



Directive de l'OMS sur les services de santé scolaire



Directive de l'OMS sur les services de santé scolaire

Directive de l'OMS sur les services de santé scolaire

ISBN 978-92-4-002939-2 (version électronique)

ISBN 978-92-4-002940-8 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2021

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Creative Commons Attribution NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Selon les termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit correctement citée, comme indiqué ci-dessous. Dans toute utilisation de ce travail, il ne doit y avoir aucune suggestion que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'OMS n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez licencier votre œuvre sous la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous créez une traduction de cet ouvrage, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante avec la citation suggérée: "Cette traduction n'a pas été créée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale en anglais est l'édition contraignante et authentique ».

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence doit être menée conformément aux règles de médiation de l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citation suggérée. Directive de l'OMS sur les services de santé scolaire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021. Licence : **CC BY-NC-SA 3.0 IGO**.

Données de catalogage avant publication (CIP). Les données CIP sont disponibles sur <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/commandes-de-livres>. Pour soumettre des demandes d'utilisation commerciale et des questions sur les droits et les licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériaux tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de ce travail qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, des figures ou des images, il est de votre responsabilité de déterminer si une autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Le risque de réclamations résultant de la violation de tout composant appartenant à un tiers dans le travail incombe uniquement à l'utilisateur.

Avertissements généraux. Les désignations employées et la présentation du matériel de cette publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'OMS concernant le statut juridique d'un pays, territoire, ville ou zone ou de ses autorités, ou concernant la délimitation de son territoire. frontières ou frontières. Les lignes en pointillés et en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives pour lesquelles il se peut qu'il n'y ait pas encore d'accord complet.

La mention de sociétés spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas qu'ils soient approuvés ou recommandés par l'OMS de préférence à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, les noms de produits propriétaires se distinguent par des lettres majuscules initiales.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Cependant, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur. L'OMS ne pourra en aucun cas être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

Contenu

Avant-propos	vii
Remerciements	ix
Abréviations et acronymes	xii
Glossaire	xiii
Résumé	xv
1. Introduction	1
1.1 Fardeau et besoins de santé des enfants et des adolescents	2
1.2 SHS dans le contexte de la santé scolaire et de la SPS	6
1.3 Le besoin de conseils sur le SHS	8
1.4 Public cible des directives de l'OMS sur le SHS	9
1.5 Objectif et portée des directives de l'OMS sur le SHS	9
2. Processus d'élaboration des lignes directrices	11
2.1 Structures de gouvernance et de gestion	12
2.2 Déclarations d'intérêts et gestion des conflits d'intérêts	12
2.3 Collaboration avec des partenaires externes	12
2.4 Gérer les processus et la prise de décision du groupe	13
2.5 Confidentialité	13
3. Méthodes	14
3.1 Questions clés	15
3.2 Zones de santé et types d'activité SHS	15
3.3 Aperçu de la méthodologie d'élaboration des lignes directrices	16
3.4 Vue d'ensemble systématique et revues systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des SHS complets	17
3.5 Élaboration d'un menu et d'un recueil d'interventions	22
4. Recommandation	25
4.1 Recommandation, justification et considérations de mise en œuvre	26
4.2 Résumé des preuves	27
4.3 Processus de la preuve à la décision	30

5. Menu et recueil des interventions	33
5.1 Justification du menu et du recueil d'interventions	34
5.2 Libellé complet des interventions	38
5.3 Catégorisation finale des interventions et sources OMS des interventions	45
6. Mise en œuvre de la directive de l'OMS sur le SHS	46
6.1 Diffusion des directives de l'OMS sur le SHS	47
6.2 Adaptation nationale des directives de l'OMS sur le SHS	48
6.3 Orientations et recherches supplémentaires nécessaires	56
6.4 Mise à jour des directives de l'OMS sur le SHS	57
Références	58
Annexe Méthodologie GRADE, Groupe d'élaboration des lignes directrices et Groupe de révision: affiliations, domaines d'expertise et gestion des conflits d'intérêts	71
Annexes Web (sous presse)	
Annexe Web A. Recueil d'interventions avec données probantes de l'OMS	
Annexe Web B. Bref examen exploratoire des services de santé scolaire dans le monde: méthodologie et résultats sélectionnés	
Annexe Web C. Aperçu systématique des examens systématiques des services complets de santé scolaire: méthodologie et résultats sélectionnés	
Annexe Web D. Examens systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des services complets de santé scolaire : méthodologie	
Annexe Web E. Examens systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des services de santé scolaire complets: résumés des données probantes	
Annexe Web F. Examens systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des services complets de santé scolaire: profils de données probantes GRADE et tableau des données probantes à la décision	
Annexe Web G. Enquête d'opinion d'experts sur les services de santé scolaire: méthodologie et résultats sélectionnés	
Annexe Web H. Menu des interventions avec des sources de l'OMS	

Tableaux, figures et encadrés

Tableau 1. Aperçu des normes mondiales pour HPS	sept
Tableau 2. Population, intervention et comparateur pour les revues systématiques d'efficacité et d'acceptabilité des SHS	18
Tableau 3. Résultats critiques et importants pour l'examen systématique de l'efficacité du SHS	19
Tableau 4. Résultats critiques et importants pour l'examen systématique de l'acceptabilité des SHS	20
Tableau 5. Tableau des preuves à la décision des recommandations de SHS : questions, jugements du sous-groupe GDG et justifications	30
Tableau 6. Menu d'interventions des directives SHS par domaine de santé, type de l'activité des services de santé et de la catégorisation GDG	35
Tableau 7. Libellé complet des 87 interventions classées comme essentielles ou appropriées au sein de SHS, par lieu	38
Tableau 8. Nombre d'interventions par source OMS et catégorisation GDG comme essentiel, approprié ou inadapté au sein de SHS, par emplacement	45
Tableau 9. Exemple simplifié de la façon dont la ligne directrice et son menu et un recueil d'interventions peut être utilisé lors de l'examen d'interventions à inclure dans un programme SHS national	54
Tableau A.1. Méthodologie GRADE	71
Tableau A.2. Groupe d'élaboration des lignes directrices	72
Tableau A.3. Groupe d'examen externe	73
Fig. 1. Estimations mondiales des cinq principales causes de décès chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, par sexe et par groupe d'âge, 2016	3
Fig. 2. Estimations mondiales des cinq principales causes d'YLD chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, par sexe et par groupe d'âge, 2016	4
Fig. 3. Aperçu des normes mondiales pour HPS	sept
Fig. 4. Méthodologie utilisée pour développer la recommandation de la ligne directrice SHS et le menu des interventions	16
Fig. 5. Un modèle organisationnel de SHS	49
Figure 6. Étapes de la définition des priorités d'intervention pour les SHS nationaux	51

ENCADRÉ 1.	Principaux faits saillants des examens mondiaux des programmes SHS nationaux	8
ENCADRÉ 2.	Termes clés de ce guide	dix
ENCADRÉ 3.	Comprendre les sources d'intervention de l'OMS	24
ENCADRÉ 4.	Recommandation, justification, résumé des preuves à la décision jugements et considérations de mise en œuvre	26
ENCADRÉ 5.	Interventions qui ne peuvent pas être incluses dans SHS	44
ENCADRÉ 6.	Utilisation de la technologie numérique pour soutenir la diffusion et la mise en œuvre de la ligne directrice	47
ENCADRÉ 7.	Ressources pour hiérarchiser les interventions au sein de la programmation SHS nationale	50
ENCADRÉ 8.	Comment SHS peut accroître l'équité en santé	52
ENCADRÉ 9.	Exemple hypothétique de la façon d'utiliser le menu et le recueil d'interventions lors de l'élaboration d'une programmation SHS nationale	53
ENCADRÉ 10.	Une sélection de ressources de l'OMS pour des conseils plus approfondis sur les interventions fondées sur des données probantes	55

Avant-propos

Les écoles sont essentielles pour que les jeunes acquièrent des connaissances, des compétences socio-émotionnelles, y compris l'autorégulation et la résilience, et des compétences de pensée critique qui constituent la base d'un avenir sain.

L'accès à l'éducation et à des environnements scolaires sûrs et favorables a été associé à de meilleurs résultats en matière de santé. À son tour, une bonne santé est liée à des taux d'abandon réduits et à un meilleur niveau d'instruction, des résultats scolaires, de l'emploi et de la productivité.

L'OMS reconnaît depuis longtemps le lien entre la santé et l'éducation et le potentiel des écoles à jouer un rôle central dans la protection de la santé et du bien-être des élèves. En 1995, l'OMS a lancé l'Initiative mondiale pour la santé à l'école, qui visait à renforcer les approches de la promotion de la santé dans les écoles. Parmi ces approches, le jumelage des enfants aux services de santé occupe une place importante.

De nombreux problèmes de santé peuvent être mieux gérés ou prévenus s'ils sont détectés tôt. L'environnement scolaire et les services de santé scolaires offrent la possibilité d'intervenir en temps opportun dans toute une gamme de conditions, notamment l'anxiété et la dépression, les troubles du comportement, le diabète, le surpoids, l'obésité et la dénutrition.

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les services de santé scolaire sont particulièrement bien placés pour contribuer à la santé et au bien-être des enfants d'âge scolaire.

Premièrement, ils opèrent là où se trouvent la plupart des enfants et ils ont accès aux familles. Deuxièmement, ils sont gratuits au point d'utilisation et surmontent les obstacles tels que les problèmes de transport, les services communautaires limités et les systèmes de localisation ou de rendez-vous peu pratiques, et ont donc le potentiel de mieux servir les populations défavorisées.

Et troisièmement, ils peuvent avoir un effet positif sur de multiples déterminants de la santé et sont très appréciés par les élèves, les parents et les communautés. Mais malgré tous ces avantages, les services de santé scolaire ont longtemps été négligés et n'ont pas reçu l'attention qu'ils méritaient de la part des chercheurs, des décideurs et des partenaires au développement.

Cette première ligne directrice de l'OMS sur les services de santé scolaire contribue à combler cette lacune, avec une forte recommandation pour la mise en œuvre de services de santé scolaire complets. Cette recommandation intervient à un moment unique de l'histoire, alors que la COVID-19 a mis si fortement en lumière le lien vital entre la santé et l'éducation. Alors que nous apprenons encore toute l'étendue des effets sur la santé des fermetures massives d'écoles, nous savons qu'elles ont entraîné de l'anxiété, de la dépression et de la détresse mentale, l'incapacité d'accéder aux points de soins habituels, une perturbation de l'activité physique et de la routine, une augmentation de la maltraitance des enfants et l'exposition aux dangers de l'environnement numérique non réglementé. Ces problèmes ne sont pas propres au COVID-19 - la pandémie n'a fait qu'exacerber des problèmes qui existaient déjà. Il est donc d'autant plus important que des services de santé scolaire dotés de ressources adéquates et bien mis en œuvre soient en place pour fournir un filet de sécurité aux enfants.

J'espère que cette ligne directrice de l'OMS sur les services de santé scolaire contribuera à la création d'un langage commun autour des services de santé scolaire, favorisera les soins fondés sur des données probantes grâce à son menu d'interventions, renforcera les professions d'infirmières scolaires et de santé scolaire dans le monde entier, et finalement améliorera la santé des enfants. Les preuves suggèrent que si les services de santé scolaire sont bien mis en œuvre, ils auront des avantages durables pour les élèves.

Tedros Adhanom

Directeur général, Organisation mondiale de la santé

Remerciements

Rédaction de la directive

Mary Louisa Plummer, consultante en santé de l'enfant et de l'adolescent, États-Unis d'Amérique, et David A.

Ross, Département Santé et vieillissement de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, Siège de l'OMS.

Méthodologie GRADE

Nandi Siegfried, spécialiste en médecine de santé publique, Afrique du Sud. Voir l'annexe pour plus d'informations sur le méthodologiste GRADE.

Groupe de pilotage

(personnel de l'OMS sauf indication contraire)

Coordination

David Ross et Kid Kohl, Département Santé et vieillissement de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

Membres

Jamela Al-Raiiby, Bureau régional de l'OMS pour l'Orient Méditerranéen; Wole Ameyan, Département des affaires mondiales VIH, hépatite et infections sexuellement transmissibles Programmes; Valentina Baltag, Département de Santé et vieillissement de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent; Faten Ben-Abdelaziz, Département de la promotion de la santé ; Paul Bloem, Département de Immunisation, vaccins et produits biologiques; Sonja Caffé, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques ; Marie Clém Carlos, Département des maladies non transmissibles; Shelly Chadha, Département des non transmissibles Maladies; Venkatraman Chandra-Mouli , Département de la santé et de la recherche sexuelles et reproductives; Katrin Engelhardt, Département de nutrition et d'alimentation Sécurité; Kaia Engesveen, Département de la nutrition et de la sécurité alimentaire; Regina Guthold, département

de la santé et du vieillissement de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent; Joanna Herat, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO); Symplice Mbola Mbassi, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; Rajesh Mehta, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est ; Denise Mupfasoni, Département de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées ; Martina Penazzato, Département des programmes mondiaux de lutte contre le VIH, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles; Marina Plesons, Département de la santé et de la recherche sexuelles et reproductives; Leanne Riley, Département des maladies non transmissibles; Chiara Servili, Département de la santé mentale et de la toxicomanie; Stéphanie Shendale, Département d'immunisation, vaccins et produits biologiques; Marcus Stahlhofer, Département de la santé et du vieillissement de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent; Howard Sobel, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; Martin Weber, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; et Juana Willumsen, ministère de la Promotion de la santé.

Examen et synthèse des données probantes

Aperçu systématique des revues systématiques des services complets de santé scolaire

Julia Levinson, Kid Kohl, Valentina Baltag et David Ross.

Examens systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des services complets de santé scolaire

Paul Montgomery, Université de Birmingham, Royaume-Uni ; Jacoby Patterson, consultant principal indépendant en recherche, Royaume-Uni; et Anders M. Bach-Mortensen, Université d'Oxford, Royaume-Uni.



Examen des interventions mondiales des services de santé de l'OMS pour les 5 à 19 ans
Mary Plummer, Kid Kohl et David Ross.

Enquête d'opinion d'experts sur les services de santé scolaire
Marie Plummer; Ace Chan, Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre (SARAVYC), School of Nursing, University of British Columbia, Vancouver, Canada; Kid Kohl; Ashley Taylor (SARAVYC); Elizabeth Saewyc (SARAVYC); et David Ross.

Bref examen exploratoire des services de santé scolaire dans le monde
Mary Plummer, Kid Kohl et Valentina Baltag.

Groupe d'élaboration des lignes directrices

Rima Afifi, Université de l'Iowa, États-Unis d'Amérique ;
Habib Benzian, Université de New York, États-Unis d'Amérique ;
Harriet Birungi, Conseil de la population, Kenya ; Rashida Ferrand, Institut de recherche et de formation biomédicales, Zimbabwe ;
Jorge Gaete, Universidad de los Andes, Chili ; Najat Gharbi, Ministère de la Santé, Maroc ; Murthy Gudlavalleti Venkata Satyanarayana, Institut indien de santé publique, Inde ; Henrica JM Fransen, Université de Tunis El Manar, Tunisie ; Julia Levinson, Université de Boston, États-Unis d'Amérique ; Erin D. Maughan, Association nationale des infirmières scolaires, États-Unis d'Amérique ; Ella Cecilia Naliponguit, Département

de l'éducation, Philippines ; Atif Rahman, Université de Liverpool, Royaume-Uni ; Elizabeth Saewyc (présidente), Université de la Colombie-Britannique, Canada ; Susan Sawyer, Université de Melbourne, Australie ; Hui-Jing Shi, Université Fudan, Chine ; et Sharlen Vigan, Banque mondiale, Togo. Voir l'annexe pour plus d'informations sur les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices.

Groupe d'examen externe

Bruce Dick, consultant en santé des adolescents, Suisse ; Chris Kjolhede, Bassett Health Care Network, États-Unis d'Amérique ; Regina Lee, professeur de sciences infirmières, Université de Newcastle, Australie ; Maziko Matemvu, Sa Liberté, Malawi ; Antony Morgan, Glasgow Caledonian University, Royaume-Uni ; Blanca Pianello Castillo, Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine, Espagne.

Voir l'annexe pour plus d'informations sur les membres du groupe d'examen externe.

Aide financière

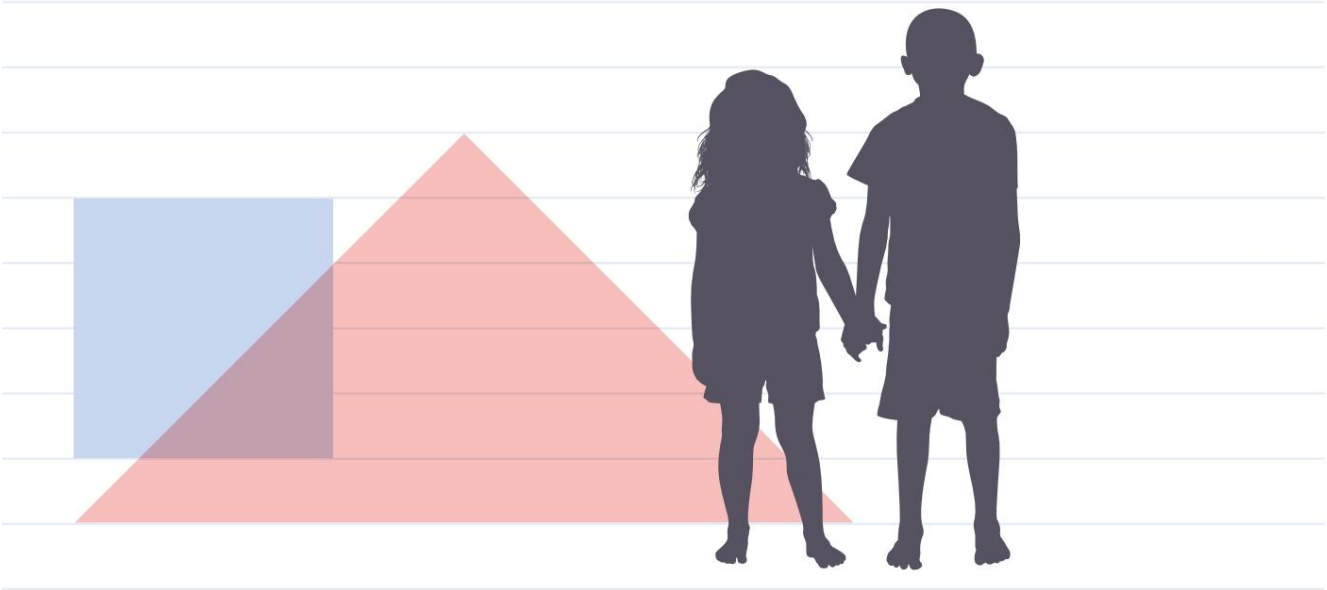
Le Département du Royaume-Uni pour le développement international, la Fondation Bill et Melinda Gates et l'Agence des États-Unis pour le développement international.



Abréviations et acronymes

AA-HAÿ!	Action accélérée pour la santé des adolescents
CI	Intervalle de confiance
Est ce que je	déclaration d'intérêt
MGF	mutilations génitales féminines
FRAIS	Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace
GDG	Groupe d'élaboration des lignes directrices
NOTER	Évaluation de la notation des recommandations, Développement et évaluation
NOTER CERQual	GRADE Confiance dans les preuves de Examens de la recherche qualitative
CRG	Comité d'examen des lignes directrices
HEADSS	la maison, l'éducation, l'emploi, l'alimentation, l'activité, les drogues, la sexualité, la sécurité, les pensées suicidaires et la dépression
HIC	pays/pays à revenu élevé
HPS	école de promotion de la santé
PRITI	pays/pays à revenu faible ou intermédiaire
LRI	infection des voies respiratoires inférieures

mhGAP	Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale
ONG	organisation non gouvernementale
OU	rapport de cotes
Pennsylvania	procédure ou activité
PRISMA	Éléments de rapport préférés pour les revues systématiques et les méta-analyses
ROBINS-I	Risque de biais dans les études non randomisées d'interventions
ODD	Objectif de développement durable
SHS	service de santé scolaire
CHU	couverture maladie universelle
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance
YLD	années vécues avec un handicap



Glossaire

SHS complet : la définition opérationnelle de «SHS complet» dans cette ligne directrice est les services de santé scolaire qui traitent au moins quatre - mais idéalement tous - les domaines de santé pertinents pour leur population étudiante, y compris : la santé et le développement positifs ; blessure involontaire ; la violence ; la santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH ; Maladie transmissible ; maladies non transmissibles, fonctions sensorielles, handicap physique, santé bucco-dentaire, nutrition et activité physique ; et la santé mentale, la toxicomanie et l'automutilation (ces domaines de santé sont présentés à la section 3.2 et au chapitre 5).

Résultats critiques : résultats qui sont essentiels lors de la formulation de recommandations au cours du processus GRADE (1,2). Voir aussi «Résultats importants».

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) : un cadre transparent pour développer et présenter des résumés de preuves ; GRADE fournit une approche systématique pour faire des recommandations de pratique clinique (1).

Guideline Development Group (GDG) : un groupe d'experts externes à l'OMS dont la tâche principale est d'élaborer des recommandations fondées sur des données probantes pour les lignes directrices de l'OMS (2).

Comité d'examen des lignes directrices (GRC) : personnel mondial et régional de l'OMS et experts externes qui examinent les propositions de lignes directrices et les projets de lignes directrices de l'OMS pour s'assurer qu'ils sont de haute qualité, sont élaborés à l'aide d'un processus transparent et explicite et, dans la mesure du possible, que leurs recommandations sont sur la base de preuves (2).

Conseils de santé : communication personnelle en face à face destinée à promouvoir le bien-être et à prévenir les problèmes de santé. Grâce à un processus interactif, un agent de santé aide un client à prendre des décisions concernant sa santé et ses comportements, puis à agir en conséquence.

Éducation à la santé : possibilités d'apprentissage intentionnellement créées impliquant la communication et conçues pour améliorer la littératie en matière de santé. Par exemple, l'éducation à la santé peut suivre un programme dans une salle de classe formelle ou peut avoir lieu avec un groupe d'enfants dans une clinique. Voir aussi « Littératie en santé ».

Littératie en santé : représente les connaissances et les compétences personnelles qui s'accumulent au fil des activités quotidiennes, des interactions sociales et d'une génération à l'autre.

Les connaissances et compétences personnelles sont médiatisées par les structures organisationnelles et les ressources qui permettent aux personnes d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser des informations et des services pour promouvoir et maintenir une bonne santé et un bien-être pour eux-mêmes et ceux qui les entourent.

Promotion de la santé : processus permettant aux individus de mieux contrôler et d'améliorer leur santé. Il va au-delà d'une focalisation sur le comportement individuel vers un large éventail d'interventions sociales et environnementales. La promotion de la santé peut se faire de manière formelle ou informelle, en groupe ou en tête-à-tête et dans un cadre clinique ou à un niveau plus large (y compris la mobilisation sociale et le plaidoyer).

Agent de santé : une personne dont la fonction principale est de fournir des services de promotion de la santé, de prévention, de soins et/ou de traitement, comme une infirmière ou un psychologue clinicien, mais pas un enseignant.

École-santé (EPS) : une école qui renforce constamment sa capacité en tant que cadre sain pour vivre, apprendre et travailler. Le cadre HPS de l'OMS est une approche holistique, globale et globale de la promotion de la santé qui capitalise sur le potentiel organisationnel des écoles pour favoriser les conditions physiques, sociales et psychologiques de la santé. Dans le cadre d'un système d'éducation favorisant la santé, une HPS est décrite par huit normes mondiales : politiques et ressources gouvernementales, politiques et ressources scolaires, gouvernance et direction de l'école, partenariats école-communauté, programme scolaire, environnement socio-émotionnel scolaire, environnement physique scolaire. L'environnement et les services de santé scolaire (3). Il est important de noter que le personnel qui respecte certaines de ces normes peut se chevaucher ; par exemple, un agent de santé peut soutenir un enseignant qui enseigne un programme d'éducation sanitaire.

Résultats importants : résultats qui doivent être pris en considération au cours du processus GRADE, mais qui ne sont pas critiques pour la prise de décision et la formulation de recommandations (1,2). Voir aussi « Critique résultats ».

Intervention : une combinaison d'éléments ou de stratégies de programmes de services de santé conçus pour évaluer, améliorer, maintenir, promouvoir ou modifier la santé, le fonctionnement ou les conditions de santé.

Interventions SHS que le GDG a classées comme : **Essentielles**

partout : doivent être incluses partout dans SHS.

Convient partout : sont appropriés, mais pas indispensables, en SHS partout.

Indispensable/adapté dans certains domaines : sont indispensables et/ou appropriés en SHS dans certaines zones géographiques uniquement.

INAPPROPRIÉ:

ne sont pas appropriés pour être inclus dans SHS (l'inclusion dans d'autres types de services de santé peut être appropriée).

Conseils en santé mentale : interventions psychologiques fondées sur des données probantes telles que la thérapie cognitivo-comportementale, les approches de résolution de problèmes ou les entretiens motivationnels. Voir également « Conseils de santé ».

Développement positif : transitions et croissance saines pendant l'enfance et l'adolescence, y compris un développement physique, sexuel, cognitif et psychosocial sain (4).

Intervention préventive : intervention de santé visant à prévenir une maladie, une affection ou une blessure. Les interventions préventives peuvent inclure le dépistage, les bilans de santé et les conseils de santé pour prévenir les problèmes de santé.

Procédure ou activité (PA) : un plan d'action spécifique pris dans le cadre d'une intervention plus large des services de santé. Voir aussi « Intervention ».

Services de santé scolaire : services fournis par un agent de santé aux élèves inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, soit dans les locaux de l'école, soit dans un service de santé situé en dehors des locaux de l'école qui a un accord officiel avec l'école pour fournir des services de santé aux élèves de l'école.

Services de santé scolaire

Couverture : est la proportion d'une population étudiante qui a besoin de SHS et les obtient en temps opportun et à un niveau de qualité nécessaire pour avoir l'effet souhaité et les gains potentiels pour la santé (5).

Équité : c'est l'absence de différences évitables, injustes ou remédiables au sein d'une population étudiante. Cela implique que tous les étudiants doivent avoir une opportunité équitable d'utiliser SHS et que personne n'en est désavantagé. Plus généralement, la SHS peut promouvoir l'équité en matière de santé en permettant aux étudiants défavorisés de recevoir des soins de santé qu'ils ne recevraient pas autrement (6).

Qualité : est la mesure dans laquelle les SHS augmentent la probabilité des résultats de santé souhaités pour les élèves et sont conforme aux connaissances professionnelles actuelles (7).

SHS liés à l'école : SHS qui sont fournis en dehors des locaux de l'école par des établissements et/ou des prestataires qui ont un accord formel avec l'administration de l'école pour fournir des services de santé à leurs élèves/apprenants.

Dépistage : tests médicaux pour vérifier les maladies et les problèmes de santé avant qu'il n'y ait des signes ou des symptômes, suivis de soins ou d'une référence, selon le cas. Il s'agit souvent d'un dépistage universel ou d'une enquête de routine, c'est-à-dire de demander à tous les patients de rencontres de soins de santé.

Soutien : fourniture de soins de soutien suivant les conseils d'un autre service de santé, tel que le médecin personnel ou le spécialiste d'un étudiant. Par exemple, à ce titre, un agent de santé scolaire n'assumerait pas la responsabilité principale de la gestion des cas, mais pourrait administrer ou superviser la prise de médicaments, changer les pansements ou fournir des conseils de soutien.

Couverture sanitaire universelle (CSU) : tous les individus et toutes les communautés reçoivent les services de santé dont ils ont besoin sans subir de difficultés financières. La CSU comprend tout l'éventail des services de santé essentiels de qualité, de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs (6).

Source de l'OMS : dans cette ligne directrice, la source de l'OMS est définie comme si et comment une intervention, une procédure ou une activité de service de santé pour les 5 à 19 ans est soutenue par une publication mondiale de l'OMS. Cette assistance ou cette approbation peut être générale et non spécifiquement spécifiée pour SHS.

Si une intervention a une source OMS de :

Prise en charge complète du GRC : tous les aspects de l'intervention sont pris en charge par une directive approuvée par le GRC.

Soutien partiel du GRC : certains - mais pas tous - les aspects de l'intervention sont soutenus par une ligne directrice approuvée par le GRC. (En outre, certains ou tous les aspects de l'intervention peuvent être soutenus par d'autres publications de l'OMS ».)

Autre soutien de l'OMS : certains ou tous les aspects de l'intervention sont soutenus par d'autres publications mondiales de l'OMS (non approuvées par le GRC).

Aucune source OMS identifiée : aucune procédure ou activité de soutien n'a été trouvée dans les publications mondiales de l'OMS ; ou une recommandation approuvée par le GRC stipule spécifiquement que l'intervention ne doit pas être effectuée.

Résumé

Recommandation

Des services complets de santé scolaire devraient être mis en place.

Force de la recommandation : forte.

Degré de preuve : modéré.

Justification : cette recommandation est forte car :

- toutes les preuves pointent systématiquement dans une direction bénéfique, y compris les preuves liées à l'acceptabilité et à l'équité ;
- les preuves suggèrent que – si la santé scolaire les services sont bien mis en œuvre – ils auront des avantages durables pour les étudiants ;
- la certitude globale des données probantes dans les revues systématiques est modérée;
- bien qu'il n'y ait pas eu d'études sur les pays à revenu intermédiaire qui ont fourni des preuves de haute certitude, les études observationnelles qui ont eu lieu dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont également identifié des avantages et n'ont pas identifié d'inconvénients importants; et • les écoles offrent une opportunité convaincante, large et relativement pratique d'atteindre les enfants et les adolescents avec les services de santé complets dont ils ont besoin.

Considérations relatives à la mise en œuvre

- Cette recommandation concerne des services de santé scolaire complets qui disposent de ressources adéquates et sont bien mis en œuvre. • Les services de santé

scolaire doivent être mis en œuvre avec qualité, fidélité et sur le long terme.

Les implications en matière de ressources doivent être soigneusement identifiées, examinées et satisfaites.

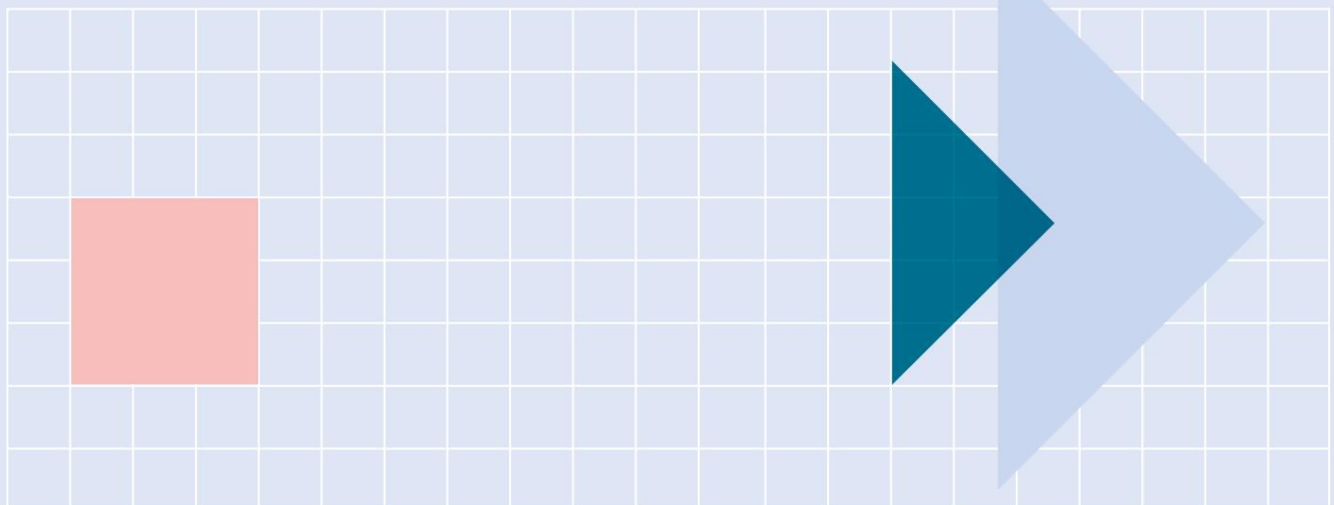
- En pratique, la mise en œuvre sera variable.

Dans certains contextes, il peut être difficile et/ou pas encore faisable de mettre en place des services de santé scolaire complets similaires à ceux qui, selon les revues systématiques, ont été évalués dans des études contrôlées dans des pays à revenu élevé.

Des ressources, du temps et un leadership importants peuvent être nécessaires pour y parvenir. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, il peut néanmoins être possible de mettre en œuvre dès maintenant certains aspects des services complets de santé scolaire, même si ce n'est pas encore le cas pour tous.

- La protection de la confidentialité des élèves est primordiale et les agents de santé scolaire sont également tenus de prévenir toute discrimination ou stigmatisation à l'encontre des élèves.

Cette recommandation est basée sur des preuves et un processus décisionnel qui sont décrits ci-dessous et plus en détail dans le texte principal de la ligne directrice et ses annexes Web A à H.



Arrière plan

Les services de santé scolaire (SHS), tels que définis dans la présente ligne directrice, sont des services fournis par un agent de santé aux élèves inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, soit dans les locaux de l'école, soit dans un service de santé situé en dehors de l'école. La plupart des pays ont une forme ou une autre de SHS, mais bon nombre de ces programmes ne sont actuellement pas fondés sur des données probantes, ne sont pas bien mis en œuvre, sont sous-financés et/ou sont exécutés avec une portée et une portée limitées (8). Dans toutes les régions de l'OMS, les enfants et les adolescents d'âge scolaire (ceux âgés de 5 à 19 ans) connaissent une série de problèmes de santé largement évitables, notamment les blessures non intentionnelles, la violence interpersonnelle, les problèmes de santé sexuelle et reproductive, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les problèmes de santé mentale. . De plus, les enfants et les adolescents d'âge scolaire ont des besoins physiques, sexuels, psychosociaux et neurocognitifs positifs en matière de santé et de développement à mesure qu'ils passent de l'enfance à l'âge adulte. Le besoin de soins de santé de qualité pour les 5-19 ans est grand, mais globalement la qualité des services de santé pour eux est variable et la couverture est limitée. Les écoles offrent une occasion unique de mettre en œuvre des services de santé efficaces à grande échelle pour les enfants et les adolescents.

Les écoles-santé (EPS) promeuvent la santé à travers six piliers: les politiques de l'école, l'environnement physique (y compris l'alimentation scolaire/la programmes de repas), environnement social, programme de santé, implication dans la communauté et les services de santé. En 1995, l'OMS a lancé l'Initiative mondiale pour la santé à l'école, qui a pour objectif d'améliorer la santé des enfants, des adolescents et des communautés grâce à la SPS. Les HPS se sont avérés efficaces pour améliorer plusieurs aspects de la santé des élèves (9), mais leur mise en place avec une couverture, une qualité et une durabilité élevées s'est avérée difficile dans de nombreux pays. Il est important de noter que si la collaboration entre les secteurs de l'éducation et de la santé (et d'autres secteurs et parties prenantes) est un idéal largement répandu et souhaitable pour tous les piliers de la SPS, une telle collaboration et un travail interdisciplinaire sont indispensables au sein de SHS, qui nécessitent une expertise médicale et une collaboration à tous les niveaux du système. .

Récemment, l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et d'autres partenaires des Nations Unies ont lancé l'initiative «Faire de chaque école une école promotrice de santé», dans le but de renforcer la capacité du secteur de l'éducation à intégrer la santé et le bien-être des considérations et promouvoir la santé par une approche globale de l'école (10). Dans le cadre de l'initiative, des normes mondiales pour les SPS et les systèmes ont été établies, y compris une norme qui définit l'exigence d'accès à des services de santé scolaires complets ou liés à l'école qui répondent aux besoins de soins de santé physiques, émotionnels, psychosociaux et éducatifs des élèves. (3).

Cette directive de l'OMS sur le SHS vise à fournir aux gouvernements nationaux et aux autres parties prenantes des orientations détaillées sur l'efficacité, l'acceptabilité et le contenu d'un SHS complet impliquant un agent de santé.

Trois questions clés ont sous-tendu l'élaboration de cette ligne directrice.

1. Les SHS complets sont-ils *efficaces* pour améliorer les résultats de santé ou pour accroître la couverture des services de santé pour les enfants et les adolescents d'âge scolaire ? Cela inclut l'efficacité dans études économiques (coûts-économies, coûts-avantages et/ou coût-efficacité).
2. Les SHS complètes sont-elles *acceptables* pour parties prenantes, telles que les enfants d'âge scolaire et les adolescents, les parents et les tuteurs, les enseignants et les décideurs ?
3. Quel devrait être le *contenu* d'une SHS dans différents contextes ?

Le public cible principal de cette ligne directrice SHS est constitué par les décideurs gouvernementaux et les gestionnaires de programmes et les parties prenantes privées (à but lucratif et à but non lucratif) des secteurs de la santé et de l'éducation responsables de la santé et du bien-être des enfants de 5 à 19 ans. personnes âgées fréquentant des écoles ou des établissements d'enseignement similaires. L'encadré donne un aperçu du contenu de cette ligne directrice et explique comment l'utiliser.

BOÎTE**Comment utiliser ce guide**

Les parties prenantes du gouvernement national et d'autres parties prenantes peuvent utiliser ces lignes directrices pour développer et améliorer les politiques et programmes SHS.

PREMIÈREMENT : tenez compte de la recommandation des lignes directrices selon laquelle **une SHS complète devrait être mise en œuvre**, et la base de preuves à l'appui.

À l'aide de ces lignes directrices, les parties prenantes nationales peuvent examiner les preuves rigoureuses qu'un SHS complet peut être efficace et acceptable (chapitre 4 et annexes Web D à F).

Ces preuves sont à la base de la recommandation ci-dessus. Les parties prenantes du gouvernement national peuvent utiliser cette recommandation fondée sur des données probantes pour soutenir leurs efforts visant à développer et à mettre en œuvre un SHS complet dans leurs pays.

DEUXIÈME : utilisez le menu d'interventions et la base de données factuelles dans son recueil à l'appui pour guider la sélection des interventions SHS.

À l'aide de ces lignes directrices, les parties prenantes nationales peuvent examiner la base de données factuelles pour les interventions possibles à inclure dans leur stratégie nationale.

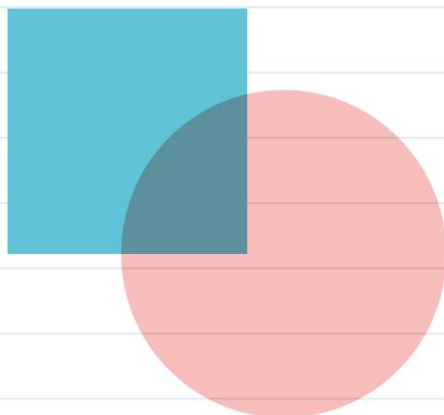
Politiques et programmation SHS. Plus précisément, les parties prenantes nationales peuvent revoir le menu

d'interventions (voir le tableau, chapitre 5 et l'annexe Web H) et la base de preuves dans son compendium (annexe Web A) lors de l'examen des interventions à inclure dans leur SHS national. Le menu fournit un aperçu rapide de 87 interventions organisées par domaine de santé, type d'activité de santé, source de l'OMS et catégorisation comme essentielles ou appropriées dans SHS, par emplacement. Le compendium détaille la base de données factuelles publiée par l'OMS concernant chacune des 87 interventions.

Les lecteurs peuvent consulter les sources qui y sont citées pour plus d'informations.

TROISIÈME : hiérarchiser et mettre en œuvre les interventions dans le cadre de la politique et de la programmation SHS nationales.

Les parties prenantes nationales peuvent s'appuyer sur cette ligne directrice lorsqu'elles réfléchissent à la manière d'intégrer SHS dans des stratégies nationales de santé plus larges, quel type de modèle organisationnel de SHS mettre en œuvre et comment hiérarchiser et sélectionner les interventions à inclure dans SHS (Chapitre 6).



Méthodes

Cette ligne directrice a été élaborée conformément aux procédures standard de l'OMS (2). Un groupe externe indépendant d'élaboration de lignes directrices (GDG), composé de représentants géographiquement dispersés et paritaires entre les sexes dans différents secteurs, a dirigé la formulation de la recommandation et du menu d'interventions, avec le soutien d'un groupe de pilotage interne de l'OMS et de l'UNESCO (voir l'annexe).

Étant donné que les SHS consistent en diverses combinaisons possibles de services - et cette ligne directrice est l'un des premiers documents d'orientation mondiaux à aborder les SHS - une seule recommandation globale est fournie; il aborde les questions clés 1 et 2. De plus, pour répondre à la question clé 3, ce guide fournit des informations pratiques sur de nombreuses interventions spécifiques dont la mise en œuvre peut être envisagée dans le cadre d'un SHS global. Il est important de noter que ces interventions n'ont pas été évaluées selon le processus standard utilisé pour identifier les recommandations à inclure dans les lignes directrices de l'OMS. Au lieu de cela, les interventions spécifiques ont été évaluées par le biais d'un processus innovant impliquant un examen des documents d'orientation mondiaux de l'OMS, une enquête d'experts sur les priorités d'intervention et la catégorisation GDG des interventions.

Ces différentes méthodologies sont résumées ci-dessous. Des informations contextuelles substantielles et des preuves sont fournies pour chaque intervention, mais il ne s'agit pas de recommandations formelles.

Pour évaluer l'efficacité et l'acceptabilité du SHS (questions clés 1 et 2), une série d'exercices de recherche ont été menés qui se sont construits les uns sur les autres, comme suit.

1. Un aperçu systématique des examens systématiques de l'efficacité des SHS complets (Annexe Web C).
2. Examens systématiques de (1) l'efficacité et (2) l'acceptabilité des SHS complets (Annexe Web D). Ces revues systématiques ont passé au crible les titres et les résumés de 8966 enregistrements pour une éligibilité potentielle, après quoi 443 articles en texte intégral ont été évalués pour leur éligibilité. Au total, 18 études contrôlées de haute qualité étaient éligibles et incluses dans la revue. Parce que tout cela était provenant de pays à revenu élevé (HIC), la revue comprenait également 19 études observationnelles supplémentaires dans des pays à revenu faible et intermédiaire (LMIC).
3. Synthèse des preuves à travers une notation des Processus d'évaluation, de développement et d'évaluation des recommandations (GRADE) (annexe Web F), y compris la génération de résumés et de profils de preuves.

4. Formulation de recommandations par le GDG par le biais d'un processus GRADE/OMS de preuves à la décision (Annexe Web F) pour évaluer la certitude des preuves et la force de la recommandation (2).

Pour évaluer le contenu du SHS (Question clé 3), une méthodologie innovante a été développée pour évaluer le contenu potentiel et l'importance relative des interventions au sein du SHS complet. Ce processus impliquait une série d'exercices qui s'appuyaient les uns sur les autres, comme suit.

1. Examen des documents d'orientation mondiaux de l'OMS : un examen de 149 publications de l'OMS qui ont identifié 531 procédures ou activités (AP) de services de santé pour les 5 à 19 ans.
2. Classement préliminaire des interventions par enquête d'experts (Annexe Web G) : Les AP ont été regroupées dans une liste initiale de 86 interventions, que 442 experts en santé scolaire représentant 81 nationalités ont classés dans une enquête sur leur aptitude relative à être incluses dans SHS. Les répondants au sondage avaient également la possibilité de faire des suggestions d'intervention supplémentaires.
3. Classement final des interventions du GDG : sur la base des conclusions de l'enquête d'experts (y compris leurs suggestions supplémentaires) et d'autres exercices d'examen et de hiérarchisation du GDG, le GDG a identifié et classé une liste finale de 87 interventions comme essentielles ou susceptibles d'être incluses dans SHS, soit partout ou dans certaines zones géographiques seulement.
4. Création d'un menu et d'un recueil de interventions : les 87 interventions ont été compilées dans un menu en un coup d'œil classé par domaine de santé, type d'activité de santé et classement final GDG (voir le tableau). L'annexe Web H fournit une version étendue de ce menu avec la source OMS de chaque intervention. La «*source OMS*» est basée sur l'examen des documents d'orientation de l'OMS et indique si une intervention est : entièrement appuyée par une ou plusieurs publications qui ont été approuvées par le Comité d'examen des lignes directrices (GRC) de l'OMS; partiellement soutenu par une ou plusieurs publications approuvées par le GRC; ou soutenu dans une ou plusieurs autres publications mondiales de l'OMS.

Des extraits pertinents des publications de l'OMS liées à chacune des 87 interventions sont détaillés avec des informations de citation dans un recueil à l'annexe Web A.

Résultats : recommandation

Dix-huit études contrôlées sur le HIC constituaient la principale source de preuves pour les revues systématiques. De telles sources n'auront qu'une applicabilité limitée aux LMIC, donc 19 études observationnelles supplémentaires des LMIC (11 quantitatives et huit qualitatives) ont été incluses. Ces 37 études ont fourni les preuves de la recommandation suivante.

Des services complets de santé scolaire devraient être mis en place dans les écoles.

Il s'agit d'une *recommandation forte*, basée sur une *certitude modérée* des données probantes.

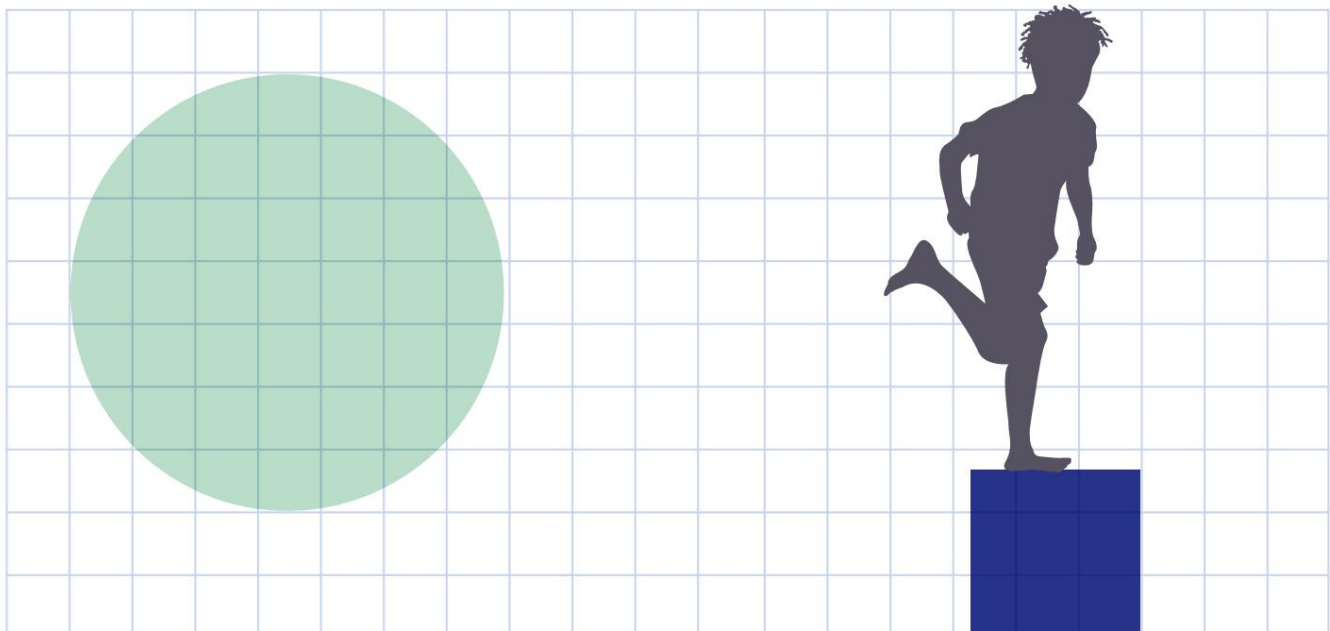
La définition opérationnelle de «SHS complet» dans cette directive est SHS qui aborde au moins quatre – mais idéalement tous – les domaines de la santé pertinents pour leur population étudiante: santé et développement positifs; blessure involontaire; la violence; la santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH ; Maladie transmissible; maladies non transmissibles, fonctions sensorielles, handicap physique, santé bucco-dentaire, nutrition et activité physique ; et la santé mentale, la toxicomanie et l'automutilation.

Lors de l'élaboration de cette recommandation, le GDG a souligné que des études de meilleure qualité, telles que des essais contrôlés randomisés ou des études contrôlées non randomisées sur l'efficacité et l'acceptabilité du SHS, devraient être une future priorité de recherche dans les PRFM.

Résultats : menu des interventions

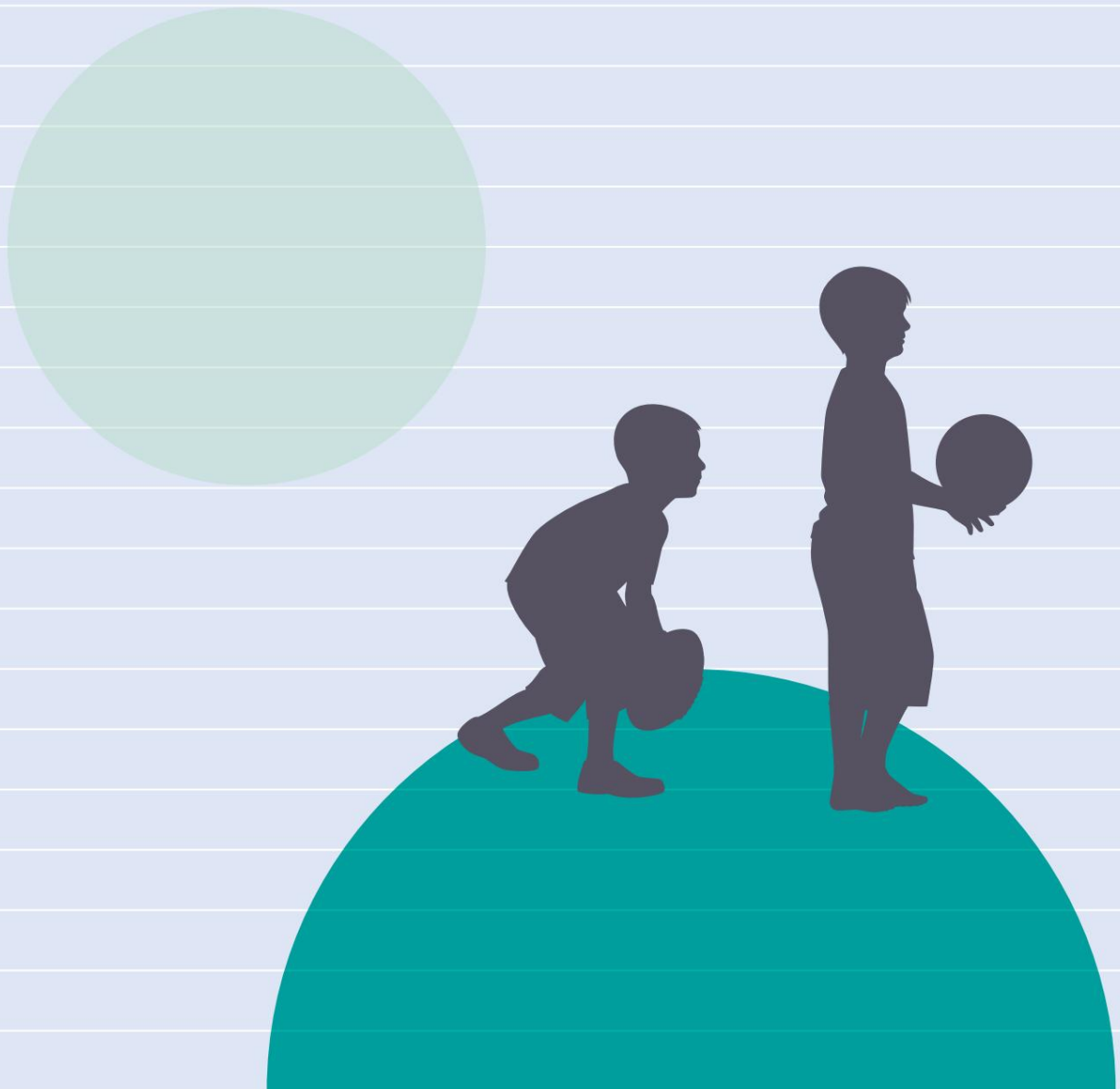
Le tableau ES.1 montre le menu des interventions que le GDG a identifiées comme essentielles ou susceptibles d'être incluses dans SHS, organisées par domaine de santé, type d'activité de santé et catégorisation spécifique du GDG. L'annexe Web H fournit une version étendue de ce menu avec la source OMS de chaque intervention. Le tableau et l'annexe Web H fournissent un aperçu simplifié. Il est important de noter que de nombreuses interventions auraient pu être placées dans plusieurs cellules du menu, mais par souci de simplicité et de clarté, une seule cellule a été sélectionnée pour chaque intervention. De plus, les noms récapitulatifs des interventions ont été utilisés dans ce menu; le libellé complet et précis de chaque intervention est donné au chapitre 5.

Ce menu d'un coup d'œil est lié à un recueil dans l'annexe Web A qui détaille la base de données mondiale publiée de l'OMS et les procédures ou activités spécifiques pour chacune des 87 interventions.



Chapitre 1

Introduction



1.1 Fardeau et besoins de santé des enfants et des adolescents

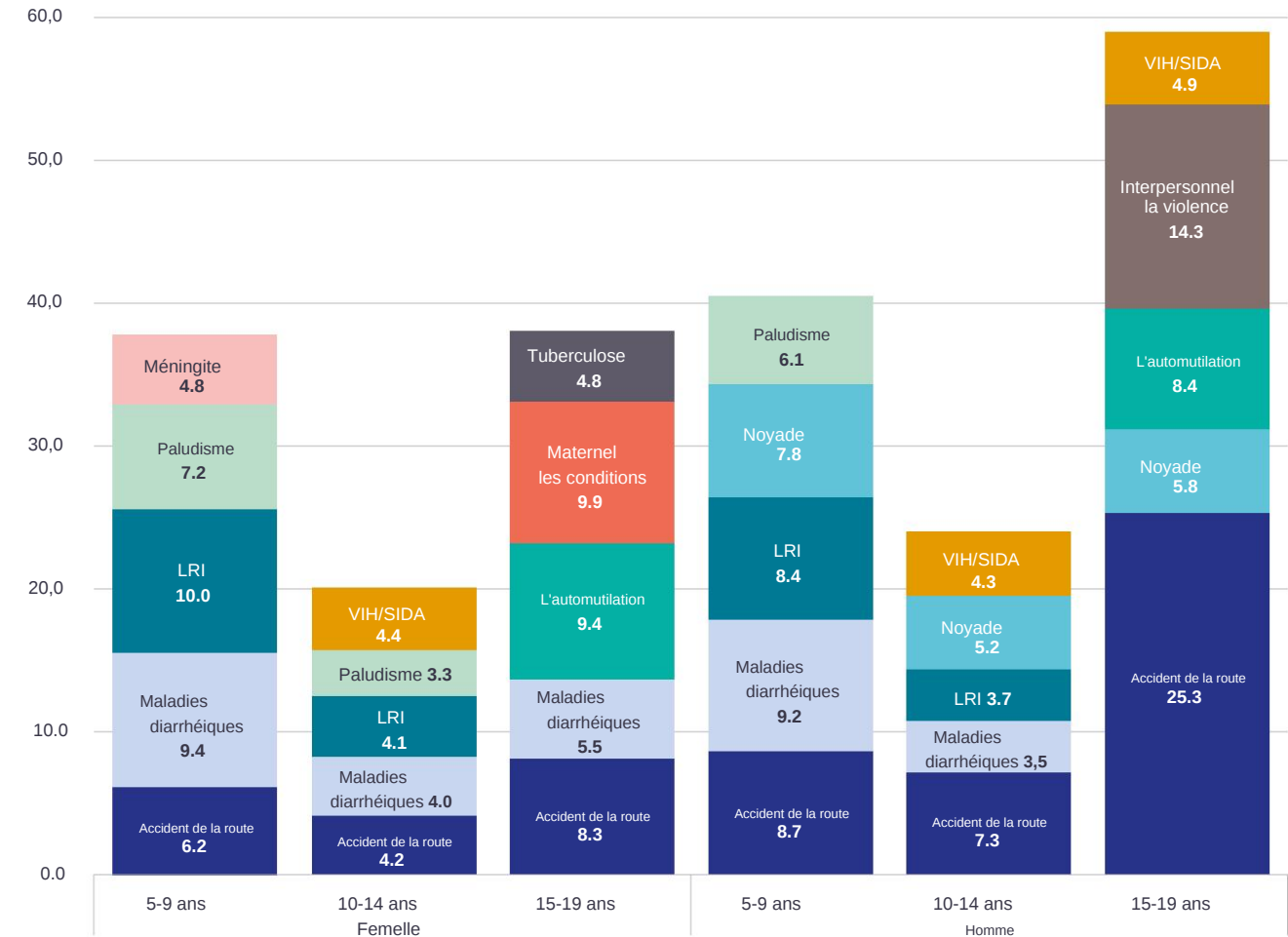
De grands progrès ont été réalisés dans l'amélioration de la santé des enfants et des adolescents au cours des dernières décennies. Partout dans le monde, la réduction des taux de mortalité et l'amélioration de la nutrition chez les enfants et les adolescents, ainsi que la baisse des taux de fécondité chez les adolescentes, sont des exemples de progrès considérables (11-15).

Malgré ces succès, le fardeau des maladies et des blessures chez les enfants et les adolescents persiste. Dans chaque région de l'OMS, les enfants et les adolescents continuent de rencontrer une série de problèmes de santé majeurs, notamment les blessures non intentionnelles, la violence interpersonnelle, les problèmes de santé sexuelle et reproductive, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les problèmes de santé mentale, ainsi que les comportements à risque liés

à eux (comme la consommation de tabac et d'alcool, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique). Les accidents de la route sont l'une des cinq principales causes de décès chez les deux sexes et dans tous les sous-groupes d'âge d'enfants d'âge scolaire, et les infections des voies respiratoires inférieures (IRL) et les maladies diarrhéiques sont les cinq principales causes de décès dans la plupart des sous-groupes (Fig. 1). D'autres conditions sont les cinq principales causes de décès dans certaines sous-populations uniquement, telles que la noyade chez les garçons et les jeunes hommes âgés de 5 à 19 ans, le paludisme chez les filles et les garçons de 5 à 9 ans et les filles de 10 à 14 ans, VIH/sida chez les filles de 10 à 14 ans et les hommes de 10 à 19 ans, automutilation chez les femmes et les hommes de 15 à 19 ans, violence interpersonnelle chez les hommes de 15 à 19 ans et affections maternelles chez les femmes de 15 à 19 ans.



Fig. 1. Estimations mondiales des cinq principales causes de décès chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, par sexe et par groupe d'âge, 2016



Causes de décès des enfants d'âge scolaire et des adolescents (5-19 ans)

Remarque : les données sont organisées des causes de décès globales les plus élevées aux plus faibles (total pour tous les sexes/groupes d'âge), pour les cinq principales causes au sein de chaque sexe et groupe d'âge. Par exemple, à Madagascar, les maladies diarrhéiques pour 100 000 habitants, les accidents de la route sont la cause la plus élevée de taux de mortalité pour tous les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans); en revanche, la méningite et la tuberculose ont toutes deux des taux de 4,8 décès pour 100 000 habitants et, à ce titre, la noyade sont les plus faibles parmi les 11 causes présentées.

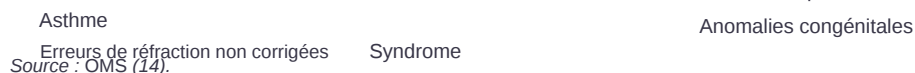
Violence interpersonnelle
Méningite
VIH/SIDA
Tuberculose
Conditions maternelles

Les progrès mondiaux dans la réduction de la charge de morbidité non mortelle ont également été limités. L'estimation des années vécues avec une incapacité (YLD) - une mesure qui vise à saisir le temps passé dans des états de moins bonne santé - montre que les maladies de la peau, l'anémie ferriprive, les troubles anxieux et les troubles du comportement chez l'enfant sont les cinq principales causes de YLD parmi la plupart des sous-groupes (Fig. 2). Certaines affections, cependant, figurent parmi les cinq principales causes de YLD dans certaines sous-populations uniquement, telles que les anomalies congénitales et les erreurs de réfraction non corrigées chez les filles de 5 à 9 ans, l'asthme chez les filles et les garçons de 5 à 9 ans, les migraines chez les 10 – Filles de 19 ans et garçons de 15 à 19 ans, autisme et syndrome d'Asperger

chez les garçons de 5 à 14 ans et les troubles dépressifs chez les 15 à 19 ans des deux sexes. Contrairement à la mortalité, où les garçons et les jeunes hommes de 15 à 19 ans connaissent les taux de mortalité les plus élevés, les taux de YLD sont particulièrement élevés pour les filles et les jeunes femmes de 15 à 19 ans.

Il est important de noter que lorsque les conditions ne sont pas observées dans les figures 1 et 2 pour une sous-population spécifique d'enfants et d'adolescents, cela ne signifie pas que cette condition ne cause pas d'YLD ou de décès en grand nombre ou à des taux élevés dans cette sous-population, mais simplement qu'elle ne figure pas parmi les cinq principales causes d'AVI ou de décès de la sous-population.

Remarque : (a) YLD est une estimation du fardeau de morbidité due au handicap ; ils sont calculés en multipliant l'incidence d'un trouble par sa durée et un facteur de pondération qui reflète la sévérité de l'incapacité qu'il entraîne sur une échelle de 0 (santé parfaite) à 1 (mort) à Anémie ferriprive. Les troubles du comportement entraînent également la perte de santé à son tour, mais ces troubles affectent les personnes âgées. Les identités des taux d'YLD dans l'ensemble (total pour tous les sexes/groupe d'âge), pour les cinq principales causes au sein de chaque sexe/groupe d'âge. Par exemple, pour un total de 372 197 YLD, Troubles mentaux légers peuvent être 100 000 habitants, la grippe peut être 100 000 habitants, les troubles mentaux graves peuvent être 100 000 habitants.

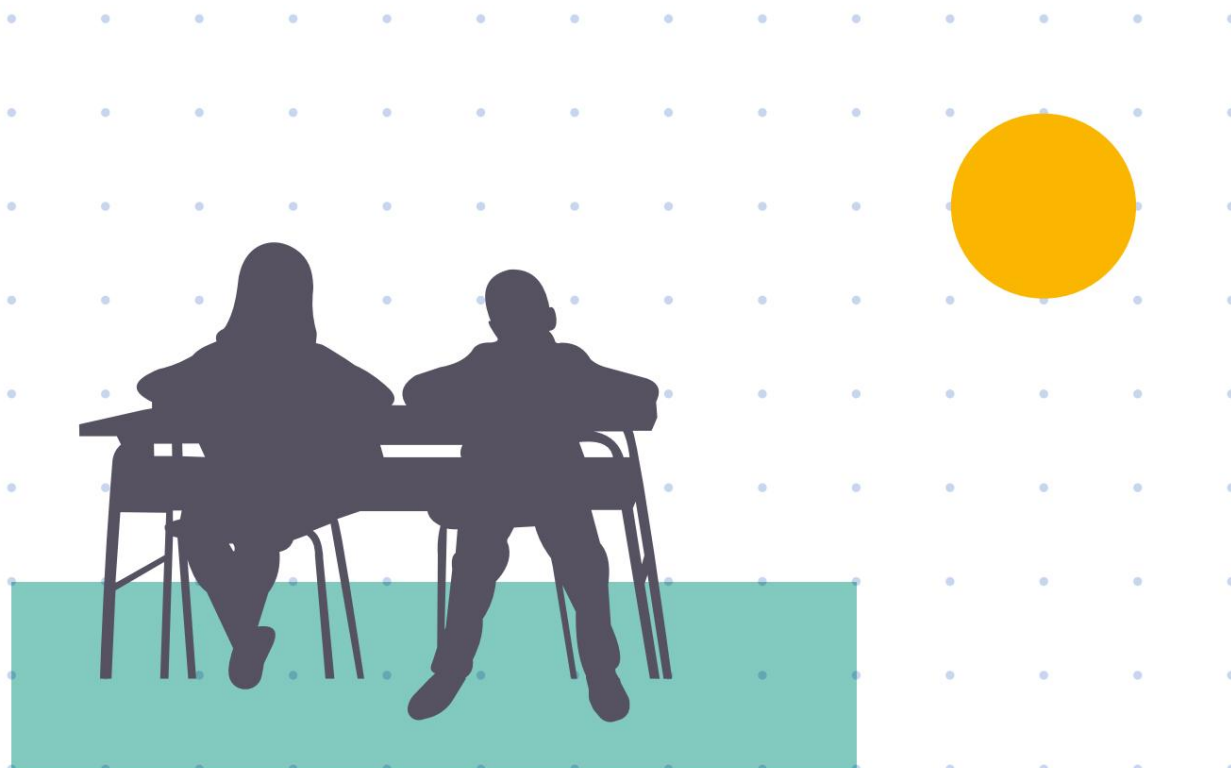


Partout dans le monde, certaines sous-populations d'enfants et d'adolescents sont particulièrement vulnérables. Ils sont plus exposés aux risques pour la santé, ont moins accès aux services de santé, ont de moins bons résultats en matière de santé et ont des conséquences sociales plus importantes en raison d'une mauvaise santé (16). Ces inégalités reposent sur des facteurs tels que le sexe, le revenu, l'éducation et la résidence rurale ou urbaine. Répondre efficacement aux besoins de santé des enfants et des adolescents nécessite donc des interventions qui ciblent, entre autres, les déterminants sociaux structurels et intermédiaires de la santé et du bien-être. L'amélioration de la qualité, de la couverture et de l'équité des SHS peut être une étape importante vers la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) qui ont été fixés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015, tels que permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. (ODD 3), parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles (ODD 5) et réduire les inégalités au sein des pays et entre les pays (ODD 10).

Tous les enfants d'âge scolaire ont également des besoins positifs en matière de santé et de développement physiques, sexuels, psychosociaux et neurocognitifs à mesure qu'ils passent de l'enfance à l'âge adulte (4). La période de croissance de 5 à 19 ans est cruciale pour le développement des compétences et des comportements

qui permettent aux enfants et aux adolescents de naviguer efficacement dans leur environnement, d'établir de bonnes relations avec les autres, de bien performer et d'atteindre leurs objectifs. En plus de traiter les problèmes de santé, il est donc important que les soins de santé se concentrent sur les facteurs qui favorisent la santé et le bien-être positifs des enfants et des adolescents; ceci est conforme à une approche de développement salutogène et positive qui met l'accent sur le soutien de transitions, de croissance et de comportements sains (17).

Par exemple, les enfants d'âge scolaire peuvent bénéficier de différentes formes d'éducation à la santé, telles que des programmes axés sur la nutrition, l'activité physique, l'hygiène ou la santé reproductive et sexuelle. Ils peuvent également bénéficier de différentes formes de promotion de la santé, telles que des activités participatives axées sur le bien-être (18), les comportements de recherche de santé (recherche d'un traitement approprié pour un problème de santé) ou les soi-disant 5 C (compétence, confiance, connexion, caractère et bienveillance) (4). De même, à mesure que les enfants subissent des changements pendant la puberté, ils peuvent avoir des questions ou des besoins de soins de santé liés à la maturation, à l'hygiène féminine (y compris l'hygiène menstruelle) et à l'hygiène masculine (19). Les services de santé adaptés aux adolescents, y compris les SHS adaptés aux adolescents, sont conçus pour résoudre ces problèmes de manière accessible, acceptable et appropriée (20).



1.2 SHS dans le contexte de la santé scolaire et de la SPS

Les écoles ont un potentiel extraordinaire pour fournir des programmes de santé intensifs, à long terme et à grande échelle aux enfants et aux adolescents (8).

À l'échelle mondiale, la plupart des enfants et des adolescents sont scolarisés et une proportion croissante d'élèves poursuivent leur scolarité du primaire au secondaire. Les taux nets mondiaux ajustés de scolarisation primaire et secondaire¹ sont respectivement de 89 % et 66 % (21–23). Un système de SHS peut donc être le seul moyen institutionnel de répondre aux besoins de santé de la majorité des enfants et adolescents d'âge scolaire sur une base quasi quotidienne (24). Opérant dans un cadre éducatif, SHS est bien placé pour exploiter le lien inextricable entre la santé et l'éducation.

Les SHS opèrent dans un contexte plus large de santé scolaire qui a été formulée par l'OMS en 1995 avec le lancement de l'Initiative mondiale pour la santé en milieu scolaire. L'Initiative avait pour objectif d'améliorer la santé des enfants, des adolescents et des communautés grâce à des programmes de santé à multiples facettes dans les écoles (25). Élargi en 2000 grâce au partenariat pour Focusing Resources on Effective School Health – a FRESH Start approach (26,27), il a aidé les pays à développer des programmes de santé scolaire et à augmenter le nombre de SPS, définis comme « des écoles qui renforcent constamment leurs capacités en tant que cadres sains pour vivre, apprendre et travailler » (28). Il est important de noter que répondre efficacement aux besoins de santé des enfants et des adolescents dans le cadre d'une SPS nécessite des interventions fondées sur des données probantes qui ciblent directement la santé et le bien-être, ainsi que des interventions qui se concentrent sur les déterminants sociaux structurels et intermédiaires de la santé et du bien-être (29). Les initiatives SPLI se sont avérées capables d'améliorer les comportements liés à la santé, comme l'activité physique, la forme physique, la consommation de fruits et

l'apport de légumes, la prévention du tabagisme et la prévention de l'intimidation (9). Les interventions dispensées dans les écoles, y compris le déparasitage, la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la vaccination contre l'anatoxine tétanique et le papillomavirus humain, la promotion de la santé bucco-dentaire, le dépistage de la vue et la fourniture de lunettes, la supplémentation en micronutriments, les aliments multivitaminés et les interventions d'alimentation scolaire, offrent un excellent rapport coût-efficacité et des interventions très élevées. rapports avantages-coûts (30). Les investissements dans la santé et l'éducation des adolescents génèrent des avantages économiques et sociaux allant de 6 à 12 fois le retour sur investissement (31).

Accroître l'accès à un SHS complet est l'une des huit nouvelles normes mondiales pour le SHS. Bien que les HPS se soient avérés efficaces, leur mise en place avec une couverture, une qualité, une équité et une durabilité élevées s'est avérée difficile dans de nombreux pays (9,32), principalement en raison de la mauvaise intégration de la santé et de la promotion de la santé dans les systèmes éducatifs (10). En 2017, l' *Action mondiale accélérée pour la santé des*

Les conseils des adolescents (AA-HA!) ont reconnu cette lacune et ont appelé à donner la priorité aux programmes de santé scolaire comme une étape importante vers la couverture sanitaire universelle (CSU), insistant sur le fait que « chaque école devrait être une école de promotion de la santé » (4). Pour soutenir cet objectif, l'OMS et l'UNESCO ont lancé en 2018 l'initiative « Faire de chaque école une école promotrice de santé » (10), en collaboration avec d'autres entités des Nations Unies, telles que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). Dans le cadre de l'initiative, des normes mondiales et des directives de mise en œuvre pour HPS ont été élaborées (3,33). Les huit normes mondiales sont liées les unes aux autres pour constituer un système HPS qui reconnaît le rôle important du SHS (Fig. 3).



¹ Le taux net de scolarisation est le nombre d'élèves des écoles d'âge scolaire inscrits dans l'enseignement en pourcentage du nombre total d'enfants de la population officielle d'âge scolaire.

Les huit normes mondiales pour HPS sont conçues pour fonctionner comme un système (Fig. 3 et Tableau 1). Les normes sont intentionnellement ambitieuses, tournées vers la réalisation progressive d'une vision pour des écoles saines.

Fig. 3. Aperçu des normes mondiales pour HPS

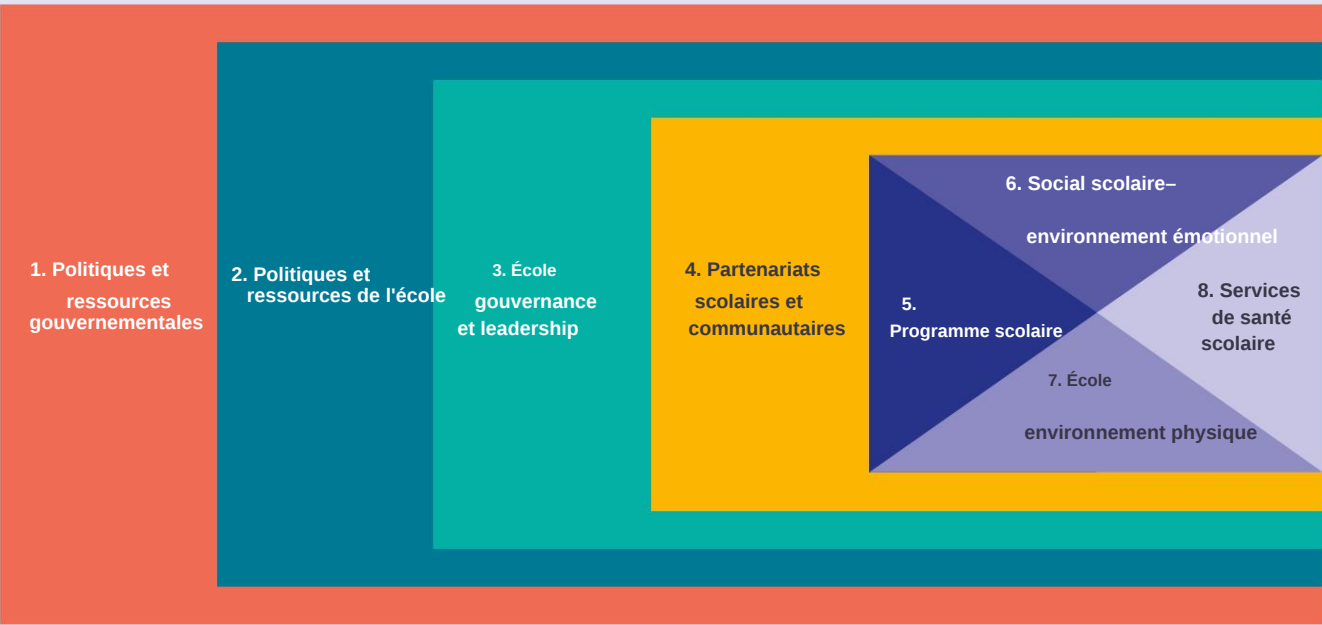


Tableau 1. Aperçu des normes mondiales pour HPS

1 Politiques et ressources gouvernementales L'ensemble du gouvernement s'engage et investit pour faire de chaque école une SPLI	2 Politiques et ressources de l'école L'école s'engage et investit dans une approche globale de l'école pour être un HPS	3 Gouvernance et direction de l'école Un modèle de gouvernance et de leadership scolaire à l'échelle de l'école soutient une HPS	4 Partenariats scolaires et communautaires L'école est engagée et collabore avec la communauté locale pour HPS
5 Programme scolaire Le programme scolaire soutient les aspects physiques, socio-émotionnels et psychologiques de la santé et du bien-être des élèves	6 Social scolaire-environnement émotionnel L'école dispose d'un environnement social sûr et solidaire-environnement émotionnel	sept Environnement physique de l'école L'école dispose d'un environnement physique sain, sûr, sécurisé et inclusif	8 Services de santé scolaire Tous les élèves ont accès à des services de santé scolaires complets ou liés à l'école qui répondent à leurs besoins de soins de santé physiques, émotionnels, psychosociaux et éducatifs

1.3 Le besoin de conseils sur le SHS

Alors que le partenariat FRESH et d'autres partenaires ont produit des orientations claires et fondées sur des données probantes pour certaines composantes de la SPS (34–37), les orientations sur la SHS sont rares (38–43). Il est donc important que la norme mondiale sur le SHS soit renforcée par une ligne directrice soutenue par une revue rigoureuse de la littérature et de l'expérience de mise en œuvre.

Les aperçus mondiaux et régionaux du SHS ont montré que si la plupart des pays disposent d'une forme ou d'une autre de SHS, nombre de ces programmes ne sont pas fondés sur des données probantes, ne sont pas correctement mis en œuvre, sont sous-financés et/ou sont exécutés avec une portée et une portée limitées (8,44). Les SHS sont souvent omis dans l'ensemble de l'école nationale programmes (Encadré 1, Annexe Web B).

ENCADRÉ 1.

Principaux faits saillants des examens mondiaux des programmes SHS nationaux

- Santé scolaire ou liée à l'école
des services existent dans au moins 102 pays (8). Le plus souvent, ils fournissent des vaccinations, une éducation à la santé sexuelle et reproductive, un dépistage visuel, un dépistage nutritionnel et une éducation nutritionnelle. Les interventions importantes, y compris la fourniture de services de santé mentale et les interventions de prévention des blessures et de la violence, ne sont pas suffisamment prises en compte dans la prestation de SHS de routine.
 - Généralement, les SHS sont fournis dans les locaux scolaires par du personnel de santé scolaire dédié (8).
 - Les défis les plus fréquemment signalés auxquels SHS est confronté comprennent le manque de personnel, les charges de travail élevées, le manque de formation et d'opportunités de formation professionnelle continue, et la faible motivation du personnel de santé scolaire. En outre, une coordination inadéquate entre plusieurs prestataires de services ou secteurs (en particulier, la santé et l'éducation) est fréquemment signalée, ainsi que des problèmes de financement et de qualité des soins inadéquats (8).
 - Même lorsque les cadres nationaux SHS réitèrent une approche scolaire globale de la santé, ils marginalisent ou omettent parfois la composante SHS (annexe Web B).
 - L'étendue des programmes SHS dans les pays peut varier d'interventions minimales dispensées par des enseignants, à des visites occasionnelles par un agent de santé (généralement une infirmière, parfois un médecin), à un programme SHS assez complet fourni avec une couverture élevée par des infirmières basées soit à temps plein ou à temps partiel dans les écoles ou par une équipe d'agents de santé dans les centres de santé scolaires (annexe Web B). • Malgré la reconnaissance de l'importance de collaboration entre les secteurs de l'éducation et de la santé, la nature fondamentalement intersectorielle de SHS pose des défis. Une analyse d'études de cas de huit pays – Australie, Bangladesh, Égypte, République démocratique populaire lao, Rwanda, Afrique du Sud, Turquie et États-Unis d'Amérique – a révélé qu'en pratique, la mise en œuvre du SHS incombait à un secteur principal (éducation ou santé).
- Dans les contextes où les SHS n'étaient essentiellement dirigés et mis en œuvre que par le secteur de l'éducation, les interventions de SHS étaient extrêmement limitées et étaient généralement menées par des profanes sans formation clinique (Annexe Web B).

1.4 Public cible des directives de l'OMS sur le SHS

Le principal public cible des directives de l'OMS sur les SHS est constitué par les décideurs politiques et les gestionnaires de programmes gouvernementaux et les parties prenantes privées (à but lucratif et à but non lucratif) des secteurs de la santé et de l'éducation responsables de la santé et du bien-être des 5 à 19 ans. les élèves de moins de 1 an fréquentant des écoles ou des établissements d'enseignement similaires.

Les publics secondaires comprendront les universitaires, les exécutants (tels que les agents de santé scolaires), les autres membres du personnel scolaire (tels que les gestionnaires, les administrateurs et les enseignants) et les élèves.

1.5 Objectif et portée des directives de l'OMS sur le SHS

L'objectif de cette ligne directrice est de fournir aux gouvernements nationaux et aux autres parties prenantes des orientations détaillées sur l'efficacité, l'acceptabilité et le contenu des SHS impliquant un agent de santé.

La directive vise à soutenir les gouvernements nationaux et les partenaires nationaux et internationaux dans leurs efforts pour développer des programmes SHS efficaces et fondés sur des données probantes afin de mieux répondre aux besoins de santé et de développement des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Le champ d'application de cette directive concerne les services fournis par un agent de santé aux élèves inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, soit dans les locaux de l'école, soit dans un service de santé situé en dehors de l'école.

Plus précisément, cette ligne directrice prévoit :

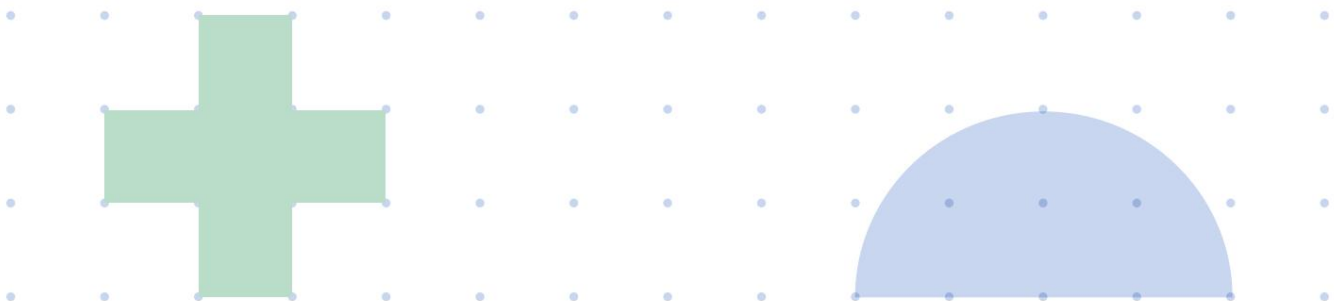
1. une recommandation basée sur des la preuve qu'un SHS complet peut être efficace et acceptable;

2. un menu d'interventions qui pourraient potentiellement être incluses dans SHS avec des sources de soutien de l'OMS; notamment : A. ces interventions ont été classées par les experts SHS comme **essentiels en SHS partout**, adaptées en SHS partout ou *essentiels ou adaptées en SHS dans certaines zones géographiques* ;

et

- b. cette catégorisation a été élaborée sur la base des résultats d'une enquête mondiale auprès d'experts SHS et d'un affinage et d'une hiérarchisation supplémentaires par le GDG; et

3. des conseils sur la hiérarchisation pour les gouvernements nationaux lorsqu'ils examinent les interventions les plus importantes pour répondre à leurs besoins particuliers en matière de programmation SHS.



10 Directive de l'OMS sur les services de santé scolaire

La ligne directrice n'aborde pas d'autres aspects de l'EPS qui n'impliquent pas un agent de santé, comme l'éducation sanitaire dispensée par un enseignant en classe.

Il est important de noter qu'il ne suggère pas non plus une approche unique pour SHS. Il est largement applicable à différents systèmes de prestation, tels que les systèmes scolaires ou liés à l'école, ou l'utilisation d'une équipe d'agents de santé formés différemment par rapport à un cadre unique d'agents de santé. Cependant, il ne fournit pas de recommandations spécifiques sur le contenu ou la prestation de SHS, car cela dépendra du contexte et des ressources disponibles, y compris le système de santé au sens large et les services existants.

La directive devrait faire partie d'une série de documents d'orientation mondiaux détaillés sur la santé scolaire, y compris la programmation et la mise en œuvre de SHS. Plus généralement, on espère qu'il contribuera à atteindre des cibles spécifiques des ODD, y compris, mais sans s'y limiter :

- mettre fin aux épidémies de SIDA, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées ; combattre l'hépatite, les maladies d'origine hydrique et autres maladies transmissibles; réduire la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles grâce à la prévention, au traitement et à la promotion de la santé mentale et du bien-être ; renforcer la prévention et le traitement de la toxicomanie; et atteindre la CSU (ODD 3); et
- éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et les filles (comme l'exploitation sexuelle); éliminer toutes les pratiques néfastes (y compris les mariages d'enfants, précoces et forcés et les mutilations génitales féminines); et assurer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits reproductifs (ODD 5).

L'encadré 2 montre les termes clés tels que définis dans cette ligne directrice ; de plus amples explications et définitions sont fournies dans le glossaire.

ENCADRÉ 2.

Termes clés de ce guide

Un agent de santé est une personne dont la fonction principale est de fournir des services de promotion de la santé, de prévention, de soins et/ou de traitement, comme une infirmière ou un psychologue clinicien, mais pas un enseignant.

Les SHS sont fournis par un agent de santé aux élèves inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, soit dans les locaux de l'école, soit dans un service de santé situé en dehors des locaux de l'école qui a un accord officiel avec l'école pour fournir des services de santé aux élèves de l'école.

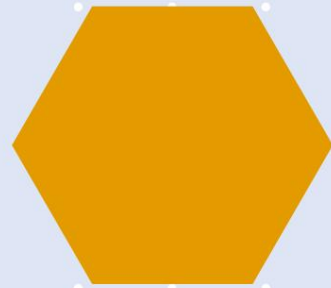
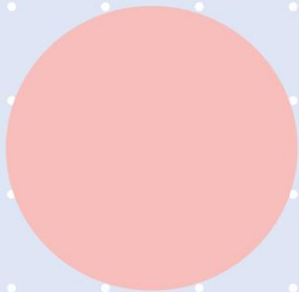
SHS complet : la définition opérationnelle du SHS complet dans cette ligne directrice est que

Les SHS comprennent des interventions dans au moins quatre des sept domaines de santé spécifiés à la section 3.2 et au chapitre 5. Les SHS globales doivent aborder au moins quatre – mais idéalement tous – les domaines de santé pertinents pour leur population étudiante, notamment : la santé et le développement positifs ; blessure involontaire; la violence; la santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH ; Maladie transmissible; maladies non transmissibles, fonctions sensorielles, handicap physique, santé bucco-dentaire, nutrition et activité physique ; et la santé mentale, la toxicomanie et l'automutilation.

Chapitre 2

Processus

d'élaboration des lignes directrices



2.1 Structures de gouvernance et de gestion

Un groupe de pilotage a été créé pour fournir un soutien technique global au processus d'élaboration des lignes directrices. Le groupe était dirigé par le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et vieillissement de l'OMS, avec des représentants d'autres départements et programmes pertinents de l'OMS, des six bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNESCO. Le groupe de pilotage a proposé des experts ayant des connaissances techniques liées à la santé scolaire et une expertise dans l'examen et la synthèse des données probantes à inviter à faire partie du GDG.

Le GDG était composé d'universitaires, de professionnels de la santé publique et de cliniciens ne travaillant pour aucune organisation des Nations Unies qui, entre eux, avaient une expertise multidisciplinaire en santé scolaire, en santé des adolescents et en santé des enfants. Considération

a été accordée à la diversité géographique et à l'équilibre entre les sexes. Un président du GDG a été nommé parmi les membres du GDG pour faciliter et guider les discussions des membres, clarifier leurs points de vue et résumer les questions qui ont émergé des discussions.

Deux experts externes ont examiné de manière indépendante la proposition de lignes directrices avant qu'elle ne soit soumise au GRC de l'OMS. Un groupe d'examen externe de cinq membres a été nommé pour fournir un examen par les pairs du contenu du projet de ligne directrice.

L'annexe énumère tous les membres du GDG et le

Groupe d'examen externe, avec sexe, nationalité et/ou pays de résidence et affiliation institutionnelle.

2.2 Déclarations d'intérêts et gestion des conflits d'intérêts

Pour se conformer à la politique de l'OMS en matière de conflits d'intérêts, le groupe de pilotage a suivi les *lignes directrices révisées pour la déclaration d'intérêts (experts de l'OMS) (45)*.

Des déclarations d'intérêts (DoI) ont été demandées à :

- tous les membres du GDG ;
- tous les experts et partenaires externes impliqués dans le processus d'examen des preuves ; • tous les experts et partenaires externes impliqués dans le développement et la rédaction des lignes directrices ; et
- tous les experts et partenaires externes invités à examiner les profils de preuves et le projet de lignes directrices.

Une lettre demandant de remplir un formulaire DoI et de soumettre un curriculum vitae a été envoyée à tous les membres potentiels

du GDG avant leur nomination.

Il leur a été demandé d'accepter la publication d'un résumé des déclarations dans la ligne directrice. Une fois reçus, le groupe de pilotage a examiné les formulaires DoI et les informations supplémentaires (telles que les recherches sur Internet et dans les bases de données bibliographiques) et a évalué s'il y avait des conflits d'intérêts. Aucun conflit significatif n'a été identifié, aucune action supplémentaire n'a donc été requise. A chaque réunion, les membres du GDG ont eu la possibilité de mettre à jour ou de modifier leur déclaration. Tout membre du GDG était libre de commenter ou d'exprimer des préoccupations concernant les intérêts déclarés d'un autre membre du groupe. Aucun conflit significatif n'a été identifié tout au long du processus (voir l'annexe).

2.3 Collaboration avec des partenaires externes

La stigmatisation et la résilience chez les jeunes vulnérables Centre de l'Université de la Colombie-Britannique, au Canada, a soutenu l'élaboration de la directive en

administrer l'enquête d'opinion d'experts et effectuer une analyse préliminaire des données de l'enquête.

2.4 Gérer les processus et la prise de décision du groupe

Trois réunions du GDG ont eu lieu pendant les processus d'élaboration des lignes directrices et de prise de décision. Il y a eu deux réunions en personne à Genève, en Suisse, en mai et octobre 2019, et une réunion virtuelle mondiale en avril 2020. À l'origine, la troisième réunion devait également être en personne, mais après le début de la COVID-19 pandémie, il s'est plutôt déroulé sous la forme d'une série de trois sessions virtuelles de deux heures pour les sous-groupes de l'hémisphère occidental et oriental. Il était nécessaire de tenir des sessions de sous-groupes séparément pour s'adapter aux différents fuseaux horaires à travers le monde. Les membres du GDG et les membres du comité de pilotage ont sélectionné le sous-groupe auquel ils souhaitaient se joindre et ont ensuite participé uniquement aux réunions de ce sous-groupe. Seuls le président du GDG, le méthodologiste GRADE et deux membres du Secrétariat de l'OMS ont assisté à toutes les sessions des sous-groupes.

Avant chacune des trois réunions du GDG, les membres ont reçu des documents de référence détaillés pour examen. Ces informations ont également été résumées dans des présentations lors de chaque réunion avant que le président du GDG et/ou le méthodologiste GRADE ne facilitent la discussion et la prise de décision du GDG. Au cours de la troisième réunion, le président du GDG a uniquement contribué de manière substantielle aux discussions et voté lors des sessions du sous-groupe 1. Le consensus était considéré comme un accord entre les membres du GDG lorsque tous les membres ont indiqué leur soutien à une décision et/ou une recommandation, y compris sa formulation. Il y avait un protocole de vote en cas de désaccord, avec une majorité de 60% considérée comme suffisante, mais en pratique, cela n'était pas nécessaire pour trancher l'une des questions clés de la ligne directrice.

2.5 Confidentialité

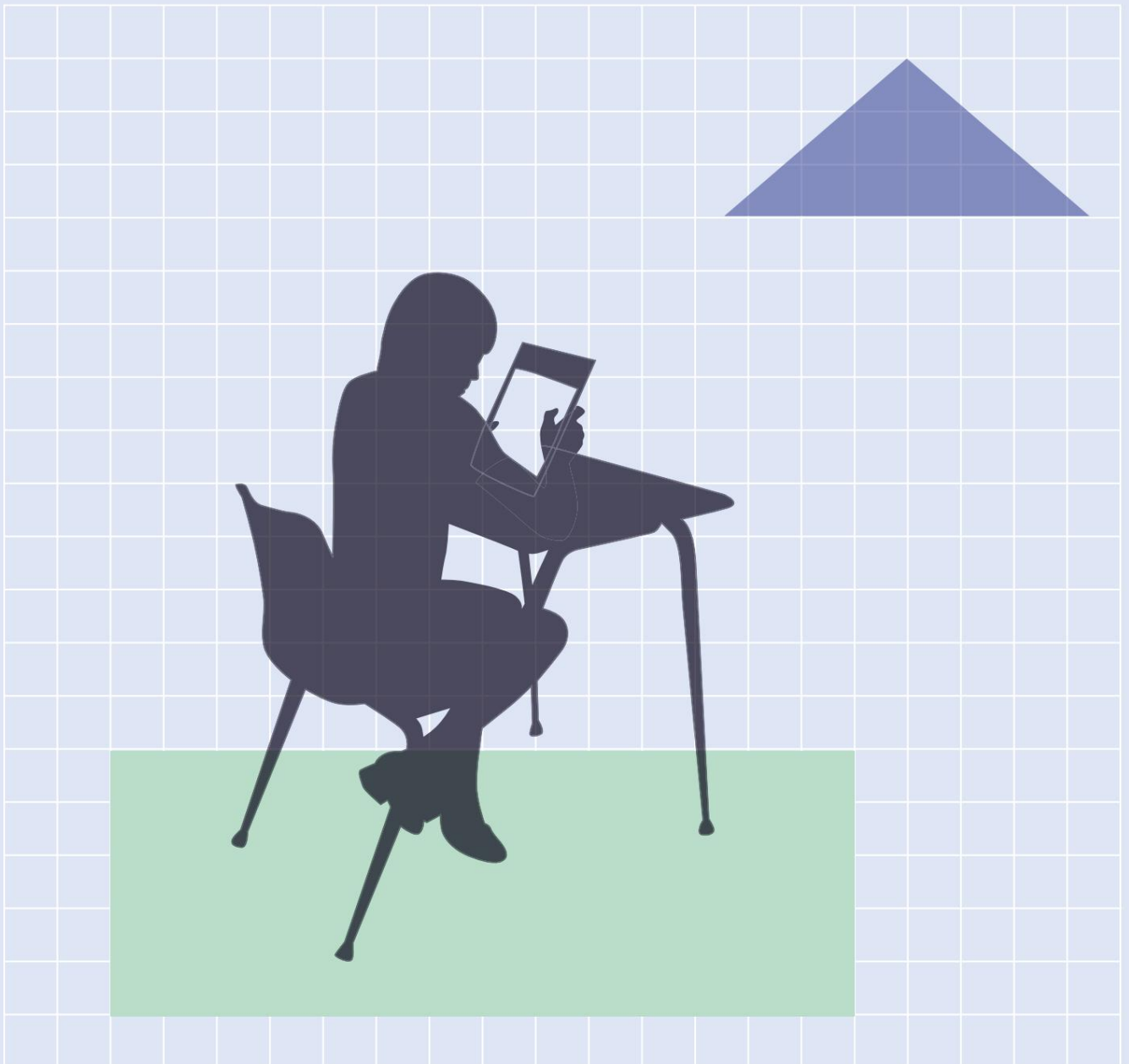
Tous les membres du GDG, du groupe d'examen externe et des équipes d'examen et de synthèse des preuves ont été invités à remplir et à signer la norme

Accord OMS de confidentialité. En outre, les membres du GDG ont été rappelés à l'exigence de confidentialité lors de chaque réunion.



chapitre 3

Méthodes



3.1 Questions clés

Trois questions clés ont guidé l'élaboration de cette ligne directrice. • **Question clé 1.** Les SHS complets sont-ils

dans l'amélioration des résultats de santé ou dans l'augmentation de la couverture des services de santé pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents ? Cela comprenait l'efficacité dans les études économiques (coût-économie, coût-bénéfice ou coût-efficacité).

- **Question clé 2.** Sont des SHS complets *acceptables* pour les parties prenantes, telles que les enfants et les adolescents d'âge scolaire, les parents, les enseignants et les décideurs ?
- **Question clé 3.** Quel devrait être le *contenu* d'une SHS complète dans différents contextes ?

3.2 Zones de santé et types d'activité SHS

Sept grands domaines de santé sont définis et utilisés dans cette ligne directrice (voir chapitre 5). Ceux-ci ont été adaptés des zones de santé utilisées dans l'*Action mondiale accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA!)*

Orientation (4). Les sept domaines de santé sont :

- a. santé et développement positifs;
- b. blessure involontaire;
- c. la violence;
- d. la santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH ;
- e. Maladie transmissible;
- f. maladies non transmissibles, fonctions sensorielles, handicap physique, santé bucco-dentaire, nutrition et activité physique ; et
- g. la santé mentale, la toxicomanie et l'automutilation.

Les SHS complets, tels que définis de manière opérationnelle dans cette directive, sont des SHS qui incluent des interventions d'au moins quatre des sept domaines de santé ci-dessus.

Cette définition a été élaborée pour distinguer les SHS complets des interventions de services de santé étroitement ciblées qui se trouvent être dispensées au sein d'une école (telles que les campagnes de vaccination ou de déparasitage).

Cette ligne directrice définit et utilise également sept types d'activités SHS (chapitre 5), comme suit :

1. promotion de la santé ;
2. éducation sanitaire ;
3. dépistage (conduisant à des soins et/ou à une référence et soutien, le cas échéant);
4. interventions préventives (telles que les vaccinations et l'administration massive de médicaments) ;
5. évaluation clinique (débouchant sur des soins et/ou une orientation et un soutien, selon le cas) ;
6. gestion des services de santé ; et
7. soutien aux autres piliers d'une HPS.

3.3 Aperçu de la méthodologie d'élaboration des lignes directrices

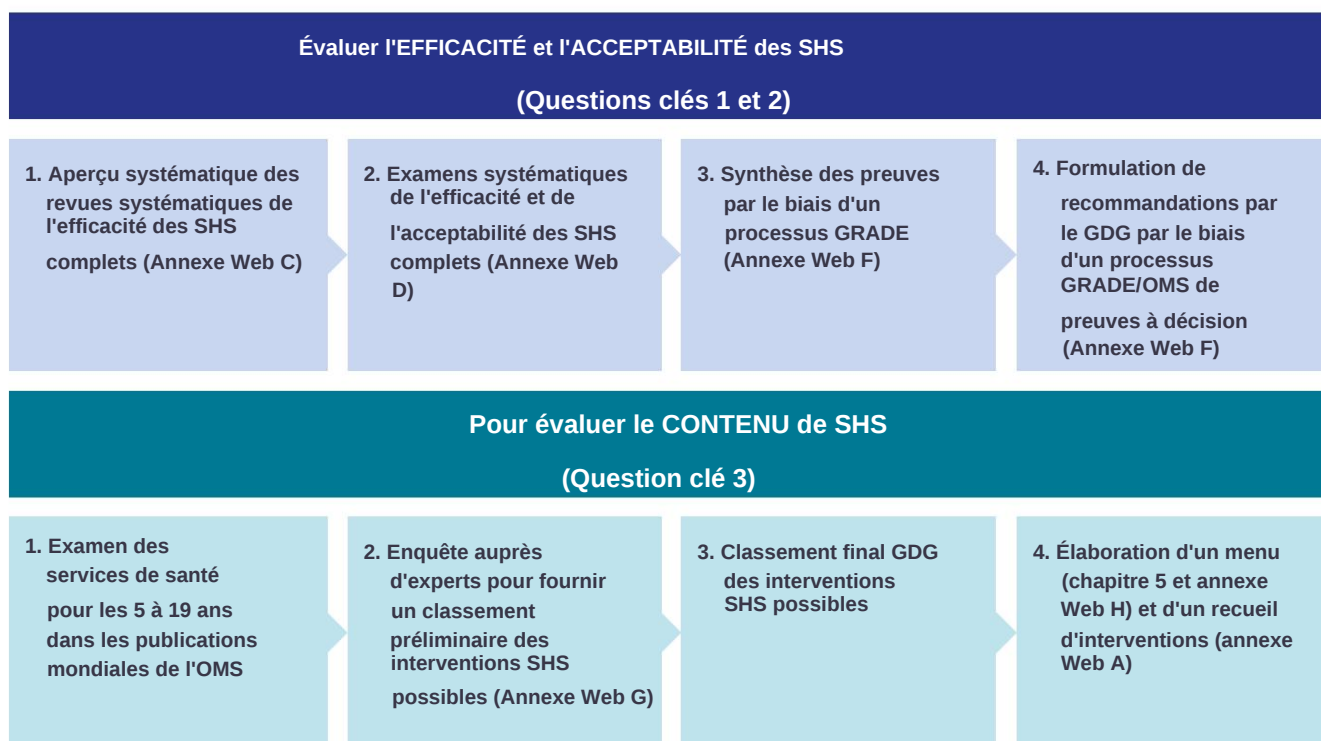
Cette ligne directrice a été élaborée conformément aux procédures standard de l'OMS pour l'élaboration de lignes directrices (2). Une recommandation de ligne directrice de l'OMS est élaborée au moyen d'un processus complexe d'examen systématique et d'évaluation des données probantes. Étant donné que les SHS consistent en diverses combinaisons possibles de services - et cette ligne directrice est l'un des premiers documents d'orientation mondiaux traitant des SHS - une seule recommandation globale est fournie; il répond aux questions clés 1 et 2.

De plus, pour répondre à la question clé 3, cette ligne directrice fournit des informations pratiques sur de nombreuses interventions spécifiques qui peuvent être envisagées pour une mise en œuvre dans le cadre d'un SHS complet. Il est important de noter que ces interventions n'ont pas été

évalués par le processus standard utilisé pour identifier les recommandations à inclure dans les lignes directrices de l'OMS. Au lieu de cela, les interventions spécifiques ont été évaluées et classées par un processus innovant impliquant un examen des preuves et des recommandations dans les documents d'orientation mondiaux de l'OMS, une enquête d'experts pour les catégorisations préliminaires des interventions et une catégorisation finale SHS GDG des interventions. Des informations contextuelles substantielles et des preuves sont fournies pour chaque intervention et sa catégorisation, mais il ne s'agit pas de recommandations formelles.

La figure 4 donne un aperçu des étapes suivies pour répondre aux trois questions de recherche clés lors de l'élaboration des lignes directrices.

Fig. 4. Méthodologie utilisée pour développer la recommandation de la ligne directrice SHS et le menu des interventions



3.4 Vue d'ensemble systématique et revues systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des SHS complets

La vue d'ensemble et les revues systématiques de cette section ont été réalisées à l'aide de l'approche PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses) (annexe Web D) (46).

Aperçu systématique des revues systématiques de l'efficacité des SHS complets : le point de départ de la directive de l'OMS sur les SHS était un aperçu systématique des revues systématiques. L'aperçu systématique a identifié 20 revues systématiques et a constaté que le SHS était efficace dans un certain nombre de domaines de la santé, notamment la dépression et l'anxiété, l'obésité, la santé bucco-dentaire et le sommeil (47). Ces revues systématiques de SHS se concentraient sur l'efficacité des interventions en milieu scolaire dans un domaine de santé unique, bien que certains auteurs de revues systématiques aient suggéré que SHS devrait être complet (en effet, SHS couvre souvent plusieurs domaines de santé (48)). L'annexe Web C décrit les méthodes et sélectionne les résultats de l'aperçu systématique. Cet aperçu systématique des revues systématiques présente plusieurs interventions efficaces qui peuvent être proposées dans le cadre d'une SHS dispensée par un prestataire de santé. Cependant, pour formuler une réponse globale sur l'efficacité d'une SHS complète pour améliorer la santé des enfants et des adolescents d'âge scolaire, deux nouvelles revues systématiques ont été menées.

Examens systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des SHS complets : deux examens systématiques ont été menés pour évaluer les questions clés 1 et 2 sur l'efficacité et l'acceptabilité des SHS complets (49). Les deux revues systématiques ont commencé par définir les quatre éléments de la question – population, intervention, comparateur et résultat (2).

Lors de sa première réunion en mai 2019, le GDG a envisagé différentes méthodes pour synthétiser et évaluer les preuves de l'examen systématique. Le GDG a discuté et convenu d'utiliser GRADE, qui évalue la certitude ou la qualité de l'ensemble des preuves dans les études pour chaque critère de jugement (1,50). Le GDG a également envisagé d'utiliser les données probantes WHO-INTEGRATE, qui est un outil de communication transparente des données probantes aux cadres décisionnels (51). Il a cependant été décidé de ne pas utiliser INTEGRATE au moment de la conception de ces revues systématiques, car il n'y avait aucune expérience préalable de l'utilisation d'INTEGRATE de l'OMS pour l'élaboration de lignes directrices.

La recherche initiale de la revue systématique a identifié 8523 enregistrements, après suppression des doublons. Les procédures de sélection et d'examen sont résumées dans l'annexe Web D, qui fournit également une description détaillée de la méthodologie de ces examens systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des SHS complets.



3.4.1 Population, intervention et comparateur

Le tableau 2 détaille la population, l'intervention et le comparateur pour les revues systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des SHS complètes. Les articles n'ont été inclus que si le SHS avait été

fournis ou supervisés par un agent de santé, et exclus si le service a été fourni par des enseignants formés sans la participation d'un agent de santé.

Aux fins des revues systématiques, comme dans la directive, les « SHS complets » ont été définis comme ceux ayant des interventions dans au moins quatre domaines de santé (section 3.2 et chapitre 5).

Tableau 2. Population, intervention et comparateur pour les revues systématiques d'efficacité et d'acceptabilité des SHS

Mesure	Les caractéristiques
Population	Enfants (5-9 ans) et/ou adolescents (10-19 ans) scolarisés
Intervention	L'intervention doit avoir les caractéristiques suivantes : • services de santé scolaires ou liés à l'école ; • les études incluses doivent avoir étudié l'efficacité d'une SHS qui comprend des interventions pour au moins quatre domaines de santé (voir section 3.2) ; • sur la base de la numérotation des sept types d'activités SHS utilisées dans la section 3.2: – l'intervention doit avoir utilisé au moins une stratégie « clinique » parmi : (3) le dépistage ; (4) interventions préventives (telles que la vaccination et l'administration massive de médicaments) ; et/ou (5) évaluation clinique (conduisant à des soins et/ou à une orientation et à un soutien, selon le cas, y compris un soutien pour les maladies chroniques, comme la fourniture ou la supervision de médicaments) ; – cela peut avoir été avec ou sans interventions liées à : (1) la promotion de la santé ; (2) éducation sanitaire ; (6) gestion des services de santé ; et/ou (7) le soutien d'autres piliers d'une EPS (tels que les politiques scolaires liées à la santé, l'éthique de l'école/l'environnement d'apprentissage sûr et l'éducation à la santé basée sur les compétences) ; • dispensés par ou supervisés par un agent de santé à temps plein ou à temps partiel ; dans le contexte de SHS, un agent de santé a été défini comme un professionnel de la santé ou paramédical qui fournit des services dédiés aux apprenants scolarisés (services qui ne sont pas disponibles pour d'autres groupes de population), quel que soit le site où les services sont fournis
Comparateur	Tout comparateur (tel que SHS par rapport à l'absence de SHS, un type différent de SHS et un programme similaire dispensé par le biais d'une clinique communautaire générale ou pour enfants/adolescents) ou aucun comparateur

a Le service doit avoir été fourni ou supervisé au sein du SHS par un agent de santé. S'il n'était dispensé que par des enseignants qualifiés et n'était pas supervisé par un agent de santé, il était exclu.

3.4.2 Résultats d'efficacité

Les résultats critiques et importants ont été convenus entre l'équipe d'examen et le groupe de pilotage et ont été approuvés par le GDG, conformément aux définitions données par le GRC de l'OMS, dans lesquelles les résultats critiques sont ceux qui sont essentiels lors de la formulation des recommandations et les résultats importants sont ceux qui devraient également être pris en considération mais sont pas critique pour la prise de décision (2).

Les résultats d'efficacité critiques ont été définis comme l'amélioration des résultats liés à la mortalité ou à la morbidité à court terme qui, autrement, nécessiteraient des dépenses de services de santé graves ou une amélioration des paramètres éducatifs clés. Les résultats d'efficacité importants ont été définis comme ceux affectant la morbidité chronique, le climat académique ou la couverture SHS. Les résultats d'efficacité critiques et importants spécifiques qui ont été pris en compte sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3. Résultats critiques et importants pour l'examen systématique de l'efficacité du SHS

Résultats	Les caractéristiques
Résultats d'efficacité critiques	Résultats liés à la mortalité ou à la morbidité à court terme qui nécessiteraient autrement des dépenses importantes en services de santé ou des mesures éducatives clés: • résultats liés au suicide, y compris les idées, les projets, les gestes et les tentatives • hospitalisation • visites aux urgences • absence scolaire • le rendement scolaire (comme la moyenne pondérée cumulative)
Résultats d'efficacité importants	Résultats affectant la morbidité chronique, le climat académique ou la couverture SHS: • la violence • santé sexuelle • activité physique • problèmes de santé • qualité de vie • santé mentale • consommation de substances (tabac, alcool ou drogues) • attentes scolaires • engagement scolaire • couverture
Résultats critiques en matière d'efficacité économique	• Réduction des coûts • Rapport coût-bénéfice • Rapport coût-efficacité

3.4.3 Résultats d'acceptabilité

Les résultats critiques et importants spécifiques qui seraient pris en compte dans l'examen ont été convenus

entre l'équipe d'examen et le groupe de pilotage et ont été approuvés par le GDG. Ceux-ci sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4. Résultats critiques et importants pour l'examen systématique de l'acceptabilité des SHS

Résultats	Les caractéristiques
Résultat d'acceptabilité critique	Satisfaction de l'utilisateur telle que rapportée par l'enfant/adolescent
Acceptabilité importante résultats	• Accès (l'étudiant avait un fournisseur de soins de santé régulier auquel il avait un accès constant) • Confidentialité • Communication • Sécurité et respect • L'agent de santé a passé suffisamment de temps avec l'élève • Satisfaction du point de vue du fournisseur • Faisabilité de la mise en œuvre du point de vue du fournisseur

3.4.4 Processus d'examen systématique

Les revues systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des SHS complètes ont examiné les titres et les résumés de 8966 enregistrements pour une éligibilité potentielle, après quoi 443 articles en texte intégral ont été évalués pour leur éligibilité (Annexe Web D). Des études de haute qualité ont été identifiées ; ceux-ci ont été définis a priori comme des revues systématiques ou des essais contrôlés randomisés ou des études contrôlées non randomisées. Au total, 18 études de haute qualité, qui utilisaient toutes une conception contrôlée, ont été jugées éligibles et ont été incluses dans la revue. Étant donné que toutes ces études provenaient de HIC, la revue comprenait également des études observationnelles menées dans les PRITI. Cela a abouti à 19 études observationnelles supplémentaires dans les LMIC.

Les données ont été extraites de toutes les études éligibles et une évaluation de la qualité a été réalisée pour chaque étude incluse. Pour les études contrôlées non randomisées et pour les études transversales, la qualité

L'évaluation a été réalisée à l'aide des évaluations ROBINS-I (Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions) (52). Dans l'outil ROBINS-I, toutes les études contrôlées commencent avec un niveau de certitude élevé. La qualité des études économiques a été évaluée à l'aide de la liste de contrôle du programme d'évaluation des compétences critiques pour évaluer la qualité des évaluations économiques (53). En raison de la variation substantielle des différents types d'interventions couvertes et conformément aux directives de l'OMS (2), les résultats des études incluses ont principalement été synthétisés de manière narrative et organisés en fonction des résultats d'intérêt (54). Lorsque les données le permettaient et que les études étaient considérées comme similaires sur le plan méthodologique, les données ont été regroupées à l'aide d'une méta-analyse à effets fixes pour créer des estimations de l'effet, y compris les rapports de cotes (OR) et les intervalles de confiance (IC) à 95% pour les données dichotomiques et les différences moyennes avec les écarts-types pour données continues.

La certitude des résultats des études pour chaque résultat a été évaluée selon les directives GRADE, ce qui implique d'évaluer le potentiel de risque de biais, d'imprécision, d'incohérence, d'indirectité et de biais de publication pour chaque résultat (55). Lors de l'utilisation du ROBINS-I pour évaluer le risque de biais (52), les cotes GRADE pour les études d'évaluation contrôlées ont commencé avec une certitude élevée et ont ensuite été déclassées. Par exemple, le risque de biais a été déclassé une fois pour un taux de réponse inférieur à 80 % et deux fois pour un taux de réponse inférieur à 60 % ; l'imprécision a été déclassée une fois pour les IC larges ou pour une taille d'échantillon inférieure à 300 et deux fois pour une taille d'échantillon inférieure à 100 participants; et l'incohérence a été déclassée une fois pour hétérogénéité inexpliquée entre les études indiquée par $I^2 > 50\%$. La cote des études observationnelles (transversales) a commencé comme faible et pouvait être augmentée pour des facteurs renforçant la base de preuves, tels que la cohérence sur un grand nombre d'études et de participants, la relation dose-réponse ou si l'effet était présent malgré des facteurs de confusion tendant dans le sens opposé (56).

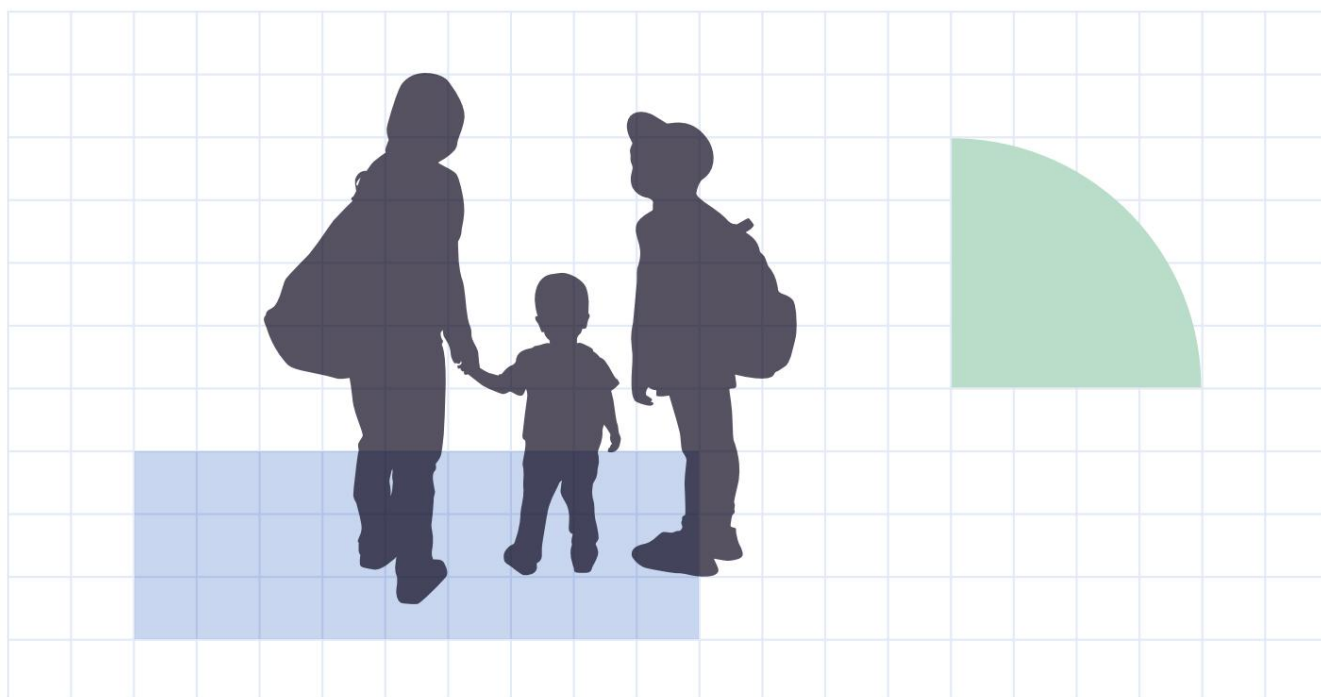
Le manuel 2014 de l'OMS pour l'élaboration de lignes directrices (2) a été utilisé pour sélectionner une cote de certitude globale à travers les résultats. Le manuel recommande que s'il existe des preuves de meilleure qualité pour un ou plusieurs résultats critiques et que cela soit suffisant pour étayer une recommandation, il n'y a aucune raison de déclasser la qualité globale des preuves en raison de preuves de qualité inférieure pour un autre résultat critique qui soutient le même recommandation.

Pour les études qualitatives, l'approche GRADE Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research (GRADE-CERQual) a été utilisée pour déterminer la confiance dans les résultats globaux (57,58).

3.4.5 Élaboration de la recommandation

Une fois que les preuves de l'examen systématique ont été identifiées et synthétisées et que leur qualité a été évaluée, le GDG, avec le soutien du groupe de pilotage, a suivi le cadre GRADE en tenant compte des facteurs spécifiques susceptibles d'affecter la recommandation, sa force et son orientation. Les critères pris en compte lors du passage des données probantes aux recommandations étaient: la qualité ou la certitude des données probantes, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences, les implications en termes de ressources, la priorité du problème, l'équité et les droits de l'homme, et l'acceptabilité et la faisabilité (2,59). Des tableaux des données probantes à la décision ont été générés pour aider à structurer et à documenter la discussion sur le GDG en se concentrant sur les facteurs qui influenceraient l'orientation et la force de la ou des recommandations potentielles.

En règle générale, les recommandations solides de l'OMS reposent sur des données probantes d'une certitude modérée à élevée, en fonction des autres facteurs pris en considération, comme indiqué ci-dessus (2). Faire une recommandation forte sur la base d'une certitude faible ou très faible serait inhabituel et nécessiterait une justification particulière (2).



3.5 Élaboration d'un menu et d'un recueil d'interventions

Plusieurs étapes ont été franchies pour évaluer la question clé 3, le contenu d'un SHS complet dans différents contextes. Celles-ci comprenaient un examen approfondi des

procédures et activités mondiales publiées des services de santé de l'OMS pour les 5 à 19 ans, une enquête mondiale d'experts, la catégorisation des GDG et la hiérarchisation des interventions et l'élaboration d'un recueil et d'un menu d'interventions.

Chacun d'entre eux est décrit ci-dessous.

3.5.1 Examen initial des interventions mondiales des services de santé de l'OMS pour les 5-19 ans

Pour l'examen des procédures et des activités des services de santé pour les 5 à 19 ans, une recherche a été effectuée via les moteurs de recherche en ligne de l'OMS, les listes de publications des sites Web des départements et d'autres compilations de recommandations de l'OMS. Au total, 342 publications mondiales récentes de l'OMS et pages Web de recommandations de l'OMS ont été examinées pour évaluer leur pertinence potentielle pour SHS, dont 149 publications avaient un contenu utilisé pour produire une liste maîtresse de 531 AM de services de santé pertinents pour les 5 à 19 ans. Ces publications comprenaient des directives mondiales, des stratégies, des normes de qualité des soins et des documents d'orientation sur la santé des adolescents, la santé scolaire et des conditions de santé spécifiques. La liste d'AP qui en a résulté comprenait des recommandations formelles dans les lignes directrices qui avaient été approuvées par le GRC de l'OMS ainsi que d'autres interventions publiées, telles que celles identifiées comme des interventions fondées sur des données probantes, des déclarations de bonnes pratiques, des déclarations de bonnes pratiques, des actions clés, des domaines clés. pour la programmation, les actions prioritaires, les domaines de qualité, les déclarations de qualité, les recommandations et les normes. La plupart des AP compilées ont été citées textuellement dans la liste compilée, mais certaines ont été consolidées à partir de nombreuses recommandations longues et très spécifiques de l'OMS pour créer une brève AP composite. En outre, un rapport mondial non publié de l'OMS a été inclus dans cette revue, le projet de février 2019 du menu d'intervention de l'OMS pour la CSU qui était alors en cours d'élaboration.

Début 2019, la liste de travail des AP a été fusionnée avec un menu de travail des interventions CSU pour les enfants et les adolescents. La nouvelle longue liste a été consolidée pour produire une liste restreinte pour examen par le GDG. Lors d'une réunion en mai 2019, le GDG a encore affiné la liste restreinte pour produire une liste finale de 86 interventions à inclure dans une enquête mondiale par questionnaire d'opinion d'experts sur SHS.

3.5.2 Enquête mondiale d'opinion d'experts sur les SHS

3.5.2.1 Participants à l'enquête

Les experts SHS ont été identifiés par : (a) une recherche dans PubMed et dans les bases de données Index Medicus régionales ; et (b) des listes des membres du groupe de pilotage et du GDG, d'autres personnes qui avaient été désignées comme membres potentiels du GDG et des personnes désignées par les membres du groupe de pilotage ou du GDG.

3.5.2.2 Processus d'enquête

En juillet-août 2019, 442 experts ont participé à l'enquête mondiale en ligne, qui portait sur l'adéquation relative des 86 interventions à inclure dans SHS. Plus précisément, on a demandé aux répondants si chaque intervention était essentielle, très appropriée, appropriée ou inappropriée au sein de SHS, soit partout, soit dans certaines zones géographiques uniquement. Les répondants avaient également la possibilité d'inscrire d'autres interventions essentielles de SHS. Le questionnaire était disponible en arabe, chinois, anglais, français, espagnol et russe.

Les répondants à l'enquête représentaient 81 nationalités et les deux tiers (63%) avaient un doctorat ou un diplôme professionnel. L'annexe Web G détaille d'autres caractéristiques sociodémographiques autodéclarées des répondants à l'enquête.

3.5.2.3 Résultats de l'enquête

Les réponses à toutes les interventions énumérées dans le questionnaire étaient généralement favorables, la grande majorité des répondants classant la quasi-totalité des 86 interventions quelque part dans la gamme allant d'approprié à essentiel au sein de SHS.

Plusieurs interventions de promotion de la santé et d'éducation à la santé ont obtenu le classement global le plus élevé comme **essentiel dans SHS partout**, ce qui indique qu'elles étaient considérées comme des rôles très importants pour les agents de santé à accomplir dans un cadre scolaire, bien que le biais d'ordre de réponse puisse avoir contribué à cette tendance. Les interventions cliniques les mieux classées comme **essentiels dans SHS partout** concernaient l'immunisation et l'administration massive de médicaments, le dépistage, l'évaluation et les soins généraux. De même, parmi les 378 interventions que les répondants ont écrites comme interventions essentielles supplémentaires à inclure dans SHS, les suggestions les plus courantes concernaient l'éducation à la santé, d'autres aspects de la SPS et le dépistage et les soins pour les affections non transmissibles.

L'annexe Web G décrit plus en détail la méthodologie et les résultats de l'enquête mondiale sur l'opinion des experts.

3.5.3 Hiérarchisation des GDG et catégorisation des interventions

Lors de sa réunion d'octobre 2019, le GDG a élaboré une liste finale de 94 interventions qui ont été classées pour une éventuelle inclusion dans SHS. Plusieurs étapes ont été franchies dans ce processus, dont les suivantes.

1. Un examen des résultats de l'enquête d'experts: aucune des interventions répertoriées dans le questionnaire de l'enquête d'experts de SHS n'a été identifiée comme inadaptée à SHS par plus de 14% des répondants. Sur la base de la catégorisation la plus courante de chaque intervention, 62/86 (72%) interventions ont été identifiées comme **essentielles dans SHS partout** par les répondants à l'enquête. Le GDG a trouvé les résultats de l'enquête prometteurs, suggérant que toutes les interventions pourraient être envisagées pour être incluses dans les directives de l'OMS sur le SHS. Cependant, le GDG a reconnu que cela posait également un défi, car les résultats extrêmement positifs fournissaient peu d'indications sur la manière de hiérarchiser les interventions pour une éventuelle inclusion dans SHS.
2. Examen des conclusions de l'examen des interventions mondiales des services de santé de l'OMS : le GDG a également examiné les conclusions préliminaires de l'examen des interventions mondiales des services de santé de l'OMS pour les 5 à 19 ans. Les preuves détaillées et les catégorisations générales des sources de l'OMS qui étaient basées sur cette revue ont été prises en compte dans les discussions sur la façon de catégoriser les interventions comme essentielles, appropriées ou non pour l'inclusion avec SHS, par emplacement.
3. Exercices de priorisation: sur la base des résultats de l'enquête et de l'examen ci-dessus, ainsi que de leur propre expérience et expertise, le GDG a entrepris un exercice pour hiérarchiser les interventions au sein de SHS. Premièrement, deux sous-groupes du GDG ont indépendamment examiné, classé et catégorisé les 86 interventions qui

étaient au centre de l'enquête. Ils ont également examiné les interventions écrites de l'enquête et si de nouvelles interventions devaient être ajoutées à la liste de travail de 86. Chaque sous-groupe s'est engagé dans une discussion et un débat approfondis jusqu'à ce qu'ils parviennent à un consensus sur les interventions à inclure dans la liste et comment elles devraient être classées comme essentiels, appropriés ou inadaptés au sein de SHS, par emplacement. Ensuite, les deux sous-groupes ont discuté et résolu les différences par consensus en séance plénière.

Les résultats globaux étaient similaires à ceux de la enquête, dans la mesure où le GDG a identifié 65 (76%) des 86 interventions comme **essentielles en SHS partout**. En outre, le GDG a accepté d'ajouter huit nouvelles interventions à la liste pour créer une liste finale de 94 interventions. Cela comprenait:

- 71 interventions classées comme **essentielles en SHS partout**
- neuf comme **adapté en SHS partout**
- sept comme *essentiels ou adaptés en SHS dans certains contextes géographiques uniquement*
- sept comme **INADAPTÉS EN SHS PARTOUT**.

4. Catégorisation plus poussée des interventions par domaine de santé et type d'activité SHS: le GDG s'est engagé dans davantage d'activités de sous-groupes pour organiser les 87 interventions essentielles ou appropriées en sept types d'activités de santé (voir section 3.2): promotion de la santé, éducation à la santé, dépistage sanitaire, interventions préventives, évaluation clinique, la gestion des services de santé et le soutien aux autres piliers de la SPLI. De plus, ils ont catégorisé ces interventions selon sept domaines de santé (voir section 3.2) : santé positive et développement ; blessure involontaire; la violence; la santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH ; Maladie transmissible; maladies non transmissibles, fonctions sensorielles, handicap physique, santé bucco-dentaire, nutrition et activité physique ; et la santé mentale, la toxicomanie et l'automutilation. Une autre catégorie, la huitième, a été ajoutée pour couvrir les questions générales/

interventions transversales.

3.5.4 Conception et finalisation du menu et recueil des interventions

Le GDG a proposé que les 87 interventions essentielles ou appropriées soient organisées dans un menu d'interventions en un coup d'œil que les gouvernements nationaux doivent prendre en compte lors du développement ou de l'amélioration du SHS dans leurs pays respectifs. Ce menu doit fournir une vue d'ensemble du domaine de santé de chaque intervention, du type d'activité de santé, de la source de l'OMS et de la catégorisation finale des GDG comme essentiels ou adaptés à l'inclusion dans SHS, par emplacement. L'encadré 3 explique les différentes catégories de «*ysource OMS*» telles qu'elles sont utilisées dans cette directive.

Le GDG a en outre demandé à l'OMS que le menu en un coup d'œil soit lié à un recueil

qui répertorie les sources de l'OMS et détaille les procédures ou activités publiées de l'OMS pour chacune des 87 interventions identifiées comme essentielles ou appropriées. Comme le menu, ce compendium a été utilisé pour des informations générales tandis que le GDG envisageait une éventuelle catégorisation SHS des interventions au cours de l'élaboration de la directive, mais était également destiné à être une ressource pour les gouvernements nationaux et leurs partenaires dans le cadre de la directive elle-même.

En novembre 2019, un examen ciblé supplémentaire des documents d'orientation mondiaux de l'OMS a été entrepris pour mettre à jour l'analyse documentaire de février 2019. Cette revue finale a clarifié les sources d'interventions de l'OMS là où elles étaient nécessaires et a produit la liste finale de 531 procédures ou activités de services de santé qui fournissent des preuves au menu et au recueil de 87 interventions.

ENCADRÉ 3.

Comprendre les sources d'intervention de l'OMS

Le GDG s'est appuyé sur de multiples sources d'informations pour déterminer comment catégoriser les interventions à inclure dans SHS, y compris leur propre expertise et discussion, l'enquête auprès d'experts et l'examen des informations publiées pour chaque intervention dans les documents d'orientation mondiaux de l'OMS. L'examen de 149 publications mondiales de l'OMS a identifié 531 AM des services de santé pour les 5 à 19 ans. Bien que le GDG ait examiné ces informations détaillées lors de sa prise de décision, il en a également demandé un aperçu, comme suit.

1. Premièrement, les publications mondiales de l'OMS étaient considérées comme approuvées par le GRC («*approuvées par le GRC*») si elles détaillaient le processus d'approbation du GRC et/ou ont été inclus dans une liste de publications approuvées par le GRC dans une compilation de l'OMS.
2. Deuxièmement, une intervention était considérée comme ayant:
 - *un soutien «complet GRC»* si tous les aspects de l'intervention étaient soutenus par une ligne directrice approuvée par le GRC ;
 - *support "GRC partiel"* si certains, mais pas tous, certains aspects de l'intervention ont été étayés par une directive approuvée par le GRC (en outre, certains ou tous les aspects de l'intervention peuvent avoir été étayés par d'autres publications de l'OMS »);

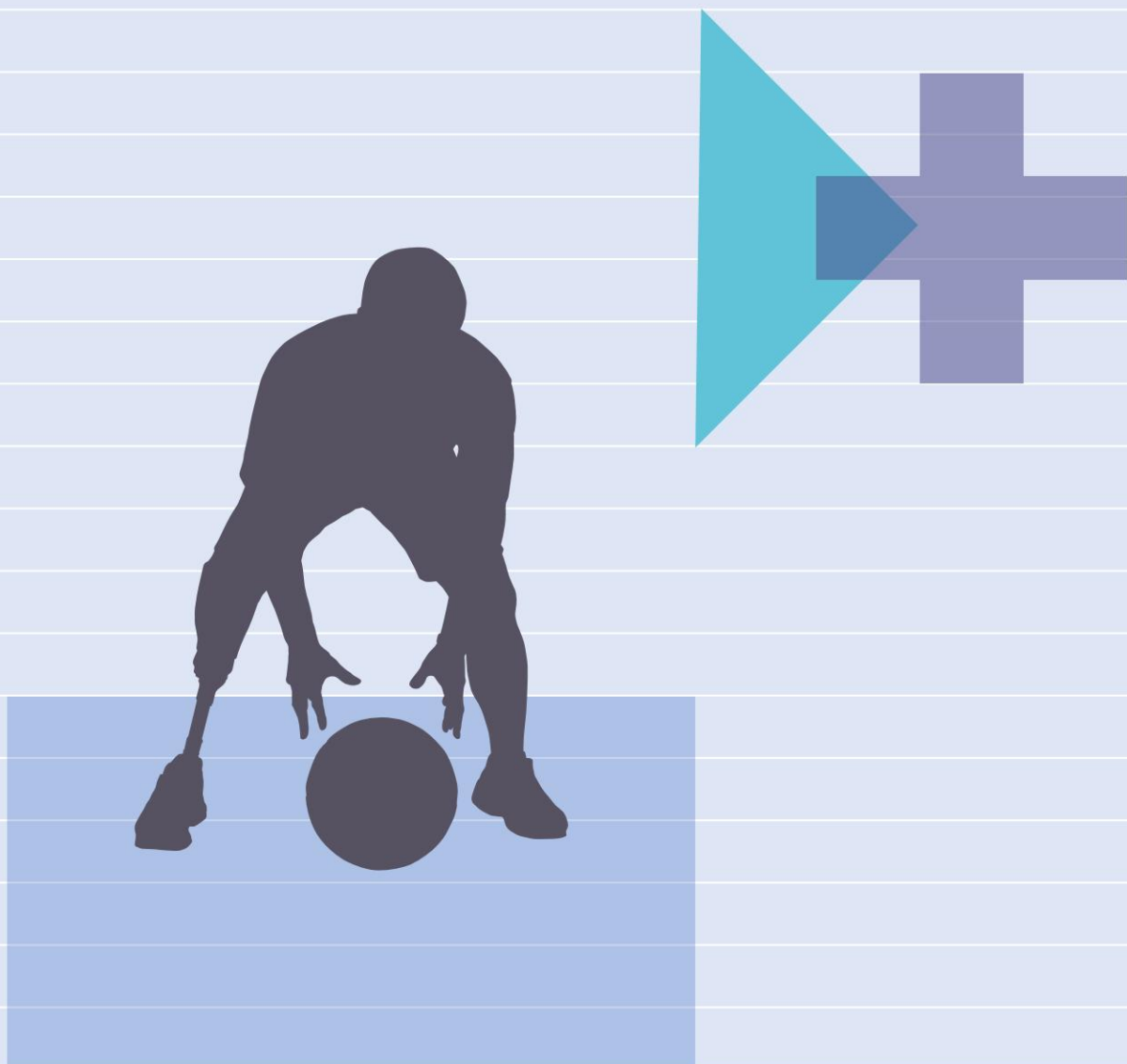
- *soutien « autre OMS »* si certains ou tous les aspects de l'intervention ont été soutenus par d'autres publications mondiales de l'OMS (c'est-à-dire celles qui n'ont pas été soumises au processus d'approbation du GRC) ; et

- *«Aucune source OMS identifiée»* si aucune procédure ou activité de soutien n'a été trouvée dans les publications mondiales de l'OMS ou si une recommandation approuvée par le GRC stipulait spécifiquement que l'intervention ne devait pas être effectuée.

La «*ysource OMS*» est une nouvelle forme de catégorisation et n'est pas une norme de preuve. Les recommandations contenues dans les lignes directrices approuvées par le GRC peuvent avoir une certitude variable des preuves, de sorte que la «*ysource OMS*» n'indique ni la qualité ni la force des preuves. Les publications de l'OMS sont citées tout au long de cette directive et de ses annexes Web afin que les lecteurs puissent les consulter directement pour obtenir des informations sur la solidité et la qualité des données probantes pour des interventions spécifiques.

Chapitre 4

Recommandation



4.1 Recommandation, justification et considérations de mise en œuvre

La recommandation, la justification, le résumé des jugements allant des preuves à la décision et les considérations de mise en œuvre sont présentés dans l'encadré 4.

ENCADRÉ 4.

Recommandation, justification, résumé des jugements allant de la preuve à la décision et considérations de mise en œuvre

Recommandation

Des services complets de santé scolaire devraient être mis en place.

Force de la recommandation : forte.

Degré de preuve : modéré.

Justification: cette recommandation est forte car :

- toutes les preuves pointent systématiquement dans une direction bénéfique, y compris les preuves liées à l'acceptabilité et à l'équité ;
- les preuves suggèrent que – si la santé scolaire les services sont bien mis en œuvre – ils auront des avantages durables pour les étudiants ;
- la certitude globale des données probantes dans les revues systématiques est modérée;
- bien qu'il n'y ait pas eu d'études dans les PRITI qui ont fourni des preuves de haute certitude, les études observationnelles qui ont eu lieu dans les PRITI ont également identifié des avantages et n'ont pas identifié d'inconvénients importants; et • les écoles offrent une opportunité convaincante, large et relativement pratique d'atteindre les enfants et les adolescents avec les services de santé complets dont ils ont besoin.

Résumé des jugements de la preuve à la décision du GDG

1. Le problème est-il prioritaire ? -> Oui
2. Quelle est l'importance des avantages? -> Modéré
3. Quelle est l'importance des dommages ? -> Incertain ou petit
4. Quelle est la certitude globale des preuves ? -> Modéré
5. Quel est l'équilibre entre les avantages et nuit ? -> Favorise SHS

6. Les étudiants apprécient-ils une SHS complète? -> Variabilité importante et incertitude éventuellement importante
7. Quelle est l'importance des besoins en ressources (coûts)? -> Varie
8. Quelle est la certitude de la preuve des coûts ? -> Très faible
9. Un SHS complet est-il rentable ? -> Favorise SHS
10. Quel serait l'impact sur l'équité en santé ? -> Augmenté
11. Une SHS est-elle acceptable pour toutes les parties prenantes ? -> Probablement oui
12. Est-il possible de mettre en œuvre un SHS ? -> Oui, bien que cela varie

Considérations relatives à la mise en œuvre

- Cette recommandation concerne les SHS complets qui disposent de ressources adéquates et sont bien mis en œuvre. • Les SHS doivent être mis en œuvre avec qualité, fidélité et sur le long terme. Les implications en matière de ressources doivent être soigneusement identifiées, examinées et satisfaites.
- En pratique, la mise en œuvre sera variable. Dans certains contextes, il peut être difficile et/ou pas encore faisable de mettre en œuvre une SHS complète similaire à celles que les revues systématiques ont trouvées ont été évaluées dans les études contrôlées sur les HIC. Des ressources, du temps et un leadership importants peuvent être nécessaires pour y parvenir. Dans de nombreux PRITI, il peut néanmoins être possible de mettre en œuvre certains aspects d'un SHS complet maintenant, même si pas encore tous les aspects. • La protection de la confidentialité des élèves est primordiale et les agents de santé scolaire sont également tenus de prévenir toute discrimination ou stigmatisation à l'encontre des élèves.

Le GDG a constaté que la recherche sur l'efficacité et l'acceptabilité du SHS a été limitée à ce jour (par exemple, elle a eu lieu principalement dans les HIC), de sorte que la certitude ou la qualité des preuves est modérée. Ils ont pris en compte cette certitude modérée des preuves ainsi que d'autres facteurs - tels que l'équilibre des avantages et des inconvénients, les valeurs et les préférences, les implications en matière de ressources, la priorité du problème, l'équité et les droits de l'homme, l'acceptabilité et la faisabilité - dans son jugement de la force de la preuves (par exemple, toutes les preuves de HIC et LMIC pointent systématiquement dans une direction bénéfique).

Ces facteurs ont contribué à la forte recommandation du GDG de mettre en œuvre un SHS complet. Autrement dit:

- une recommandation forte indique la confiance de GDG dans le fait que les effets souhaitables d'un SHS complet l'emportent sur les éventuelles conséquences indésirables; et

- une certitude modérée des données probantes signifie que le GDG était modérément confiant dans l'estimation de l'effet - c'est-à-dire que l'effet réel est susceptible d'être proche de l'estimation de l'effet, mais il est possible qu'il soit sensiblement différent (2).

La section 4.2 présente un bref résumé des données probantes pour cette recommandation, tandis que la section 4.3 donne un aperçu du processus des données probantes à la décision qui l'a éclairée. L'annexe Web E fournit des résumés plus détaillés des preuves issues des examens systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des SHS complets. L'annexe Web F fournit les profils de preuves GRADE et les tableaux des preuves à la décision; notez que les tableaux GRADE sont inclus dans les tableaux des données probantes à la décision.

4.2 Résumé des preuves

Au total, 18 études avec des plans de recherche de haute qualité ont constitué la principale source de preuves pour les revues systématiques. Aucune des revues systématiques identifiées dans la recherche n'abordait directement les questions de la revue, elles n'ont donc été utilisées que pour vérifier que les recherches avaient identifié toutes les études primaires éligibles. Aucune étude contrôlée randomisée éligible n'a été trouvée.

Sur les 18 études contrôlées, 11 portaient sur l'efficacité, huit sur les résultats économiques et quatre sur l'acceptabilité (cinq études portaient sur deux de ces résultats : efficacité plus économique ($n = 2$) ou efficacité plus acceptabilité ($n = 3$)).

Comme toutes ces preuves provenaient du HIC, des données supplémentaires provenant d'études observationnelles dans les PRITs ont également été incluses, ce qui a donné lieu à 19 études supplémentaires (11 quantitatives et huit qualitatives). Sur les 19 études d'observation dans les PRITs, deux portaient sur l'efficacité (une quantitative et une qualitative), aucune ne portait sur les résultats économiques et 18 sur l'acceptabilité (une étude portait à la fois sur l'efficacité et l'acceptabilité).

Le résumé des preuves présentées au GDG est présenté dans l'annexe Web F, tableau F.1. Ceci est décrit plus en détail ci-dessous.

4.2.1 Efficacité

4.2.1.1 Résultats d'efficacité critiques

Sur les 11 études avec des plans de recherche contrôlés non randomisés de haute qualité qui ont rendu compte des résultats d'efficacité (qui ont toutes été menées dans HIC), sept ont rapporté au moins un résultat d'efficacité critique; les autres n'ont rapporté que des résultats importants. Les études avec des plans de recherche contrôlés non randomisés qui pouvaient être évalués à l'aide de GRADE ont toutes été menées dans HIC.

Plus précisément, il y avait une force modérée des preuves d'un bénéfice du SHS sur les résultats d'efficacité critiques des visites aux urgences pour l'asthme dans deux études aux États-Unis d'Amérique

(total 2762 participants, OR = 0,48 (IC à 95% : 0,31, 0,73; $p = 0,0006$); aucune hétérogénéité; $I^2 = 0\%$), avec un risque réduit de visites aux urgences pour asthme chez les élèves fréquentant des écoles avec, par rapport à ceux sans, SHS complet (60,61). De plus, il y avait une très faible force de preuve sur l'absentéisme scolaire/ assiduité (trois études aux États-Unis d'Amérique avec 664, 3181 et 2305 participants, totalisant 12150, OR = 0,78 (IC à 95 % : 0,69, 0,87 ; $p < 0,0001$)) pour le risque d'absence chez les élèves avec, par rapport à ceux sans, SHS (hétérogénéité substantielle ; I^2

= 64 %) (61–63). L'hétérogénéité entre les résultats de l'étude peut être due au fait que l'un comprenait

enfants de la maternelle à la huitième année (jusqu'à environ 14 ans) tandis que l'autre couvrait la tranche d'âge de 12 à plus de 18 ans.

Une étude d'observation de seulement 31 participants en Turquie a fourni des preuves très faibles d'un avantage d'une SHS complète sur l'absentéisme scolaire et les progrès scolaires (64).

4.2.1.2 Résultats critiques en matière d'efficacité économique

Les huit études avec des plans de recherche contrôlés non randomisés de haute qualité qui ont rendu compte des résultats économiques ont été menées dans HIC.

Plus précisément, sept aux États-Unis d'Amérique ont fait état d'au moins un résultat économique critique, tandis que le huitième, au Japon, a fait état d'une volonté de payer.

Quatre études menées aux États-Unis d'Amérique ont fourni des preuves de force modérée indiquant que les SHS complets étaient économiques ; ces études ont porté sur un total de 7704 participants (273, 109, 6664 et 658 respectivement) (61,62,65,66).

Trois autres études menées aux États-Unis d'Amérique (5056, 1430 et 477163 participants ; total 483649) ont montré des avantages-coûts (67–69).

4.2.1.3 Principaux résultats d'efficacité

Sur les 11 études avec des conceptions de recherche contrôlées non randomisées qui ont rendu compte des résultats d'efficacité (qui ont toutes été menées dans HIC), cinq ont rapporté au moins un résultat d'efficacité important. Parmi ceux qui ont pu être évalués dans GRADE, une étude de 1994 participants aux États-Unis d'Amérique avait une force modérée de la preuve d'un avantage de SHS sur les résultats d'efficacité importants en termes d'élèves qui ont déclaré avoir porté une arme (OU 0,68 (0,53 à 0,88)), s'est battu (OR 0,73 (IC 95 % : 0,60, 0,88)), a déjà eu des relations sexuelles (OR 0,75 (IC 95 % : 0,63, 0,90)), a fait de l'exercice au moins quatre fois par semaine (OR 1,21 (IC 95 % : 1,02, 1,45)), déjà consommé de l'alcool (OR 0,63 (IC 95 % : 0,52, 0,76)) ou consommé de la marijuana (OR 0,63 (IC 95 % : 0,52, 0,76)) et la réactivité de SHS au besoin non satisfait (OR 1,75 (IC 95 % : 1,46, 2,09)) (70).

D'autres critères de jugement importants issus d'études contrôlées non randomisées qui n'ont pas pu être évalués à l'aide de GRADE étaient des plaintes relativement faibles en matière de santé et une amélioration relative de la qualité de vie et de l'engagement scolaire (65,71,72).

Une très petite étude observationnelle quantitative des LMIC qui n'impliquait que 31 participants a fourni des preuves très faibles d'un bénéfice d'une SHS complète sur la qualité de vie (64).

En ce qui concerne les données qualitatives des LMIC, en utilisant l'approche GRADE-CERQual, il y avait une faible confiance dans les preuves de l'existence de politiques

concernant SHS. Une étude portant sur 30 agents de santé a révélé qu'il n'y avait pas de plans écrits guidant le travail de SHS dans la région de la République-Unie de Tanzanie étudiée (73).

4.2.2 Acceptabilité

4.2.2.1 Résultats d'acceptabilité critiques

Toutes les études avec des plans de recherche contrôlés non randomisés ont été menées dans HIC. Parmi ceux qui ont évalué l'acceptabilité d'un SHS complet, il y avait une force modérée des preuves d'un avantage du SHS sur le résultat d'acceptabilité critique de la satisfaction des utilisateurs dans HIC (74,75).

Les études observationnelles (transversales) des PFR-PRI qui ont évalué l'acceptabilité d'une SHS complète ont été menées en Égypte et en Tunisie (deux études ; 1121 et 625 participants ; total 1746) (76,77). Ces études suggèrent que les utilisateurs étaient moins satisfaits de leur SHS que ceux du HIC, bien qu'il n'y ait aucune information sur leur degré de satisfaction avec une alternative réaliste ou sans SHS.

4.2.2.2 Résultats d'acceptabilité importants

Toutes les études avec des plans de recherche contrôlés non randomisés qui ont évalué l'acceptabilité d'une SHS complète et ont rapporté un ou plusieurs résultats d'acceptabilité importants ont été menées dans HIC. Pour ces études, il y avait une force modérée des preuves d'un bénéfice du SHS sur la confidentialité (une étude aux États-Unis d'Amérique avec 2076 participants ; OR 2,45 (2,04 à 2,95)) (74). Il y avait peu de preuves concernant l'accès aux services de santé (étudiants ayant un fournisseur de soins de santé régulier) : deux études aux États-Unis d'Amérique avec 2076 et 1994 participants, respectivement, totalisant 4070 ; OR 1,33 (1,15 à 1,54)) (70,74).

Les 10 études observationnelles (transversales) des LMIC qui portaient sur d'importants critères d'acceptabilité ont montré que l'accès aux SHS, lorsqu'il était mesuré par l'utilisation, était variable (quatre études en Égypte, en Inde, au Mexique et en Afrique du Sud, avec 1 577, 360, 3 005 et 830 participants, respectivement, totalisant 5 772) (78–81). L'accès variait de presque tous les élèves (97 %) utilisant le SHS dans une étude à seulement 5 % des adolescents recherchant des soins de santé dans une clinique scolaire dans une autre.

Une étude observationnelle (transversale) menée en Tunisie auprès de 625 participants a suggéré que les étudiants étaient déçus en termes de confidentialité, de communication, de respect et du fait que les agents de santé passaient suffisamment de temps avec eux (77).

Trois études observationnelles (transversales) des LMIC ont fourni des résultats variables en termes de satisfaction des prestataires ou d'autres professionnels (148, 720 et 60 participants, respectivement, pour un total de 928) :

- dans la première étude, en Irak, la satisfaction globale des chefs d'établissement était évaluée comme « assez satisfaite » (82) ;
- dans le second, en Turquie, 337 (93,6%) enseignants en les écoles privées et 338 (93,9%) enseignants des écoles publiques estimaient que des infirmières scolaires étaient nécessaires (83); et
- dans le troisième, en République islamique d'Iran, le

le pourcentage de participants (formateurs en santé, responsables de la formation et enseignants travaillant dans les écoles élémentaires) convenant que les normes étaient respectées était de : 94 % pour les fonctions de secourisme et de dépistage des infirmières ; 69 % pour des consultations avec des collègues, des pairs et des consultants en santé mentale ; 72 % pour l'éducation à la santé ; 76 % pour le diagnostic ; 62 % pour la gestion de la planification de la santé avec des plans éducatifs ; mais seulement 39 % pour l'utilisation d'un système d'évaluation approprié du plan pour les élèves, les parents et le personnel (84).

Un problème clé dans la mise en œuvre signalé par une étude observationnelle (transversale) dans un PRFM était le manque de compétence des infirmières des écoles primaires concernant les questions de santé sexuelle (une étude en République de Corée avec 595 participants) (85).

4.2.2.3 Résultats d'acceptabilité qualitative Dans les études

qualitatives, il y avait une confiance modérée dans les preuves que les utilisateurs étaient satisfaits du SHS. Ceci est basé sur trois études

qui a recueilli l'opinion de 20 infirmières scolaires

Afrique du Sud (86), 44 adolescents au Brésil (87) et 21 managers et professionnels de santé au Brésil (88)

(total 85). Les attributs particuliers des SHS mis en évidence étaient qu'ils étaient complets, pratiques, nécessaires et offraient une opportunité d'obtenir des informations et d'apprendre qui peuvent être bénéfiques pour le maintien de la santé. De plus, dans l'une des études au Brésil, certains étudiants utilisateurs les percevaient comme une « bénédiction » qui inspirait leur gratitude (87).

La synthèse des données qualitatives des LMIC a également montré une confiance modérée dans les preuves de

la faisabilité de la mise en œuvre de SHS (sept études avec un total de 157 participants). Quatre d'entre eux ont eu lieu au Brésil et ont évalué les points de vue de 15 infirmières en soins de santé primaires (89), 39 professionnels de la santé, enseignants et gestionnaires (90), 10 enseignants (91) et 21 gestionnaires et professionnels de la santé (87). Une étude portant sur 30 agents de santé a été menée en République-Unie de Tanzanie (73), tandis que deux études ont eu lieu en Afrique du Sud, évaluant les points de vue de 20 infirmières scolaires (86) et de 22 prestataires de soins de santé (92). Les avantages potentiels du SHS notés dans les sept études étaient l'identification de problèmes de santé tels que les problèmes dentaires, visuels et nutritionnels (y compris l'obésité), le statut vaccinal retardé et les conditions de risque social, et l'intégration de la santé, de l'école et de la famille.

4.3 Processus de la preuve à la décision

Lors de sa réunion d'avril 2020, le GDG a examiné les conclusions des revues systématiques. Lorsqu'aucune preuve n'était disponible pour les critères dans les tableaux des preuves à la décision, cela a été noté et les participants au GDG ont été invités à commenter en fonction de leur opinion d'expert. Basé sur

des preuves issues des revues systématiques et de leurs propres opinions d'experts, chaque sous-groupe GDG a émis des jugements indépendants sur chacune des questions, comme résumé dans le tableau 5, qui montre également l'orientation générale et les principaux points de la discussion de groupe avant de porter des jugements.

Tableau 5. Tableau des preuves à la décision des recommandations de SHS : questions, jugements par sous-groupe GDG et justifications

Questions liées à la santé des enfants et adolescents scolarisables et/ou SHS	Jugement GDG	
	Sous-groupe 1	Sous-groupe 2
1. Le problème est-il prioritaire ?	Oui	Oui
Justification : la Convention relative aux droits de l'enfant inclut le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (93). Les ODD soutiennent également cela; par exemple, permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (ODD 3), réduire les inégalités au sein des pays et entre les pays (ODD 10) et mettre en place des institutions efficaces, responsables et inclusives à tous les niveaux (ODD 16). De plus, les adolescents sont reconnus comme ayant des besoins de santé non satisfaits très élevés, y compris ceux liés à la santé mentale et à la santé sexuelle et reproductive. Les problèmes qui surviennent au cours de la deuxième décennie de la vie affectent la santé et le développement ultérieurs (4,16). Outre la reconnaissance mondiale de la santé de l'enfant et de l'adolescent comme une priorité, certains pays (tels que les États-Unis d'Amérique) ont également déclaré qu'il s'agissait d'une priorité nationale de soutenir la santé et l'éducation des étudiants et avaient des priorités spécifiques, telles que la réduction suicides chez les jeunes.		
2. Quelle est l'importance des avantages?	Modéré	Modéré
Justification: les revues systématiques d'études contrôlées ont trouvé des preuves d'un bénéfice d'une SHS complète sur les résultats d'efficacité critiques de la réduction de la planification du suicide (une étude; 1994 participants), l'hospitalisation pour l'asthme (une étude; 273 participants), les visites aux urgences pour asthme (cinq études; total 17166); absence/fréquentation scolaire (trois études ; total 12 150) ; et les progrès scolaires (une étude; 2305 participants). Certains d'entre eux sont des résultats critiques (comme la réduction de la planification du suicide). Le jugement était «modéré» parce que certains des avantages étaient basés sur une seule étude et il y avait peu de preuves à ce jour basées sur les expériences des PFR-PRI. Le GDG a noté que les avantages peuvent varier dans les PRITI.		
3. Quelle est l'importance des dommages ?	Incertain	Petit
Justification: les examens ont pris en compte un large éventail de résultats critiques et importants qui auraient pu aller dans l'un ou l'autre sens des avantages ou des inconvénients, mais il n'y avait aucune preuve de préjudice. Une exception possible était une étude qualitative de l'acceptabilité de SHS dans un LMIC dans laquelle les agents de santé de SHS ont déclaré qu'ils n'avaient pas de plans pour guider leur travail. De plus, le manque de preuves de préjudice peut refléter un manque de mesure et/ou un manque de signalement des préjudices possibles. Les deux sous-groupes ont discuté de la possibilité de porter un jugement sur «petit», «insignifiant» ou «incertain». Les deux sous-groupes ont reconnu qu'une conception de SHS intrinsèquement saine et bénéfique pouvait potentiellement devenir nuisible si elle était mise en œuvre de manière inappropriée, comme dans les PRITI à ressources limitées, mais la même chose pourrait être dite pour tous les services de santé. Le sous-groupe 1 a finalement sélectionné «incertain» parce que certaines études n'ont pas spécifiquement demandé s'il y avait des résultats négatifs potentiels. Le sous-groupe 2 a plutôt sélectionné "Petit", tout en notant qu'il y avait une incertitude, d'autant plus qu'il y avait peu de preuves provenant des PFR-PRI.		

Tableau 5 suite

Questions liées à la santé des enfants et adolescents scolarisables et/ou SHS	Jugement GDG	
	Sous-groupe 1	Sous-groupe 2
4. Quelle est la certitude globale des preuves ?	Modéré	Modéré
Justification : les tableaux GRADE présentent une certaine variabilité. L'ensemble des preuves variait d'une certitude modérée à faible pour les critères de jugement critiques. Plusieurs des critères de jugement étaient basés uniquement sur des études uniques et certains critères de jugement importants n'ont pas été inclus (tels que l'obésité, les maladies transmissibles, la myopie et la toxicomanie). Cependant, bon nombre des études étaient de grande envergure et diversifiées en termes de zone géographique et de type de résultats de santé évalués. En outre, la direction des effets était systématiquement vers le bénéfice, à quelques exceptions mineures, y compris un sous-ensemble d'hommes pour les idées suicidaires (ce n'était pas statistiquement significatif). Tous ces points ont contribué à une certitude «<i>ymodérée</i>» du jugement des preuves dans les deux sous-groupes du GDG.		
5. Quel est l'équilibre entre les avantages et les inconvénients ?	Favorise SHS	Favorise SHS
Justification: l'ensemble des preuves rassemblées dans les revues systématiques ont indiqué que la prestation de services peut avoir un impact bénéfique sur les indicateurs clés de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Encore une fois, les examens ont pris en compte un large éventail de résultats critiques et importants qui auraient pu aller dans l'un ou l'autre sens des avantages ou des inconvénients et il n'y avait aucune preuve de préjudice, bien qu'il soit également possible que l'absence de preuves de préjudice reflète un manque de mesure et de /ou un manque de signalement d'éventuels dommages supplémentaires. Les membres du GDG ont jugé que les preuves étaient en faveur des SHS, mais les deux sous-groupes ont indépendamment noté que si les SHS ne sont pas mis en œuvre conformément aux normes recommandées et/ou sont fournis par une personne inappropriée, des préjudices peuvent en résulter (comme un enseignant responsable de SHS qui ne fait pas une référence vitale ou un agent de santé qui ne respecte pas les droits d'un élève).		
6. Les étudiants apprécient-ils une SHS complète?	Incertitude ou variabilité éventuellement importante	Variabilité importante
Justification : des études contrôlées de HIC ont trouvé des preuves d'un bénéfice du SHS sur le critère d'acceptabilité critique de la satisfaction des utilisateurs: confidentialité (une étude; 2076 participants; OR 2,45 (IC 95%: 2,04, 2,95)); et accès (étudiants ayant un fournisseur de soins de santé régulier (deux études; total 4070; OR 1,33 (IC 95%: 1,15, 1,54)). Les 10 études transversales des LMIC ont montré que l'accès aux SHS était variable (quatre études ; total 5 772), allant de presque tous les étudiants (97%) à seulement 5,4% des adolescents. Une étude transversale des PRITI (625participants) a révélé qu'une forte proportion d'étudiants étaient déçus en termes de confidentialité (62%), respect de la vie privée (57%), écoute (85%), compréhension (83%), dialogue (82%), soutien (79%), information (51%), empathie (43%), respect (53%) et temps d'examen (71%). Les deux sous-groupes GDG ont discuté du fait que les preuves étaient limitées, en particulier dans les LMIC, ce qui a conduit le sous-groupe 1 à sélectionner "Incertitude ou variabilité éventuellement importante". Le sous-groupe 2 a plutôt estimé que les résultats très positifs dans HIC fournissaient une certaine certitude que des étudiants apprécient une SHS complète.Cependant, ce sous-groupe a estimé qu'une importante variabilité dans la prestation de services demeure, ce qui à son tour influence explique comment les étudiants peuvent valoriser les SHS dans la pratique, ce qui conduit à leur jugement de «<i>yvariabilité importante</i>».		
7. Quelle est l'importance des besoins en ressources (coûts)?	Varie	Varie (tels que les coûts de démarrage et de maintenance)
Justification: cette question n'a pas été examinée dans les revues et, en fait, aucune preuve n'a été trouvée à ce sujet dans les revues. Au cours de leur discussion, les membres du GDG ont soulevé plusieurs points en fonction de leur expérience et de leur expertise. Ils ont noté que les besoins en ressources peuvent être maintenus relativement bas si des professionnels de la santé spécialisés sont impliqués dans le renforcement des capacités du personnel, le suivi et la supervision plutôt que dans la prestation de services. Par exemple, dans les PRITI, les besoins en ressources peuvent être modérés, voire faibles, si un système de partage des tâches est créé, tandis que dans les HIC, les coûts peuvent être relativement faibles si les SHS créent un accès aux services de santé existants plutôt que d'en créer de nouveaux. Ces différents facteurs ont conduit à un jugement «<i>Variable</i>» par les deux sous-groupes. Le sous-groupe 2 a en outre choisi de souligner qu'il y aura probablement des coûts de démarrage importants dans la plupart des contextes ainsi que des coûts de maintenance, mais que ceux-ci doivent être évalués en termes de rapports avantages-coûts.		

Tableau 5 suite

Questions liées à la santé des enfants et adolescents scolarisés et/ou SHS	Jugement GDG	
	Sous-groupe 1	Sous-groupe 2
8. Quelle est la certitude de la preuve des coûts ?	Très lent	Très lent
Justification : des preuves limitées sur les coûts ont été trouvées dans les revues, de sorte que les deux sous-groupes ont jugé que la certitude des preuves des coûts était « très faible ».		
9. Un SHS complet est-il rentable ?	Favorise SHS	Favorise SHS
Justification : quatre études (7 704 au total) ont fourni des preuves de force modérée indiquant que les SHS complets étaient économiques. Trois études (au total 483 649 participants) ont montré des avantages-coûts. Les résultats évalués comprenaient : la réduction du nombre d'hospitalisations, la réduction de l'absentéisme, les économies Medicaid et la productivité des parents. Bien que ces études aient toutes été basées sur le HIC, les deux sous-groupes ont estimé que les preuves étaient en faveur du SHS.		
10. Quel serait l'impact sur l'équité en santé ?	Augmenté	Augmenté
Justification : les examens ont révélé que les centres de santé en milieu scolaire aux États-Unis d'Amérique aidaient les enfants et les adolescents afro-américains issus de familles à faible revenu à recevoir des soins de santé qu'ils n'auraient peut-être pas reçus autrement, réduisant ainsi l'écart dans les disparités potentielles en matière de soins de santé (67). Sur la base de leur expérience et de leur expertise conjointes, les deux sous-groupes ont en outre convenu que les SHS sont susceptibles d'accroître l'équité en santé. Le GDG a noté que l'un des rôles de SHS devrait spécifiquement être de travailler avec les enfants et les adolescents les plus vulnérables.		
11. Une SHS est-elle acceptable pour toutes les parties prenantes ?	Probablement oui	Probablement oui
Justification : dans les études de HIC, il y avait de fortes conclusions bénéfiques liées à l'acceptabilité du SHS en termes, par exemple, d'utilisation, d'accès et de confidentialité par les étudiants. Trois études transversales des LMIC ont fourni des résultats variables en termes de satisfaction du prestataire ou d'autres professionnels (total de 928 participants). Dans une étude menée en Irak, la satisfaction globale des directeurs d'école a été évaluée comme « assez satisfaite » (82). Dans une deuxième étude, en Turquie, une très forte proportion d'enseignants (337/360, 93,6 %) dans les écoles privées et 338/360 (93,9 %) dans les écoles publiques estimaient que les infirmières scolaires étaient nécessaires (83). Dans une troisième étude, en République islamique d'Iran, les auteurs ont indiqué que les normes étaient respectées dans 94 % des écoles pour les fonctions de premiers secours et de dépistage des infirmières, 69 % pour les consultations avec des collègues, des pairs et des consultants en santé mentale, 72 % pour la santé l'éducation, 76 % pour le diagnostic et 62 % pour la gestion de la planification de la santé avec les plans éducatifs, mais seulement 39 % pour l'utilisation d'un système d'évaluation approprié du plan pour les élèves, les parents et le personnel (84). Le GDG a discuté de la manière dont le SHS, s'il est conçu et mis en œuvre selon des normes élevées, pourrait bien être acceptable pour la plupart des parties prenantes, mais il y avait une incertitude quant à savoir si le SHS serait acceptable pour toutes les parties prenantes (telles que les élèves, les parents, le personnel de l'école, les membres de la communauté et responsables politiques) tels qu'ils sont formulés dans la question. Cela a influencé le jugement « Probablement oui » des deux sous-groupes.		
12. Est-il possible de mettre en œuvre un SHS ?	Varie	Oui
Justification : les revues systématiques ont généralement trouvé qu'il était possible de mettre en œuvre des SHS complets dans HIC. Cependant, ils peuvent être confrontés à des défis dans la mise en œuvre, notamment des contraintes de temps et de budget, des déplacements d'enfants au sein et entre les écoles, le roulement du personnel de SHS et des problèmes de communication entre SHS et le personnel de l'école (concernant, par exemple, les rôles du personnel de SHS). Le sous-groupe 2 a estimé que les SHS sont néanmoins faisables à mettre en œuvre et a jugé que la réponse était « Oui ». Le sous-groupe 1 a noté que des défis similaires étaient susceptibles de se produire dans les PRITI, où la faisabilité du SHS peut être particulièrement susceptible de varier entre les écoles et entre les pays, en fonction des ressources ; cela a conduit à leur jugement de "varie".		

Après que chaque sous-groupe du GDG ait discuté et répondu aux 12 questions du tableau 5, les deux sont parvenus indépendamment à un consensus pour répondre aux trois questions finales et déterminer une recommandation. Les réponses aux questions finales ont été unanimes dans les deux sous-groupes du GDG, comme suit.

1. Y a-t-il suffisamment de preuves pour faire une recommandation ? -> OUI
2. La recommandation est-elle en faveur de SHS ou contre SHS ? -> EN FAVEUR
3. La recommandation est-elle forte ou conditionnelle ? -> FORT

Les deux sous-groupes du GDG ont ensuite indépendamment et à l'unanimité convenu de recommander dans le

directive que SHS complet devrait être mis en œuvre dans les écoles. Cela a été évalué comme une recommandation forte, basée sur une certitude modérée des données probantes.

Il convient de souligner que la principale source de preuves pour les revues systématiques était 18 études contrôlées sur les HIC, et que ces recherches n'ont qu'une applicabilité limitée dans les PRFM. Bien qu'il soit utile que 19 études observationnelles supplémentaires des PFR-PRI aient également éclairé les revues systématiques, des études de meilleure qualité dans les PFR-PRI (telles que les essais contrôlés randomisés ou les études contrôlées non randomisées de SHS efficacité et acceptabilité) devrait être une future priorité de recherche.

Chapitre 5

Menu et recueil des interventions



5.1 Justification du menu et du recueil d'interventions

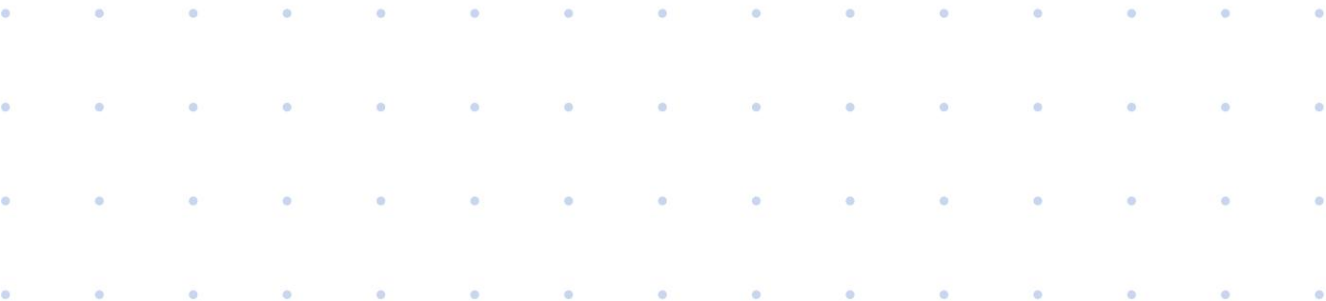
Les examens des SHS nationaux décrits dans la section 1.3 ont montré que les domaines de santé couverts et les types d'activités de SHS inclus dans les programmes nationaux de SHS varient considérablement d'un pays à l'autre. Les examens systématiques de l'efficacité et de l'acceptabilité des SHS complets menés pour fournir des informations de base pour cette ligne directrice ont abouti à des conclusions similaires, car une gamme de domaines de santé SHS et de types d'activités ont été décrits dans les études de SHS complets (voir chapitre 4). Cependant, les revues systématiques ont identifié très peu d'études comparant l'efficacité des SHS avec différentes gammes d'interventions. Le GDG a donc trouvé très difficile de faire des recommandations spécifiques sur la portée préférée de SHS sur la base de la revue de la littérature et des revues systématiques.

Afin de clarifier et de hiérarchiser davantage les domaines et les activités de santé qui devraient être inclus dans SHS, le GDG a demandé à l'OMS de compiler toutes les recommandations de l'OMS sur les services de santé pour les 5 à 19 ans (section 3.5.1) et de mener également une enquête mondiale de

Experts SHS (section 3.5.2). Sur la base de ces résultats, le GDG a identifié 94 interventions comme **essentielles en SHS partout** (n = 71), adaptées en SHS partout (n = 9), **indispensable ou adapté en SHS dans certains contextes géographiques uniquement** (n = 7) ou **INADAPTÉ EN SHS PARTOUT** (n = 7) (section 3.5.3).

Pour aider les pays et les programmes à choisir les interventions spécifiques à inclure dans leur SHS, le GDG a créé un menu de ces interventions.

Le tableau 6 montre le menu des interventions que le GDG a identifiées comme essentielles ou susceptibles d'être incluses dans SHS, organisées par domaine de santé, type d'activité de santé et catégorisation spécifique du GDG. L'annexe Web H fournit une version étendue de ce menu avec les sources d'interventions de l'OMS (section 3.5.4). Le tableau 6 et l'annexe Web H fournissent un aperçu simplifié. Ce menu d'un coup d'œil est lié à un recueil dans l'annexe Web A qui détaille la base de données mondiale publiée de l'OMS et les procédures ou activités spécifiques pour chacune des 87 interventions.



5.2 Libellé complet des interventions

Les 87 interventions que le GDG a identifiées comme essentielles ou appropriées au sein de SHS sont numérotées et abrégées dans le menu du tableau 6 et de l'annexe Web H, de sorte qu'elles peuvent être lues d'un coup d'œil. Le libellé complet et précis de chaque intervention est donné dans le tableau 7 et l'annexe Web A. Par exemple, I-69 sous sa forme abrégée est « Orientation vers la réadaptation et le soutien pour handicap » (tableau 6), mais sous sa forme longue, il s'agit de « Orientation et soutien à la réadaptation, à l'adaptation, aux technologies d'assistance, aux services d'assistance et de soutien pour

les personnes blessées ou handicapées (par exemple celles qui sont malvoyantes ou malentendantes ou qui ont des problèmes oculaires/oreilles, qui ont des handicaps physiques ou des troubles moteurs ou qui ont des blessures) » (tableau 7). En outre, pour chacune des 87 interventions répertoriées dans le tableau 7, des publications de l'OMS à l'appui sont citées. Ces publications peuvent être consultées directement pour plus d'informations, mais l'annexe Web A compile également des extraits des publications citées qui appuient et élaborent sur chaque intervention.

Tableau 7. Libellé complet des 87 interventions classées comme essentielles ou appropriées au sein de SHS, par lieu

Interventions organisées par catégorisation GDG (ac) et type d'activité de service de santé (1-7)	Source OMS
(a) Essentiel dans les services de santé scolaire partout	
1. PROMOTION DE LA SANTÉ	
I-01. Promotion de la recherche de soins en temps opportun auprès d'un prestataire approprié (7,94,95)	 Prise en charge partielle de GRC
I-02. Promotion de la littératie en santé (4,7,94,96,97)	 Autre soutien de l'OMS
I-03. Promotion de l'hygiène personnelle et du lavage des mains au savon (7,36,94,98–100)	 Autre soutien de l'OMS
I-04. Promotion des soins de santé bucco-dentaire (32,38)	 Autre soutien de l'OMS
I-05. Promotion d'une consommation réduite de sucre et de boissons sucrées (4,98,101–103)	 Prise en charge complète de GRC
I-06. Promotion d'une activité physique accrue et d'un comportement sédentaire limité (4,94,98,101–105)	 Prise en charge complète de GRC
I-07. Promotion de l'utilisation appropriée des appareils électroniques, par exemple télévision, Internet, jeux (19,94,97,106,107)	 Prise en charge partielle de GRC
I-08. Promotion d'un sommeil suffisant (94,97,107)	 Prise en charge partielle de GRC
I-09. Promotion de la gestion de l'hygiène menstruelle (4,19,39,94,100,108)	 Autre soutien de l'OMS
I-11. Promotion d'une exposition au soleil appropriée au contexte (p. ex. prévention des coups de soleil ou de la surchauffe; promotion d'une exposition appropriée pour la vitamine D) (108,109)	 Autre soutien de l'OMS
2. ÉDUCATION SANITAIRE	
I-13. Fourniture d'une éducation sanitaire sur la nutrition (4,7,94,97,101,108)	 Prise en charge complète de GRC
I-14. Fourniture d'une éducation sanitaire sur l'activité physique (4,94,97,98,99,101–103,105,108)	 Prise en charge complète de GRC

Tableau 7 suite

Interventions organisées par catégorisation GDG (ac) et type d'activité de service de santé (1-7)	Source OMS
2. ÉDUCATION SANITAIRE (SUITE)	
I-15. Fourniture d'une éducation à la santé sexuelle et reproductive (4,19,94,102,110–116)	 Prise en charge complète de GRC
I-16. Soutien à un programme de promotion de la santé (par exemple, éducation sexuelle basée sur le programme; programme sur la nutrition et l'activité physique) (4,39,94,97,100–102,110,111,113,115,117)	 Prise en charge complète de GRC
I-48. Fourniture d'une éducation sanitaire pour prévenir les blessures non intentionnelles courantes (par exemple, comment prévenir les blessures non intentionnelles à la maison, en jouant ou en faisant du sport et sur les routes) (105,108, 118,119)	 Prise en charge partielle de GRC
I-49. Fourniture d'une éducation sanitaire pour prévenir la violence, y compris la violence entre partenaires intimes, la violence sexuelle, la violence sexiste, l'intimidation et la violence des gangs (par exemple, des informations universelles sont fournies sur la prévention de la violence et des abus) (98,106–108,113,120)	 Prise en charge partielle de GRC
3. DÉPISTAGE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN LE CAS ÉCHÉANT	
I-27. Évaluer et assurer le respect des exigences de santé à l'entrée à l'école (par exemple, antécédents médicaux, examen physique complet et vaccination) (7,100,104,121)	 Autre soutien de l'OMS
I-28. Bilans de santé préventifs de routine (par exemple au début de l'école maternelle, primaire et secondaire pour évaluer la croissance physique, le développement moteur, la maturation sociale et émotionnelle et les problèmes d'alimentation et de sommeil et pour proposer des soins ou des références appropriés), répondant aux critères de l'OMS pour un programme de dépistage (7,38,94,96,108,122)	 Autre soutien de l'OMS
3. DÉPISTAGE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN LE CAS ÉCHÉANT (SUITE)	
I-31. Dépistage des problèmes oculaires et visuels (32,94,123)	 Autre soutien de l'OMS
I-32. Dépistage des problèmes d'oreille et d'audition (121,122,124–126)	 Autre soutien de l'OMS
I-33. Dépistage des problèmes de santé bucco-dentaire (32,38)	 Autre soutien de l'OMS
I-34. Dépistage des problèmes nutritionnels (par exemple, anémie, malnutrition, obésité) (7,38,127)	 Autre soutien de l'OMS
4. INTERVENTIONS PRÉVENTIVES (par exemple VACCINATIONS, ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS DE MASSE)	
I-38. Administration des vaccins recommandés pour tous les enfants (p. ex., diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, virus du papillome humain (femmes seulement), rougeole, rubéole) (4,43,94,100,104,128–131)	 Prise en charge complète de GRC
5. ÉVALUATION CLINIQUE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN LE CAS ÉCHÉANT	
I-29. Effectuer des évaluations HEADSSS ou équivalentes, c'est-à-dire des évaluations des comportements à risque des adolescents liés à la maison, à l'éducation/à l'emploi, à l'alimentation, à l'activité, aux drogues, à la sexualité, à la sécurité et aux pensées suicidaires/dépression (pour détecter les problèmes de santé et de développement des adolescents; si leur comportement les met à risque effets négatifs sur la santé et les facteurs importants de leur environnement qui augmentent la probabilité de ces comportements) (4,107,108)	 Autre soutien de l'OMS
I-30. Identification des difficultés de développement et des incapacités (94y132)	 Autre soutien de l'OMS

Tableau 7 suite

Interventions organisées par catégorisation GDG (ac) et type d'activité de service de santé (1-7)	Source OMS
5. ÉVALUATION CLINIQUE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN APPROPRIÉS (SUITE)	
I-44. Conseils et soins liés au développement physique et psychosocial de l'enfant (par exemple, puberté, changements cutanés, image corporelle, hygiène, mariage précoce) (4,7,39,94,97,98,102,107,108,115,117,133,134)	 Prise en charge partielle de GRC
I-47. Conseils sur la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances (94,102,107,108,135–139)	 Prise en charge partielle de GRC
I-50. Conseils pour prévenir la violence, y compris la violence entre partenaires intimes, la violence sexuelle, la violence sexiste, l'intimidation et la violence des gangs (p. ex. approches thérapeutiques sélectionnées pour les jeunes à haut risque) (95,120,140,141)	 Prise en charge partielle de GRC
I-51. Conseils en matière de contraception (par exemple, brève communication liée à la sexualité; conseils sur la contraception pour permettre un choix volontaire et éclairé; référence ou fourniture de contraception si demandé après le conseil et juridique) (39,102,103,115,142)	 Prise en charge complète de GRC
I-52. Conseils sur les méthodes de prévention du VIH/infections sexuellement transmissibles (par exemple, brève communication liée à la sexualité; conseils sur l'utilisation correcte du préservatif pour permettre un choix volontaire et éclairé; orientation ou fourniture de préservatifs sur demande après le conseil et l'assistance juridique) (4,39,101,112,116,142,143)	 Prise en charge partielle de GRC
I-54. Orientation et soutien pour la prophylaxie pré-exposition et/ou post-exposition au VIH (144–146)	 Prise en charge partielle de GRC
I-55. Orientation et soutien aux services de dépistage du VIH (4,7,94,112,116,144,147)	 Prise en charge complète de GRC
I-56. Fourniture de premiers soins, c'est-à-dire identification et hiérarchisation des problèmes, fourniture de soins immédiats et orientation vers un traitement médical complet, si nécessaire (par exemple, affections aiguës telles que l'asthme, le diabète, les convulsions; saignements ou blessures; problèmes de santé mentale, y compris l'automutilation; allergie potentiellement mortelle; empoisonnement et envenimation; toxicomanie) (4,7,98,104,105,118,148–156)	 Prise en charge complète de GRC
I-57. Administration de médicaments en vente libre et prescrits par un fournisseur de soins de santé scolaire (7,94,96,98,127,149,155,157–161)	 Prise en charge partielle de GRC
I-58. Orientation et soutien pour le contrôle et la gestion de la douleur, p. ex. maux de tête (7,94,98, 107,108,153,158)	 Prise en charge complète de GRC
I-59. Orientation et soutien pour la prise en charge des symptômes non spécifiques (par exemple diarrhée, fièvre) (4,7,41,94,104,154,155,162)	 Prise en charge partielle de GRC
I-61. Orientation et soutien pour la prise en charge des infections courantes (p. ex. oreille, œil bucco-dentaire, peau, gorge, voies urinaires) (4,7,94,107,108,123,133,155)	 Prise en charge partielle de GRC
I-62. Orientation et soutien pour la prise en charge des maladies infectieuses moins courantes (par exemple, infections osseuses, choléra, dengue, dysenterie, helminthes, infections articulaires, paludisme, méningite, autres maladies tropicales négligées, coqueluche, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, septicémie, fièvre typhoïde, tuberculose, virus encéphalite) (7,32,94,98,102,154,155,163–170)	 Prise en charge partielle de GRC
I-64. Orientation et soutien pour les soins chroniques des enfants infectés par le VIH (4,94,98,103,112,116,143,147,155,162,171–176)	 Prise en charge complète de GRC
I-65. Orientation et soutien pour la prise en charge de l'anémie (par exemple, supplémentation en fer) (7,41,94,100,105,107,108,177–179)	 Prise en charge partielle de GRC

Tableau 7 suite

Interventions organisées par catégorisation GDG (ac) et type d'activité de service de santé (1-7)	Source OMS
5. ÉVALUATION CLINIQUE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN APPROPRIÉS (SUITE)	
I-66. Orientation et soutien pour le surpoids et l'obésité (94,97,101,105,149)	 Prise en charge complète de GRC
I-67. Orientation et soutien pour la prise en charge de l'asthme (94,98,105,149,154,155,161)	 Prise en charge complète de GRC
I-68. Orientation et soutien pour la prise en charge d'autres maladies chroniques (par exemple, troubles/retards de développement, diabète, maladies cardiaques, convulsions, drépanocytose) (4,7,94,98,101,104–106,132,149,150,180)	 Prise en charge partielle de GRC
I-69. Orientation et soutien vers des services de réadaptation, d'adaptation, de technologie d'assistance, d'assistance et de soutien pour les personnes blessées ou handicapées (par exemple, les personnes malvoyantes ou malentendantes ou ayant des problèmes oculaires / auditifs, qui ont des handicaps physiques ou des troubles moteurs, qui ont subi des mutilations génitales féminines (MGF) ou qui ont des blessures sportives) (4,94,104,121,123–126,151,181–183)	 Prise en charge partielle de GRC
I-70. Orientation et soutien pour la prise en charge des blessures infantiles courantes (par exemple, blessures à la tête, à la poitrine et à l'abdomen; fractures; plaies) (4,104,105,118,151,152,154,184)	 Prise en charge complète de GRC
I-71. Référence et soutien pour la gestion des brûlures (4,94,104,153,185)	 Autre soutien de l'OMS
I-72. Orientation et soutien pour la prise en charge des noyades non mortelles et des complications connexes (p. ex. déficience respiratoire, invalidité de longue durée) (94,118)	 Prise en charge partielle de GRC
I-73. Orientation et soutien des victimes de violence (par exemple, maltraitance et négligence des enfants par les parents ou d'autres personnes qui s'occupent d'eux; violence collective; violence sexiste ou sexuelle; pratiques culturelles néfastes, telles que les MGF, le mariage d'enfants et le mariage forcé; violence entre adolescents; et violence par partenaires intimes) (4,7,39,94,95,98,102,104,106–108,113,117,120,136,143,144,181,184)	 Prise en charge complète de GRC
I-74. Orientation et soutien pour la prise en charge de la grossesse, y compris la possibilité pour les adolescentes enceintes ou parentales de poursuivre ou de retourner à l'école (4,39,102,107,108,115,116,185–187)	 Prise en charge complète de GRC
I-75. Orientation et soutien pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (4,104,107,108,112,120,143,144,185,188–192)	 Prise en charge complète de GRC
I-76. Fournir des conseils à court terme ou une intervention de crise axée sur la santé mentale ou les problèmes de situation (p. ex. deuil, transitions difficiles) (4,19,32,104,108,193,194)	 Prise en charge partielle de GRC
I-78. Orientation et soutien pour la prise en charge des troubles du comportement courants chez les enfants (p. ex. trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention) (4,19,94,98,104,159,195,196)	 Prise en charge complète de GRC
I-79. Orientation et soutien pour la prise en charge des troubles émotionnels, anxieux et dépressifs (4,19,32,98,102,104,144,160,181,197–199)	 Prise en charge complète de GRC
I-80. Orientation et soutien pour la prise en charge des troubles de l'alimentation (p. ex. anorexie, boulimie) (19,94,103,107,108)	 Autre soutien de l'OMS
I-81. Référence et soutien pour la gestion du stress (19,32,104,108,144,181,193,194)	 Prise en charge partielle de GRC
I-82. Orientation et soutien pour la gestion du risque d'automutilation et/ou de suicide (4y184y200)	 Prise en charge complète de GRC

Tableau 7 suite

Interventions organisées par catégorisation GDG (ac) et type d'activité de service de santé (1-7)	Source OMS
5. ÉVALUATION CLINIQUE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN APPROPRIÉS (SUITE)	
I-83. Orientation et soutien pour la prise en charge des troubles somatoformes (c'est-à-dire des symptômes physiques suggérant une maladie ou une blessure, mais qui ne peuvent être entièrement expliqués par une affection médicale générale ou par l'effet direct d'une substance) et d'autres affections psychosomatiques (19,32,104,201)	 Prise en charge complète de GRC
I-84. Orientation et soutien pour la prise en charge des troubles psychotiques (19,32,104,160)	 Prise en charge complète de GRC
I-85. Orientation et soutien pour la gestion de l'usage nocif d'une substance (par exemple, alcool, drogues illicites) (4,102,104,135,136,148,160)	 Prise en charge complète de GRC
I-86. Orientation et soutien pour la gestion de la dépendance à une substance (p. ex. alcool, drogues illicites) (4,102,135–139,160)	 Prise en charge complète de GRC
I-87. Orientation et soutien pour la gestion du sevrage de substances (4,102, 135–139,160)	 Prise en charge complète de GRC
6. GESTION DES SERVICES DE SANTÉ	
I-25. Utilisation appropriée des données au niveau de la population pour la planification de la santé scolaire (4,94,108,113,121,202)	 Autre soutien de l'OMS
I-26. Collecte, analyse et utilisation de données sur l'utilisation des services de santé scolaire et la qualité des soins, pour surveiller les performances et soutenir l'amélioration de la qualité et pour l'évaluation et la planification (4,7,94,96,202)	 Autre soutien de l'OMS
I-60. Mise en œuvre et soutien d'un plan de gestion des risques de l'établissement de santé lié aux systèmes de soins primaires, secondaires et tertiaires (par exemple, protocole si les services de santé scolaire doivent fournir des services essentiels lors d'urgences complexes) (4,7,94,99,101,104,105,151,154,188,203–205)	 Autre soutien de l'OMS
I-63. Gestion des épidémies de maladies infectieuses à l'école, y compris la surveillance, le signalement des épidémies suspectées aux autorités sanitaires et le respect des protocoles d'isolement ou de quarantaine (par exemple, choléra; conjonctivite; coronavirus; dysenterie; fièvre aphteuse; grippe; méningococcie; rubéole; gale; écarlate fièvre; tuberculose; typhoïde; varicelle) (98,100,154,204–212)	 Prise en charge partielle de GRC
7. SOUTIEN AUX AUTRES PILIERS D'UNE ÉCOLE PROMOTRICE DE SANTÉ	
I-17. Soutien aux politiques scolaires sur la promotion générale de la santé (par exemple, liées aux maladies chroniques, à l'hygiène et à la nutrition) (4,39,94,97,100,101,104,105)	 Prise en charge partielle de GRC
I-18. Appui aux politiques scolaires de promotion de la santé mentale, y compris les services d'écoute (préconsulting) (4,7,94,100,102,105,117)	 Prise en charge partielle de GRC
I-19. Soutien aux politiques scolaires sur la réduction des risques et la prévention des maladies/blessures (par exemple, prévention des grossesses chez les adolescentes, de la violence à l'école et de la toxicomanie) (4,32,39,94,95,102,104,105,112–115,118,119,143,213,214)	 Prise en charge partielle de GRC
I-20. Soutien aux politiques scolaires qui traitent de l'intimidation et du harcèlement (4,7,19,94,102,105,106,114–116,140,184)	 Prise en charge partielle de GRC
I-21. Soutien aux politiques scolaires sur la prévention et la réponse à l'anaphylaxie (4,104,156,215)	 Prise en charge partielle de GRC

Tableau 7 suite

Interventions organisées par catégorisation GDG (ac) et type d'activité de service de santé (1-7)	Source OMS
7. SOUTIEN AUX AUTRES PILIERS D'UNE ÉCOLE PROMOTRICE DE SANTÉ (SUITE)	
I-22. Soutien à d'autres aspects d'une école-santé (par exemple, contenu nutritionnel des programmes d'alimentation scolaire; inspection de la sécurité alimentaire; engagement avec la communauté pour faire de l'école un lieu sain) (4,7,41,94,100,101,105,114)	 Prise en charge partielle de GRC
(b) Approprié partout dans les services de santé scolaire	
1. PROMOTION DE LA SANTÉ	
I-10. Promotion des compétences parentales responsables pour tous les élèves (4 216)	 Autre soutien de l'OMS
3. DÉPISTAGE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN LE CAS ÉCHÉANT	
I-37. Dépistage des problèmes de santé mentale (p. ex. pour identifier les élèves à risque de mauvais résultats en matière de santé mentale et/ou qui pourraient avoir besoin d'un suivi ou d'une orientation) (4,19,32,104,141,200,217)	 Autre soutien de l'OMS
4. INTERVENTIONS PRÉVENTIVES (par exemple VACCINATIONS, ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS DE MASSE)	
I-40. Administration des vaccins recommandés pour les enfants de certaines populations à haut risque (par exemple, choléra, dengue, hépatite A, méningocoque, rage, typhoïde) (94,100,130,209)	 Prise en charge complète de GRC
5. ÉVALUATION CLINIQUE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN LE CAS ÉCHÉANT	
I-43. Intervention psychosociale pour promouvoir le bien-être et le fonctionnement (par exemple, encourager et/ou aider un enfant à: dormir suffisamment; manger régulièrement; être actif physiquement; participer à des activités sociales; passer du temps avec des amis et des membres de la famille de confiance; éviter de consommer de l'alcool, drogues et nicotine; et développer des compétences interpersonnelles, la régulation des émotions et des compétences en résolution de problèmes et en gestion du stress) (4,19,100,102,104,117)	 Prise en charge complète de GRC
I-45. Conseils et soutien à l'aidant d'un enfant concernant le développement physique et psychosocial de l'enfant (par exemple, nutrition, activité physique, puberté, développement positif à l'adolescence, santé sexuelle et reproductive) (4,7,19,39,94,97,98,101,102,104,105,107,108,143,147,160,180,193,196,197,218)	 Prise en charge partielle de GRC
I-46. Conseils sur la nutrition, l'activité physique et un plan de gestion, si nécessaire (7,94,101,104,105,107,108)	 Prise en charge partielle de GRC
7. SOUTIEN AUX AUTRES PILIERS D'UNE ÉCOLE PROMOTRICE DE SANTÉ	
I-23. Formation du personnel scolaire sur les premiers secours, la promotion de l'hygiène, etc. (4,38,105,110,113,128,151)	 Autre soutien de l'OMS
I-24. Inspection de l'environnement physique de l'école (par exemple, prévention des blessures; installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène) (4,7,94,98,99,106,113,119,154)	 Autre soutien de l'OMS
I-77. Orientation et soutien pour les personnes qui s'occupent d'enfants (par exemple, les étudiants qui fournissent un soutien non rémunéré à un parent qui ne pourrait pas se débrouiller sans cette aide)	 Aucune source OMS identifiée

Tableau 7 suite

Interventions organisées par catégorisation GDG (ac) et type d'activité de service de santé (1-7)	Source OMS
7. SOUTIEN AUX AUTRES PILIERS D'UNE ÉCOLE PROMOTRICE DE SANTÉ (SUITE)	
<i>(c) Essentiel ou adapté aux services de santé scolaire dans certaines zones géographiques uniquement</i>	
1. PROMOTION DE LA SANTÉ	
<i>I-12. Fourniture et promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (41,94,104,154)</i>	 Autre soutien de l'OMS
3. DÉPISTAGE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN LE CAS ÉCHÉANT	
<i>I-35. Dépistage du diabète de type II (127)</i>	 Autre soutien de l'OMS
<i>I-36. Dépistage des maladies infectieuses (par exemple, tuberculose; maladies tropicales négligées, telles que la maladie de Chagas; COVID-19) (114,188,205)</i>	 Autre soutien de l'OMS
4. INTERVENTIONS PRÉVENTIVES (par exemple VACCINATIONS, ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS DE MASSE)	
<i>I-39. Administration des vaccins recommandés pour les enfants résidant dans certaines régions (ex. encéphalite japonaise) (94,100,130)</i>	 Prise en charge complète de GRC
<i>I-41. Administration massive de médicaments (par exemple pour les helminthes transmis par le sol, la schistosomiase, le trachome, le paludisme, la filariose lymphatique) (32,41,94,98,100,103,127,154,167,219,220)</i>	 Prise en charge complète de GRC
<i>I-42. Supplémentation en fer, acide folique et autres micronutriments (94,100,102,104,127,177–179)</i>	 Prise en charge complète de GRC
5. ÉVALUATION CLINIQUE MENANT À DES SOINS ET/OU UNE RÉFÉRENCE ET UN SOUTIEN LE CAS ÉCHÉANT	
<i>I-53. Orientation et soutien pour la circoncision masculine médicale volontaire (4,103,104,112,116)</i>	 Prise en charge complète de GRC

Remarque : cette liste contient le libellé précis de chaque intervention ; le libellé utilisé dans le menu est abrégé dans certains cas.

L'encadré 5 énumère les sept interventions classées par le GDG comme ne pouvant être incluses dans SHS. Ceux-ci relevaient des catégories d'activités de santé du dépistage

et interventions préventives (vaccinations). Il est important de noter que certaines de ces interventions peuvent convenir à d'autres types de services de santé.

ENCADRÉ 5.

Interventions qui ne peuvent pas être incluses dans SHS

Le GDG a classé sept interventions comme ne pouvant être incluses dans SHS. Certaines de ces interventions sont appuyées par les directives de l'OMS pour une utilisation dans d'autres contextes de soins de santé ; certains ne sont actuellement pas mentionnés dans les directives de l'OMS, tandis que d'autres ont des recommandations de l'OMS qui stipulent qu'ils ne doivent PAS être mis en œuvre dans aucun établissement de soins de santé.

Les directives de l'OMS appuient ces interventions dans d'autres contextes de soins de santé:

1. administration des vaccinations recommandées

pour les enfants ayant des problèmes de santé spécifiques (comme la grippe saisonnière pour les enfants ayant des problèmes de santé spécifiques) (43); et 2. le dépistage de la consommation de substances (comme le tabac, l'alcool et les drogues illicites) (217).

Les documents d'orientation de l'OMS ne mentionnent actuellement pas ces interventions:

3. dépistage de l'hypertension ;

4. dépistage de la scoliose; et

5. dépistage d'autres maladies chroniques qui peuvent ne pas être diagnostiquées, telles que l'asthme et la drépanocytose.

Les directives de l'OMS recommandent de NE PAS mettre en œuvre ces interventions:

6. dépistage (universel) des mauvais traitements par un parent ou un tuteur (95) ; et

7. Dépistage (universel) de l'exposition à la violence conjugale (120).

5.3 Catégorisation finale des interventions et sources OMS des interventions

Le tableau 8 résume la catégorisation finale et les sources de l'OMS pour les 94 interventions dont l'inclusion dans le SHS a été envisagée par le GDG. Notamment, 61 des 87 interventions que le GDG a classées comme essentielles ou appropriées bénéficient d'un soutien total ou partiel du GRC. L'examen n'a pas été en mesure d'identifier une recommandation explicite dans une source mondiale de l'OMS pour l'une des interventions qui a été ajoutée à la liste des interventions du GDG (I-77. Orientation et soutien aux personnes qui s'occupent d'enfants, par exemple les étudiants qui

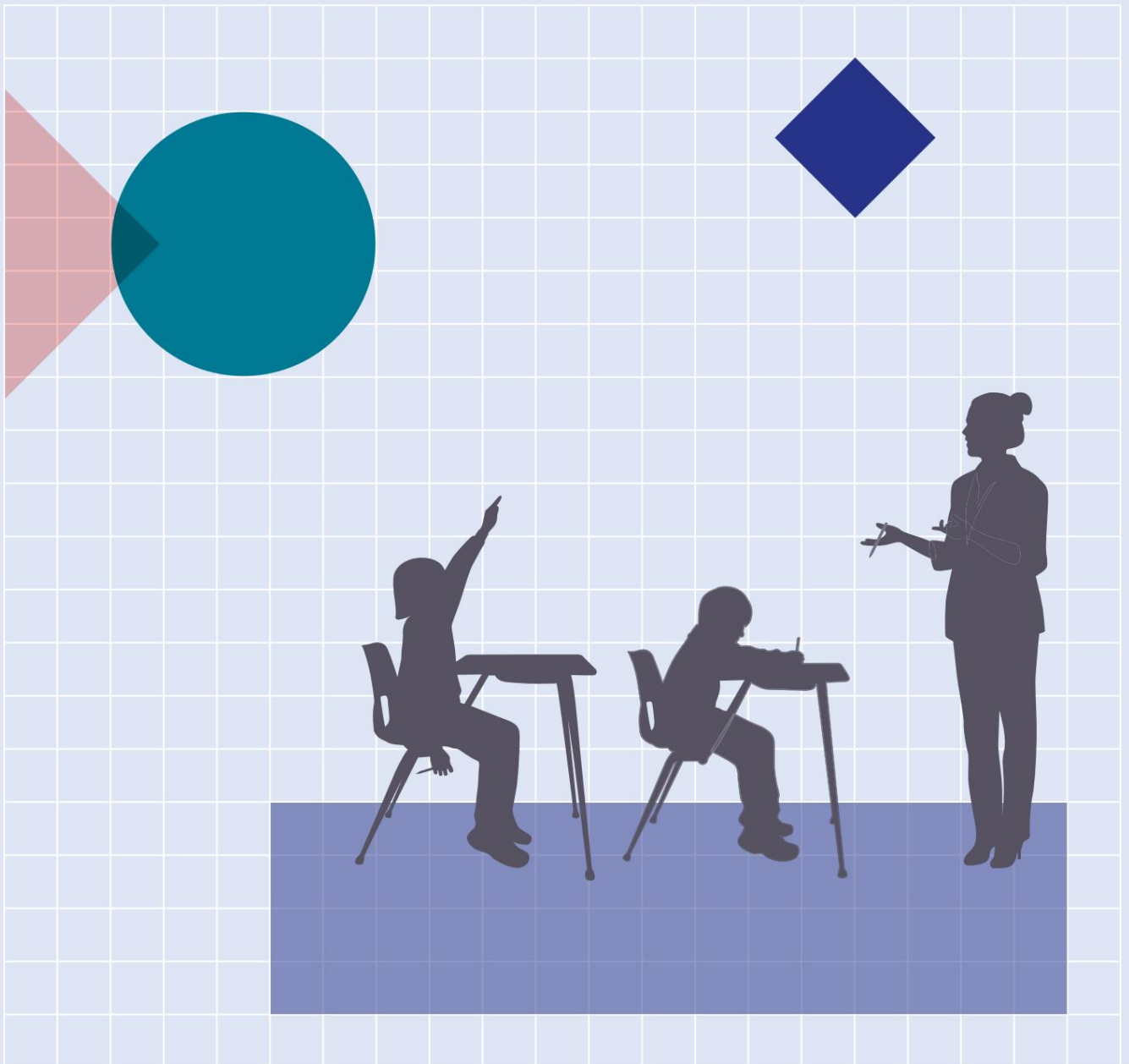
soutien à un parent qui ne pourrait pas se passer de cette aide). La majorité de ces interventions – approuvées par le GRC et autres – ont été largement évaluées pour les 5 à 19 ans et non spécifiquement pour la prestation au sein de SHS. Pour plus d'informations, l'annexe Web H fournit des exemples d'interventions pour chaque type de «source OMS», avec un soutien pertinent du recueil d'interventions avec des preuves de l'OMS dans l'annexe Web A.

Tableau 8. Nombre d'interventions selon la source de l'OMS et la catégorisation des GDG comme essentielles, appropriées ou inadéquates au sein de SHS, par lieu

Statut OMS	Catégorisation comme essentiel/adapté/inadapté par emplacement (nombre d'interventions)				Total
	Essentiel partout	Convient partout	Indispensable ou adapté dans certaines zones géographiques uniquement	INAPPROPRIÉ	
 GRC complet	26	2	4	1	33
 GRC partiel	27	2	0	0	29
 Autre OMS	18	4	3	1	26
 Pas d'OMS source identifiée	0	1	0	5	6
Total	71	9	7	7	94

Chapitre 6

Implémentation de Directive de l'OMS sur le SHS



6.1 Diffusion des directives de l'OMS sur le SHS

La directive actuelle est diffusée sous forme de publication imprimée et est également affichée avec ses annexes Web sur le site Web de l'OMS. Ce sera

être diffusé par l'intermédiaire d'un vaste réseau de partenaires internationaux, y compris les bureaux nationaux et régionaux de l'OMS, les ministères de l'éducation et de la santé, les centres collaborateurs de l'OMS, les universités et d'autres organismes des Nations Unies et organisations non gouvernementales (ONG). La directive a été élaborée en anglais et sera traduite dans d'autres langues officielles de l'OMS pour une diffusion plus large, en collaboration avec les bureaux régionaux de l'OMS.

L'utilisation de la technologie numérique sera également explorée dans la diffusion et la mise en œuvre de la directive de l'OMS sur les SHS. L'encadré 6 décrit les manières dont les interventions numériques peuvent être utilisées pour diffuser et mettre en œuvre la directive. La section 6.2 décrit brièvement d'autres considérations de mise en œuvre, mais on s'attend à ce que des documents d'orientation détaillés sur la mise en œuvre de la SHS de l'OMS soient produits dans les années à venir pour faciliter l'opérationnalisation de la directive. menu de recommandation et d'intervention.

ENCADRÉ 6.

Utilisation de la technologie numérique pour soutenir la diffusion et la mise en œuvre de la ligne directrice

L'OMS a identifié un large éventail d'approches de santé numérique qui peuvent être utiles au sein des systèmes de santé (221,222), dont certaines pourraient également être utiles dans les directives de l'OMS sur la diffusion et la mise en œuvre du SHS, en fonction du contexte national. Voici des exemples de technologies numériques qui pourraient être explorées pour une utilité potentielle du SHS (223) :

- étudiants et familles : communication ciblée et non ciblée (y compris transmission d'informations sur la santé ou alertes d'événements de santé) ; les rapports basés sur les citoyens (tels que les rapports sur les commentaires du système de santé ou les événements de santé publique) ;
- prestataires de soins de santé : fourniture de contenus de formation et d'éducation aux agents de santé ; aide à la décision du fournisseur ; télémedecine (télésurveillance de la santé des étudiants, par exemple) ; inscription des étudiants et dossiers médicaux ; suivi

de l'état de santé et des services des patients/clients ; communication fournisseur ; coordination de l'aiguillage ; planification et ordonnancement ; entraînement ; gestion des médicaments ; gestion de laboratoire et d'imagerie diagnostique ;

- gestionnaires du système de santé : gestion des ressources humaines ; notification des stocks et gestion des produits ; notification des événements de santé publique ; financement de la santé ; gestion des équipements et des actifs ; gestion des installations ; et
- services de données : collecte, gestion et utilisation des données ; cartographie de localisation.

Bon nombre de ces activités peuvent être réalisées via des appareils mobiles, ce qui les rend applicables dans des contextes à faibles ressources où des systèmes informatisés étendus peuvent ne pas être disponibles ou réalisables. Cependant, ils peuvent également être déployés via des appareils numériques non mobiles, tels que des ordinateurs de bureau (221).

6.2 Adaptation nationale des directives de l'OMS sur le SHS

Il s'agit d'une directive mondiale, de sorte que les États membres de l'OMS sont censés adapter la recommandation et le menu d'intervention de SHS en fonction de leur contexte et de leur faisabilité locale. Les bureaux régionaux et nationaux de l'OMS seront en mesure de contribuer à ces processus.

6.2.1 SHS dans le cadre de stratégies nationales de santé plus larges

Les programmes SHS existent déjà sous une forme ou une autre dans la plupart des pays, donc dans la plupart des cas, les gouvernements ne créeront pas un programme SHS national à partir de zéro, mais évalueront et amélioreront stratégiquement un programme existant pour le rendre plus complet et fondé sur des preuves. Dans les deux cas, le développement ou l'amélioration de la programmation SHS nationale doit avoir lieu dans le cadre d'une stratégie nationale plus large pour la santé.

L'OMS a produit des orientations pratiques sur l'élaboration de stratégies nationales pour la santé qui peuvent être adaptées à de tels efforts (224-226). Par exemple, la publication de 2016 de l'OMS *Strategizing national health in the 21st century: a handbook* (225) décrit les étapes clés de l'élaboration de stratégies nationales de santé qui peuvent être adaptées à l'élaboration de stratégies SHS nationales, notamment:

- consultation de la population sur les besoins et attentes;
- analyse intersectorielle de la situation ;
- l'établissement de priorités pour les politiques, stratégies et plans nationaux ;
- la planification stratégique (transformer les priorités en plans) ;
- la planification opérationnelle (transformer les plans en action) ;
- estimer les implications financières d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan ;
- budgétisation de la santé ;
- le suivi, l'évaluation et l'examen des politiques, stratégies et plans ;
- législation, réglementation et élaboration de stratégies ;
- élaborer des stratégies pour la santé au niveau infranational ;
- planification intersectorielle pour la santé et l'équité ; et
- élaborer des stratégies dans des contextes de détresse.

6.2.2 Un modèle organisationnel de SHS

La Fig. 5 fournit un modèle organisationnel de base de SHS qui montre les principales parties prenantes impliquées dans

Programmation SHS. Du niveau national au niveau local, il est important que SHS soit dirigé par une étroite collaboration des secteurs de la santé et de l'éducation.

Collaboration entre la santé et l'éducation

secteurs est idéal pour mettre en œuvre tous les piliers de la SPS, mais pour fournir efficacement un SHS complet, une véritable collaboration étroite des secteurs de la santé et des secteurs de l'éducation est essentielle.

6.2.2.1 Politique nationale, planification et financement

Outre les secteurs de la santé et de l'éducation, d'autres secteurs peuvent également jouer un rôle précieux dans la politique, la planification et le financement au niveau national, y compris d'autres ministères (tels que les services sociaux, l'eau et l'assainissement), le secteur privé

et les ONG.

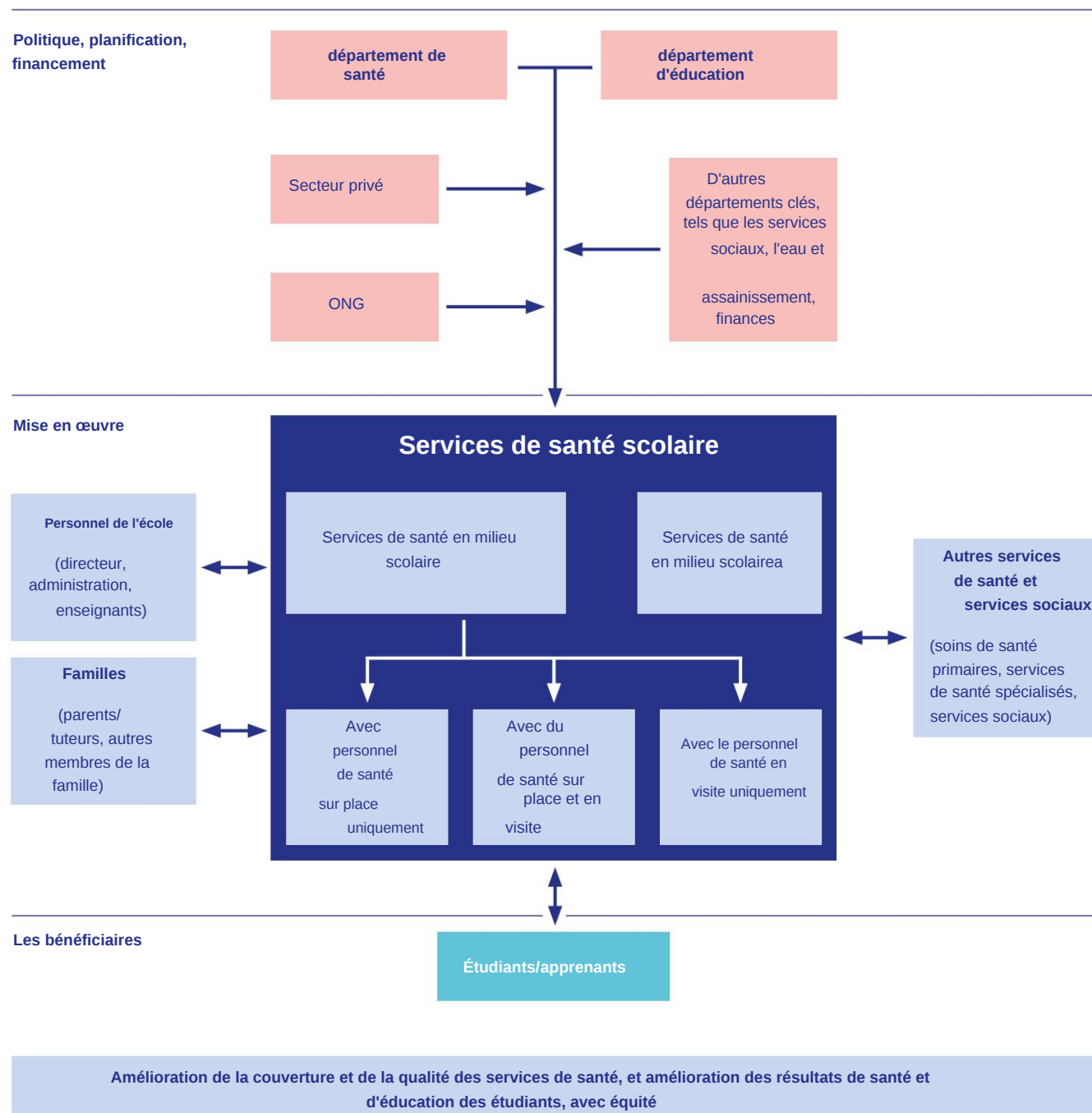
6.2.2.2 Mise en œuvre locale

Le SHS peut être mis en œuvre à travers différentes structures au niveau local. Le plus souvent, il s'agit de services de santé en milieu scolaire, c'est-à-dire des services fournis uniquement par du personnel de santé sur place, à la fois par du personnel de santé sur place et itinérant ou uniquement par du personnel de santé itinérant (8). Cependant, le SHS peut également (ou à la place) être fourni par le biais de services liés à l'école ; il s'agit de SHS qui ne sont pas physiquement situés à l'intérieur de l'école mais qui sont fournis à l'extérieur des locaux de l'école (dans des établissements de soins primaires ou des centres communautaires, par exemple). Ces établissements et/ou prestataires SHS liés à l'école ont un accord formel avec l'administration de l'école pour fournir des services de santé à leurs élèves/apprenants. Les agents de santé qualifiés (tels que les infirmières, les agents cliniques, les médecins, les assistants médicaux, les physiothérapeutes, les dentistes, les psychologues et les conseillers) devraient constituer le personnel principal du SHS. Ils doivent travailler en étroite collaboration avec le personnel du secteur de l'éducation (y compris les directeurs d'école, les administrateurs et les enseignants) et le personnel d'autres parties des services sanitaires et sociaux (tels que les soins de santé primaires, les services spécialisés ou les travailleurs sociaux). De plus, ils doivent communiquer directement avec les parents pour coordonner les soins d'un élève liés, par exemple, à l'aiguillage et au suivi.

6.2.2.3 Bénéficiaires

Les principaux bénéficiaires de SHS sont les étudiants/apprenants. De plus, les étudiants et leurs familles peuvent aider à informer et à surveiller SHS par le biais de la recherche participative et d'autres activités.

Fig. 5. Un modèle organisationnel de SHS



a SHS qui sont fournis à l'extérieur des locaux de l'école par des établissements et/ou des prestataires qui ont un accord formel avec l'administration de l'école pour fournir des services de santé à leurs élèves/apprenants.

6.2.3 Priorisation des conditions de santé et des interventions au sein de SHS

Les gouvernements nationaux doivent identifier et traiter leurs priorités particulières en matière de programmation SHS, car :

- la nature, l'ampleur et l'impact des enfants et les besoins de santé des adolescents sont uniques dans chaque pays ;
- tous les gouvernements sont confrontés à des contraintes de ressources, ils doivent donc faire des choix difficiles pour s'assurer que leurs ressources SHS sont utilisées le plus efficacement possible ; et
- la structure et le fonctionnement du système de santé dans son ensemble varient d'un pays à l'autre.

Il existe plusieurs documents mondiaux qui fournissent des conseils sur la manière dont les gouvernements nationaux peuvent hiérarchiser les conditions de santé et les interventions pour leur population. Ceux-ci peuvent être adaptés par les décideurs politiques et les développeurs de programmes qui décident quelles interventions doivent être incluses dans SHS. L'encadré 7 énumère quelques ressources clés qui peuvent être utilisées dans ce processus.

Par exemple, le mondial AA-HA! Guidage (4) et ses annexes et appendices (19) décrivent comment les gouvernements peuvent hiérarchiser les interventions de santé des adolescents en trois étapes : une évaluation des besoins, une analyse du paysage et un exercice de hiérarchisation. De même, les décideurs politiques et les concepteurs de programmes SHS peuvent évaluer les besoins et le contexte particuliers de leur pays en matière de santé des enfants et des adolescents avant de développer – ou d'améliorer – les programmes SHS. Cela comprendrait :

- une évaluation des besoins pour identifier les conditions qui ont le plus grand impact sur la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, à la fois dans leur ensemble (par âge, sexe et région du pays) et parmi celles les plus vulnérables ;

- une analyse paysagère de :
 - les programmes, politiques, législations, capacités et ressources de santé scolaire existants et leurs relations avec le reste des systèmes de santé et d'éducation dans le pays ; – les orientations mondiales et locales actuelles sur les interventions fondées sur des données probantes ; un point de départ pour ce processus peut être le menu des interventions
- (Tableau 6 et Annexe Web H) et son compendium (voir l'Annexe Web A), qui compile des extraits des directives de l'OMS spécifiques à chaque intervention et cite les sources de l'OMS qui peuvent être consultées pour de plus amples informations ; et

- établissement de priorités qui tient compte :
 - la gravité, la fréquence, l'ampleur et conséquences de charges particulières ; – les besoins des adolescents les plus vulnérables ; – l'existence de dispositifs efficaces, appropriés, des interventions acceptables, réalisables et/ou rentables pour réduire les charges ; – la disponibilité des ressources et la capacité de mettre en œuvre ou d'étendre équitablement les interventions prioritaires au sein de SHS ; et
 - GDG intervention catégorisation des interventions comme **essentielles en SHS partout**, adaptées en SHS partout, *essentielles ou adaptées en SHS dans certaines zones géographiques uniquement*, et **INADAPTABLES EN SHS PARTOUT** (menu des interventions dans le tableau 6 et l'annexe Web H ; compendium des interventions en SHS Annexe A).

La figure 6 donne un aperçu de l'établissement des priorités nationales d'intervention SHS.

ENCADRÉ 7.

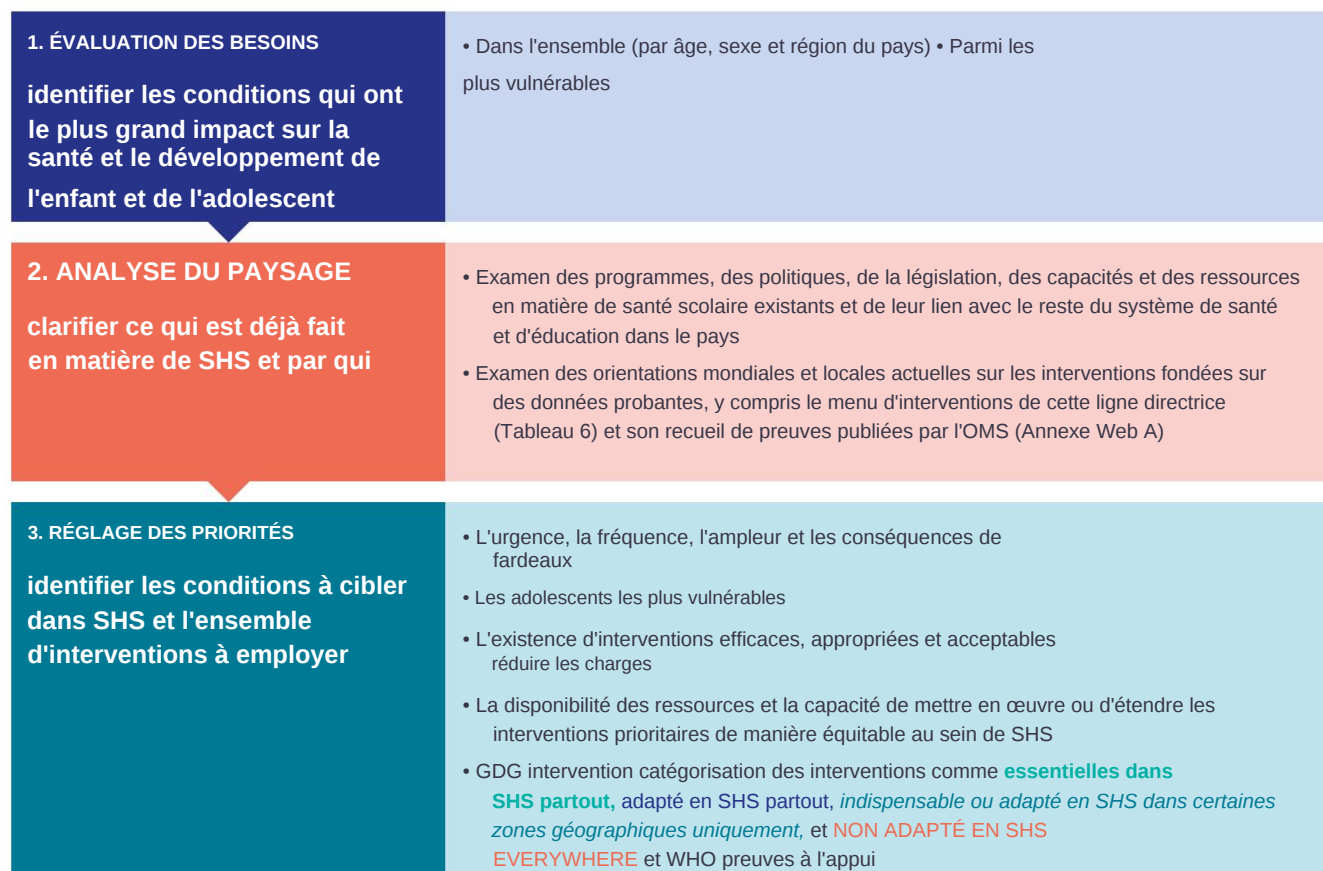
Ressources pour hiérarchiser les interventions au sein de la programmation SHS nationale

Outre le menu (tableau 6 et l'annexe Web H) et le recueil d'interventions (voir l'annexe Web A), les publications suivantes fournissent des orientations générales sur l'identification des sous-populations défavorisées et/ou l'établissement des priorités dans le cadre de la programmation nationale de la santé. Ces documents peuvent être utiles aux parties prenantes qui ont besoin de hiérarchiser les interventions au sein de la programmation SHS nationale :

- OMS, *Faire des choix équitables sur la voie de la couverture sanitaire universelle*, 2014 (227) ; • OMS, *Stratégies de santé nationale au 21e siècle : un manuel*, chapitre 4, 2016 (225) ;
- OMS, *Orientations mondiales sur l'action accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA!)*, chapitre 4, 2017 (4) ;

- OMS, *Manuel pour mener une évaluation des obstacles aux services de santé des adolescents (AHSBA)*, avec un accent sur les adolescents défavorisés, 2019 (6) ;
- OMS, *Action accélérée pour la santé des Adolescents (AA-HA !)* : un manuel pour faciliter le processus d'élaboration de stratégies et de plans nationaux de santé des adolescents, 2019 (226) ; • Baltussen et al., *Établissement des priorités pour la couverture sanitaire universelle*, 2016 (228) ; et
- Tromp & Baltussen, *Cartographie des critères multiples pour l'établissement des priorités des interventions de santé*, 2012 (229).

Fig. 6. Étapes de la définition des priorités d'intervention pour les SHS nationaux



6.2.4 Considérations de mise en œuvre pour assurer la couverture, la qualité, l'équité et la confidentialité

La couverture SHS effective est la proportion d'une population étudiante qui a besoin de SHS et les obtient en temps opportun et à un niveau de qualité nécessaire pour avoir l'effet souhaité et les gains potentiels pour la santé (5). La qualité SHS est le degré de

lesquelles SHS augmentent la probabilité des résultats de santé souhaités pour les élèves et sont compatibles avec connaissances professionnelles actuelles (7). L'équité SHS est l'absence de différences évitables, injustes ou remédiables au sein d'une population étudiante. Cela implique que tous les étudiants doivent avoir une opportunité équitable d'utiliser SHS et que personne n'en est désavantagé. Plus généralement, SHS peut promouvoir l'équité en matière de santé en permettant aux étudiants défavorisés de recevoir des soins de santé qu'ils ne recevraient pas autrement. Cela pourrait être une étape importante vers la réalisation de la CSU et ne laisser aucun enfant ni adolescent de côté (6). Le potentiel pour SHS d'accroître l'équité en santé est

décrit plus en détail dans l'encadré 8.

La confidentialité est un autre domaine clé de la programmation SHS qui mérite une attention particulière,

comme dans tous les services de santé pour enfants et adolescents. Il est important que les programmes SHS nationaux établissent des procédures pour garantir :

- les informations sur les étudiants ne sont pas divulguées à des tiers; • les renseignements personnels, y compris les dossiers des étudiants, sont conservés en lieu sûr;
- il existe des exigences claires pour l'organisation de l'espace physique des installations SHS, et des actions pour assurer la confidentialité visuelle et auditive lors de l'enregistrement et des consultations avec un prestataire SHS ; et
- consultations avec des étudiants adolescents accompagnés de parents ou de tuteurs incluent systématiquement du temps seul avec l'adolescent (4).

En outre, les lois et politiques nationales devraient être revues pour indiquer clairement et sans ambiguïté les situations dans lesquelles la confidentialité peut être violée au sein de SHS, avec qui et pour quelles raisons (révélation d'abus sexuel sur mineur, ou pensées suicidaires importantes, automutilation ou intention meurtrière, par exemple). Des procédures opérationnelles standard devraient être établies pour les situations dans lesquelles la confidentialité pourrait être violée en raison d'exigences légales (4).

ENCADRÉ 8.

Comment SHS peut accroître l'équité en santé

SHS peut promouvoir l'équité en matière de santé des enfants et des adolescents en permettant aux étudiants d'accéder à des services de santé qu'ils ne pourraient pas recevoir autrement (6). Les étudiants défavorisés – tels que ceux issus de populations à faible revenu ou socialement marginalisées – sont moins susceptibles d'avoir des soins médicaux et plus susceptibles de développer des problèmes de santé chroniques. Ils peuvent être plus stressés et fatigués de manière chronique et avoir plus faim que les autres élèves, et plus susceptibles d'avoir une vision et une audition déficientes.

Une revue de 46 études a principalement évalué les cliniques de santé en milieu scolaire desservant les lycéens urbains, à faible revenu et issus de minorités raciales ou ethniques aux États-Unis d'Amérique. Il a constaté que l'utilisation des centres de santé en milieu scolaire par les élèves était

associée à une amélioration de l'éducation (mesurée par la moyenne pondérée cumulative, les taux de promotion, de suspension et de non-achèvement) et

résultats liés à la santé (vaccination et autres services préventifs, morbidité due à l'asthme, utilisation des services d'urgence et admissions à l'hôpital, utilisation de contraceptifs chez les femmes, soins prénataux, poids à la naissance, consommation de substances illicites et consommation d'alcool) (24). De plus, plus de services et plus d'heures de disponibilité étaient associés à des réductions plus importantes de la surutilisation des services d'urgence.

Étant donné que cette revue a principalement pris en compte les SHS aux États-Unis d'Amérique, ses conclusions sont limitées et peuvent ne pas être généralisables à d'autres pays, en particulier les LMIC. Néanmoins, les résultats sont prometteurs en suggérant que SHS peut augmenter les services médicaux nécessaires pour les enfants défavorisés et ainsi faire progresser l'équité en santé, en particulier si la réalisation de l'équité en santé est une priorité dans la programmation SHS.

6.2.5 Utilisation du menu des interventions et de son recueil d'accompagnement

L'encadré 9 fournit un exemple simplifié et hypothétique de la façon dont le menu (tableau 6 et annexe Web H) et

compendium d'interventions (voir l'annexe Web A) peut être utilisé par les parties prenantes lors de l'élaboration ou de la mise à jour de la programmation SHS nationale.

ENCADRÉ 9.

Exemple hypothétique de la façon d'utiliser le menu et le recueil d'interventions lors de l'élaboration d'une programmation SHS nationale

Prenant un exemple simplifié dans un pays hypothétique, d'abord, des représentants à haut niveau dans les secteurs de la santé et de l'éducation conviennent de développer et co-diriger un programme national de SHS, puis de réunir un groupe de travail intersectoriel d'ONG et d'acteurs privés pour travailler sur ce programme. Le groupe de travail lance une évaluation des besoins de santé des enfants d'âge scolaire, suivie d'une analyse SHS du paysage et enfin d'un exercice d'établissement des priorités SHS.

Les résultats de l'évaluation des besoins ont identifié de nombreuses conditions ou problèmes qui pourraient être traités dans le cadre de SHS, notamment la nutrition, le handicap, la maltraitance des enfants et le stress, qui seront les exemples discutés plus loin.

Ensuite, au cours de l'analyse du paysage, le gouvernement évalue ce qui est actuellement fait pour ces conditions et identifie les interventions possibles qu'il aimerait introduire ou renforcer au sein de SHS, y compris la fourniture d'une éducation nutritionnelle, le dépistage des mauvais traitements par un parent ou un tuteur, l'orientation et le soutien pour le handicap, et l'orientation et le soutien pour le risque de suicide/l'automutilation.

En consultant la directive de l'OMS sur le menu d'interventions SHS (tableau 6), les parties prenantes nationales notent que trois des interventions (I-13, I-34 et I-69) sont classées **partout comme essentielles dans SHS**; ils examinent ensuite les conseils détaillés sur chacune des trois interventions dans l'annexe Web A.

De plus, les parties prenantes nationales constatent que la quatrième intervention (Dépistage de la maltraitance par un parent ou un tuteur) est identifiée comme **INADAPTABLE EN SHS PARTOUT** dans l'encadré 5 de ce guide.

L'encadré 5 cite les *directives de l'OMS pour la réponse du secteur de la santé à la maltraitance des enfants (95)*, de sorte qu'elles

examinent cette source directement et voyez qu'elle recommande aux fournisseurs de soins de santé de ne pas utiliser une approche de dépistage universelle pour identifier d'éventuelles maltraitances envers les enfants. De plus, ils apprennent que l'OMS recommande trois autres interventions pour la réponse du secteur de la santé à la maltraitance des enfants. Ils examinent entièrement ces trois interventions et décident de les adopter dans leur programme SHS national. Elles sont:

1. les prestataires de soins de santé doivent être attentifs aux caractéristiques cliniques associées à la maltraitance des enfants et aux facteurs de risque associés et évaluer la maltraitance des enfants sans exposer l'enfant à un risque accru;
2. les prestataires de soins de santé devraient tenir compte de

l'exposition à la maltraitance des enfants lors de l'évaluation des enfants atteints d'affections pouvant être causées ou compliquées par la maltraitance, afin d'améliorer le diagnostic/l'identification et les soins ultérieurs, sans exposer l'enfant à un risque accru; et

3. informations écrites sur la maltraitance des enfants devraient être disponibles dans les établissements de santé sous la forme d'affiches et de dépliants ou de dépliants (avec des avertissements appropriés sur le fait de les rapporter à la maison au cas où cela pourrait compromettre la sécurité).

Le tableau 9 présente un résumé simplifié des informations compilées à partir de ces sources sur les quatre interventions. Sur la base de ces conclusions, les décideurs politiques nationaux et les développeurs de programmes décident de poursuivre le développement et la planification liés à trois des quatre interventions de menu dans la programmation SHS nationale (I-13, I-34 et I-69), mais ils rejettent la quatrième intervention à inclure dans SHS.

Les références de l'annexe Web A énumèrent les 149 publications de l'OMS qui sont les sources des procédures et des activités fondées sur des preuves détaillées dans le recueil. Cette liste comprend de nombreuses directives de l'OMS et d'autres documents d'orientation mondiaux accessibles en ligne ; quelques exemples sont présentés dans l'encadré 10.

6.2.6 Suivi et évaluation de la mise en œuvre des directives de l'OMS sur le SHS

Le suivi et l'évaluation doivent être intégrés à tous les processus de mise en œuvre de cette directive afin de déterminer l'efficacité, de documenter les leçons importantes à adopter et de guider la mise en œuvre ultérieure.

L'OMS utilisera principalement la publication périodique Global Reproductive, Maternal, Newborn, Child and

Enquête sur les politiques de santé des adolescents pour évaluer comment la recommandation SHS est incluse dans les politiques nationales. Cette enquête est menée tous les 2 à 3 ans. D'autres enquêtes seront également consultées pour évaluer l'inclusion de SHS dans les politiques nationales, les programmes et les cours de formation. L'OMS collaborera avec les autorités nationales pour inclure des questions sur la nouvelle recommandation et sur la manière dont les éducateurs, le personnel de santé et les autres membres de la communauté ont expérimenté sa mise en œuvre dans le cadre des évaluations nationales de routine de la formation, de la surveillance de la santé et des pratiques de supervision. Les progrès vers la mise en œuvre et les obstacles rencontrés seront suivis.

L'OMS et l'UNESCO ont élaboré des normes et des indicateurs mondiaux pour les écoles et les systèmes de promotion de la santé (3 230). Étant donné que l'une des huit normes concerne le SHS, des outils et des indicateurs de suivi et d'évaluation pour le SHS ont été suggérés (3).

ENCADRÉ 10.

Une sélection de ressources de l'OMS pour des conseils plus approfondis sur les interventions fondées sur des données probantes

Les références de l'annexe Web A fournissent des informations sur les 149 publications de l'OMS qui sont citées dans le recueil d'interventions. Cette liste de ressources est accessible pour de plus amples informations sur une gamme de sujets pertinents pour SHS; quelques exemples sont présentés ci-dessous.

- *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*: lignes directrices pour la mise en œuvre, 2009 (137) •

Lignes directrices de l'OMS sur la prévention des grossesses précoces et des mauvais résultats en matière de santé reproductive chez les adolescents dans les pays en développement, 2011 (115)

- *Manuel du clinicien de district IMAI : soins hospitaliers pour adolescents et adultes : lignes directrices pour la prise en charge des maladies avec des ressources limitées*, 2012 (133) • *Dossier Douleur persistante chez les enfants : OMS*

lignes directrices sur le traitement pharmacologique de la douleur persistante chez les enfants souffrant de maladies médicales, 2012 (158) • *Prévention et contrôle des maladies non transmissibles*

maladies : lignes directrices pour les soins de santé primaires dans les milieux à faibles ressources, 2012 (149)

- *Ligne directrice pour la prise en charge des affections spécifiquement liées au stress*, 2013 (193) • *Ligne directrice : mises à jour sur la prise en charge de malnutrition aiguë sévère chez les nourrissons et les enfants*, 2013 (173)

- *Directives pour le traitement du paludisme*, troisième édition, 2015 (167)
- *Mise à jour de l'action Comblant les lacunes en santé mentale Directives du Programme (mhGAP) pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances : mise à jour des directives mhGAP de l'OMS, mai 2015*, 2015 (160) 2015 (157) • *Ligne directrice mise à jour : Triage, évaluation et traitement d'urgence pédiatrique : soins aux enfants gravement malades*, 2016 (150)

- *Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour 2016*, 2016 (116) • *Directive : supplémentation quotidienne en fer chez les femmes adultes et les adolescentes*, 2016 (178) • *Directive OMS : supplémentation quotidienne en fer chez les nourrissons et enfants*, 2016 (177) • *Répondre aux enfants et adolescents victimes d'abus sexuels*: directives cliniques de l'OMS, 2017 (144)

- *Directive : mise en œuvre d'actions efficaces pour améliorer la nutrition des adolescents*, 2018 (103) • *Directives de l'OMS pour la réponse du secteur de la santé à la maltraitance des enfants. Rapport technique*, 2019 (95).

6.3 Orientations et recherches supplémentaires nécessaires

6.3.1 Orientations SHS

On espère que les directives de l'OMS sur la SHS feront partie d'une série de documents d'orientation mondiaux détaillés sur la santé scolaire. Cette ligne directrice tente de préparer le terrain pour les orientations futures en recommandant la mise en œuvre de SHS complets, car des preuves rigoureuses suggèrent que les SHS sont à la fois efficaces et acceptables. Cette ligne directrice fournit également un menu de 87 interventions dont l'inclusion dans SHS devrait être envisagée, avec des preuves de l'OMS à l'appui, et identifie en outre sept interventions qui ne peuvent pas être incluses dans SHS. Bien que certaines orientations sur la hiérarchisation des interventions soient fournies aux gouvernements nationaux dans cette directive, elles sont générales.

Dans les années à venir, de nouvelles orientations de l'OMS sont attendues sur les stratégies et la programmation SHS nationales, la hiérarchisation des interventions, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

Par exemple, alors que cette directive établit que la participation du secteur de la santé et l'expertise médicale sont indispensables dans le SHS à tous les niveaux d'un système national, les rôles de leadership optimaux et la collaboration entre la santé, l'éducation et d'autres secteurs dans les politiques nationales et la programmation SHS locale justifient des orientations supplémentaires. L'élaboration de ces orientations dépendra en partie de recherches supplémentaires, comme décrit ci-dessous.

6.3.2 Recherche SHS

Compte tenu du grand nombre de domaines et d'activités de santé qui peuvent potentiellement être inclus dans SHS, il existe de nombreux sujets pour lesquels des recherches et des preuves supplémentaires sont nécessaires pour éclairer SHS. Sur la base des lacunes de recherche qui ont été identifiées lors de l'élaboration de cette ligne directrice, le GDG a produit la liste suivante des recherches nécessaires. Cette liste de sujets de recherche n'est pas exhaustive, mais fournit plutôt des exemples importants.

6.3.2.1 Gouvernance et organisation

L'évaluation est requise pour :

- résultats associés aux différentes formes de SHS
 - la gouvernance (comme l'éducation par rapport à la direction du secteur de la santé, aux niveaux national et local) ;
- des modèles d'infrastructure ou d'organisation différents résultant de différences de gouvernance ;
- résultats associés à différents SHS santé
 - les qualifications des travailleurs (comme l'infirmier et l'assistant médical) et les différentes compositions des équipes SHS (y compris les qualifications, les spécialités et les secteurs) ;

- La gestion SHS, y compris la transparence, la responsabilisation et le suivi des données au niveau de l'école et au niveau national, par exemple si l'inclusion d'indicateurs de suivi simples et pragmatiques améliore les résultats ; et
- comment répondre efficacement aux besoins de santé des enfants et adolescents défavorisés – y compris ceux qui ne sont pas scolarisés – avec qualité, couverture et équité.

6.3.2.2 Normes de soins, modes de prestation et résultats d'efficacité

Des recherches sont nécessaires sur :

- normes de soins et résultats d'efficacité ;
- modes de prestation de services et résultats d'efficacité ;
- différenciation de l'efficacité selon le sexe et l'âge
 - les résultats, notamment pour les groupes d'âge des élèves de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans, par sexe ;
- les méfaits éventuels du SHS (liés, par exemple, à la confidentialité) ;
- impact global sur le bien-être (au-delà de la mesure de 1 à 2 résultats) ;
- les effets combinés d'un ensemble SHS sur plusieurs résultats, y compris les résultats scolaires ;
- les effets combinés des six piliers de la SPLI sur de multiples résultats ; et
- les questions de qualité et d'éthique dans SHS, telles que l'inclusion et la confidentialité.

Alors que les essais contrôlés randomisés peuvent être l'étalon-or pour certaines formes de recherche médicale, ils peuvent ne pas être réalisables pour évaluer les interventions sociales ou de santé publique telles que le SHS en raison de leur coût élevé, du temps et des défis complexes, y compris la randomisation des écoles ou des villes pour un SHS complet. . Au lieu de cela, le GDG suggère l'adoption d'une approche de science de la mise en œuvre utilisant d'autres méthodes, telles que des études contrôlées avant-après et des études de séries chronologiques interrompues.

6.3.2.3 Résultats d'acceptabilité

Les éléments suivants sont requis :

- recherche qualitative sur la satisfaction des étudiants et des familles ou sur l'acceptabilité de SHS ;
- recherche participative engageant les jeunes
 - sur les priorités SHS, les meilleures pratiques, l'acceptabilité et l'équité ; et
- différenciation de l'acceptabilité selon le sexe et l'âge
 - résultats pour, par exemple, les groupes d'âge des élèves de 5 à 9 ans, 10 à 14 ans et 15 à 19 ans, par sexe.

6.3.2.4 Recherche sur la mise en œuvre des interventions

Des recherches sont nécessaires sur :

- comment améliorer l'intendance/le leadership de SHS ;
- évaluation de l'organisation et de la fidélité de la formation d'interventions ;
- mise en œuvre de SHS dans des contextes humanitaires ou fragiles ; et
- comment adapter au mieux les SHS pendant une crise, comme la télémédecine pendant une épidémie (100,205).

6.3.2.5 Rentabilité

Les éléments suivants sont requis :

- des études de rentabilité sur, par exemple, investissement minimal nécessaire pour maximiser les effets.

6.3.2.6 PRITI

Les éléments suivants sont requis :

- études contrôlées et/ou études prospectives dans LMIC, y compris dans divers contextes culturels, tels que l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud-Est ; et
- des études de cas de SHS dans différents pays de toutes les Régions de l'OMS.

6.3.2.7 Innovation

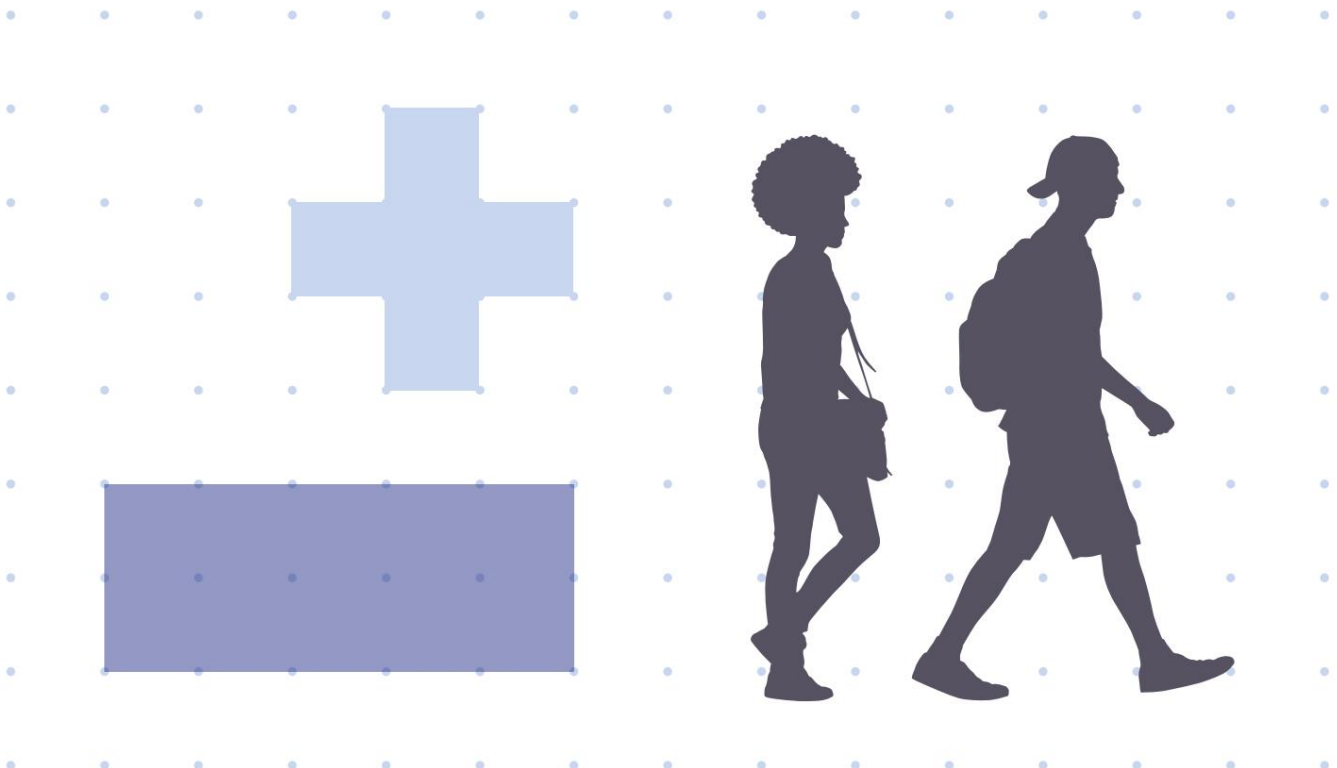
Des recherches sont nécessaires sur :

- technologie de télésanté ou de télémédecine (y compris les connexions entre l'école et les soins tertiaires, et «visites» de santé mentale des étudiants ruraux avec spécialistes); et
- d'autres options SHS relativement peu coûteuses, telles que le partage des tâches et les cliniques mobiles.

6.4 Mise à jour des directives de l'OMS sur le SHS

Le groupe de pilotage, en consultation avec les membres du GDG et les experts techniques, continuera de suivre les développements de la recherche sur le SHS, en particulier en ce qui concerne les questions pour lesquelles la certitude des preuves existantes est faible ou très faible.

Si de nouvelles preuves rendent l'examen des preuves sous-tendant cette ligne directrice obsolète, l'OMS coordonnera une mise à jour en suivant les procédures formelles du *manuel de l'OMS pour l'élaboration de lignes directrices* (2).



Références¹

- Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. Lignes directrices GRADE : 1. Introduction - Profils de preuves GRADE et résumé des tableaux de résultats. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383–94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
- Manuel de l'OMS pour l'élaboration de lignes directrices, deuxième édition. Genève : Santé mondiale Organisme; 2014 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/145714>).
- Faire de chaque école une école promotrice de santé. Normes et indicateurs mondiaux pour les écoles et les systèmes de promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé et Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture ; dans la presse.
- Action mondiale accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA !) : conseils pour soutenir la mise en œuvre dans les pays. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/cadre-action-accelérée/fr/).
- Tanahashi T. Couverture des services de santé et son évaluation. *Bull Organe Mondial de la Santé*. 1978;56(2):295–303. PMID: 96953.
- Manuel pour mener une évaluation des obstacles aux services de santé des adolescents (AHSBA) en mettant l'accent sur les adolescents défavorisés : savoir quels adolescents sont laissés pour compte sur la voie de la couverture sanitaire universelle, et pourquoi. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310990>).
- Normes pour améliorer la qualité des soins pour les enfants et les jeunes adolescents dans les établissements de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/normes-de-qualite-enfant_adolescent/fr/).
- Baltag V, Pachyna A, Hall J. Aperçu global de services de santé scolaire : données de 102 pays. *Health Behav Policy Rev*. 2015;2(4):268–83. doi:10.14485/HBPR.2.4.4.
- Langford R, Bonell CP, Jones HE, Pouliou T, Murphy SM, Waters E et al. Le cadre scolaire de promotion de la santé de l'OMS pour améliorer la santé et le bien-être des élèves et leur réussite scolaire. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;4, art. CD008958. doi:10.1002/14651858.CD008958.pub2.
- Faire de chaque école une école promotrice de santé. Dans : Organisation mondiale de la santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/activities/making-every-school-a-health-promoting-school>).
- Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S et al. Un avenir pour les enfants du monde ? Une commission OMS-UNICEF-Lancet. *Lancet*. 2020;395(10224):605–58. doi:10.1016/S0140-6736(19)32540-1.
- L'état de la population mondiale 2018. La pouvoir de choix : droits reproductifs et transition démographique. New York (NY) : Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (UNFPA) ; 2018 (<https://www.un-ilibrary.org/content/livres/9789210474108>).
- Niveaux et tendances de la mortalité infantile en 2019 : estimations élaborées par le groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile. New York (NY) : Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; 2019 (<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019>).
- Estimations de la santé mondiale (GHE). Dans : Organisation mondiale de la santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (https://www.who.int/infosanté/global_burden_disease/en/).
- Progrès en partenariat : rapport d'étape 2017 sur la "Stratégie mondiale Chaque femme, chaque enfant pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents". Genève : Organisation mondiale de la Santé ; (agissant en tant qu'organisation hôte du Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile) 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258504>).
- Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Notre avenir : une commission Lancet sur la santé et le bien-être des adolescents. *Lancet* 2016;387(10036):2423–78. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.
- Jensen BB, Dür W, Buijs G. L'application de la salutogenèse dans les écoles. Dans : Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B et al., éditeurs. *Le manuel de salutogénèse*. Heidelberg : Springer ; 2017.

18. Ross DA, Hinton R, Melles-Brewer M, Engel D, Zeck W, Fagan L et al. Bien-être des adolescents : une définition et un cadre conceptuel. *J Adolesc Health* 2020;67(4):472–6. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.06.042.
19. Action mondiale accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA !) : conseils pour soutenir la mise en œuvre dans les pays : annexes 1 à 6 et appendices I à IV. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (https://www.who.int/mother_child_adolescent/documents/global_aa-ha-annexes.pdf).
20. Rendre les services de santé adaptés aux adolescents : élaborer des normes nationales de qualité pour des services de santé adaptés aux adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/poignée/10665/75217/9789241503594_eng.pdf?sequence=1).
21. Scolarisation, primaire (% net). Dans : Banque mondiale [site Web]. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2020 (<https://data.worldbank.org/indicator/SE.PRM.NENR>).
22. Scolarisation, secondaire (% net). Dans : Banque mondiale [site Web]. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2020 (<https://data.worldbank.org/indicator/SE.SEC.NENR>).
23. Norme internationale de classification des éducation : CITE 1997. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ; 2006 (http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-en_0.pdf).
24. Knopf JA, Finnie RKC, Peng Y, Hahn RA, Truman BI, Vernon-Smiley M et al. Centres de santé en milieu scolaire pour faire progresser l'équité en santé : un examen systématique des guides communautaires. *Suis J Préc Méd.* 2016;51(1):114–26. doi:10.1016/j.amepre.2016.01.009.
25. Initiatives mondiales de santé scolaire : atteindre résultats en matière de santé et d'éducation. Rapport d'une réunion, Bangkok, Thaïlande, 23-25 novembre 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/global-school-health-initiatives-achieving-health-and-education-outcomes>).
26. Orientations pour le suivi et l'évaluation des programmes de santé scolaire : huit indicateurs de base pour soutenir FRESH (Focusing Resources on Effective School Health). Paris : Unesco ; 2014 (https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/fichiers/ressources/FRESH_M%26E_CORE_INDICATEURS.pdf).
27. Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace : un nouveau départ pour améliorer la qualité et l'équité de l'éducation. Forum mondial de l'éducation 2000, rapport final. Paris : Organisation mondiale de la santé, UNESCO, UNICEF, Banque mondiale ; 2000 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000124086>).
28. Qu'est-ce qu'une école-santé ? Dans : Organisation mondiale de la santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/écoles-santé/aperçu/fr/>).
29. Un cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé. Social determinants of health discussion paper 2. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>).
30. Fernandes M, Aurino E. Identifier un élément essentiel paquet pour la santé des enfants d'âge scolaire : analyse économique. Dans : Bundy DAP, de Silva N, Horton S, Jamison DT, Patton GC, éditeurs. Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, troisième édition. Washington (DC) : Banque internationale pour la reconstruction et le développement, Banque mondiale ; 2017.
31. Sheehan P, Sweeny K, Rasmussen B, Wils A, Friedman HS, Mahon J et al. Construire les fondations d'un développement durable : un argument en faveur d'un investissement mondial dans les capacités des adolescents. *Lancet* 2017;390(10104):1792–806. doi:10.1016/S0140-6736(17)30872-3.
32. Améliorer la santé par l'école : stratégies nationales et internationales. Compilé et édité par Isolde Birdthistle. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/66314>).
33. Faire de chaque école une école-santé. Conseils de mise en œuvre. Genève : Organisation mondiale de la santé et Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture ; dans la presse.
34. Orientations techniques internationales sur l'éducation sexuelle : une approche fondée sur des données probantes, édition révisée. Paris : Unesco ; 2018 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>).
35. Eau, assainissement et hygiène (WASH) dans les écoles : un complément au manuel des écoles amies des enfants. New York (NY) : UNICEF ; 2012 (https://www.heart-resources.org/doc_lib/water-sanitation-hygiene-wash-schools-companion-child-friendly-schools-manual/).

36. Directives de l'OMS sur l'hygiène des mains dans le cadre des soins de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>).
37. WASH dans l'agenda 2030 : nouveaux indicateurs mondiaux pour l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène. Genève : Organisation mondiale de la Santé, UNICEF ; 2017 (https://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/couverture/wash-post-2015-brochure/fr/).
38. La promotion de la santé bucco-dentaire : un élément essentiel d'une école-santé. Série d'information de l'OMS sur la santé scolaire document onze. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2003 (OMS/ NMH/NPH/ORH/École/03.3y; <https://apps.who.int/iris/poignée/10665/70207>).
39. Vie familiale, santé génésique : éléments clés d'une école-santé. Série d'information de l'OMS sur la santé à l'école, document huit. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2003 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/42816>).
40. Le déparasitage scolaire en un coup d'œil. Déclaration conjointe de l'OMS et de la Banque mondiale 2003. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale ; 2003 (https://www.who.int/intestinal_worms/resources/joint_statement_WHO_World_Bank/en/).
41. Prévention et lutte contre le paludisme : un important responsabilité d'une école-santé. Série d'information de l'OMS sur la santé scolaire document treize. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43734>).
42. Guide d'introduction du vaccin contre le VPH dans les programmes nationaux de vaccination. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://www.who.int/vaccination/documents/ISBN_9789241549769/fr/).
43. Vaccins contre le papillomavirus humain : OMS position paper, mai 2017/Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS, mai 2017. Weekly Epidemiological Record/Relevé épidémiologique hebdomadaire 2017;92(19):241–68 (https://www.who.int/vaccination/policy/position_papers/hpv/en/).
44. Services de santé scolaire et pour adolescents dans 30 Pays européens : une description de la structure et du fonctionnement, et des résultats et des coûts de santé, juillet 2018 : Commission Deliverable D17 (3.1) pour la Commission européenne. 2018 : Modèles de santé infantile évalués. Bruxelles : Commission européenne ; 2018.
45. Lignes directrices pour la déclaration d'intérêts (OMS experts). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (https://www.who.int/nutrition/topics/advisory_groupe/callforexperts_nugag_policyactions2017_guideline_declaratationofinterets.pdf).
46. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Groupe PRISMA. Éléments de rapport privilégiés pour les revues systématiques et les méta-analyses : la déclaration PRISMA. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097.
47. Levinson J, Kohl K, Baltag V, Ross DA. Enquêter sur l'efficacité des services de santé scolaire fournis par un prestataire de santé : une revue systématique des revues systématiques. PLoS One 2019;14(6):e0212603. doi:10.1371/journal.pone.0212603.
48. Domitrovich CE, Bradshaw CP, Greenberg MT, Embry D, Poduska JM, Ialongo NS. Modèles intégrés de prévention en milieu scolaire : logique et théorie. Psychol Sch. 2010;47(1):71–88. doi:10.1002/fosses.20452.
49. Montgomery P, Ross DA, Patterson J, Bach-Mortensen AM. L'efficacité et l'acceptabilité des services de santé scolaires complets et à composantes multiples : une revue systématique. J Adolesc Health. Dans la presse.
50. Évaluation des recommandations GRADEpro. Dans : GRADEpro [site Web]. Hamilton (Ont.) : GRADEpro; 2021 (<https://www.gradeworkinggroup.org>).
51. Rehfuss EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE Evidence to Decision Framework version 1.0 : intégrer les normes et valeurs de l'OMS et une perspective de complexité. BMJ Glob Health 2019;4(suppl. 1):e000844. doi:10.1136/bmjgh-2018-000844.
52. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M et al. ROBINS-I : un outil d'évaluation du risque de biais dans les études non randomisées d'interventions. BMJ 2016;355:i4919. doi:10.1136/bmj.i4919.
53. Liste de contrôle CASP : 12 questions pour vous aider à faire sens d'une évaluation économique. Oxford : critique Programme de compétences en évaluation (CASP); 2018 (https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP_Economic-Evaluation-Checklist-2018.pdf).
54. Thomas J, Harden A, Newman M. Synthèse : combiner les résultats de manière systématique et appropriée. Dans : Gough D, Oliver S, Thomas J, éditeurs. Introduction aux revues systématiques. Londres : Sage ; 2012.

55. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. Directives GRADEy: 3. Évaluation de la qualité des preuves. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
56. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Glasziou P, Akl EA, Alonso-Coello P et al. Lignes directrices GRADE : 9. Évaluer la qualité des preuves. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1311–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.06.004.
57. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, Munthe-Kaas H, Glenton C, Colvin CJ, Garside R et al. Application de GRADE-CERQual aux résultats de la synthèse des preuves qualitatives - document 2y: comment effectuer une évaluation globale de la confiance du CERQual et créer un résumé du tableau des résultats qualitatifs. *Mettre en œuvre Sci*. 2018y;13(supplément 1), art. 10. doi: 10.1186/s13012-017-0689-2.
58. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M et al. Application de GRADE CERQual aux résultats de la synthèse des preuves qualitativesy: introduction à la série. *Mettre en œuvre Sci*. 2018y;13(supplément 1), art. 2. doi: 10.1186/s13012-017-0688-3.
59. Atkins, D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Yetter Y, Flottrop S et al. Noter la qualité des preuves et la solidité des recommandations. *BMJ* 2004;328(7454):1490. doi:10.1136/bmj.328.7454.1490.
60. Guo JJ, Jang R, Keller KN, McCracken AL, Pan W, Cluxton RJ. Impact des centres de santé en milieu scolaire sur les enfants asthmatiques. *J Adolesc Health* 2005;37(4):266–74. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.09.006.
61. Rodriguez E, Rivera DA, Perlroth D, Becker E, Wang NE, Landau M. Le rôle des infirmières scolaires dans la gestion de l'asthme, l'absentéisme scolaire et les économies de coûtsy: un projet de démonstration. *J Sch Health* 2013;83(12):842–50. doi:10.1111/josh.12102.
62. Van Cura M. La relation entre les centres de santé scolaires, les taux de renvoi précoce de l'école et la perte de temps de siège. *J Sch Health* 2010;80(8):371–7. doi:10.1111/j.1746-1561.2010.00516.x.
63. Walker SC, Kerns SEU, Lyon AR, Bruns EJ, Cosgrove TJ. Impact de l'utilisation des centres de santé en milieu scolaire sur les résultats scolaires. *J Adolesc Health* 2010;46(3):251–7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.07.002.
64. Kocoglu D, Emiroglu ON. L'impact de services complets de soins infirmiers scolaires sur le rendement scolaire des élèves. *J Caring Sci*. 2017;6(1):5–17. doi:10.15171/jcs.2017.002.
65. Guo JJ, Wade TJ, Keller KN. Impact des centres de santé en milieu scolaire sur les élèves ayant des problèmes de santé mentale. *Public Health Rep*. 2008;123(6):768–80. doi:10.1177/003335490812300613.
66. Siegel LP, Kriebel TA. Évaluation de l'école services de santé basés dans les écoles secondaires. *J Sch Health* 1987;57(8):323–5. doi:10.1111/j.1746-1561.1987.tb03211.x.
67. Guo JJ, Wade TJ, Pan W, Keller KN. Centres de santé en milieu scolaire : analyse coûts-avantages et impact sur les disparités en matière de soins de santé. *Am J Public Health* 2010;100(9):1617–23. doi:10.2105/AJPH.2009.185181.
68. Roos PD, Paul HL, Nelson CW, Crooker M. Un avantage partiel : analyse des coûts d'une salle de santé scolaire. *J Sch Health* 1984;54(4):162–6. doi:10.1111/j.1746-1561.1984.tb08803.x.
69. Wang LY, Vernon-Smiley M, Gapinski MA, Desisto M, Maughan E, Sheetz A. Étude coûts-avantages des services infirmiers scolaires. *JAMA Pédiatre*. 2014;168(7):642–8. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.5441.
70. Hutchinson P, Carton TW, Broussard M, Brown L, Chrestman S. Améliorer la santé des adolescents grâce aux centres de santé scolaires dans la Nouvelle-Orléans après Katrina. *Service de l'enfance et de la jeunesse Rév*. 2012;34(2):360–8. doi:10.1016/j.childyouth.2011.11.005.
71. Svebak S, Jensen EN, Gotestam KG. Quelques effets sur la santé de la mise en œuvre des soins infirmiers scolaires dans un lycée norvégieny: une étude contrôlée. *J Sch Nurs*. 2008;24(1):49–54. doi:10.1177/10598405080240010801.
72. Wade TJ, Mansour ME, Line K, Huentelman T, Keller KN. Améliorations de la qualité de vie liée à la santé chez les utilisateurs des centres de santé scolaires au primaire et au collège. *Ambul Pediatr*. 2008;8(4):241–9. doi:10.1016/j.ambp.2008.02.004.
73. Borge AM, Manongi R, Masatu MC, Klepp KI. Statut et visions pour le service de santé scolaire tels que rapportés par les agents de santé locaux dans le nord de la Tanzanie. *East Afr J Public Health* 2008;5(2):79–85. PMID: 19024415.
74. Gibson EJ, Santelli JS, Minguez M, Lord A, Schuyler AC. Mesurer l'impact des centres de santé scolaires sur l'accès et la qualité des soins primaires. *J Adolesc Health* 2013;53(6):699–705. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.06.021.

75. Strolin-Goltzman J. La relation entre les centres de santé en milieu scolaire et l'environnement d'apprentissage. *J Sch Health* 2010;80(3):153–9. doi:10.1111/j.1746-1561.2009.00480.x.
76. Zaghloul AA, Abou El Enein NY, Abdel Hameed AY, Shaheen M. Modèle d'utilisation du programme d'assurance maladie scolaire à Alexandrie. *J Association égyptienne de la santé publique*. 2006;81(3–4):223–40. PMID: 17382062.
77. Frikha Jarraya M, Ben Abdelaziz A, Ghedira A, Ghannem H. Attentes des adolescents vis-à-vis des services de santé scolaire à Sfax, Tunisie. *Santé Publique* 2004;16(3):447–58. doi:10.3917/spub.043.0447 (en français).
78. Afifi M. Utilisation des services de santé par les adolescents à Alexandrie, Égypte : association avec des problèmes de santé mentale. *East Mediterr Health J*. 2004;10(1–2):64–71. PMID: 16201710.
79. Kumar R, Prinja S, Lakshmi PVM. Soins de santé comportement de recherche des adolescents : étude comparative de deux modèles de prestation de services. *Indian J Pediatr*. 2008;75(9):895–9. doi:10.1007/s12098-008-0098-2.
80. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Familier I, Nock MK et al. Utilisation des services chez les adolescents suicidaires de Mexico. *Trouble de l'affect J*. 2010;120(1–3):32–9. doi: 10.1016/j.jad.2009.04.008.
81. Ot wombe K, Dietrich J, Laher F, Hornschuh S, Nkala B, Chimoyi L et al. Comportements de recherche de santé par sexe chez les adolescents à Soweto, Afrique du Sud. *Global Health Action* 2015;8:25670. doi:10.3402/gha.v8.25670.
82. Abdulla HH, Khaleel MAW, Saadoon NY. Évaluation des services de santé scolaire pour les élèves du primaire fournis par les centres de soins de santé primaires à Holy Kerbala. *Indian J Public Health Res Dev*. 2018;9(2):96–100. doi:10.5958/0976-5506.2018.00099.2.
83. Ardahan M, Erkin O. The opinions of private and enseignants des écoles publiques concernant les infirmières scolaires. *J Pak Med Assoc*. 2018;68(5):753–8. PMID: 29885176.
84. Salehi S, Abedi H, Ghasemi T. Atteindre le standard du processus de soins infirmiers en santé scolaire dans les écoles élémentaires de Kerman, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012;17(3):200–4. PMID: 23833612.
85. Yoo IY, Yoo MS, Lee GY. Auto-évalué compétences des infirmières scolaires en Corée. *J Sch Health* 2004;74(4):144–6. doi: 10.1111/j.1746-1561.2004.tb06618.x.
86. Dibakwane ST, Peu MD. Expériences des infirmières en santé scolaire concernant la prestation des services de santé scolaire dans le district de Tshwane. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):e1–e8. doi:10.4102/phcfm.v10i1.1807.
87. de Oliveira FP SL, Vargas AMD, Hartz Z, Dias S, Ferreira EFE. Percepções de alunos do ensino fundamental e médio sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso in Belo Horizonte, Brasil. [Perceptions des élèves du primaire et du collège sur le programme Santé à l'école : une étude de cas à Belo Horizonte, Brésil]. *Cien Saude Colet*. 2018;23(9):2891–8. doi: 10.1590/1413-81232018239.16582018 (en portugais).
88. Silva UOA, Nascimento GL, Santos IK, Azevedo KPM, Santos CF, Knackfuss MI et al. Programme de santé dans une école brésilienne. *Salud Publica Mex*. 2017;59(1):28–33. doi:10.21149/8412.
89. Baggio MA, Berres R, Gregolin BPS, Aikes S. Implantação do programa saúde escolar no município de Cascavel, Paraná: relato de enfermeiras [Introduction du programme de santé scolaire dans la ville de Cascavel, État du Paraná : rapport des infirmières]. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supplément 4):1540–7. doi:10.1590/0034-7167-2017-0188 (en portugais).
90. Brasil EGM, da Silva RM, da Silva MRF, Rodrigues DP, Quieroz MVO. A promoção da saúde do adolescente eo programa saúde escolar: complexidade na articulação saúde educação [La promotion de la santé des adolescents et le programme de santé scolaire : complexité dans l'articulation de la santé et de l'éducation]. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03276. doi:10.1590/s1980-220x2016039303276 (en portugais).
91. Leite CT, Machado MdFAS, Vieira RP, Marinho MNAdSB, Monteiro CFdS et al. O programa de saúde escolar: percepções de professoras [Le programme de santé scolaire : perceptions des enseignants]. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(2):280–7. doi:10.17533/udea.iee.v33n2a10 (en portugais).

92. Peu MD, Mataboge S, Ngunyulu R, Mulaudzi FM, Moloko Phiri SS. Les défis rencontrés par les prestataires de soins de santé en ce qui concerne la fourniture de services de santé scolaire dans le sous-district de Tshwane, province de Gauteng. *Afr J Nurs Midwifery* 2016;17(suppl.):S209–S221. doi:10.25159/2520-5293/304.
93. Résolution A/RES/44/25 adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1989. Convention relative aux droits de l'enfant. Dans : Résolutions et décisions adoptées par l'Assemblée générale au cours de sa quarante-quatrième session. Volume I : Résolutions et décisions, 19 septembre-29 décembre 1989. New York (NY) : Nations Unies ; 1989 (Supplément n° 49 ; <https://research.un.org/en/docs/ga/quick/regular/44>).
94. Compendium CSU. Interventions sanitaires pour la couverture sanitaire universelle. Dans : Organisation mondiale de la santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/couverture-maladie-universelle/recueil>).
95. Directives de l'OMS pour la riposte du secteur de la santé à la maltraitance des enfants. Rapport technique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>).
96. Normes mondiales pour des soins de santé de qualité services pour les adolescents : un guide pour mettre en œuvre une approche axée sur les normes pour améliorer la qualité des services de soins de santé pour les adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA ; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>).
97. Rapport de la commission sur l'élimination de l'obésité infantile. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/end-childhood-obesity/rapport-final/fr/>).
98. Recommandations de l'OMS sur la santé de l'enfant : directives approuvées par le Comité d'examen des directives de l'OMS. Genève : Santé mondiale Organisme; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.08>).
99. Interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène prévenir la diarrhée. Dans : Organisation mondiale de la santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (www.who.int/elena/titles/wsh_diarrhoea/en/).
100. Maintien des services de santé essentiels : orientations opérationnelles dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires, 1er juin 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/332240>).
101. Interventions sur l'alimentation et l'activité physique : ce qui marche. Méthodologie. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (<https://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/fr/>).
102. Recommandations de l'OMS sur la santé des adolescents : directives approuvées par le comité d'examen des directives de l'OMS. Genève : Santé mondiale Organisme; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.09>).
103. Orientation : mettre en place des actions efficaces pour améliorer la nutrition des adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/effective-actions-improving-adolescent/fr/>).
104. Chaque femme, chaque enfant. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). New York (NY) : ONU Femmes ; 2015 (http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/12/EWEC_Global_Strategy_FR_inside_LogoOK_web.pdf).
105. Promotion de l'activité physique à l'école : un élément important d'une école-santé. Série d'information de l'OMS sur la santé scolaire document douzième. Genève : Santé mondiale Organisme; 2007 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/43733>).
106. Guide d'intervention mhGAP pour les troubles mentaux, les troubles neurologiques et les troubles liés à l'utilisation de substances dans les établissements de santé non spécialisés. Version 2.0. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>).
107. Manuel INSPIRE : action pour la mise en œuvre des sept stratégies pour mettre fin à la violence contre les enfants. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/inspire-handbook-action-for-implementing-the-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>).
108. Aide-mémoire pour adolescents : un outil de référence pratique pour les agents de santé de niveau primaire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599962/fr/).

109. La protection solaire : un élément essentiel des écoles promotrices de santé. Série d'informations de l'OMS sur document de santé scolaire sept. Genève: Monde Organisation de la Santé; 2002 (WHO/NPH/02.6, WHO/SCHOOL/02.1; <https://www.who.int/ceh/publications/cehessentia/fr/>).
110. Promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les écoles des pays à faible revenu : note d'information. Genève : Santé mondiale Organisme; 2009 (https://www.who.int/maternal_enfant_adolescent/documents/qui_fch_cah_adh_09_03/fr/).
111. Garantir les droits de l'homme dans la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/fr/).
112. Stratégie mondiale du secteur de la santé sur les infections transmises 2016-2021 : vers la fin des IST. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/fr/>).
113. Prévention de la violence en milieu scolaire : un manuel pratique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/324930>).
114. Créer un environnement propice aux émotions et bien-être social : une responsabilité importante d'une école promotrice de santé et amie des enfants. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42819>).
115. Directives de l'OMS sur la prévention des grossesses précoces et des mauvais résultats en matière de santé génésique chez les adolescents des pays en développement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/prévenir_la_grossesse_précoce/fr/).
116. Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. mise à jour 2016. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>).
117. Techniques de changement de comportement pour promouvoir santé mentale. Genève : Santé mondiale Organisme; 2012 (https://www.who.int/mental_santé/mhgap/preuves/enfant/q13/en/).
118. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant : résumé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008 (https://www.who.int/violence_injury_prevention/enfant/blessure/world_report/report/en/).
119. Prévention des blessures chez les enfants et les adolescents : un appel mondial à l'action. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/43279>).
120. Répondre à la violence conjugale et violence sexuelle à l'égard des femmes : directives cliniques et politiques de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/fr/>).
121. Ressource de formation en soins primaires de l'oreille et de l'audition. Niveau de base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006 (https://www.who.int/pbd/deafness/activités/hearing_care/basic.pdf?ua=1).
122. Surdité et déficience auditive. Dans : Santé mondiale Organisation [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (www.who.int/news-room/fiches/détail/surdité-et-surdité).
123. Cécité et déficience visuelle. Dans : Organisation mondiale de la santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/en/news-room/fac-sheets/detail/cécité-et-malvoyance>).
124. Perte auditive chez l'enfant : agissez maintenant, voici comment. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (WHO/NMH/NVI/16.1; <https://apps.who.int/iris/poignée/10665/204507>).
125. Perte auditive chez l'enfant : stratégies prévention et soins. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/204632>).
126. Lignes directrices pour les aides auditives et les services pays en développement, septembre 2004, deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43066>).
127. Une alimentation saine : un élément essentiel d'une école-santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1998 (WHO/SCHOOL/98.4, WHO/HPR/HEP/98.3; <https://apps.who.int/iris/poignée/10665/63907>).
128. Stratégies mondiales de vaccination systématique et (GRISP) : un document d'accompagnement du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/204500>).
129. Résumé de la prise de position de l'OMS sur les vaccins contre le papillomavirus humain. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (https://www.who.int/vaccination/policy/position_papers/hpv/en/).

130. Recommandations de l'OMS pour la vaccination systématique : un guide d'utilisation des tableaux récapitulatifs. Actualisé 4 octobre 2012. Genève : World Health Organisation; 2012 (<https://www.who.int/publications/m/item/a-user-s-guide-who-recommendations-for-routine-immunization>).
131. Réduire la douleur au moment de la vaccination : prise de position de l'OMS – septembre 2015/ Réduction de la douleur au moment de la vaccination. Note de synthèse : position de l'OMS – Septembre 2015. Relevé épidémiologique hebdomadaire/Relevé épidémiologique hebdomadaire 2015;90(39):505–16. (https://www.who.int/vaccination/politique/documents_de_position/reduction_douleur_vaccination/fr/).
132. Troubles du spectre autistique et autres troubles du développement : de la sensibilisation au renforcement des capacités. Rapport de réunion, Genève, Suisse, 16-18 septembre 2013. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (WHO/MSD/MER/14.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/103312>).
133. Manuel du clinicien de district IMAI : soins hospitaliers adolescents et adultes. Lignes directrices pour la gestion des maladies avec des ressources limitées. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (<https://www.who.int/hiv/pub/imai/imai2011/en/>).
134. Prendre soin du développement de l'enfant : améliorer la prise en charge des jeunes enfants. Genève : Organisation mondiale de la Santé, UNICEF ; 2012 (https://www.who.int/maternel_enfant_adolescent/documents/soins_developpement_enfant/fr/).
135. Stratégie mondiale de réduction de l'usage nocif de l'alcool. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/article/9789241599931>).
136. Intensifier les soins aux malades mentaux, neurologiques et troubles liés à l'utilisation de substances. mhGAP : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/43809>).
137. Convention-cadre de l'OMS sur le tabac
Contrôle : lignes directrices pour la mise en œuvre : article 5.3, article 8, articles 9 et 10, article 11, article 12, article 13, article 14. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (https://www.who.int/fctc/Treaty_instruments/adopted/guidel_2011/fr/).
138. Prévention du tabagisme : une entrée importante pour le développement d'écoles-santé. Série d'information de l'OMS sur la santé scolaire document cinq. Genève : Santé mondiale
Organisation; 1999 (WHO/SCHOOL/98.5, WHO/HPR/HEP/98.5; <https://apps.who.int/iris/poignée/10665/65608>).
139. Boîte à outils pour livrer le brief 5A et 5R interventions antitabac auprès des patients tuberculeux en soins primaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://www.who.int/tobacco/publications/arrêt_tabac/9789241506946/fr/).
140. Prévenir la violence chez les jeunes : un aperçu des preuves. Genève : Santé mondiale
Organisation; 2015 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/181008>).
141. INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence contre les enfants. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>).
142. Brève communication liée à la sexualité: recommandations pour une approche de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/).
143. Prévention du VIH/SIDA/IST et autres discrimination : une responsabilité importante des écoles-santé. Sixième série d'informations de l'OMS sur la santé scolaire. Genève:
Organisation mondiale de la santé; 1999 (OMS/ECOLE/98.6, OMS/HPR/HEP/98.6 ; <https://applications.who.int/iris/handle/10665/66225>).
144. Répondre aux enfants et adolescents victimes d'abus sexuels : directives cliniques de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/fr/>).
145. Outil de mise en œuvre de l'OMS pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP) de l'infection à VIH : module 12 : adolescents et jeunes adultes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (WHO/CDS/HIV/18.13; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273172>).

146. Recommandations mises à jour sur les schémas thérapeutiques antirétroviraux de première et de deuxième intention et la prophylaxie post-exposition et recommandations sur le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson. Traitement du VIH – conseils provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-18.51>).
147. Directives consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH : recommandations pour une approche de santé publique, deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/vih/pub/arv/arv-2016/en/>).
148. Prise en charge communautaire des surdoses d'opioïdes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548816>).
149. Prévention et contrôle des maladies non transmissibles : lignes directrices pour les soins de santé primaires dans les pays à faibles ressources. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/76173>).
150. Ligne directrice mise à jour : Triage, évaluation et traitement d'urgence pédiatrique : soins aux enfants gravement malades. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204463>).
151. Sauver des vies : un dossier technique sur la sécurité routière. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/save-lives-a-road-safety-technical-package>).
152. Rapport mondial sur la prévention des accidents de la route. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (<https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-road-traffic-injury-prevention>).
153. Prévention des brûlures : réussites et enseignements appris. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97938>).
154. L'environnement scolaire physique : un élément essentiel d'une école-santé. Série d'information de l'OMS sur la santé scolaire document deux. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42683>).
155. Recommandations pour la prise en charge des affections courantes de l'enfance : données probantes pour la mise à jour technique des recommandations du livre de poche : affections néonatales, dysenterie, pneumonie, utilisation et délivrance d'oxygène, causes courantes de fièvre, malnutrition aiguë sévère et soins de soutien. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44774>).
156. OMS-CICR Soins d'urgence de base : approche des personnes gravement malades et blessées : manuel du participant. Genève : Organisation mondiale de la santé, Comité international de la Croix-Rouge ; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/basic-emergency-care-approach-to-the-acutely-ill-and-injured>).
157. Directive de l'OMS sur l'utilisation de seringues sécurisées pour les injections intramusculaires, intradermiques et sous-cutanées dans les établissements de soins de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250144>).
158. Paquet douleur persistante chez l'enfant : OMS lignes directrices sur le traitement pharmacologique de la douleur persistante chez les enfants atteints de maladies médicales. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44540>).
159. Pharmacologiques et non pharmacologiques Interventions pour les enfants avec un déficit de l'attention trouble d'hyperactivité (TDAH). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q7/en/).
160. Mise à jour de l'action Comblant les lacunes en santé mentale Directives du Programme (mhGAP) pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances, mai 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/906642/retrieve>).
161. Asthme. Dans : Organisation mondiale de la santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>).
162. Recommandations de l'OMS sur la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie chez les nourrissons et les enfants infectés par le VIH : prise en charge intégrée des maladies infantiles (PCIME). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/44471>).
163. Reconnaître les maladies tropicales négligées par des changements sur la peau : un guide de formation pour les agents de santé de première ligne. Genève : Santé mondiale Organisme; 2018 (WHO/HTM/NTD/2018.03; https://www.who.int/neglected_diseases/ressources/9789241513531/fr/).
164. Lignes directrices pour le diagnostic, le traitement et prévention de la lèpre. New Delhi : Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est ; 2018 (<https://www.who.int/lep/resources/9789290226383/en/>).

165. Eradication du pian : un guide pour le programme gestionnaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (WHO/CDS/NTD/IDM/2018.01; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259902>).
166. Dengue : lignes directrices pour le diagnostic, le traitement, la prévention et le contrôle. Nouvelle édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (OMS/HTM/NTD/DEN/2009.1; <https://apps.who.int/iris/poignée/10665/44188>).
167. Directives pour le traitement du paludisme, troisième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/162441>).
168. Consultation informelle de l'OMS sur la prise en charge de la fièvre dans les établissements de soins périphériques : examen mondial des données probantes et de la pratique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (<https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241506489/en/>).
169. Orientations pour les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose sur la prise en charge de la tuberculose chez les enfants, deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://www.who.int/tb/publications/childtb_guidelines/en/).
170. Traitement de la rougeole chez les enfants. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1996 (https://www.who.int/vaccination/programmes_systems/interventions/TreatingMeaslesENG300.pdf).
171. Directive consolidée sur les relations sexuelles et la santé reproductive et les droits des femmes vivant avec le VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/fr/).
172. Lignes directrices pour une approche intégrée la prise en charge nutritionnelle des enfants infectés par le VIH (6 mois à 14 ans). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (<https://www.who.int/nutrition/publications/hiv/9789241597524/en/>).
173. Ligne directrice : mises à jour sur la gestion des malnutrition aiguë sévère chez les nourrissons et les enfants. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506328>).
174. Note d'orientation de l'OMS : étude complète prévention et contrôle du cancer : un avenir plus sain pour les filles et les femmes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/78128>).
175. Recommandation sur 36 mois d'isoniazide traitement préventif pour adultes et adolescents vivant avec le VIH dans des contextes à ressources limitées et à forte prévalence de tuberculose et de VIH : mise à jour 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (OMS/HTM/TB/2015.15, WHO/HIV/2015.13 ; https://www.who.int/tb/publications/2015_ipt_update/en/).
176. Lignes directrices sur la prophylaxie post-exposition pour Le VIH et l'utilisation de la prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections liées au VIH chez les adultes, les adolescents et les enfants : recommandations pour une approche de santé publique : Supplément de décembre 2014 aux lignes directrices consolidées de 2013 sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/145719>).
177. Ligne directrice : supplémentation quotidienne en fer chez les nourrissons et les enfants. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://www.who.int/nutrition/publications/micronutriments/guidelines/daily_iron_supp_enfants/fr/).
178. Ligne directrice : supplémentation quotidienne en fer chez les femmes adultes et les adolescentes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://www.who.int/nutrition/publications/micronutriments/directives/daily_iron_supp_womenandgirls/en/).
179. Directive de l'OMS : utilisation de poudres de micronutriments multiples pour l'enrichissement au point d'utilisation des aliments consommés par les nourrissons et les jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois et les enfants âgés de 2 à 12 ans. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549943>).
180. Formation professionnelle des soignants pour la prise en charge des troubles du développement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://www.who.int/mental_santé/mhgap/preuves/enfant/q6/fr/).
181. Directives de l'OMS sur la prise en charge des complications de santé liées aux mutilations génitales féminines. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/gestion-complications-sante-fgm/fr/>).
182. Rapport mondial sur le handicap 2011. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale ; 2011 (https://www.who.int/teams/noncommunicable_diseases/sensory-functions-disability-and-republication/world-report-on-disability).

183. Plan d'action mondial de l'OMS pour le handicap 2014-2021 : une meilleure santé pour toutes les personnes handicapées. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/199544>).
184. Les jeunes et la sécurité routière. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2007 (<https://www.who.int/management/programme/ncd/Jeunesse%20et%20Road%20Safety.pdf>).
185. Recommandations de l'OMS sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescent-srhr-who-recommendations/fr/>).
186. Recommandations de l'OMS sur les soins prénatals pour une expérience de grossesse positive. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>).
187. Normes pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Genève: Monde Organisation de la Santé; 2016 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/améliorer-la-qualité-des-soins-maternels-nouveau-nés/fr/).
188. Dehne KL, Riedner G. Sexuellement transmis infections chez les adolescents : le besoin de services de santé adéquats. Genève : Organisation mondiale de la santé, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) ; 2005 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241562889/fr/).
189. Directives de l'OMS pour le traitement de *Treponema pallidum* (syphilis). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>).
190. Directives de l'OMS pour le traitement du virus de l'herpès génital simplex. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/978924154987>).
191. Directives de l'OMS pour le traitement de *Chlamydia trachomatis*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/chlamydia-treatment-guidelines/en/>).
192. Directives de l'OMS pour le traitement de *Neisseria gonorrhoeae*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>).
193. Lignes directrices pour la gestion des affections spécifiquement liées au stress. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (https://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/fr/).
194. Organisation mondiale de la Santé, War Trauma Foundation, World Vision International. Premiers secours psychologiques : guide pour les intervenants de terrain. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>).
195. Interventions psychosociales pour le traitement des troubles du comportement. Genève : Santé mondiale Organisme; 2015 (https://www.who.int/mental_santé/mhgap/preuves/enfant/q5/en/).
196. Guide d'intervention mhGAP pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances dans les établissements de santé non spécialisés. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (https://www.who.int/mental_santé/publications/mhGAP_intervention_guide/fr/).
197. Interventions psychosociales, traitement des troubles émotionnels. Genève : Santé mondiale Organisme; 2015 ([https://www.who.int/mental_health/mhgap/preuve/enfant/q14/fr/#:~:text=Interventions%20psychologiques,%20tel%20comme%20cognitif%20comportemental%20thérapie%20\(TCC\),être%20offert%20pour%20les%20traitement%20des%20troubles%20émotionnels](https://www.who.int/mental_health/mhgap/preuve/enfant/q14/fr/#:~:text=Interventions%20psychologiques,%20tel%20comme%20cognitif%20comportemental%20thérapie%20(TCC),être%20offert%20pour%20les%20traitement%20des%20troubles%20émotionnels)).
198. Antidépresseurs chez les adolescents souffrant de troubles dépressifs modérés à sévères pour lesquels les interventions psychosociales se sont révélées inefficaces. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q11/en/).
199. Antidépresseurs (antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) chez les enfants de 6 à 12 ans présentant un épisode dépressif/désordre. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/preuve/enfant/q10/fr/).
200. Prévenir le suicide : un impératif mondial. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/rapport_mondial_2014/fr/).
201. Intervention pharmacologique pour les troubles somatoformes chez les enfants et les adolescents. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2012 (www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q9/en/).

202. Fournir des services de santé de qualité : un impératif mondial pour la couverture sanitaire universelle. Genève : Organisation mondiale de la santé, OCDE, Banque internationale pour la reconstruction et Développement/Banque mondiale; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>).
203. Blocage thyroïdien à l'iode; lignes directrices pour planifier et répondre aux urgences radiologiques et nucléaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/259510>).
204. Cadre de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://www.who.int/hac/techguidance/préparation/fr/>).
205. Considérations pour le public scolaire mesures sanitaires dans le contexte de la COVID-19 : annexe aux considérations relatives à l'ajustement des mesures de santé publique et sociales dans le contexte de la COVID-19, 10 mai 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/332052>).
206. Équipement de protection individuelle à utiliser dans un écosystème de maladie à filovirus; ligne directrice sur les conseils rapides. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/equipement-de-protection-individuelle/fr/>).
207. Gestion des épidémies : faits saillants sur les principales maladies mortelles. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/272442>).
208. Flambées de maladies d'origine alimentaire : directives enquête et contrôle. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/43771>).
209. Riposte aux épidémies de méningite en Afrique subsaharienne : directives de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (WHO/HSE/PED/CED/14.5; <https://www.who.int/csr/resources/publications/méningite/guidelines2014/en/>).
210. Réponse aux épidémies de rougeole dans les contextes de réduction de la mortalité par rougeole. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (WHO/IVB/09.03; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70047>).
211. Flambée de choléra : évaluation de la flambée la réponse et l'amélioration de la préparation. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (OMS/CDS/CPE/ZFK/2004.4; <https://www.who.int/cholera/publications/OutbreakAssessment/fr/>).
212. Premiers pas pour gérer une épidémie de diarrhée aiguë. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (WHO_CDS_CSR_NCS_2003.7; <https://www.who.int/cholera/publications/firststeps/en/>).
213. Interventions en milieu scolaire pour réduire les décès par suicide et tentatives de suicide chez les jeunes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/preuve/suicide/qn10/en/).
214. Prévenir le suicide : une ressource pour les enseignants et d'autres membres du personnel de l'école. Genève : Santé mondiale Organisme; 2000 (WHO/MNH/MBD/00.3; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66801>).
215. Prévention des allergies et de l'asthme allergique. D'après la réunion OMS/WAO sur la prévention des allergies et de l'asthme allergique, Genève, 8-9 janvier 2002. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2003 (https://www.who.int/respiratoire/publications/allergy_prevention/fr/).
216. Prévention de la violence par le développement de relations sûres, stables et enrichissantes entre les enfants et leurs parents et tuteurs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44088>).
217. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro MG, Organisation mondiale de la Santé. Le test de dépistage de l'alcool, du tabagisme et de la toxicomanie (ASSIST): manuel à utiliser en soins primaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>).
218. Politiques et plans de santé mentale des enfants et des adolescents. Ensemble d'orientations sur les politiques et les services de santé mentale de l'OMS - module 11. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005 (WM 34 2005ME-1; https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v11/fr/).
219. Ligne directrice; chimioprévention pour lutter contre les géohelminthiases dans les groupes de population à risque. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/deworming/fr/>).

220. Ligne directrice : régimes alternatifs d'administration massive de médicaments pour éliminer la filariose lymphatique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (WHO/HTM/NTD/PCT/2017.07; <https://apps.who.int/iris/poignée/10665/259381>).
221. Ligne directrice de l'OMS : recommandations sur interventions pour le renforcement du système de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/interventions-numeriques-renforcement-du-systeme-de-sante/fr/>).
222. Guide d'investissement pour la mise en œuvre numérique (DIIG) : intégration des interventions numériques dans les programmes de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/article/9789240010567>).
223. Classification des interventions de santé numérique v1.0; un langage commun pour décrire les usages du numérique pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (WHO/RHR/19.06; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/classification-digital-health-interventions/fr/>).
224. Un cadre pour les politiques, stratégies et plans nationaux de santé. Version préliminaire du 3 juin 2010. Organisation mondiale de la santé (OMS) dossier de consultation. Genève: Monde Organisation de la Santé; 2010 (https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/NHStrategies_consultation_OMS.pdf).
225. Élaboration de stratégies nationales de santé au 21e siècle : un manuel. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/poignée/10665/250221>).
226. Action accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA !) : un manuel pour faciliter le processus d'élaboration de stratégies et de plans nationaux pour la santé des adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent-aa-manual-ah-strategies-plans/fr/).
227. Faire des choix équitables sur la voie de la couverture sanitaire universelle : rapport final du groupe consultatif de l'OMS sur l'équité et la couverture sanitaire universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/fr/).
228. Baltussen R, Jansen MP, Mikkelsen E, Tromp N, Hontelez J, Bijlmeesters L et al. Établissement des priorités pour la couverture sanitaire universelle: nous avons besoin de processus délibératifs fondés sur des données probantes, et pas seulement de davantage de données probantes sur le rapport coût-efficacité. Int J Gestion de la politique de santé 2016;5(11):615–8. doi:10.15171/ijhpm.2016.83
229. Tromp N, Baltussen R. Cartographie des critères multiples pour l'établissement des priorités des interventions de santé : une aide pour les décideurs. BMC Health Serv Res. 2012;12, art. 454. doi:10.1186/1472-6963-12-454.
230. Un examen global de la documentation sur les politiques, les normes et les lignes directrices pour les écoles promotrices de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; dans la presse.

Annexe

Méthodologie GRADE, Élaboration de lignes directrices Examen de groupe et externe Groupe : affiliations, domaines d'expertise et gestion des conflits d'intérêts

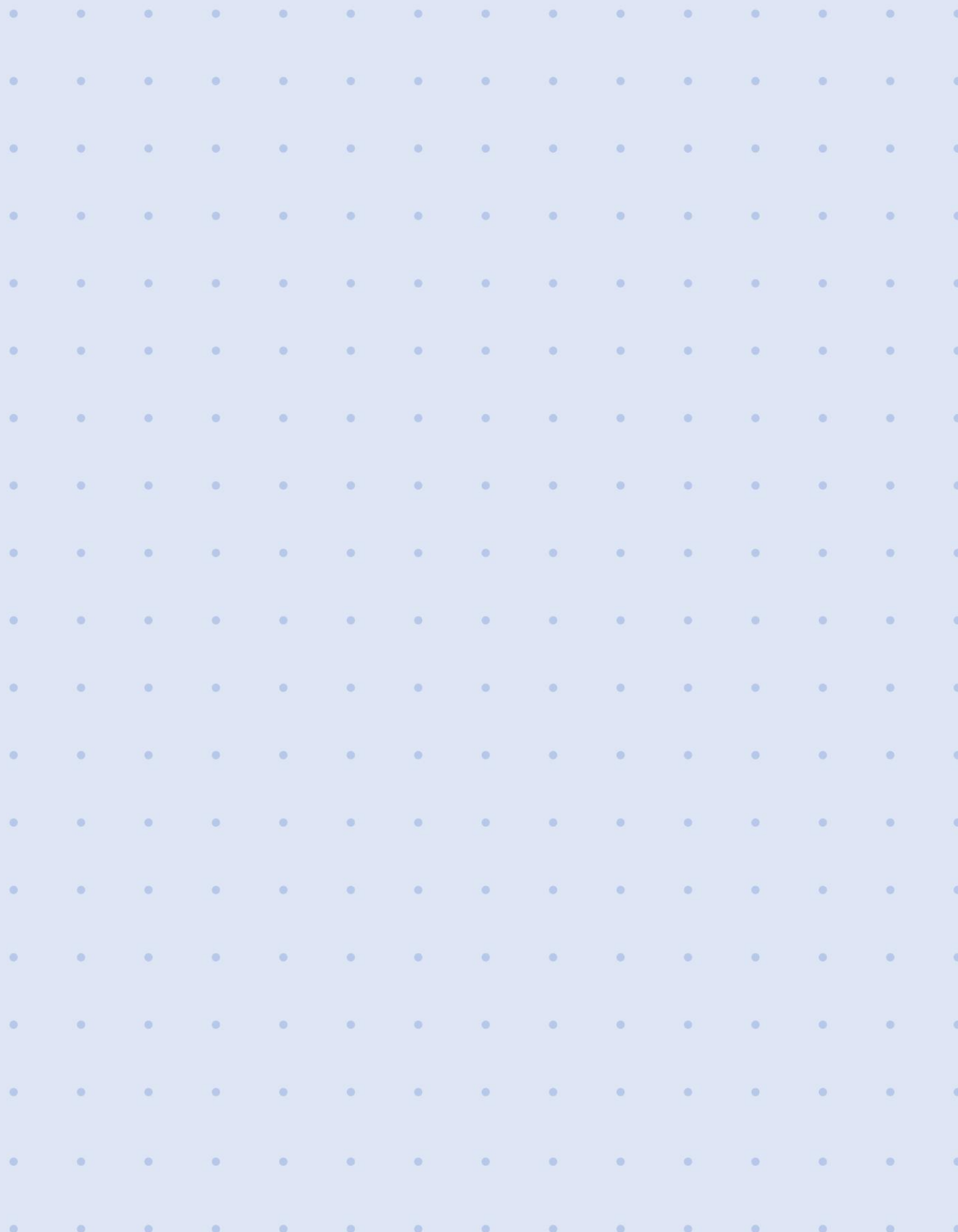
Cette annexe fournit des informations supplémentaires pour le méthodologiste GRADE (tableau A.1), les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices (tableau A.2) et les membres du groupe d'examen externe (tableau A.3). Les déclarations d'intérêt ont été documentées pour chacune de ces personnes et évaluées par le Secrétariat de l'OMS. Les intérêts déclarés n'ont pas été considérés comme faisant obstacle à la participation au processus d'élaboration ou de révision des recommandations.

Tableau A.1. Méthodologie GRADE

#	NOM	Prénom	Sexe	Basé sur la nationalité et/		Institution	Titre	Intérêts déclarés	Décision sur les intérêts
				ou pays de résidence					
				Région OMS	Pays				
1.	SIEGFRIED	Nandi	F	Afrique	Afrique du Sud	Santé publique Médical Spécialiste, Cap Ville, Afrique du Sud	NOTER Méthodologue	Financement dépendant de l'achèvement de la ligne directrice	Aucune autre action requise

[illegible]

[illegible]



**Pour plus d'information
veuillez contacter:**

mncah@who.int

