PRIORITÉS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES • TROISIÈME ÉDITION

8

Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent

Optimiser les résultats de l'éducation

Investissements à haut rendement dans la santé scolaire pour un niveau plus élevé de participation et d'apprentissage



RÉDACTEURS
Donald A. P. Bundy
Nilanthi de Silva
Susan Horton
Dean T. Jamison
George C. Patton

AVEC UNE PRÉFACE DE
Julia Gillard

AVEC UNE PROLOGUE DE
Louise Banham
Lesley Drake
Bradford Strickland

VOLUME 8

PRIORITÉS DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TROISIÈME ÉDITION

Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent

Optimiser les résultats de l'éducation : investissements à haut rendement dans la santé scolaire pour un niveau plus élevé de participation et d'apprentissage

RÉDACTEURS

Donald A. P. Bundy
Nilanthi de Silva
Susan Horton
Dean T. Jamison
George C. Patton

WORLD BANK GROUP

© 2018 Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Téléphone : 202-473-1000
Internet : www.worldbank.org

Cet ouvrage a été publié à l'origine par la Banque mondiale en anglais. Il s'agissait du chapitre 20 du volume 8 *Child and Adolescent Health and Adolescent Health and Development : Disease Control Priorities* (troisième édition) en 2017. En cas de divergence, c'est la langue de l'original qui prévaudra. Veuillez citer l'ouvrage original comme suit : Bundy, D. A. P., L. Schultz, B. Sarr, L. Banham, P. Colenso, et L. Drake. 2017. "The School as a Platform for Addressing Health in Middle Childhood and Adolescence." Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition), *Volume 8, Child and Adolescent Health and Development,* publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, et G. C. Patton. 2017. Washington, DC : Banque mondiale. doi:10.1596/978-1-4648-0423-6 Licence : Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO

Cet ouvrage est le fruit du travail des services de la Banque mondiale avec des contributions extérieures. Les constatations, interprétations et conclusions exprimées dans cet ouvrage ne reflètent pas nécessairement les points de vue de la Banque mondiale, de son Conseil d'administration ou des gouvernements qu'ils représentent.

Le Partenariat mondial pour l'éducation travaille avec plus de 60 pays en développement pour faire en sorte que chaque enfant reçoive une éducation de base de qualité, en donnant la priorité aux plus pauvres, aux plus vulnérables et à ceux qui vivent dans des pays fragiles ou touchés par des conflits. Le GPE mobilise des financements pour l'éducation et aide les pays en développement à mettre en place des systèmes éducatifs efficaces basés sur une planification et des politiques fondées sur des données probantes.

www.globalpartnership.org

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans cet ouvrage. Les frontières, couleurs, dénominations et autres informations figurant sur toute carte de cet ouvrage n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale concernant le statut juridique d'un territoire ni l'approbation ou l'acceptation de ces frontières.

Droits et autorisations



Le contenu de cet ouvrage est soumis à des droits d'auteur. Dans la mesure où la Banque mondiale encourage la diffusion de ses connaissances, ce travail peut être reproduit, en totalité ou en partie, à des fins non commerciales, à condition d'en indiquer la source.

Toute question sur les droits et licences, y compris les droits subsidiaires, doit être adressée à World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, États-Unis d'Amérique ; télécopie : 202-522-2625 ; mél. : pubrights@worldbank.org.

Photo de couverture : © John Hogg/Banque mondiale. Utilisée avec l'autorisation de John Hogg/Banque mondiale. D'autres autorisations sont nécessaires en cas de réutilisation.

Conception de la couverture et de l'intérieur : Debra Naylor, Naylor Design, Washington, DC

Photo page 1 : © Frank Spangler/Worldview Images. Utilisée avec l'autorisation de Worldview Images. D'autres autorisations sont nécessaires en cas de réutilisation.

Table des matières

Préface de Julia Gillard *v*
Prologue de Louise Banham, Lesley Drake et Bradford Strickland *vii*

20. L'école en tant que plateforme pour la santé de la moyenne enfance et de l'adolescence **1**
Donald A. P. Bundy, Linda Schultz, Bachir Sarr, Louise Banham, Peter Colenso et Lesley Drake

Préface

Il existe de nombreuses raisons d'être fier des réalisations dans le domaine de l'éducation à l'échelle mondiale au cours des 15 dernières années. Une bonne planification, des financements et une bonne collaboration ont contribué à une augmentation considérable de l'accès à l'école primaire pour des millions de filles et de garçons dans les pays en développement. Aujourd'hui, il y a plus d'écoles, plus d'élèves et des enseignants plus nombreux et mieux formés que jamais auparavant.

Et pourtant, on estime que 264 millions d'enfants et de jeunes se trouvent dans l'incapacité d'aller à l'école et que des millions d'autres vont à l'école mais ne reçoivent pas un niveau d'apprentissage satisfaisant. Les raisons sont complexes, mais si vous êtes pauvre, une fille ou si vous vivez en milieu rural — ou, comme c'est souvent le cas, si vous réunissez plusieurs de ces facteurs — vous avez beaucoup moins de chances de réussite scolaire. Vos origines ont une incidence non seulement sur vos acquis de l'apprentissage, mais aussi sur votre état de santé et vos chances et opportunités dans la vie.

Pour les élèves les plus pauvres, s'inscrire à l'école, la fréquenter régulièrement et apprendre est souvent plus difficile en raison de la maladie, de la faim et de la malnutrition. Dans les pays en développement, on estime à 500 millions le nombre de jours d'absence scolaire pour cause de maladie, ce qui a un impact sur l'assiduité des élèves, leur concentration, leur croissance et leur apprentissage.

Prenons l'exemple de Sier Leap. Elle vit au Cambodge, est en 9e année à l'école et tout se passe bien pour elle aujourd'hui. Mais il n'y a pas si longtemps, Sier avait des difficultés à l'école, ses yeux la faisaient souffrir et elle avait du mal à se concentrer. Grâce à un programme de santé à l'école dispensé par le ministère de l'Éducation, financé par le Partenariat mondial pour l'éducation et mis en œuvre par la Banque mondiale et des organisations spécialisées dans la santé oculaire, Sier a fait partie des milliers d'enfants d'âge scolaire qui ont subi des tests de vision simples, effectués par des enseignants formés, dans son école. Après un suivi dans une clinique proche, elle a reçu des lunettes qui ont corrigé sa vision et transformé sa vie. Sier est plus heureuse et a davantage confiance en elle maintenant, elle obtient de bons résultats à l'école et espère devenir avocate.

Les écoles peuvent être des lieux efficaces pour promouvoir la santé des enfants, et certains pays mettent en œuvre des programmes de santé scolaire. Le rapport de 2017 de la Commission internationale sur le financement des opportunités éducatives dans le monde a mis en lumière certaines des pratiques en matière de santé ayant le mieux fait leur preuve pour accroître la scolarisation, la fréquentation, la participation et l'apprentissage pour les filles et les garçons en âge de fréquenter l'école primaire. Il a mis l'accent sur la prévention du paludisme, l'alimentation à l'école, les repas scolaires, l'eau et l'assainissement dans les écoles et le déparasitage. Pour les filles en particulier, les investissements dans l'éducation sexuelle complète, les connaissances en matière de santé génésique et les services et installations sanitaires connexes sont efficaces pour promouvoir l'inscription et la rétention.

« Optimiser les résultats de l'éducation » s'appuie sur les dernières données probantes et analyses en date disponibles dans le volume 8, « Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent » de la troisième édition des Priorités de la lutte contre les maladies (*Disease Control Priorities — DCP3*). Il met en évidence les synergies entre les investissements et les résultats dans les domaines de

l'éducation et de la santé. Il confirme également que nos efforts et nos ressources doivent se concentrer à la fois sur la santé et l'éducation afin de réaliser de nouveaux progrès en matière de développement humain et sur le plan de la réalisation des Objectifs de développement durable. Les objectifs à long terme en matière de santé ne peuvent pas être atteints si la population n'a pas reçu d'éducation, et les enfants ne peuvent pas apprendre s'ils souffrent des effets d'une mauvaise santé et nutrition.

Le volume 8 de la Lutte contre les maladies propose un ensemble d'investissements dans le domaine de la santé scolaire qui peuvent répondre efficacement aux problèmes de santé les plus urgents et aux besoins de connaissances en matière de santé des enfants d'âge scolaire dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Il contient des éléments probants que les décideurs, les praticiens et les planificateurs peuvent utiliser pour plaider en faveur d'interventions de santé scolaire à haut rendement et abordables afin d'améliorer non seulement la santé et le développement des enfants d'âge scolaire, mais aussi leur participation et leur apprentissage.

Pour les enfants d'âge scolaire âgés de 5 à 14 ans, certaines vaccinations, le dépistage des troubles oculaires, la promotion et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme, le déparasitage dans les zones à forte charge et les repas scolaires figurent parmi les recommandations du rapport. Il recommande également que les enfants plus âgés, de 10 à 19 ans environ, aient accès à un mode de vie sain et à une éducation sexuelle complète, à des services de santé adaptés aux adolescents dans les écoles, à une éducation et à des conseils en matière de santé mentale.

Les enfants d'âge scolaire — qui sont environ 400 millions dans le monde — ont généralement le plus lourd fardeau d'infection par les vers parmi tous les groupes d'âge. Ils souffrent de fatigue, de nausées, d'anémie et de malnutrition, ce qui les empêche d'aller à l'école ou nuit à leur capacité de se concentrer et d'apprendre. Cependant, pour un coût inférieur à 0,50 USD par an, le déparasitage en milieu scolaire peut réduire l'absentéisme de 25 %, et les avantages des interventions de santé scolaire peuvent être spectaculaires et immédiats.

Jyoti, 12 ans, a participé à la journée de déparasitage à l'école de l'État indien du Bihar comme 18 millions d'autres élèves, dont on estime que la moitié étaient infectés. « J'avais l'impression de ne pas pouvoir continuer à vivre », explique-t-elle. « Je me sentais vraiment mal, j'avais des douleurs à l'estomac, des nausées. J'avais envie de vomir, c'était horrible. Et puis, j'ai pris le comprimé le soir, et tout de suite, le matin suivant, je me suis sentie bien. D'un seul coup je me suis sentie pleine de vie et d'énergie. »

Pour réussir, les programmes de santé scolaire doivent être conçus, mis en œuvre et financés en collaboration avec d'autres. Le Partenariat mondial pour l'éducation a appuyé des équipes des ministères de l'Éducation et de la Santé — dans près d'un tiers des pays que nous soutenons — pour le travail de planification nécessaire afin de s'assurer que les enseignants et les travailleurs de la santé, les communautés locales et les élèves travaillent ensemble à la mise en œuvre de programmes de santé scolaire efficaces. Nombre d'entre eux incluent également dans leurs plans sectoriels de l'éducation à l'échelle nationale des programmes visant à atténuer la faim et à offrir un environnement scolaire sain.

« Optimiser les résultats de l'éducation » présente les dernières données probantes en date pour aider les ministères de l'Éducation, de la Santé et des Finances à examiner les programmes existants pour la santé des enfants à l'école et à investir dans ce qui fonctionne. Il s'agit d'améliorer la santé, le bien-être, la participation et l'apprentissage des élèves. Cela est tout à fait logique sur le plan économique puisque cela permet d'accroître l'efficacité d'investissements qui sont bénéfiques pour les élèves aujourd'hui mais aussi de construire des sociétés plus fortes et des économies plus prospères à l'avenir.

La mise en œuvre de ces programmes essentiels pour les enfants et les adolescents d'âge scolaire contribuera à faire en sorte que jusqu'à 870 millions d'enfants et de jeunes dans les pays les plus pauvres soient en bonne santé, avec un niveau d'éducation plus élevé, réussissent et aient un avenir plus prospère. L'échéance de 2030, date limite que le monde s'est fixé pour éduquer tous les enfants du monde, s'approche à grands pas. Le moment est venu de travailler ensemble, dans les différents secteurs, animés par une volonté de collaboration, pour s'assurer que toutes les filles et tous les garçons sont en bonne santé et en mesure de suivre intégralement un enseignement primaire et secondaire gratuit, équitable et de qualité.

Julia Gillard
Présidente du Conseil, Partenariat mondial pour l'éducation
Washington, DC

Prologue

L'ouvrage « *Optimiser les résultats de l'éducation : des investissements à haut rendement dans la santé scolaire pour un niveau plus élevé de participation et d'apprentissage* » a été élaboré par le Partenariat mondial pour l'éducation and Priorités de la lutte contre les maladies (*Disease Control Priorities — DCP3*) et publié par la Banque mondiale pour accroître l'accès, dans le secteur de l'éducation, aux éléments probants les plus récents centrés sur les enfants concernant l'incidence de la santé sur les acquis scolaires dans les pays pauvres — et déterminer ce qu'il est possible de faire à ce sujet.

Cet ouvrage est le fruit de 30 ans d'efforts déployés par le secteur mondial de la santé, à l'initiative de la Banque mondiale, pour identifier les investissements dans la santé les plus rentables dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, ce qui a conduit à la publication des 1re, 2e et 3e éditions des Priorités de la lutte contre les maladies (*Disease Control Priorities — DCP3*). Le *DCP3,* publié en 2017 et soutenu par la Fondation Bill & Melinda Gates, présente pour la première fois une analyse élargie de la façon dont l'état de santé affecte le développement des enfants d'âge scolaire, dont la mauvaise santé affecte la capacité des enfants à bénéficier de l'éducation, et de la façon dont cela peut se manifester différemment pour les filles et les garçons à des âges différents.

Le volume 8 de la série *DCP3,* Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, a été publié en 2017 (Bundy et autres 2017). Ce nouvel ouvrage rassemble les chapitres clés du volume 8 qui sont particulièrement pertinents pour le secteur mondial de l'éducation, en fournissant les données probantes les plus récentes pour éclairer les décisions de financement en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière d'éducation. Ces chapitres montrent que la santé est importante pour optimiser les acquis de l'apprentissage. Les perspectives de synergie entre la santé et l'éducation sont importantes, pourtant elles sont actuellement sous-évaluées et sous-exploitées.

Environ 210 milliards USD sont dépensés chaque année pour l'éducation des enfants d'âge scolaire dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. D'après les travaux de la Commission internationale sur le financement des opportunités éducatives dans le monde, il est clair que ces dépenses sont terriblement insuffisantes pour permettre à chaque fille et à chaque garçon de recevoir une éducation de qualité tout au long d'un cycle complet de scolarisation. Le financement provenant de toutes les sources, y compris les ressources intérieures et l'aide publique au développement, doit augmenter. Sur les dépenses actuelles, seuls 2 milliards USD environ sont destinés aux besoins en matière de santé des enfants de 5 à 19 ans, alors que 29 milliards USD sont investis pour les enfants de moins de 5 ans. Il est donc clair que les ressources destinées à la santé des enfants et des adolescents d'âge scolaire doivent également augmenter de manière significative.

TIRER PARTI DES RÉUSSITES EN MATIÈRE D'ÉDUCATION

L'objectif de cette version du volume 8 pour le secteur de l'éducation est d'aider les décideurs, les planificateurs et les praticiens à s'appuyer sur les succès remarquables obtenus dans le domaine de l'éducation au cours des 15 années de l'ère des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il vise également à soutenir des choix rationnels et éclairés sur les investissements à haut rendement afin d'optimiser les résultats à l'ère des Objectifs de développement durable (ODD) jusqu'en 2030 et au-delà.

Les enfants qui entrent aujourd'hui à l'école deviendront des adultes d'ici à 2030. Les investissements réalisés d'ici là dans l'éducation, la santé et la nutrition contribueront grandement à déterminer dans quelle mesure ces jeunes femmes et ces jeunes hommes seront équipés et préparés pour réaliser leur potentiel de vie, pour leur mieux-être, celui de leur famille, de leur pays et du monde entier.

Les avantages d'une éducation de qualité sont nombreux, bien étudiés et documentés ; ils comprennent un large éventail de retours sur investissement privés et publics. Il a été démontré que l'éducation des filles en particulier a un effet multiplicateur, non seulement sur leur propre santé et leurs perspectives économiques, mais aussi sur la survie, la santé, l'éducation et le bien-être de leurs enfants, avec des effets positifs intergénérationnels sur la réduction de la pauvreté. L'éducation des filles et des jeunes femmes a contribué à un tiers des réductions de la mortalité des adultes au cours des cinq dernières décennies.

Le chapitre 30 de ce volume se concentre spécifiquement sur les rendements santé/l'éducation et en tire d'importantes conclusions. Premièrement, ces retombées pour l'éducation sont beaucoup plus importantes qu'on ne le croit généralement, et il est important que les bailleurs de fonds et les pays en tiennent compte dans leurs décisions d'investissement. Deuxièmement, les résultats indiquent clairement que l'éducation des femmes a plus d'impact que l'éducation des hommes pour atteindre des résultats en matière de santé. Dans l'ensemble, les investissements destinés à l'éducation des filles ont des retombées significatives sur la santé, et des efforts accrus sont nécessaires pour combler les écarts qui subsistent entre les sexes.

Il est vital d'investir dans ce qui fonctionne à grande échelle et ce qui est d'un coût abordable, afin de garantir que l'ensemble des filles et des garçons, des jeunes femmes et des jeunes hommes, partout dans le monde, reçoivent une éducation de qualité.

En 2000, lors du Forum mondial sur l'éducation à Dakar, au Sénégal (FME 2000), il a été officiellement reconnu que la santé était un déterminant clé de la capacité des enfants à répondre à l'éducation, et de nombreux pays se sont engagés à améliorer les programmes de santé scolaire. Le commentaire élargi sur le Cadre d'action de Dakar décrit trois liens entre la santé et l'Éducation pour tous. Premièrement, en tant qu'intrant et condition nécessaire pour l'apprentissage ; deuxièmement, en tant que résultat d'une éducation de qualité efficace ; et troisièmement, en tant que secteur qui peut et doit collaborer avec l'éducation pour réaliser l'EPT.

En 2015, lors d'un événement à l'occasion du Forum mondial sur l'éducation à Incheon, en République de Corée (FME 2015), les participants ont affirmé la meilleure compréhension des interactions clés entre l'éducation et la santé. Ils ont demandé aux pays de veiller à ce que la santé scolaire soit incluse dans la planification du suivi et l'action. Ils ont également appelé à l'intégration des politiques scolaires et des besoins en matière de santé scolaire dans les plans sectoriels de l'éducation au niveau national, chiffrés et budgétisés.

DES ÉLÈVES EN BONNE SANTÉ ET BIEN NOURRIS APPRENNENT MIEUX

Dans les pays à faible revenu en particulier, la maladie et la malnutrition empêchent les enfants d'aller à l'école, de participer régulièrement et d'atteindre leur potentiel d'apprentissage. Le rapport intitulé *The Learning Generation : Investing in Education for a Changing World* (Génération apprenante : investir dans l'éducation pour un monde qui change) de la Commission internationale sur le financement des opportunités éducatives dans le monde de 2016 estime que, dans les pays à faible revenu, les élèves manquent 500 millions de jours d'école en raison de problèmes de santé, souvent liés à des pathologies évitables. L'inscription et l'entrée tardives à l'école, l'assiduité inégale, l'abandon scolaire, le redoublement et les mauvais résultats scolaires contribuent tous aux inefficacités du système éducatif et nuisent aux investissements dans l'éducation.

Les éducateurs sont bien conscients que l'augmentation des dépenses d'éducation ne conduit pas en soi à de meilleurs acquis de l'apprentissage. Les analyses centrées sur l'enfant ont montré à maintes reprises qu'il existe des différences marquées dans les résultats entre les personnes et entre différents groupes d'enfants. Les raisons en sont nombreuses et comprennent l'impact des origines socioéconomiques des élèves sur le potentiel d'apprentissage et la réussite. Dans de nombreux pays, l'écart d'apprentissage entre les élèves les plus pauvres et les plus riches est important ; cet écart se creuse encore lorsque l'on tient compte des effets du genre, du niveau d'instruction de la mère, du handicap et du lieu de résidence. Dans les pays à faible revenu, la santé des enfants d'âge scolaire peut être un facteur clé et les approches ciblées sont essentielles pour canaliser les financements de la manière la plus stratégique afin d'obtenir les résultats les plus solides ; l'analyse actuelle fournit des données probantes pour guider la prise de décisions sur ces investissements stratégiques.

SURMONTER LA CRISE DE L'APPRENTISSAGE : UN EFFORT INTERSECTORIEL ET COLLABORATIF

Parmi les principaux défis auxquels sont confrontés le secteur de l'éducation et les systèmes éducatifs à l'échelle mondiale, il existe un large consensus sur le fait que l'amélioration des résultats de l'apprentissage et la lutte contre la marginalisation et l'exclusion sont des priorités absolues. Comme l'indique le *Rapport sur le développement dans le monde de 2018 : Apprendre pour réaliser la promesse de l'éducation* (Banque mondiale 2018), la scolarisation n'est pas la même chose que l'apprentissage, et la scolarisation sans apprentissage n'est pas uniquement une opportunité gâchée, c'est une injustice. Il y a plus de 240 millions d'élèves dans les école des pays à faible revenu qui ne devaient pas apprendre grand-chose. Ils ne seront que 8 % à apprendre probablement les compétences de base du niveau primaire et 23 % les compétences de base du niveau secondaire. D'ici à 2030, plus de 825 millions de jeunes n'auront probablement pas les compétences de base du niveau secondaire nécessaires pour trouver un emploi.

De toute évidence, de nouvelles idées et des approches novatrices sont nécessaires de toute urgence pour surmonter cette crise de l'apprentissage. La collaboration, la coopération et les investissements intersectoriels peuvent contribuer à la réalisation des objectifs ambitieux des ODD en matière d'éducation, ainsi qu'à la réalisation des objectifs en matière de santé, d'égalité entre les sexes et des ODD plus larges. La planification conjointe des investissements dans l'éducation et dans la santé peut contribuer à l'optimisation de l'ensemble des avantages sociétaux de l'éducation. (GPE 2016).

Le rapport *The Learning Generation* note les effets positifs de l'éducation sur la santé sexuelle et génésique, la santé mentale et la santé physique des élèves en termes de réduction des risques de maladies non transmissibles plus tard dans la vie et du nombre d'incidents de violence. Le rapport met également en lumière certaines des pratiques de santé ayant fait leurs preuves pour accroître la scolarisation, l'assiduité, la participation et l'apprentissage des filles et des garçons, et il recommande d'augmenter les investissements dans ces domaines.

Les interventions en milieu scolaire se sont avérées efficaces et rentables dans plusieurs domaines, notamment la prévention du paludisme, l'alimentation scolaire au niveau primaire, les compléments nutritionnels, l'eau et l'assainissement, et le déparasitage dans les zones à forte charge. Pour les adolescentes en particulier, les investissements dans une éducation sexuelle complète, les connaissances en matière de santé génésique et les services connexes, les installations sanitaires et des suppléments en fer sont essentiels pour favoriser l'inscription et la rétention. On a constaté que la supplémentation en fer augmente l'attention, la concentration et l'intelligence.

CE QUI FONCTIONNE POUR AMÉLIORER LA PARTICIPATION ET L'APPRENTISSAGE DES ÉLÈVES

Cet ouvrage présente les meilleurs éléments probants dont on dispose actuellement sur ce qui fonctionne dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire pour accroître la participation et l'apprentissage des élèves. Les analyses réaffirment l'importance de la santé pour les enfants d'âge scolaire et identifient des interventions clés pour différents groupes d'âge, pertinentes pour les besoins différents des filles et des garçons, qui se sont avérées être des investissements utiles.

Les messages clés des chapitres de ce volume sont les suivants :

- Certes les investissements dans l'éducation de base pour les filles et les garçons de 5 à 14 ans ont été conséquents, même s'ils sont encore trop faibles, mais les investissements dans les interventions de santé pour les enfants de cette tranche d'âge ont été négligés.
- L'identification des trois phases du développement : de 5 à 9 ans, lorsque l'infection et la malnutrition demeurent des contraintes clés du développement ; de 10 à 14 ans, lorsque des changements physiologiques et comportementaux importants sont associés à la puberté ; et de 15 ans aux premières années de la vingtaine, lorsque la restructuration du cerveau se poursuit et l'adoption de nouveaux comportements sont des déterminants de la santé tout au long de la vie.
- Un ensemble d'interventions essentielles très rentables et présentant un rapport avantages-coûts élevé peut répondre aux besoins des enfants de 5 à 14 ans, en suivant une approche fondée sur l'école.
- Il est proposé de mettre en place un programme d'un rapport coût-efficacité similaire pour les enfants âgés de 10 à 19 ans, par le biais de mécanismes non scolaires, tels que les médias et les services de santé, ainsi que par le biais des établissements secondaires.
- Il est possible de mieux tirer parti des investissements dans l'éducation et la scolarisation au moyen d'interventions bien conçues dans le domaine de la santé, et une meilleure conception des programmes éducatifs

peut produire de meilleurs résultats en matière de santé pour les élèves. La synergie potentielle entre l'éducation et la santé est sous-évaluée et les retours sur les co-investissements sont rarement optimisés.
- Un soutien sur le plan de la santé adapté à l'âge et aux pathologies spécifiques, dispensé dans les écoles, est nécessaire pour que les filles et les garçons réalisent leur plein potentiel en tant qu'adultes.

Bien qu'il s'agisse peut-être là des meilleurs éléments probants disponibles, la situation n'est pas encore claire. En effet, une constatation importante du volume 8 tient au fait que les enfants d'âge scolaire sont au centre de moins de 10 % des activités de recherche sur la santé des enfants et que la recherche sur les liens entre la santé et l'éducation fait particulièrement défaut. Le secteur mondial de l'éducation doit s'engager dans le dialogue et la prise de décision sur les priorités et le financement de la recherche, afin de s'assurer que ces domaines, et l'impact sur les filles et les garçons à des âges différents, sont au centre des activités de recherche futures.

L'école en tant que plateforme efficace d'interventions dans le domaine de la santé

Les chapitres de ce volume confirment que les écoles constituent une plateforme efficace pour répondre aux besoins de santé des enfants et des adolescents, en particulier pour les élèves du primaire et du premier cycle du secondaire (parfois appelée *éducation de base*). Des analyses stratégiques spécifiques et utiles sur la gamme d'interventions, les trains de mesure et les politiques pertinents pour les enfants et les jeunes d'âge scolaire sont fournies. Des séries d'interventions essentielles rentables qui peuvent être dispensées avec les écoles et par leur entremise sont décrites, pour aider les décideurs à allouer des ressources limitées pour atteindre les objectifs à la fois en matière d'éducation et de santé. Il est important de noter que ce volume met l'accent sur des interventions simples, sûres et ayant fait leurs preuves, qui peuvent être mises en œuvre dans les écoles, sans devenir un fardeau par rapport au rôle principal des écoles en tant qu'institutions d'apprentissage.

AMÉLIORER LES RÉSULTATS EN MATIÈRE D'ÉDUCATION ET DE SANTÉ GRÂCE À DES INVESTISSEMENTS MODESTES

Dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, l'ambition d'assurer une éducation de bonne qualité pour tous est tempérée par des contraintes financières et de ressources, ce qui exige des choix difficiles. Cet ouvrage présente les arguments économiques pour mobiliser des financements intérieurs et de l'aide au développement, avec des investissements pratiques et abordables dans le domaine de la santé pour les filles et les garçons de 5 à 14 ans. Il utilise le ratio coût-efficacité, le ratio coût-efficacité élargi, l'analyse avantages-coûts et le retour sur investissement pour identifier et prioriser les investissements à différents âges. Il utilise également l'école comme plateforme pour proposer les éléments d'un montage de mesures essentielles, chiffré, modulable et particulièrement pertinent dans des contextes à faibles ressources.

Les chapitres fournissent une ventilation détaillée du coût des composantes du montage de mesures essentielles proposé pour promouvoir la santé des enfants et des adolescents d'âge scolaire. En résumé, le coût total dans les pays à faible revenu par an est estimé à 430 millions USD plus 43 millions USD pour inclure le vaccin contre le papillomavirus humain (VPH) ; dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, l'estimation est de 2 700 USD plus 74 millions USD pour le vaccin contre le VPH. Le coût total du montage pour les enfants d'âge scolaire est d'environ 10 USD par enfant dans le groupe d'âge des 5–14 ans et de 9 USD par adolescent dans le groupe d'âge des 10–19 ans.

Une analyse commandée pour le rapport *The Learning Generation* a révélé que pour chaque dollar des États-Unis investi dans une année supplémentaire de scolarisation dans les pays à faible revenu, en particulier pour les filles, les revenus augmentent de 5 USD et les bénéfices et les avantages en matière de santé augmentent de 10 USD. Dans les pays à revenu intermédiaire, ces augmentations sont de 3 USD et 4 USD, respectivement, pour le même investissement. Pour chaque dollar des États-Unis alloué à la vaccination des enfants, le retour net sur investissement est de 44 USD.

Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont une forte proportion de jeunes dans leur population. Grâce aux réussites dans l'éducation résultant des engagements pris pendant la période de l'Éducation pour tous (EPT) et des OMD, il y a plus de jeunes scolarisés que jamais auparavant ; par conséquent, investir dans des interventions éprouvées et abordables, qui utilisent les écoles comme plateforme pour atteindre un pourcentage élevé de la population, est une bonne idée. Des investissements modestes dans les interventions de la santé scolaire peuvent permettre de jeter des bases solides et de définir des orientations pour une population en meilleure santé et mieux éduquée et un avenir plus prospère et plus pacifique. De tels investissements peuvent bénéficier à tous les élèves, en particulier aux filles, aux enfants handicapés et aux groupes

marginalisés, et ils peuvent aider les élèves à élargir leurs opportunités de vie et économiques.

Programmes de santé scolaire : abordables et modulables

De nombreux pays mettent déjà en œuvre des programmes de santé scolaire qui ont un impact et qui sont durables et modulables. Ils couvrent une série d'interventions essentielles, telles que l'eau et l'assainissement, et d'investissements dans le domaine de la santé, tels que le déparasitage et l'alimentation scolaire. (Drake et autres, 2016). Au cours des 15 dernières années, l'utilisation de FRESH (*Focusing Resources for Effective School Health* — Concentrer les ressources sur l'amélioration de la santé à l'école) (FRESH 2000), un cadre complet fondé sur des données probantes qui favorise de meilleurs résultats de l'éducation par le biais d'interventions dans la santé dispensées par les écoles, a efficacement soutenu la collaboration et la planification intersectorielle, le financement, la mise en œuvre et le suivi (Sarr et autres, 2017) autour d'un cadre de quatre composantes pour les écoles. Ces composantes pour les écoles sont : les politiques scolaires liées à la santé, l'eau potable et les installations sanitaires, l'éducation en matière de santé fondée sur les compétences, et les services de santé et de nutrition.

Le cadre FRESH (FRESH 2000) a été proposé initialement et adopté lors du Forum mondial sur l'éducation qui s'est tenu à Dakar en 2000. À l'époque, on estimait que 10 % des ministères de l'Éducation en Afrique subsaharienne avaient des politiques et des activités qui reconnaissaient l'importance de la santé et de la nutrition des élèves pour les acquis de l'apprentissage. Lorsque cette question a été examiné lors de la 9e réunion du Groupe de haut niveau pour l'Éducation pour tous à Addis-Abeba en 2010, les programmes de santé scolaire étaient devenus presque universels ; cependant, les programmes variaient considérablement en termes de qualité et de couverture des interventions. Il est désormais nécessaire d'aller au-delà des implications de politiques de haut niveau du cadre FRESH et d'utiliser les orientations disponibles, y compris les conseils contenus dans ce volume, pour que les programmes puissent apporter une contribution réelle en termes d'acquis de l'apprentissage.

Montages de mesures proposés

Cet ouvrage fournit aux décideurs, aux planificateurs et aux praticiens de l'éducation les données probantes et les analyses les plus récentes sur des interventions de santé scolaire efficaces supplémentaires qui sont à la fois en faveur des pauvres et des filles. Les programmes de santé et de nutrition à l'école peuvent contribuer à offrir les mêmes opportunités aux élèves les plus vulnérables, ceux qui sont pauvres, malades, handicapés et souffrent de malnutrition. Ce sont ces enfants qui ont le plus besoin de soutien tout au long de leur scolarité.

Filles et garçons d'âge scolaire

Pour les enfants de 5 à 14 ans, le montage de mesures essentielles comprend des interventions telles que l'anatoxine tétanique et la vaccination contre le VPH, la promotion de la santé bucco-dentaire, le dépistage et le traitement des troubles oculaires, la promotion et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le déparasitage et des repas scolaires/une alimentation scolaire enrichis en micronutriments.

Adolescentes et adolescents

Pour les 10–19 ans, le montage de mesures essentielles comprend des interventions telles que l'éducation pour un mode de vie sain, une éducation sexuelle complète, des services de santé dans les écoles adaptés aux adolescents, l'éducation nutritionnelle et l'éducation et des conseils en santé mentale.

Une note sur l'eau et l'assainissement

Certains lecteurs du domaine de l'éducation se demanderont peut-être pourquoi le volume 8 n'inclut pas les données probantes sur les interventions vitales dans le domaine de l'eau et de l'assainissement (WASH). Les praticiens de la santé et les auteurs de ce volume estiment que l'eau, l'assainissement, les toilettes et les services d'hygiène sont des composantes clés des activités de construction d'écoles essentielles pour offrir une éducation de qualité ; ces composantes ont, pour la plupart, été acceptées et adoptées par les ministères de l'Éducation pour leurs systèmes éducatifs (BM, 2011).

La gestion de l'hygiène menstruelle, qui est également un aspect important d'une éducation de qualité, est une activité de santé scolaire et peut être coordonnée avec les améliorations d'infrastructure nécessaires dans les écoles, en fonction des besoins. Bien qu'il soit bien établi que des installations d'eau et d'assainissement adéquates sont nécessaires pour assurer un accès équitable à l'éducation, les revues systématiques des interventions dans ce domaine démontrent que la recherche sur l'éducation et la santé ne dispose pas actuellement de la perspective historique nécessaire pour déterminer avec confiance quelles sont les interventions qui donnent les meilleurs résultats dans ce domaine.

CONTRIBUTIONS DES MINISTÈRES DE L'ÉDUCATION ET DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION

Pour que la planification et la mise en œuvre des interventions soient efficaces, il faut que les ministères de l'Éducation et de la Santé, les enseignants et les travailleurs de la santé, les écoles et les communautés locales s'engagent et concluent des accords de partenariat. La consultation, la contribution et la participation des élèves sont également essentielles.

Les ministères de l'Éducation et le secteur de l'éducation sont invités à prendre les mesures suivantes pour appuyer une mise en œuvre efficiente et efficace :

- Ouvrir leurs écoles et fournir la plateforme pour la prestation de services de santé afin de favoriser l'amélioration de la santé des élèves et d'augmenter le nombre d'inscriptions, et l'assiduité, la participation et l'apprentissage des élèves.
- Fournir les bases nécessaires à la mise en œuvre efficace d'interventions dans le domaine de la santé scolaire, y compris du temps du personnel éducatif et les coûts connexes, par exemple, la formation de points focaux au ministère de l'Éducation au niveau central ou au niveau des régions, et des ressources de formation des enseignants pour les points focaux dans les écoles.
- Veiller à ce que l'environnement de politiques et le plan sectoriel incluent et encouragent l'élaboration et la diffusion efficace de ressources éducatives pour former des éducateurs aux activités de la santé.
- Encourager les autres ministères d'exécution et les partenaires extérieurs, y compris les organisations de la société civile et les organisations non gouvernementales partenaires, et plaider pour qu'ils s'alignent sur les stratégies nationales du secteur de l'éducation et les plans de santé scolaire et offrent une formation et du personnel pour exécuter et/ou soutenir les activités dans les écoles ; coordonner les ressources, l'expertise, le financement et les contributions des partenaires pour accroître la couverture et rationaliser l'exécution des investissements et des interventions dans le domaine de la santé dans les écoles.
- Fournir l'infrastructure nécessaire à un environnement d'apprentissage sûr à l'école, y compris l'accès à l'eau potable et pour se laver, et la fourniture d'installations et de services d'assainissement et d'hygiène pour les élèves et le personnel des écoles.

Financement de ces investissements

Compte tenu de l'explosion démographique, de l'ampleur et de la portée croissantes des plans nationaux d'éducation et des inévitables contraintes budgétaires, la question de savoir qui financera ces investissements et de quelle manière est évidemment très importante. Le chapitre 20 de ce volume reconnaît que le financement, la mise en œuvre et la supervision des programmes de santé et de nutrition à l'école ne relèvent généralement pas exclusivement du secteur de l'éducation ou du secteur de la santé. En fait, de nombreuses approches, parties prenantes et collaborations sont nécessaires à la prestation des services de santé dans les écoles. Les financements combinés du secteur de l'éducation et du secteur de la santé, ainsi que de tous les financements intérieurs et extérieurs, permettront de financer et de mettre pleinement en œuvre les mesures essentielles proposées.

Les ministères de l'Éducation sont encouragés à travailler en étroite collaboration avec les ministères de la Santé pour faire valoir la nécessité de financer des investissements dans le domaine de la santé scolaire conjointement avec le ministère des Finances. Ils doivent être disposés à et en mesure de tirer pleinement parti de l'expérience, de l'engagement et des contributions des nombreux partenaires extérieurs au gouvernement (par exemple, les organisations de la société civile, les organisations non gouvernementales internationales et le secteur privé) et des bailleurs de fonds extérieurs (par exemple, les Nations Unies, les organismes d'aide bilatérale et multilatérale, les philanthropes et les fondations, et le secteur privé).

ALLER DE L'AVANT ENSEMBLE

Globalement, les informations présentées dans cet ouvrage représentent de solides arguments économiques en faveur de l'investissement et un solide corpus d'analyse pouvant étayer des exercices conjoints et consultatifs d'analyse et de planification du secteur national de l'éducation. Elles peuvent également soutenir l'élaboration de politiques et de plans de santé scolaire pratiques, chiffrés et complets, en vue de parvenir à une éducation de qualité pour tous, qui ne laisse aucun enfant en marge.

Louise Banham, *Partenariat mondial pour l'éducation*
Lesley Drake, *Partenariat pour le développement de l'enfant*
Bradford Strickland, *expert de la santé scolaire et consultant indépendant*

NOTE

Les classifications de revenus de la Banque mondiale en juillet 2014 sont les suivantes, sur la base des estimations du revenu national brut (RNB) par habitant pour 2013 :

- Pays à faible revenu = 1 045 USD ou moins
- Les pays à revenu intermédiaire sont subdivisés en :
  (a) pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure = de 1 046 USD à 4 125 USD.
  (b) pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure = de 4 126 USD à 12 745 USD.
- Pays à revenu élevé = 12 746 USD ou plus.

RÉFÉRENCES

Bundy, D. A. P, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, et G. C. Patton, eds. 2017. *Child and Adolescent Health and Development. Disease Control Priorities* (troisième édition), Volume 8. Washington, DC : Banque mondiale.

Bundy, D. A. P., et L. Schultz. 2016. « Should Child Health Be the Next Big Thing in International Education? » Partenariat mondial pour l'éducation. 7 avril.

Drake, L., C. Burbano, and D. A. P. Bundy. 2016. Nutrition in International Education and Development Debates : The Impact of School Feeding. 2016. Chapitre 13, pp. 168–181. *Routledge Handbook of International Education and Development.*

Drake, L., A. Woolnough, C. Burbano, and D. A. P. Bundy. 2016. *Global School Feeding Sourcebook. Lessons from 14 Countries.* Imperial College Press, 2016.

FRESH (Focusing Resources on Effective School Health). 2015. « School Health Matters Beyond 2015. » Forum mondial sur l'éducation. Incheon, République de Corée.

GPE (Partenariat mondial pour l'éducation). 2016. « World Bank, GPE and Civil Society Partner to Improve Education through School Health Initiatives. » 16 juin.

Commission internationale sur le financement des opportunités éducatives dans le monde. 2016. « The Learning Generation : Investing in Education for a Changing World. » Commission internationale sur le financement des opportunités éducatives dans le monde, New York.

Sarr, B., M. Fernandes, L. Banham, D. A. P. Bundy, A. Gillespie, et autres. 2017. « The Evolution of School Health and Nutrition in the Education Sector 2000–2015 ». Frontiers in Public Health.

UNESCO, UNICEF, OMS, Banque mondiale et Éducation internationale. 2000 « FRESH : une approche globale de la santé scolaire pour réussir l'ETP. »

Banque mondiale. 2011. *Rethinking School Health : A Key Component of Education for All.* Directions in Development. Washington, DC : Banque mondiale. dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-7907-3.

Banque mondiale 2018. Rapport sur le développement dans le monde de 2018 : Apprendre pour réaliser la promesse de l'éducation. Washington, DC : Banque mondiale.



Chapitre 20

L'école en tant que plateforme pour la santé de la moyenne enfance et de l'adolescence

Donald A. P. Bundy, Linda Schultz, Bachir Sarr,
Louise Banham, Peter Colenso et Lesley Drake

INTRODUCTION

Les programmes de santé et de nutrition destinés aux enfants d'âge scolaire sont parmi les plus répandus des programmes de santé publique dans le monde. Depuis l'inclusion de la santé et de la nutrition à l'école (SNE) dans le lancement de l'appel à l'Éducation pour tous (EPT) en 2000, il est difficile de trouver un pays qui n'essaie pas à un certain niveau de fournir des services de SNE (Sarr et autres 2017). On estime que plus de 368 millions d'écoliers reçoivent chaque jour des repas scolaires (Programme alimentaire mondial 2016) et, selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS 2015), 416 millions d'enfants d'âge scolaire ont été vermifugés en 2015, soit 63,2 % de la population cible des enfants dans les zones endémiques ; voir le chapitre 29 du présent volume (Ahuja et autres 2017). Ces activités, en grande partie publiques, sont de qualité variable et la couverture est plus importante dans les pays plus riches, mais leur échelle témoigne d'une reconnaissance publique de la volonté d'investir dans la moyenne enfance et l'adolescence.

L'état de santé a une incidence sur la capacité cognitive, le niveau d'instruction, la qualité de vie et la capacité de contribuer à la société. Certains des problèmes de santé les plus courants de l'enfance ont des conséquences sur l'éducation. Les interventions en matière de santé et de nutrition à l'école peuvent soutenir les enfants vulnérables tout au long des étapes clés de leur développement de la moyenne enfance et de l'adolescence. Un ensemble d'interventions prioritaires en milieu scolaire sélectionnées sur la base d'une analyse coût-efficacité et avantages-coûts ainsi que du taux de rendement sont décrites au chapitre 25 du présent volume (Fernandes et Aurino 2017).

Les écoles constituent une plateforme rentable pour fournir des interventions de santé simples, sûres et efficaces aux enfants et adolescents d'âge scolaire (Horton et autres 2017). Bon nombre des problèmes de santé les plus répandus chez les élèves pauvres ont des incidences importantes sur l'éducation — à l'origine d'absentéisme, de redoublements ou d'abandons scolaires, et ayant un impact négatif sur la réussite des élèves — et pourtant, ils sont facilement évitables ou traitables. Avec les progrès réalisés en matière de scolarisation grâce aux Objectifs du Millénaire pour le développement, les interventions de santé et nutrition à l'école constituent d'importantes collaborations intersectorielles entre les ministères de la Santé et de l'Éducation pour promouvoir la santé, les capacités cognitives et la croissance physique tout au long de la vie.

Le système éducatif est particulièrement bien placé pour promouvoir la santé des enfants et des adolescents des communautés pauvres dépourvues de systèmes de santé efficaces qui, autrement, pourraient ne pas bénéficier d'interventions en matière de santé. Il y a généralement plus d'écoles que d'établissements de santé dans tous les milieux sociaux, et les zones rurales et pauvres ont beaucoup plus de probabilités d'avoir des écoles que

Auteurs correspondants : Linda Schultz, Banque mondiale, Washington, DC, États-Unis ; lschultz@worldbank.org.

des centres de santé. Du fait des économies d'échelle, conjuguées aux efficacités résultant de l'utilisation des infrastructures existantes et au potentiel d'exécuter des interventions supplémentaires par le biais du même mécanisme, les interventions de santé et de nutrition à l'école sont particulièrement rentables. En conséquence, les écoles peuvent couvrir un nombre sans précédent d'enfants et d'adolescents et jouer un rôle clé dans les efforts de développement national en améliorant à la fois la santé et l'éducation des enfants. Les écoles étant au cœur de toutes les communautés, nous avons la possibilité d'utiliser l'école comme une option durable et modulable pour la prestation de services de santé simples.

Ce chapitre explore les arguments en termes de développement qui plaident en faveur de l'amélioration de la santé des enfants d'âge scolaire, ainsi que les arguments économiques de la mise en œuvre d'interventions de santé destinées aux enfants d'âge scolaire (généralement de 5 à 14 ans) par l'intermédiaire des systèmes éducatifs existants au lieu de procéder par l'intermédiaire du système de santé. Les définitions des groupes d'âge et la terminologie spécifique à l'âge utilisées dans ce volume figurent au chapitre 1 (Bundy, de Silva et autres 2017).

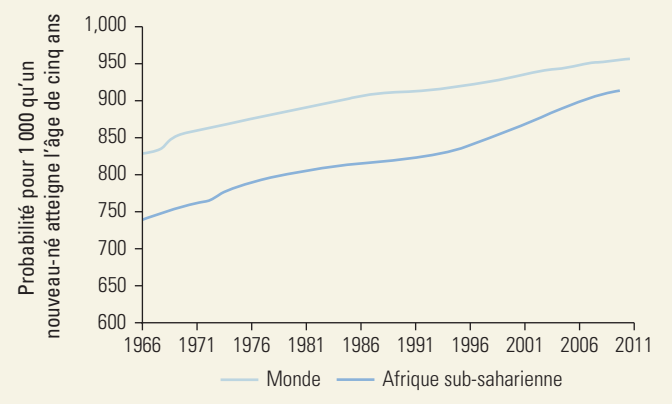
LA SANTÉ ET LA NUTRITION À L'ÉCOLE

La SNE décrit une vaste gamme d'interventions réalisées dans le cadre des écoles pour améliorer les résultats en matière d'éducation et de santé grâce à l'amélioration de la nutrition, l'atténuation de la faim et la prévention des maladies. Les interventions SNE peuvent cibler les pathologies locales les plus courantes qui touchent les enfants d'âge scolaire et elles peuvent être dispensées par les enseignants et d'autres personnes se substituant au système de santé. La prestation d'interventions de santé par le biais des écoles permet aux enfants de tirer parti des investissements réalisés dans le secteur de l'éducation et améliore la compétitivité du pays, étant donné que chaque année de scolarisation supplémentaire est associée à une plus grande capacité de génération de revenus et à des niveaux inférieurs de mortalité, de maladie et de risques pour la santé. À mesure que davantage d'enfants survivent et s'épanouissent (figure 20.1), le rôle de l'école devient de plus en plus important.

Ces programmes ont une longue histoire. Au début du XXe siècle, les initiatives d'alimentation scolaire[1] ont été parmi les premiers programmes sociaux à voir le jour dans les pays à revenu élevé (Atkins 2007). Il est reconnu que la SNE a un impact positif sur l'apprentissage depuis les années 1920, lorsque des programmes de déparasitage en milieu scolaire ont été mis en place dans tout le sud des États-Unis pour promouvoir l'éducation et réduire la pauvreté (Ettling 1981). Dans les années 1980, les programmes de SNE étaient devenus omniprésents dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et dans les pays à revenu élevé. Dans les années 1980 un changement s'est également opéré dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire où l'on a laissé de côté l'approche médicale complexe traditionnelle, généralement destinée aux écoles urbaines d'élite ou aux internats, en faveur d'interventions ciblées sur les écoles les plus pauvres.

Les communautés de la santé et de l'éducation ont toutes deux encouragé la SNE dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'OMS, lancée en 1986, a favorisé la reconnaissance mondiale de l'importance d'une approche de la santé dans le contexte éducatif (OMS 1986). Cette reconnaissance a été renforcée par les travaux du Comité d'experts de l'OMS sur l'éducation et la promotion de la santé et de la nutrition à l'école au milieu des années 1990. La Série d'information de l'OMS sur la santé et la nutrition à l'école, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et le Centre pour le développement de l'éducation, a été créée à la fin des années 1990 (OMS 1997). On a également tenté de promouvoir la réflexion sur la SNE lors du Forum mondial sur l'éducation de 1990 à Jomtien, en Thaïlande, mais ce n'est que dix ans plus tard que le concept s'est imposé dans le cadre de l'engagement mondial en faveur de l'EPT pris lors du Forum mondial sur l'éducation de Dakar, au Sénégal, en 2000. Pour que l'accent soit davantage mis sur la SNE, plusieurs organisations, dont l'UNESCO, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'OMS et la Banque mondiale, ont tiré parti

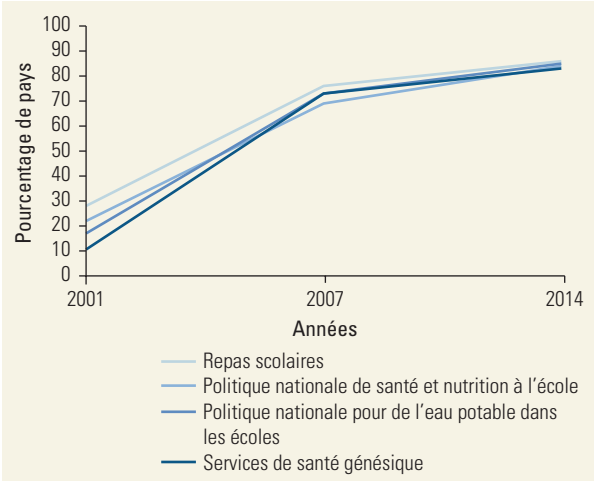
Figure 20.1 Taux de survie après l'âge de cinq ans



Source : Banque mondiale 2016.
Note : Le taux de survie est l'inverse du taux de mortalité des moins de cinq ans qui est la probabilité pour 1 000 qu'un nouveau-né meure avant d'atteindre l'âge de cinq ans, sous réserve des taux de mortalité spécifiques par âge pour l'année en question.

du Forum de Dakar pour lancer un cadre d'organisation intitulé *Focusing Resources for Effective School Health* (Concentrer les ressources sur l'amélioration de la santé à l'école) ou FRESH. Depuis lors, un nombre croissant de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ont adopté des politiques plus globales de SNE, avec pour objectifs spécifiques de réaliser l'EPT et les Objectifs du Millénaire pour le développement spécifiques à l'éducation, à savoir l'éducation de base universelle et l'égalité des sexes dans l'accès à l'éducation (Bundy 2011). En Afrique subsaharienne, le pourcentage de pays qui mettent en œuvre des programmes qui répondent aux critères minimaux d'équité et d'efficacité de l'OMS en matière de promotion de la santé à l'école est passé de 10 % en 2000 à plus de 80 % en 2014 (Drake, Maier et de Lind van Wijngaarden 2007) (figure 20.2). En Afrique subsaharienne, le pourcentage de programmes de services de santé génésique soutenus est passé de 10 % à plus de 70 %, et les estimations font état de 80 % en 2014.

Figure 20.2 Expansion de la santé et de la nutrition à l'école en Afrique subsaharienne



Source : Adapté de Drake, Maier, et de Lind van Wijngaarden 2007.

DES ENFANTS EN BONNE SANTÉ, UN MEILLEUR APPRENTISSAGE

La programmation de la SNE est de plus en plus reconnue comme un élément essentiel à la réalisation de l'accès universel à l'éducation. L'accès à une école, la fourniture de supports d'enseignement et d'apprentissage de qualité et la disponibilité d'enseignants formés sont des conditions nécessaires, mais pas suffisantes pour assurer de bons acquis de l'apprentissage. Les enfants doivent également être en bonne santé et fréquenter régulièrement l'école pour pouvoir bénéficier pleinement des possibilités d'apprentissage. La mauvaise santé peut être le catalyseur d'une absence prolongée ou de l'abandon scolaire ; le paludisme et les infections par les vers peuvent réduire la scolarisation ; l'anémie peut avoir une incidence sur les capacités cognitives, l'attention et l'apprentissage ; et la douleur associée aux caries dentaires peut avoir un impact à la fois sur l'assiduité et sur l'apprentissage (chapitres 11–16 de ce volume ; Benzian et autres 2017 ; Brooker et autres 2017 ; Bundy, Appleby et autres 2017 ; Drake, Fernandes et autres 2017 ; LaMontagne et autres 2017 ; Lassi, Moin et Bhutta 2017). Le potentiel des interventions de santé à l'école pour améliorer la santé physique et psychosociale ainsi que les acquis de l'apprentissage des jeunes a été exploré dans une plus grande mesure dans les pays à revenu élevé, en particulier aux États-Unis (Durlak, Weissberg, et Dymnicki 2011 ; Murray et autre 2007 ; Shackleton et autres 2016).

Certains des problèmes de santé les plus répandus chez les enfants d'âge scolaire ont un impact considérable sur la participation des enfants à l'éducation et les acquis de l'apprentissage (tableau 20.1). Les interventions types et les pathologies qu'elles ciblent sont les suivantes : déparasitage et infection par les vers ; moustiquaires et paludisme ; lavage des mains et infections bactériennes ; brossage des dents et caries dentaires ; lunettes et erreur de réfraction ; micronutriments et carence en micronutriments ; et nourriture et faim. La

Tableau 20.1 Estimations de l'impact cognitif mondial des maladies courantes des enfants d'âge scolaire dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire

Maladies courantes	Prévalence (%)	Total de cas (millions)	Points de QI perdus par enfant	Cas supplémentaires de QI <70 (millions)	Années de scolarité perdues (millions)
Vers	30	169	3,75	15,8	201
Retard de croissance	52	292	3	21,6	284
Anémie	53	298	6	45,6	524

Source : Bundy 2011.
Note : QI = quotient intellectuel

recherche a montré que la perte moyenne de QI chez les enfants atteints de ces affections peut varier de 3,7 points de QI par enfant atteint d'une infection par les vers non traitée à 6,0 points de QI pour les enfants souffrant d'anémie. On estime que ces pathologies prévalentes dans leur globalité se traduisent par l'équivalent de 200 à 500 millions d'années d'école perdues en raison de problèmes de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire chaque année (Bundy 2011).

Les interventions pour ces problèmes de santé courants peuvent avoir des avantages économiques à long terme. Les estimations montrent que les élèves pauvres dans les régions où ces pathologies sont prévalentes gagneraient l'équivalent de 0,5 à 2,5 années de scolarité supplémentaires si leur santé bénéficiait d'interventions appropriées. Le maintien de ces avantages sur plusieurs années de scolarité pourrait améliorer les capacités cognitives d'un écart type de 0,25 en moyenne ; l'extrapolation des avantages d'une accumulation améliorée du capital humain pourrait se traduire par une augmentation d'environ 5 % de la capacité de revenus au cours de la vie ; voir le chapitre 29 du présent volume (Ahuja et autres 2017).

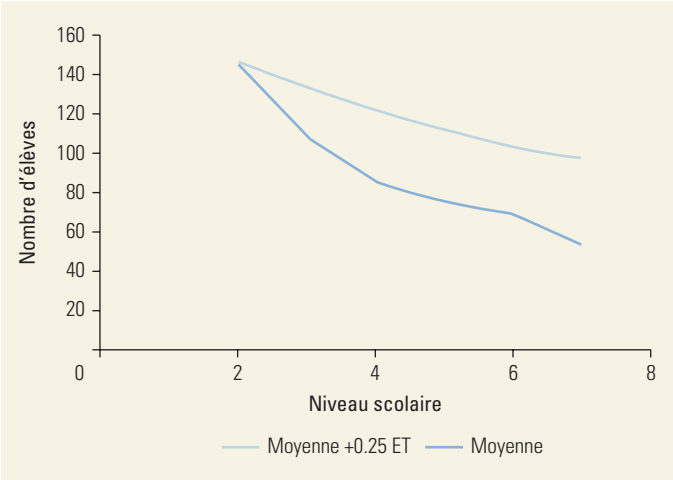
Les interventions de SNE peuvent améliorer l'équité en favorisant la participation des élèves et en contribuant à réduire l'écart en termes de réussite scolaire entre les élèves performants et les élèves sous performants. Une étude réalisée en Afrique du Sud a révélé que les enfants qui obtiennent des écarts-types de 0,25 au-dessus de la moyenne aux examens de 2e année étaient beaucoup plus susceptibles de terminer la 7e année (figure 20.3). Si les écoles qui offrent des interventions en matière de santé et de nutrition peuvent améliorer les résultats aux examens, elles pourraient enregistrer un taux de rétention des élèves plus élevé que les écoles qui n'ont pas de programmes de santé.

Bien qu'une meilleure santé ne puisse pas à elle seule compenser les opportunités d'apprentissage manquées, elle peut fournir aux enfants le potentiel de tirer parti des opportunités d'apprentissage (Grigorenko et autres 2006). Les enfants sont davantage prêts à apprendre après le traitement ; ils peuvent rattraper leurs pairs plus aisés si leur potentiel d'apprentissage amélioré peut être utilisé efficacement en classe. Le secteur de l'éducation est responsable de la qualité de l'éducation dispensée et de tirer parti des investissements qu'il a déjà réalisés.

L'un des messages clés de ce volume est que différents types d'interventions de santé sont nécessaires à différents stades du développement de l'enfant et de l'adolescent. Le chapitre 6 du présent volume (Bundy et Horton 2017) résume l'accumulation de données probantes sur les avantages d'interventions ciblées de la moyenne enfance à la fin de l'adolescence ; le chapitre 8 du présent volume (Watkins et autres 2017) traite de l'impact potentiel des interventions ciblées chez les enfants d'âge scolaire.

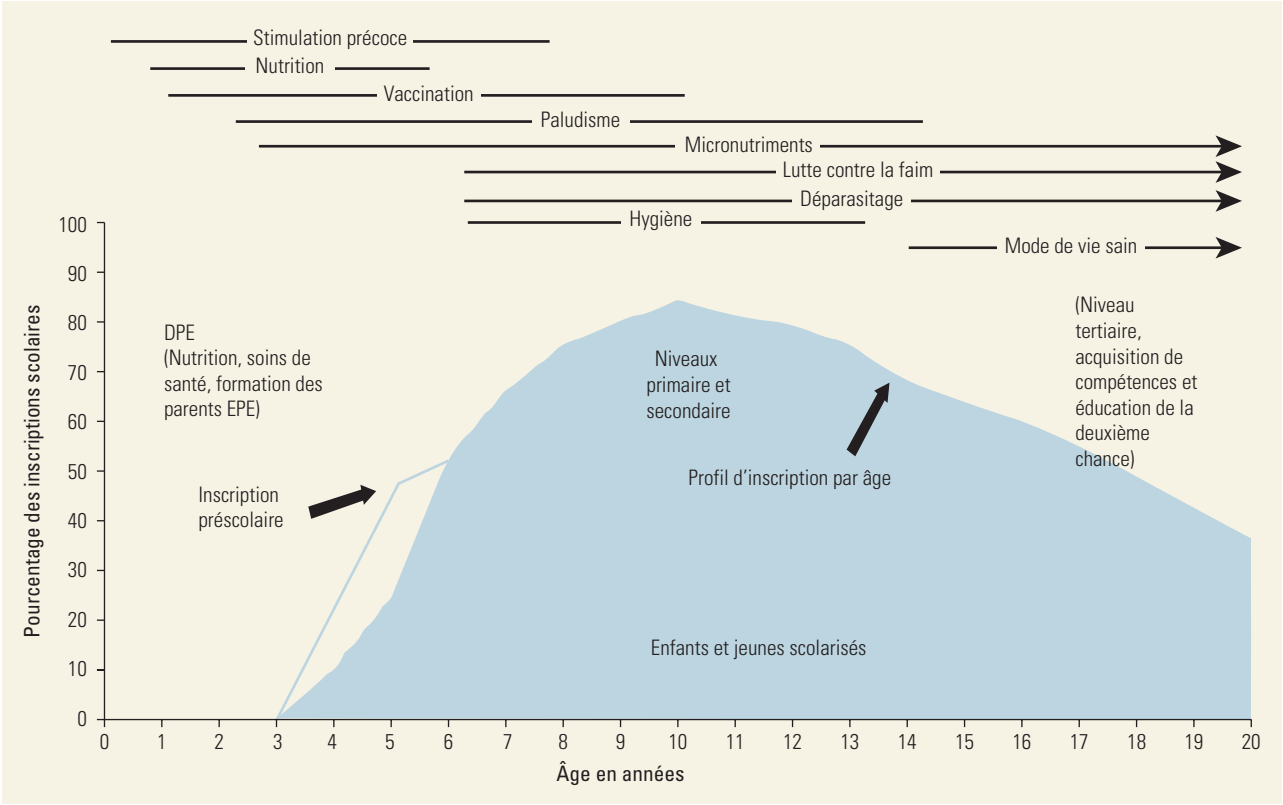
Les interventions en matière de SNE et d'alimentation scolaire s'appuient sur les interventions de développement de la petite enfance et exploitent l'accessibilité des enfants dans les écoles. La figure 20.4 montre comment la Banque mondiale a caractérisé les diverses possibilités d'interventions en matière de santé à différentes étapes de la vie dans le cadre d'une stratégie d'éducation. La figure indique schématiquement quand les interventions peuvent être particulièrement utiles. Par exemple, la stimulation précoce peut aider à assurer la préparation à l'école ; la prévention du paludisme et l'éducation sur l'utilisation des moustiquaires, l'alimentation scolaire et les traitements vermifuges peuvent aider à maintenir les enfants à l'école en augmentant l'assiduité et en réduisant les taux d'abandon scolaire ; et la correction des troubles de la vision et l'éducation en matière de santé fondée sur les compétences, ainsi que l'alimentation scolaire, peuvent aider à améliorer l'apprentissage en renforçant les capacités cognitives et les acquis scolaires (Banque mondiale 2012).

Figure 20.3 Taux d'abandon scolaire estimés, avec et sans intervention en matière de santé et de nutrition à l'école, en Afrique du Sud



Source : Liddell et Rae 2001.
Note : ET =écart type. Les élèves qui obtiennent un écart type de 0,25 de plus aux examens de 2e année sont plus susceptibles de terminer la 7e année. Si les écoles qui offrent des interventions en matière de santé et de nutrition peuvent améliorer les résultats aux examens, le taux de rétention des élèves pourrait être plus élevé que dans les écoles qui n'ont pas de programmes de santé.

Figure 20.4 L'apprentissage en tant que processus tout au long de la vie



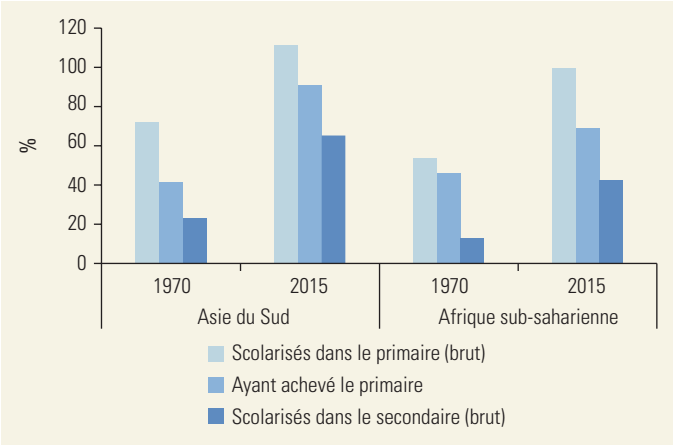
Source : Adapté de Banque mondiale 2011, mis à jour pour inclure les inscriptions préscolaires ; Banque mondiale 2016.
Note : DPE = développement de la petite enfance ; EPE = éducation de la petite enfance. Taux de scolarisation préscolaire par groupe de pays : 18,05 (faible revenu), 49,56 (revenu intermédiaire de la tranche inférieure ; reflète le taux déclaré à partir de 2012), 58,39 (revenu intermédiaire). Les taux indiquent le nombre total d'inscriptions dans l'enseignement préscolaire, quel que soit l'âge, exprimé en pourcentage de la population totale officiellement en âge de suivre l'enseignement préscolaire.

LES ÉCOLES COMME POINTS D'ENTRÉE POUR LES INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les écoles sont l'une des rares institutions dans les communautés pauvres qui donnent accès à des ressources humaines formées. En revanche, les systèmes de santé de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire se heurtent à de multiples obstacles, en particulier en termes de coûts et de ressources humaines, qui limitent leur capacité à étendre leur couverture au-delà des établissements de santé. Les écoles ne peuvent pas remplacer les systèmes de santé, qui restent la voie formelle pour la prestation de soins de santé, mais les systèmes d'éducation peuvent compléter les mécanismes de prestation de soins de santé en offrant des possibilités de sensibilisation par l'intermédiaire des écoles. Même dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les interventions en milieu scolaire peuvent être largement mises en œuvre par le secteur de l'éducation, le secteur de la santé assurant une supervision et une formation adéquates du personnel scolaire (Bundy 2011).

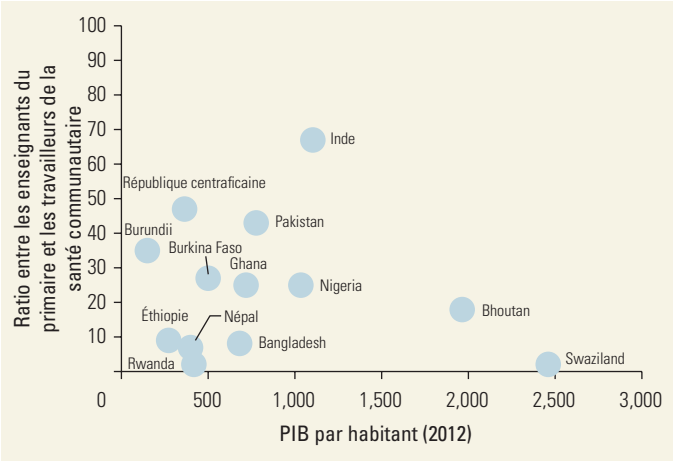
Les programmes de santé en milieu scolaire ont le potentiel d'atteindre environ 575 millions d'enfants d'âge scolaire dans les pays à faible revenu (UNESCO 2008). Cette opportunité est particulièrement pertinente en Afrique subsaharienne. Les jeunes constituent la plus grande proportion de la population, et c'est la seule région dans laquelle le nombre de jeunes continue de croître de manière significative (FNUAP 2012). Autre élément important : il s'agit désormais d'une région où la plupart des enfants vont à l'école. Comme le montre la figure 20.5, le pourcentage de la population qui s'est inscrite à l'école, a terminé ses études primaires et a poursuivi ses études dans le secondaire a considérablement augmenté au cours des quatre dernières décennies, de sorte que la proportion d'enfants et d'adolescents scolarisés en Afrique subsaharienne se

Figure 20.5 Pourcentage de la population scolarisée à l'école primaire et qui continue dans le secondaire en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, 1970 et 2015



Source : Banque mondiale 2016.
Note : Total des enfants scolarisés, quel que soit leur âge, exprimé en pourcentage de la population officiellement en âge de suivre un enseignement primaire ou secondaire. Le taux brut d'inscription peut dépasser 100 % en raison de l'inclusion d'élèves plus âgés et plus jeunes car ils ont commencé l'école tôt ou tardivement et des élèves qui ont redoublé.

Figure 20.6 Ratio entre les enseignants du primaire et les travailleurs de la santé communautaire dans 13 pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, en fonction du PIB par habitant



Sources : Les données sur le nombre d'enseignants du primaire proviennent de l'Institut de statistique de l'UNESCO ; les données sur le nombre de travailleurs de santé communautaire proviennent du recueil de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS ; et les données sur le PIB proviennent de la Banque mondiale 2016.
Note : PIB = produit intérieur brut.

rapproche aujourd'hui de celle de l'Asie du Sud. Malgré l'augmentation du nombre d'enfants qui vont à l'école, l'Afrique subsaharienne a un faible taux de scolarisation par rapport au reste du monde. À l'avenir, on s'attend à ce qu'un nombre sans précédent d'enfants fréquentent l'école dans cette région à mesure que les taux de scolarisation augmenteront. Comme la plupart des pays ont des programmes de SNE, il existe des possibilités d'élargir la portée des services et d'adapter certains types de programmes aux contextes locaux. Il est important de noter que le taux élevé d'élèves par enseignant dans de nombreuses écoles peut décourager les éducateurs et le secteur de l'éducation d'ajouter des responsabilités supplémentaires qui vont de pair avec la programmation SNE. Une sensibilisation et une formation initiales peuvent aider les éducateurs à reconnaître que des enfants en bonne santé apprennent mieux.

Les systèmes de SNE s'appuient sur l'infrastructure existante, les opportunités des programmes scolaires et les réseaux d'enseignants pour accélérer la mise en œuvre et réduire les coûts. Il y a plus d'enseignants que d'infirmières et plus d'écoles que de cliniques, et la différence est souvent marquée. La figure 20.6 montre que le ratio entre les enseignants du primaire et les travailleurs de santé communautaire dans plusieurs pays est de l'ordre de 20:1 à 65:1 ; ce rapport n'est que vaguement lié au produit intérieur brut (PIB). Inclure les enseignants — en tant que segment le plus important des professionnels et souvent leaders communautaires — dans les activités de santé publique peut également accroître la sensibilisation et l'engagement de la communauté envers les interventions de santé publique.

PROGRAMMES DE SANTÉ ET DE NUTRITION À L'ÉCOLE : DES INTERVENTIONS EN FAVEUR DES PAUVRES ET DES FILLES

Les programmes de santé et de nutrition à l'école peuvent contribuer à uniformiser offrir une égalité des chances aux élèves les plus vulnérables : ceux qui sont pauvres, malades, handicapés et souffrent de malnutrition. Ce sont ces enfants qui ont le plus besoin de soutien tout au long de leur scolarité pour réduire le risque d'absentéisme et d'abandon scolaire, mais qui ont généralement le moins accès aux soins et au soutien (Banque mondiale 2012). Les programmes de SNE et de nutrition sont des programmes en faveur des pauvres car ce sont les enfants qui sont les plus touchés au départ qui en bénéficient le plus (Bundy 2011). Cette orientation en faveur des pauvres est également de plus en plus mise en avant dans les politiques et pratiques de l'OMS en matière de SNE (Tang et autres 2009).

La pauvreté est une considération clé dans la conception des programmes de SNE et d'alimentation scolaire. Les corrélations négatives entre la mauvaise santé, la

malnutrition et le niveau de revenu sont clairement démontrées dans les comparaisons entre pays et les analyses par pays (de Silva et autres 2003), en partie parce que les bas revenus et la pauvreté favorisent la maladie et les régimes alimentaires inadéquats. Paradoxalement, les programmes de SNE sont souvent plus équitables lorsqu'ils sont universels ; leur mise en œuvre à très grande échelle peut contribuer à faire en sorte que les interventions atteignent les enfants les plus pauvres qui sont plus souvent systématiquement négligés, en particulier dans le cadre de programmes d'intervention qui fonctionnent par le biais de diagnostics dans les établissements de santé.

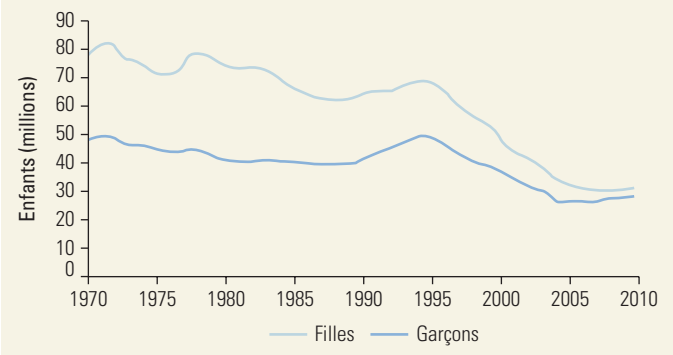
Cependant, la valeur en termes d'équité de l'accès universel au sein des écoles n'implique pas que le ciblage des communautés pauvres n'apporte pas de valeur. À quelques exceptions près, les maladies qui touchent les enfants et ont une incidence sur leur éducation sont les plus prévalentes dans les pays pauvres, en particulier dans les communautés les plus pauvres de ces pays. Par conséquent, cibler les interventions sur les communautés les plus susceptibles d'en bénéficier est rentable et constitue une caractéristique commune des programmes de SNE solides. Les avantages du ciblage des interventions d'alimentation scolaire sont examinés en détail au chapitre 12 du présent volume (Drake, Fernandes, et autres 2017). Les leçons tirées des études de cas par pays peuvent illustrer les points forts des différentes approches de l'alimentation scolaire tant dans la conception des programmes que dans la prestation des services (Drake, Woolnough et autres 2016).

Les filles et les jeunes femmes bénéficient particulièrement des programmes de SNE et d'alimentation scolaire dans la mesure où certains des problèmes de santé les plus courants qui ont un impact sur l'éducation sont plus fréquents chez les filles, et du fait que la vulnérabilité et l'exclusion fondées sur le sexe peuvent exposer les filles à un risque accru de souffrir de problèmes de santé, d'être négligées et de souffrir de la faim (Bundy 2011). L'administration de vermifuge et la supplémentation en fer offrent des avantages particuliers pour les filles car les femmes et les filles sont, pour des raisons physiologiques, plus susceptibles de souffrir de taux élevés d'anémie. Les programmes de SNE attirent les enfants — en particulier les filles — dans les écoles et les encouragent à y rester (Gelli, Meir et Espejo 2007). Cette dynamique est particulièrement pertinente pour la réalisation de l'EPT ; les enfants marginalisés, parmi lesquels les filles sont surreprésentées, représentent la majorité des enfants non scolarisés (UNESCO 2011). De plus, une meilleure santé et un niveau d'instruction plus élevé chez les jeunes femmes peuvent contribuer à retarder l'âge de la première naissance, ce qui est associé à une meilleure protection contre les risques financiers et à une meilleure santé intergénérationnelle ; voir le chapitre 28 du présent volume (Verguet et autres 2017).

Les filles peuvent bénéficier grandement de la promotion de la santé et de l'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne dispensés dans les écoles, comme en témoigne l'éducation sur le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA), en particulier parce que les jeunes femmes en Afrique subsaharienne sont deux à sept fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes (MacPhail, Williams et Campbell 2002). Les réponses sanitaires sont plus durables et ont une plus grande portée lorsqu'elles sont intégrées dans un cadre existant, par exemple par le biais d'un programme scolaire plus large de promotion de la santé (Jukes, Simmons et Bundy 2008). Les études montrent que la source d'information jugée la plus fiable par les jeunes sur le VIH/sida est l'école et les enseignants (Boler 2003). Il existe un large éventail de conception, définition de contenu et mise en œuvre de programmes scolaires sur les aptitudes à la vie quotidienne et la promotion de la santé (Hargreaves et Boler 2006). Des enseignements relativement simples sur l'éducation en matière de santé fondée sur les compétences peuvent utilement lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et un programme intégré à un niveau de complexité plus élevé peut utilement favoriser des comportements de protection de la santé. Les données montrent que pour chaque année supplémentaire que les enfants passent à l'école, les taux de VIH/SIDA sont réduits (Banque mondiale 2002). Le nombre d'années de scolarité n'équivaut pas nécessairement à un meilleur niveau d'éducation en matière de santé fondée sur les compétences, car la qualité des programmes et le degré d'intégration dans le cadre scolaire plus large varient considérablement (Hargreaves et autres, 2008 ; Jukes, Simmons et Bundy, 2008).

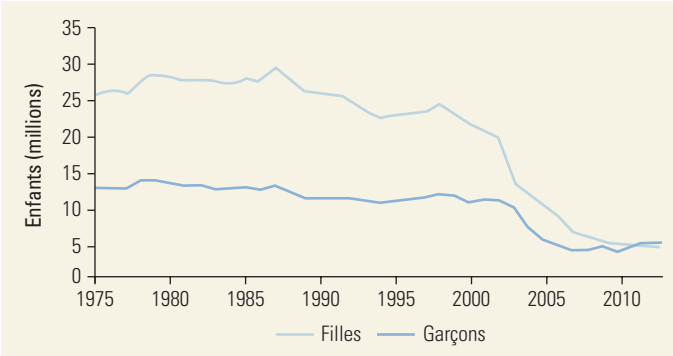
Les programmes de SNE peuvent également fonctionner en synergie avec les programmes de transfert social conditionnel et non conditionnel ; voir le chapitre 7 du présent volume (Alderman et autres 2017) et le chapitre 12 du présent volume (Drake, Fernandes et autres 2017). Les rations à emporter à la maison et les transferts monétaires conditionnels peuvent encourager les filles à aller à l'école ; les bourses, qui donnent des rations directement aux écolières, peuvent encourager les filles à rester à l'école (Chapman 2006). La valeur plus large de ces programmes est analysée au chapitre 23 du présent volume (de Walque et autres 2017).

Figure 20.7 Enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés dans le monde, par sexe, 1970–2010



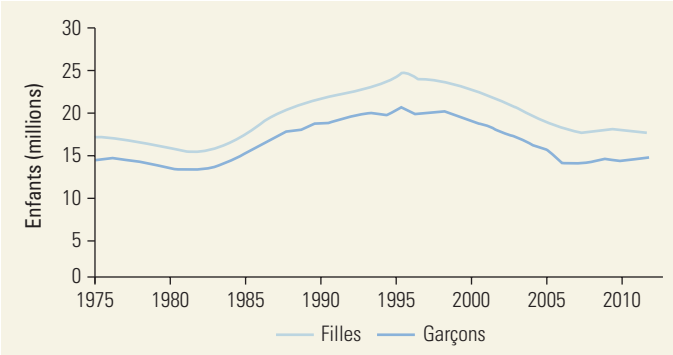
Source : Banque mondiale 2016.
Note : Le nombre total de garçons et de filles en âge d'aller à l'école primaire qui ne sont pas inscrits dans une école primaire ou dans un établissement secondaire

Figure 20.8 Enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés en Asie du Sud, 1975–2013



Source : Banque mondiale 2016.
Note : Le nombre total de garçons et de filles en âge d'aller à l'école primaire qui ne sont pas inscrits dans une école primaire ou dans un établissement secondaire

Figure 20.9 Enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés en Afrique sub-saharienne, 1975–2013



Source : Banque mondiale 2016.
Note : Le nombre total de garçons et de filles en âge d'aller à l'école primaire qui ne sont pas inscrits dans une école primaire ou dans un établissement secondaire

Les écoles sont une plateforme de plus en plus attractive et efficace pour atteindre les filles, étant donné que l'écart entre les sexes en matière de scolarisation se réduit dans la plupart des pays. La figure 20.7 illustre la diminution des taux d'enfants non scolarisés entre 1970 et 2010. La tendance pour les filles est particulièrement claire : entre 1970 et 2010, l'écart important dans la scolarisation des garçons et des filles s'est considérablement réduit, bien qu'un nombre important d'enfants — garçons et filles dans des proportions plus ou moins similaires — ne s'inscrivent jamais à l'école. Les figures 20.8 et 20.9 offrent une vision plus nuancée de la réduction des disparités entre les sexes parmi les enfants non scolarisés en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, et font apparaître que le plus grand changement en termes de scolarisation des filles est intervenu en Asie du Sud.

Il existe d'importantes différences entre les pays en ce qui concerne les disparités entre les sexes dans les taux de scolarisation, sur la base de l'expérience historique et des politiques gouvernementales. Les données de cinq pays d'Afrique subsaharienne sont présentées à la figure 20.10. Au Mozambique, le nombre d'enfants non scolarisés a considérablement diminué entre 2000 et 2014, tandis que les écarts entre les sexes sont restés importants. En revanche, l'écart entre les sexes est resté faible au Ghana, et s'est accompagné d'une tendance à la baisse ; au Niger, le nombre d'enfants non scolarisés est resté relativement constant au cours de la période, tandis que l'écart entre les sexes s'est creusé.

Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, il s'est avéré difficile de réduire le nombre d'enfants non scolarisés ; en conséquence, l'observation selon laquelle les programmes de SNE peuvent bénéficier aux enfants non scolarisés gagne en importance. Comme cela a été documenté en Guinée et à Madagascar, de nombreux enfants non scolarisés profiteront des services de santé simples fournis dans les écoles, par exemple, le déparasitage et les suppléments en micronutriments ; il a été démontré que les programmes d'alimentation scolaire, en particulier les rations à emporter à la maison, profitent aux frères et sœurs à la maison (Adelman et autres 2008 ; Bundy et autres 2009 ; Del Rosso et Marek 1996). On a pu constater que les programmes de déparasitage dans les écoles atteignent les enfants non scolarisés à grande échelle (Drake et autres 2015) et réduisent la transmission de maladies dans l'ensemble de la communauté (Bundy et autres 1990 ; Miguel et Kremer 2004). Bien que les avantages des programmes de SNE puissent s'étendre au-delà de ceux qui fréquentent l'école, il est préférable d'aborder les programmes de SNE en conjonction avec d'autres approches visant à encourager la scolarisation et l'assiduité. Il est important que les enfants non scolarisés aient accès à une éducation en matière de santé fondée

sur les compétences et au développement des aptitudes à la vie quotidienne pour prévenir des maladies telles que le VIH/SIDA (Hargreaves et autres 2008).

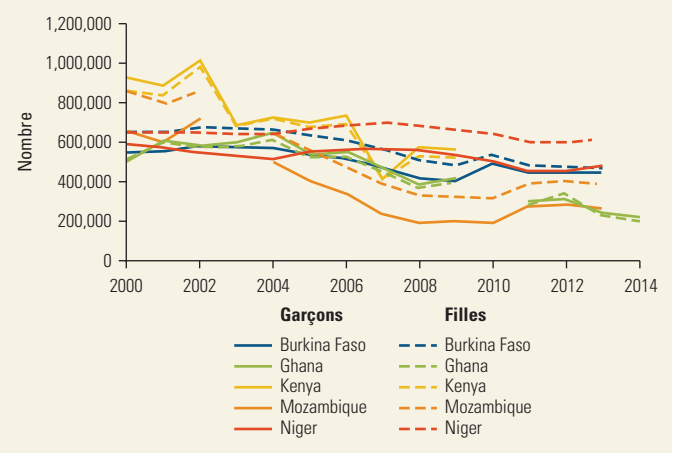
DÉFINIR LES RÔLES DES SECTEURS

La mise en œuvre, le financement et la supervision des programmes de SNE ne relèvent pas exclusivement du secteur de l'éducation ou du secteur de la santé. En fait, de nombreuses approches, parties prenantes et collaborations sont nécessaires à la prestation de services de santé et de nutrition dans les écoles. Diverses expériences suggèrent que les programmes existants mettent en lumière certains rôles cohérents joués par les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux et d'autres partenaires et parties prenantes. Il est clair que la réussite du programme est tributaire de la participation et du soutien effectifs de partenaires stratégiques, en particulier avec les bénéficiaires et leurs partenaires ou tuteurs (tableau 20.2).

Dans presque tous les programmes nationaux de SNE, le ministère de l'Éducation est le principal organisme responsable de la mise en œuvre, reflétant à la fois l'objectif des programmes de SNE d'améliorer les acquis de l'apprentissage et le fait que le système éducatif fournit souvent l'infrastructure en place la plus complète pour atteindre les enfants d'âge scolaire. Dans les programmes couronnés de succès, cette responsabilité a été partagée entre le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé, d'autant plus que ce dernier assume la responsabilité ultime de la santé de tous les enfants. Toutefois, la collaboration entre les secteurs n'est pas facile, notamment compte tenu des différences de structures institutionnelles, de mécanismes opérationnels et de cultures de travail entre les différents ministères d'exécution.

Chaque secteur doit identifier son rôle et ses responsabilités respectifs et présenter un plan d'action coordonné pour améliorer les résultats en matière de santé et d'éducation des enfants. Au-delà des ministères de l'Éducation et de la Santé et des acteurs non étatiques, la collaboration intersectorielle est plus complexe. Le point de départ est généralement la mise en place de groupes de travail intersectoriels ou de comités de pilotage aux niveaux national, régional et local pour coordonner les actions et la prise de décisions (FRESH 2014). La compréhension et la reconnaissance par les secteurs de l'éducation et de la santé de leurs activités et priorités respectives sont également essentielles ; le fait que l'OMS mette davantage l'accent, et de façon plus explicite, sur l'obtention de résultats à la fois en matière de santé et d'éducation peut faciliter la collaboration entre les praticiens de la promotion de la santé et les enseignants.

Figure 20.10 Enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés, dans cinq pays, par sexe, 2000–14



Source : Banque mondiale 2016.
Note : Enfants non scolarisés en âge d'aller à l'école primaire pour un certain nombre de pays. La figure montre le nombre total de garçons et de filles en âge de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas inscrits dans une école primaire ou secondaire. Les lacunes dans les graphiques sont dues au manque de données pour les années en question.

La réussite de la prestation de services de santé multisectoriels en milieu scolaire comprend des possibilités de référence médicale et de traitement qui s'étendent au-delà de la plateforme scolaire. Les réponses en milieu scolaire aux diverses maladies qui touchent les enfants d'âge scolaire varient en fonction de la nature du traitement requis. Par exemple, il existe un contexte stratégique clair pour intégrer dans des programmes de SNE plus vastes l'identification des cas d'erreur de réfraction et les référer médicalement. Il est essentiel que les programmes de dépistage des cas d'erreur de réfraction en milieu scolaire comprennent le dépistage et la référence médicale au niveau primaire ; la réfraction et la distribution de dispositifs optiques au niveau du district ; et les soins avancés soutenus, y compris les services pédiatriques et de lentilles de contact, au niveau des soins de santé tertiaires, bien que les coûts augmentent et que la faisabilité diminue à chaque étape qui s'éloigne de l'enseignement primaire (Banque mondiale 2012). Voir le chapitre 17 du présent volume (Graham et autres 2017) pour un examen plus détaillé des programmes axés sur la vision en milieu scolaire.

Les programmes des SNE offrent des arguments convaincants en faveur des investissements et des interventions du secteur public. Premièrement, ces interventions peuvent créer des externalités qui présentent des avantages externes pour des personnes autres que les personnes traitées. Par exemple, les programmes d'administration de vermifuge réduisent l'intensité de l'infection chez les enfants non traités dans les écoles,

Tableau 20.2 Comparaison des rôles joués par les organismes gouvernementaux, les partenaires et les parties prenantes dans les programmes de santé et de nutrition à l'école

Partenaire	Rôles	Commentaires
Ministère de l'éducation	• Organisme d'exécution chef de file • Principale ressource financière • Politique sectorielle de l'éducation	• La santé et la nutrition des élèves est une priorité pour l'EPT. • La politique de l'éducation définit l'environnement scolaire, le programme scolaire et les devoirs des enseignants. • Le système éducatif dispose d'une infrastructure très étendue pour couvrir les enseignants et les enfants d'âge scolaire.
Ministère de la santé	• Agence technique chef de file • Politique sectorielle de la santé	• La santé des enfants d'âge scolaire est moins prioritaire que les services cliniques et la santé des nouveau-nés. • La politique de la santé définit le rôle des enseignants dans la prestation des services et la façon dont le matériel de santé est acheté.
Autres agences du secteur public (par exemple, ministères du bien-être, des affaires sociales, des administrations locales, de l'agriculture)	• Appuient les systèmes d'éducation et de santé • Détenteurs de fonds	• Les ministères des administrations locales sont souvent les détenteurs de fonds pour les enseignants et les écoles ainsi que pour les cliniques et les agents de la santé. • Les ministères du bien-être et des affaires sociales fournissent des mécanismes pour la fourniture de fonds sociaux.
Secteur privé (par exemple, services de santé, produits pharmaceutiques, publications)	• Prestation de services spécialisés • Fourniture de matériel	• Rôle majeur dans l'achat de médicaments et la production de supports pédagogiques. • Rôles spécialisés dans les diagnostics médicaux.
Société civile (par exemple, ONG, organisations confessionnelles, APE)	• Formation et supervision • Fourniture de ressources locales	• Au niveau local, servent de gardiens et de détenteurs de fonds ; peuvent aussi cibler la mise en œuvre. • Offrent des flux de ressources supplémentaires, en particulier par l'intermédiaire des ONG internationales.
Associations d'enseignants, communauté locale (par exemple, enfants, enseignants, parents)	• Définition du rôle des enseignants • Partenaires dans la mise en œuvre • Définition de l'acceptabilité du programme scolaire • Apport de ressources complémentaires	• Les programmes de santé scolaire exigent un rôle élargi de la part des enseignants. • Gardiens à la fois du contenu de l'éducation à la santé (surtout le contenu moral et sexuel) et du rôle des agents n'appartenant pas au secteur de la santé (en particulier les enseignants) dans la prestation des services de santé. Les élèves participant activement à tous les aspects du processus au niveau de l'école. • Les communautés complètent de façon marginale les finances du programme

Source : Jukes, Drake et Bundy 2008.
Note : EPT = Éducation pour tous ; ONGI = organisation non gouvernementale internationale ; ONG = organisation non gouvernementale ; APE = Association parents-enseignants.

dans les écoles voisines et chez les frères et sœurs des enfants traités dans les écoles (Miguel et Kremer 2004). Deuxièmement, certaines interventions en matière de santé sont purement des biens publics — tous les enfants d'âge scolaire sont admis à bénéficier de ces services et il y a généralement peu de demande privée pour des mesures préventives générales. Par conséquent, il est peu probable que le secteur privé soit en concurrence pour fournir ces biens et services. Les programmes de SNE sont plus susceptibles de parvenir à une couverture universelle et d'être durables lorsqu'ils sont sous la juridiction du secteur public et intégrés dans les plans sectoriels de l'éducation (PSE) à l'échelle nationale.

JUSTIFICATION ÉCONOMIQUE DES INTERVENTIONS DE SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Dans l'ensemble complexe des conditions requises pour que les enfants apprennent bien, l'amélioration de la santé peut être l'une des conditions les plus simples et les

moins chères à réaliser (Banque mondiale 2012). Cette justification économique se concentre sur les conditions pour lesquelles il existe des interventions suffisamment sûres, simples et bien évaluées pour être adaptées à la mise en œuvre dans le secteur de l'éducation par le biais des écoles, généralement sous la supervision du secteur de la santé.

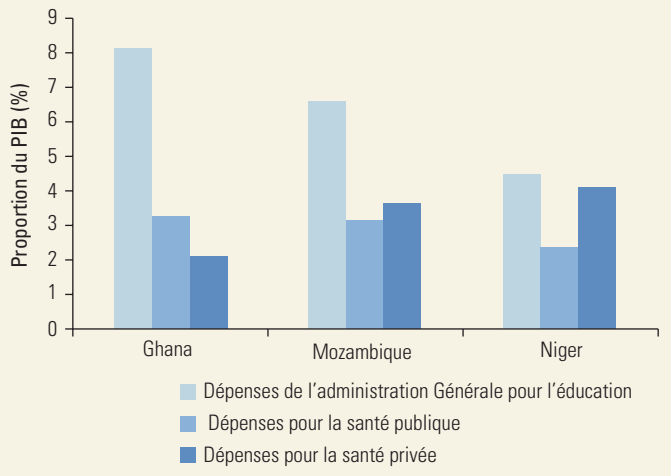
Plusieurs facteurs appuient la justification économique de l'utilisation des écoles en tant que plateforme pour la prestation d'interventions dans le domaine de la santé. L'un des principaux facteurs est l'économie potentielle qu'offrent les systèmes scolaires, par rapport aux systèmes de santé, en tant que mécanisme de prestation. De ce point de vue, les écoles constituent un mécanisme préexistant, de sorte que les coûts sont marginaux ; elles constituent également un système qui, dans le cadre de sa finalité éducative primaire, vise à être durable et largement étendu, à atteindre les enfants défavorisés et à promouvoir l'équité sociale. Adapter et cibler les types d'interventions aux contextes locaux est au cœur du succès dans la pratique. Le ciblage réduit les coûts et facilite la gestion ; il peut optimiser les résultats.

Les dépenses du secteur de l'éducation dépassent les dépenses de santé publique dans la plupart des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Au Ghana, au Mozambique et au Niger, par exemple, les dépenses publiques consacrées à l'éducation représentent plus du double de celles allouées à la santé publique (figure 20.11). L'investissement plus élevé dans le secteur de l'éducation par rapport au secteur de la santé se reflète dans le plus grand nombre d'écoles et d'enseignants que de centres de santé et de travailleurs de la santé dans les communautés (voir figure 20.6).

La part importante de la population que représentent les enfants d'âge scolaire et le pourcentage élevé d'enfants qui fréquentent l'école se traduisent par des économies d'échelle importantes dans le coût de l'organisation d'interventions de santé en milieu scolaire. On peut s'attendre à ce que les économies d'échelle soient plus importantes pour les interventions dont les coûts variables ou marginaux sont faibles, c'est-à-dire le coût du traitement d'un enfant supplémentaire. Les interventions de santé en milieu scolaire peuvent également avoir des coûts fixes pour la mise en place de l'infrastructure, la dotation en personnel, la capacité gouvernementale, les politiques intersectorielles et les systèmes de suivi.

La justification des interventions de santé en milieu scolaire est également plus forte pour les interventions qui s'attaquent aux pathologies prévalentes au sein des populations (voir tableau 20.1). Dans ce cas, les avantages escomptés sont plus élevés par dollar investi. Le fait de cibler les interventions de santé en milieu scolaire sur les enfants les plus à risque peut déboucher sur des avantages plus importants, mais aussi sur des coûts plus élevés, selon la façon dont le ciblage est réalisé.

Figure 20.11 Dépenses pour l'éducation par rapport aux dépenses pour la santé en proportion du PIB, 2013



Source : Banque mondiale 2016.
Note : PIB = produit intérieur brut. Les dépenses totales de santé correspondent à la somme des dépenses de santé publiques et privées. Elles couvrent la fourniture de services de santé préventifs et curatifs, les activités de planification familiale, les activités de nutrition et l'aide d'urgence destinée à la santé ; elles n'incluent pas la fourniture d'eau et d'assainissement. Les dépenses de l'administration générale pour l'éducation (dépenses courantes, en capital, et les transferts) sont exprimées en pourcentage du PIB. Elles comprennent les dépenses financées par des transferts de sources internationales à l'État. L'administration générale fait généralement référence à l'administration locale, régionale et centrale. Les données sont plus facilement disponibles (tout comme les estimations mondiales et régionales) pour la santé que pour l'éducation.

COMPARAISON DU RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DE LA PRESTATION D'INTERVENTIONS DE SANTÉ DANS LE CADRE DES ÉCOLES

Les écoles offrent des avantages par rapport aux centres de santé primaires et communautaires. Le chapitre 25 de ce volume présente un ensemble essentiel d'interventions de santé à faible coût qui peuvent être fournies efficacement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire par l'entremise des écoles (Fernandes et Aurino 2017). L'analyse suggère que les avantages économiques mesurés par les retombées pour la santé et l'éducation l'emportent sur les coûts, tout en restant abordables dans les limites des contraintes budgétaires de l'État. Le montage de mesures essentielles comprend des repas scolaires ciblés avec une supplémentation en micronutriments, l'éducation sur la prévention du paludisme et l'hygiène bucco-dentaire, l'administration de vermifuge, le dépistage de l'erreur de réfraction, et les vaccinations appropriées.

Les économies réalisées grâce à l'organisation d'interventions simples et sûres dans les écoles peuvent être illustrées par le déparasitage et le dépistage de l'erreur de réfraction. Par exemple, le coût de l'administration en masse du traitement vermifuge dans les écoles (non compris le coût du traitement car il s'agit actuellement de dons pour les écoliers) est estimé à 0,03–0,04 USD par enfant et par an, contre 0,21 à 0,51 USD par l'intermédiaire d'une équipe de santé mobile coordonnée par les centres de santé primaire (Guyatt 2003). Les coûts du dépistage de l'erreur de réfraction et de la fourniture de lunettes dans les hôpitaux locaux ont été estimés à 8,17 USD, mais le coût tombe à 2–3 USD si le dépistage est assuré par des équipes mobiles envoyées dans les écoles après le dépistage réalisé par les enseignants (Baltussen, Naus et Limburg 2009 ; Graham et autres 2017) (tableau 20.3). Avec une formation minimale combinée à l'accès à une supervision et à un soutien périodiques, les enseignants peuvent administrer des comprimés en toute sécurité ou dépister certaines pathologies chez les enfants, ce qui réduit le temps requis et les coûts associés à l'accès à du personnel de santé qualifié.

La présence des enfants à l'école évite d'avoir à les envoyer vers un autre point de service à intervalles réguliers ou de faire venir des équipes de santé mobiles pour s'occuper d'eux. En outre, la mise en œuvre d'interventions multiples par le biais du même système permet un partage des coûts et des gains d'efficacité, par exemple pour la formation des enseignants. Pour que les centres de santé primaire soient efficaces, il faut que la population cible se rende dans les cliniques pour bénéficier des interventions, ce qui peut représenter un fardeau important en termes de temps et de coûts pour les familles pauvres et s'avérer particulièrement difficile pour les interventions à doses multiples, comme le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), et pour la population d'âge scolaire ; voir le chapitre 15 du présent volume (LaMontagne et autres 2017). L'analyse économique de l'effet des interventions de santé sur l'amélioration du niveau d'éducation est examinée au chapitre 22 du présent volume (Plaut et autres 2017).

Tableau 20.3 Montage de mesures essentielles des interventions de la santé en milieu scolaire, 2012 USD

	Coût annuel par enfant par an ($)
Repas scolaires	44
Supplémentation MNP	3
Paludisme	2–3
Dépistage erreur de réfraction	2–3
Fourniture brosses à dent	0.50
Vaccin VPH	2
Vaccin contre l'anatoxine tétanique	0,40

Source : Fernandes et Aurino 2017.
Note : VPH = virus du papillomavirus humain ; MNP = micronutriments en poudre.

CADRE CONTEXTUEL ET STRATÉGIQUE

La création et la mise au point d'un programme de SNE implique une série de décisions stratégiques, en particulier sur la façon de travailler efficacement dans les différents secteurs et de choisir les interventions à inclure. Heureusement, deux outils stratégiques permettent d'effectuer un suivi de certaines des décisions prises par les pays lors de l'élaboration de leurs programmes de SNE.

- Le cadre FRESH a été introduit au début de la programmation des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire dans ce domaine et est encore largement utilisé. Son principal objectif était de fournir un cadre stratégique pour appuyer le démarrage de nouveaux programmes ou le renforcement des programmes existants.
- L'approche systémique pour de meilleurs résultats scolaires (*Systems Approach for Better Education Results* ou SABER) a été introduite plus d'une décennie plus tard en tant que mécanisme permettant d'affiner l'environnement stratégique des programmes existants. L'émergence de cet outil reflète le besoin créé par la prolifération remarquable de nouveaux programmes de santé et d'alimentation à l'école dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

FRESH

L'utilisation de l'école comme plateforme pour les interventions de SNE a été accélérée par le lancement du cadre FRESH lors du Forum mondial sur l'éducation en 2000, par un partenariat multi-agences comprenant l'UNESCO, l'UNICEF, l'OMS, le Programme alimentaire mondial et la Banque mondiale (Sarr et autres 2017).

FRESH est un cadre complet, fondé sur des données probantes, qui promeut une meilleure éducation par le biais d'interventions de santé dispensées par les écoles, et est soutenu par un consensus international entre les partenaires et les parties prenantes. Le cadre FRESH offre des orientations stratégiques pour s'assurer que la mise en œuvre du programme est normalisée et fondée sur des données probantes (Banque mondiale 2012). Il établit le fondement de programmes de SNE efficaces

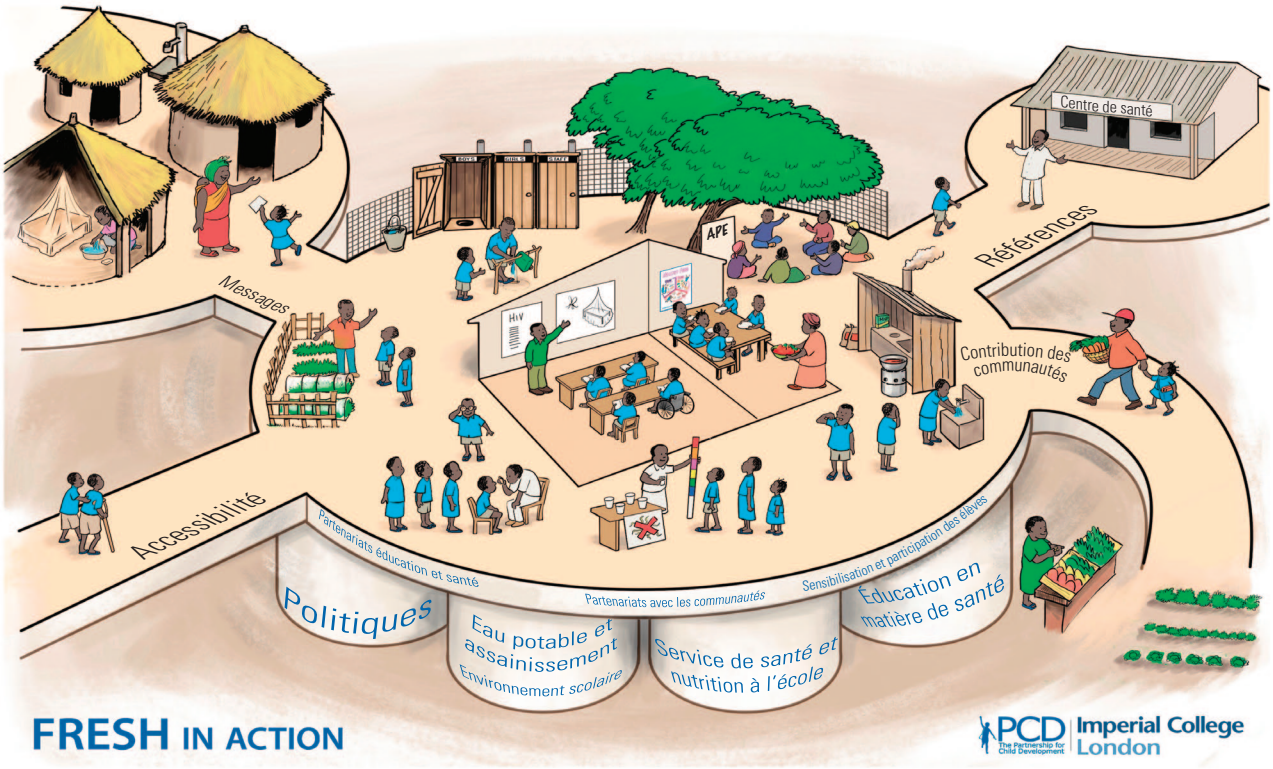
et équitables et se compose conceptuellement de quatre piliers qui se renforcent mutuellement (FRESH 2014) :

- *Pilier 1 : Des politiques scolaires liées à la santé.* Des politiques scolaires liées à la santé et à la nutrition qui sont non discriminatoire, protectrices, inclusives et sensibles à la dimension genre afin de promouvoir la santé physique et psychosociale des enfants, des enseignants et du personnel scolaire.
- *Pilier 2 : Un environnement d'apprentissage sûr.* Accès à de l'eau potable et à des installations sanitaires séparées pour les filles, les garçons, et les enseignants ; un environnement sûr, sain, propre et émotionnellement positif qui favorise la capacité des enfants à aller à l'école, à se concentrer et à apprendre.
- *Pilier 3 : Une éducation en matière de santé fondée sur les compétences.* Une éducation aux aptitudes à la vie quotidienne qui aborde les questions de santé, de nutrition et d'hygiène avec des connaissances, des attitudes et des compétences qui favorisent les comportements positifs.
- *Pilier 4 : Des services de santé et de nutrition en milieu scolaire.* Des services de santé et de nutrition simples, sûrs et familiers qui peuvent être fournis de manière rentable dans les écoles, et un meilleur accès à des cliniques adaptées aux jeunes.

Ces quatre composantes toutes sont nécessaires à la réussite d'un programme. Elles ne peuvent être mises en œuvre efficacement que si elles sont soutenues par des partenariats stratégiques entre (1) les secteurs de la santé et de l'éducation, en particulier les enseignants et les travailleurs de la santé ; (2) les écoles et leurs communautés respectives ; et (3) la sensibilisation et la participation des élèves. La figure 20.12 illustre le caractère complémentaire des quatre piliers de FRESH.

Les gouvernements qui cherchaient à obtenir des résultats en matière d'EPT ont également cherché à intégrer les programmes fondés sur ces piliers dans leurs programmes sectoriels de l'éducation à l'échelle nationale. En règle générale, les PSE reflètent à la fois les besoins budgétaires et les besoins en capacités prévus et sont élaborés en consultation avec les parties prenantes

Figure 20.12 Composantes FRESH soutenues par des partenariats stratégiques

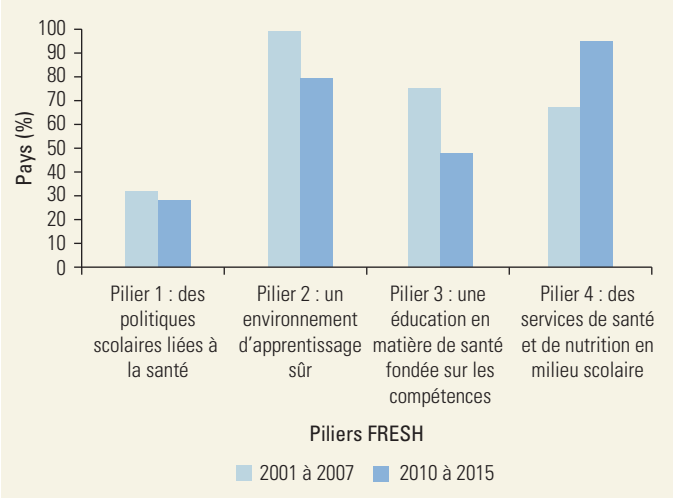


Source : © *Partnership for Child Development* (Partenariat pour le développement de l'enfant). Utilisé avec l'autorisation du Partenariat pour le développement de l'enfant. D'autres autorisations sont nécessaires pour toute réutilisation.

et les partenaires externes et nationaux clés. L'analyse des PSE des pays permet d'avoir une idée de la pertinence et de la priorité qu'accordent les gouvernements nationaux aux questions spécifiques de SNE. Une comparaison entre le contenu des PSE qui ont été élaborés immédiatement après le lancement de FRESH et ceux qui ont été élaborés 15 ans plus tard donne une indication de la façon dont les programmes de SNE ont été intégrés dans les systèmes éducatifs. La figure 20.13 illustre la proportion de pays cherchant à obtenir un financement pour chacun des quatre piliers de FRESH à ces deux points dans le temps pour un groupe de 25 pays d'Afrique subsaharienne. Il s'agit du Bénin, du Burkina Faso, du Burundi, du Cameroun, de la République centrafricaine, du Tchad, de l'Érythrée, de l'Éthiopie, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, de la Guinée-Bissau, du Kenya, du Libéria, de Madagascar, du Mali, de la Mauritanie, du Mozambique, de la République démocratique du Congo, du Rwanda, du Sénégal, du Togo, de l'Ouganda, de la Zambie et du Zimbabwe.

La proportion des PSE cherchant à obtenir un financement pour le premier pilier stratégique est faible aux deux moments considérés, ce qui reflète le caractère à long terme du cycle de planification politique des politiques et le coût généralement fixe et non récurrent de la mise en œuvre d'un changement de politiques.

Figure 20.13 Reflet des priorités de financement des piliers FRESH dans les plans sectoriels de l'éducation de 25 pays d'Afrique subsaharienne, 2001–2015



Source : Sarr et autres 2017.

Note : FRESH = *Focusing Resources on Effective School Health* (Concentrer les ressources sur l'amélioration de la santé à l'école) ; UNESCO = Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Les dates de chaque période correspondent à la date de publication du plan sectoriel de l'éducation (PSE). Les PSE fixent les priorités nationales pour le secteur et reflètent généralement les besoins de financement sur une période de 5 à 10 ans. Ils sont élaborés par les gouvernements en consultation avec les parties prenantes concernées. Les PSE de la période précédente ont été obtenus sur le portail Planipolis de l'UNESCO, tandis que les PSE de la période suivante ont été obtenus sur le site Web du Partenariat mondial pour l'éducation.

En revanche, les coûts d'infrastructure et de services, reflétés respectivement dans les piliers 2 et 4, ont une composante récurrente significative, ce qui se reflète dans la grande proportion de pays cherchant à obtenir un financement pour ces piliers aux deux moments considérés. Le deuxième pilier reflète également l'accent mis sur la construction de nouvelles écoles pour soutenir l'EPT, d'où son inclusion dans les PSE pour tous les pays au cours de la première période et, dans une moindre mesure, au cours de la période ultérieure, ce qui reflète peut-être l'investissement dans de nouvelles installations d'eau et d'assainissement et une nouvelle focalisation sur la gestion de l'hygiène menstruelle. Le troisième pilier dans les années 2000 en Afrique subsaharienne était axé sur l'éducation à la prévention du VIH/SIDA. Au début, l'initiative régionale *Accelerate,* à laquelle la plupart des pays ont participé, a accordé une importance particulière à cette intervention. Avec le ralentissement de l'épidémie de VIH/SIDA, le financement du pilier 3 a diminué (Sarr et autres 2017).

La conséquence la plus importante de FRESH a peut-être été de donner un point d'entrée commun aux nouvelles activités visant à améliorer la santé dans les écoles. C'est important du fait qu'à terme, les programmes de SNE peuvent s'attaquer à des problèmes que tant le secteur de l'éducation que celui de la santé ne connaissent pas bien et qui sont intrinsèquement multisectoriels.

Le cadre FRESH demeure un moteur de la nouvelle programmation SNE et a fourni une plateforme commune sur laquelle construire des programmes spécifiques par agence. Le chapitre 17 du présent volume (Graham et autres 2017) examine comment les pays ont utilisé le cadre FRESH pour promouvoir une éducation inclusive pour les enfants handicapés.

SABER

Le degré d'intégration des programmes SNE dans la pratique dans le secteur de l'éducation peut être évalué à l'aide de l'outil SABER. L'outil SABER a été mis au point par un partenariat mené par la Banque mondiale (2012) et s'appuyait sur le cadre FRESH. L'outil est un questionnaire structuré dont les réponses sont déterminées sur la base d'une consultation avec des représentants des ministères concernés, y compris les ministères de l'Éducation, de la Santé et de la Protection sociale. L'un des domaines développés pour SABER est la programmation SNE, avec une grande sous-composante pour l'analyse des programmes d'alimentation scolaire.

Les outils de diagnostic SABER sur la santé et la nutrition à l'école et l'alimentation scolaire fournissent un instantané de l'état d'avancement des politiques associées dans les pays. Plus précisément, SABER aide les

gouvernements à évaluer la qualité de leurs programmes de SNE et d'alimentation scolaire et les progrès réalisés dans la mise en œuvre de chaque indicateur, et les compare à d'autres programmes et domaines de l'éducation. Ainsi, SABER inspire et soutient le dialogue stratégique et la réforme, et jette les bases d'une analyse plus approfondie de la mise en œuvre de ces cadres. Les cadres de référence SABER pour la santé et la nutrition à l'école et l'alimentation scolaire contribuent à faire en sorte que, dans la mesure du possible, les écoles puissent servir de points d'entrée pour les soins de santé destinés aux enfants d'âge scolaire (Banque mondiale 2012).

La figure 20.14 présente les résultats d'une analyse d'indicateurs sélectionnés à partir des rapports SNE de SABER de 16 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire publiés entre 2011 et 2013, en utilisant les quatre piliers de FRESH comme principe directeur.

Les résultats indiquent que 13 des 16 pays ont des politiques nationales en matière de SNE ; plus de 50 % ont mis en place des normes en matière d'eau, d'assainissement et de lavage des mains ; 12 des 16 pays mettant en œuvre des services de SNE avaient des lignes budgétaires récurrentes spécifiques pour en soutenir l'exécution. En outre, des politiques, des compétences et des services sensibles au genre ont été mis en évidence dans les rapports SABER de 10 des 16 pays.

Les approches en matière d'alimentation scolaire et de SNE, ainsi que les voies menant à la réussite scolaire, peuvent être très diverses. Il n'existe aucune série unique de mesures stratégiques qui serait pertinente pour tous les pays. Dans l'élaboration des politiques nationales et infranationales — et il y a toujours des compromis dans les choix réalisés — SABER contribue à identifier les politiques et les fils conducteurs institutionnels que l'on retrouve dans la plupart des expériences les plus réussies, par exemple :

- Focalisation sur les acquis de l'apprentissage
- Une politique multisectorielle et un protocole d'accord entre les secteurs de la santé et de l'éducation, avec l'appui de hauts responsables politiques et de hauts fonctionnaires.
- Diffusion de l'information et consultation des communautés locales (Banque mondiale 2012)

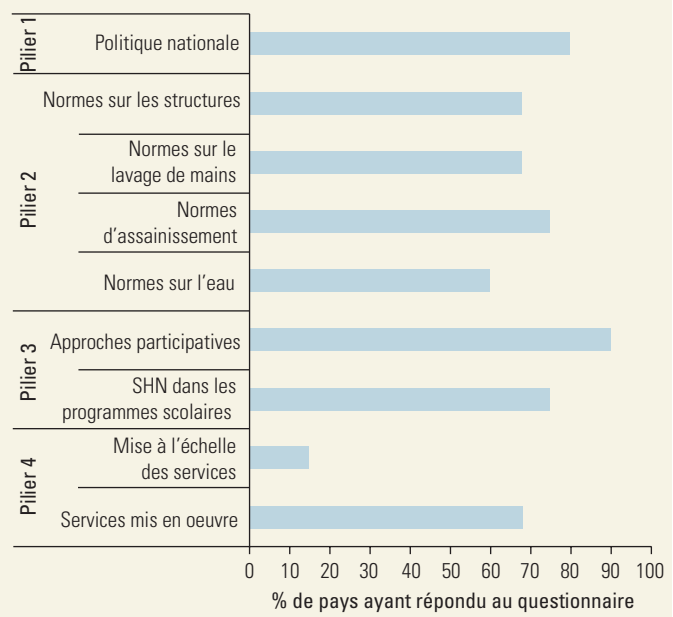
Autres outils pour l'élaboration de politiques en matière de santé et de nutrition à l'école

En plus de FRESH et de SABER, il existe d'autres outils pour l'élaboration de politiques sur les programmes de SNE. L'Enquête sur les politiques et pratiques en matière de santé en milieu scolaire, l'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS) et l'Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire (HBSC) sont trois de ces outils.

L'Enquête sur les politiques et pratiques en matière de santé en milieu scolaire a été élaborée par l'OMS en collaboration avec les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis (CDC). L'enquête vise à évaluer la situation des politiques et des pratiques en matière de santé scolaire dans le primaire et le secondaire. Elle est réalisée au moyen d'un questionnaire à l'intention des directeurs d'école ou d'établissements. Il y a 150 questions divisées en six domaines de contenu : informations générales sur l'école, environnement scolaire sain et sûr, services de santé, services de nutrition, éducation à la santé et éducation physique.

L'enquête GSHS auto-administrée, également élaborée par l'OMS et le CDC des États-Unis, est conçue pour aider les pays à mesurer et à évaluer le risque comportemental et les facteurs de protection chez les élèves âgés de 13 à 15 ans. Les données recueillies dans le cadre de l'enquête permettent de déterminer des priorités, d'établir des programmes, de réaliser des plaidoyers pour obtenir des ressources et de permettre des comparaisons

Figure 20.14 Reflet des piliers FRESH dans les pratiques scolaires en matière de santé et de nutrition dans 16 pays



Source : Sarr et autres 2017.
Note : FRESH = *Focusing Resources on Effective School Health* (Concentrer les ressources sur l'amélioration de la santé à l'école) ; SABER = *Systems Approach for Better Education Results* (Approche systémique pour de meilleurs résultats dans le domaine de l'éducation) ; SNE = santé et nutrition à l'école. Indicateurs du rapport SABER sur la santé et la nutrition à l'école de 16 pays, réalisé entre 2011 et 2013. Les pays comprennent le Bénin, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Niger, le Nigeria, le Rwanda, le Sénégal, la Tanzanie, l'Ouganda et Zanzibar.

entre les pays. Il s'agit d'une enquête au moyen d'un questionnaire en milieu scolaire, gérée par un coordonnateur de l'enquête qui est nommé par l'intermédiaire des ministères de la Santé et de l'Éducation. Dix thématiques clés sont abordées : la consommation d'alcool, les comportements alimentaires, l'usage de drogues, l'hygiène, la santé mentale, l'activité physique, les facteurs de protection, les comportements sexuels, le tabagisme, la violence et les blessures non intentionnelles. À ce jour, quelque 110 pays des six régions de l'OMS ont mis en œuvre l'enquête GSHS ou sont en train de le faire (OMS 2016a). Sur ces 110 pays, seuls trois sont des pays européens.

L'enquête HBSC est la principale enquête comportementale administrée dans la région européenne de l'OMS pour cette population cible. HBSC recueille des données tous les quatre ans sur la santé et le bien-être, les environnements sociaux et les comportements en matière de santé des garçons et des filles âgés de 11, 13 et 15 ans au moyen de questionnaires auto-administrés dans les salles de classe. Les principaux domaines couverts par les enquêtes GSHS et HBSC sont similaires, mais l'enquête HBSC met également l'accent sur les déterminants sociaux et économiques. À ce jour, 44 pays et régions d'Europe et d'Amérique du Nord ont participé à l'enquête HBSC (OMS 2016b).

CONCLUSIONS

Le système scolaire offre un certain nombre d'avantages en tant que système prestation de services de santé dans les pays à faible revenu. S'appuyer sur une infrastructure existante et omniprésente peut réduire les coûts de démarrage, accélérer la mise en œuvre du programme et réduire les coûts programmatiques, tout en optimisant les avantages pour l'éducation, en améliorant l'accès aux soins pour les plus marginalisés et en encourageant les filles à fréquenter l'école et à rester à l'école.

La viabilité des programmes nationaux de santé scolaire dépend de l'intégration de ces programmes dans les politiques et les plans nationaux, ainsi que de l'augmentation du financement national des programmes SNE et du renforcement de la capacité de mise en œuvre institutionnelle intersectorielle. Les ressources existantes, telles que SABER et FRESH, peuvent aider le secteur de l'éducation à identifier les lacunes et les opportunités dans les politiques, à améliorer la mise en œuvre et à procéder à une mise à l'échelle. Les enquêtes HSBC et GSHS fournissent des outils similaires pour guider les décisions de politique de santé scolaire du secteur de la santé.

Cette approche est particulièrement efficace si le secteur de la santé conserve la responsabilité de la santé des enfants et que le secteur de l'éducation conserve la responsabilité de la mise en œuvre. En travaillant ensemble, les ministères de l'Éducation et de la Santé peuvent promouvoir une meilleure santé et une meilleure éducation par le biais d'interventions SNE multisectorielles.

REMERCIEMENTS

L'équipe ayant rédigé ce chapitre tient à remercier Kwok-Cho Tang, anciennement de l'Organisation mondiale de la santé, et Meena Fernandes, du Partenariat pour le développement de l'enfant, pour leurs importantes contributions au chapitre.

NOTES

Les classifications de la Banque mondiale en juillet 2014 sont les suivantes, sur la base des estimations du revenu national brut (RNB) par habitant pour 2013 :

- Pays à faible revenu = 1 045 USD ou moins
- Les pays à revenu intermédiaire sont subdivisés en :
  a) pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure = de 1 046 USD à 4 125 USD
  b) pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure = de 4 126 USD à 12 745 USD
- Pays à revenu élevé = 12 746 USD ou plus.

1. Lorsqu'une intervention implique la fourniture de nourriture, on parle d'alimentation scolaire. Le terme comprend au moins deux modalités : l'alimentation à l'intérieur de l'école, où les enfants sont nourris à l'école ; et les rations à emporter, où les familles reçoivent de la nourriture si leurs enfants vont régulièrement à l'école. Le terme *nutrition* est réservée aux cas où un résultat nutritionnel spécifique est recherché, comme la correction d'une carence en micronutriments.

RÉFÉRENCES

Adelman, S., H. Alderman, D. O. Gilligan, et K. Lehrer. 2008. « The Impact of Alternative Food for Education Programs on Learning Achievement and Cognitive Development in Northern Uganda. » International Food Policy Research Institute, Washington, DC.

Ahuja, A., S. Baird, J. Hamory Hicks, M. Kremer, et E. Miguel. 2017. « Economics of Mass Deworming Programs. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Alderman, H., J. R. Behrman, P. Glewwe, L. Fernald et S. Walker. 2017. « Evidence of Impact of Interventions on Growth and Development during Early and Middle Childhood. » Dans

Disease Control Priorities (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, and G. C. Patton. Washington, DC : Banque.

Atkins, P. 2007. « School Milk in Britain, 1900–1934. » *Journal of Policy History* 19 (4) : 395–427.

Baltussen, R., J. Naus, et H. Limburg. 2009 « Cost-Effectiveness of Screening and Correcting Refractive Errors in School Children in Africa, Asia, America, and Europe. » *Health Policy* 89 (2) : 201–15.

Benzian, H., B. Varenne, N. Stauf, R. Garg, et B. Monse. 2017. « Promoting Oral Health through Programs in Middle Childhood and Adolescence. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, and G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Boler, T. 2003. *The Sound of Silence*. London : ActionAid.

Brooker, S., S. Clarke, D. Fernando, C. Gitonga, J. Nankabirwa et autres. 2017. « Malaria in Middle Childhood and Adolescence. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Bundy, D. A. P. 2011. *Rethinking School Health : A Key Component of Education for All*. Directions in Development. Washington, DC : Banque mondiale.

Bundy, D. A. P., L. J. Appleby, M. Bradley, K. Croke, T. D. Hollingsworth et autres. 2017. « Mass Deworming Programs in Middle Childhood and Adolescence. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Bundy, D. A. P., C. Burbano, M. Grosh, A. Gelli, M. C. H. Jukes, et autres. 2009. *Rethinking School Feeding : Social Safety Nets, Child Development, and the Education Sector*. Directions in Development Series. Washington, DC : Banque mondiale.

Bundy, D. A. P., N. de Silva, S. Horton, G. C. Patton, L. Schultz et D. T. Jamison. 2017. « Child and Adolescent Health and Development : Realizing Neglected Potential » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development,* publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Bundy, D. A. P. et S. Horton. 2017. « Impact of Interventions on Health and Development during Childhood and Adolescence : A Conceptual Framework. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Bundy, D. A. P., M. S. Wong, L. L. Lewis et J. Horton. 1990. « Control of Geohelminths by Delivery of Targeted Chemotherapy through Schools. » *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 84 (1) : 115–20.

Chapman, K. 2006 « Using Social Transfers to Scale Up Equitable Access to Education and Health Services. » Background paper, Scaling Up Services Team, DFID Policy Division.

Del Rosso, J. M. et T. Marek. 1996. *Class Action : Improving School Performance in the Developing World through Better Health and Nutrition*. Washington, DC : Banque mondiale.

de Silva, N., S. Brooker, P. J. Hotez, A. Montresor, D. Engels, et autres. 2003. « Soil-Transmitted Helminth Infections : Updating the Global Picture. » *Trends in Parasitology* 19 (12) : 547–51.

de Walque, D., L. Fernald, P. Gertler et M. Hidrobo. 2017. « Cash Transfers and Child and Adolescent Development. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Drake, L., M. Fernandes, E. Aurino, J. Kiamba, B. Giyosa, et autres. 2017. « School Feeding Programs in Middle Childhood and Adolescence. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Drake, L., C. Maier et J. W. L. de Lind van Wijngaarden. 2007. *Directory of Support to School-Based Health and Nutrition Programmes*. Londres : Partnership for Child Development.

Drake, L., S. Singh, C. K. Mishra, A. Sinha, S. Kumar, et autres. 2015. « Bihar's Pioneering School-Based Deworming Programme : Lessons Learned in Deworming over 17 Million Indian School-Age Children in One Sustainable Campaign. » *PLoS Neglected Tropical Diseases* 9 (11) : e0004106.

Drake, L., A. Woolnough, C. Burbano et D. A. P. Bundy. 2016. *Global School Feeding Sourcebook : Lessons from 14 Countries*. Londres : Imperial College Press.

Durlak J. A., R. P. Weissberg et A. B. Dymnicki. 2011. « The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning : A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. » *Child Development* 82 (1) : 405–32.

Ettling, J. 1981. *The Germ of Laziness : Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Fernandes, M. et E. Aurino. 2017. « Identifying an Essential Package for School-Age Child Health : Economic Analysis. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

FRESH (Focusing Resources on Effective School Health). 2014. « Monitoring and Evaluation Guidance for School Health Programs : Eight Core Indicators to Support FRESH. »

Gelli, A., U. Meir et F. Espejo. 2007. « Does Provision of Food in School Increase Girls' Enrollment? Evidence from Schools in Sub-Saharan Africa. » *Food and Nutrition Bulletin* 28 (2) : 149–55.

Graham, N., L. Schultz, S. Mitra et D. Mont. 2017. « Disability in Middle Childhood and Adolescence. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Grigorenko, E. L., R. J. Sternberg, M. Jukes, K. Alcock, J. Lambo, et autres, 2006. « Effects of Antiparasitic Treatment on Dynamically and Statically Tested Cognitive Skills over Time. » *Journal of Applied Developmental Psychology* 27 (6) : 499–526.

Guyatt, H. 2003. « The Cost of Delivering and Sustaining a Control Programme for Schistosomiasis and Soil-Transmitted Helminthiasis. » *Acta Tropica* 86 (2–3) : 267–74. Hargreaves, G. C. et T. Boler. 2006. « Girl Power : The Impact of Girls' Education on HIV and Sexual Behaviour. » Education and HIV Series 01, ActionAid International.

Hargreaves, J. R., C. P. Bonell, T. Boler, D. Boccia, I. Birdthistle, et autres. 2008. « Systematic Review Exploring Time Trends in the Association between Educational Attainment and Risk of HIV Infection in Sub-Saharan Africa. » *AIDS* 22 : 403–14.

Horton, S., J. Waldfogel, E. De la Cruz Toledo, J. Mahon et J. Santelli. 2017. « Identifying an Essential Package for Adolescent Health : Economic Analysis. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par Bundy, D. A. P., N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Jukes, M. C. H., L. Drake et D. A. P. Bundy. 2008. *School Health, Nutrition and Education for All : Levelling the Playing Field*. Wallingford, R.-U. : CABI Publishing.

Jukes, M. C. H., S. Simmons et D. A. P. Bundy. 2008. « Education and Vulnerability : The Role of Schools in Protecting Young Women and Girls from HIV in Southern Africa. » *AIDS* 22 (4) : S41–S56.

LaMontagne, D. S., T. Cernuschi, A. Yabuku, P. Bloem, D. Watson-Jones, et autres. 2017. « School-Based Delivery of Vaccines to 5 to 19 Year Olds. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Lassi, Z., A. Moin et Z. Bhutta. 2017. « Nutrition in Middle Childhood and Adolescence. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, and G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Liddell, C. et G. Rae. 2001 « Predicting Early Grade Retention : A Longitudinal Investigation of Primary School Progress in a Sample of Rural South African Children. » *British Journal of Educational Psychology* 71 (3) : 413–28.

MacPhail, C., B. Williams et C. Campbell. 2002. « Relative Risk of HIV Infection among Young Men and Women in a South African Township. » *International Journal of STD and AIDS* 13 (5) : 331–42.

Miguel, E. et M. Kremer. 2004. « Worms : Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities. » *Econometrica* 72 (1) : 159–217.

Murray N. G., B. J. Low, C. Hollis, A. W. Cross et S. M. Davis. 2007. « Coordinated School Health Programs and Academic Achievement : A Systematic Review of the Literature. » *Journal of School Health* 77 : 589–600.

Plaut, D., T. Hill, M. Thomas, J. Worthington, M. Fernandes, et autres. 2017. « Getting to Education Outcomes : Reviewing Evidence from Health and Education Interventions. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Sarr, B., M. Fernandes, L. Banham, D. A. P. Bundy, A. Gillespie, et autres. 2017. « The Evolution of School Health and Nutrition in the Education Sector 2000–2015. » *Frontiers in Public Health.*

Shackleton N, F. Jamal, R. M. Viner, K. Dickson, G. C. Patton et C. Bonell. 2016. « School-Level Interventions to Promote Adolescent Health : Systematic Review of Reviews. » *Journal of Adolescent Health* 58 (4) : 382–96.

Tang, K. C., D. Nutbeam, C. Aldinger, L. St. Leger, D. A. P. Bundy, et autres. 2009. « Schools for Health, Education and Development : A Call for Action. » *Health Promotion International* 24 (1) : 68–77.

UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2008. « EDUCAIDS Overviews of Practical Resources. »

———. 2011. *EFA Global Monitoring Report 2011 : The Hidden Crisis : Armed Conflict and Education.* Paris : UNESCO.

FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). 2012. *Status Report : Adolescents and Young People in Sub-Saharan Africa*. Johannesburg : FNUAP.

Verguet, S., A. Nandi, V. Filippi et D. A. P. Bundy. 2017. « Postponing Adolescent Parity in Developing Countries through Education : An Extended Cost-Effectiveness Analysis. » In *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

Watkins, K., D. A. P. Bundy, D. T. Jamison, F. Guenther et A. Georgiadis. 2017. « Evidence of Impact of Interventions on Health and Development during Middle Childhood and School Age. » Dans *Disease Control Priorities* (troisième édition) : Volume 8, *Child and Adolescent Health and Development*, publié par D. A. P. Bundy, N. de Silva, Horton, D. T. Jamison et G. C. Patton. Washington, DC : Banque mondiale.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 1986. *Ottawa Charter*. Genève : OMS.

———. 1997. *Promoting Health through Schools : Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Série 870 Rapports techniques de l'OMS 870.

———. 2015. « Summary of Global Update on Preventative Chemotherapy Implementation in 2015. » *Weekly Epidemiological Record* 90 (49) : 661–74.
———. 2016a. « Global School-Based Student Health Survey. »
———. 2016b. « Health Behavior in School-Age Children. »
OMS et CDC (*Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis). Non daté. « Global School Health Policies and Practices Surveys : Survey Implementation Workshop. » OMS, Genève, et CDC, Washington, DC.
Banque mondiale. 2002. *Education and HIV/AIDS : Windows of Hope*. Washington, DC : Banque mondiale.
———. 2011. « World Bank Education Sector Strategy 2020 : Learning for All. » Banque mondiale, Washington, DC.
———. 2012. « What Matters Most for School Health and School Feeding : A Framework Paper. » SABER Working Paper No. 3, Banque mondiale, Washington, DC.
———. 2016. « Indicateurs du développement dans le monde » Statistiques de l'éducation. Banque mondiale, Washington, DC.
Programme alimentaire mondial. 2016. « Repas scolaires » Programme alimentaire mondial, Rome.

Rédacteurs de la série

Dean T. Jamison
Rachel Nugent
Hellen Gelband
Susan Horton
Prabhat Jha
Ramanan Laxminarayan
Charles N. Mock

À propos de cette série : Depuis sa création, la série *Disease Control Priorities* (Priorités en matière de lutte contre les maladies) s'est concentrée sur la prestation d'interventions de santé efficaces susceptibles d'entraîner des réductions spectaculaires de la mortalité et de l'invalidité à un coût relativement modeste. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire dont les recommandations sont fondées sur des données probantes, évolutives et adaptables à de multiples contextes. Des soins de santé de meilleure qualité et plus équitables relèvent de la responsabilité partagée des gouvernements et des organismes internationaux, des secteurs public et privé, des sociétés et des personnes, et tous ces partenaires ont participé à l'élaboration de cette série.

Disease Control Priorities, troisième édition (*DCP3*) s'appuie sur les fondements et les analyses des première et deuxième éditions (*DCP1* et *DCP2*) pour mieux éclairer la conception des programmes et l'allocation des ressources à l'échelle mondiale et nation

DCP3 presents its findings in nine individual volumes addressed to specific audiences. The volumes are structured around packages of conceptually related interventions, including those for maternal and child health, cardiovascular disease, infectious disease, cancer, and surgery. The volumes of *DCP3* will constitute an essential resource for countries as they consider how best to improve health care, as well as for the global health policy community, technical specialists, and students.

À propos du volume sur la *santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent* : Les enfants nés aujourd'hui seront plus nombreux que jamais auparavant dans l'histoire à survivre jusqu'à l'âge adulte. Le moment est venu de mettre l'accent sur la santé et le développement au cours des phases de développement de la moyenne enfance et de l'adolescence qui sont essentielles pour la santé à l'âge adulte et la génération suivante. La *santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent* explore les avantages qui découlent d'interventions durables et ciblées au cours des deux premières décennies de la vie. Le volume présente les arguments en faveur d'investissements dans des interventions efficaces, chiffrées et modulables dans des contextes à faibles ressources, en mettant l'accent sur le rôle intersectoriel de l'éducation. Cette base de données probantes peut guider les décideurs dans l'établissement des priorités à accorder aux mesures visant à promouvoir la survie, la santé, les capacités cognitives et la croissance tout au long de l'enfance et l'adolescence.

DCP3 | Disease Control Priorities

economic evaluation for health

GLOBAL PARTNERSHIP *for* EDUCATION

WORLD BANK GROUP

SKU: 33183