

Les bilans de santé obligatoires en milieu scolaire

Etat des lieux consacré aux modalités et aux contenus



Service universitaire de promotion de la santé
Université catholique de Louvain

Avec le soutien de



SYNTHESE DE CONNAISSANCES DU SERVICE UNIVERSITAIRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ UCLouvain

Autrices (par ordre alphabétique) : Dominique Doumont et Fany Panichelli

Relectrice : Anne Vanhassel (Paramedisch werker - CLB GO!Oostende)

Mise en page : Fany Panichelli

Pour citer ce document :

Doumont D., Panichelli F. (2026). Les bilans de santé obligatoires en milieu scolaire : état des lieux consacré aux modalités et aux contenus. Woluwé-Saint-Lambert : *UCLouvain/IRSS/RESO*

Retrouver toutes les publications du RESO à l'adresse suivante :

<http://www.uclouvain.be/reso>

Le Service Universitaire de Promotion de la santé UCLouvain/IRSS/RESO

Le RESO est le service universitaire de promotion de la santé de l'Université catholique de Louvain. Sa principale mission est de renforcer les savoirs des intervenant.e.s de promotion de la santé, qu'ils/elles soient professionnel.le.s, décideurs/décideuses ou scientifiques, et de soutenir la prise de décision interventionnelle et politique en partageant les connaissances en promotion de la santé.



Editrice responsable : Isabelle Aujoulat

UCLouvain/IRSS-RESO Clos Chapelle aux champs, 30 bte B1.30.14 – 1200 Woluwe-St-Lambert, Belgique

Contact : reso@uclouvain.be

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	3
AVANT-PROPOS.....	4
INTRODUCTION.....	5
I. METHODOLOGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	6
II. COMMENT S'ORGANISENT LES SERVICES DE SANTE SCOLAIRE DANS CERTAINS PAYS DE L'OCDE ?	7
III. PRINCIPAUX CONSTATS DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE	10
IV. QUELLES SPÉCIFICITÉS CHEZ NOS VOISINS ?.....	12
1. Pays-Bas.....	14
2. France.....	15
3. Suisse.....	17
4. Suède	18
5. Finlande.....	20
6. Québec (Canada).....	22
7. Flandre (Belgique).....	25
V. ANALYSES COMPARATIVES	27
VI. RECOMMANDATIONS.....	33
VII. CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXE 1 : Tableaux comparatifs du contenu des bilans de santé dans différents pays de l'OCDE	41
ANNEXE 2 : Le cadre des systèmes de santé de l'OMS	44

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Modèle écologique de l'approche école en santé

Figure 2 : Conceptualisation du cadre de performance des systèmes de santé scolaire en reliant les objectifs valorisés par les sociétés, les résultats souhaités et les variables qui les influencent

Figure 3 : Liens entre les modèles organisationnels des systèmes de santé scolaire et leur potentiel à avoir un impact positif sur les variables qui influencent les résultats souhaités

Figure 4 : Le cadre des systèmes de santé de l'OMS

Tableau 1 : Comparatif des caractéristiques des systèmes de santé scolaire dans différents pays de l'OCDE

Tableau 2 : Comparatif du contenu des bilans de santé (aspects physique, mental, social et bien-être) dans différents pays de l'OCDE

Tableau 3 : Suite du comparatif du contenu des bilans de santé dans différents pays de l'OCDE

AVANT-PROPOS

Les synthèses de connaissances réalisées par le service universitaire de promotion de la santé UCLouvain/IRSS-RESO visent à soutenir les intervenants de promotion de la santé dans leurs pratiques, qu'ils soient professionnels, décideurs politiques ou scientifiques. Les supports de partage de connaissances que nous réalisons ont pour objectif de favoriser l'accessibilité et l'appropriation des savoirs issus de la littérature scientifique et grise et les savoirs expérientiels. Vous les trouverez sur notre site internet : <https://www.uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/syntheses-de-connaissances>

À la demande de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), le service universitaire de promotion de la santé UCLouvain/IRSS-RESO a réalisé un état des lieux de la littérature consacrée aux modalités et aux contenus des bilans de santé en milieu scolaire. La demande formulée spécifiait l'étude de pays membres de l'OCDE, avec une attention particulière portée aux objectifs, aux fréquences, aux modalités de mise en œuvre de ces bilans de santé, ainsi qu'aux effets attendus sur la santé des enfants et des adolescents.

Ce travail a été réalisé par l'équipe de recherche du RESO et est le fruit d'un travail collaboratif.

Afin d'assurer la cohérence et la lisibilité de ce document, nous avons choisi d'harmoniser la terminologie utilisée. En effet, dans la littérature et les pratiques, plusieurs termes coexistent pour désigner des concepts similaires, tels que « *bilan de santé* », « *visite médicale* », ou encore « *examen de santé* », ainsi que pour les structures concernées, comme « *médecine scolaire* » ou « *service de santé scolaire* ». Pour faciliter la compréhension, nous allons utiliser les termes suivants et les utiliserons de manière uniforme tout au long du document :

- « *bilans de santé* » ;
- « *services de santé scolaire* ».

Le texte est rédigé en écriture inclusive conformément aux recommandations de l'Université Catholique de Louvain. Ce choix stylistique s'inscrit dans une démarche visant à promouvoir l'égalité, la diversité et le respect des singularités, en cohérence avec les valeurs portées par le RESO. Il reflète une volonté d'adopter une communication inclusive et représentative, contribuant ainsi à renforcer la lisibilité et l'accessibilité du discours scientifique pour l'ensemble des publics.

INTRODUCTION

La promotion de la santé constitue un pilier incontournable des stratégies politiques, tant au niveau international que national (Darlington & Masson, 2020). Son efficacité dans la réduction des risques et l'amélioration des déterminants de santé est largement documentée. Toutefois, les inégalités sociales de santé persistent et se manifestent dès les premières années de vie, influençant non seulement les indicateurs de santé des enfants, mais également leurs habitudes de vie. Ces disparités ont des répercussions durables, puisque l'état de santé et les comportements adoptés durant l'enfance conditionnent en partie la santé à l'âge adulte (Simar et al., 2018).

Dans ce contexte, les services de santé scolaire représentent un levier stratégique pour agir précocement. Ils offrent une opportunité unique de dépistage, de prévention et de promotion de comportements favorables à la santé.

Ce travail propose une synthèse des données scientifiques et grises disponibles concernant les bilans de santé scolaires, en analysant leurs objectifs, leurs composantes et leurs impacts. Il s'inscrit dans une réflexion plus large sur la nécessité d'articuler les outils institutionnels et les stratégies de politique publique avec les connaissances scientifiques, afin de garantir des pratiques adaptées à l'évolution des contextes sociaux, sanitaires et éducatifs. Cette approche vise à renforcer la cohérence et l'efficacité des interventions, tout en contribuant à la réduction des inégalités dès le plus jeune âge (Simar et al., 2018).

La première partie de ce travail comprend une section dédiée à la méthodologie de recherche documentaire, ainsi que les modèles d'organisation des services de santé scolaire dans la Région européenne de l'OMS comme un outil analytique pour appréhender la diversité des organisations existantes (Baltag & Levi, 2013).

La seconde partie présente une synthèse des principaux constats issus de la littérature scientifique et grise concernant les bilans de santé en milieu scolaire.

Enfin, la troisième partie propose une analyse comparative des différents services de santé scolaire mis en place dans quelques pays de l'OCDE.

Pour finir, des recommandations et une conclusion compléteront ce travail de synthèse.

I. METHODOLOGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Nous commençons cette synthèse par une description des critères de recherche documentaire et des ressources incluses.

Critères de recherche et d'inclusion appliqués :

- Langues : français, anglais, néerlandais
- Pays : membres de l'OCDE
- Public cible : 3 à 18 ans
- Période recherchée : 2010-2025
- Mots-clés (français et anglais) : "bilan de santé" ; "visite médicale scolaire" ; "médecine préventive" ; "medical check" ; "médecine préventive" ; "school Health check" ; "school health service" ; "screening children/student".
- Bases de données documentaires : Cairn, Pubmed, Google Scholar, Science Direct, Embase, DOCTES.

Le point de départ de ce travail fut deux sélections de ressources consacrées au suivi de la santé des enfants en milieu scolaire réalisées en [2023](#) et 2024 par le RESO. Les ressources qui traitaient des points suivants ont été intégrées :

- Des modalités de contenu et de fréquence des bilans de santé ;
- Les conditions de réalisation des bilans de santé ;
- Le cadre légal du système de santé scolaire.

Ainsi, parmi les 34 ressources identifiées dans les sélections reprises en supra, 6 ont été écartées (pays non membres de l'OCDE et/ou absence de descriptif du dispositif des BSO) et 28 intégrées et analysées.

Afin de compléter les données manquantes identifiées dans certains articles scientifiques, des sources issues de la littérature grise ont été consultées, notamment provenant des sites internet officiels et institutionnels. Par ailleurs, des recherches complémentaires ont été menées afin d'enrichir la réflexion globale et critique autour de ce sujet. Dans ce cadre, certaines sections de sites suédois et finlandais ont été consulté ; nous obligeant à utiliser l'outil DeepL à des fins de traductions, afin de permettre l'accès aux informations pertinentes et d'assurer une compréhension adéquate des contenus dans le contexte de la recherche.

II. COMMENT S'ORGANISENT LES SERVICES DE SANTE SCOLAIRE DANS CERTAINS PAYS DE L'OCDE ?

Modèles d'organisation des services de santé scolaire en Europe

Selon Michaud et al., (2021) « Les services de santé scolaire (SSS) peuvent être définis comme des services de santé dispensés aux élèves par des prestataires de santé et/ou paramédicaux »

Ils jouent un rôle essentiel dans la santé des enfants et des adolescents, en s'adressant à l'ensemble de la population scolaire, qu'il s'agisse d'élèves en bonne ou moins bonne santé. Cette approche universelle (et gratuite) permet de garantir un accès à la prévention, indépendamment du statut socio-économique des élèves. Par cette approche, les services de santé scolaire s'inscrivent dans une démarche de réduction des inégalités de santé en atteignant notamment les populations vulnérables, à faibles revenus ou à risques accrus de problèmes de santé. (Michaud et al., 2021)

En Europe, il existe à ce jour différents modèles d'organisation des systèmes de santé scolaire.

En 2013, Baltag et Levi ont réalisé une première taxonomie des modèles organisationnels des services de santé scolaire, à partir de données provenant de 37 pays européens¹. Les résultats de leur travail ont permis d'aboutir à la construction d'un outil analytique pour appréhender la diversité des organisations existantes. Cette taxonomie a permis de structurer les services selon des dimensions clés telles que la gouvernance, le mode de financement, le degré d'intégration avec les soins primaires et le rôle attribué aux établissements scolaires. Elle offre un cadre conceptuel permettant des comparaisons internationales systématiques. Au-delà de la description, cette taxonomie soutient la réflexion stratégique des décideurs en leur permettant de situer leur système dans un continuum de modèles et d'orienter les réformes vers une meilleure cohérence avec des objectifs de santé publique et de promotion de la santé.

En 2021, Michaud et al., ont analysé l'organisation des activités des systèmes de santé scolaire des états membres de la Région européenne de l'OMS en s'appuyant notamment sur le travail de Baltag et Levi. Nous avons choisi d'utiliser l'article de Michaud et al. comme référence principale pour l'analyse des pays investigués dans le cadre de ce travail. Cette décision repose sur son caractère récent et la pertinence de la synthèse, qui en font une source fiable concernant les systèmes de santé scolaire en Europe. Cela ne nous a toutefois pas empêchés d'investiguer d'autres ressources afin de compléter et enrichir notre analyse.

Cette étude a été menée dans 28 pays européens² et repose sur l'identification d'un expert national en médecine scolaire dans chacun de ces pays. Ces experts ont été sollicités pour

¹ En 2013, la région européenne de l'OMS comptait 53 États membres ; les conclusions de l'étude se limitent aux 37 pays répondants (Baltag & Levi, 2013).

² A l'exception de l'Espagne et de la République Tchèque qui n'ont pas de système de santé scolaire formalisé (Michaud et al., 2021).

répondre à une série de 14 questionnaires³ administrés sur une période de trois ans (2015 - 2018), dans le cadre d'une enquête longitudinale visant à documenter les pratiques (dépistages, vaccinations, thématiques de promotion de la santé, ...), les politiques et les systèmes de santé scolaire à l'échelle européenne.

L'analyse rétrospective et comparative menée dans le cadre de cette étude (Michaud et al., 2021) met en évidence 4 modèles d'organisation reflétant des modalités d'intégration dans les systèmes scolaires et/ou de soins de santé différents.

❖ **Modèle 1 : Services de santé scolaire intégrés dans les établissements scolaires**

Ce modèle repose sur une implantation directe des services de santé scolaire au sein des établissements scolaires. Les équipes sont physiquement présentes dans les écoles, en permanence ou au moins à temps partiel. Un local dédié à la santé scolaire est généralement disponible au sein de l'établissement (4 cas sur 5), ce qui facilite l'accès aux soins, à la prévention et au suivi des élèves. Ce modèle est observé en Autriche, au Danemark, en Islande, en Norvège et en Suède, et s'inscrit dans une logique de proximité et de réponse rapide aux besoins de santé des élèves.

❖ **Modèle 2 : Services de santé scolaire organisés en structures distinctes, extérieures à l'école**

Dans ce modèle, les services de santé scolaire sont administrés par des entités indépendantes des établissements scolaires (basés hors des locaux scolaires), souvent sous la responsabilité des autorités locales ou régionales. Un bureau, soit dédié, soit mis à disposition ponctuellement dans les écoles, accueille le personnel médical et paramédical lors de ses visites (4 cas sur 6). Ce modèle est en vigueur en Belgique, Croatie, Chypre, Pays-Bas, Slovaquie et Angleterre.

❖ **Modèle 3 : Prestations assurées par les professionnels de soins de première ligne**

Les services de santé scolaire ne sont pas structurés comme un système dédié à la santé scolaire, mais sont assurés par les professionnels de santé de première ligne (médecins généralistes, pédiatres, infirmières et infirmiers communautaires). Ce modèle repose sur l'intégration des soins scolaires dans le système de santé général. Il est observé en Grèce et en Slovaquie.

❖ **Modèle 4 : Modèles mixtes**

Ce modèle regroupe plusieurs sous-types selon les combinaisons observées :

Modèle 4 (1 & 2) : combinaison de services internes à l'école et de structures externes. Ce modèle est présent en France et en Hongrie.

³ NB : Les auteurs ne précisent pas si l'ensemble du panel d'experts a répondu aux 14 questionnaires.

Modèle 4 (1 & 3) : articulation entre présence scolaire et recours aux professionnels de première ligne. Ce modèle est observé en Bulgarie, Estonie, Finlande, Lituanie, Lettonie, Pologne et Roumanie.

Modèle 4 (2 & 3) : combinaison entre structures extérieures et soins de première ligne. Ce modèle est en vigueur en Irlande, Allemagne, Italie, Luxembourg, Malte et au Portugal.

Selon l'étude menée dans 34 pays européens (Baltag & Levi, 2013), les modèles intégrant une présence directe des services de santé dans les établissements scolaires — à savoir les modèles 1, 4 (1 & 2) et 4 (1 & 3) — sont les plus susceptibles de produire des résultats optimaux en termes d'efficacité, d'équité, de réactivité et d'efficience. Cette configuration favorise une meilleure coordination entre les acteurs éducatifs et sanitaires, ainsi qu'une capacité accrue à répondre aux besoins spécifiques des élèves.

Notre analyse de la littérature n'a révélé aucune information concernant la mobilisation de ces modèles dans les pays préanalysés. Les publications existantes se limitent à des descriptions conceptuelles et comparatives, sans fournir d'exemples opérationnels ni de données sur les processus de mise en œuvre. Cette absence de documentation sur les modalités pratiques d'application constitue une limite importante pour l'évaluation de leur faisabilité et de leur impact réel sur les systèmes de santé scolaire. En conséquence, il demeure difficile d'apprécier la transférabilité de ces modèles, d'anticiper les ressources nécessaires et d'identifier les leviers ou obstacles à leur adoption dans des contextes différents.

III. PRINCIPAUX CONSTATS DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE

Dans le cadre des politiques de santé publique à destination des enfants et des adolescents, les services de santé scolaire constituent un levier essentiel dépassant largement les fonctions médicales traditionnelles, en s'inscrivant dans une approche globale du bien-être et de la santé des élèves.

A ce titre, la Convention internationale des droits de l'enfant⁴ (CIDE, 1990) stipule que chaque enfant a droit de bénéficier du meilleur état de santé possible et des services médicaux y afférant (article 24). Elle insiste également sur l'égalité des droits pour tous les enfants sans discrimination.

Ainsi, les services de santé scolaire obligatoires et gratuits constituent un service concret de mise en œuvre de ce droit, en assurant un suivi régulier de la santé physique, mentale et sociale des élèves et un accès équitable aux soins préventifs indépendamment de leur situation socio-économique.

De plus, la convention internationale des droits de l'enfant dans ses articles 17 et 28 reconnaît le droit de chaque enfant à bénéficier d'une éducation et d'une information adaptée à son âge, notamment en matière de santé.

Dans ce cadre, les services de santé scolaire occupent une position stratégique en tant qu'acteurs de la promotion de la santé auprès des jeunes. Par le biais d'interventions en promotion de la santé, ils contribuent, entre autres, au développement de la littératie en santé, c'est-à-dire à la capacité des enfants à chercher, comprendre, évaluer et utiliser les informations relatives à leur santé pour prendre des décisions éclairées, mais pas uniquement.

Bien que les enfants en bas âge ne soient pas encore en mesure de prendre des décisions pleinement éclairées, ces interventions visent à les soutenir dans un processus progressif d'apprentissage et d'autonomisation, contribuant ainsi, à terme, à la réduction des inégalités en matière de santé dès les premières années de vie (« La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) », s. d.).

Comme le souligne la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, la réduction des inégalités sociales de santé ne vise pas uniquement l'efficacité des stratégies, mais constitue un impératif éthique, car « *l'injustice sociale tue à grande échelle* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

Le rôle des services de santé scolaire prend encore plus de sens lorsque l'on considère que, comme toute pratique, l'exercice de la santé publique et de la promotion de la santé soulève des questions éthiques importantes, notamment lorsqu'elles interviennent auprès de populations de « mineurs » et considérées comme étant en « bonne santé ».

⁴ La Convention internationale des droits de l'enfant a été adoptée le 20 novembre 1989 et est entrée en vigueur le 2 septembre 1990.

La promotion de la santé s'inscrit dans une démarche éthique qui vise, entre autres, à prévenir les dérives, telles que le caractère normatif (en définissant ce qui est « sain » ou « à risque », elle peut imposer des interventions ou formuler des recommandations non sollicitées), la stigmatisation, la culpabilisation ou la non-participation des bénéficiaires (Mannaerts, 2022)(Mino & Ferron, 2025). Elle privilégie la proximité et s'appuie sur des pratiques fondées sur l'écoute, l'information, l'équité, l'autonomisation et le renforcement des compétences des individus. Ces principes servent de garde-fous pour éviter le paternalisme et garantir que les interventions respectent l'autonomie et les besoins des enfants et adolescents. L'objectif est que chaque personne puisse se réaliser en effectuant ses propres choix, en lien avec son environnement et ses relations, dans un cadre où la décision est éclairée.

Dans le prolongement de ces considérations éthiques, la littérature internationale reconnaît la nécessité pour les services de santé scolaire et l'enseignement de s'adapter à l'évolution des priorités de santé des élèves en adoptant notamment une approche holistique. Les services de santé scolaire se doivent d'étendre leurs activités au-delà des traditionnels dépistages et vaccinations (Michaud et al., 2021).

Plusieurs études de qualité montrent l'efficacité des interventions en santé scolaire dans les domaines de la santé et des assuétudes. Les interventions en matière d'éducation sexuelle, incluant la contraception, la prévention des grossesses non désirées et la lutte contre la violence dans les relations affectives, ont également démontré des résultats encourageants (Michaud et al., 2021).

En revanche, l'état des lieux de la littérature consacré aux bilans de santé en milieu scolaire fait apparaître plusieurs manques significatifs dans la documentation existantes et/ou disponibles. Plusieurs dimensions essentielles demeurent insuffisamment étudiées, telles que la posture adoptée par les équipes des services de santé scolaire ou la représentation du rôle de l'école et du corps professoral dans la prise en charge de la santé des élèves. Sur ce dernier point, il a été démontré que l'engagement des enseignants et la nature positive des relations entre enseignants et élèves apparaissent comme un facteur de protection par rapport aux comportements de santé des élèves, de même que la participation des élèves (Simar et al., 2018). L'intégration de ces dimensions dans les pratiques des services de santé scolaire est ainsi considérée comme une pratique fondée sur les données probantes.

Par ailleurs, l'information détaillée concernant l'organisation des bilans (contenu, localisation, fréquence), le temps alloué à chaque élève, les modalités de communication des résultats, la prise en compte de la santé mentale, les activités de promotion de la santé et l'évaluation des systèmes de santé scolaire s'avèrent parfois fragmentaires ou incomplètes selon les contextes nationaux.

IV. QUELLES SPÉCIFICITÉS CHEZ NOS VOISINS ?

Afin d'alimenter la réflexion sur le modèle francophone belge de santé scolaire, nous avons choisi d'examiner les systèmes de santé scolaire de plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). : Belgique (la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Flandre) France, Suède, Pays-Bas, Finlande, Suisse, ainsi que le Canada (province du Québec). Ce choix repose sur deux critères principaux :

- **Performance et innovation en santé publique** : Certains pays (Pays-Bas, Finlande, Suisse et France notamment) sont régulièrement cités dans les classements internationaux (OCDE, OMS, CEOWORLD, ...) pour la robustesse et l'efficacité de leurs systèmes de santé, évalués selon des critères, tels que la qualité des soins, l'accessibilité, l'équité et la durabilité.
- **Similarité structurelle avec le modèle belge** : Certains de ces systèmes présentent des caractéristiques organisationnelles proches de celles du modèle belge en matière de santé scolaire, ce qui permet une analyse comparative pertinente pour identifier des leviers d'amélioration et des bonnes pratiques transférables.

Dans le cadre de cette analyse, nous nous sommes appuyés principalement sur les données issues de l'article de Michaud et al. (2021) et le World Bank Open Data⁵ (2023). Afin de pallier aux données manquantes, nous avons complété l'analyse par des informations issues d'autres publications pertinentes issues de la littérature grise.

Pour comparer l'ensemble des pays sélectionnés, nous avons retenu des caractéristiques permettant une analyse structurée et homogène. Ces critères incluent : (1) le modèle organisationnel des services de santé scolaire (Michaud et al., 2021), (2) l'autorité responsable de leur gouvernance et de leur mise en œuvre, (3) l'âge de l'obligation scolaire, (4) le nombre de bilans de santé réalisés au cours de la scolarité, (5) les âges auxquels ils sont programmés, (6) la composition des équipes médico-sociales présentes au sein des services de santé scolaire (SSS) et enfin (7) le degré d'implication et d'inclusion des parents dans les bilans de santé. Cette approche comparative vise à identifier les convergences et divergences structurelles entre les systèmes, afin d'éclairer les choix stratégiques pour l'évolution potentielle du modèle francophone belge.

⁵ Le World Bank Open Data est une plateforme de la Banque mondiale qui offre un accès à des données économiques, sociales et environnementales couvrant des sujets comme l'éducation, l'agriculture, l'énergie et l'urbanisation, avec des indicateurs statistiques comparables entre pays.

Tableau 1 : Comparatif des caractéristiques des systèmes de santé scolaire dans différents pays de l'OCDE

	Modèle (1)	Autorité (2)	Obligation scolaire (3)	Nombre de bilans de santé (4)	Âges (5)	Equipe (6)	Parents (7)
Pays-Bas	Modèle 2	Ministère de la santé et autorités locales (éducation et santé) (Loi)	5 ans	3	5 ans 10 ans 14 ans	I M	Invités à participer
France	Modèle 4 (1 & 2)	Ministère de l'éducation (Loi)	3 ans	3	3-4 ans 6 ans 12 ans	I M TS	Entretien avec parents à 6 ans
Suisse	Modèle 2	Autorités locales	4 ans	*	*	I M	Invités à participer
Suède	Modèle 1	(Loi)	6 ans	4	3 en primaire et secondaire inf. + 1 en secondaire sup.	I M TS P	Invités à participer
Finlande	Modèle 4 (1 & 3)	Ministère de la santé (Loi + Décret)	7 ans	3	7 ans 11 ans 14 ans	I M TS	Invités à participer
Québec (Canada)	Modèle 2	Ministère de la santé et des services sociaux	6 ans	0	/	I	/
Flandre (Belgique)	Modèle 2	Ministère de la santé et de l'éducation (Décret) ⁶	5 ans	5	3 ans, 6 ans 9 ans, 11 ans et 14 ans	I M TS P	Invités à participer
F-W-B (Belgique)	Modèle 2	Ministère de l'éducation (Décret)	5 ans	8	1 et 2 maternelles 2, 4 et 6 primaires 2 et 4 secondaires	I M TS P	Invités à participer

Légende : SSS= Système de Santé Scolaire ; F-W-B = Fédération Wallonie- Bruxelles ; I = Infirmier(ère) ; M = Médecin ; TS = Travailleur social ; P = Psychologue ;
 *= dépendant de chaque canton.

⁶ Une loi est un texte voté par un Parlement qui s'impose à tous, tandis qu'un décret est un acte réglementaire pris par un Gouvernement pour préciser ou mettre en œuvre une loi.

1. Pays-Bas

Au Pays-Bas, le service « *jeugdgezondheidszorg* » (soin de la santé de la jeunesse - traduction libre) promeut la santé des jeunes de 0 à 19 ans. Il est sous l'égide de l'Etat mais sa mise en œuvre pratique et sa gestion relèvent de la compétence des communes néerlandaises (en vertu de la loi du 9 octobre 2008) (Sénat, 2011).

Le système de santé scolaire néerlandais suit un modèle d'organisation basés hors des locaux scolaires (Michaud et al., 2021).

Les services de santé scolaire (primaire et secondaire) concernaient, en 2023, plus de 2,7 millions d'enfants au Pays-Bas (*World Bank Open Data*, 2023).

Les missions du service de « soin de la santé de la jeunesse »

Le service de « soin de la santé de la jeunesse » agit de manière préventive tant sur le plan physique, cognitif ou psychosocial. Son objectif est de favoriser l'égalité des chances en matière de santé, en réduisant les inégalités entre les jeunes (Sénat, 2011).

Les missions du service de « soin de la santé de la jeunesse » sont au nombre de six (traduction libre) :

- « *Assurer le suivi de la santé et du développement et signaler les maladies ou les menaces pour la santé ;*
- *Évaluer les besoins de soins des jeunes et des adultes ;*
- *Délivrer des informations et des conseils en assurant un accompagnement ;*
- *Effectuer le dépistage et la vaccination afin de détecter précocement les problèmes de santé et les prévenir ;*
- *Influer sur les risques sanitaires ;*
- *Fournir une contribution au système de santé, à sa mise en réseau, à la concertation et à la coopération avec d'autres institutions »* (Sénat, 2011).

Fréquence et contenu des bilans de santé

Outre une vaccination de rappel contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) à l'âge de 9 ans (Rijksinstituut voor Volksgezondheid & en Milieu, 2023), il est prévu, tout au long de la scolarité, 3 bilans de santé obligatoires : dès l'âge de 5 ans, âge de l'obligation scolaire, à 10 ans et 12 ans (Zaken, 2017).

Chaque bilan repose notamment sur :

- la recherche des antécédents médicaux ;
- l'observation de l'état physique, psychique, émotionnel et social ;
- le suivi de la croissance, de leur développement et de la capacité à s'exprimer.

Il se conclut par une évaluation générale qui peut déboucher sur des examens complémentaires.

Pour mener à bien ses missions auprès des élèves, le service est composé de différents prestataires de santé : un(e) pédiatre, un(e) infirmier(ère) spécialisée dans la santé des jeunes, un(e) assistant(e) de médecin et parfois un(e) infirmier(ère) de soins (Sénat, 2011).

2. France

En France, les services de santé scolaire concernent plus de 10 millions d'élèves (*World Bank Open Data*, 2023) et sont sous l'autorité du Ministère de l'Education nationale (Bégué et al., 2017). Le système de santé scolaire repose sur un cadre législatif clair et défini dans un recueil de lois intitulé « le code de l'éducation ».

Le système de santé scolaire français suit un modèle mixte d'organisation, à savoir, une combinaison de services internes et externes à l'école (Michaud et al., 2021). En effet, les centres médico-sociaux scolaires, dans lesquels sont organisés les bilans de santé, sont présents dans les établissements scolaires ou dans des locaux dédiés à proximité.

Les missions de la promotion de la santé à l'école

En vertu de l'article L121-4-1 du code de l'éducation, les missions de la promotion de la santé à l'école sont au nombre de 7 (*Article L121-4-1 - Code de l'éducation - Légifrance*, dernière mise à jour le 19 juillet 2026) :

- « La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
- L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation pour la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;
- La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers ;
- La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;
- La détection précoce des problèmes de santé physique ou psychique ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;
- L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;
- La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques. »

Fréquence et contenu des bilans de santé

Tous les enfants de moins de dix-huit ans bénéficient de bilans de santé obligatoires. Le nombre et le contenu de ces examens sont fixés dans l'article L541-1 du code de l'éducation.

Dès l'âge de 3 ans, âge correspondant au début de l'obligation scolaire, un premier bilan de santé est réalisé par les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Cette visite permet le dépistage de divers troubles de santé, notamment sensoriels, psycho-affectifs, staturo-pondéraux et neurodéveloppementaux, avec une attention particulière portée aux difficultés liées au langage oral.

Ensuite, à 6 ans, une visite médicale est conduite par un médecin scolaire, incluant un entretien avec les parents et la prise en compte des observations des enseignants et autres prestataires de santé intervenant auprès de l'enfant. Cette visite permet en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages.

À 12 ans, un(e) infirmier(ère) scolaire assure un suivi de santé, en lien avec les enseignants, afin d'évaluer les facteurs pouvant influencer la réussite scolaire⁷. Les résultats de ces examens sont systématiquement consignés dans le carnet de santé de l'enfant, permettant un suivi global de sa santé (*Article L541-1 - Code de l'éducation - Légifrance, 2022*).

Pour mener à bien ses missions auprès des enfants et des jeunes, le système de santé scolaire français fait appel aux compétences d'un(e) médecin, un(e) infirmier(ère) et d'un(e) travailleur(euse) social(e) (Bégué et al., 2017).

Dans le cas de la France, Bégué et al. ont établi des constats concernant les services de santé scolaire, ce qui n'a pas été observé pour les autres pays inclus dans cette recherche.

En effet, Bégué et al. (2017) déplorent le manque de pilotage et d'évaluation des missions ; ce qui fragilise la réalisation des bilans de santé obligatoires en France.

À ce titre, d'après une enquête du ministère de l'éducation nationale en 2015-2016, le taux de participation aux bilans de santé pour les élèves de 6 ans était estimé à 71%. Plus généralement, seuls 57% des enfants auraient bénéficié d'un dépistage. De tels résultats vont à l'encontre des objectifs du parcours éducatif de santé pour tous et pénalisent les élèves issus de milieux plus défavorisés qui n'ont pas d'accès régulier à un médecin généraliste ou à un pédiatre (Bégué et al., 2017).

Bégué et al. mettent également en lumière la persistance d'une inadéquation entre l'ambition des missions (et le fait qu'elles soient de plus en plus nombreuses) et la possibilité de les réaliser avec des moyens (humains notamment) toujours plus restreints.

⁷ A noter que la réussite scolaire n'est pas définie dans l'Article L541-1 du Code de l'éducation.

3. Suisse

En Suisse, l'âge d'obligation scolaire est fixé à 4 ans (*École obligatoire*, s. d.).

La structure des services de santé scolaire suisse est définie au niveau cantonal. Elle est généralement financée par les communes. Ces dernières ont un espace de liberté leur permettant d'organiser de manière optimale les soins de santé scolaire en tenant compte des réalités de la population sur leur territoire (*Service de santé scolaire*, s. d.).

Au niveau du pays, les services de santé scolaire concernent plus de 1,1 million d'élèves (*World Bank Open Data*, 2023).

Les missions des « services de santé scolaire »

Les services de santé scolaire ont communément les missions suivantes :

- « Conseiller les écoles par rapport aux questions dans le domaine de la santé et concernant l'avancée scolaire des élèves : les besoins de suivi particulier des enfants souffrant de maladies chroniques, l'absentéisme, les difficultés de développement, les éventuels préjudices à l'intérêt de l'enfant, etc... ;
- Conseiller les écoles concernant la structure de la promotion de la santé et de la prévention scolaires par rapport aux besoins et, si besoin est, coopération à des projets de l'école ;
- Lutter contre les maladies infectieuses et les épidémies sur demande des cantons et en collaboration avec les services de santé cantonaux ;
- Contrôler les carnets de vaccination conformément à la Loi sur les épidémies et organisation de vaccins et de séances de vaccination au niveau secondaire ;
- Organiser des examens et des conseils dans le domaine de la médecine scolaire conformément aux directives des cantons » (*Service de santé scolaire*, 2026).

Fréquence et contenu des bilans de santé

La fréquence et le contenu des examens de santé scolaire des enfants est différente dans chaque canton. Il est possible de consulter les sites officiels de chaque canton (n=26) pour en savoir plus (*Service de santé scolaire*, s. d.).

4. Suède

Le service de santé scolaire suédois se nomme « *ekevhälsan* » (Santé des élèves » - traduction libre) et est entré en vigueur en 2010, en vertu d'une modification de la loi sur l'école (Sénat, 2009). Son organisation est partagée entre deux ministères (celui de l'éducation et de la santé) ainsi qu'avec les autorités locales en la matière. En pratique, il est mis en œuvre par une commune ou par un directeur d'école (Michaud et al., 2021).

Le système de santé scolaire suédois suit un modèle d'organisation intégré, c'est-à-dire, avec une présence au sein même des établissements scolaires (Michaud et al., 2021). Il concerne plus de 1,8 million d'enfants (*World Bank Open Data*, 2023).

Les missions du service « Santé des élèves »

Le service intégré de « santé des élèves » regroupe 3 missions (traduction libre) :

- « *La protection de l'enfance ;*
- *La protection de la santé ;*
- *La pédagogie spécialisée ».*

L'organisation de ce service doit favoriser une approche préventive afin de promouvoir à la fois la santé et la réussite scolaire. En plus de ses actions de prévention individuelles, il tend également à améliorer l'environnement scolaire, à sensibiliser sur le danger de certaines substances addictives (tabac, alcool, drogue ...), à prévenir les maladies liées aux modes de vie et à favoriser l'égalité des genres.

À cela s'ajoute également la possibilité pour le service « santé des élèves » d'offrir des actes médicaux simples à la demande des élèves (Sénat, 2011).

Fréquence et contenu des bilans de santé

En Suède, la scolarité est obligatoire à partir de 6 ans (*Le système scolaire suédois*, s. d.) et la loi sur l'école de 2010 prévoit que tous les enfants doivent bénéficier d'au moins 3 « visites de santé » tout au long de leur scolarité. Entre ces visites périodiques, les élèves font l'objet d'examens de la vue, de l'audition et d'autres contrôles de santé de base (poids/taille).

À 6 ans, la visite médicale inclut une description par les parents de la situation de leur enfant, les observations de l'enseignant, le recueil des antécédents médicaux par le médecin et un entretien avec l'élève qui porte sur son bien-être, les relations avec ses camarades, les problèmes éventuels de santé ainsi que la nourriture et l'activité physique.

Lors de la deuxième visite, à 8 ans, le personnel du service de « santé des élèves » procède à un examen de la taille, du poids, à une discussion sur l'apprentissage, le bien-être et les relations avec les camarades.

Ensuite, à 10 ans, un examen de la taille, du poids et du dos est réalisé. Une attention particulière est accordée aux difficultés de développement du langage, de l'audition et de l'écriture ainsi qu'en matière de concentration ou d'attention et enfin au suivi des enfants présentant des signes d'anxiété ou d'agressivité. Un entretien avec l'enfant a lieu et porte sur son bien-être, ses relations avec ses camarades, les éventuelles difficultés d'apprentissage, l'alimentation et l'activité physique.

Une quatrième visite est organisée à l'âge de 14 ou 15 ans. En plus des sujets précédemment abordés, elle vise à faire le point sur les comportements à risque (tabac, alcool, drogue ...). L'entretien avec l'enfant

permet d'aborder des sujets tels que la puberté et la sexualité (prévention des infections sexuellement transmissibles).

Après l'âge de 16 ans, fin de l'obligation scolaire en Suède, une visite de santé est également prévue. Elle constitue en un examen global, similaire à celui réalisé à l'âge de 14-15 ans.

Ces prestations sont délivrées par un(e) médecin scolaire (employé par une institution publique), un(e) infirmier(ère), une psychologue et un(e) assistant(e) social(e) (Sénat, 2011).

5. Finlande

En Finlande, les services de santé scolaire concernent plus de 899 000 élèves (*World Bank Open Data*, 2023). Leur organisation est partagée entre le ministère des affaires sociales et de la santé et les autorités locales de santé (Michaud et al., 2021).

Il est encadré par la loi finlandaise et les modalités d'organisation des services de santé scolaire sont fournies dans un décret gouvernemental (n°338/2011) (Nikander, Kosola, et al., 2022).

Le système de santé scolaire finlandais suit un modèle d'organisation mixte, c'est-à-dire avec une articulation entre présence au sein des établissements scolaires et recours à la première ligne de soins (Michaud et al., 2021).

Les missions de « services de bien-être des comtés »

Les bilans de santé scolaires sont organisés par les services de bien-être des comtés dans lesquels se trouvent les écoles (*School and Student Health Care*, s. d.).

Les missions de ces services sont de (traduction libre) :

- « Protéger et améliorer la santé et la sécurité de l'environnement scolaire ainsi que le bien-être de la communauté scolaire ;
- Surveiller et favoriser la croissance, la santé et le bien-être de chaque élève de toutes les années ;
- Soutenir le travail pédagogique des parents et tuteurs ;
- Fournir des soins de santé bucco-dentaire ;
- Identifier les besoins des élèves en matière de soutien et d'examens de santé, soutient les enfants et renvoie à des examens et à des traitements complémentaires si nécessaire ;
- Soutenir la prise en charge des enfants atteints de maladies chroniques ;
- Proposer des examens pour établir l'état de santé des élèves. »

Fréquence et contenu des bilans de santé

Selon le décret finlandais n°338/2011, les élèves bénéficient de bilans de santé annuels tout au long de leur scolarité.

Parmi ceux-ci, trois bilans sont qualifiés de "larges" et sont réalisés, par un médecin, aux étapes clés du développement ; 7, 11 et 14 ans. Les bilans comprennent une évaluation globale de la santé physique, mentale et sociale de l'élève. Chaque bilan "large" dure environ 30 minutes par élève. La participation active des parents est encouragée. Les enseignants peuvent également contribuer à ces bilans, sous réserve d'un accord écrit préalable, afin d'apporter des éléments d'observation pertinents. Par ailleurs, ces bilans incluent la production d'une synthèse collective anonymisée, dépourvue de données personnelles, destinée à l'analyse du climat scolaire⁸ et à l'identification des besoins collectifs en matière de santé et de bien-être.

En complément des bilans médicaux "larges", chaque élève bénéficie d'un suivi annuel assuré par une infirmière scolaire. Ce suivi permet de détecter précocement les problèmes de santé, d'assurer une

⁸ NB : Les recherches actuelles n'ont pas permis d'accéder aux indicateurs utilisés à l'analyse du climat scolaire.

continuité dans les soins et de renforcer le lien entre les élèves et les professionnels de santé (Nikander, Hermanson, et al., 2022) (Nikander, Kosola, et al., 2022).

Ces bilans de santé comprennent (traduction libre) :

- « *Un entretien avec l'élève (adapté à son âge) ;*
- *Un examen clinique (croissance, développement, bien-être) ;*
- *Une évaluation du bien-être familial (par entretien) ;*
- *Un plan de santé personnalisé si nécessaire ;*
- *Une orientation vers des examens spécialisés (vue, audition, psychologie, psychiatrie) si besoin. »*

Il convient de souligner que les données présentées dans cette section doivent être utilisées avec prudence. En effet, une partie des sources consultées étaient exclusivement disponibles en langue finnoise, ce qui a pu entraîner des difficultés de traduction et d'interprétation. Par ailleurs, l'accès à l'information pertinente s'est avéré complexe en raison de la structure des sites institutionnels et de l'absence de versions intégralement traduites. Ces éléments peuvent avoir influencé la précision de certaines descriptions ou analyses, malgré les efforts déployés pour assurer la rigueur méthodologique.

6. Québec (Canada)

Au Québec, l'âge d'obligation scolaire est fixé à 6 ans (*Obligation de fréquentation scolaire*, 2025).

Comparé aux autres pays analysés, le Québec se distingue par une différence majeure ; aucun bilan de santé obligatoire n'est imposé durant le parcours éducatif (sections maternelle, primaire et secondaire). En lieu et place de tels bilans systématiques, un service de santé scolaire est mis en place afin d'assurer un suivi individualisé et adapté aux besoins des élèves.

Les services sont coordonnés par les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), qui ont pour mission d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à la population de leur territoire. Les services de santé scolaire s'adressent : aux enfants débutant la maternelle, aux élèves du primaire et du secondaire dans les écoles publiques (« Services de santé en milieu scolaire », s. d.).

Les missions des « services de santé en milieu scolaire »

Les services de santé scolaire s'inscrivent dans une démarche globale de promotion de la santé, de prévention et de suivi clinique. Ils poursuivent différentes missions :

- « Offrir la vaccination recommandée conformément au protocole d'immunisation du Québec, tout au long du parcours scolaire ;
- Offrir un accompagnement personnalisé aux élèves vivant avec une maladie chronique (ex. : diabète) ;
- Promouvoir les saines habitudes de vie, incluant l'alimentation, l'activité physique et la santé mentale ;
- Favoriser une sexualité saine et responsable via le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la distribution de préservatifs, le counseling⁹, l'introduction de méthodes contraceptives et la réalisation de tests de grossesse avec orientation vers des ressources appropriées. » (« Services de santé en milieu scolaire », s. d.).

Lorsqu'un élève présente un problème de santé nécessitant un suivi particulier, une infirmière clinicienne peut élaborer un plan d'intervention en collaboration avec les parents et les intervenants du milieu scolaire. Ce plan vise à assurer une prise en charge cohérente, centrée sur les besoins de l'élève.

- Les services sont accessibles sur demande, que celle-ci provienne du parent, de l'élève lui-même ou d'une personne travaillant dans le milieu scolaire. Pour bénéficier de ces services, il suffit de contacter l'infirmière responsable de l'école ou de prendre un rendez-vous. Les enfants sont régulièrement sensibilisés à cette offre de services, notamment grâce aux visites fréquentes des infirmières cliniciennes dans les écoles, ce qui leur permet de connaître les modalités de consultation. (« Services de santé en milieu scolaire », s. d.).

Les infirmières cliniciennes interviennent directement dans les écoles, où elles effectuent les activités de vaccination, les suivis de santé, ainsi que les différentes actions de prévention et d'éducation à la santé (« Services de santé en milieu scolaire », 2026).

⁹ « Le counseling désigne un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer ou traiter »

(Sarasy, 2012).

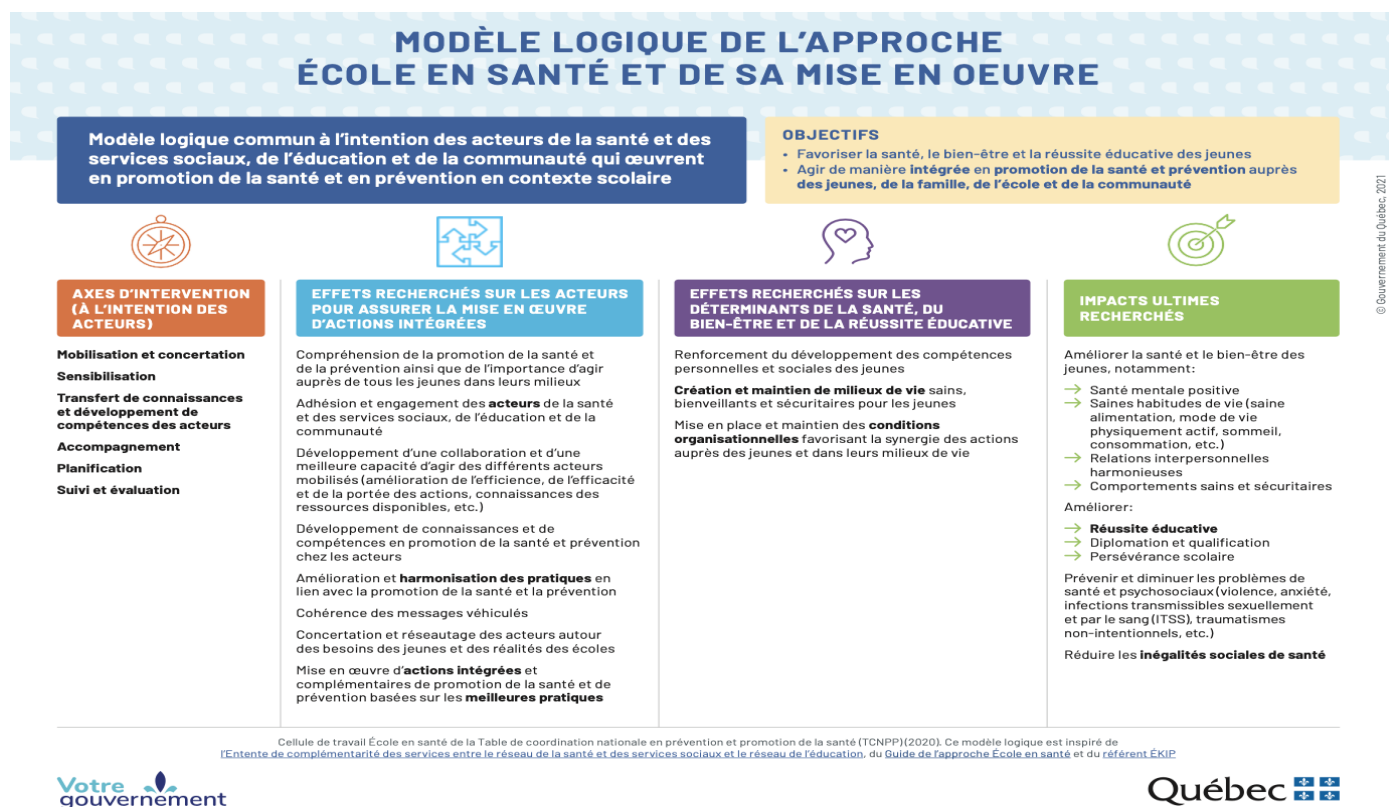
dans le cadre de l'approche « École en santé », un [modèle écologique](#) a été développé afin de structurer les interventions en promotion de la santé dans les établissements scolaires canadiens. Ce modèle s'adresse aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu de l'éducation, ainsi qu'à la communauté qui œuvrent en promotion de la santé. Il vise deux objectifs majeurs :

- Favoriser la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes ;
- Intervenir de manière intégrée en promotion de la santé et en prévention, en tenant compte de l'élève, de sa famille, de l'école et de son environnement communautaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022).

Ce modèle propose notamment 6 axes d'interventions pour la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et prévention en contexte scolaire :

- « **Mobilisation et concertation** : réunir les décideurs et acteurs intéressés par la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes pour mettre à profit leur expertise et leurs ressources autour d'une vision commune de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire ;
- **Accompagnement** : fournir du soutien et des mesures de suivi aux acteurs œuvrant en promotion de la santé et prévention en milieu scolaire, adaptés à leurs besoins, en fonction de leur réalité et de celle de leur milieu ;
- **Sensibilisation** : élargir le nombre d'acteurs intéressés et les sensibiliser aux enjeux et impacts associés à la santé, au bien-être et à la réussite éducative des jeunes. Positionner l'importance de développer une approche positive de la santé auprès du personnel scolaire, des parents et des acteurs de la communauté, ainsi que le déploiement d'actions porteuses auprès des jeunes selon leur stade de développement et dans leurs milieux de vies ;
- **Planification** : organiser les actions intégrées dans une démarche structurée, permettant l'identification des actions efficaces et reconnues, notamment en ce qui a trait au développement de compétences et la mise en place d'actions dans les milieux de vie des jeunes ;
- **Suivi et évaluation** : mettre en place des moyens permettant de poser un regard sur les actions, de les valider, les ajuster, et les adapter au besoin ;
- **Transfert de connaissances et développement de compétences des acteurs** : mettre en place des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de nouvelles connaissances et favoriser le développement de connaissances relatives aux actions efficaces et aux pratiques probantes de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire ».

Figure 1 : Modèle écologique de l'approche école en santé



- Publication du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible via le lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003302/>

7. Flandre (Belgique)

En Flandre, les bilans de santé en milieu scolaire sont organisés par les Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) – « Centre d'accompagnement scolaire » (traduction libre). Ces services sont subventionnés par le Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (Agence Flamande pour les soins et la santé).

Les missions des “CLB”

Les missions des CLB sont définies dans le cadre du [“Decreet betreffende de leerlingenbegeleiding in het basisonderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding \(27/04/2018\)”](#). – “Décret relatif à l'accompagnement des élèves dans l'enseignement fondamental, l'enseignement secondaire et les centres d'accompagnement des élèves » (traduction libre).

Les missions minimales des CLB comprennent :

- « *L'organisation de cinq contacts systématiques à des âges clés, selon un calendrier prédéfini basé sur l'âge ;*
- *La proposition de vaccinations visant à prévenir l'apparition et la propagation de certaines maladies contagieuses ;*
- *La mise en œuvre, lorsque nécessaire, de mesures prophylactiques destinées à limiter la propagation des maladies contagieuses. »*

La fréquence et contenu des bilans de santé en Flandre

Les contacts systématiques ont lieu aux âges suivants (*Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB)*, s. d.) :

- 3 ans (1^{ère} maternelle)
- 6 ans (1^{ère} primaire)
- 9 ans (4^{ème} primaire)
- 11 ans (6^{ème} primaire)
- 14 ans (3^{ème} secondaire).

Contenu des bilans de santé selon trois dimensions visées (physique, mentale et sociale)

- Mesure anthropométrique (taille, poids)
- Tests d'acuité visuelle adaptés à l'âge
- Tests auditifs standardisés (uniquement en 1^{ère} primaire)
- Examen clinique complet (uniquement en 3^{ème} secondaire)
- Anamnèse : remise aux parents d'enfants mineurs d'un questionnaire (recueils d'antécédents familiaux et personnels, identification des facteurs de risques, etc).
- Vaccination (contrôle du statut vaccinal et suivi)
- Entretien : avec l'élève en 6^{ème} primaire¹⁰ par l'infirmière et en 3^{ème} secondaire¹¹ par le médecin

¹⁰ Ce questionnaire concerne les habitudes de sommeil, alimentaires, de santé physique et de santé socio-émotionnelle.

¹¹ Le questionnaire utilisé est le GLCE (Gezond leven? Check het even!)

Des outils à disposition des professionnels

En Flandre, les professionnels des services de santé scolaire s'appuient sur des outils standardisés, depuis la maternelle jusqu'à l'enseignement secondaire.

- **Questionnaire « Gezond leven ? Check het even ! »** : Outil en ligne sous forme de checklist destiné aux élèves de 3^{ème} secondaire (environ 14 ans). Complété avant le bilan de santé, il couvre cinq domaines clés :
 - Santé physique,
 - Santé socio-émotionnelle,
 - Addictions,
 - Santé sexuelle,
 - Environnement de vie (famille, école). Ce questionnaire permet d'orienter l'entretien avec les professionnels du Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) vers des thématiques prioritaires.
- **[Outil Spark36](#)** : Guide structuré utilisé lors du bilan de santé en 1^{ère} maternelle. Axé sur le développement psycho-social de l'enfant, il facilite un dialogue organisé avec les parents pour aborder les enjeux liés à son épanouissement.

Points d'attention

La santé mentale est un aspect de plus en plus intégré dans les bilans de santé en Flandre, témoignant ainsi de l'importance croissante accordée au bien-être psycho-social des élèves.

Digitalisation importante notamment au travers de l'outil Spark 36 ou de la Check-list.

Collaboration importante avec les écoles, les familles, les services de santé extérieurs, les services d'aide à la jeunesse, Kind en Gezin, etc.

Notons que, si la réduction du nombre de bilans de santé (passage de 7 à 5) visait à alléger la tâche et à mieux cibler (approfondissement), il n'en reste pas moins que d'autres défis sont présents : augmentation potentielle de la surcharge des bilans de santé, moins d'opportunités de dépistage, pression accrue sur les « signalements », risque de complexification des cas, etc.

V. ANALYSES COMPARATIVES

Dans le cadre de ce travail, une analyse comparative a été menée entre les pays et les systèmes de santé scolaire présentés ci-dessus. Cette démarche a permis de mettre en exergue à la fois des points communs et des divergences significatives dans l'organisation, les missions et les modalités de suivi de la santé des élèves. L'objectif de cette comparaison est de mieux comprendre les spécificités de chaque service de santé scolaire, d'identifier d'éventuelles pratiques transférables et d'éclairer les choix en matière de santé scolaire.

Par ailleurs, les informations issues des deux tableaux comparatifs des contenus des bilans de santé des pays préanalysés (annexe 1) viennent également nourrir cette analyse, en apportant un éclairage complémentaire sur les pratiques et les standards en matière de suivi sanitaire des élèves.

Relevons les points communs :

- **La gratuité** : Tous reposent sur le principe de la gratuité des interventions, contribuant à un accès équitable pour tous les élèves ;
- **L'universalisme** : L'ensemble des systèmes est déployé pour l'ensemble des enfants en âge scolaire, tout en restant adaptable aux particularités individuelles ;
- **Les bilans réguliers** : Tous (excepté le Québec) intègrent des bilans de santé réguliers, mais avec une périodicité différente (période qui s'étend de la fin de la maternelle à la fin du secondaire supérieur) ;
- **La santé physique** : Tous les pays incluent des mesures anthropométriques (poids, taille) et des examens sensoriels (auditif et visuel). La vaccination est systématiquement présente. La moitié des pays analysés intègre la santé bucco-dentaire dans leurs bilans de santé.
- **La santé mentale** : Une attention est portée à la santé mentale dans l'ensemble des pays, bien que les terminologies/mots utilisés varient, rendant ainsi l'analyse comparative plus ardue.
- **Les comportements de santé** : Les habitudes alimentaires, l'activité physique et la prévention des conduites à risque (tabac, alcool, drogues, sexualité) sont au cœur des missions des services de santé scolaire des pays analysés.
- **La reconnaissance de l'importance d'une approche globale de la santé** : Les systèmes précités adoptent une vision holistique de la santé, incluant le bien-être physique, mental et social. Toutefois, malgré ces convergences, la prévention (plus souvent individuelle) y occupe une place centrale au détriment parfois des approches plus collectives et de promotion de la santé ;
- **L'absence d'évaluation de la performance des services de santé scolaire** :
Un point commun notable entre les pays analysés est l'absence d'évaluation systématique de la performance des services de santé scolaire. Cette lacune limite la capacité à mesurer l'efficacité des interventions, à identifier les écarts de qualité et à orienter d'éventuelles améliorations. Elle constitue un enjeu majeur pour garantir la pertinence et l'impact des politiques de santé publique.

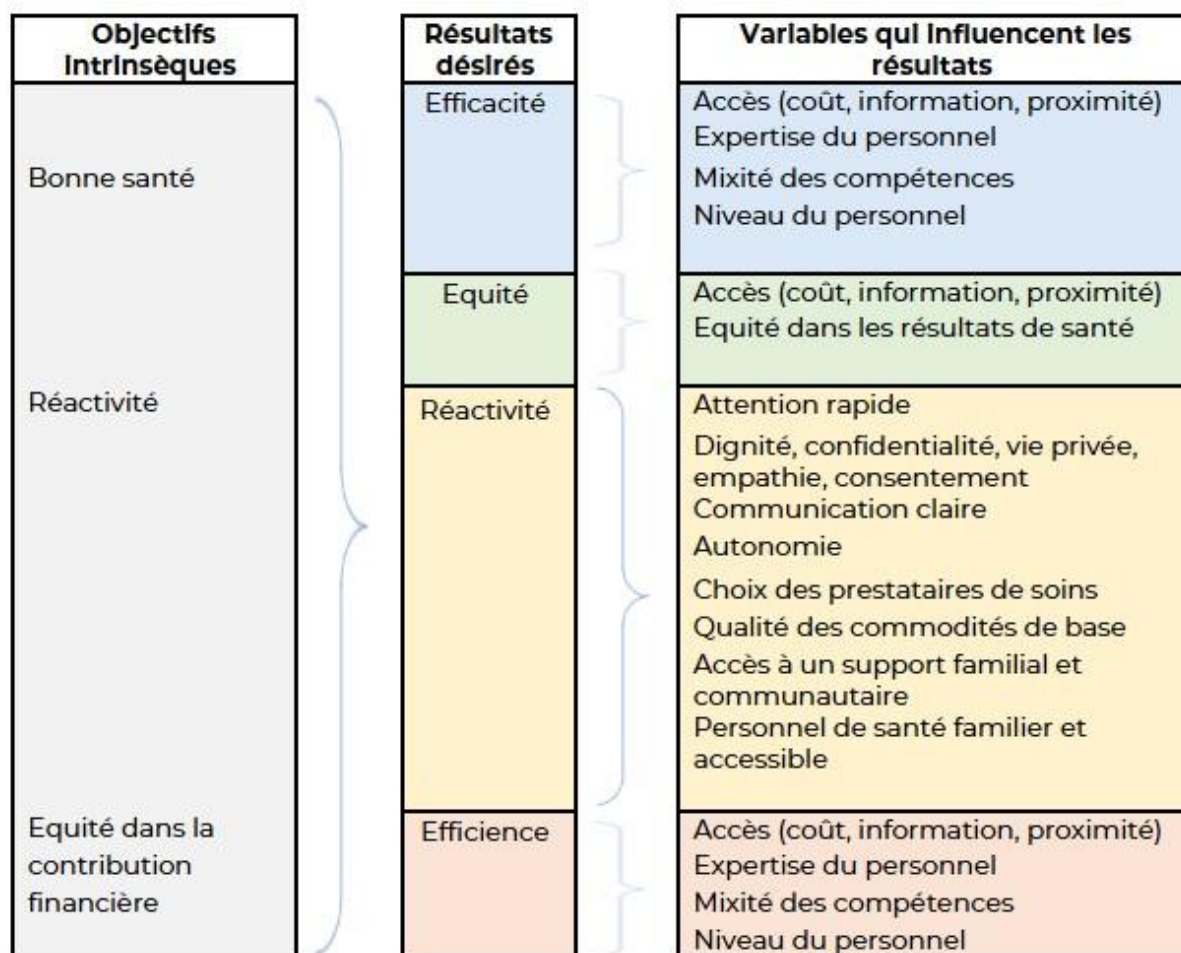
Baltag & Levi relevaient déjà en 2013 qu'il n'existait pas de cadre ou de lignes directrices universellement reconnues pour évaluer la performance des services de santé scolaire. De plus, d'après nos recherches menées dans le cadre de ce travail, aucun autre article scientifique récent n'a été publié depuis qui propose un cadre pour évaluer la performance des services de santé scolaire.

Pour combler cette lacune, Baltag et Levi (2013) ont étudié le potentiel de chaque modèle (1, 2, 3 et 4) (voir point II pour plus de précisions) de santé scolaire à atteindre les objectifs souhaitables du système de santé. Cette démarche constituait une avancée majeure pour la compréhension des liens entre l'organisation des systèmes de santé scolaire et leur performance. Dans leurs travaux, des informations sur la situation de la Belgique, la Finlande, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse sont disponibles

Le point de départ de leur analyse fut le cadre de référence des systèmes de santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) élaboré en 2007 qui avait pour objectif de proposer une compréhension partagée des composantes constitutives des systèmes de santé ainsi que des leviers permettant de les renforcer.

A partir de ce modèle international, Baltag et Levi (2013) ont proposé un cadre conceptuel pour les systèmes de santé scolaire. Ce dernier doit permettre d'évaluer la performance des systèmes de santé scolaire en s'intéressant à l'articulation de trois composantes : les objectifs intrinsèques du système de santé scolaire, les résultats attendus et les variables influençant ces résultats.

Figure 2 : Conceptualisation du cadre de performance des systèmes de santé scolaire en reliant les objectifs valorisés par les sociétés, les résultats souhaités et les variables qui les influencent



- Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Baltag, V., & Levi, M. (2013). *Organizational models of school health services in the WHO European Region*. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 733-746.

Baltag et Levi ont établi trois objectifs intrinsèques au système de santé scolaire ; à savoir : une bonne santé, une bonne réactivité et une équité des contributions financières.

Ces objectifs se traduisent par des résultats attendus qui sont au nombre de quatre : l'efficacité, l'équité, la réactivité et l'efficience des services.

Pour atteindre ces résultats, plusieurs variables entrent en jeu. Selon les auteurs Baltag et Levi (2013), leurs liens avec les résultats attendus sont établis dans la littérature scientifique.

Ainsi, l'efficacité dépend de plusieurs facteurs, notamment l'accès aux soins (qu'il s'agisse de la proximité, de l'information ou des coûts), la formation et l'expertise du personnel, la diversité des compétences ainsi que le niveau de dotation en ressources humaines. Elle constitue un indicateur clé de la performance des systèmes de santé, car elle reflète la capacité à mobiliser et combiner les ressources disponibles de manière optimale afin de générer le maximum de bénéfices pour la société.

L'équité quant à elle est influencée par l'accès (physique, à l'information, coût, ...) et l'équité en matière de résultats de santé. La réactivité est liée à la rapidité d'attention, à la dignité, à la clarté de la communication, à l'autonomie, à la confidentialité, à l'acceptation, à l'empathie, à la familiarité avec le personnel de santé et à son accessibilité. Enfin, l'efficience est influencée par le niveau de dotation en personnel, la formation et l'expertise du personnel, l'accès et la combinaison de compétences du personnel.

Ce modèle met en évidence l'interdépendance entre objectifs, résultats et déterminants pour améliorer la performance des systèmes de santé scolaire.

La figure 3 illustre les liens entre les modèles organisationnels des systèmes de santé scolaire et les variables de performance.

Figure 3 : Liens entre les modèles organisationnels des systèmes de santé scolaire et leur potentiel à avoir un impact positif sur les variables qui influencent les résultats souhaités

		Modèle 1	Modèle 4 (1 & 3)	Modèle 2	Modèle 4 (2 & 3)	Modèle 3
Efficacité	Accès					
	Expertise du personnel					
	Mixité des compétences					
	Niveau du personnel					
Équité	Accès					
	Équité dans les résultats de santé					
Réactivité	Attention rapide					
	Dignité, confidentialité, vie privée, empathie, consentement					
	Communication claire					
	Autonomie					
	Choix des prestataires de soins					
	Qualité des commodités de base					
	Accès à un support familial et communautaire					
	Personnel de santé familial et accessible					
Efficiences	Accès					
	Expertise du personnel					
	Mixité des compétences					
	Niveau du personnel					

- Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Baltag, V., & Levi, M. (2013). *Organizational models of school health services in the WHO European Region. Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 733-746.

L'analyse de Baltag et Levi (2013) suggère que le modèle de santé scolaire intégré dans les établissements scolaires présente un plus grand potentiel d'efficacité, d'équité, de réactivité et d'efficience. De plus, ce modèle d'organisation serait plus susceptible de disposer d'un effectif médical et paramédical important. Ces hypothèses devant être confirmées par d'autres recherches sur le sujet.

Au terme de leur recherche, Baltag et Levi (2013) ont également pu constater que les pays (cités dans leur article) n'ayant entrepris aucune réforme des services de santé publique au cours des cinq années précédant l'enquête étaient moins susceptibles d'avoir suffisamment de personnel. En effet, 86 % des pays disposant d'un niveau élevé de personnel (en nombre suffisant) avaient procédé à une réforme durant la période de l'étude. Il n'est toutefois pas établi si le niveau de personnel a été modifié à la suite des réformes ayant eu lieu respectivement dans ces pays.

Intéressons-nous maintenant aux points questionnant :

- **Absence de standardisation à l'échelle nationale** : Les résultats révèlent des fréquences, des contenus, des modalités et des outils parfois différents par rapport aux bilans de santé entre le nord et le sud du pays (Belgique). Cette disparité pose la question de la standardisation minimale du contenu, des fréquences et des modalités des bilans de santé à l'échelle nationale. Cette dernière offrirait plusieurs bénéfices :
 - **Équité en santé** : Garantir que tous les enfants bénéficient d'un socle commun d'évaluations, indépendamment du pays, réduisant ainsi les inégalités dans la détection précoce des problèmes physiques, mentaux ou sociaux.
 - **Comparabilité des données** : Faciliter la production d'indicateurs harmonisés pour le suivi épidémiologique et l'évaluation des politiques de santé publique.
 - **Renforcement des bonnes pratiques** : Permettre la diffusion des approches les plus efficaces en matière de promotion de la santé.

Cependant, cette standardisation comporterait aussi des risques :

- **Rigidité et perte d'adaptation locale** : Les contextes culturels, organisationnels et épidémiologiques peuvent varier ; une norme trop stricte pourrait réduire la pertinence des bilans pour certaines populations avec un risque de négliger des problématiques émergentes ou spécifiques à certaines régions.
- **La santé mentale mentionnée, mais insuffisamment définie** : Bien qu'essentielle au bien-être global des élèves, la santé mentale demeure une notion peu définie dans les textes officiels relatifs à la santé scolaire en Belgique. Dans le cadre de ce travail, aucune définition ou cadre d'intervention spécifique n'a pu être identifié dans les documents consultés. L'absence de définition ou cadre clair par rapport à la santé mentale dans les textes officiels pose un problème majeur pour la prise en compte systématique de la santé mentale dans les bilans de santé, mais aussi pour la cohérence et l'efficacité des interventions en milieu scolaire. Sans cadre conceptuel ni référentiel opérationnel, les pratiques risquent d'être hétérogènes, dépendant des services ou des professionnels. Cela peut également entraîner des inégalités et un manque de repères pour les personnes exerçant une profession dans le domaine de la santé et du social.

Face à une hausse préoccupante des troubles psychiques, la santé mentale est devenue un enjeu majeur pour la Belgique. En effet, selon l'État des lieux 2023-2024 de l'Enfance et de la Jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, 37 % des jeunes Belges âgés de 12 à 18 ans déclaraient rencontrer des difficultés psychologiques. Une autre enquête de Sciensano menée en 2025 révélait quant à elle qu'environ 1 jeune sur 4 (de 15-24 ans) présente un trouble anxieux et/ou dépressif, avec une détérioration continue de la santé mentale depuis une vingtaine d'années et une aggravation liée aux crises récentes (pandémie, contexte socio-économique) (Sciensano, 2025). Plus généralement, les analyses nationales et internationales pointent toutes une dégradation post-Covid de la santé

mentale des jeunes, avec une intensification de tendances déjà présentes (anxiété, dépression, isolement, troubles du comportement) en ce compris pour l'ensemble des pays analysés dans ce travail (World Health Organisation, 2025).

Certains pays, comme la Suède, la Finlande ou encore la Belgique, mentionnent que la santé mentale des jeunes peut être abordée lors d'entretiens avec un membre de l'équipe du service de santé scolaire lors des bilans de santé. Ces dispositifs constituent des occasions précieuses pour repérer précocement des difficultés psychologiques et offrir un soutien adapté. Cependant, les environnements familiaux jouent également un rôle déterminant dans le bien-être des adolescents. Ces derniers représentent un soutien crucial dans la gestion des situations stressantes et potentiellement génératrices de mal-être (Botsas, 2019). Comme le montre les résultats de l'enquête [HBSC en 2022](#) en Belgique francophone, 41,3 % des élèves scolarisés à Bruxelles et en Wallonie déclaraient avoir une communication facile avec leurs deux parents (Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES), 2024). Ce niveau de communication familiale, bien qu'encourageante, souligne qu'une proportion importante de jeunes peut être moins bien entourée émotionnellement, renforçant l'importance des dispositifs scolaires comme lieux alternatifs d'écoute et de dialogue sur la santé mentale.

Ce constat met en évidence la nécessité de questionner le caractère systématique et les modalités d'intervention des services de santé scolaire en matière de santé mentale, afin de garantir un soutien adapté aux besoins des jeunes. Une meilleure définition des objectifs, des pratiques et des compétences mobilisées dans ce domaine permettrait de structurer une réponse plus cohérente et efficace face aux enjeux croissants liés au mal-être chez les jeunes.

VI. RECOMMANDATIONS

Les recommandations présentées ci-dessous ont été élaborées en réponse à une réflexion sur l'organisation des services de santé scolaire (et plus particulièrement les bilans de santé obligatoires) dans la partie francophone de la Belgique. Elles s'inscrivent dans le contexte spécifique de la Fédération Wallonie-Bruxelles et visent à informer l'ONE, les acteurs de la santé scolaire et de la santé publique dans l'adaptation de leurs missions et pratiques aux enjeux et besoins actuels des enfants et des jeunes.

• Adapter les moyens et les bilans de santé obligatoires (BSO)

D'après Miermans et al. (2018), lorsqu'il est constaté un manque de moyens parce que les ressources disponibles (personnel, compétences, temps, budget, ...) ne permettent plus d'assurer correctement et minimalement les missions de bases, il apparaît pertinent de repenser les missions (le nombre et la fréquence des bilans de santé obligatoire par exemple). En effet, revoir les moyens devient alors un levier stratégique pour notamment :

- Éviter l'épuisement des équipes ;
- Ouvrir la voie à l'innovation : la priorisation peut favoriser de nouvelles façons de faire : coopération, mutualisation, simplification des procédures, ou abandon d'actions peu efficaces.

Le rapport SPIRAL souligne notamment la nécessité d'un refinancement du secteur afin de garantir une mise en œuvre homogène et de qualité de la mission¹ des services PSE. Il rappelle également deux facteurs impactant la bonne réalisation des missions : le personnel et le contexte politique (Fallon et al., 2020).

Dans le prolongement de cette réflexion, il apparaît essentiel de considérer également les conditions d'exercice des équipes qui portent ces missions. L'attractivité parfois jugée moindre des services de santé scolaire tient notamment à une reconnaissance encore perfectible au sein du champ professionnel de la santé, ainsi qu'à des conditions matérielles qui ne sont pas toujours perçues comme pleinement favorables.

Comme le soulignent Bégué et al. (2017), ces facteurs contribuent à une valorisation insuffisante de ces derniers, ce qui peut impacter la qualité et la continuité des services proposés aux élèves.

En résumé, repenser les missions en situation de pénurie de moyens permet de protéger la qualité, les équipes et le sens de l'action, en cohérence avec les objectifs fondamentaux.

• Promouvoir une approche holistique de la santé

Les services de santé scolaire sont appelés à poursuivre leur évolution vers une conception globale de la santé, en dépassant une approche centrée principalement sur la santé physique et la prévention primaire.

En ce sens, les actions de prévention, souvent centrées sur l'individu, gagneraient à être complétées par des approches collectives visant la promotion globale de la santé ; en travaillant sur la santé mentale, la santé sociale, les environnements d'apprentissage ou encore le climat scolaire.

Par ailleurs, l'approche holistique en promotion de la santé s'appuie sur des valeurs fondamentales, telles que la participation, l'autonomie et l'empowerment (*Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986). À cette fin, il convient de reconnaître l'individu non seulement comme bénéficiaire des

interventions, mais également comme un acteur compétent et un expert de sa propre santé. Mettre les jeunes enfants et adolescents au cœur du processus implique de valoriser leurs savoirs expérientiels, leur vécu et leur capacité à contribuer activement aux décisions et aux actions qui concernent leur santé, afin de favoriser des interventions plus pertinentes, acceptables et durables.

- **Définir un cadre commun pour la santé mentale**

L'analyse comparative a permis de mettre en lumière le fait que la santé mentale était insuffisamment définie.

En Belgique francophone, Botsas et al. (2019) réaffirmaient l'hétérogénéité des pratiques au sein des services de promotion de la santé à l'école (PSE) concernant la santé mentale des jeunes. Cette hétérogénéité des pratiques s'explique par le recours à des outils d'évaluation variés, voire par l'absence totale de dispositifs, pour apprécier de manière systématique la santé psychosociale des jeunes

Pourtant, la santé mentale des jeunes nécessite une attention particulière et un cadre d'intervention cohérent. Il est essentiel d'élaborer une définition partagée de la santé mentale, ainsi qu'un référentiel opérationnel commun pour les équipes des services de santé scolaire. Cette standardisation minimale permettrait d'harmoniser les pratiques, de limiter les disparités territoriales et d'offrir aux jeunes un accompagnement équitable et de qualité.

L'attention modérée parfois accordée à la santé mentale des adolescents par les services de santé scolaire est notamment attribuée à des contraintes organisationnelles comme le rappellent Botsas et al. Le temps limité des bilans de santé, principalement dédié à l'évaluation de la santé physique, laisse peu de place à l'exploration systématique des dimensions psychosociales. L'absence de marges temporelles suffisantes complique l'intégration d'outils spécifiques d'évaluation de la santé mentale.

En outre, il convient de questionner et d'adapter les modalités actuelles d'intervention en santé mentale en milieu scolaire. En effet, les équipes des services de santé scolaire manifestent des réserves à l'égard de ces outils et évaluations, en raison de la crainte de ne pas pouvoir proposer une réponse / accompagnement / temps approprié dans le cadre « contraint » des bilans (Botsas et al., 2019).

- **Le développement d'une culture partagée de la santé à l'école**

Depuis le début de ce travail, il apparaît que la question de la santé des enfants s'inscrit à l'interface de deux univers aux logiques, missions et cultures professionnelles distinctes : le milieu de la santé et le milieu scolaire. Cette position « à cheval » entre ces deux secteurs met en évidence des différences en termes de priorités, de modes de fonctionnement ou encore de temporalités, susceptibles de freiner la compréhension mutuelle et la continuité des actions. Dans ce contexte, le développement d'une culture partagée de la santé à l'école constitue un enjeu central.

En effet, les résultats d'un cycle d'échanges de pratiques autour du bilan de santé révélaient le manque d'une culture partagée de la santé à l'école au sein des établissements scolaires (Miermans et al., 2018).

Renforcer le développement d'une culture partagée de la santé à l'école serait bénéfique à double titre (Vandermeersch, 2010).

Pour les enfants, en permettant d'inscrire les messages et actions de santé dans un environnement scolaire soutenant et collaboratif favorisant leur ancrage dans le quotidien. Cette continuité contribue à ce que les jeunes puissent davantage se saisir activement des enjeux de santé, être reconnus comme acteurs de leur propre bien-être et développer leurs compétences psychosociales et de santé dans leur vécu scolaire.

Pour les équipes de services de santé scolaire, une culture commune pourrait faciliter la collaboration avec les écoles, réduire les ruptures liées aux changements d'interlocuteurs ou au manque de suivi, et améliorer l'efficacité des interventions grâce à des personnes relais identifiées et des attentes partagées. Elle permettrait ainsi de passer d'actions ponctuelles à une démarche concertée, continue et intégrée au projet éducatif de l'école.

À cet égard, les résultats d'une recherche menée par SPIRAL en 2020 montrent que la qualité de la relation entre les acteurs de l'école et les équipes PSE constitue un déterminant essentiel de la bonne réalisation de la mission¹. Renforcer la visibilité et la légitimité du travail de promotion de la santé auprès du milieu scolaire apparaît dès lors indispensable pour soutenir cette relation, améliorer la compréhension des rôles respectifs et favoriser une collaboration plus fluide et durable (Fallon et al., 2020).

Certains modèles organisationnels européens de services de santé scolaire peuvent constituer des sources d'inspiration, tels que le modèle 1 (services de santé scolaire intégrés à l'école) et les modèles mixtes associant présence scolaire et services externes ou de premières lignes (modèles 4 [1 & 2] et [1 & 3] – cf chapitre 2). En effet, ces derniers sont les plus susceptibles de produire des résultats favorables en termes d'efficacité, d'équité, de réactivité et d'efficience. Sans préjuger de la transposabilité intégrale de ces modèles dans d'autres contextes régionaux et nationaux, leurs principes sous-jacents — proximité, continuité, coordination et inscription durable dans le milieu scolaire — apparaissent comme des leviers pertinents pour soutenir le développement d'une culture partagée de la santé à l'école (Baltag & Levi, 2013).

- **Réconcilier évaluation systématique avec efficience et pertinence opérationnelle**

Réconcilier évaluation systématique avec efficience et pertinence opérationnelle proportionnées implique de concevoir des dispositifs d'évaluation réguliers, structurés et proportionnés aux réalités du terrain. L'absence actuelle d'une évaluation formalisée et systématique des performances des services de santé scolaire constitue une limite majeure à l'amélioration des pratiques, en restreignant la capacité à objectiver les résultats, à identifier les leviers d'action et à ajuster les interventions.

Afin de garantir la qualité méthodologique et la pertinence des démarches évaluatives, il est recommandé que les responsables de ces enjeux se rapprochent de structures disposant d'une expertise reconnue en évaluation des politiques et des services de santé. Ces acteurs peuvent accompagner la conception, la mise en œuvre et l'appropriation d'outils d'évaluation adaptés aux services, en veillant à leur faisabilité, à leur utilité décisionnelle et à leur alignement avec les objectifs stratégiques. Un tel accompagnement contribuerait à renforcer la culture évaluative, à sécuriser les choix méthodologiques et à soutenir une amélioration continue fondée sur des données probantes. En ce sens, les recommandations du rapport SPIRAL de 2020 préconisaient de privilégier l'accompagnement des équipes PSE dans le développement de leur expertise gestionnaire (Fallon et al., 2020).

VII. CONCLUSION

Au terme de ce travail, le RESO a souhaité apporter un éclairage sur les pratiques liées aux bilans de santé en milieu scolaire dans plusieurs pays de l'OCDE et la Belgique.

La première partie de cet état des lieux a été consacrée à une analyse réflexive de la littérature scientifique et grise disponible sur ce sujet, mettant en exergue les principaux constats.

En seconde partie, nous avons proposé une analyse plus en profondeur des systèmes de santé scolaire de plusieurs pays de l'OCDE (Belgique, France, Suisse, Pays-Bas, Finlande, Suède et Canada). Cette section comprend notamment une analyse comparative visant à mettre en évidence les points communs et les différences entre les services de santé scolaire.

Une analyse des différents modèles d'organisation des services de santé scolaire en Europe a ensuite été réalisée.

Comme annoncé, ce travail n'avait pas pour ambition d'explorer exhaustivement la littérature au sujet des services de santé scolaire, mais de s'appuyer sur celle-ci pour formuler des recommandations. Ce travail invite les personnes désireuses de questionner les services de santé scolaire actuels à s'inscrire dans une approche centrée sur l'enfant, en partant de leurs besoins réels et en considérant la santé dans sa globalité – physique, mentale et sociale. Cette perspective implique de questionner l'éthique des pratiques actuelles et d'évaluer l'efficacité des interventions au regard des enjeux contemporains, afin de prioriser et promouvoir des dispositifs cohérents et intégrés.

BIBLIOGRAPHIE

Article L121-4-1—Code de l'éducation—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 octobre 2025, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043423981

Article L541-1—Code de l'éducation—Légifrance. (s. d.). Consulté 3 octobre 2025, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042656190

Baltag, V., & Levi, M. (2013). Organizational models of school health services in the WHO European Region. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 733-746. (world). <https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2011-0084>

Bégué, P., Gangeot-Keros, B.-P., Hermange, Pourcelot, Bégué, M. M., Bréard, Cabanis et al. (2017). La médecine scolaire en France. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 201(7), 957-972.

[https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30413-3](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30413-3)

Botsas, S. (2019). *Standardisation des pratiques en matière de santé mentale lors des bilans de santé d'un service PSE de la Fédération Wallonie-Bruxelles : Création d'un questionnaire d'autoévaluation psychosociale destiné à l'adolescent de 6ème primaire et 2ème secondaire.*

Botsas, S., Vermeeren, A., & Robert, P.-O. (2019). Pour une évaluation systématique de la santé mentale des adolescents—Éducation Santé. <https://educationsante.be/>. <https://educationsante.be/pour-une-evaluation-systematique-de-la-sante-mentale-des-adolescents/>

Centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB). (s. d.). Vlaanderen.be. Consulté 17 février 2026, à l'adresse

<https://www.vlaanderen.be/onderwijs-en-vorming/ondersteuning-en-begeleiding-voor-leerlingen-cursisten-en-studenten/basis-en-secundair-onderwijs/centrum-voor-leerlingenbegeleiding>

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986. (s. d.). Consulté 8 janvier 2026, à l'adresse

<https://santesecu.public.lu/dam-assets/fr/publications/c/charte-ottawa-promotion-sante-fr-en/charte-ottawa-promotion-sante-fr.pdf>

Darlington, E., & Masson, J. (2020). *Articuler inégalités sociales, équité, citoyenneté et solidarités en promotion de la santé : Enjeu et perspectives.*

École obligatoire. (s. d.). Consulté 27 octobre 2025, à l'adresse

<https://www.aboutswitzerland.eda.admin.ch/fr/ecole-obligatoire>

- Fallon, C., Dodion, H., & Petit Jean, M. (2020). *ÉVALUATION DE LA MISSION DE MISE EN PLACE DE PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PROMOTION D'UN ENVIRONNEMENT SCOLAIRE FAVORABLE À LA SANTÉ*.
<https://www.one.be/professionnel/recherches/recherches/inegalites-sociales-et-de-sante/>
- La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE). (s. d.). *UNICEF*. Consulté 27 octobre 2025, à l'adresse
<https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>
- Le système scolaire suédois*. (s. d.). [Text]. *informationsverige.se*. Consulté 13 octobre 2025, à l'adresse
<https://www.informationsverige.se/fr/om-sverige/att-bilda-familj-och-leva-med-barn-i-sverige/det-svenska-skolsystemet.html>
- Mannaerts, D. (2022). La promotion de la santé, une exigence éthique pour la santé publique.
<https://educationsante.be/>. <https://educationsante.be/la-promotion-de-la-sante-une-exigence-ethique-pour-la-sante-publique/>
- Michaud, P.-A., Vervoort, J. P. M., Visser, A., Baltag, V., Reijneveld, S. A., Kocken, P. L., & Jansen, D. (2021). Organization and activities of school health services among EU countries. *European Journal of Public Health*, 31(3), 502-508. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa200>
- Miermans, M.-C., Vandoorne, C., & Reginster, M. (2018). *Synthèse du cycle d'échanges de pratiques « Autour du bilan de santé » dans le cadre du Projet de service*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Modèle logique de l'approche École en santé et de sa mise en œuvre*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003302/>
- Mino, J.-C., & Ferron, C. (2025). Éthique et promotion de la santé. *Questions de santé publique*, (51), 1-8.
<https://doi.org/10.1051/qsp/2025051>
- Monitoring the Building Blocks of Health Systems*. (2017). World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/b/31426>
- Nikander, K., Hermanson, E., Vahlberg, T., Kaila, M., & Kosola, S. (2022). *Parent, teacher, and nurse concerns and school doctor actions : An observational study of general health checks*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064699>
- Nikander, K., Kosola, S., Vahlberg, T., Kaila, M., & Hermanson, E. (2022). Associating school doctor interventions with the benefit of the health check : An observational study. *BMJ Paediatrics Open*, 6(1).
<https://doi.org/10.1136/bmjpo-2021-001394>

- Obligation de fréquentation scolaire.* (2025). Gouvernement du Québec. Consulté 22 octobre 2025, à l'adresse <https://www.quebec.ca/education/prescolaire-primaire-et-secondaire/administration-encadrements/obligation-frequentation-scolaire>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Closing the gap in a generation : Health equity through action on the social determinants of health.* <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid & en Milieu. (2023). *Vaccinaties voor kinderen van 9 jaar.* 1-8. (Bilthoven).
- Sarasy, B. (2012). Counselling. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 133-135). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0133>
- School and student health care.* (s. d.). Ministry of Social Affairs and Health. Consulté 22 octobre 2025, à l'adresse <https://stm.fi/en/school-health-care>
- Sciensano. (2025). *Enquête BEHEALTH* [Text]. <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/pres-dun-belge-sur-cinq-souffre-de-troubles-de-sante-mentale>
- Sénat. (2011). *La médecine scolaire et la santé à l'école.* Sénat. <https://www.senat.fr/lc/lc219/lc219.html>
- Service de santé scolaire.* (2026). Consulté 19 juillet 2026, à l'adresse <https://scolarmed.ch/index.php/fr/service-de-sante-scolaire/service-de-sante-scolaire>
- Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES). (2024). *Enquête HBSC 2022 : Comportements, bien-être et santé des élèves.* Maud Dujou. Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES). <https://sipes.esp.ulb.be/publications/enquete-hbsc-2022>
- Services de santé en milieu scolaire. (2026). *CISSS de l'Outaouais.* Consulté 19 juillet 2026, à l'adresse <https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/obtenir-des-services-pour-les-jeunes-et-leur-famille/services-a-lecole/>
- Simar, C., Darlington, E., Bernard, S., & Berger, D. (2018). Promouvoir la santé à l'école : Enjeux et perspectives scientifiques. *Administration & Éducation*, 157(1), 143-150. <https://doi.org/10.3917/admed.157.0143>
- Vandermeersch, V. (2010). La santé à l'école au travers des pratiques éducatives—Éducation Santé. <https://educationsante.be/>. <https://educationsante.be/la-sante-a-lecole-au-travers-des-pratiques-educatives/>
- World Bank Open Data.* (s. d.). World Bank Open Data. Consulté 13 octobre 2025, à l'adresse <https://data.worldbank.org>

- World Health Organisation. (2025). *Child and youth mental health in the WHO European Region : Status and actions to strengthen the quality of care*. <https://iris.who.int/items/db8027f2-e082-4532-8546-3c95094632dc>
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business—Strengthening health systems to improve health outcomes*. <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business----strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>
- Zaken, M. van A. (2017, février 1). *Leerplicht en kwalificatieplicht—Leerplicht—Rijksoverheid.nl* [Onderwerp]. Ministerie van Algemene Zaken. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/leerplicht/leerplicht-en-kwalificatieplicht>

ANNEXE 1 : Tableaux comparatifs du contenu des bilans de santé dans différents pays de l'OCDE

Tableau 2 : Comparatif du contenu des bilans de santé (aspects physique, mental, social et bien-être) dans différents pays de l'OCDE

	Santé physique	Santé mentale	Santé sociale	Santé globale/ Bien-être
Pays-Bas	Poids, Taille, Audition, Vision, Vaccination	Santé mentale et émotionnelle	Vie familiale, amicale et scolaire	Bien-être global
France	Poids/Taille, Auditif/Vision, Sommeil, Bucco-dentaire, Psychomoteur, Vaccination, Tension artérielle	Santé psychique	Vie familiale, amicale et scolaire	Santé perçue
Suisse	*	*	*	*
Suède	Poids, Taille, Auditif, Vision, Vaccination	Santé mentale, Concentration	Vie familiale, amicale et scolaire	Bien-être global
Finlande	Poids, Taille, Auditif, Vision, Bucco-dentaire, Vaccination, Tension artérielle	Santé mentale	Vie familiale, amicale et scolaire	Bien-être global
Québec (Canada)	Vaccination	Santé mentale	/	/
Flandre (Belgique)	Poids/Taille, Auditif/Vision, Vaccination, Appareil génital	Santé émotionnelle		Santé perçue
F-W-B (Belgique)	Poids/Taille, Auditif/Vision, Bucco-dentaire, Psychomoteur, Vaccination, Tension artérielle, Analyse urine, Appareil génital	Santé émotionnelle		Santé perçue

Légende : F-W-B = Fédération Wallonie- Bruxelles ; Bucco-dent = examen bucco-dentaire ; Psychomo = évaluation du développement psychomoteur ; Tension art. = mesure de la tension artérielle ; *= dépendant de chaque canton.

Tableau 3 : Suite du comparatif du contenu des bilans de santé dans différents pays de l'OCDE

	Comportements de santé	Apprentissages (parler, écrire et lire)	Activités de promotion de la santé
Pays-Bas	Habitudes alimentaires Activité physique et sédentarité Conduites à risque de dépendance Conduites sexuelles à risque	✓	Environnement scolaire sain Saine alimentation Tabagisme Alcool et drogue
France	Activité physique et sédentarité Conduites à risque de dépendance (écran)	✓	Saine alimentation Tabagisme Alcool et drogue
Suisse	*	*	*
Suède	Habitudes alimentaires Activité physique et sédentarité Conduites à risque de dépendance Conduites sexuelles à risque	✓	Environnement scolaire sain Saine alimentation Tabagisme Alcool et drogue
Finlande	Habitudes alimentaires Activité physique et sédentarité Conduites à risque de dépendance Conduites sexuelles à risque	✓	Environnement scolaire sain Saine alimentation Tabagisme Alcool et drogue
Québec (Canada)	Habitudes alimentaires Activité physique Sexualité	/	/
Flandre (Belgique)	6 ^{ème} primaire: questionnaire sur les habitudes de vie, en relation avec leur santé, en relation avec les autres (parents, fratrie, amis, ...), activité physique, sédentarité, dépendance. 3 ^{ème} secondaire: GLCE (Gezond leven? Check het even!)	✓	Environnement scolaire sain Saine alimentation Tabagisme Alcool et drogue
F-W-B (Belgique)	Questionnaire sur les habitudes de vie en relation avec leur santé	✓	Environnement scolaire sain Saine alimentation Tabagisme Alcool et drogue

Légende : F-W-B = Fédération Wallonie- Bruxelles ; *= dépendant de chaque canton.

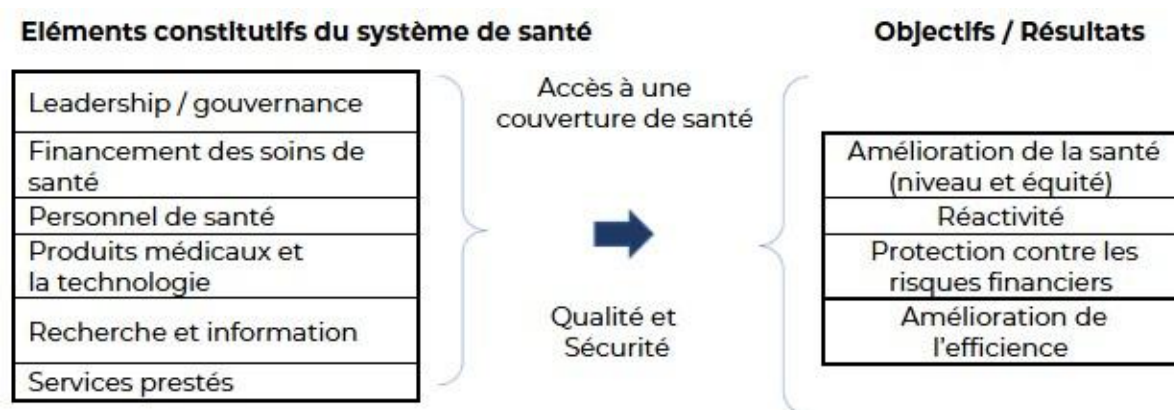
Note sur la nomenclature

Les terminologies employées pour décrire les dimensions des bilans de santé scolaire varient considérablement selon les sources et les contextes linguistiques. Leur traduction en français peut parfois s'éloigner des dénominations couramment utilisées dans ce domaine, ce qui risque de nuire à la lisibilité et à la compréhension. Afin de faciliter la lecture et l'interprétation par l'ensemble des lecteurs, nous avons choisi de regrouper ces dimensions sous la nomenclature usuelle en vigueur en Belgique. Cette classification a été établie par nos soins et ne prétend pas refléter un consensus international ; elle constitue donc un choix arbitraire, motivé par des considérations de clarté.

ANNEXE 2 : Le cadre des systèmes de santé de l'OMS

Le cadre des systèmes de santé de l'OMS a pour objectif de créer une compréhension partagée des composantes constitutives d'un système de santé, ainsi que des leviers permettant de le renforcer. Afin de mesurer la performance et les effets des investissements réalisés dans ce domaine, l'OMS a également développé un cadre complémentaire de suivi et d'évaluation (World Health Organization, 2007). En 2007, les principales analyses statistiques de l'OMS portaient sur l'ensemble de ses États Membres, soit 193 pays à cette date ; en ce compris la Belgique, Le Canada, la France, la Finlande, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse.

Figure 4 : Le cadre des systèmes de santé de l'OMS



- Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : *World Health Organization. (2007). Everybody's business—Strengthening health systems to improve health outcomes.*

Ce cadre repose sur six blocs constitutifs qui interagissent pour produire des résultats :

- Leadership / gouvernance : politiques, réglementations et coordinations efficaces ;
- Financement : mécanismes de financement équitables et durables ;
- Personnel de santé : Avoir du personnel disponible, compétent et motivé ;
- Produits médicaux, vaccins et technologies : accès à des produits essentiels, sûrs et efficaces ;
- Recherche et systèmes d'information sanitaire : collecte et utilisation de données fiables pour la prise de décision ;
- Prestation de services : accès équitable à des services de santé de qualité.

Ces blocs sont interdépendants et doivent être renforcés de manière intégrée pour améliorer les performances globales du système ((World Health Organization, 2007).

Institut de Recherche Santé Société (IRSS)
Université catholique de Louvain
UCLouvain/IRSS-RESO

Bâtiment « École de Santé Publique » - 4ème étage
Clos Chapelle-aux-Champs 30 boîte B1.30.14
1200 Woluwe-Saint-Lambert

reso@uclouvain.be

www.uclouvain.be/reso

