations de développement culturel et sportif ;
- _ les principales religions implantées dans l'aire sanitaire ;
- _ l'itinéraire thérapeutique de la communauté,etc.

5-10. les données relatives à la communauté

L'agent de santé doit repertorier et connaître :

- _ le nombre de cases de santé ;
- _ le nombre d'agents de santé communautaires (ASC);
- _ le nombre d'accoucheuses traditionnelles (AT) ;
- _ le nombre de guérisseurs traditionnels et si possible leur domaine de compétence ;
- _ le nombre des comités d'hygiène et le nom des présidents ;
- _ l'existence de comité local de lutte contre le SIDA ;
- _ le nombre de comités de gestion et leurs différentes compositions.

Conclusion

Au delà des soins classiques, le professionnel de santé exerçant dans un milieu social donné doit être un agent de développement. Ainsi, Il doit être un sensibilisateur, éducateur et informateur de la communauté sur sa santé et les différents moyens de préventions des maladies. L'étude monographique constitue donc pour lui un outils essentiel de sa performance et de son efficacité.

NUTRITION

Notions de base sur l'alimentation, la nutrition et

L'hygiène alimentaire

Objectif général

A la fin du cours, l'étudiant de la L1 doit être capable de connaître les notions de base sur l'alimentation, la nutrition et l'hygiène alimentaire.

Objectifs spécifiques

- 1) Définir sans erreur, les termes de bases utilisés dans l'alimentation et la nutrition.
- 2) Citer sans erreur, les différents groupes d'aliments tout en donnant trois exemples de chaque groupe.
- 3) Expliquer brièvement en s'appuyant sur le cours, la pyramide alimentaire
- 4) Définir à partir du cours, une alimentation équilibrée.
- 5) Dégager selon le cours, l'importance de l'activité physique sur la santé
- 6) Citer sans erreur, les cinq clefs pour une alimentaire plus sûre.
- 7) Décrire sans rien omettre, les bonnes pratiques d'hygiène alimentaire en utilisant les 5 clés pour une alimentation sûre.
- 8) Citer sans erreur, les pathologies liées au manque d'hygiène alimentaire en donnant pour chacune d'elle, les germes responsables et le mode de transmission.
- 9) Enumérez sans erreur, les maladies d'origine alimentaire en donnant deux exemples pour chacune d'elle.

Intérêt du cours

- La malnutrition constitue en Côte d'Ivoire un véritable problème de santé publique.
- Le dispositif de mise en œuvre des activités de nutrition souffre de l'insuffisance de personnes ressources compétentes.
- De nombreuses insuffisances sont constatées chez le personnel de santé dans le counseling des cas de malnutrition dans plusieurs structures sanitaires.

I. DEFINITIONS DES NOTIONS DE BASES UTILISEES DANS L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION

1.1 Nutrition

C'est un ensemble de réactions métaboliques par lesquelles l'organisme transforme et utilise les aliments pour obtenir tout ce dont il a besoin pour son bon fonctionnement et pour se maintenir en vie.

Le **métabolisme** étant l'ensemble des transformations qui s'accomplissent dans l'organisme vivant.

1.2 Alimentation

C'est l'action volontaire d'introduire les aliments dans l'organisme par la bouche

1.3 Aliment

C'est une substance naturelle complexe qui contiennent au moins deux nutriments.

1.4 Nutriment

C'est une substance chimique provenant de la transformation de l'aliment dans l'organisme.

1.4.1 Les macronutriments : ce sont des substances qui sont nécessaires en grande quantité au bon fonctionnement de l'organisme. (*Exemple : les protéines, lipides et glucide*).

1.4.2 Les micronutriments : ce sont des substances qui sont nécessaires en petite quantité au bon fonctionnement de l'organisme. (*Exemple : les vitamines, les sels minéraux et les oligo-éléments.*)

Tableau N°1 : Tableau comparatif des micronutriments et macronutriments

Micronutriments	Macronutriments
Vitamines, Minéraux	Protides, glucides, lipides
Présents dans les aliments en petites quantités	Présents dans les aliments en grande quantités
Essentiels	Essentiels
Ne fournissent pas d'énergie	Fournissent de l'énergie
Sont absorbés tels quels	Sont transformés pendant le processus de la digestion

1.5 Sécurité alimentaire

Il y a sécurité alimentaire lorsque « tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. » (FAO, 1996).

1.6 Calorie

C'est l'unité de mesure de la valeur énergétique ou de la quantité d'énergie contenue dans les aliments.

1.7 Besoin nutritionnel

C'est la quantité moyenne d'énergie et d'autres nutriments nécessaires chaque jour à l'organisme pour se maintenir en bon état de santé physique et psychique en tenant compte de son état physiologique, de son sexe, de son poids, de son âge et de l'activité physique.

1.8 Alimentation de remplacement

C'est le fait de nourrir l'enfant uniquement avec les substituts du lait maternel (lait commercialisé ou des préparations de lait d'origine animale ou végétale modifiées maison et enrichies en micronutriments).

1.9 Aliments de complément

Ce sont tous les aliments, qu'ils soient de fabrication locale ou manufacturée, qui sont utilisés comme compléments à l'allaitement ou aux substituts du lait maternel. Ces aliments sont recommandés pour les enfants de 6-24 mois.

1.10 Allaitement exclusif

C'est le fait de nourrir l'enfant uniquement avec le lait maternel sans ajout d'eau, de décoction, de jus de fruits, de lait, de tisane ou d'autres aliments à l'exception des médicaments prescrits. Il est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie.

1.11 Alimentation mixte.

C'est le fait de nourrir l'enfant avec le lait maternel en lui donnant en plus, du lait de substitution, des céréales ou des liquides (thé, jus, eau).

1.12 Digestion :

C'est le processus de transformation par l'appareil digestif des aliments en substances plus petites, les nutriments afin qu'ils soient absorbés et passer dans le sang.

1.13 Eau

C'est la principale composante du corps humain (60 % de la masse corporelle). Elle est nécessaire pour la digestion, l'absorption et les autres fonctions du corps. Elle est perdue régulièrement par la sueur, les urines et la transpiration.

II. LES GROUPES D'ALIMENTS

La valeur nutritionnelle du régime alimentaire dépend des différents aliments qui y figurent. A des fins pratiques, les aliments sont répartis en différents groupes qu'il faut consommer quotidiennement en combinaison pour avoir un régime équilibré et prévenir une malnutrition :

2.1 Groupe 1 : Aliments énergétiques

Ce sont des aliments de base et principale source d'énergie. Ils se composent de

- **Céréales** ; Exemples : blé, sorgho, maïs, riz, mil, millet...
- **Racines et tubercules** ; Exemples : igname, taro, manioc, banane plantain, patate douce, pomme de terre...
- **Les huiles et les matières grasses** ; Exemples : huile d'arachide, huile de soja, huile rouge de palme, huile de coton, huile de maïs, beurre, matières grasses animales...

2.2 Groupe 2 : Aliments de construction

1 Les produits d'origine animales : ils apportent des protéines de haute qualité.

Exemples : viandes, œufs, volailles, poisson, lait et produits laitiers, insectes.

7 Les protéines d'origine végétale.

Exemples : arachides, soja, lentilles, spiruline, champignons...

2.3 Groupe 3 : Aliments de protection

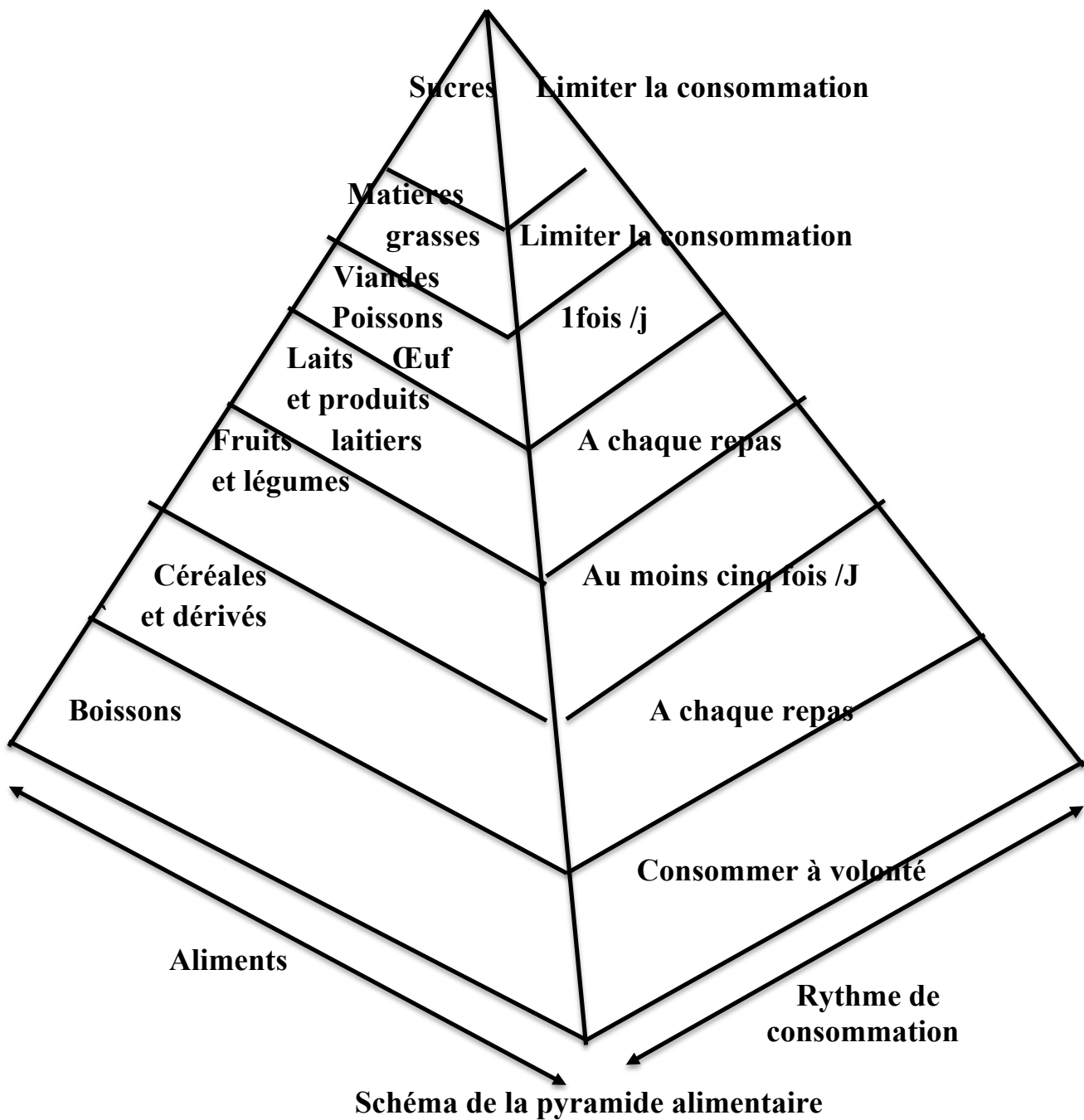
Ce sont les **fruits et légumes**. Ils sont une excellente source de vitamines et de sels minéraux. **Exemples** : feuilles d'oignon, feuilles de patate, carotte, tomate, orange, mangue...

Pour mener une vie saine, il faut consommer des aliments qui fournissent de l'énergie (lipides, glucides), qui favorisent la croissance et la réparation du corps (protéines) ainsi que ceux qui protègent contre les maladies (vitamines et sels minéraux).

Tableau n°II : Tableau récapitulatif des trois groupes d'aliments

Groupe I Aliments énergétiques (Fournissent de l'énergie) glucides et lipides	Aliments énergétiques de base	Céréales : blé, sorgho, maïs, riz, mil, sorgho, etc. Racines et tubercules : igname, taro, manioc, banane plantain, patate douce, pomme de terre, etc.
	Aliments énergétiques de force	Les huiles et les matières grasses : Huiles d'arachide, huile de soja, huile rouge de palme, huile de coton, huile de maïs, beurre, matières grasses animales, etc.
Groupe II Aliments de construction (Favorisent la croissance et la réparation du corps) Protéines	Protéines d'origine animale	viandes, œufs, volailles, poisson, lait et produits laitiers, insectes, crustacés, mollusques, etc.
	Protéines d'origine végétale:	arachides, soja, lentilles, haricots champignons, etc.
Groupe III Aliments de protection (Protègent contre les maladies) Vitamines et sels minéraux	Fruits	orange, mangue, papaye, mandarine, etc..
	Légumes	feuilles d'oignon, feuilles de patate, feuilles de manioc, carotte, tomate , etc.

III. LA PYRAMIDE ALIMENTAIRE



Autre schéma de la pyramide alimentaire : suivre le lien sous dessous

Source : <https://goo.gl/images/hu6d9W>

Explication de la pyramide alimentaire

Le schéma ci-dessus est une pyramide alimentaire avec une base large et un sommet rétréci. Il comporte deux versants : le versant de gauche représentant les différents aliments et celui de droite, le rythme de consommation des aliments

Les aliments à la base de la pyramide sont à consommer à volonté c'est à dire à grande quantité (exemple : boissons), et au fur et à mesure qu'on remonte au sommet, il faut diminuer la consommation (exemple : poissons viande) jusqu'à limiter la consommation (exemple : sucres et produits laitiers).

IV. DEFINITION DE L'ALIMENTATION EQUILIBREE

Une alimentation est dite équilibrée lorsqu'elle est « composée de toutes les substances nécessaires au bon fonctionnement de notre organisme. Elle doit donc apporter suffisamment de macro et de micronutriments. Elle doit comporter les différents groupes d'aliments (PNN, 2015, p.10).

V. IMPORTANCE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE SUR LA SANTE.

4.1 Importance institutionnelle.

❖ *La cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé* a approuvé en mai 2004 la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé dans la résolution WHA57.17 intitulé *stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Celle-ci recommande aux Etats membres d'élaborer des politiques et des plans d'action nationaux concernant l'exercice physique en vue d'accroître le niveau d'activité de leur population »

❖ La Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en mai 2008 la résolution et le Plan d'action sur la lutte contre les maladies non transmissibles.

4.2 Importance sanitaire.

❖ La sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale (6% des décès), juste après l'hypertension (13%), le tabagisme (9%) et l'hyperglycémie (6%). Sur le plan national, 5% de la mortalité est imputable à la surcharge pondérale et à l'obésité.

❖ La pratique régulière de l'activité physique réduit le risque de cardiopathie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral, de diabète de type II, d'hypertension, de cancer du côlon, de cancer du sein et de dépression.

❖ L'exercice physique est un déterminant essentiel de la dépense énergétique et est donc fondamental pour l'équilibre énergétique et le contrôle du poids.

VI. Les 5 clés pour des aliments plus sûrs et les risques liés au manque d'hygiène alimentaire.

1^{ère} clés : Prenez l'habitude de la propreté

2^{ème} clés : Séparez les aliments crus des aliments cuits

3^{ème} clés : Faites bien cuire les aliments

4^{ème} clés : Maintenez les aliments à bonne température

5^{ème} clés Utilisez de l'eau et des produits surs

Télécharger le schéma des cinq clés

Suivre le lien : www.who.int/foodsafety/consumer/5keys/en/index.html

VII. LES BONNES PRATIQUES D'HYGIENE ALIMENTAIRE EN UTILISANT LES 5 CLES POUR UNE ALIMENTATION SURE

Les règles d'hygiène pour assurer une préparation et une conservation saines des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants sont :

7.1 Prenez l'habitude de la propreté

- _ Lavez vos mains avec du savon et de l'eau propre avant de toucher les aliments et relavez-les souvent pendant que vous faites la cuisine ;
- _ Lavez vos mains avec du savon et de l'eau propre après être allé aux toilettes, après avoir changé le bébé ou après un contact avec les animaux
- _ Lavez proprement toutes les surfaces et le matériel à utiliser pour la préparation de la nourriture ou pour la servir ;
- _ Conservez la nourriture dans des récipients couverts ;
- _ Tenez les insectes, les rongeurs et les animaux à l'écart des aliments et de la cuisine.

7.2 Séparer les aliments crus des aliments cuits

- _ Séparer la viande, la volaille, le poisson cru et les fruits de mer (crabes, crevettes...) des autres aliments ;
- _ Ne réutilisez pas pour d'autres aliments le matériel et les ustensiles tels que les

couteaux et les planches à découper que vous venez d'utiliser pour les aliments crus, si possible laver les proprement à l'eau et au savon après chaque utilisation

- _ Eviter le contact entre les aliments crus et les aliments prêts à être consommés.

7.3 Faire bien cuire les aliments

- _ Faites bien cuire les aliments surtout la viande, la volaille, les œufs, le poisson et les fruits de mer ;
- _ Portez les mets tels que: la soupe et les ragouts à ébullition pour vous assurer qu'ils ont atteint au moins 70 °C (à cœur). Pour la viande et la volaille, assurez-vous que les jus sont clairs et pas roses ;
- _ Faites bien réchauffer les aliments déjà cuits (réchauffer entièrement, faire bouillir ou chauffer jusqu'à une température très élevée, remuer pendant le réchauffage).

7.4 Garder la nourriture à température sûre

- _ Ne laissez pas des aliments cuits plus de deux heures à la température ambiante ;
- _ Ne conservez pas la nourriture trop longtemps même dans un réfrigérateur pendant plus de trois jours ;
- _ Réfrigérez rapidement tous les aliments cuits et les denrées périssables (de préférence à moins de 5°C) ;
- _ Ne décongelez pas les aliments surgelés à température ambiante mais faire une décongélation au réfrigérateur ou au four à micro-onde ;
- _ Préparez fraîchement la nourriture pour les nourrissons et les enfants et ne les conservez pas après cuisson.
- _ Maintenez les aliments cuits très chaud jusqu'au moment de les servir (60°C à l'extérieur).

7.5 Utiliser de l'eau et des aliments frais

- _ Utilisez de l'eau propre ou la traiter pour la rendre potable, sure de façon à écarter tout risque microbien ;
- _ Choisissez des aliments frais et sains ;

- _ Préférez des aliments traités de telle façon qu'ils ne présentent plus de risque comme, par exemple, le lait pasteurisé ou stérilisé ;
- _ Lavez les fruits et les légumes dans de l'eau propre, sûre, surtout si vous les consommez crus ;
- _ N'utiliser pas d'aliments au-delà de la date de péremption.

VIII. LES PATHOLOGIES LIEES AU MANQUE D'HYGIENE ALIMENTAIRE AVEC LES GERMES RESPONSABLES ET LEUR MODE DE TRANSMISSION

Maladies d'origine alimentaire	Germes responsables	Mode de transmission
Diarrhée à rotavirus	Rotavirus	Exercice de groupe
Cholera	Vibron cholérique	Exercice de groupe
Fièvre Typhoïde	Bactéries : Salmonella typhi et Salmonella paratyphi	Exercice de groupe
Dysenterie amibienne	Bactéries : Shigella, E. Coli Campylobacter et Salmonella.	Exercice de groupe
Hépatite A	virus de l'hépatite A	Exercice de groupe
Amibiase intestinale	Entamoeba histolytica	Exercice de groupe

IX LES MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE

Il existe deux groupes de maladies d'origine alimentaire :

9.1 Les maladies par carence alimentaire ou déficit de nutriments

Elles sont des maladies qui surviennent à la suite d'une insuffisance ou d'un manque de nutriment (micro et macronutriments) dans l'organisme.

Exemples : Kwashiorkor, marasme, goitre et anémie

9.2 Les maladies par excès alimentaire ou maladie de surcharge.

Ce sont les maladies qui surviennent à la suite de consommation exagérée de certains nutriments (macro et micronutriments)

Exemples : Diabète et obésité

Tableau N° 2 : Tableau récapitulatif des maladies d'origine alimentaire

Les maladies par carences alimentaires	La malnutrition proteino calorique	Marasme ; kwashiorkor
	Les anémies nutritionnelles	Anémie ferriprive ou anémie par carence en fer
	Les troubles liés à une carence en iode	Goitre endémique
	Les carences vitaminiques	Avitaminose A : Kératite (inflammation de la partie noire de la cornée) ; Desquamation de la peau etc.
		Avitaminose B Œdèmes ; Tachycardie (accélération du rythme cardiaque).
		Avitaminose C : Asthénie (fatigue) ; Gingivite (inflammation des gencives)
Avitaminose D : Déformation osseuse ; Hypotonie musculaire etc.		
Avitaminose E: Stérilité ; Accouchement prématuré, etc. .		
Les maladies par excès alimentaires ou maladies de surcharge	Obésité	Excès de graisse répartie de façon généralisée dans les diverses zones de l'organisme.
	Diabète	Augmentation de la glycémie (concentration de glucose dans le sang).

**SYSTEME NATIONAL DE SANTE ET PROGRAMMES
NATIONAUX DE SANTE**

Objectif général

A la fin du cours, l'étudiant de la L1 doit être capable de connaître le système de santé ivoirien et la politique sanitaire nationale qui guident les actions du Ministère de la santé.

Objectifs spécifiques

- 1) Définir selon le cours, les concepts (système, système de santé)
- 2) Décrire à partir du cours, les caractéristiques d'un système de santé ;
- 3) Enumérer en se basant sur le cours, trois objectifs du système de santé ;
- 4) Décrire brièvement selon le cours, les différentes composantes du système de santé ;
- 5) Décrire en quelques lignes et selon le cours, chacune des différentes étapes du système sanitaire ivoirien, de la période d'avant l'indépendance à la période post-indépendance ;
- 6) Enoncer les problèmes prioritaires actuels du système de santé ivoirien ;
- 7) Enoncer à partir du cours, le rôle essentiel des partenaires mondiaux pour la santé

INTRODUCTION

La santé, préalable à toute activité humaine, est l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Pour répondre aux besoins de santé, la collectivité dispose de moyens qui mettent en œuvre des actions. Parmi ces moyens, l'on peut distinguer le système national de santé. Le résultat poursuivi par un système santé est de protéger la santé des individus, des familles et des communautés en leur assurant des prestations que nécessite leur état.

Dans l'esprit de la santé pour tous et des soins de santé primaires, ceci implique qu'un système de santé doit être capable de garantir la prise en charge des soins essentiels, accessibles, acceptables avec la participation des usagers et au moindre coût. Tout cela nécessite une organisation, donc une politique de santé.

Etant donné l'importance de l'histoire pour mieux comprendre le présent et envisager l'avenir, il est nécessaire que la genèse du système de santé de la Côte d'Ivoire soit connue des futurs professionnels de santé.

I. DEFINITIONS DES CONCEPTS

I.1. *Système*

Un système est un ensemble d'éléments reliés et interagissant qui forment un tout unifié, œuvrant vers un objectif commun.

I.2. *Système de santé*

C'est un ensemble de moyens stratégiques, organisationnels, infrastructurels, humains, matériels et financiers mis en place par un Etat pour satisfaire les besoins de santé de la population.

II. CARACTERISTIQUES D'UN SYSTEME DE SANTE

2.1. *La globalité*

Un système de santé est dit global lorsqu'il ne privilégie pas certains aspects au détriment des autres. En particulier, il ne doit pas négliger la prévention de la maladie et la promotion de la santé au profit des soins curatifs.

2.2. *L'accessibilité*

Un système de santé doit être physiquement et financièrement accessible à tous.

L'accessibilité physique signifie l'existence de structures sanitaires à proximité des lieux d'habitation des populations.

Exemple : la construction d'un centre de santé dans un rayon de moins de 5 kilomètres de chaque village ou au besoin la stratégie avancée.

Quant à l'accessibilité financière, elle signifie que la participation financière aux frais de santé doit être adaptée à la capacité contributive de chacun.

Exemple : médicaments à bon prix

2.3. *L'équité*

Un système de santé est dit équitable lorsqu'il est accessible à tous dans les mêmes proportions sans discrimination.

2.4. *L'acceptabilité*

Un système de santé est acceptable lorsqu'il a l'assentiment de la population ; c'est-à-dire que les méthodes utilisées sont compatibles avec les caractéristiques culturelles et les ressources de la communauté.

2.5. L'efficacité

Un système de santé est efficace lorsqu'il produit les résultats attendus. Un tel système est capable de produire les meilleurs résultats possibles par rapport aux efforts fournis. Cette efficacité peut être mesurée par le calcul des taux.

Exemple : le taux de mortalité, espérance de vie, taux de morbidité, etc.....

2.6. L'efficience

Un système de santé efficient ou productif est un système de santé qui permet d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour le plus faible coût possible.

2.7 Le caractère planifiable et évaluable

Un système de santé planifiable doit pouvoir permettre de déterminer les ressources disponibles et de choisir les solutions aptes à résoudre les problèmes de santé de la population. Quant à son caractère évaluable, il tient à la capacité du système de santé à pouvoir apprécier une situation qui prévaut en vue de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs préalablement fixés.

2.8. La réactivité

Un système de santé est dit réactif lorsqu'il peut se modifier constamment pour s'adapter à l'évolution des besoins.

2.9. La liberté

Il s'agit d'une part de la liberté pour le malade de pouvoir s'adresser à la structure et à l'agent de santé de son choix.

D'autre part, l'agent de santé doit avoir une liberté de prescription. Il reste bien entendu que cette liberté doit être contrôlée pour éviter de mettre en péril la santé des populations.

III. LES OBJECTIFS D'UN SYSTEME DE SANTE

- _ Restaurer la santé, c'est-à-dire offrir des soins aux individus malades ;
- _ Assurer la prévention des maladies, c'est-à-dire contribuer à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents ;
- _ Assurer la promotion de la santé en mettant en œuvre des méthodes destinées à augmenter le capital santé de la population.

IV. LES COMPOSANTES D'UN SYSTEME DE SANTE

4.1. *Structure organisationnelle*

Le système de santé est organisé de sorte à offrir trois types de soins :les soins primaires, les soins secondaires et les soins tertiaires.

4.2. *Prestation des services*

Il s'agit de l'offre de soin aux bénéficiaires. Elle varie en fonction :

- _ Des fournisseurs privés (à but tant lucratif que non lucratif) et des fournisseurs publics ;
- _ De l'importance et la portée de la médecine traditionnelle ou des soins informels ;
- _ Du degré de satisfaction des attentes des bénéficiaires de soins.

4.3 *Ressources humaines pour la santé*

Il s'agit entre autres des travailleurs médicaux au sein des systèmes de santé publics et privés qui font du travail clinique, ainsi que des personnes qui travaillent dans les domaines de la santé publique et de la recherche.

Les ressources humaines pour la santé englobent également les travailleurs non médicaux qui assurent la gestion et le soutien.

4.4. *Financement et systèmes d'assurance*

- _ Dépenses du gouvernement pour le système de santé ;
- _ Dépenses du secteur privé pour la santé ;
- _ Participation des ménages aux dépenses de santé ;
- _ Contribution des partenaires au développement dans le secteur de la santé ;
- _ Part de contribution des régimes d'assurance-maladie.

4.5. *Système d'information sur la santé*

C'est un ensemble organisé de structures, d'institutions, de personnels, de procédures, de méthodes et d'équipements permettant de fournir l'information nécessaire à la prise de décision, à la gestion des programmes sanitaires et au développement des systèmes de santé. Il englobe à la fois le secteur public et le secteur privé du système national de santé.

4.6. Achats, logistique et systèmes d'approvisionnement

C'est la mise à disposition et l'accès facile aux médicaments, aux fournitures et au matériel essentiels. Cela suppose des politiques et des prévisions appropriées, des systèmes d'achat et de distribution efficaces et la saine gestion des stocks, entre autres.

4.7. Recherche sur les systèmes de santé

C'est une activité de collecte, d'analyse et d'interprétation des données sanitaires qui permet aux décideurs de cerner les faiblesses des systèmes de santé et de les corriger.

V. Historique de la mise en place du système national de santé de la Côte d'Ivoire

Le système de santé ivoirien est marqué par deux grandes périodes à savoir :

- _ La période d'avant l'indépendance ;
- _ La période d'après l'indépendance.

5.1. Période d'avant l'indépendance.

5.1.1 Organisation du système de santé colonial

L'objectif principal de ce système colonial était de maintenir en bonne santé la main d'œuvre destinée au développement économique qui était prioritaire.

On distinguait certaines structures urbaines destinées aux Européens et Syriens puis d'autres, rurales, légères et préventives destinées aux autochtones pour assurer la vaccination, hygiène du milieu et la prophylaxie.

Pour le fonctionnement, ces structures préventives étaient confiées à l'Assurance Médicale Indigène (AMI) avec son service mobile et de prophylaxie créés respectivement en 1905 et 1931 pour lutter contre les grandes endémies.

5.1.2 Prestation des services

Les services offerts aux populations étaient constitués par :

- _ L'organisation de l'hygiène collective ;
- _ La prophylaxie des grandes endémies.

❖ L'organisation de l'hygiène collective

Elle a consisté à déterminer les champs d'activités et les moyens à mettre en œuvre pour lutter efficacement contre l'insalubrité du milieu de vie.

Elle a concerné :

- _ Le confort et hygiène de l'habitat ;
- _ L'hygiène en milieu scolaire ;
- _ L'hygiène au niveau des marchés ;
- _ L'assainissement du milieu ;
- _ L'approvisionnement en eau potable.

❖ *La prophylaxie des grandes endémies*

Les actions de prophylaxie ont porté sur :

- _ Le dépistage des cas de maladies ;
- _ Les mesures préventives : vaccination, isolement etc.
- _ Le traitement des cas dépistés ;
- _ Les stratégies fixes et mobiles.

5.1.3 Ressources humaines pour la santé

Les ressources humaines pour la santé étaient en nombre réduit. En **1960**, l'effectif global du personnel de santé était moins de 400.

Le personnel africain était formé sur le tas et à l'école de médecine Jules CARDE de Dakar au Sénégal ouverte en 1918.

De 1958 en 1960, la formation du personnel qualifiée se déroulait en France pour certains et à Dakar pour d'autres.

5.1.4 Financement du système de santé

Le financement du système de santé était assuré par l'administration coloniale.

5.1.5 Infrastructures sanitaires

Le système de santé colonial était caractérisé par une infrastructure minimale de base.

En 1902, il y avait un dispensaire de 23 lits (Grand Bassam)

En 1960 on notait :

- _ 2 hôpitaux : l'hôpital central du Plateau et l'hôpital annexe de Treichville,
- _ 9 petits hôpitaux,
- _ 14 centres de santé,
- _ 1 service de santé scolaire,
- _ 1 service d'hygiène.

5.2. Période post-indépendance

Elle comprend trois (03) périodes :

5.2.1 Période de 1960 à 1980

L'objectif principal de ce système post-colonial était la consolidation des acquis :

- _ Les Infrastructures,
- _ Le personnel,
- _ Le financement

Les structures d'accueil et de soins étaient localisées dans les centres urbains.

❖ *Infrastructures sanitaires*

La capacité d'hospitalisation était de 6.470 lits entre 1976 et 1980. L'on dénombrait au niveau des infrastructures sanitaires :

- _ 03 CHU (Cocody, Treichville, Yopougon) ;
- _ 82 Hôpitaux généraux dans les chefs-lieux de préfecture ;
- _ 720 structures de base (centre de santé dans les Sous-préfectures) ;
- _ 26 bases de secteur de santé rurale ;
- _ 01 faculté de médecine à Abidjan ;
- _ 01 faculté de pharmacie à Abidjan ;
- _ 01 institut de cardiologie à Abidjan ;
- _ 01 Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) à Abidjan ;
- _ 01 institut Raoul Follereau à Adzopé (IRF) ;
- _ 01 institut d'odontostomatologie à Abidjan ;
- _ 01 Ecole Nationale d'Infirmier et Sage-femme à Abidjan ;
- _ 01 Institut National d'Hygiène Publique (INHP) à Abidjan ;
- _ 01 Institut National de Santé Publique (INSP) à Abidjan ;
- _ 01 Centre de Transfusion Sanguine (CTS) à Abidjan.

La prestation des services était organisée selon deux (02) volets :

- _ Un volet orienté sur les soins curatifs avec pour caractéristique essentielle, la gratuité des soins.

- _ Un autre volet préventif basé sur une assistance médicale visant la lutte contre les grandes endémies (pian, trypanosomiase, lèpre, onchocercose etc.) d'où la notion de grandes endémies.

Pendant cette période, l'accent était mis sur les soins curatifs, le renforcement du dépistage des endémies.

❖ *Ressources humaines pour la santé*

L'effectif global est passé de moins de 400 en 1960 à plus de 10.000 en 1980, réparti comme suit :

- _ 1106 Médecins ;
- _ 93 Pharmaciens ;
- _ 162 Chirurgiens dentistes ;
- _ 1632 Sages-femmes ;
- _ 4436 Infirmiers (tous grades confondus).

❖ *Financement du système de santé*

A cette période, le financement était du ressort exclusif de l'Etat ivoirien. Le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé sur cette période est passé de trois (03) milliards à trente sept (37) milliards de FCFA.

Les investissements quant à eux, sont passés de 3,2 milliards à 6 milliards sur la même période.

5.2.2 Période de 1980 à 1990

Cette période a été marquée par la chute du cours des produits agricoles contraignant le gouvernement ivoirien à mettre en place un plan d'ajustement structurel dans différents domaines dont celui de la santé.

5.2.3 Période de 1991 à 2006

Cette période est caractérisée par :

- _ un environnement physique et économique défavorable ;
- _ une prédominance de maladies infectieuses et parasitaires représentant 60% de la mortalité ;.

- _ Une recrudescence et une extension des grandes endémies tels que le pian, la lèpre, la tuberculose, la dracunculose, l'ulcère de Burili... etc.
- _ une émergence et une propagation des maladies fortement liées à la modernisation de nos sociétés, à la modification des modes de vie, à l'urbanisation et aux difficultés d'adaptation et d'insertion (HTA, accident de la voie publique, drogue, alcoolisme, stress, troubles psychiques, etc.) ;
- _ un taux très élevé de la mortalité maternelle selon les régions ;
- _ un taux de mortalité de 10 à 15% chez les adultes et les jeunes lié au SIDA ;
- _ une recrudescence de la tuberculose à cause de l'infection à VIH (2 tuberculeux sur 3 sont porteurs du virus de SIDA) ;

✓ **Entre 1991 à 1993.** Il ya eu :

- _ La définition d'une véritable politique orientée sur les Soins de Santé Primaires.
- _ L'accroissement et l'amélioration des infrastructures sanitaires et le développement d'un partenariat avec les divers organismes, partenaires au développement (Banque Mondiale, UNICEF, OMS).

✓ **De 1994 à 1997**

Les réformes engagées se sont traduites par :

- _ Le renforcement de la politique des médicaments essentiels génériques par le biais de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique ;
- _ Le renforcement de la politique de recouvrement des coûts des actes de santé avec la création de 800 comités de gestion qui participent au choix des priorités pour l'utilisation des ressources additionnelles générées (engendrées) par les formations sanitaires ;
- _ Le renforcement de la politique de la santé de reproduction SR/PF. Cette politique avait pour objectif d'accorder la priorité à la santé de la mère et de l'enfant comme le stipule l'initiative de Bamako (SSP/IB, 1987-1988). ;
- _ Le renforcement de la politique de réhabilitation des infrastructures sanitaires et des plateaux techniques. Il s'agit de rendre les structures

sanitaires vieillissantes plus fonctionnelles et de doter les formations sanitaires en équipements, en matériels techniques en quantité et en qualité pour un rendement plus efficace ;

- _ Le renforcement de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP).

VI. LES PROBLEMES PRIORITAIRES DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN

Des priorités nouvelles ont été définies au cours de la période 1994-1997. Elles portent sur :

- _ Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- _ La mise en place d'un système général d'assurance maladie, ;
- _ La promotion des ressources humaines ;
- _ Le renforcement du système de recouvrement des coûts des actes de santé ;
- _ L'amélioration et le développement de structures de formation ;
- _ L'établissement des bases d'une politique axée sur la participation communautaire des soins de santé ;

La période 1994-1997 a vu la naissance d'un véritable système de santé national et d'une politique de santé.

VII. PARTENARIATS MONDIAUX POUR LA SANTE (PMS)

Face aux difficultés économiques de certains pays, le recours aux partenaires au développement est souvent nécessaire pour améliorer le fonctionnement des systèmes de santé dans le cadre de partenariats mondiaux.

CONCLUSION

Le système de santé ivoirien a une histoire qui mérite d'être connue par l'ensemble des professionnels de santé et particulièrement les infirmiers et les sages-femmes qui sont les principaux animateurs du niveau périphérique de ce système de santé.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)
Généralités sur la vaccination

Objectif général

A la fin du cours, l'étudiant de la L1 doit être capable de connaître le Programme Élargi de Vaccination.

Objectifs spécifiques

- 1) Définir en s'appuyant sur le cours, les différents concepts liés à la vaccination ;
- 2) Citer en se basant sur le cours les maladies cibles du programme élargi de vaccination
- 3) Décrire selon le cours, les différents vaccins du PEV Ivoirien
- 4) Expliquer très succinctement l'organisation du PEV de Côte d'Ivoire ;
- 5) Expliquer selon le cours le concept de la sécurité des injections
- 6) Décrire à partir du cours, la manifestation adverse post immunisation (MAPI) ;
- 7) Décrire en s'appuyant sur le cours, la chaîne du froid (CDF).

Intérêt du cours

- Le nombre élevé d'enfants non encore atteints par la vaccination : 19,5 millions dans le monde en 2016. **(AMP&DC-PEV, 2019).**
- 130 des pays du monde sur 194 ont une couverture DTC-HepB- Hib 3 > 90%. **(AMP&DC-PEV, 2019).**
- Il y a des insuffisances dans la qualité des services en termes de : planification, stratégie, logistique, approvisionnement, formation, supervision, monitoring, lien avec la communauté. **(AMP&DC-PEV, 2019).**
- Il y a un écart entre les objectifs et les appuis financiers. **(AMP&DC-PEV, 2019)**
- La prévalence de l'hépatite B est estimée à 09,4% dans la population générale et 22 % chez les enfants de moins de 5 ans en Côte d'Ivoire. **(AMP&DC-PEV, 2019)**

I. DEFINITIONS DES CONCEPTS LIES A LA VACCINATION

I.1 Vaccin

C'est une substance qui détermine dans l'organisme un état de résistance à une maladie donnée en faisant appel à ses défenses propres avec l'avantage d'être plus durable que l'efficacité d'un sérum.

1.2 Vaccination

C'est un processus qui consiste à administrer une substance biologique à un organisme vivant en vue de stimuler chez celui-ci l'apparition d'une immunité spécifique vis-à-vis d'une ou de certaines maladies. Cette substance biologique peut être composée :

- _ soit d'une partie d'un agent infectieux ;
- _ soit de la totalité d'un agent infectieux mais sous une forme atténuée ;
- _ soit d'une anatoxine, c'est-à-dire la toxine de l'agent infectieux dont on a détruit la toxicité.

1.3 Vaccin vivant atténué

Un vaccin vivant atténué est produit à partir de souches non pathogènes, dont la virulence a été atténuée à la suite de passages en culture cellulaire ou sur œufs embryonnés. C'est le cas des vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, la fièvre jaune et du vaccin oral contre la fièvre typhoïde.

1.4 Vaccin inactivé (ou tué)

C'est un vaccin constitué d'organismes tués par la chaleur ou un agent chimique. C'est le cas du vaccin injectable contre la poliomyélite, des vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'*Haemophilus influenza* de type B, l'hépatite A, l'hépatite B, le pneumocoque, la grippe, l'encéphalite à tiques d'Europe centrale, et la méningite à méningocoques A, C, W, Y.

1.5 Population cible

C'est la population bénéficiaire d'un programme d'activités. Dans le cas spécifique de la vaccination, il s'agit des sous-groupes de la population qui sont habilités à recevoir les doses d'un vaccin donné.

II. LES MALADIES CIBLES DU PEV IVOIRIEN

1. La tuberculose ;
2. La diphtérie ;
3. Le tétanos ;
4. La coqueluche ;
5. L'hépatite B ;

6. La méningite à haemophilus influenzae de type B ;
7. La poliomyélite ;
8. La rougeole ;
9. La rubéole ;
10. La fièvre jaune ;
11. La diarrhée à rotavirus ;
12. Les infections à pneumocoque (méningites, pneumonies, bactériémies, otites moyennes, les sinusites et les bronchites).
13. Le Papilloma Virus Humaine (contre le cancer de col)

III. DESCRIPTION DES DIFFERENTS VACCINS DU PEV

3.1 Le BCG : Bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)

Type de vaccin	Bactérien vivant
Période d'inoculation	A la naissance
Rappel	Aucun
Réactions indésirables	Abcès local, lymphadénopathie régionale ; rarement : propagation à distance engendrant une ostéomyélite, une pathologie généralisée
Précautions particulières	L'Intra Dermo Réaction (IDR) précise est indispensable. Une seringue et une aiguille spéciales sont utilisées pour l'administration
Dose à injecter	0,05ml
Point d'administration	Face externe du haut du bras ou épaule gauche
Voie d'administration	Intradermique
Conservation	entre 2°C et 8°C.

3.2 Le Vaccin anti hépatite B pédiatrique :

Type de vaccin	Vaccin monovalent pédiatrique.
Présentation	Sous forme liquide en flacon de 10 doses
Période d'inoculation	A la naissance ou dans les 24 à 72 heures qui suivent la naissance pour les enfants nés à domicile (recommandation OMS)
Rappel	Aucun
Réactions indésirables	Douleur, gonflement au point d'injection, irritabilité et/ou fièvre ; Réactions allergiques sévères très rares
Contre indication	Réaction anaphylactique à une dose précédente

Dose à injecter	0,5ml
Point d'administration	Face la face antérolatérale de la cuisse.
Voie d'administration	Intramusculaire
Conservation	Entre +2°C et 8°C. Ne pas congelé

3.3 Le DTCHepBHib (vaccin contre la diphtérie, le tétanos néonatal, la coqueluche, l'hépatite B, la méningite à haemophilus influenzae de type B

Type de vaccin	Vaccin pentavalent
Nombre de doses	Trois
Période d'inoculation	6,10 et 14 semaines après la naissance
Contre-indications	Ne pas utiliser à la naissance
Réactions indésirables	Réactions locales ou générales bénignes sont fréquentes
Dose à injecter	0,5 ml
Point d'administration	Chez le nourrisson : à mi-hauteur de la face externe de la cuisse/ Chez l'enfant : à la face externe du haut du bras
Voie d'injection	Intramusculaire
Conservation	entre 2°C et 8°C.

3.4 Le VPO : Vaccin Polio Oral (vaccin contre la poliomyélite)

Type de vaccin	Vaccin vivant
Nombre de doses	Quatre dans les pays d'endémie (y compris la dose administrée à la naissance)
Période d'inoculation	Naissance, 6,10 et 14 semaines
Réactions indésirables	Très rarement, une poliomyélite paralytique (environ 2 à 4cas par million d'enfants vaccinés)
Précautions particulières	Les enfants qui présentent des syndromes d'immunodéficience congénitale rare doivent recevoir le VPI plutôt que le VPO
Dose à injecter	2 gouttes
Rappel	Doses supplémentaires administrées dans le cadre des activités d'éradication de la poliomyélite
Conservation	entre 2°C et 8°C.

3.5 Le VPI : Vaccin Polio Inactivé

Type de vaccin	Vaccin inactivé
Nombre de doses	Dose unique à 14 semaines
Présentation	Sous forme injectable
Réactions indésirables	Très rarement, une poliomyélite paralytique (environ 2 à 4 cas par million d'enfants vaccinés)
Précautions particulières	En cas de doute sur la congélation d'un flacon, il ne doit pas être utilisé. Ne jamais injecter le vaccin dans la fesse.
Volume de la dose	0,5 ml
Rappel	Aucun
Point d'administration	La face antéro externe de la cuisse droite
Voie d'administration	Intra musculaire (IM)
Conservation	Entre 2°C et 8°C. Il ne doit pas être congelé

3.6 Le Rotarix (vaccin contre la diarrhée à rotavirus)

Type de vaccin	Un vaccin vivant atténué.
Présentation	sous forme liquide en flacon monodose (tube de 2ml)
Effets secondaires	Parfois l'irritabilité et la perte de l'appétit
Contre-indications	Hypersensibilité après une administration antérieure du vaccin, antécédent d'invagination intestinale, immunodépression, diarrhée et vomissements.
Nombre de doses	Deux
Période d'inoculation	6 et 10 semaines après la naissance
Rappel	Aucun
Dose à injecter	2 ml
Voie d'administration	Orale
Conservation	entre 2°C et 8°C.

3.7 Le PCV13 : Vaccin antipneumococcique conjugué

(Vaccin contre les Infections à pneumocoque (méningites, pneumonies, bactériémies, otites moyennes, sinusites et bronchites).

Type de vaccin	Vaccin conjugué à la protéine de polysaccharide
Présentation	Sous forme liquide en flacon monodose
Nombre de doses	Trois
Période d'inoculation	6,10 et 14 semaines après la naissance
Rappel	Aucun
Contre-indications	Hypersensibilité connue à une dose antérieure
Réactions indésirables	Réactions locales (rougeurs, douleurs et tuméfactions), fièvre
Dose à injecter	0,5 ml
Point d'administration	Le muscle antérolatéral de la cuisse
Voie d'administration	Intramusculaire
Conservation	Entre 2°C et 8°C. Ne jamais congeler

3.8 Le RR : (Vaccin contre la Rougeole et la Rubéole)

Type de vaccin	vaccin vivant atténué
Nombre de doses	Une dose, 2 ^{ème} possibilité au plus tôt un mois après la 1 ^{ère} dose
Période d'inoculation	Entre 9 et 11 mois dans les pays où la rougeole est fortement endémique
Rappel	Une 2 ^{ème} possibilité de vaccination anti rougeoleux est recommandée (dans la routine ou lors de campagnes)
Réactions indésirables	Malaise, fièvre, rash cutané au bout de 5 à 12 jours, rarement encéphalite, anaphylaxie
Précautions particulières	Aucune
Dose à injecter	0,5 ml
Point d'administration	A mi-hauteur de la face externe de la cuisse/haut du bras selon l'âge
Voie d'administration	Sous-cutanée
Conservation	entre 2°C et 8°C.

3.9 Le VAA : Vaccin antiamaril (contre la fièvre jaune)

Type de vaccin	vaccin vivant
Rappel	Le règlement sanitaire international exige un rappel tous les 10 ans
Nombre de doses	Une dose
Réactions indésirables	Hypersensibilité aux œufs ; rarement, encéphalite chez le très jeune enfant ; insuffisance hépatique
Période d'inoculation	A 9 mois avec le vaccin anti rougeoleux
Précautions particulières	Ne pas administrer avant l'âge de 6 mois ; éviter durant la grossesse
Dose à injecter	0,5 ml
Point d'administration	Haut du bras droit
Voie d'administration	Sous-cutanée
Conservation	entre 2°C et 8°C.

3.10 Le VAT de la femme enceinte : Vaccin antitétanique (contre le tétanos)

Type de vaccin	Anatoxine
Rappel	Après les deux premières doses
Nombre de doses	Au moins deux doses initiales
Réactions indésirables	Réactions locales ou générales bénignes courantes dont la fréquence augmente avec le nombre de doses
Période d'inoculation	Des le premier contact avec un service de vaccination
Précautions particulières	Diminuer la teneur en anatoxine
Volume de la dose	0,5 ml
Point d'administration	Face externe du haut du bras
Voie d'administration	Intramusculaire
Conservation	Entre 2°C et 8°C. Ne pas congeler

3.11 Le HPV : Vaccin contre le Papilloma Virus Humain (cancer de col)

Type de vaccin	Vaccin quadrivalent
Présentation	Sous forme liquide en flacon d'une dose (monodose)
Nombre de doses	Deux ou trois doses selon les cas
Population cible	Jeunes filles âgées de 9 ans
Dose recommandée	0,5 ml
Point d'administration	Région du deltoïde (partie supérieure) du bras gauche.
Voie d'administration	Intramusculaire
Conservation	Entre +2°C et +8°C. Ne pas congeler

IV ORGANISATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)

Les Programmes nationaux de vaccination (PEV) ont été recommandés aux Etats par **l'Organisation mondiale de la santé** en 1974 pour rendre les **vaccins** accessibles à tous les enfants du monde et les femmes enceintes.

4.1. Missions

- _ Assurer l'immunisation totale des enfants de moins d'un an dans toutes les régions du monde ;
- _ Éradiquer globalement la poliomyélite ;
- _ Réduire le tétanos maternel et néonatal jusqu'à un taux d'incidence de moins de 1 cas pour 1000 naissances ;
- _ Étendre tous les nouveaux vaccins et les interventions préventives de santé pour les enfants dans toutes les régions du monde ;

4.2. Population cible vaccinale en Côte d'Ivoire

- _ Les enfants de 0 et 11 mois ;
- _ Les femmes enceintes.
- _ Les jeunes filles de 9 ans

4.3. Contre-indications vaccinales

- _ Ne pas administrer la 2^e ou la 3^e dose d'un vaccin si la première ou la deuxième avait provoqué chez l'enfant des convulsions ou un choc grave ;
- _ Ne pas administrer le BCG ou le vaccin antiamaril (fièvre jaune) à un nourrisson qui montre des signes ou symptômes de SIDA ;
- _ Reporter la vaccination après la guérison dans les états morbides suivants :(maladie grave nécessitant une hospitalisation ou accompagnée d'une fièvre de plus de 39°c sauf en cas d'épidémie) ;
- _ Altération de l'état général de l'enfant ;

4.4. Calendriers de vaccination en vigueur en Côte d'Ivoire

4.4.1 Enfant de 0 à 11 mois

Age	Antigène à administrer
Naissance	DN-Hep B, BCG, VPO 0
6 semaines	Penta 1, VPO1, PCV13-1, Rotarix 1
10 semaines	Penta 2, VPO 2, PCV13-2, Rotarix 2
14 semaines	Penta 3, VPO3, PCV13-3, VPI,
9 mois	RR, VAA, Men A
Enfant avec symptômes de VIH	1 ^{ère} dose de RR à 6mois
	2 ^{ème} dose de RR à 9mois

4.4.2 Femmes enceintes

Période	Antigène à administrer	Durée de protection
A la 1 ^{ère} CPN	1 ^{ère} dose de Td	Pas de protection
4 semaines après le Td 1	2 ^{ème} dose de Td	3 ans
6 mois après le Td 2	3 ^{ème} dose de Td	5 ans
1an après le Td 3	4 ^{ème} dose de Td	10 ans
1an après le Td 4	5 ^{ème} dose de Td	Protection à vie

4.4.2 Jeune fille de 9ans

Période	Antigène à administrer
9 ans (jeune fille)	HPV1 (premier contact)
	HPV2 (6 mois après HPV1)
9ans (jeune fille avec VIH)	HPV1 (premier contact)
	HPV2 (2 mois après HPV1)
	HPV3 (4 mois après HPV2)

4.5. Associations vaccinales

Elles peuvent se faire de façon combinée (Penta) ou de façon simultanée (DN-HepatitisB, VPO 0 et BCG). Les associations simultanées doivent être faites le même jour pour éviter les interférences entre les vaccins. En cas d'oubli d'un vaccin devant être pris en compte dans l'association, il faut le faire un mois après.

4.6. Intervalles entre les vaccins

Entre deux doses d'un antigène à contact multiples, il faut un intervalle minimum de 4 semaines. Si les doses sont rapprochées, l'organisme ne disposera pas de temps nécessaire pour la production d'anticorps. L'intervalle maximal n'existe pas ; c'est-à-dire qu'on ne recommence pas une série de vaccination interrompue, on la poursuit où elle a été arrêtée. En effet l'organisme n'oublie pas le passage des anticorps. Elle en garde la mémoire.

4.7. Le rattrapage de vaccination

Le rattrape vaccinal se fait chez un enfant mal vacciné. Il se fait selon trois principes :

- _ Le DTCHepBHib en priorité dès la première visite ;
- _ Le vaccin contre la rougeole et la rubéole en priorité dès que l'enfant a atteint l'âge de 9 mois ;
- _ Eviter d'administrer plus de deux vaccins injectables le même jour ;

V. SECURITE DES INJECTIONS

5.1 Définitions

5.1.1 La sécurité des injections

C'est l'ensemble des dispositions et des pratiques qui concourent à administrer des injections nécessaires, sans danger, avec du matériel stérile correctement détruit par utilisation.

5.1.2 Une injection sécurisée

Une injection est dite sécurisée lorsqu'elle est sans risque :

- _ **Pour la mère ou l'enfant** : lorsque l'agent de santé utilise une seringue et une aiguille stériles et applique les techniques d'injection appropriées ;
- _ **Pour l'agent de santé** : lorsqu'il évite de se piquer avec les aiguilles.
- _ **Pour la communauté** : lorsque les seringues et aiguilles usagées sont éliminées correctement et n'entraînent pas de pollution ou de blessures dangereuses.

5.2 Facteurs à risque d'une injection

❖ *Pratiques à risque pour les personnes qui reçoivent les injections*

- _ Réutiliser une seringue ou une aiguille ;
- _ Changer l'aiguille, mais réutiliser la seringue ;
- _ Stériliser et réutiliser une seringue jetable ;
- _ Appuyer sur le point de saignement avec du matériel usagé ou le doigt.

❖ *Pratiques à risque pour les agents de santé (gestes à ne jamais faire)*

- _ Recapuchonner les aiguilles ;
- _ Détacher l'aiguille de la seringue avec la main ;
- _ Placer les aiguilles sur une surface et les transporter sur une certaine distance avant de les jeter ;
- _ Plonger la main dans une grande quantité de seringues ou d'aiguilles (pour nettoyer ou trier les déchets).

❖ *Pratiques à risque pour la communauté*

- _ Laisser les seringues usagées dans des endroits où les enfants peuvent avoir accès ;
- _ Donner ou vendre des seringues déjà utilisées ;
- _ Laisser les seringues usagées dans des endroits accessibles au public.

5.3 Obstacles liés à une injection non sécurisée.

❖ *Obstacles liés aux Hommes*

- _ **Méconnaissance** : manque d'informations et de formation des agents vaccinateurs ;
- _ **Incompétence** : absence d'habileté pour réaliser une injection sécurisée ;
- _ **Imprudence** : non respect des normes pour une injection sécurisée et la négligence de l'agent vaccinateur.

❖ *Obstacles liés aux matériels*

- _ **Matériel défectueux** : aiguilles usées qu'on aiguisse dans le but de les réutiliser ;

- _ **Matériel insuffisant** : indisponibilité de seringues autobloquantes, rétractables qui entraîne la réutilisation des seringues usées ;
- _ **Matériel inadapté** : seringue à utilisation complexe.

5.4. Conséquences des injections non sécurisées

Toute injection dangereuse cause des infections, des lésions et des problèmes liés à la substance administrée.

Les infections les plus graves et les plus courantes transmises par les injections à risque sont :

- _ L'hépatite B ;
- _ L'hépatite C ;
- _ Le VIH SIDA ;
- _ La fièvre hémorragique ;

5.5. Prévention des blessures et infections par piqûre

Les blessures peuvent être évitées en :

- _ Réduisant au minimum la manipulation des seringues et aiguilles ;
- _ Manipulant les seringues et aiguilles en toute sécurité ;
- _ Choisisant la zone réservée à la vaccination de manière à réduire le risque de blessure ;
- _ Positionnant les enfants correctement pour les injections ;
- _ Éliminant en toute sécurité toutes les seringues et aiguilles usagées.

5.6. Matériel de sécurité des injections

On distingue trois types de dispositif pour assurer la sécurité des injections :

- _ Dispositif d'injection ;
- _ Dispositif de collecte des déchets ;
- _ Dispositif de destruction des déchets issus des activités de soins.

❖ Le dispositif d'injection

Il s'agit :

- _ Des seringues classiques à usage unique utilisé dans nos formations sanitaires ;

- _ Des seringues autobloquantes ;
- _ Des seringues rétractables.

❖ ***Le dispositif de collecte des seringues et objets tranchants usagés ou « Boîte de sécurité ».***

C'est une boîte imperméable, résistante à la perforation qui permet de recueillir et d'éliminer de façon pratique et hygiénique les seringues, aiguilles usagées et d'autres objets tranchants, coupants souillés. Son utilisation correcte contribue à prévenir la transmission de maladies par piqûre d'aiguille.

❖ ***Le dispositif de destruction des déchets***

L'incinérateur est le matériel de destruction des déchets « qui fait le moindre mal » à haute température, recommandés par L'OMS.

VI MANIFESTATION ADVERSE POST IMMUNISATION (MAPI)

6.1 Définition

C'est une manifestation indésirable qui survient après une vaccination et qui n'est pas nécessairement liée à l'utilisation du vaccin.

La manifestation indésirable peut être tout signe défavorable ou imprévu, tout résultat de laboratoire anormal, tout symptôme ou toute maladie.

6.2 Causes des MAPI

- _ Erreur au niveau de la conservation, la préparation, la manipulation ou de l'administration du vaccin ;
- _ Réaction vaccinale due à des propriétés inhérentes au vaccin, allergie ;
- _ Réaction à l'injection due à l'anxiété ou à la douleur au point d'injection mais non au vaccin ;

6.3 Mesures à observer pour éviter les MAPI

- _ Vérifier l'intégrité du flacon (fissure, fermeture) ;
- _ Vérifier sur les étiquettes des flacons (PCV, date de péremption, numéro du lot) ;
- _ Vérifier si le vaccin n'est pas exposé à la contamination (suspension, couleur.) ;

- _ Vérifier l'exposition à la chaleur et au gel (thermomètre, accumulateurs) ;
- _ Vérifier l'étanchéité de l'emballage :
 - Si la qualité des seringues et vaccins est douteuse ;
 - Écartier le flacon qui n'a pas d'étiquette ;
 - Écartier le flacon de vaccin entamé.

VII. LA CHAÎNE DU FROID

7.1 Définition

La chaîne du froid (CDF) est un processus continu de conservation de vaccins à une température convenable (+2 et +8°C) depuis l'usine de fabrication jusqu'au bras de la personne vaccinée

7.2 Importance de la chaîne du froid.

Le maintien de la chaîne du froid est important dans le cadre des activités de vaccination pour trois raisons fondamentales :

- _ Les vaccins sont thermosensibles ;
- _ L'altération des vaccins est irréversible ;
- _ Les effets successifs des altérations s'additionnent.

7.3 Matériels de la chaîne du froid

7.3.1 Matériels qui produisent du froid

- _ Les chambres froides ;
- _ Les congélateurs ;
- _ Les réfrigérateurs.

7.3.2 Matériels qui conservent le froid

- _ Les emballages isothermes ;
- _ Les glacières proprement dites ;
- _ Les porte-vaccins ou glacières portatives ;
- _ Les coussinets en mousse ;
- _ Les accumulateurs de froid.

7.3.3 Le matériel de monitoring de la CDF utilisés au centre de santé

- _ Les pastilles de contrôle des vaccins (PCV) ;
- _ La fiche de contrôle de la T° du frigo ;
- _ Le thermomètre ;
- _ Les indicateurs de congélation.

7.4 Dispositions à prendre pour obtenir constamment du froid dans le réfrigérateur

- _ Veiller à installer correctement le réfrigérateur à l'abri du soleil et de la chaleur dans un local frais à une distance de 15 à 30 cm du mur ;
- _ Surélever le réfrigérateur sur des cales hautes de 5 cm ;
- _ Veiller à limiter les pertes de froid, pour se faire, ne l'ouvrir qu'en cas de nécessité de service ;
- _ Entretenir régulièrement en nettoyant et en dégivrant le réfrigérateur.

7.5 Entretien préventif du réfrigérateur

- _ Dégivrage fréquent et régulier dès que la couche de glace atteint 0,5 cm ;
- _ Dépoussiérage de la tuyauterie à l'arrière avec une brosse à poils souples ;
- _ Contrôle de l'étanchéité du joint de la porte par le test de la feuille de papier.

7.6 Précautions à prendre pour éviter de rompre la chaîne de froid

- _ Réceptionner les vaccins chez le fabricant ou à l'aéroport dès que possible ;
- _ Les transporter à une température comprise entre +2°C et +8°C depuis l'aéroport ou d'un magasin à l'autre ;
- _ Les conserver à la bonne température dans les magasins principaux/ centraux et intermédiaires, ainsi que dans les centres de santé ;
- _ Les transporter à une température comprise entre +2°C et +8°C jusqu'au postes avancés et au cours des déplacements des équipes mobiles ;
- _ Les conserver à la température comprise entre +2°C et +8°C pendant les séances de vaccination ;

- _ Conserver à la température comprise entre +2°C et +8°C durant le retour aux centres de santé.

7.7 Conduite à tenir en cas de rupture de la chaîne de froid

Si les vaccins sont exposés à la chaleur :

- _ Regarder les pastilles de contrôle des vaccins qui en possèdent ;
- _ Si les pastilles virent, on ne peut plus les utiliser ;
- _ Pour les vaccins sans pastilles, il faut vérifier s'il reste de la glace dans le réfrigérateur ou dans les accumulateurs ;
- _ Si oui, les vaccins sont probablement intacts ; dans ces conditions il faut les ranger en sécurité dans une glacière avec la glace et les utiliser jusqu'à la fonte totale de la glace ;
- _ Si non, ils sont probablement altérés. Il faut donc les rendre au coordinateur du programme élargi de vaccination (CPEV) du district en échange d'un nouveau stock et accompagner les vaccins d'un document écrit. (Portant les références et la quantité des vaccins altérés.)
- _ En cas d'une panne du réfrigérateur, il faut stocker les vaccins dans le réfrigérateur d'une localité voisine.
- _ Si les vaccins sont exposés à la congélation :
- _ Dans le cas des vaccins liquides ou anatoxines, on pratique le test d'agitation des anatoxines.

7.8 Surveillance de la chaîne du froid

7.8.1 Relevé biquotidien de la température

- _ Lire la température chaque matin et chaque soir et la noter sur une feuille de température collée sur le réfrigérateur de préférence aux mêmes heures
- _ Si la température monte au-dessus de +8°C ou descend en dessous de +2°C, il faut régler le thermostat pour qu'elle reste entre +2 et +8°C

- ***Utilisation des indicateurs de froid***

- Utiliser les indicateurs de froid qui sont des instruments dont la couleur change quand la température est trop élevée ou trop basse (pastille de contrôle par exemple).

7.9 Plan de sauvetage des vaccins en prévision des situations d'urgence

Il faut afficher sur le réfrigérateur, une étiquette avec le nom, l'adresse et toutes les coordonnées du responsable des vaccins.

CONCLUSION

Les effets bénéfiques des programmes Elargis de vaccination ne sont plus à démontrer dans le monde en général et en Côte d'Ivoire en particulier. Grâce à la vaccination, la variole a été éradiquée de notre planète. Les maladies comme la poliomyélite, la coqueluche et la diphtérie ont connu un net recul pour certains (coqueluche, diphtérie) et pour d'autre en phase de pré éradication (poliomyélite). Aussi, souhaitons-nous que les étudiants de la L1 s'approprient le contenu de ce cours pour participer la vaccination pendant le stage clinique.

**PROGRAMME NATIONAL DE SANTE SCOLAIRE
ET UNIVERSITAIRE**

Objectif général

A la fin du cours, l'étudiant de la L1 doit être capable de connaître le programme national de santé scolaire et universitaire. (PNSSU)

Objectifs spécifiques

- 1) Définir selon le cours, la santé en milieu scolaire tout en énumérant les principales affections ;
- 2) Décrire à partir du cours, les fondements et les principes de la politique de santé scolaire et universitaire en Côte d'Ivoire
- 3) Identifier selon le cours, les principales cibles tout en donnant le but et les objectifs
- 4) Décrire à partir du cours, les stratégies de la politique de santé scolaire et universitaire puis donner les missions ;
- 5) Indiquer en se basant sur le cours, les ressources des SSSU ;
- 6) Décrire à partir des informations reçues au cours la visite médicale, le déparasitage et la vaccination.

INTRODUCTION

La santé des jeunes en général, des élèves en particulier dans le processus de développement des Etats a toujours constitué une priorité dans le monde.

Pour la Côte d'Ivoire, la santé en milieu scolaire a toujours été une préoccupation du gouvernement qui en a fait une composante du système national de santé. La politique de santé scolaire et Universitaire avec l'organisation des services de santé est effective en Côte d'Ivoire

Le récent document cadre de politique de santé à l'école de 2002 réaffirme la vision stratégique de la santé scolaire en Côte d'Ivoire. Cette vision se traduit par :

1. La promotion du bien être physique, mental, psychique et social des sujets en situation de scolarisation ;
2. La promotion de l'éducation sanitaire à l'école en offrant un ensemble de mesures destinées à garantir une promotion sanitaire en milieu scolaire compatible avec des bonnes conditions physiques et mentales d'apprentissage.

Le présent cours fixe les objectifs nouveaux à atteindre, définit les rôles des différents acteurs et donne des orientations pour la promotion de la santé scolaire en adéquation avec l'évolution du système de santé basée sur les Soins de santé Primaires.

I. DEFINITION

La santé en milieu scolaire se veut un ensemble de mesures destinées à garantir une protection sanitaire suffisante compatible avec de bonnes conditions physiques et mentales d'apprentissage.

II. PRINCIPALES PATHOLOGIES

Les états morbides les plus couramment rencontrés dans la population scolaire et universitaire en volume de consultation sont :

- _ Le paludisme ;
- _ Les infections respiratoires aiguës ;
- _ Les caries dentaires ;
- _ Les dermatoses ;
- _ Les maladies diarrhéiques, etc.

A ces affections, il faut ajouter les IST avec les conséquences médicales et les risques liés au VIH /SIDA. La morbidité en milieu scolaire est caractérisée par un nombre élevé de grossesses non désirées, la toxicomanie, l'alcoolisme et la violence.

Les problèmes liés à l'hygiène mentale ont également fait leur apparition en milieu scolaire durant ces dernières années. Ils sont actuellement exacerbés par la crise militaro-politique qu'a vécu notre pays depuis septembre 2002.

Quant aux étudiants, les pathologies sont identiques à celles des adultes, mais leur particularité réside dans les difficultés de prise en charge.

III. FONDEMENTS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE DE LA SSSU

3.1 Fondements

La politique de santé scolaire, élaborée en 2002, fonde ses orientations sur le Plan National de Développement sanitaire (PNDS) 1996- 2005. Elle se fonde sur l'expression d'une approche nouvelle. Celle-ci implique l'ensemble des acteurs du

niveau opérationnel et vise une meilleure accessibilité de la cible aux prestations spécifiques de santé scolaire.

3.2 Principes

La politique de santé scolaire accorde la primauté aux actions de préventions et de promotion de la santé.

Elle préconise :

- _ L'intégration des activités ;
- _ La co responsabilisation des structures sanitaires de premier contact en matière de santé scolaire ;
- _ La répartition systématique des aires de responsabilité ;
- _ La définition et le renforcement du cadre de collaboration de tous les acteurs intervenants dans la santé à l'école ;
- _ Le renforcement des capacités ;
- _ La formation pour l'émergence d'un profit de personnel de santé scolaire ;
- _ La mise en place d'infrastructures spécialisées de coordination des actions en matière de santé scolaire ;
- _ La collecte d'informations pour le suivi et l'évaluation ;
- _ La recherche opérationnelle.

IV. POPULATION CIBLES VISE PAR LE PNSSU

La cible du PNSSU prend en compte les élèves et les étudiants en situation d'apprentissage à tous les niveaux. Il s'agit :

- _ Des jeunes enfants de 3 à 4 ans du niveau préscolaire ;
- _ Des enfants de 05 à 12 ans du niveau primaire ;
- _ Des adolescents de 13 à 19 ans du niveau secondaire ;
- _ Des adultes jeunes dont l'âge est supérieur ou égal à 20 ans du niveau supérieur regroupe.

A cette population, il faut ajouter :

- _ Le personnel d'encadrement regroupant les enseignants et le personnel administratif ;

- _ Le personnel de soutien ;
- _ Les jeunes déscolarisés et non scolarisés

V. BUT ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

5.1 But

1. Contribuer à la promotion de la santé des élèves et des étudiants en leur fournissant un ensemble de prestations promotionnelles, préventives et curatives.
2. Assurer un développement physique, mental, intellectuel et social harmonieux.

5.2 Objectifs opérationnels

- _ Améliorer l'accessibilité des services de santé scolaire et universitaire ;
- _ Renforcer les capacités des agents de santé des services de santé scolaire et universitaire ;
- _ Développer des activités de prévention et de promotion de la santé y compris celles du VIH /SIDA et de violences sur toutes ses formes ;
- _ Renforcer le partenariat pour une mobilisation des ressources ;
- _ Assurer le suivi et l'évaluation des activités des services
- _ Assure la recherche opérationnelle.

VI. STRATEGIES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

La politique nationale de santé scolaire et universitaire prend en compte les huit axes stratégiques définis par l'OMS pour faire des établissements scolaires des Ecoles/Santé.

Les stratégies concernent :

- _ Le développement et le renforcement de la capacité de coordination et d'animation des services ;
- _ La responsabilisation territoriale des structures sanitaires de premier contact vis-à-vis du milieu scolaire ;
- _ La réorganisation institutionnelle et fonctionnelle de la santé scolaire et universitaire ;
- _ La recherche de ressources financières additionnelles ;

- _ La prévention et l'éducation pour la santé ;
- _ Le développement de la coordination intersectorielle ;
- _ Le suivi de l'évaluation ;
- _ La recherche opérationnelle.

VII. MISSIONS DES SERVICES DE SANTE SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES

Les missions des SSSU s'articulent autour de plusieurs domaines d'activités prioritaires menées par les acteurs de la santé scolaire et universitaire.

Il s'agit :

- _ De dépister à travers les visites systématiques les troubles sensoriels, physiques et mentaux chez les élèves étudiants ;
- _ D'assurer la prise en charge correcte des pathologies rencontrées en milieu scolaire et universitaire ;
- _ D'assurer les soins préventifs tels que la vaccination, le déparasitage et la supplémentation en micronutriments en milieu scolaire ;
- _ De dispenser les soins curatifs essentiels en milieu scolaire ;
- _ De faire le dépistage des IST/VIH-SIDA;
- _ D'offrir les services de prévention de la transmission mère/enfant (PTME) liée à l'infection à VIH/SIDA ;
- _ De faire une prise en charge psychosociale des filles enceintes et les référer dans les services de consultation prénatale (CPN) ;
- _ De contrôler l'hygiène en général, l'environnement et l'alimentation en milieu scolaire ;
- _ De promouvoir l'éducation pour la santé au sein des établissements scolaires ;
- _ De développer des actions sociales en faveur des élèves et étudiants handicapés ou en difficultés ;
- _ De promouvoir la recherche opérationnelle sur la santé scolaire ;
- _ D'offrir des services de planification familiale et de la santé de la reproduction ;

- _ D'assurer des actions préventives, curatives et psychosociales contre toutes les formes de violence à l'école, particulièrement les violences sexuelles faites aux élèves et étudiantes.

VIII-RESSOURCES NECESSAIRES POUR LE FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE DE SSU

8-1 Ressources humaines

Tout CSUS/SSU doit disposer de :

- _ 02 médecins généralistes ;
- _ 02 chirurgiens dentistes ;
- _ 06 infirmiers diplômés d'Etat ;
- _ 01 sage femme diplômée d'Etat ;
- _ 02 assistants (es) ou sociaux (les) ;
- _ 02 aides soignants (es) ;
- _ 02 assistants de fauteuils dentaires ;
- _ 01 éducateur spécialisé ;
- _ 01 préparateur et gestionnaire en pharmacie ;
- _ 01 psychiatre ;
- _ 01 gardien ;

8-2 Ressources financières

Chaque SSSU doit disposer d'un budget propre au niveau du budget général de l'Etat. Les SSSU doivent également solliciter des ressources additionnelles auprès des collectivités décentralisées pour la réalisation des ses activités si nécessaires.

8-2 Ressources infrastructurelles

Sur le plan opérationnel, les services chargés de santé scolaire et universitaire sont :

- _ Les Centre de Santé Urbain Spécialisé ;
- _ Les Services de Santé Universitaire ;
- _ Les infirmeries scolaires ;
- _ Et les caisses à pharmacies scolaires.

IX. LES ACTIVITES DES SSSU

Elles sont constituées essentiellement de la visite médicale, du déparasitage et de la vaccination

9.1 La visite médicale,

Elle doit être systématique et effectuée une fois par an et doit être obligatoire pour tout élève et étudiant. Elle renferme un ensemble d'activités que sont :

- _ L'IEC/CCC sur un thème particulier ;
- _ La prise des constantes ;
- _ L'acuité visuelle ;
- _ L'examen bucco-dentaire ;
- _ L'examen médical général pour la détection d'éventuelles tares ;
- _ La recherche de cardiopathie ;
- _ La recherche de la protéinurie ;

Elle doit être accompagnée d'une supplémentation en vitamine A.

9-2 Le déparasitage

Chaque élève du préscolaire, primaire, secondaire du secteur public et privé des écoles formelles et non formelles doit être déparasités au moins deux fois au cours de l'année à intervalle de 6 mois. Les déparasitants sont distribuées aux élèves gratuitement.

Il faut signaler que toute intervention des ONG en milieu scolaire, pour ce qui concerne le déparasitage, ou autres activités de santé, ne peut s'exécuter sans l'autorisation de la direction de coordination du PNSSU.

9-3 Vaccination

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique, les vaccins du PEV sont obligatoire pour les élèves du niveau préscolaire, primaire et secondaire

La vaccination contre la méningite, l'hépatite B et la fièvre typhoïde est recommandée pour tous les étudiants ;

L'inscription dans le préscolaire, au CP1, CM2, à la 6^{ème} et 2^{nde} est conditionnée par la présentation d'un certificat de vaccination à jour ;

Toutes les jeunes filles de 15 à 49 ans en doivent bénéficier de la vaccination antitétanique ;

Il faut préciser que toute activité de vaccination en milieu scolaire ne peut s'exécuter sans l'autorisation de la direction de coordination du PNSSU.

Conclusion

L'importance que revêt la jeunesse scolarisée dans le développement d'un pays doit nous faire prendre conscience des enjeux de la santé scolaire. Il y a donc urgence qu'un bon appui médical, psychosocial comptable d'une bonne réussite scolaire soit accordé aux élèves et étudiants au cours du processus d'apprentissage. La création d'un programme spécifique destiné à la prise en charge de la population scolaire, montre l'engagement de l'Etat de Côte d'Ivoire à satisfaire les besoins sanitaires de cette population.

2^{ème} SEMESTRE

- Hygiène et assainissement
- Généralités sur les Soins de Santé Primaires (SSP)
- Généralités sur l'épidémiologie
- Information-Education-Communication /Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC)

HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

Généralités

L'hygiène se définit comme un ensemble des moyens individuels ou collectifs qui visent à préserver la santé, la propreté du corps. Elle peut comme un ensemble de soins de propreté (. L'hygiène du corps, des dents. etc.)

Quant à l'assainissement, elle signifie l'action d'assainir (ex : assainissement de l'eau, du milieu...)

Les activités d'hygiène et d'assainissement sont donc un ensemble d'actions individuelles ou collectives initiées par une communauté ou menées au sein d'une population pour préserver la santé par la propreté corporelle, dentaire, vestimentaire, alimentaire, de l'habitat... et l'assainissement de son milieu de vie (eau, ordures, excréta, bruits sonores ...). L'étude sur l'hygiène et l'assainissement embrassent de nombreux domaines. Mais nous parlerons dans ce cours :

1. De l'approvisionnement en eau potable ;
2. De l'hygiène de l'habitat ;
3. De l'évacuation et traitement des ordures ménagères, des excréta et de la gestion des eaux usées ;
4. Du traitement des déchets toxiques et radioactifs ;
5. De la lutte contre les vecteurs, rongeurs et les nuisances sonores.

I. APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE

Introduction

La vie est quasi impossible sans eau. Les premières collectivités humaines se sont fondées le long des cours d'eau. De nos jours encore, l'eau demeure un facteur déterminant de progrès et de développement. Elle est importante pour l'industrie, l'alimentation, l'hygiène collective et individuelle. S'il est nécessaire de pourvoir l'eau en quantité suffisante, il est également requis que cette eau soit saine et pure car celle-ci constitue parfois le véhicule le plus commun et le plus important dans la transmission de bon nombre de maladies. A ce titre, elle constitue une préoccupation majeure de l'hygiène publique.

En septembre 1978, à la conférence internationale sur les soins de santé primaires de Alma-Ata (ex URSS), les Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont retenu parmi les huit composantes essentielles des Soins de Santé Primaires, celle relative à « **l'approvisionnement suffisant en eau potable et des mesures d'assainissement de base** ».

En plus, il faut noter que la décennie 1981-1991, a été proclamée **décennie de l'eau** à Mar Del PLata (Province de Buenos Aires à l'Est de l'Argentine).

1.1 Besoin en eau

L'eau, source de vie représente un besoin quantitatif et qualitatif pour l'Homme. De façon générale, l'on distingue :

1.1.1 les eaux souterraines :

Ce sont les eaux contenues dans le sous-sol et celles qui émergent sous forme de sources. Elles sont couramment utilisées pour la consommation.

1.1.2 Les eaux de surface :

Elles sont constituées par l'eau de pluie récoltée, l'eau des lacs, des lagunes, des marigots des marres, des mers, etc.

L'on estime entre 15 et 30 litres, la quantité minimum d'eau potable nécessaire chaque jour pour un individu.

En ville, la consommation atteint environ 100 litres. L'eau potable doit être facilement accessible pour éviter que son besoin soit comblé par l'eau non potable très souvent recueillie sans effort à proximité de l'habitat.

1.2 La Pollution de l'eau

L'eau pure existe rarement à l'état naturel. L'eau de pluie en tombant entraîne des poussières dissoutes, des gaz carboniques, de l'oxygène et même absorbe de la fumée au voisinage des villes et des industries. Une fois à la surface du sol, elle est exposée à des pollutions de toutes sortes. Nous avons :

1.2.1 Les pollutions domestiques

Ce sont les déchets de la vie humaine qui sont déversés dans les rivières, les lacs, les mers, les lagunes par les eaux de ruissellement.

1.2.2 Les pollutions industrielles

Ce sont les déchets des usines, les eaux de lavage, de refroidissement et de graissage.

1.2.3 Les pollutions agricoles

Il s'agit des engrais, des désinfectants qui contaminent les eaux de rivière et détruisent la vie animale de celle-ci.

1.2.4 Les pollutions diffuses ou collectives

Ce sont les pollutions provoquées par les détergents, les hydrocarbures et les huiles de vidanges.

L'eau souterraine n'est pas exempte d'impureté malgré le pouvoir filtrant du sol qui en retient une grande quantité. Elle dissout aussi des composés chimiques qui proviennent des sols qu'elle a traversés. Cette eau souterraine est également soumise à la pollution des latrines mal construites et de diverses autres sources de contamination.

1.3. Les maladies liées à l'eau

Certaines maladies sont dues à la qualité chimique de l'eau en termes d'excès ou d'insuffisance de certains produits chimiques. Nous avons :

- _ *le goitre endémique* : dû au manque ou à l'insuffisance d'iode ;
- _ *la carie dentaire* : due au manque ou à l'insuffisance de fluor ;
- _ le saturnisme : dû à l'excès de plomb dans l'eau ;
- _ la fluorose : dû à l'excès de fluor dans l'eau.

L'eau polluée constitue le véhicule le plus important de transmission de certaines maladies. Il s'agit des :

1.3.1 Maladies bactériennes : la dysenterie bacillaire, le choléra, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ;

1.3.2 Maladies parasitaires : la dysenterie amibienne, les helminthiases, les schistosomiases ;

1.3.3 Maladies virales : la poliomyélite et les hépatites virales.

L'eau intervient aussi dans le développement des vecteurs de certaines maladies.

Parmi ces maladies on peut citer la fièvre jaune, le paludisme, l'onchocercose et la dracunculose ou le ver de guinée.

1.4. Les qualités d'une eau potable

L'eau potable est une eau qui peut être ingérée sans risque de danger pour la santé. Les qualités requises pour qu'une eau soit considérée potable sont à la fois physiques, chimiques et bactériologiques.

1.4.1 Les qualités physiques d'une eau potable

L'eau potable doit être :

- _ Limpide ;
- _ Fraîche ;
- _ Incolore ;
- _ Inodore ;
- _ Aérée et ne doit pas avoir une saveur désagréable.

1.4.2 Les qualités chimiques d'une eau potable

Une eau potable doit être minéralisée adéquatement (pauvre en certains ions comme les ions de chlore, de sulfate, de calcium, de magnésium etc.)

Une eau est dure lorsqu'elle contient un excès de magnésium, de calcium, de fluor, de calcaire, de l'iode.

1.4.3 Les qualités bactériologiques d'une eau potable

L'eau potable ne doit contenir aucun germe pathologique.

1.5. Les sources d'approvisionnement en eau potable

1.5.1 Critères de choix d'une source d'approvisionnement en eau potable

Un soin particulier doit être accordé au choix des sources d'approvisionnement en eau potable. Un tel choix doit tenir compte de :

- _ ***La salubrité de la source***, c'est-à-dire sa capacité à produire de l'eau indemne d'impureté ;
- _ ***La régularité de la source*** (débit), c'est-à-dire sa capacité à produire constamment un volume important d'eau ;
- _ ***Son aspect économique*** (coût), c'est-à-dire sa conception peu coûteuse et sa capacité à produire une eau immédiatement consommable sans traitement.

1.5.2 Moyens de captage des eaux souterraines

Les eaux souterraines peuvent être captées par le biais d'un puits ou d'une source.

❖ *Les puits*

Ils constituent le moyen le plus courant de captage des eaux souterraines. On distingue différents types de puits :

✓ *Les puits ordinaires*

Ils sont souvent creusés naturellement et leur diamètre dépend des facteurs économiques de chaque individu. Ces puits comportent un revêtement pour maintenir les parois et empêcher la pénétration des eaux de surface polluées.

✓ *Les puits foncés*

La méthode de construction d'un puits foncé consiste essentiellement à enfoncer un tube perforé jusqu'à atteindre la nappe aquifère. Le tube est généralement de 2 à 10 centimètres.

✓ *Les puits forés*

Ces puits permettent d'extraire une grande quantité d'eau. C'est l'affaire de spécialiste. Le coût varie d'un puits à un autre et il faut souvent avoir recours à des bailleurs de fonds.

✓ *Les puits artésiens*

C'est une réalisation qui se fait au lieu même de la source, permettant ainsi de capter l'eau de cette source et d'assurer sa distribution.

NB : En zone rurale, ce sont les puits traditionnels qui sont les plus répandus et certains ont l'inconvénient d'être construits sans tenir compte du respect des règles élémentaires d'hygiène.

Ils sont en général ouverts, non protégés, mal situés dont l'eau est suspecte du point de vue de son impureté. Ils s'éboulent très souvent lorsqu'on pénètre dans la nappe phréatique. Ces puits méritent d'être améliorés afin d'en obtenir de l'eau apte à la consommation.

1.5.3 Construction d'un puits traditionnel

Pour protéger l'eau d'un puits traditionnel, un certain nombre de précautions sont nécessaires :

- _ le puits doit être placé loin de toute source de contamination (toilettes, cimetière, décharge d'ordures, latrines, industrie insalubre...) ;
- _ En cas de terrain est plat, le puits doit être situé au moins à **15 mètres** de toute source de contamination et avoir au moins **10 mètres** de profondeur pour en accroître la capacité et augmenter le rendement ;
- _ En cas de terrain en pente, le puits doit être placé en amont des sources de contamination et avoir au moins **10 mètres** de profondeur pour en accroître la capacité et augmenter le rendement ;
- _ le puits doit être nettoyé et régulièrement désinfecté;
- _ le puits doit avoir une margelle de **0,70 mètres** de hauteur pour éviter les chutes des enfants et des animaux ;
- _ le puits doit être entouré d'une aire cimentée d'un rayon de **2 à 3 mètres**. Ceci permet de maintenir propre les abords immédiats du puits en drainant les eaux renversées pendant le puisage et les eaux de ruissellement ;
- _ le puits doit avoir un cuvelage d'une hauteur minimale de **3 mètres** avec les meilleurs matériaux possibles en vue d'éviter les éboulements ;
- _ le puits doit avoir une clôture (un périmètre de protection) d'au moins **100 mètres** de diamètre pour protéger le puits contre les animaux domestiques ;
- _ le puits doit être toujours couvert et muni d'une pompe si possible ou le seau servant à puiser l'eau doit être accroché à l'entrée du puits .

1.5.4 Les sources

Ce sont des émergences d'eau souterraine. Elles s'observent très souvent au pied des collines et le long des berges des rivières. Les sources peuvent être contaminées au niveau des points d'émergence. Pour être utilisée comme source d'approvisionnement en eau potable, elle doit être aménagée.

❖ *L'aménagement d'une source*

Pour éviter la contamination d'une source, il faut :

- _ installer un périmètre de protection d'environ 20 à 30 mètres de diamètre autour de la source ;
- _ interdire la construction de latrines ou tout système d'évacuation des ordures ménagères, des excréta ou des eaux usées à proximité et notamment en amont de la source ;
- _ éviter de déféquer ou de se laver à proximité de la source.

1.6. Méthodes de purification de l'eau à domicile

1.6.1 Correction de certains défauts physiques de l'eau

❖ *La turbidité*

L'eau trouble peut être corrigée par la décantation, la filtration, la sédimentation.

❖ *La saveur et l'odeur*

La saveur et l'odeur de l'eau peuvent être améliorées en utilisant du charbon activé en poudre vendu en pharmacie ou le charbon de bois au village.

❖ *La température de conservation*

Elle est représentée par la température ambiante

1.6.2 Correction des défauts bactériologiques de l'eau

Elle consiste à débarrasser l'eau des micro-organismes pathogènes qu'elle peut contenir. Chaque fois qu'il y a écloison de maladies, des inondations ou des cas de marée, il est conseillé aux populations de procéder à l'une des méthodes de purification suivantes :

❖ **L'ébullition**

Elle consiste à bouillir l'eau pendant au moins **10 à 15 minutes** et à la laisser reposer. L'ébullition a pour inconvénient de faire perdre à l'eau les gaz dissouts. Pour cela il est nécessaire de l'aérer avant sa consommation.

1.6.3 La désinfection chimique

❖ *La javellisation ou chloration*

Elle consiste à purifier l'eau à l'aide de l'eau de javel. La quantité de javel à utiliser dépend de la nature de l'eau.

- _ **Eau claire :** 3 gouttes d'eau de javel pour 10 litres d'eau ;
- _ **Eau trouble :** 6 gouttes d'eau de javel pour 10 litres d'eau.

❖ *L'ionisation (iode)*

Elle consiste à utiliser de l'iode pour purifier l'eau. Il faut 15 à 20 gouttes.

❖ *Le permanganate*

C'est un oxydant énergétique qui détruit les bactéries. Après 20 minutes de contact, il faut ajouter de l'hyposulfite de soude à raison d'un comprimé /litre d'eau. Le permanganate peut être également utilisé pour la désinfection des crudités (tomate, salade, piment, etc.)

❖ *La filtration*

Elle se fait à l'aide d'un filtre artisanal ou de filtre moderne en vente mais à un coût onéreux. Elle peut aussi se faire à l'aide des tissus filtres. C'est la technique qui pourrait être conseillé en milieu rural avec utilisation des tissus ou pagnes filtres, disponibles, accessibles

1.6.4 Correction des défauts chimiques de l'eau

Il s'agit d'équilibrer la composition chimique de l'eau pour la rendre potable.

II. HYGIENE DE L'HABITAT

Introduction

La notion de l'habitat ne se limite plus seulement au simple concept de logement ou abri qui sert à protéger l'homme contre les diverses agressions. Cette conception s'est désormais élargie et comprend, outre l'abri, le milieu dans lequel il est implanté, mais également l'individu lui-même.

Le problème de l'habitat se pose avec acuité surtout dans les pays en développement, en raison de la forte poussée démographique, de l'exode rural, de l'urbanisation rapide et de la pauvreté.

Les relations "santé-habitat" sont souvent difficiles à établir car les liens ne sont pas spécifiques. Ces relations sont le plus souvent indirectes et se mesurent par l'abaissement de la morbidité et de la mortalité au niveau de l'habitat salubre.

Chaque pays a élaboré des critères pour améliorer et mesurer la salubrité de l'habitat, mais un consensus se dégage au niveau de certains critères relatifs aux besoins physiologiques, aux besoins psychologiques, à la protection contre la contagion et aux besoins de sécurité.

1.1. Critères relatifs aux besoins

1.1.1 Critères relatifs aux besoins physiologiques

- _ Une température adéquate pour assurer le confort (21 à 22°C au niveau des chambres) ;
- _ Une absence d'humidité ;
- _ Une aération et une ventilation suffisante ;
- _ Un ensoleillement adéquat ;
- _ Une protection suffisante contre les bruits ;
- _ Un espace suffisant pour les jeux des enfants ;
- _ Une surface par individu de 4 à 6 m² pour éviter la promiscuité.

1.1.2 Critères relatifs aux besoins psychologiques

- _ La préservation de l'intimité ;
- _ L'existence de confort ;

- _ La possibilité d'assurer l'hygiène du logement et la propreté personnelle ;
- _ L'esthétique de l'habitat.

1.1.3 Critères relatifs à la protection contre la contagion

- _ L'approvisionnement en eau potable et en eau courante ;
- _ L'évacuation des déchets solides et liquides (eaux usées) ;
- _ La lutte contre les insectes, les rongeurs et autres animaux nuisibles ;
- _ La protection des aliments contre toute souillure.

1.1.4 Critères relatifs aux besoins de sécurité

- _ Le logement doit être construit avec des matériaux appropriés pour éviter son effondrement ;
- _ Il doit être conçu en tenant compte des mesures de protection contre les incendies et les accidents domestiques ;
- _ Les portes et fenêtres doivent être solides pour assurer la protection contre les agressions.

1.2 Objectifs de l'hygiène du milieu

- _ Prévenir la mortalité prématurée ;
- _ Prévenir les maladies et les traumatismes ;
- _ Assurer le bon rendement de l'organisme humain ;
- _ Assurer le confort.

III. EVACUATION ET TRAITEMENT DES ORDURES MENAGERES, DES EXCRETA ET LA GESTION DES EAUX USEES.

Introduction

L'évacuation et le traitement insalubres des ordures ménagères, des excréta humains ou d'animaux et des eaux usées pose un problème de santé publique aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine. Les ordures ménagères et les excréta humains laissés à proximité d'une source d'approvisionnement en eau de consommation risque de polluer l'eau de boisson et de provoquer des maladies.

Les ordures ménagères abandonnées pêle-mêle peuvent attirer des vecteurs de maladies et constituer aussi des sources de blessures pour les enfants.

Pour assurer la protection des populations, L'Etat doit mettre en place une bonne politique de gestion les ordures ménagères et assurer une évacuation correcte des excréta et des eaux usées dans des conditions appropriées.

3.1. L'évacuation et le traitement des ordures ménagères

L'évacuation et le traitement des ordures ménagères constituent de plus en plus un problème préoccupant dans nos sociétés actuelles du fait de la démographie galopante et aussi, de l'ignorance de bon nombre de nos concitoyens, des modes de vie et activités humaines de ces derniers.

Les déchets représentent un problème certain de santé publique car certains produits ne sont pas biodégradables.

Trois phases interviennent dans le processus d'évacuation des ordures ménagères. Ce sont : **le stockage ; le ramassage ; et le traitement.**

Le stockage : Il peut être familial ou communautaire.

❖ *Le stockage familial*

Il se fait à domicile avec un récipient muni d'un couvercle ou dans un sachet en plastique qui doit être toujours bien entretenu.

❖ *Le stockage communautaire*

Il se fait par des installations mises en place pour stocker les ordures ménagères afin d'être ramassées et jetées dans des décharges. Une décharge commune doit respecter les normes de sécurité suivantes :

- _ être située au moins à 20 mètres de tout habitat ;
- _ Ne doit pas être située non en hauteur ;
- _ être située au moins à 100 mètres de tout cours d'eau ;
- _ être entourée d'une clôture.

3.1.2 Le ramassage ou La collecte des ordures ménagères : Il se fait de porte à porte ou au lieu de stockage communautaire avec des véhicules appropriés.

3.1.3 Le traitement des ordures ménagères Il se fait par :

❖ *L'incinération*

C'est un procédé qui consiste à brûler les ordures ménagères stockées à l'aide d'un incinérateur ou à y mettre le feu dans un endroit choisi à cet effet. Les inconvénients de ce procédé sont la pollution atmosphérique et les objets en verre et les métaux qui le brûlent pas.

❖ *Le compostage*

Il consiste à mettre les déchets végétaux (feuillage, légumes, etc.) dans un trou et les recouvrir de 2 à 3 cm de terre. Ces déchets se transforment rapidement en composte utilisable comme engrais pour les cultures maraîchères.

3.2. L'évacuation des excréta

Les fèces et les urines humaines sont appelés excréta. L'évacuation insalubre de ces fèces et urines excréta conduit à la contamination des sols et des sources d'approvisionnement en eau. Les arthropodes se promènent, se reproduisent et propagent des germes responsables de nombreuses maladies.

Pour éviter le péril fécal, chaque ménage doit disposer d'une latrine et l'utiliser effectivement.

3.2.1 Le mode de transmission des maladies par les excréta

L'homme qui est le réservoir de virus de certaines maladies contamine l'environnement (sol, eau, aliments) exposant ainsi ses semblables aux maladies liées au péril fécal.

3.2.2 Les moyens de lutte contre le péril fécal. Il faut :

- _ porter des chaussures fermées ;
- _ assurer la potabilité de l'eau ;
- _ se laver les mains avant de manger et après les selles ;
- _ protéger les aliments contre les mouches ;
- _ cuire les aliments ou désinfecter ceux qui sont à consommer crus;
- _ traiter les malades atteints de gastro-entérites ;
- _ construire et utiliser effectivement des latrines.

3.2.3 Critères d'un bon système d'évacuation des excréta

- _ le sol superficiel ne doit pas être contaminé par les excréta ;
- _ l'eau de surface ne doit pas être contaminée par les excréta ;
- _ les eaux souterraines ne doivent pas être contaminées ;
- _ les excréta ne doivent pas être manipulés (habitudes socioculturelles)
- _ les excréta ne doivent pas être accessibles aux animaux et aux mouches.
- _ les odeurs et les aspects malpropres doivent être évités ou prévenus.
- _ l'installation adoptée doit être très simple et peu coûteuse

3.2.4 Les différents systèmes d'évacuation des excréta

Il existe deux types de systèmes d'évacuation des excréta :

- _ Les systèmes d'évacuation des excréta sans entraînement de matières fécales ;
- _ Les systèmes d'évacuation des excréta avec entraînement de matières fécales.

❖ Les systèmes d'évacuation sans entraînement des matières fécales

Dans ce système, les excréta sont directement déposés dans le sol sec ou humide ou dans l'eau et subissent leur décomposition sans être entraînés. Cette méthode comprend les types d'installations dont le plus couramment utilisé est le cabinet à fosse ou latrine à fosse.

✓ *Le cabinet ou latrine à fosse*

Un cabinet à fosse est un dispositif d'évacuation des excréta creusé à la main. Il comprend :

- _ une fosse d'un diamètre de 90 à 120 cm et de 1,80 à 2,5 m de profondeur qui sert à emmagasiner et à isoler les excréta ;
- _ un soubassement (fondation) ;
- _ un plancher qui sert à supporter l'utilisateur et à protéger la fosse;
- _ un terre qui sert à protéger la fondation et la fosse des ruissellements superficiels qui pourraient ruisseler dans la fosse
- _ un abri qui assure l'isolement et protège la fosse et l'utilisateur.

1. Les avantages d'un cabinet ou latrine à fosse. il

- Permet d'éviter la pollution du sol superficiel ;
- Permet d'éviter la contamination des eaux de surface et des eaux souterraines ;
- Permet d'éviter aux mouches et aux rongeurs d'accéder aux excréta lorsque la fosse est soigneusement couverte ;
- Est de conception simple, d'utilisation et d'entretien facile ;
- Est peu coûteux ;
- Peut durer au moins 10 à 15 ans.

2. Les inconvénients d'un cabinet ou latrine à fosse.

- Dégage des odeurs, même si celles-ci peuvent être considérées comme négligeables ;
- Est difficilement utilisable par les enfants.

3. Les conditions d'installation d'un cabinet ou latrine à fosse

L'installation d'une latrine doit obéir aux conditions suivantes :

- Eviter de placer la latrine en amont d'un puits ou d'une source ;
- Prévoir entre la latrine et les puits, une distance d'au moins 15 mètres ;
- Le fond de la latrine doit être situé au moins à 1,5 mètres au-dessus de la nappe aquifère à condition que le sol soit homogène ;
- La construction d'une latrine dans des zones contenant des roches fissurées ou des formations calcaires doit être précédée d'une enquête minutieuse ;

- L'emplacement de la latrine doit être dans un endroit sec, bien drainé et situé au-dessus du niveau de crue.

4. Règles à observer pour l'emplacement d'une latrine ou cabinet à fosse

Les règles à observer pour l'emplacement d'un cabinet ou latrine à fosses sont :

- La latrine doit être située en aval de toute source d'eau ;
- Elle doit être située au moins à 20 (vingt) mètres de toute source d'eau ;
- Elle doit être située au moins à 6 mètres de tout habitat ; La fosse doit avoir au moins 1,5 mètre de profondeur au-dessus de la nappe aquifère ;
- L'emplacement des installations doit être sec, bien drainé et au-dessus du niveau de crue ;

❖ Les systèmes d'évacuation avec entraînement des matières fécales

Ils sont utilisés dans les localités aux habitations modernes qui comportent des systèmes d'assainissement individuel ou collectif avec un système d'installation pour recueillir les eaux usées. Ils comprennent :

- _ Les fosses d'aisance ;
- _ Les fosses septiques.

1. La fosse d'aisance

Il s'agit de fosse avec couvercle qui reçoit l'eau brute. Elle a une capacité d'environ 68 litre/mois/personne. Le contenu de la fosse doit être extrait périodiquement (la vidange se fait environ tous les 6 mois).

2. La fosse septique

C'est un système mis en place pour évacuer les excréta de façon satisfaisante. Elle comprend un réseau de décontamination étanche et couvert dans lequel les eaux brutes, après plusieurs passages dans les compartiments de la fosse d'aisance sont évacuées et une fosse en béton ou en ciment dont les dimensions sont les suivantes :

- Longueur : 2,10 m ;
- Largeur : 1,50 m ;
- Profondeur : 1,50 m.

Attention : Il est formellement interdit :

- _ de jeter dans les fosses septiques des désinfectants car elles éliminent les germes anaérobies qui sont à la base du fonctionnement de la fosse.
- _ d'éviter d'y verser de l'eau savonneuse et les détergents

1. Les avantages de la fosse septique. il permet :

- _ d'éviter la pollution du sol superficiel ;
- _ d'éviter la contamination des eaux de surface et des eaux souterraines ;
- _ d'éviter aux mouches et aux rongeurs d'accéder aux excréta lorsque la fosse est soigneusement couverte ;

2. Les Inconvénients de la fosse septique

- _ Sa mise en œuvre nécessite une installation d'eau courante ;
- _ Son fonctionnement nécessite l'évacuation et le traitement d'importants volumes d'eau contaminés.

3.3 La gestion des eaux usées

Les eaux usées sont les eaux qui proviennent des douches, de la lessive, des cuisines, des abattoirs, des usines. Dans les habitats modernes, les eaux usées empruntent le même circuit que les excréta. La gestion des eaux usées se fait aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain

3.3.1 Gestion des eaux usées en milieu rural

L'essentiel des eaux usées en milieu rural proviennent des douches. Il faut donc construire en aval de ces douches des ouvrages comme un puits perdu par exemple pour recueillir ces eaux usées. Ces puits doivent être protégé par des dalles en béton ou en fer soutenues par du bois solide ou du rônier.

3.3.2 Gestion des eaux usées en milieu urbain

Les eaux usées en milieu urbain sont les eaux résiduelles industrielles et les eaux de ruissellement.

❖ *Les eaux résiduelles industrielles*

Elles doivent être épurées et traitées avant leur évacuation au niveau de la mer car ces eaux contiennent des cyanures, du mercure qui sont des produits toxiques pouvant contaminer la mer et la faune

❖ *Les eaux résiduelles industrielles*

Les eaux de ruissellement nécessitent la construction de caniveaux pour leur évacuation.

IV. TRAITEMENT DES DECHETS TOXIQUES ET RADIOACTIFS

4.1. Traitement des déchets toxiques

De nombreuses industries, notamment les industries métallurgiques créent énormément de déchets qui, s'ils ne sont pas traités, pourraient ainsi polluer les points d'eau. Des lors, ces industries devraient posséder des unités de traitement des déchets avant leur évacuation.

4.2. Traitement des déchets radioactifs

La gestion des déchets radioactifs est une préoccupation du moment, tant pour les pays industrialisés que ceux des pays en voie de développement car il se pose un problème de traitement et de lieu de dépôt. Les pays développés, producteurs de ces déchets, sont confrontés au traitement correct de ces déchets du fait du coût élevé de ces traitements.

V. LUTTE CONTRE LES VECTEURS, RONGEURS ET LES NUISANCES SONORES

5.1. Lutte contre les vecteurs

5.1.1. Définition

Les vecteurs sont des arthropodes qui transmettent des germes pathogènes d'un hôte à un autre (moustiques, mouches tsé-tsé, etc.)

5.1.2 Différents modes de transmission des maladies par les vecteurs

Il existe deux modes de transmission

- _ La transmission biologique ;
- _ La transmission mécanique.

1. La transmission biologique

L'agent pathogène absorbé par l'insecte (agent vecteur) accomplit un cycle de développement à l'intérieur de celui-ci. Ce n'est que lorsque ce cycle est achevé que le parasite peut être inoculé à un nouvel hôte ou déposé sur sa peau. L'insecte est donc dit infestant. Cette situation s'observe dans le cas des grandes endémies tels que le paludisme, la filariose (onchocercose) et la trypanosomiase respectivement provoqués

respectivement par les piqûres des insectes suivants : le moustique anophèle femelle, la simulie et la mouche tsé-tsé.

2. La transmission mécanique

L'insecte transporte les germes sur ses pattes, son corps, ses pièces buccales ou les élimine par déjections (déchets) et les dépose ou les inocule à un nouvel hôte sans qu'il y ait évolution biologique du germe. C'est le cas du trachome et des infections intestinales qui sont transmis à l'homme par les mouches par l'intermédiaire de ces pattes.

Le vecteur peut quelques fois contaminer un milieu ou les aliments au lieu de s'attaquer à un être humains.

5.1.3 Méthodes de lutte contre les vecteurs

Les arthropodes sont représentés essentiellement par les moustiques. Leur élimination est impossible pour l'instant. Il faut donc des efforts conjugués pour réduire le réservoir humain.

✓ La lutte contre les moustiques

La lutte contre les moustiques se fait sous deux formes.

✓ La lutte contre les larves de moustique

Elle consiste à :

- _ vider et enlever tous les récipients pouvant contenir de l'eau ;
- _ drainer et combler les flaques d'eau et autres endroits où l'eau peut stagner ;
- _ réparer les fosses septiques et les caniveaux d'élimination des eaux usées très prisés par les moustiques ;
- _ éliminer ou réduire les gîtes de reproduction par le désherbage des pourtours des concessions.

✓ La lutte contre les moustiques adultes

Il est recommandé de :

- _ dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- _ déposer des grillages aux portes et fenêtres de tous les locaux d'habitations ;
- _ pulvériser l'intérieur des maisons d'insecticides ;

- _ porter des vêtements longs et clairs à la tombée de la nuit ;
- _ utiliser des crèmes antimoustiques.

5.2. La lutte contre les rongeurs

Elle repose essentiellement sur deux méthodes :

- _ les méthodes de lutte défensive ;
- _ les méthodes de lutte offensive.

5.2.1 Méthodes de lutte défensive

Elles reposent sur la disparition des ordures ménagère par le ramassage soigné et quotidien de ces ordures et par leur destruction.

5.2.2 Méthodes de lutte offensive

Pour être efficace la lutte doit être intensive, persévérante et étendue car elle comporte beaucoup de limites. Ainsi :

- _ L'utilisation des pièges s'avère inefficace car les rongeurs s'en méfieraient très vite ;
- _ La lutte biologique par l'emploi de germes microbiens mélangés à un appât mais les rongeurs s'immunisent vite et cela pourrait être dangereux pour l'homme et pour les animaux domestiques ;
- _ L'utilisation des poisons chimiques est efficace mais très dangereuses
- _ Le chat est d'une grande utilité dans la lutte contre les rongeurs.

5.3. Lutte contre les nuisances sonores (bruit)

5.3.1 Définition du bruit

Le bruit est un son indésirable, déplaisant ou agaçant, soit parce qu'il gêne la perception d'un autre son, soit parce qu'il est dommageable pour la santé physique et psychique.

5.3.2 Les sources de bruit

Elles peuvent être :

- _ un poste de radio ou télévision ;
- _ des appareils ménagers ;
- _ des ustensiles de cuisine ;

- _ des jeux d'enfants ;
- _ des bruits de la circulation liés à l'intensité du trajet routier, ferroviaire, aérien ;
- _ les bruits de chantier et d'usine, etc.

5.3.3 Les effets du bruit sur la santé

Ils sont plutôt d'ordre fonctionnel. Ils ne peuvent pas aboutir à des lésions organiques de l'appareil auditif. Des bruits déterminent une série de réactions végétales :

- _ L'irritation ;
- _ Les malaises ;
- _ Les modifications du caractère ;
- _ La diminution de l'attention et du rendement.

En médecine du travail on constate des hypoacousies qui peuvent s'aggraver et aboutir à une surdité complète chez les ouvriers qui ont été longtemps exposés à un bruit intense, d'où la nécessité de procurer à ces derniers des moyens de protection contre le bruit.

CONCLUSION

Le rôle régalien des gouvernements est d'assurer dans l'équité et la justice sociale la santé des populations. Ils ne peuvent assumer ce rôle qu'en prenant des mesures sanitaires et sociales appropriées. Notre environnement physique regorge d'un certain nombre de facteurs qui peuvent influencer négativement sur la santé. Ces facteurs sont la plupart du temps liés aux comportements humains et de la nature elle-même. Le rôle de l'agent de santé est d'aider les communautés à rendre son environnement moins nuisible pour la santé en adoptant au quotidien des mesures favorables à la santé.

**GENERALITES SUR LES SOINS DE SANTE
PRIMAIRES (SSP)**

Objectif général

A la fin du cours, l'étudiant de la L1 doit être capable comprendre la stratégie des Soins de Santé Primaires

Objectifs spécifiques

- 1) Décrire à partir du cours, les différentes étapes de l'histoire des Soins de Santé Primaires.
- 2) Définir à partir des notions reçues au cours, l'approche « Soins de Santé Primaires ».
- 3) Décrire succinctement, les caractéristiques des Soins de Santé Primaires
- 4) Citer selon le cours, le but et deux objectifs généraux des Soins de Santé Primaires.
- 5) Enumérer de façon chronologique et sans erreur, les huit composantes essentielles des Soins de Santé Primaires.
- 6) Citer en se basant sur le cours, trois principes fondamentaux des Soins de Santé Primaires.
- 7) Enumérer en se basant sur le cours, cinq principes de la démarche des Soins de Santé Primaires.
- 8) Situer sur la pyramide sanitaire, les Soins de Santé Primaires dans le système national de santé de la Côte d'Ivoire.

I. HISTORIQUE DES SSP DANS LE MONDE, EN AFRIQUE ET EN CI

L'organisation mondiale de la santé (OMS), après une analyse de la situation sanitaire mondiale a relevé de nombreux problèmes dont les quatre principaux sont :

- ✓ L'incapacité des systèmes de santé des pays de répondre efficacement aux besoins de santé des populations ;
- ✓ La cherté du coût des actes de santé qui ne permet pas aux démunis de se soigner correctement entraînant ainsi des inégalités flagrantes et inacceptables dans la situation sanitaire des peuples ;

- ✓ L'inadéquation et l'inéquitable répartition des ressources (humaines, financières, matérielles et technologiques) allouées à la santé entre les pays et à l'intérieur des pays ;
- ✓ Le désintérêt de plus de plus croissant des populations des activités des structures sanitaires parce que non associées aux prises de décisions concernant leur santé.

Considérant l'ampleur de ces problèmes de santé, et estimant que la santé est un droit fondamental de l'Homme et un objectif social universel, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé en 1977, que tous les peuples du monde devaient atteindre avant l'an 2000 un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Pour atteindre cet objectif social, 134 pays du sud, 67 organisations des Nations-Unies, institutions spécialisées et organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS, réunis à ALMA-ATA du 6 au 12 septembre 1978 ont identifié les Soins de Santé Primaires (SSP) comme stratégie pouvant permettre d'atteindre cet objectif.

En **1985**, pour garantir le succès des SSP et assurer une bonne coordination des activités, les ministres de la santé des Etats africains membres de l'OMS se sont retrouvés dans la capitale Zambienne (Lusaka) pour dégager trois niveaux d'application des Soins de Santé Primaires. Ainsi, nous avons :

- ❖ *Le niveau périphérique ou niveau primaire* : c'est le niveau de mise en œuvre des activités des Soins de Santé Primaires.
- ❖ *Le niveau intermédiaire ou niveau secondaire* : c'est le niveau d'appui ou de soutien au niveau périphérique
- ❖ *Le niveau central ou le niveau tertiaire* : c'est le niveau stratégique ou le niveau politique

En **1987**, devant les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des SSP, les mêmes ministres africains de la santé vont se rencontrer au MALI, précisément à Bamako pour relancer la stratégie en vue de réduire la mortalité maternelle et infantile à travers une initiative dénommée « l'initiative de Bamako » d'où l'appellation Soins de Santé Primaires / Initiative de Bamako (SSP / IB).

Mais, en quoi consistait IB ?

La réunion de Bamako consistait à :

- Mettre en place un système de financement et de recouvrement des coûts des services de santé. (Participation de la population aux coûts de leurs soins de santé) ;
- Rendre les médicaments essentiels disponibles pour les communautés dans chaque centre de santé ;
- Assurer une marge bénéficiaire sur les ventes des médicaments essentiels pour couvrir les besoins opérationnels. (Salaire du gérant, fonctionnement du dépôt.)
- Mettre en place un fond local pour le développement sanitaire qui doit servir en priorité au renouvellement du stock de médicaments, au financement des actions sanitaires, et ensuite au financement de l'entretien des centres de santé et cases de santé ;
- Trouver d'autres sources et méthodes de financement communautaire des actions de santé. (Possibilité de nouer des partenariats avec d'autres secteurs d'activité) ;
- Mettre en place une organisation communautaire qui assure la gestion des activités et des ressources de la formation sanitaire. (Comité de gestion)

En **1991**, lancement officiel de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires en Côte d'Ivoire, treize ans après la déclaration d'ALMA-ATA.

En **1993**, début effectif de la mise en œuvre des activités des SSP en Côte d'Ivoire précisément dans le district sanitaire de Bouaflé, choisi comme district pilote. Celle-ci a été précédée par la formation de toutes les personnes

Impliquées dans l'exécution de la stratégie (médecin, infirmier, Sage-femme, représentant de la communauté) et ce, avec l'appui des partenaires au développement. (UNICEF, OMS, etc.).

II. DEFINITION DE L'APPROCHE « SOINS DE SANTE PRIMAIRES »

« Soins essentiels, fondés sur des méthodes et une technologie pratique, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté, par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade

de leur développement, dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante du système de santé dont ils sont la cheville ouvrière ainsi que du développement économique et social de la communauté ».

III-PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES SSP

- _ **Soins essentiels**, c'est-à-dire qu'ils doivent répondre aux besoins fondamentaux de l'être humain ;
- _ **Soins accessibles**, c'est-à-dire qu'ils doivent être mis à la portée de tous, tant au plan géographique, social, financier que culturel. Ils doivent être facilement disponibles à un coût abordable pour toutes les classes sociales quels que soient le revenu et le statut ;
- _ **Soins adaptés**, c'est-à-dire qu'ils doivent être d'application souple, simple et conforme aux besoins de santé des populations et aux ressources du milieu. Les technologies sanitaires utilisées doivent être adaptées à la pénurie de personnel de santé et aux limitations imposées par le coût qui caractérisent les communautés rurales.
- _ **Soins intégrés**, c'est-à-dire ne constituant pas une entité indépendante mais élément du système national de santé et intimement liés aux autres secteurs socio-économiques qui contribuent au développement (éducation, agriculture, industrie, urbanisme, etc.)

IV. BUTS ET OBJECTIFS GENERAUX DES SSP EN COTE D'IVOIRE

4.1. But

Améliorer les conditions socio-sanitaires des populations ivoiriennes avec un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant.

4.2. Les objectifs généraux

- _ Réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles par la promotion de la santé de la mère et de l'enfant dans le cadre du développement des soins de santé primaires et d'une approche multisectorielle ;
- _ Mettre en place un système de prestations sanitaires qui réponde de façon plus efficace aux besoins prioritaires de santé de la majorité de la population ;

- _ Etablir la base d'une politique axée sur la participation communautaire qui garantisse la mise en œuvre, et la pérennisation d'un système de financement communautaire

V. LES COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SSP

1. Education appropriée pour la santé en relation avec les problèmes de santé auxquels la population est confrontée.
2. Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.
3. Approvisionnement suffisant en eau saine ou potable et des mesures d'assainissement de base.
4. Protection maternelle et infantile y compris la santé de la reproduction et la planification familiale.
5. Vaccination contre les principales maladies infectieuses.
6. Prévention et la lutte contre les endémies locales.
7. Traitement des maladies et lésions courantes.
8. Fourniture en médicaments essentiels (modernes et traditionnels)

VI. LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DES SSP

- _ L'accès universel aux soins et la couverture en fonction des besoins ;
- _ L'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale ;
- _ La participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé ;
- _ L'adoption d'approches intersectorielles de santé.

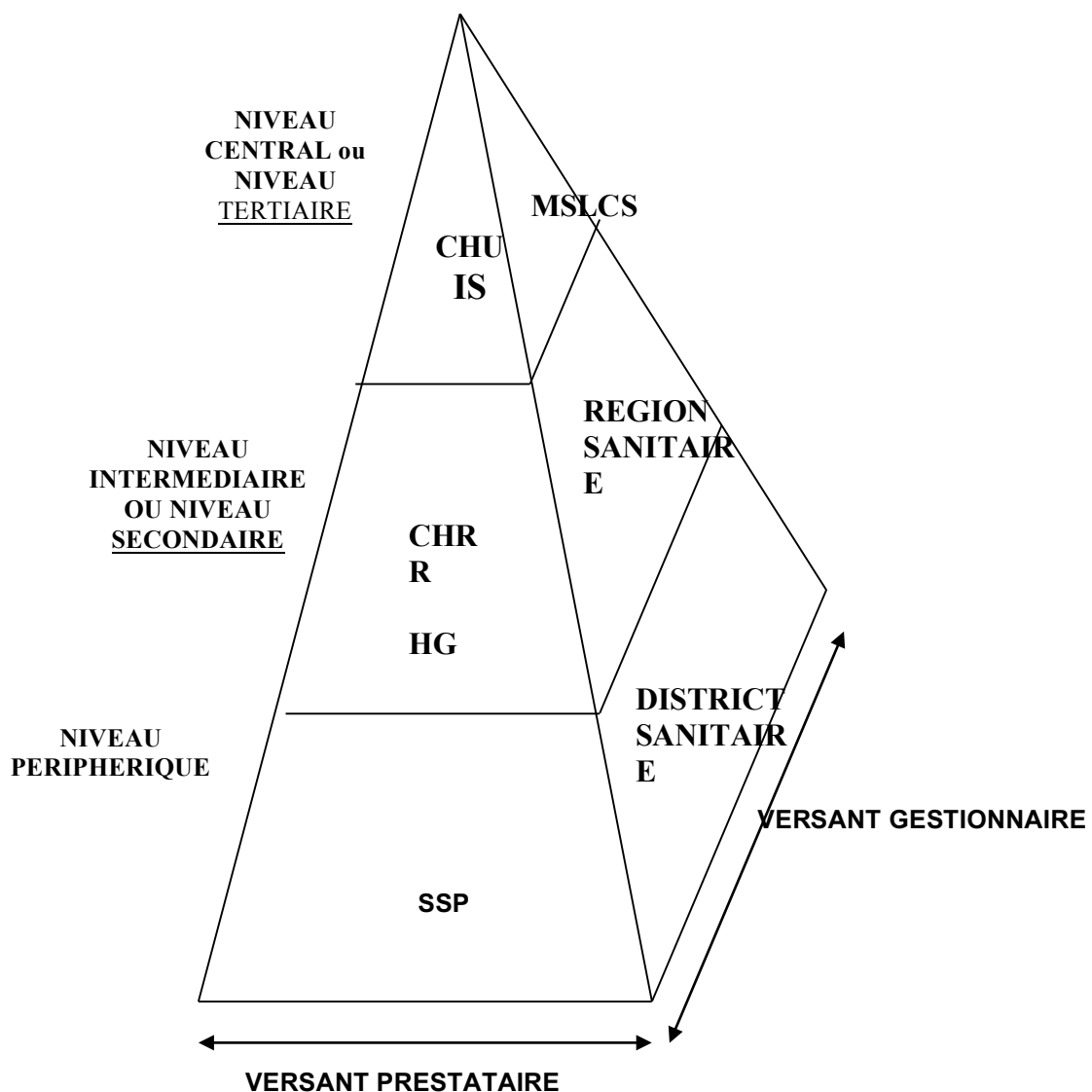
VII. LES PRINCIPES DE LA DEMARCHE DES SSP.

- _ Les Soins doivent être conçus en fonction des us et coutumes de la population à laquelle ils sont destinés et doivent répondre aux besoins de celle-ci ;
- _ Les Soins doivent faire partie intégrante du système de protection sanitaire national
- _ Les activités doivent être pleinement intégrées à celles des autres secteurs de développement communautaires (agriculture, éducation, etc.) ;

- _ La population locale doit participer activement à **la conception, à la conduite et à l'évaluation des activités** du plan sanitaire afin que celles-ci soient exactement adaptées aux besoins de priorité à l'échelon local ;
- _ Les Soins doivent avant tout reposer sur les ressources **locales** ;
- _ Les Soins doivent être un ensemble **de soins intégrés de prestations** (promotionnelles, éducatives, préventives et curatives), fourni à l'individu, à la famille et à la collectivité. La plupart des interventions médicosanitaires doivent autant que possible être réalisées à l'échelon le plus périphérique des santé par les agents qui y sont les mieux préparés.

VIII. LA PLACE DES SSP DANS LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE

Les SSP se situent au niveau périphérique ; c'est-à-dire au niveau primaire ou niveau d'exécution de la pyramide sanitaire (cf. figure 85)



GENERALITES SUR L'EPIDEMIOLOGIE

Objectif Général

A la fin du cours, l'étudiant de la L1 doit être capable de connaître les notions de base en épidémiologie

Objectifs spécifiques

- 1) Définir en se basant sur le cours, le terme épidémiologie
- 2) Enumérer à partir du cours, les objectifs de l'épidémiologie.
- 3) Citer à partir du cours, les domaines d'application de l'épidémiologie.
- 4) Décrire selon le cours, les différents axes en épidémiologie
- 5) Etablir selon le cours, la différence entre l'approche épidémiologique et l'approche clinique et des problèmes de santé
- 6) Décrire à partir du cours, les différents phénomènes de masses
- 7) Expliquer sans erreur les concepts statistiques utilisés en épidémiologie
- 8) Expliquer en se basant sur le cours, le contrôle, la maîtrise, l'élimination et l'éradication d'une maladie
- 9) Citer à partir du cours, les différents groupes d'indicateurs de santé
- 9) Définir selon le cours, la surveillance épidémiologique

Intérêt du cours

L'épidémiologie

- _ Est une science fondamentale de santé publique. Elle est très importante dans la formation de l'infirmier et de la sage-femme.
- _ Contribue à l'amélioration de la santé des populations
- _ Est indispensable au processus d'identification et de cartographie des maladies émergentes (**OMS, 2010, p.14**)

I. DEFINITION

L'épidémiologie est une « discipline scientifique qui étudie la distribution et les **déterminants des états de santé et des maladies** dans les populations humaines ainsi que des influences qui déterminent cette distribution ».

(OMS, 1968)

Les déterminants de la santé sont des facteurs sociaux, économiques, culturels et environnementaux sous-jacents responsables de la santé et de la maladie, dont la plupart se situent dans des secteurs autres que la santé. **(OMS, 2010, p.47)**

Exemple

- _ *Facteurs géographiques* (richesse naturelle, climat, etc.)
- _ *Facteurs sanitaires* (Etat de connaissances médicales et nutritionnelles)
- _ *Facteurs psychoculturels* (mentalité de la population devant les problèmes sanitaires, coutumes croyances tradition etc.

Remarque

La santé publique, d'une façon générale, fait référence à des mesures collectives visant à améliorer la santé de la population. L'épidémiologie, quant à elle, est un des instruments permettant d'améliorer la santé publique. (OMS, 2010)

II. BUTS

- _ Comprendre les états de santé et de maladie ;
- _ Mesurer l'état de santé d'une population ;
- _ Mesurer les risques individuels et collectifs ;
- _ Identifier les agents pathogènes, les modes de transmissions et les facteurs de risques ;
- _ Prévenir la survenue des maladies et phénomènes pathologiques ;
- _ Evaluer les méthodes d'intervention

III. DOMAINES D'APPLICATION

Il existe deux domaines d'application.

- _ Epidémiologie des maladies transmissibles. *Exemple : la rougeole*
- _ Epidémiologie des maladies non transmissibles. *Exemple : la malnutrition*

IV. LES DIFFERENTS AXES

- _ *L'axe descriptif* ou épidémiologie descriptive (décrit l'état de santé d'une population) ;

- _ *L'axe analytique* ou épidémiologie analytique (explique l'état de santé ou analyses les déterminants des problèmes de santé) ;
- _ *L'axe évaluatif ou d'intervention* ou épidémiologie évaluative (évalue l'impact des interventions) (Albouty-Llaty, 2009).

4.1 Epidémiologie descriptive

Elle étudie la fréquence de la répartition de la maladie ou de la santé dans l'espace, le temps et en fonction des caractéristiques de la population (âge, sexe profession, situation matrimoniale ...)

Elle répond aux questions suivantes :

Quand ? (Temps). Quand la maladie survient-elle ?

Où ? (Lieu). Où survient-t-elle ?

Qui ? (Population concernée). Qui sont concernés ?

Combien ? (Le nombre). Combien d'individus ont contracté la maladie ?

Exemple

La maladie survient périodiquement en mars (quand), dans les localités de l'aire sanitaire de Limpleu, (où) touchant plus de 500 enfants (nombre) âgés de 0 à 5 ans (qui).

4.2 Epidémiologie analytique

Elle recherche les causes de l'apparition de la maladie, du phénomène de santé ou les lie à des facteurs de risque

Elle répond à la question << **Pourquoi ?** >>

Exemple :

- _ *Pourquoi la maladie survient périodiquement en mars ?*
- _ *Pourquoi les localités de l'aire sanitaire de Limpleu sont concernées ?*
- _ *Pourquoi les enfants de 0 à 5 ans ?*
- _ *Pourquoi un si grand nombre ?*

4.3 Epidémiologie évaluative ou d'intervention

Elle évalue le bien fondé ou non des mesures prises pour améliorer l'état de santé de la population.

Exemple

L'épidémie de rougeole est sous contrôle après la prise en charge des cas et la sensibilisation des populations sur la nécessité de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes.

V. APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE ET APPROCHE CLINIQUE DES PROBLEMES DE SANTE

	Approche épidémiologique	Approche clinique
Sujet d'intérêt (objet)	Maladie	Malade
Diagnostic	Identification d'un phénomène de groupe important	Détermination du sujet d'intérêt clinique
Recherche étiologique	Cause d'apparition de la maladie et de sa propagation dans la population	Causes d'apparition de la maladie chez le sujet
Thérapie (intervention)	Contrôle, éradication, élimination maîtrise de la maladie	Guérison du malade
Vérification du succès (évaluation)	Analyse de l'impact des interventions, surveillance épidémiologique de la maladie	Disparition des signes cliniques

V. LES PHENOMENES DE MASSE

(5.1 Définition de phénomènes de masses

C'est une concentration de sujets ayant le même caractère épidémiologique dans le temps ou dans l'espace ou dans les deux à la fois.

Exemple :

Les enfants (sujets) ont tous contracté la rougeole (caractère épidémiologique) à Béziaka (espace) dans le mois de février (temps).

5.2 Les différents phénomènes de masse

5.2.1 Epidémie

C'est une apparition soudaine, inattendue ou brusque d'une maladie dans une population donnée, pendant un temps donné. Elle est limitée dans le temps et dans l'espace.

Exemple : La rougeole

5.2.2 Endémie

C'est une maladie qui sévit de manière permanente, continue et constante dans la population et qui est circonscrite à une zone donnée. Elle est illimitée dans le temps mais limitée dans l'espace

Exemple : la lèpre

5.2.3 Pandémie

C'est une maladie qui touche la population d'un ou de plusieurs continents à la fois, voire la planète. Elle est illimitée dans l'espace mais limitée dans le temps.

Exemple : le SIDA (caractère planétaire)

Tableau N0 2 : Résumé des caractéristiques des phénomènes de masses

Phénomènes de masses	Temps	Espace
Epidémie	Limitée	Limitée
Endémie	Illimitée	Limitée
Pandémie	Limité	Illimitée

VI. CONCEPTS STATISTIQUES UTILISES EN EPIDEMIOLOGIE

Les mesures du niveau de santé d'une communauté utilisent les fréquences absolues ou les fréquences relatives. Les concepts statistiques sont utilisés pour résumer les données épidémiologiques

6.1 Fréquence absolue

Elle constitue un dénombrement des cas de maladies dans une population donnée au cours d'une période donnée.

Exemple : paludisme : 52 cas ; diarrhées : 50 cas IRA 49 cas Total =151 cas

6.2 Fréquence relative

Elle indique l'importance d'une affection donnée dans l'ensemble des affections d'une population au cours d'une période d'observation considérée. Elle comporte un numérateur et un dénominateur. Elle est estimée en décimale ou en pourcentage.

Exemple : paludisme : $52/151=0,34$ ou 34% ; Diarrhées : $50/151 = 0,33$ ou 33% ; IRA : $49/151 = 0,32\%$

6.1 Rapport

C'est une division qui met en relation deux quantités (un numérateur et un dénominateur). Le rapport peut être : une proportion, un taux, un ratio ou un indice

$$\text{Rapport} = \frac{x}{y}$$

7.4 Proportion

C'est un rapport dont le numérateur est inclus dans le dénominateur. Ils sont donc de même nature. Une proportion s'exprime sous forme d'un nombre compris entre 0 et 1 ou sous forme de pourcentage.

$$\text{Proportion} = \frac{x}{x + y} \times 100$$

Exemple:

Sur 7500 enfants de moins de 5 ans reçus, 3500 sont correctement vaccinés contre la rougeole.

La Proportion d'enfant correctement vaccinés : $3500 \times 100 / 7500 = 46,66\%$

7.5 Taux

Il représente la probabilité de survenue d'un évènement au cours d'une période

- _ Il s'exprime en % ou en chiffre de 0 à 1
- _ Il induit une notion de temps et de risque.

Le risque étant la probabilité pour un individu de s'exposer à une situation donnée.

$$\text{Taux} : \frac{\text{Nombre de "malades" pendant une période}}{\text{Nombre de personnes exposées pendant cette période}} \times 100$$

7.6 Le ratio

Le ratio est un rapport pour lequel le numérateur n'est pas inclus dans le dénominateur. Le ratio n'a pas d'unités. Exemple : Ratio sages femmes/FAR.

7.7 Indice

L'indice est un rapport qui est utilisé lorsque le numérateur n'est pas inclus dans le dénominateur et que l'un et l'autre se réfèrent à des événements distincts. L'indice est utilisé lorsque le dénominateur n'est pas bien connu (difficile à déterminer).

Exemple : mortalité maternelle = nombre de décès maternels / naissances vivantes

VIII. CONTROLE, MAITRISE, ELIMINATION ET ERADICATION D'UNE MALADIE

8.1 Contrôle d'une maladie

C'est un ensemble des mesures individuelles ou collectives qui bloque la propagation de la maladie dans la communauté.

Dans le contrôle de la maladie, l'agent pathogène n'est pas entièrement éliminé de l'environnement, donc la possibilité ou le risque de se recontaminer existe toujours.

8.2 Maitrise d'une maladie

C'est la réduction durable du nombre de nouveaux cas, sans pour autant éradiquer la maladie.

8.3 Elimination d'une maladie

Elle représente l'ensemble des mesures visant à l'élimination totale de la maladie dans la communauté. La maladie est supprimée (plus de cas) mais l'agent pathogène n'est pas entièrement éliminé dans l'environnement

8.4 Eradication d'une maladie

Elle représente l'ensemble des mesures visant à l'élimination totale de la maladie et de son germe dans la communauté. La maladie et le germe en cause sont supprimés.

IX. LES DIFFERENTS GROUPES D'INDICATEURS DE SANTE

9.1 Définition

- _ Les indicateurs épidémiologiques sont des mesures qui servent à :
- _ Analyser la situation présente ;
- _ Effectuer des comparaisons ;
- _ Mesurer les changements dans le temps.

9.2 Groupes d'indicateurs de santé

Il existe eux grands groupes d'indicateurs de santé

- _ Les indicateurs de santé à tendance positive : mesure la santé
- _ Les indicateurs de santé à tendance négative : mesure la maladie et les décès

9.2.1 Les indicateurs de santé à tendance positive

Ces indicateurs sont fournis par les services de démographie. Ce sont entre autres :

- _ Le taux brut de natalité ;
- _ Accroissement naturel.

9.2.2 Les indicateurs de santé à tendance négative

Les indicateurs de santé à tendances négatives ont pour but d'analyser la distribution des cas de maladie et de décès dans une population donnée. Ce sont :

- _ les indicateurs de morbidité ;
- _ Les indicateurs de mortalité.

X. LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

10.1 Définition

Selon AREZKI TIBICHE, La surveillance épidémiologique consiste en la collecte systématique continue, l'analyse, l'interprétation de données sanitaires afin d'élaborer de mettre en place et d'évaluer les programme de santé publique ainsi que la diffusion rapide des données de santé Cette action est essentielle à la pratique de la santé publique

10.2 Buts de la surveillance épidémiologique

Dans le cadre des maladies transmissibles, le but de la surveillance épidémiologique est selon AREZKI TIBICHE de:

- _ Connaître l'incidence et les caractéristiques d'une maladie ;
- _ Étudier la dynamique de diffusion sociale, temporelle et spatiale d'une maladie et d'en prédire l'extension ;
- _ Disposer de système et d'indicateurs d'alerte d'épidémie ;
- _ Intervenir lors d'une épidémie pour interrompre la chaîne de transmission

- _ Connaître les facteurs de risque des maladies afin de proposer des mesures de prévention et des recommandations les plus adaptées ;
- _ Évaluer les actions de prévention.

10.3 Démarche en épidémiologie

La démarche en épidémiologie obéit à une série d'étapes qui sont :

1. La collecte des données ;
2. La description des données ;
3. La comparaison des données ;
4. La recherche des associations ;
5. La confirmation des associations observées ;
6. La recherche de la causalité ;
7. Evaluation de l'impact sanitaire ;
8. Evaluation des actions de santé.

10.4 Définition de cas

Une définition de cas est un ensemble de critères utilisés pour déterminer si une personne est atteinte d'une maladie particulière. Elle repose sur des critères cliniques, de laboratoire ou l'association des deux.

10.5 Définition de cas clinique

Une définition de cas clinique fournit les critères permettant de poser un diagnostic pour le traitement susceptible de sauver la vie du patient. Ce sont les symptômes identifiés par le personnel clinique (médecins, infirmiers, sages femmes et aides soignants).

10.6 Définition de cas épidémiologique

Elle permet de préciser les maladies qui doivent être notifiées pour la surveillance. La définition de cas standard permettra au système de surveillance d'obtenir une meilleure détection de tous les cas d'une maladie ou affection au sein d'une population donnée.

10.7 Classification des cas

En fonction du degré de certitude du diagnostic, l'on peut distinguer trois types de cas :

- _ Les cas suspects ;
- _ Les cas probables ;
- _ Les cas confirmés.

10.8 Seuil épidémique

C'est la valeur attendue de cas ou taux d'attaque d'une maladie constituant un niveau qui une fois franchi doit attirer l'attention du personnel sur l'émergence d'un phénomène épidémique nécessitant des interventions urgentes.

10.9 Seuil d'alerte

C'est le niveau à partir duquel la notification d'une menace d'épidémie est faite aux autorités sanitaires.

Pour les maladies à potentiel épidémique et celles visées pour l'élimination ou l'éradication, un seul cas peut constituer une flambée suspecte et doit susciter des mesures telles que la notification immédiate, la prise en charge du cas, le prélèvement d'échantillon pour la confirmation et l'investigation sur le cas.

Pour les autres maladies prioritaires importantes au plan de la santé publique, une épidémie est suspectée si on constate un accroissement anormalement élevé du nombre de cas par rapport au période similaire d'observation antérieur.

10.10 Seuil d'action

C'est le niveau à partir duquel la riposte doit être déclenchée face à une menace d'épidémie.

Pour les maladies à potentiel épidémique et celles visées pour l'élimination ou l'éradication, un cas confirmé doit susciter des mesures telles que l'organisation urgente d'activités de vaccination, l'amélioration de l'accès à l'eau potable, campagne d'IEC/CCC, et l'amélioration de la prise en charge des cas.

10.11 Riposte

C'est un ensemble d'actions mises en œuvre pour résoudre un problème ou modifier une situation non satisfaisante

10.12 Notification de cas

C'est la communication obligatoire à l'autorité sanitaire de cas et décès dus aux maladies transmissibles ou autres affections importantes du point de vue de la santé publique.

**INFORMATION-EDUCATION-COMMUNICATION /
COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE
COMPORTEMENT**

Objectif général :

A la fin du cours, l'étudiant de la L1 doit être capable connaître les notions de base en IEC/CCC

Objectifs spécifiques

- 1) Définir à partir du cours, les concepts liés à l'IEC/CCC
- 2) Enumérer en se basant sur le cours, les six éléments constitutifs de la communication
- 3) Citer en s'appuyant sur le cours, deux obstacles à la communication liés l'émetteur, au récepteur, au canal, au message
- 4) Décrire de façon succincte et selon le cours, les facteurs susceptibles d'influencer le comportement
- 5) Décrire en se basant sur le cours, les étapes du processus de changement de comportement
- 6) Décrire les approches utilisées en matière de communication pour le changement de comportement

I. DEFINITIONS DES CONCEPTS LIÉS A LA L'IEC/CC

1.1. La Communication

La communication se définit comme un processus dynamique par lequel un individu établit une relation avec une ou plusieurs personnes pour échanger, transmettre des idées, des connaissances. Elle peut donc être verbale (parlé) ou non verbale (gestes, mimiques).

1.2 Le comportement

C'est l'ensemble des manières de faire ou de pratiques propres à un individu ou à un groupe d'individus (l'excision, le refus d'adopter une méthode contraceptive, l'alcoolisme).

1.3 Le changement de comportement

C'est la modification des manières de faire d'un individu ou d'un groupe d'individus. Le changement de comportement passe par un long cheminement qui s'effectue plus ou

moins rapidement compte tenu des facteurs susceptibles d'influencer l'adoption d'un nouveau comportement.

1.4 La communication pour le changement de comportement

La communication pour le changement de comportement est un processus interactif et participatif, à double voie. Elle permet d'échanger des informations, des idées, des connaissances, des opinions et des décisions. Elle permet de favoriser les changements durables de comportements ou l'adoption de comportements nouveaux en vue d'améliorer une situation donnée.

II. LES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA COMMUNICATION

2.1 L'émetteur

C'est celui qui émet le message, c'est la source ;

2.2 Le récepteur

C'est celui qui reçoit le message ;

2.3 Le message

C'est le contenu de la communication. Il peut prendre plusieurs formes dans le processus de communication. Il peut être gestuel, verbal, dansé, écrit, chanté. Il peut relever du paralangage tels que :

- _ Les mimiques du visage ;
- _ Les regards ;
- _ La façon de se tenir ;
- _ La tenue vestimentaire.

2.4 Le canal

C'est le moyen de transmission (support physique)

2.5 Le feed-back ou rétroaction

C'est la réaction du récepteur du message vers l'émetteur ou le retour de l'information à l'émetteur.

2.6 Le codage

C'est un ensemble de signes et de règles de combinaison de ces signes. Il permet de constituer et de comprendre des messages

L'émetteur y puise pour constituer son message (c'est l'opération d'*encodage*). Le destinataire identifiera ce système de signes (c'est l'opération de *décodage*) si son répertoire est commun avec celui de l'émetteur.

III. LES OBSTACLES A LA COMMUNICATION

1.3.1 Obstacles liés à l'émetteur

- _ Non maîtrise du sujet ;
- _ Mauvais accueil ;
- _ Non-respect des autres
- _ Etc.

1.3.2 Obstacles liés au récepteur

- _ Refus de message ;
- _ Mauvaise perception du message ;
- _ Méfiance ;
- _ Etc.

1.3.3 Obstacles liés au canal

- _ Canal indirect ;
- _ Inadapté.

1.3.4 Obstacles liés au message

- _ Confus et imprécis ;
- _ Compliqué ;
- _ Inapproprié ;
- _ Etc.

IV. LES FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LE COMPORTEMENT

La décision d'un individu de modifier ou non son comportement est fonction de différents facteurs. Ces facteurs peuvent favoriser ou constituer un frein au changement souhaité. Ces facteurs peuvent internes et externes

4.1 Les facteurs internes

Ils sont liés aux caractéristiques personnelles et psychologiques de l'individu et qui conditionnent son comportement. Ils influencent directement les décisions de l'individu. Ce sont les caractéristiques personnes (l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, l'occupation professionnelle etc.).

4.1.1 Les connaissances

C'est un ensemble d'informations dont dispose l'individu à propos d'un sujet quelconque. C'est un préalable à tout changement de comportement individuel.

C'est l'étape première de la prise de conscience d'un phénomène.

4.1.2 La perception

C'est le processus par lequel un individu choisit, organise et interprète des éléments d'informations externes pour construire une image cohérente du monde qui l'entoure.

4.1.3 Les croyances

Elles correspondent à un élément de connaissance descriptive qu'un individu entretient à l'égard d'un objet.

4.1.4 Les attitudes

Elles résument les évolutions positives ou négatives, les réactions émotionnelles et les prédispositions à agir. C'est une orientation que l'on se donne vis-à-vis d'un objet ou d'une idée.

4.2 Les facteurs externes

Ce sont les facteurs qui relèvent de l'environnement dans lequel vit l'individu.

4.2.1 La culture

C'est l'ensemble des normes, rites valeurs, convictions et habitudes d'une société. Toute société a sa propre culture, ses valeurs, ses croyances, ses habitudes, sa manière de voir les choses et dont nous devons tenir compte dans la vie courante.

4.2.2 Le milieu social

Toute société met en place un système de stratification sociale des différentes classes sociales qui sont représentées par des groupes homogènes dont les membres partagent le

même système de valeurs, de mode de vie, d'intérêts et de comportements (les jeunes, les femmes, les personnes âgées etc.).

V. LES ETAPES D'UN PROCESSUS DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

La modification du comportement humain suit généralement un processus progressif dont il faut tenir compte dans toute intervention de communication qui vise au changement de comportement. Dans ce processus, les étapes à suivre sont interdépendantes ; il est donc indispensable de connaître pour chaque public-cible, à quelle étape du changement de comportement il se trouve pour envisager une stratégie d'action efficace.

Dans le processus de changement, les différentes étapes suivantes peuvent être observées

5.1 La perception et prise de conscience

Je me rends compte que le problème existe et est grave: je me pose la question : suis-je concerné?

5.2. La connaissance

Ai-je une connaissance quelconque sur le problème ? sinon, je vais m'informer sur les causes, les conséquences, les moyens de prévention, les soins, le nouveau comportement proposé

5.3. L'intention

J'ai des raisons ainsi que l'intention ferme et positive de m'engager à adopter le nouveau comportement

5.4. L'action

Je pratique le nouveau comportement

5.5. Evaluation, maintien, confirmation

J'ai tiré des bénéfices, avantages ou inconvénients de la nouvelle action et j'ai des personnes qui me soutiennent ou qui m'empêchent d'adopter le nouveau comportement (environnement social favorable ou défavorable).

5.6. Le renforcement

J'ai moins de contraintes à adopter le nouveau comportement, alors je me fais l'avocat de la cause. Je propage la bonne nouvelle

VI. APPROCHES UTILISEES DANS LA CCC

6.1 La segmentation et le choix du public cible

6.1.1 La segmentation

La segmentation consiste à découper un public cible donné en groupes homogènes afin de leur adresser des messages spécifiques et adaptés. Elle peut donc se faire sur la base des critères suivants :

- _ L'âge (jeunes, adultes, personnes âgées) ;
- _ Le sexe (femmes, hommes) ;
- _ Le niveau d'information (sous-informés, non informés, suffisamment Informés sur le sujet) ;

6.2.2 Choix du public cible

Avant toute animation, l'animateur doit se poser les questions suivantes pour identifier son public cible :

- _ A qui vais-je parler ? Quel est son problème ?
- _ Que sait-il déjà du sujet (niveau d'informations) ?
- _ Est-il pour ou contre le sujet, quel est son comportement actuel par rapport au sujet ?
- _ Quel nouveau comportement vais-je lui proposer ?

6.2 L'identification des objectifs

Se fixer un objectif à atteindre est un acte très important. Si l'objectif n'est pas fixé au départ, il sera difficile de mesurer les résultats à la fin.

Quel est objectif ? : Quels résultats voudrais-je obtenir durant la causerie,

Quel nouveau comportement voudrais-je qu'il adopte ?

6.3 Elaboration du contenu

C'est le message que je vais faire passer

Que vais-je lui dire ? Quel sera le contenu que je vais développer durant la causerie

6.4 Choix de la méthode

La méthode est la technique que je vais utiliser pour passer le message

Comment vais-je le dire ? Quelles méthodes et techniques d'animation vais-je utiliser ?

6.5 Choix du support

La recherche du support à utiliser amène à répondre à la question suivante

Quel support ? Vais-je utiliser ? (Aides visuelles, film, mannequins)

6.6 Choix des critères d'évaluation

Il me permet de poser la question suivante

Comment vais-je savoir que j'ai atteint mon objectif ? : Quels seront les critères d'évaluation que je vais utiliser ?

