

**POLITIQUE ÉDUCATIVE SOCIALE ET DE SANTE
EN FAVEUR DES ÉLÈVES**

**QUELQUES DONNEES CHIFFREES
2013 – 2016**

Sommaire

Bilan de santé de la sixième année	6
Accueil et accompagnement des élèves repérés	8
Projet d'accueil individualisé (PAI)	8
La veille sanitaire	10
Cellules d'écoute lors d'événements traumatiques	11
Dépistages infirmiers.....	12
<i>Part des élèves repérés relevant de l'éducation prioritaire</i>	13
<i>Anomalies repérées à l'occasion du dépistage infirmier</i>	13
<i>Avis aux familles</i>	14
<i>Retours sur les avis adressés aux familles</i>	15
<i>Orientations spécifiques</i>	16
Accueil à l'infirmierie.....	17
<i>Nature d'accueil à l'infirmierie</i>	18
<i>Orientation des élèves suivis à l'infirmierie</i>	18
Liaisons effectuées suite aux passages à l'infirmierie	18
<i>Actions conduites par les infirmiers scolaires</i>	19
Contraception d'urgence.....	20
Demande et délivrance	20
Répartition des demandes de contraception d'urgence.....	20
<i>Satisfaction de la demande en contraception d'urgence</i>	21
<i>Mineures / majeures</i>	23
Grossesses	24
<i>Poursuite d'études ou fin de scolarité suite à une grossesse</i>	26
Répartition des élèves pris en charge par le service social en faveur des élèves (SSFE)	27
Répartition de l'origine de la première prise en charge par le SSFE	28
Origine de la première demande de prise en charge par niveau de scolarisation	29
La répartition des motifs d'intervention en éducation prioritaire et hors éducation prioritaire	30
Répartition des motifs d'intervention selon le niveau de scolarité	31
La répartition des modalités d'interventions du service social en faveur des élèves.....	32
Répartition des visites à domicile selon que les élèves relèvent de l'éducation prioritaire ou non.	32
Répartition entre informations préoccupantes et signalements.....	33
Informations préoccupantes et signalements au procureur en fonction du secteur	34
Les motifs d'informations préoccupantes selon le niveau de scolarité	35

Les motifs de signalements au procureur selon le niveau de scolarité 36

Lieu du danger dans le cadre d'IP ou des signalements..... 37

Typologie des personnels à l'origine de la transmission d'IP et de signalements selon le niveau de scolarité 38

Fiche méthodologique

Le recueil de données que représente l'enquête santé-social n'a pas la vocation d'être une étude épidémiologique sur la santé ou la situation sociale des élèves.

Elle n'est pas exhaustive et ne comprend que les données relatives aux élèves et aux familles se présentant aux personnels de l'éducation nationale – élèves et familles qui sont informés des dispositifs existants ou enclins à les fréquenter – et non l'ensemble de la population scolaire.

L'étude des données ci-après se concentre sur les années scolaires 2013-2014 et 2015-2016, l'année 2014-2015 ne pouvant faire l'objet d'analyse eu égard au faible nombre de remontées académiques. Cette rupture de série implique que les analyses de séries longues doivent être considérées avec précaution.

De plus, les résultats nationaux relatifs à l'année scolaire 2015-2016 présentés dans cette analyse sont l'agrégation de résultats académiques partiels. En effet, plusieurs académies n'ont pas remonté de données au niveau national et certaines ont fait remonter des résultats partiels, soit relatifs à seulement quelques départements et non pas l'ensemble des départements de l'académie, soit l'ensemble des onglets ou des tableaux n'était pas rempli.

- **Volet médical**

4 académies avec absence de remontées de données

6 académies avec remontées partielles de données

- **Volet infirmier**

5 académies avec absence de remontées de données

2 académies avec remontées partielles de données

- **Volet social**

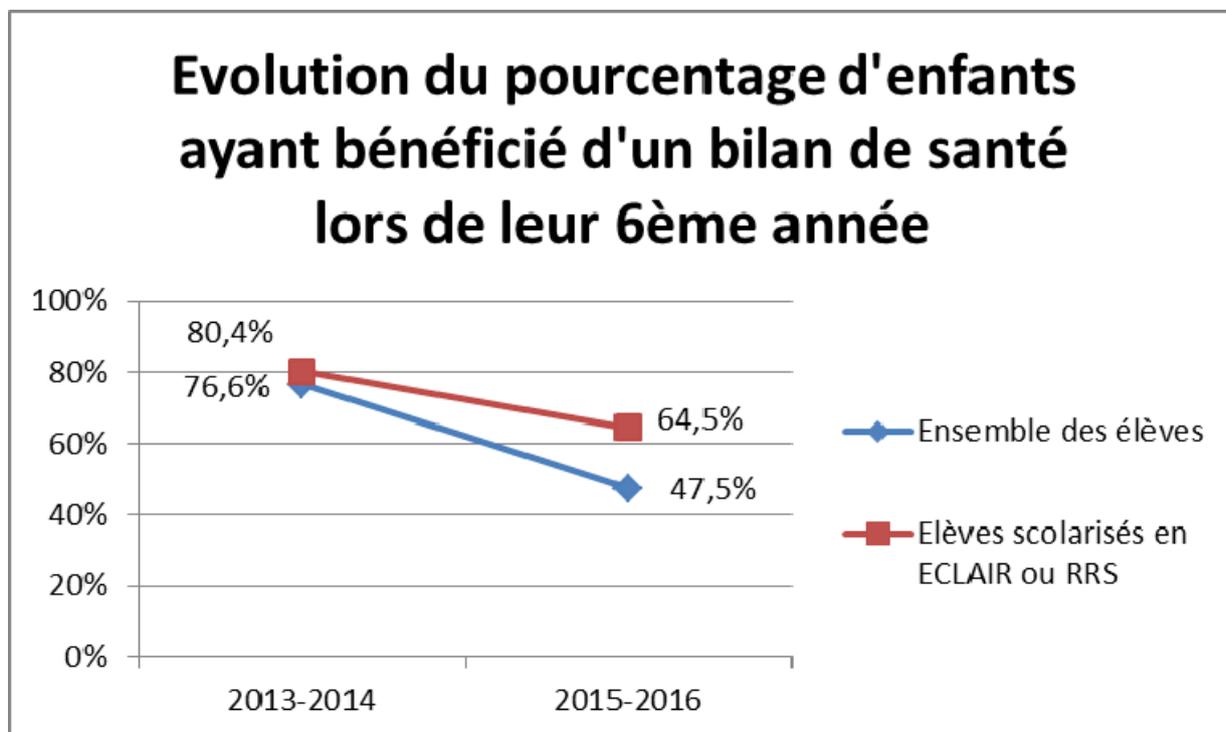
3 académies avec absence de remontées de données

Les résultats présentés ne reflètent donc que des tendances, relatives aux résultats connus. Un croisement des données obtenues via l'enquête santé-social et les données exhaustives ou obtenues suite à un échantillonnage représentatif est donc ténu et serait à analyser avec précaution.

Bilan de santé de la sixième année

Les tableaux présentés ne concernent que des pourcentages et répartitions de motifs, pathologies ou orientation. Aucun effectif brut national ne peut être fourni du fait de données très partielles et variables d'une année sur l'autre.

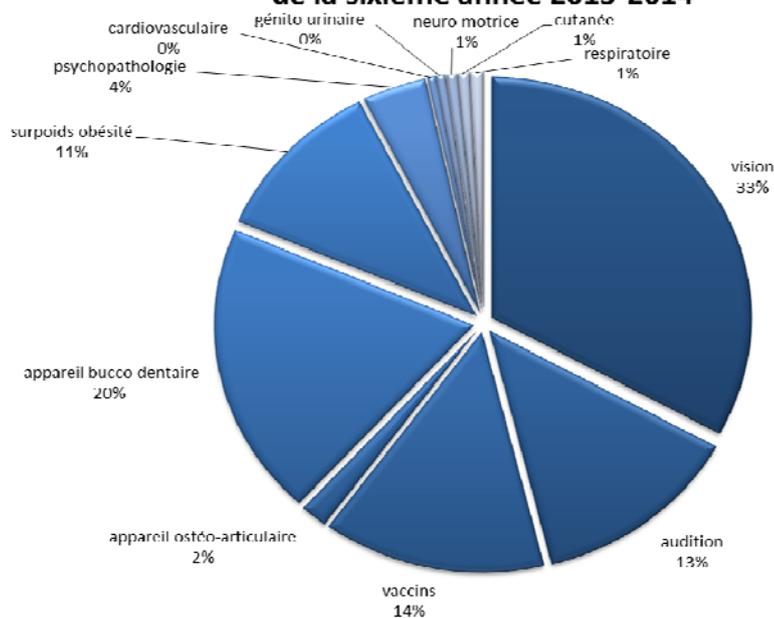
858 133 élèves sont scolarisés en grande section de maternelle en 2015.



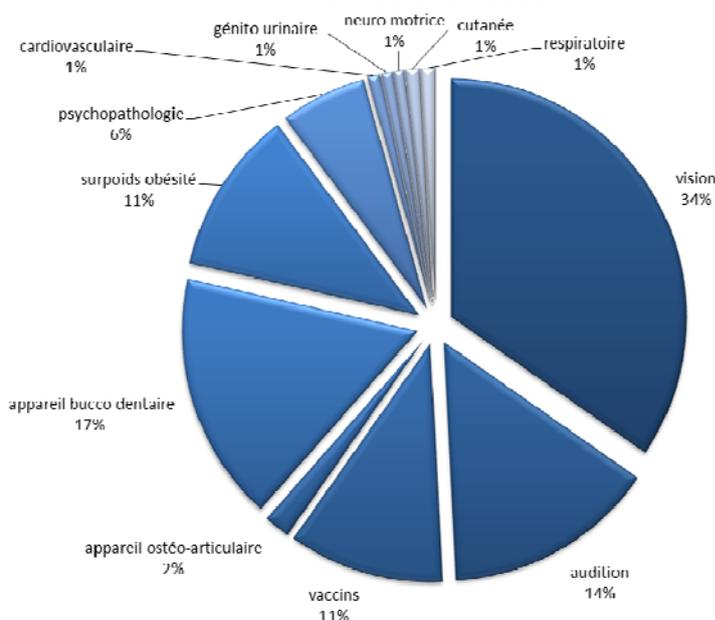
Exemple de lecture : en 2013 – 2014, 80,4 % des élèves scolarisés au sein d'un réseau d'éducation prioritaire ECLAIR ou RRS ont bénéficié d'un bilan de santé lors de leur sixième année.

Approximativement 80 % des élèves, qu'ils soient en ou hors éducation prioritaire, bénéficient d'un bilan de santé lors de leur 6ème année en 2013-14. Ce résultat chute en 2015-2016 à 47,5 % pour l'ensemble des élèves et à 64,5 % pour les élèves en éducation prioritaire. Il est concomitant avec le début de l'application de l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif aux visites médicale et de dépistage obligatoires, installant une nouvelle organisation. Les élèves en éducation prioritaire ont donc été relativement priorités.

Répartition des pathologies identifiées lors du bilan de santé de la sixième année 2013-2014



Répartition des pathologies identifiées lors du bilan de santé de la sixième année 2015-2016



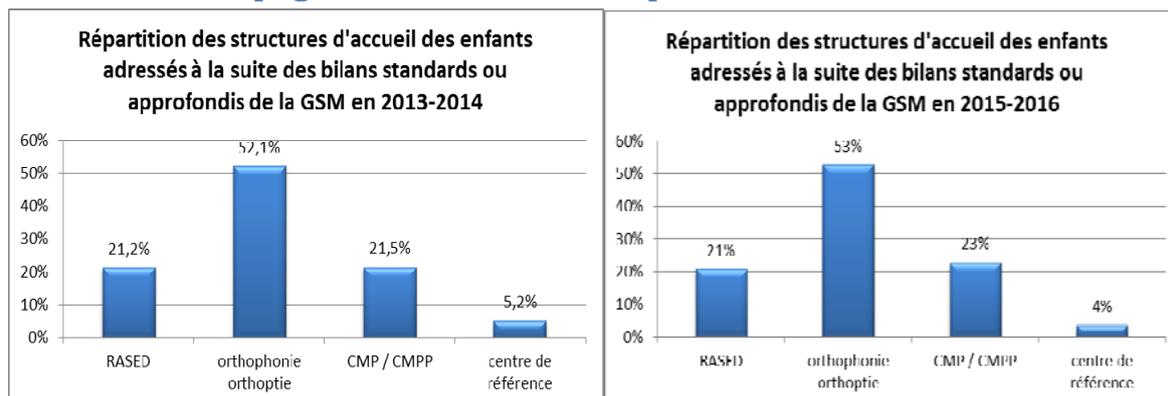
Exemple de lecture : en 2013 – 2014, chez les enfants présentant une pathologie identifiée lors de la visite médicale de la 6^{ème} année, 33 % des pathologies dépistées étaient relatives à la vision.

Les pathologies les plus fréquemment identifiées lors du bilan de la 6^{ème} année de l'enfant par les médecins et les infirmiers sont stables sur les deux années et concernent : la vision (33 et 34 %), l'appareil bucco-dentaire (20 et 17 %), l'audition (13 et 14 %), la vaccination (14 et 11 %), le surpoids et l'obésité (11 et 11 %) et la psychopathologie (4 et 6 %).

Il est intéressant de constater que près de la moitié des pathologies concernent un dépistage sensoriel, qu'environ 1/5 concerne un dépistage des caries, 1/10 un indice de masse corporel trop

élevé et 1/20 une psychopathologie. Les proportions ne semblent pas influencées par le type de professionnel (médecin ou infirmier) effectuant le bilan pour les éléments de bilan communs aux médecins et aux infirmiers comme le sensoriel et le biométrique. La légère augmentation de la psychopathologie, spécifique de la partie médicale, s'explique peut-être par le fait que les élèves ont été proportionnellement plus vus par un médecin en 2015-16, et que lorsqu'ils sont vus par un médecin, ils bénéficient d'une analyse de leur situation permettant d'évoquer plus spécifiquement des troubles relevant de la psychopathologie. Les prochaines données seront à examiner avec attention.

Accueil et accompagnement des élèves repérés



Exemple de lecture : en 2013 – 2014, parmi les enfants adressés à la suite des bilans réalisés en grande section de maternelle, 21,2 % ont été orientés vers un réseau d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (RASED).

Parmi les élèves dépistés ayant besoin d'un accompagnement, environ 1/5 est adressé au RASED, 1/2 en orthophonie, 1/4 en CMP ou CMPP et 1/20 à un centre de référence des troubles du langage et des apprentissages ou à un centre de référence de l'autisme.

Il est intéressant de noter que 20 % des élèves repérés comme ayant besoin d'un accompagnement sont adressés en interne au RASED, auquel participe le psychologue de l'éducation nationale.

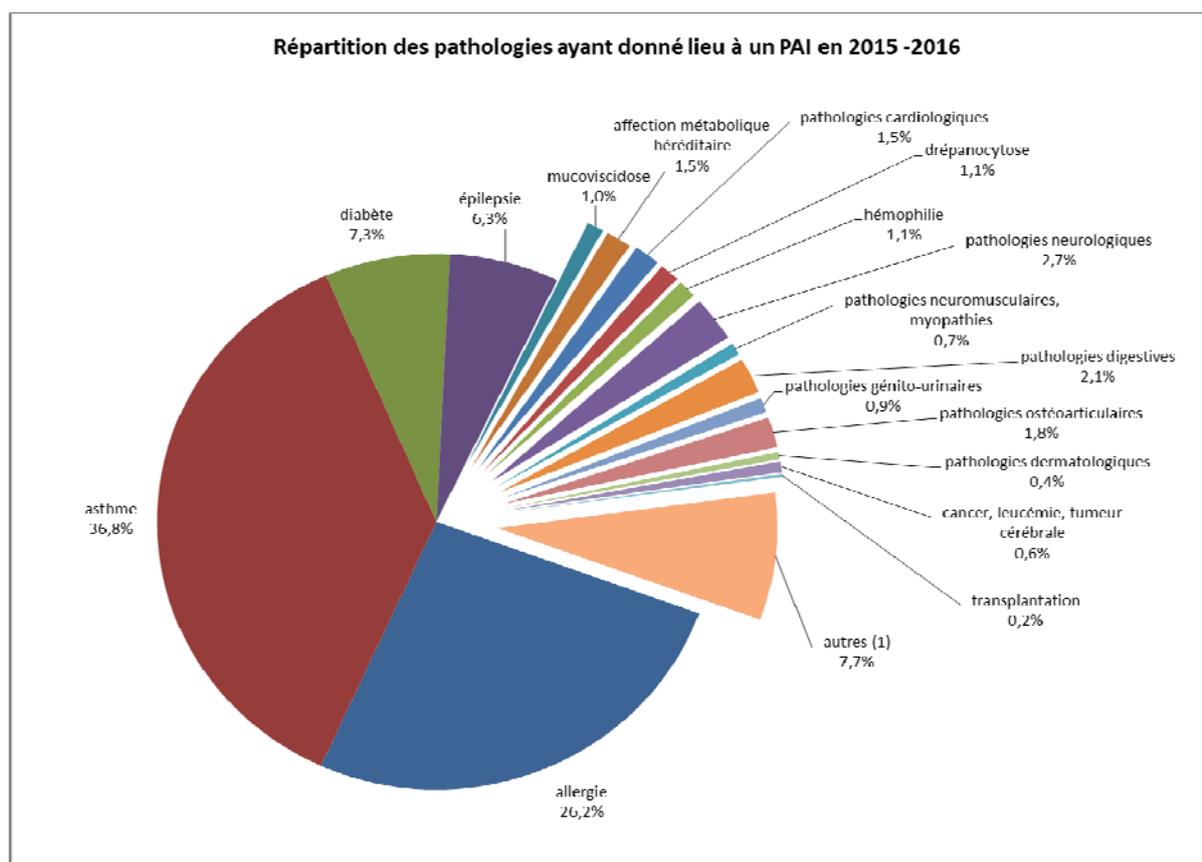
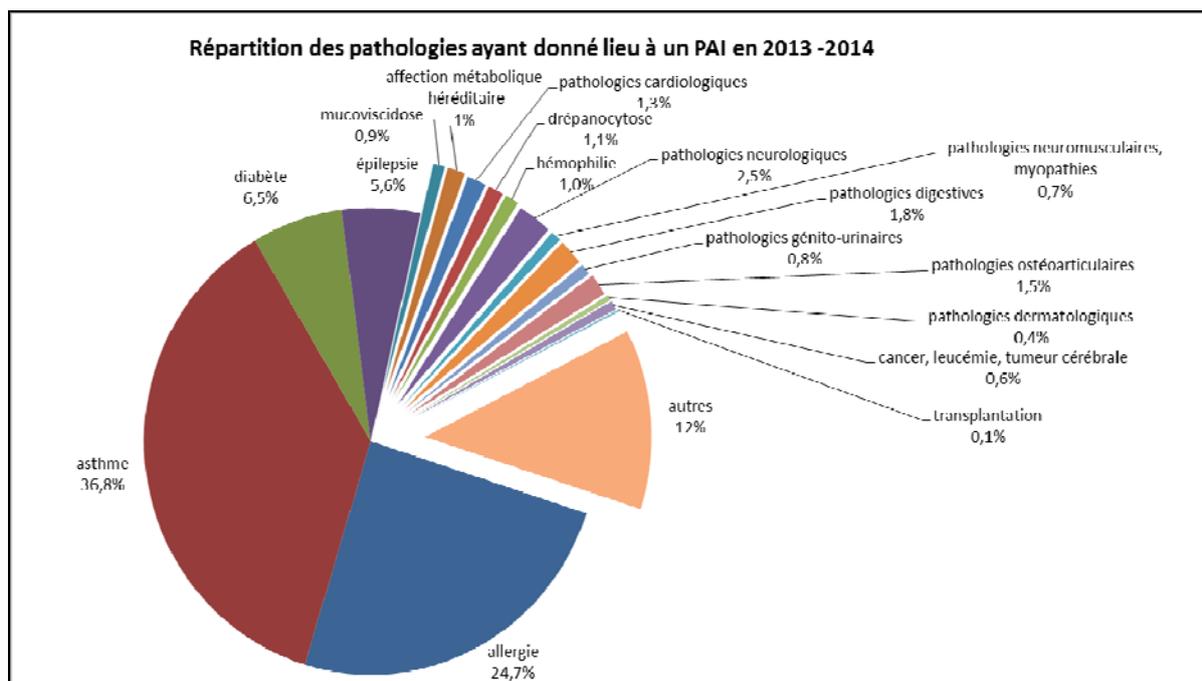
Projet d'accueil individualisé (PAI)

Depuis plusieurs années, les quatre pathologies les plus fréquentes ayant donné lieu à un PAI à l'école sont toujours l'asthme, les allergies, le diabète et l'épilepsie.

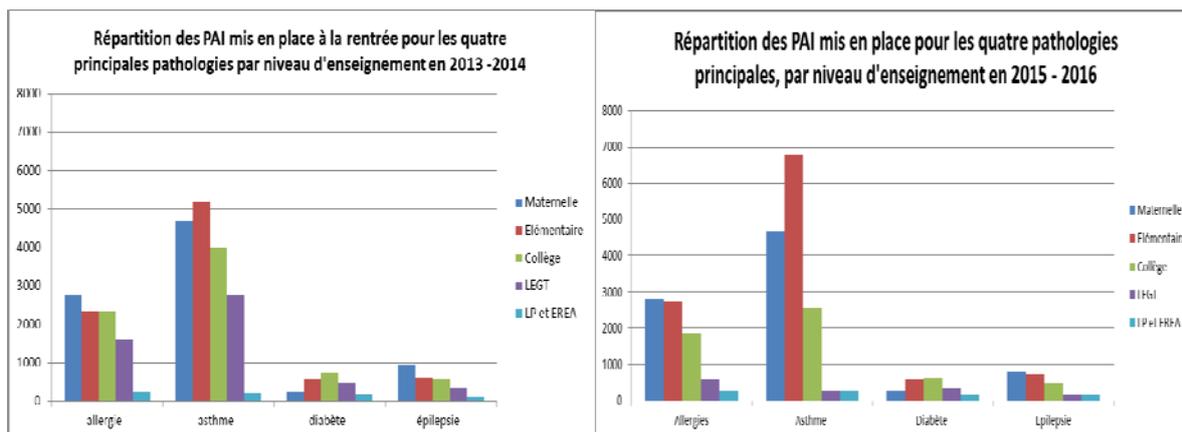
En 2013-2014 et en 2015-2016, parmi les PAI élaborés, 37 % concernent l'asthme, environ 25 % concernent un problème d'allergie (alimentaire, aux acariens, aux hyménoptères...), environ 7 % concernent le diabète et 6 % l'épilepsie. Une stabilité des autres pathologies accompagnées dans le cadre d'un PAI est également notable.

Les académies ayant fourni les données étant sensiblement différentes entre ces deux années scolaires, on peut supposer une fiabilité de ces pourcentages et les penser comme représentatifs du niveau national.

Il n'est par contre pas possible de donner de résultats sur les chiffres absolus de PAI en France, les données, incomplètes aussi bien au niveau national qu'infra-académique, ne reflètent qu'environ 2/3 des départements.



Exemple de lecture : en 2013 – 2014, parmi les élèves ayant bénéficié d'un PAI, 5,6 % d'entre eux en ont bénéficié pour cause d'épilepsie.



Exemple de lecture : en 2013 – 2014, la mise en place d'un PAI pour allergie a davantage lieu en maternelle (presque 3000 cas) qu'en LEGT (1600 cas).

La mise en place d'un PAI pour asthme est plus fréquente en classe maternelle et élémentaire, qu'en collège et beaucoup plus qu'en lycée. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'élèves atteints d'asthme sur le niveau lycée, mais simplement que s'il y en a, un PAI n'est pas réalisé. Les raisons peuvent être que plus l'enfant est jeune, plus les parents sont inquiets en cas d'asthme, et qu'en lycée les jeunes sont beaucoup aptes à gérer la pathologie.

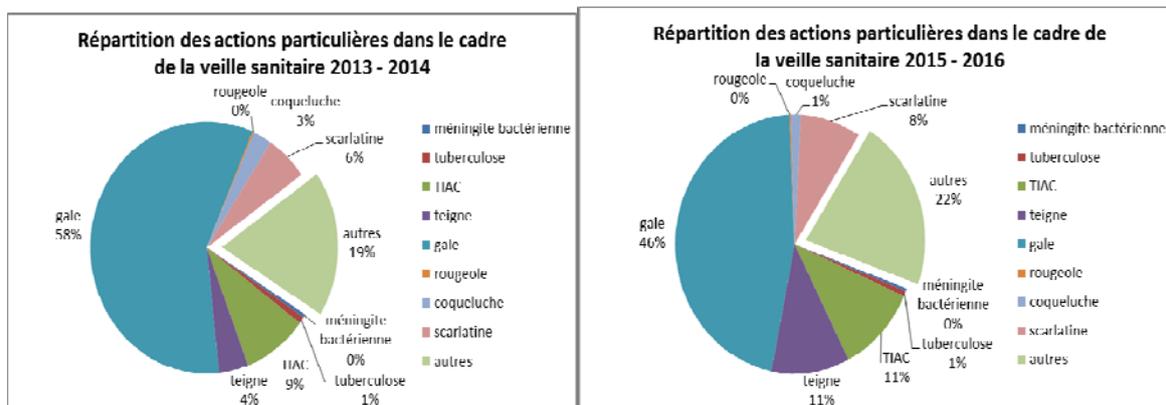
De même, en cas d'épilepsie, un PAI est plus fréquemment mis en place en classe maternelle, ce qui n'est pas le cas du diabète.

Concernant l'asthme, l'école élémentaire représente une période la plus susceptible d'une mise en place de PAI. Cela peut être lié :

- à une apparition plus fréquente de l'asthme sur cette tranche d'âge ;
- au fait que cette tranche d'âge dure cinq années ;
- au fait que les parents demandent plus facilement un PAI en cas d'asthme à cet âge.

L'élément d'évolution le plus marquant concerne l'augmentation du nombre de PAI pour asthme en élémentaire avec diminution en collège, entre 2013-14 et 2015-16. Une augmentation du nombre de PAI pour allergie en école élémentaire est également notable.

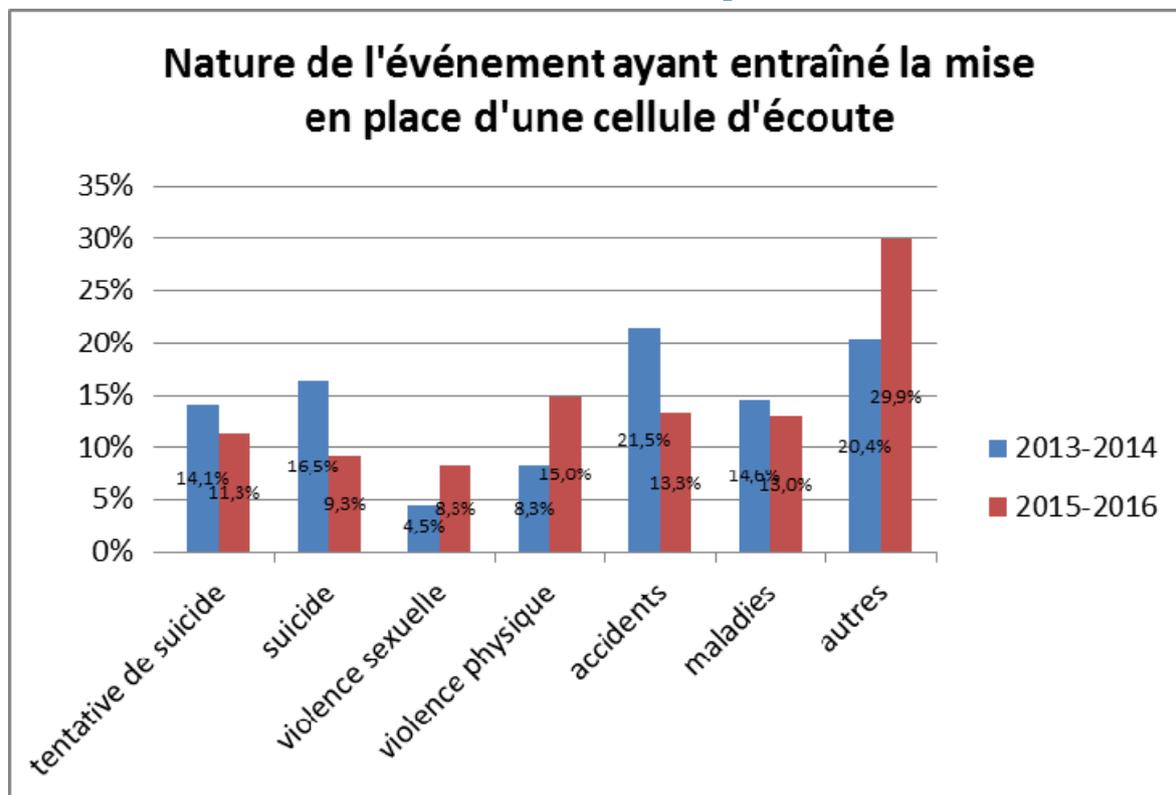
La veille sanitaire



Exemple de lecture : En 2013 – 2014, parmi les actions particulières réalisées dans le cadre de la veille sanitaire, 58 % étaient relatives à la gale.

La répartition des actions concernant la veille sanitaire est relativement stable sur les deux années. Les actions pour lutter contre la gale sont toujours les plus fréquentes. La lutte contre la teigne semble prendre une part plus importante en 2015-2016 qu'en 2013-2014.

Cellules d'écoute lors d'événements traumatiques

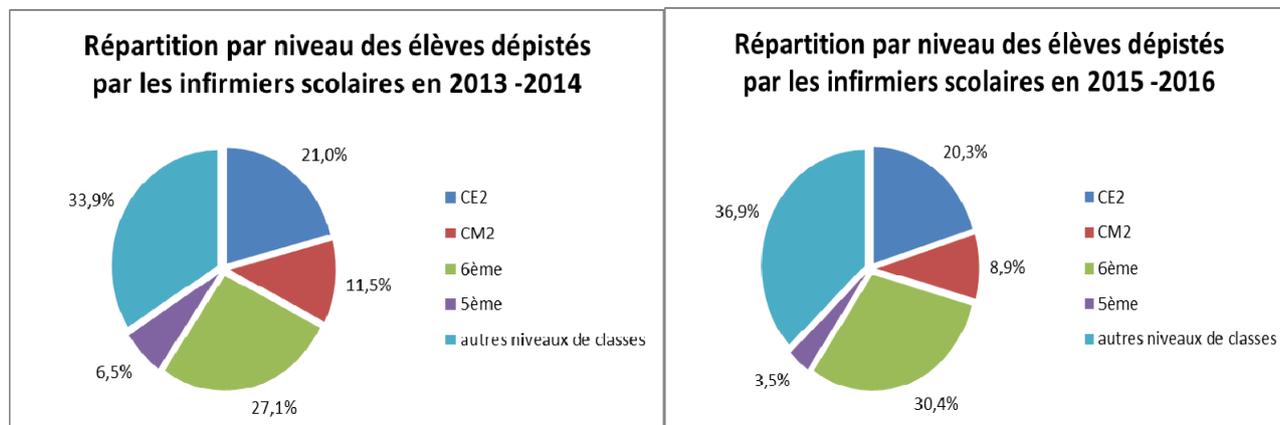


Exemple de lecture : En 2013 – 2014, 14,1 % des cellules écoutes mises en place l'ont été suite à une tentative de suicide.

En 2013-2014, la mise en place d'une cellule d'écoute est liée majoritairement à la survenue d'événements suicidaires (tentatives ou suicides) ainsi que d'accidents. Ces motifs semblent en diminution en 2015-2016 à moins que les événements aient eu lieu mais sans donner lieu à une cellule d'écoute. Les cellules d'écoute liées à des violences ont été plus fréquentes en 2015-2016.

Dépistages infirmiers

1 406 219 élèves ont fait l'objet d'un dépistage par un infirmier de l'éducation nationale au cours de l'année scolaire 2013-2014 et 1 005 544 au cours de l'année scolaire 2015-2016.



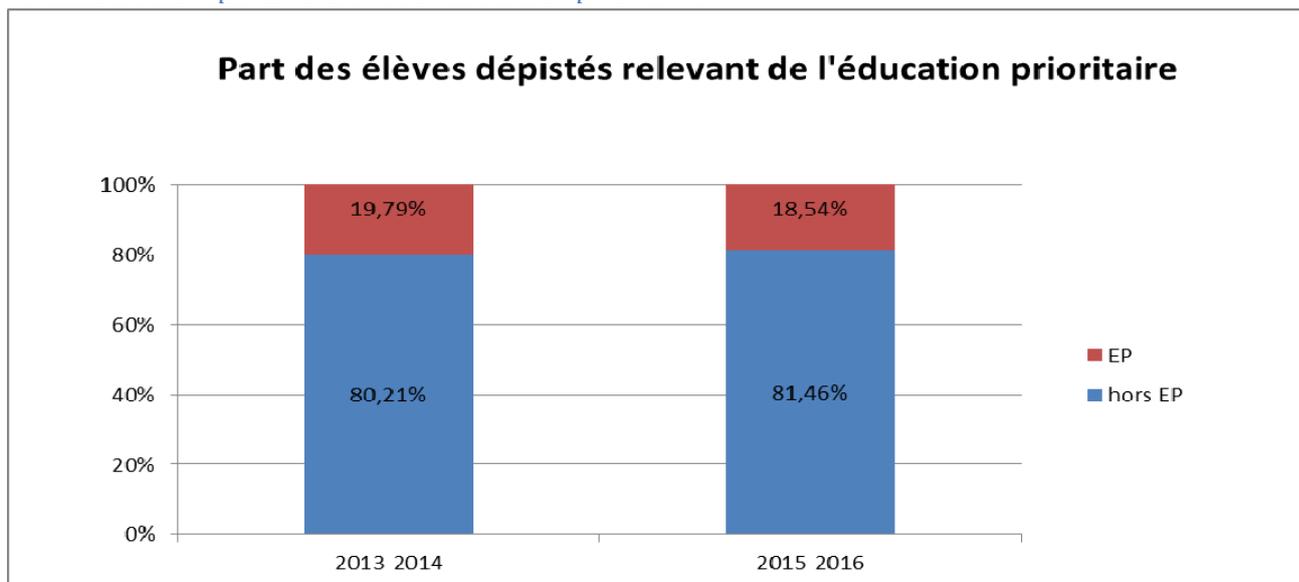
Exemple de lecture : en 2013 - 2014, 21 % des visites réalisées par les infirmiers de l'éducation nationale ont eu lieu auprès d'élèves de CE2.

La répartition des dépistages des élèves en fonction des types d'établissements scolaires est relativement stable entre les deux années considérées. Le niveau de classe le plus souvent dépisté par les infirmiers de l'éducation nationale est la classe de sixième (respectivement à 27,1 % et 30,4 % des visites). On note une légère augmentation des visites à ce niveau de classe entre les deux années. La publication de l'arrêté du 3 novembre 2015 précisant que le dépistage infirmier a lieu au cours de la douzième année de l'enfant a sans doute eu un impact sur cette évolution.

La douzième année de l'enfant correspond à la classe de sixième, dans la majorité des cas, ou alors à celles de CM2 ou de cinquième suivant que l'élève est en avance ou en retard dans la progression de sa scolarité. On remarque ainsi, en agrégeant les données des différentes classes des niveaux considérées, qu'en 2015-2016, approximativement 57 % des visites de dépistage infirmier ont eu lieu dans le cadre des visites de la douzième année.

Ainsi, en 2015-2016, presque six visites de dépistage sur dix ont été réalisées à un autre moment que lors de la visite obligatoire.

Part des élèves repérés relevant de l'éducation prioritaire



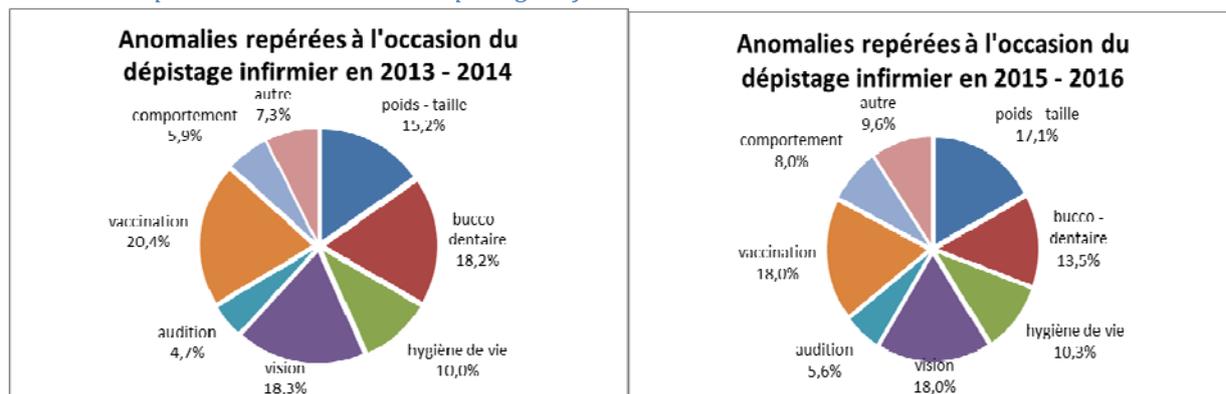
Exemple de lecture : en 2013 – 2014, 19,79 % des élèves dépistés appartenaient à un établissement relevant de l'éducation prioritaire.

Au cours de ces deux années scolaires, la part des élèves dépistés, scolarisés dans un dispositif de l'éducation prioritaire (ECLAIR ou RRS), s'élevait dans les deux cas approximativement à 20 %.

A la rentrée 2015, 20,7 % de collégiens relèvent des dispositifs de l'éducation prioritaire.

On remarque donc une corrélation relative entre la part des élèves dépistés relevant de l'éducation prioritaire et la proportion de collégiens relevant de ces dispositifs.

Anomalies repérées à l'occasion du dépistage infirmier



Exemple de lecture : en 2013 – 2014, parmi les anomalies repérées par les infirmiers de l'éducation nationale à l'occasion du dépistage infirmier, 18,2 % concernaient des problèmes bucco-dentaires.

Nombres d'anomalies dépistées

En 2013-2014, 737 474 anomalies sont repérés par les infirmiers de l'éducation nationale à l'occasion du dépistage contre 196 464 anomalies repérées en 2015-2016. Plusieurs anomalies peuvent concerner le même élève.

La différence (un rapport de 4 à 1) dans le nombre d'anomalies repérées suites aux dépistages est particulièrement significative. Plusieurs hypothèses pourraient être avancées afin d'expliquer ce phénomène :

- la remontée parcellaire des données observées en 2015-2016 d'académies pouvant avoir un fort poids statistique ;
- les effets des programmes de prévention menés à l'échelle nationale et des projets de promotion de la santé, mis en place à l'échelle de l'établissement et du territoire qui pourraient commencer à avoir un impact sur les comportements en matière de santé pour les élèves et leurs familles.

La baisse du nombre d'anomalies repérées n'étant constatée que sur deux années, il sera important de voir si cette tendance se confirme au cours des années à venir.

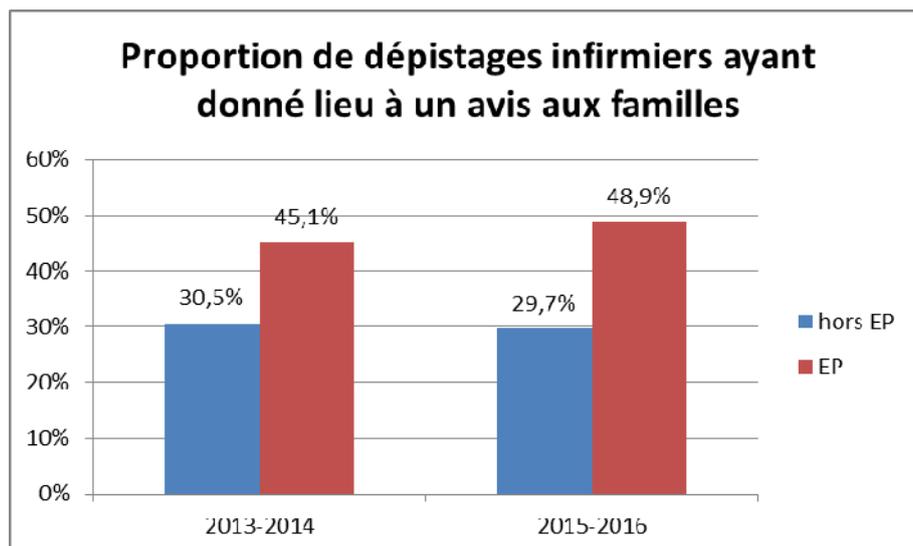
Part relative des occurrences d'anomalies constatées chez les élèves dépistés

La répartition des troubles constatés est relativement stable entre les deux années d'observation. Une légère augmentation des troubles du comportement (qui passent de 5,9 % à 8 % des troubles observés) est observée alors que les problèmes bucco-dentaires sont quant à eux relativement moins prépondérants. On pourra émettre l'hypothèse que les messages de promotion de la santé en matière d'hygiène bucco-dentaire ont commencé à avoir un impact sur les parents ainsi que sur leurs enfants, étant donné que la baisse de l'importance relative de ces troubles est observable depuis 2011-2012 où ils représentaient alors 17 % des anomalies repérées.

Avis aux familles

En 2013-2014, les dépistages infirmiers donnent lieu à 470 133 avis écrits adressés aux familles, soit pour 33 % des élèves dépistés. En 2015-2016, les données remontées font état de 334 avis adressés, soit également pour 33 % des élèves dépistés.

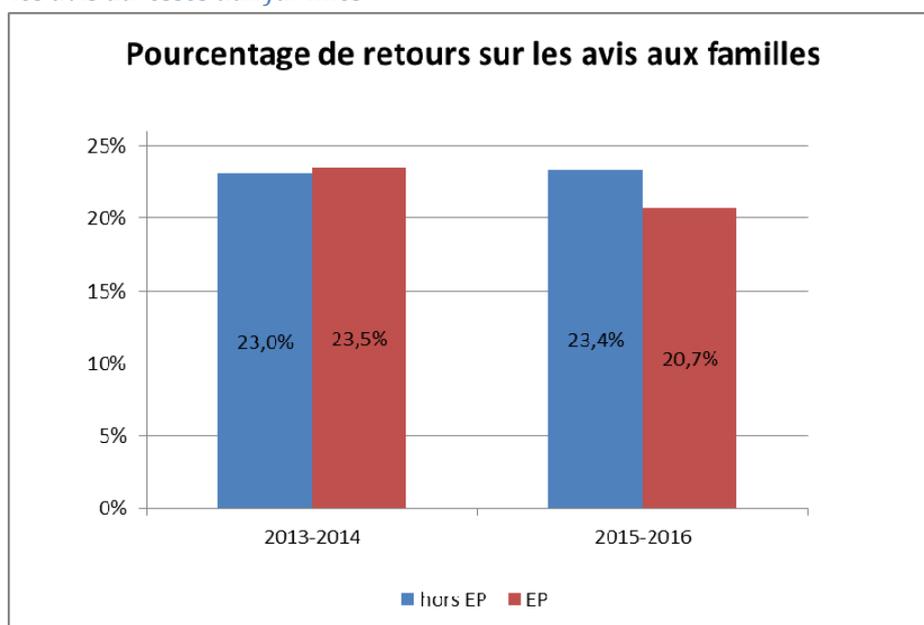
Le graphique ci-après permet de constater que les élèves relevant des dispositifs de l'éducation prioritaire font significativement plus souvent l'objet d'avis aux familles que les élèves n'en relevant pas, et ce, quel que soit l'année considérée.



Exemple de lecture : En 2013 – 2014, 45,1 % des élèves dépistés relevant de l'éducation prioritaire se sont vus remettre un avis aux familles de la part des infirmiers de l'éducation nationale suite à leur visite de dépistage.

La proportion plus importante d'avis donnés aux familles relevant de l'éducation prioritaire peut s'expliquer par l'accent mis par les politiques publiques sur le suivi et l'attention particulière donnée aux élèves de l'éducation prioritaire le nécessitant.

Retours sur les avis adressés aux familles



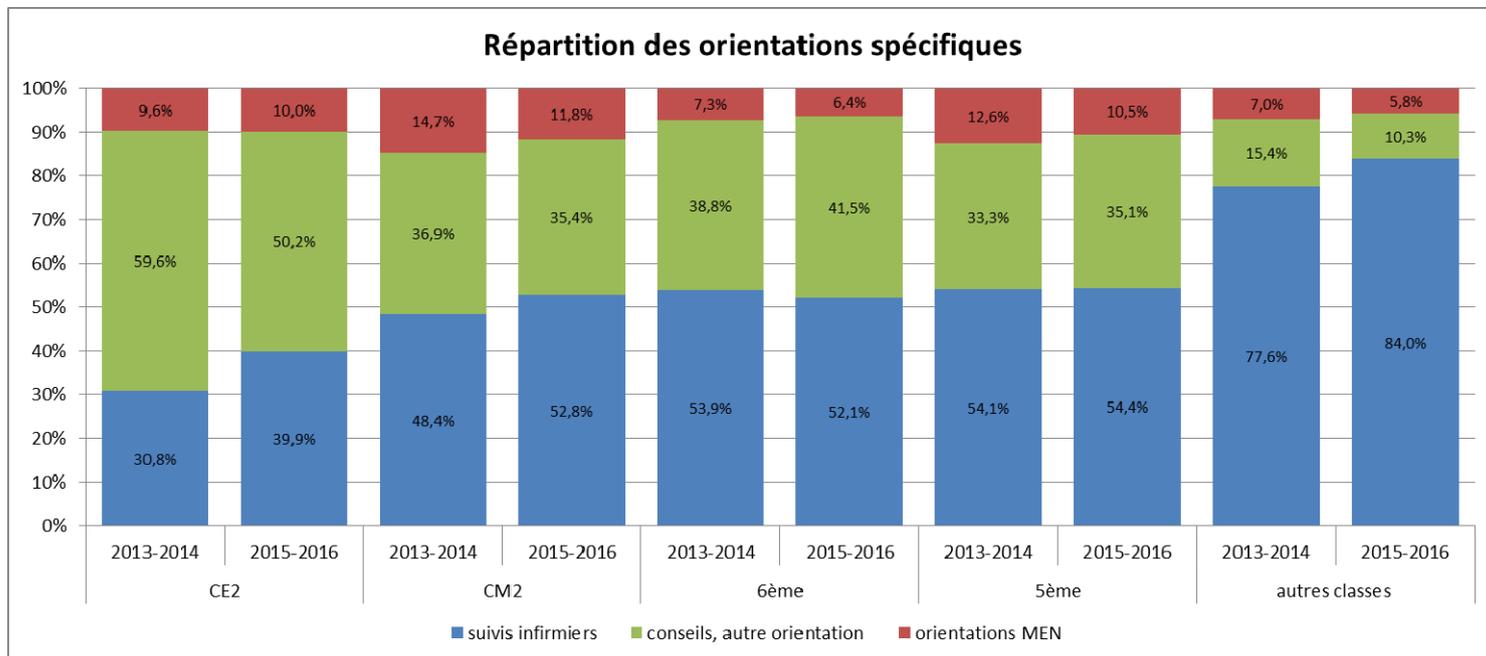
Exemple de lecture : En 2013 – 2014, il y a eu 23 % de retours sur les avis aux familles adressés par un infirmier de l'éducation nationale après un dépistage dans les établissements ne relevant pas de l'éducation prioritaire.

On constate que sur ces deux années scolaires, la variable de l'éducation prioritaire n'a pas d'influence sur les retours donnés après qu'un avis aux familles soit communiqué par les infirmiers de l'éducation nationale. Néanmoins, on observe que ces taux, pour les deux années considérées, sont relativement bas. Seul un avis sur quatre est suivi d'effet. On peut avancer les hypothèses suivantes :

- les consultations chez un spécialiste vers lesquels les infirmiers de l'éducation nationale orientent les élèves demandent un délai important, qui ne permet pas d'avoir la réponse dans l'année en cours ;
- la prise en charge réalisée à la demande des familles auprès des professionnels adaptés n'est pas connue des infirmiers de l'éducation nationale ;
- cette prise en charge, assurée par les familles, n'est pas renseignée dans les tableaux ;
- les familles ne tiennent pas compte des avis qui leur sont fait suite au dépistage, et ce quel que soit le statut de l'établissement, en ou hors éducation prioritaire.

Orientations spécifiques

En 2013-2014, au sein des 1 406 219 élèves dépistés par les infirmiers de l'éducation nationale, 967 603 ont fait l'objet d'une orientation spécifique, c'est-à-dire vers un suivi infirmier, vers un suivi par le médecin de l'éducation nationale ou vers un suivi par un autre type de professionnel. En 2015-2016, au sein des 1 005 544 élèves dépistés par les infirmiers scolaires, ce sont 803 680 élèves qui ont fait l'objet d'une orientation spécifique.



Exemple de lecture : Parmi les élèves de CE2 dépistés en 2013 – 2014 et ayant fait l'objet d'une orientation spécifique, 30,8 % ont fait l'objet d'un suivi infirmier, 59,6 % ont fait l'objet d'un conseil ou d'une orientation vers un professionnel hors éducation nationale et 9,6 % ont été dirigés vers le médecin scolaire.

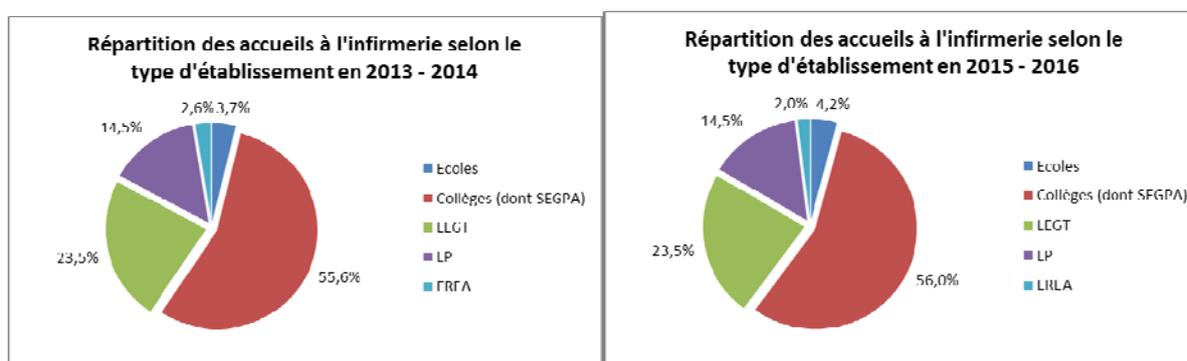
De plus, le graphique montre qu'il n'y a pas d'évolution structurelle importante entre 2013-2014 et 2015-2016 pour ce qui est des observations spécifiques mises en œuvre par les infirmiers de l'éducation nationale si ce n'est une baisse des conseils / autres orientations auprès des élèves de CE2 au profit des suivis infirmiers.

Il est cependant notable que plus l'élève avance en âge, plus celui-ci fait majoritairement l'objet d'un suivi infirmier. La part relative des conseils / autres orientations a, quant à elle, tendance à diminuer là où les suivis infirmiers prennent une place relative plus importante. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un élève orienté ne consulte pas systématiquement et est de nouveau suivi pour la même pathologie, par l'infirmier de l'éducation nationale, les années suivantes.

La part relative des orientations réalisées par les infirmiers vers les médecins de l'éducation nationale est quant à elle relativement stable (autour de 10 %), en fonction des années, mais aussi des niveaux de classes considérés, avec des valeurs extrêmes oscillant de 5,8 % pour les autres niveaux de classes en 2015-2016 à 14,7 % en CM2 en 2013-2014. Il est donc possible, en constatant la faible orientation vers les médecins, d'émettre l'hypothèse que les pathologies/troubles observés par les infirmiers de l'éducation nationale ne nécessitent pas le recours à un médecin de l'éducation nationale.

Accueil à l'infirmierie

En 2013-2014, le nombre de passages à l'infirmierie s'élève à 10 880 424, en 2015-2016 il s'élève à 8 284 854. En 2013-2014, 3,7 % des élèves accueillis par un infirmier de l'éducation nationale sont scolarisés au sein d'une école, ils sont 4,2 % en 2015-2016.



Exemple de lecture : En 2013 – 2014, 3,7 % des élèves accueillis par un infirmier de l'éducation nationale étaient scolarisés au sein d'une école.

Pour les deux années concernées, les collégiens (SEGPA inclus) représentent plus de la moitié des accueils à l'infirmierie (55,6 % en 2013-2014 et 56 % en 2015-2016).

Les années « collège » correspondent à une étape charnière dans le développement psychologique et physiologique de l'enfant¹. Le besoin pour ces élèves d'avoir recours à un interlocuteur privilégié, comme l'infirmier, pour les questions de santé peut expliquer une surreprésentation de cette classe d'âge dans la répartition des accueils par le personnel infirmier qui assure une permanence dans l'établissement, bien identifiée par les élèves, par opposition à la situation en école primaire.

¹ Jeammet, P. Braconnier, A. *Adolescences, repères pour les parents et les professionnels*, éditions La Découverte, 2012.

Nature d'accueil à l'infirmierie

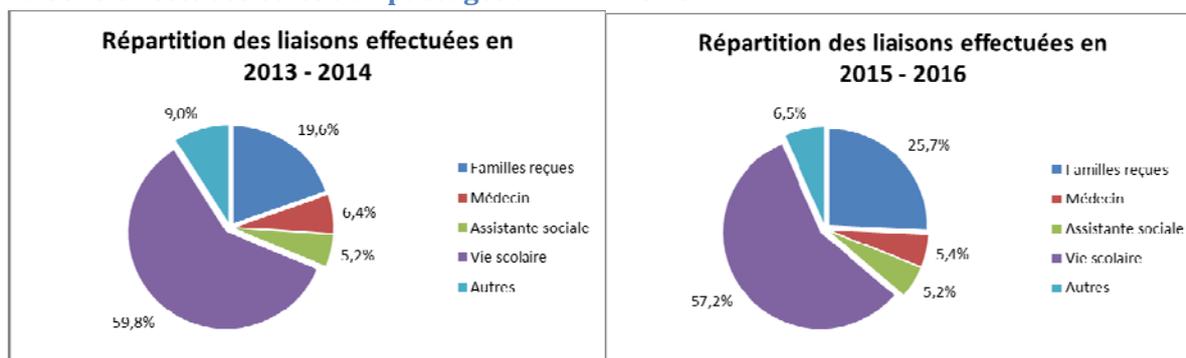
En 2013-2014, huit accueils sur dix sont considérés comme des passages à l'infirmierie (moins de 15 minutes) et deux sur dix sont des séjours temporaires (au-delà des 15 minutes). Les séjours de nuits quant à eux concernaient 0,2 % des accueils. En 2015-2016, sept accueils sur dix sont considérés comme des passages à l'infirmierie, trois sur dix sont des séjours temporaires. Les séjours de nuits quant à eux concernent toujours 0,2 % des accueils.

Orientation des élèves suivis à l'infirmierie

En 2013-2014, sur l'ensemble des élèves accueillis à l'infirmierie, 94 % retournent par la suite à leurs activités scolaires, environ 6 % sont pris en charge par leur famille, et moins de 1 % sont orientés vers l'hôpital. En 2015-2016, 90 % des élèves accueillis retournent vers leurs activités scolaires, plus de 6 % des élèves sont pris en charge par leur famille et moins de 1 % des élèves est orienté vers l'hôpital.

On observe que les élèves, après leur accueil à l'infirmierie, sont majoritairement réorientés vers leurs activités scolaires. L'hypothèse est que l'infirmier de l'éducation nationale apporte un accompagnement adapté et participe ainsi à la réussite éducative de l'élève par ses missions et activités.

Liaisons effectuées suite aux passages à l'infirmierie



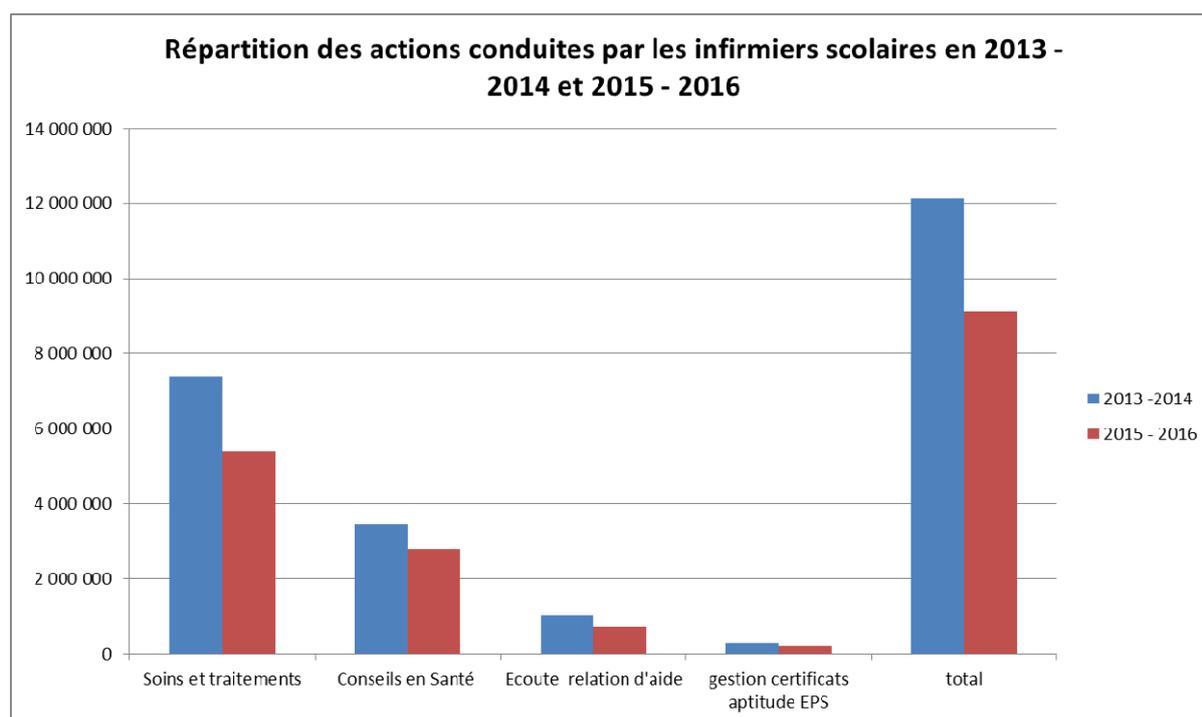
Exemple de lecture : En 2013 – 2014, les familles des élèves ont été reçues pour 19,6 % d'entre eux, à l'issue de leur passage à l'infirmierie.

L'évolution de la part relative de liaisons effectuées avec les familles peut être liée à la mise en place d'un partenariat plus développé entre infirmiers de l'éducation nationale et les familles des élèves, dans le cadre de la coéducation et un accompagnement des familles sur des problématiques de santé particulières.

Actions conduites par les infirmiers scolaires

Selon la classification proposée dans l'enquête, les actions conduites par les infirmiers scolaires pour les années 2013-2014 et 2015-2016 se répartissent comme suit :

Année scolaire	Soins et traitements	Conseils en santé	Écoute et relation d'aide	Gestion des certificats d'aptitudes en EPS	Total
2013-2014	7 372 456	3 456 864	1 029 873	279 918	12 139 111
2015-2016	5 412 343	2 783 738	734 093	198 153	9 128 327



Exemple de lecture : En 2013 – 2014, plus de 7 millions d'actions de soins ont été conduites par les infirmiers de l'éducation nationale. Au total, pour cette même année, plus de 12 millions d'actions ont été recensées par ces personnels. Plusieurs actions peuvent être conduites pour un même élève.

Les soins et traitements représentent la majorité des actions conduites par les personnels infirmiers de l'éducation nationale, quelle que soit l'année considérée. La différence significative du nombre d'actions conduites par les personnels entre les années 2013-2014 et 2015-2016 tient principalement au fait que des académies ayant un effectif important à la fois d'élèves et de personnels n'ont pas remonté de données lors de la dernière année d'étude.

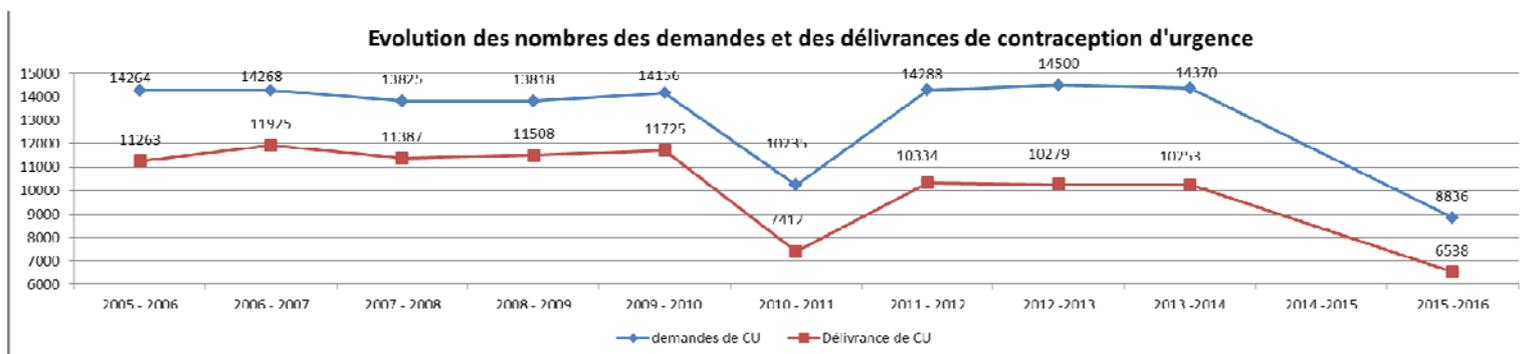
L'étude du graphique nous montre que la part relative des soins et traitement dans les remontées des activités des personnels est prépondérante. Néanmoins, un « soin et traitement » peut donner lieu à une « écoute et relation d'aide » sans que celle-ci soit forcément enregistrée comme telle.

Contraception d'urgence

Les infirmiers de l'éducation nationale administrent la contraception d'urgence en milieu scolaire, conformément à la loi n° 2000-1209 du 13 novembre 2000 et, plus précisément, au protocole n° 2001-258 du 27 mars 2001, annexé à son décret d'application.

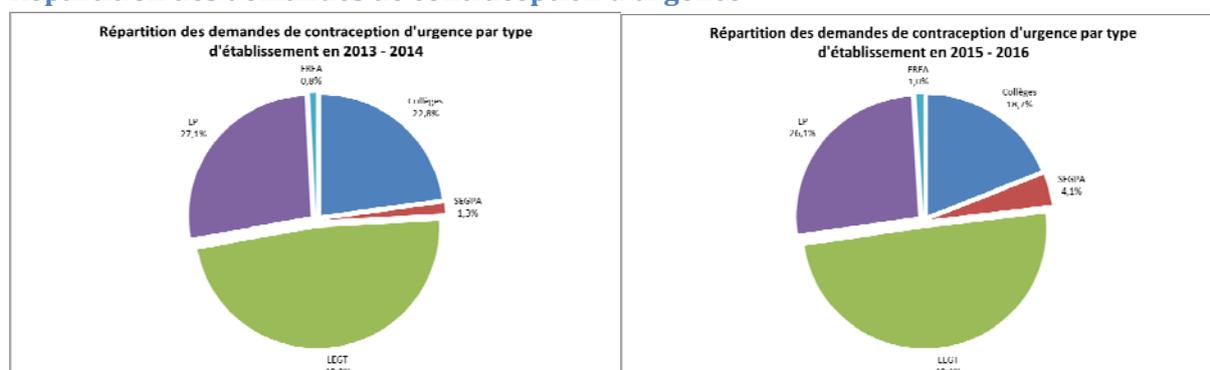
Demande et délivrance

En 2013-2014, 14 370 élèves dont 81,9 % de mineures se rendent à l'infirmerie pour demander une contraception d'urgence, 10 209 contraceptifs d'urgence sont alors délivrés par les infirmiers de l'éducation nationale. En 2015-2016, les données remontées font état de 6 538 demandes, formulées à 84,2 % par des mineures. 6 527 contraceptifs d'urgence sont délivrés par les infirmiers de l'éducation nationale.



Les demandes et les délivrances de contraception d'urgence restent stables en 2013-2014 par rapport aux données exprimées au cours des deux années scolaires précédentes, avec des valeurs respectives de 14 000 et 10 000 occurrences pour les deux variables. Une baisse corrélée des nombres de demandes et de délivrances en 2015-2016 s'observe cependant, et ce, de manière particulièrement marquée. Cette diminution s'explique par l'absence de remontées des données de plusieurs académies ayant un poids statistique fort. Les chiffres obtenus, une fois relevés par les effectifs des demandes et délivrances attendus des académies manquantes, sont similaires aux chiffres qu'il était possible d'attendre (à savoir, approximativement 14 000 demandes et 10 000 délivrances), avec un intervalle de confiance relativement raisonnable.

Répartition des demandes de contraception d'urgence



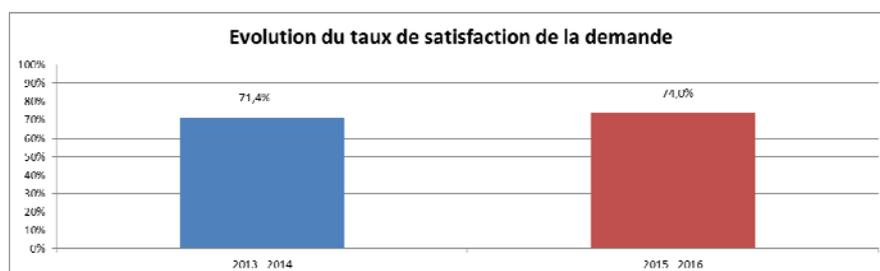
Exemple de lecture : En 2013 – 2014, parmi les demandes de contraception d'urgence effectuées auprès des personnels de l'éducation nationale, 22,8 % ont eu lieu en collège.

La lecture du graphique indique qu'il y a une relative stabilité dans la répartition des demandes de contraception d'urgence entre les deux années étudiées. On observe que la part relative des demandes effectuées en lycée général et technologique est prépondérante, quasiment une élève sur deux ayant exprimé une demande de contraception d'urgence auprès des personnels infirmiers ou médecin est scolarisée dans ce type d'établissement. De manière générale, les lycéennes représentent 75 % des demandes de contraception d'urgence. On peut supposer que la demande en contraception d'urgence est plus élevée chez les lycéennes, étant donné que celles-ci sont plus âgées que les collégiennes (dont SEGPA et partiellement, EREA).

La raison pour laquelle on note une proportion relative de demande de contraception d'urgence beaucoup plus importante en lycée d'enseignement général et technologique qu'en lycée professionnel, et ce sur les deux années, est que l'effectif total de filles scolarisées est beaucoup plus important dans ce premier type d'établissement que dans le second (219 300 filles de lycée professionnel et 623 900 en lycée d'enseignement général et technologique à la rentrée 2013-2014). Ce qui fait augmenter mécaniquement la répartition chez ce type de public.

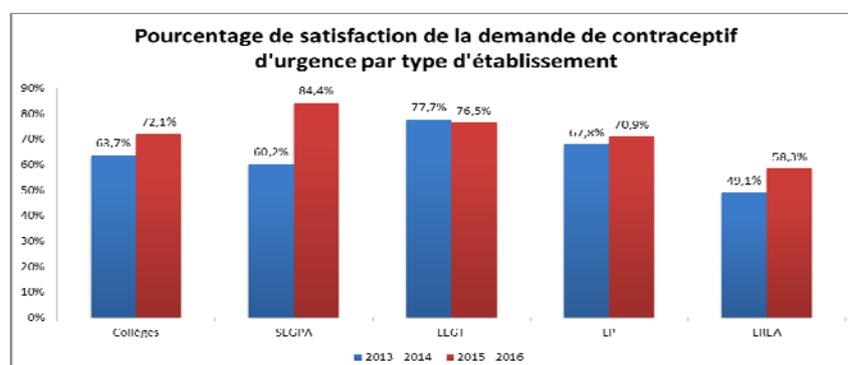
Satisfaction de la demande en contraception d'urgence

Le taux de satisfaction de la demande est le rapport entre le nombre d'élèves ayant demandé la contraception d'urgence et le nombre d'élèves l'ayant effectivement reçue au sein de leur établissement scolaire (par l'intermédiaire de l'infirmier ou du médecin).



Exemple de lecture : En 2013 – 2014, 71,4 % des élèves ayant exprimé une demande de contraception d'urgence s'est vu délivrer cette contraception par l'infirmier ou le médecin de l'éducation nationale.

La satisfaction de la demande en contraception d'urgence connaît une relative stabilité entre les deux années. Ce taux, avoisinant les 70 % est comparable à celui des années 2011-2012 ou 2012-2013 durant lesquelles il était respectivement de 72 % et de 71 %.

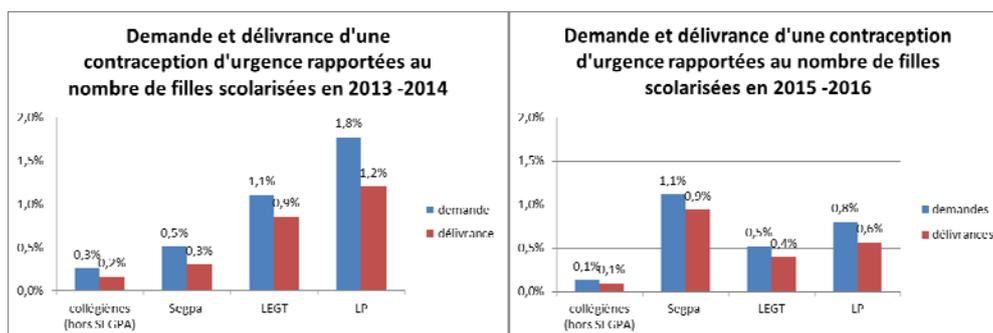


Exemple de lecture : En 2013 – 2014, 63,7 % des élèves de collège ont vu leur demande de contraception d'urgence satisfaite.

C'est au sein des lycées d'enseignement général et technologique que les élèves ont vu leur demande de contraception d'urgence le plus souvent satisfaite (77,7 %). C'est en revanche au sein des EREA que les demandes de contraceptions d'urgence ont le moins souvent abouti sur leur délivrance (49,1 %).

En 2015-2016, c'est en SEGPA que le taux de la satisfaction de la demande de contraception d'urgence a atteint sa valeur maximale (84,4 %), cette valeur étant bien supérieure aux valeurs calculées pour les autres types d'établissements.

On remarque ainsi que sur les deux années considérées, ce sont les élèves de lycées d'enseignement général et technologique qui voient leurs attentes en matière de contraception d'urgence le plus souvent satisfaites, alors qu'en EREA les élèves en ayant fait la demande se voient le moins souvent délivrer une contraception d'urgence. L'ensemble des élèves ne se voyant pas proposer de méthode de contraception est orienté vers des centres de planification ou d'éducation familiale. On peut émettre l'hypothèse que la délivrance de contraception d'urgence par les professionnels de l'éducation nationale est plus importante chez les lycéennes inscrites en filières générales et technologiques car celles-ci ont des demandes plus adaptées au regard de leurs situations. Les infirmiers de l'éducation nationale orienteraient les publics jeunes, nécessitant un accompagnement spécifique, vers des structures assurant un suivi personnalisé, ce qui justifierait un pourcentage de délivrance de contraception d'urgence moins élevé pour ces élèves scolarisés en EREA que pour les autres.



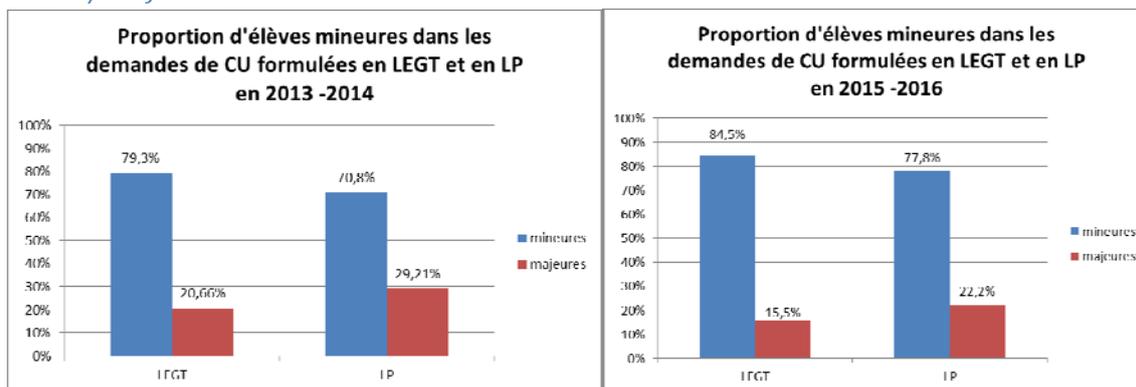
Exemple de lecture : en 2013 – 2014, 0,3 % de collégiennes ont exprimé une demande de contraception d'urgence auprès d'un infirmier ou d'un médecin de l'éducation nationale, 0,2 % se la sont vu délivrer.

Ce graphique, obtenu en faisant le ratio entre nombre de demandes et de délivrances de contraception d'urgence en fonction de l'effectif total de filles au cours des années considérées permet de constater que :

- le nombre d'élèves filles faisant la demande d'une contraception d'urgence auprès des personnels de l'éducation nationale est relativement faible (autour de 1 %) ;
- en 2013-2014 les lycéennes de lycée professionnel étaient six fois plus nombreuses à demander et à obtenir une contraception d'urgence que les collégiennes ;
- les collégiennes ou les élèves de lycée d'enseignement général et technologique ont nettement moins recours à la contraception d'urgence que les élèves de lycée professionnel et de SEGPA.

La lecture de la figure « répartition des demandes de contraception d’urgence » (p. 20) aurait pu nous laisser penser que les élèves de LEGT étaient celles faisant le plus de demandes et se voyant le plus délivrer de CU. Cependant, à la lecture du graphique ci-dessus (p. 22), nous constatons que les élèves exprimant le plus de demandes et bénéficiant le plus de CU sont en réalité en lycée professionnel, ou en SEGPA (pour l’année 2015-2016). Ainsi, le nombre supérieur de demandes et délivrances de CU en LEGT reporté dans la figure p. 20 est uniquement dû à l’importance des effectifs des lycéennes de LEGT.

Mineures / majeures



Exemple de lecture : En 2013 -2014, 79,3 % des lycéennes de LEGT ayant exprimé une demande de contraception d’urgence étaient mineures, alors que 20,7 % d’entre elles étaient majeures.

À la lecture des deux graphiques, on remarque que les élèves ayant effectué une demande de contraception sont le plus souvent mineures. Ceci est dû au fait que les élèves de lycées sont âgées de 15 à 18 ans durant cette période. Il est donc compréhensible que la majorité des filles ayant demandé une contraception d’urgence soient mineures.

On observe également que les filles ayant formulé une demande de contraception d’urgence en lycée professionnel sont le plus souvent majeures, durant les deux années considérées, que celles ayant formulé la même demande mais se trouvant en lycée d’enseignement général et technologique. Les élèves de lycée professionnel ont de manière générale une moyenne d’âge plus élevée due aux redoublements plus fréquents dans leurs scolarités.²

On observe également une évolution dans le ratio mineures/majeures entre les deux années considérées. La part relative des élèves mineures ayant demandé une contraception d’urgence augmente entre les deux années. L’âge moyen au premier rapport sexuel est quant à lui resté stable entre les deux années : 17,5 ans.

Hypothèses d’analyse :

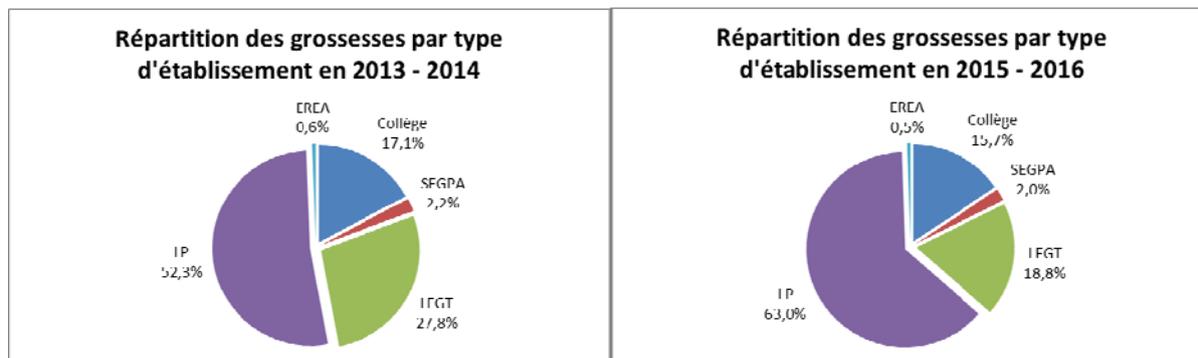
- Les jeunes filles sont davantage informées, en 2015-2016, des ressources que représentent les professionnels de santé du ministère de l’éducation nationale pour avoir accès à la C.U ;

² RERS 2014 & 2016

- Les jeunes filles seraient plus à l'aise avec le fait de contacter les personnels de l'éducation nationale pour les questions relatives à l'EAS que par le passé.

Grossesses

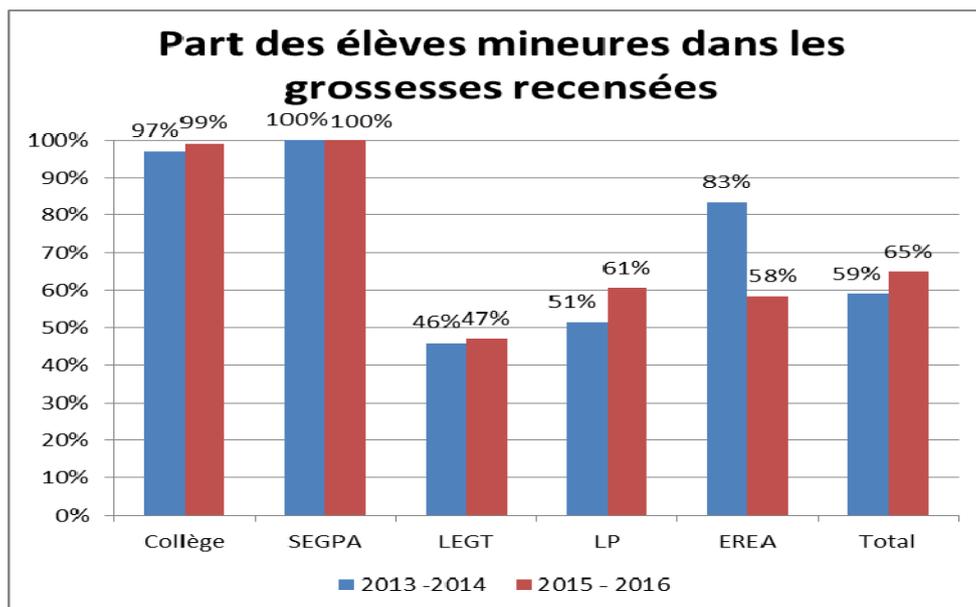
En 2013-2014, 2 990 grossesses ont été recensées parmi les élèves des collèges (y compris SEGPA), lycées et EREA dont 58,9 % concernent des élèves mineures. En 2015-2016 ce sont 2 253 grossesses qui sont recensées, dont 64,8 % concernant des élèves mineures.



Exemple de lecture : En 2013 – 2014, 17,1 % des grossesses recensées étaient au collège.

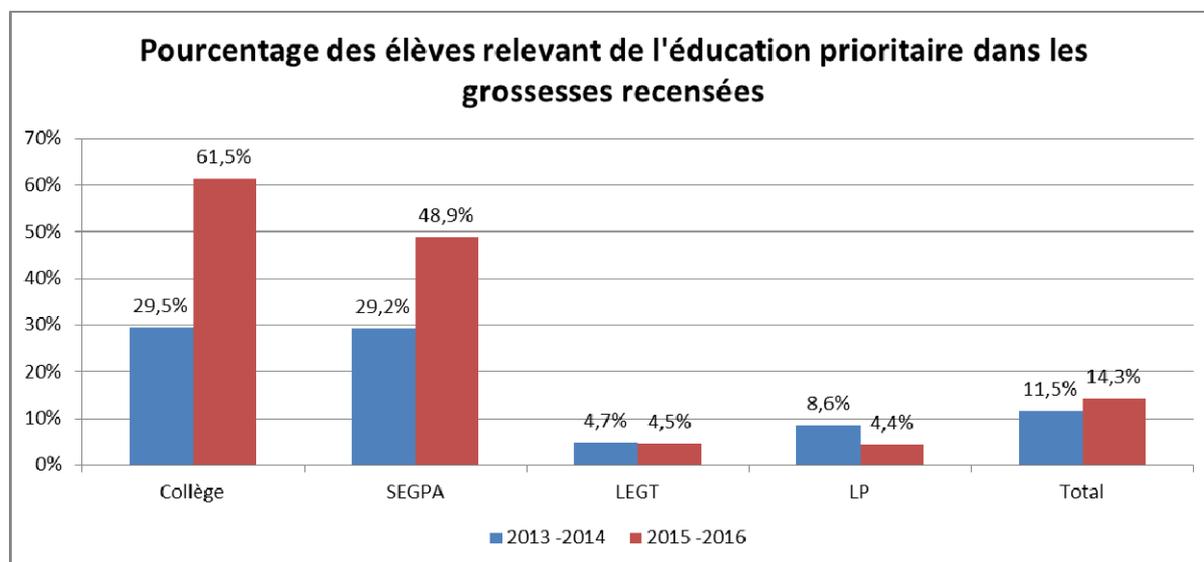
Pour les deux années, c'est en lycée professionnel qu'est recensée la part la plus importante des grossesses. La part relative des grossesses augmente significativement entre les deux années considérées, passant de 52,3 % à 63 %. Si la part relative de la survenue de l'événement grossesse augmente entre les deux années en lycée professionnel, ce n'est toutefois pas parce qu'il y a un plus grand effectif de grossesses dans ce type d'établissement, mais parce que l'effectif des grossesses en lycée d'enseignement général et technologique a significativement diminué sur cette période, faisant ainsi décroître la proportion de grossesses propre à ce type d'établissement.

On note 1 200 grossesses recensées en lycée professionnel en 2015-2016, soit approximativement cinq fois plus qu'en SEGPA et dix fois plus qu'en lycée d'enseignement général et technologique. Cependant la survenue de l'événement grossesse chez les jeunes filles scolarisées est tellement minime au regard des effectifs scolarisés, que la comparaison des pourcentages des grossesses rapportés aux nombre d'élèves n'est pas statistiquement significative. On observera juste une possible tendance de survenue de grossesse plus probable en lycée professionnel que dans les autres types d'établissements d'enseignement.



Exemple de lecture : En 2013 – 2014, 97% des collégiennes ayant fait part de leur grossesse aux personnels de l'éducation nationale étaient mineures.

La proportion d'élèves mineures est logiquement très importante en collège ainsi qu'en SEGPA, au vu de l'âge des effectifs scolarisés dans ces établissements. On note une tendance générale à l'augmentation de la proportion d'élèves enceintes étant mineures (on passe de 59 % d'élèves mineures en 2013-2014 à 65 % en 2015-2016), qui se vérifie dans tous les types d'établissements sauf en EREA. Cette augmentation intervient parallèlement à la baisse du nombre d'élèves majeures au sein de l'institution scolaire entre les deux années considérées³.



Exemple de lecture : En 2013 – 2014, 29,5 % des grossesses recensées concernaient des élèves relevant de dispositifs de l'éducation prioritaire.

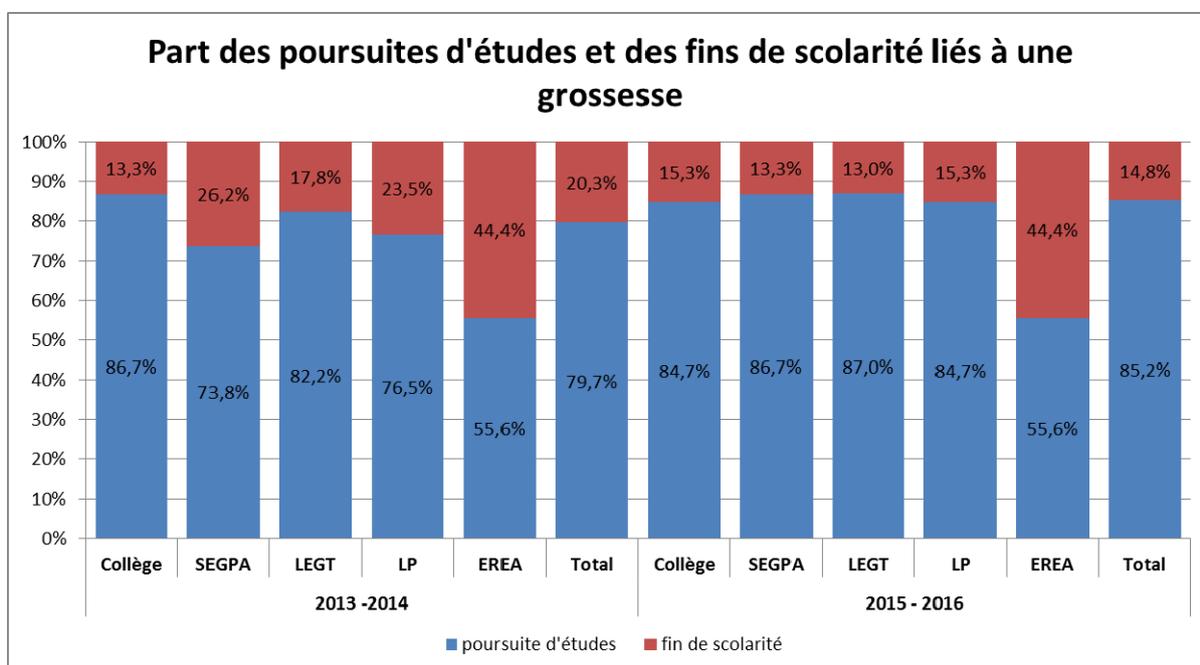
³ Editions 2014 et 2016 des guides repères et références statistiques publiées par la DEPP

À la lecture du graphique, on observe une corrélation entre le fait d'appartenir à un réseau d'éducation prioritaire et le fait de connaître une grossesse précoce (collège/SEGPA). Au lycée, le très faible nombre d'établissement considérés comme appartenant aux réseaux d'éducation prioritaire explique le pourcentage minimale de grossesses au sein de ces dispositifs (RRS / ECLAIR).

L'évolution des rapports entre les années 2013-2014 et 2015-2016 est à prendre avec précaution, au vu des faibles effectifs considérés en collège et SEGPA (22 grossesses en éducation prioritaire et 23 hors éducation prioritaire en SEGPA en 2015-2016).

Poursuite d'études ou fin de scolarité suite à une grossesse

En 2013-2014, sur les 2 990 grossesses recensées, 2 382 élèves ont poursuivi leur scolarité et 608 y ont mis un terme. En 2015-2016, sur les 2 253 grossesses dénombrées, 1919 élèves ont poursuivi leur scolarité et 334 y ont mis un terme. Globalement, le taux de poursuite d'études des élèves dont la grossesse est recensée passe entre 2013-2014 et 2015-2016 de 79,7 % à 85,2 %.



Exemple de lecture : En 2013 – 2014, parmi les élèves ayant fait part de leur grossesse alors qu'elles étaient scolarisées en collège, 86,7 % ont décidé de poursuivre leurs études à la suite de celle-ci et 13,3 % de mettre fin à leur scolarité.

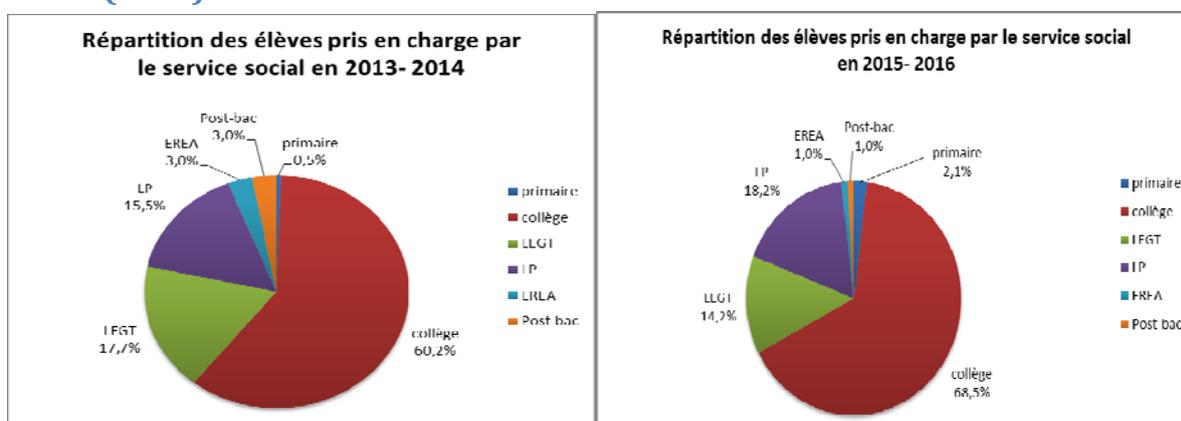
Comme en 2015-2016 on remarque que c'est en EREA que la part des fins de scolarité suite à une grossesse est de loin la plus importante (+ de 30 points en moyenne par rapport aux autres variables testées). Les élèves scolarisées en SEGPA ou en lycée professionnel seraient plus enclines à cesser leur scolarité suite à une grossesse. Plus d'élèves issues des catégories socio-professionnelles défavorisées ont tendance à suivre des cursus au sein des établissements précités, une corrélation pourrait éventuellement être établie entre souhait de fin de scolarité et type d'établissement fréquenté à la lumière de la fréquentation de ces établissements en termes de CSP d'origine⁴.

⁴ Source : RERS 2014 & 2016

Il paraît donc pertinent de suivre plus assidûment les élèves scolarisés en SEGPA, en lycée professionnel et en EREA afin de leur offrir la possibilité de poursuivre leurs études. L'adaptation de la prévention à ces publics spécifiques pourrait-être une piste de réflexion.

On constate que la part relative des poursuites d'études augmente significativement en 2015-2016 par rapport à 2013-2014 chez les élèves de SEGPA, de lycée d'enseignement général et technologique et de lycée professionnel. Elle reste stable en EREA où elle connaît sa valeur la plus basse (55,6 % des élèves poursuivent leurs études dans ce type d'établissement suite à une grossesse, pour les deux années considérées). On note cependant une légère diminution des poursuites d'études suite à la survenue d'une grossesse chez les collégiennes.

Répartition des élèves pris en charge par le service social en faveur des élèves (SSFE)



Exemple de lecture : Parmi les élèves pris en charge par le service social en faveur des élèves (SSFE), en 2013-2014, 60,2 % étaient scolarisés au collège.

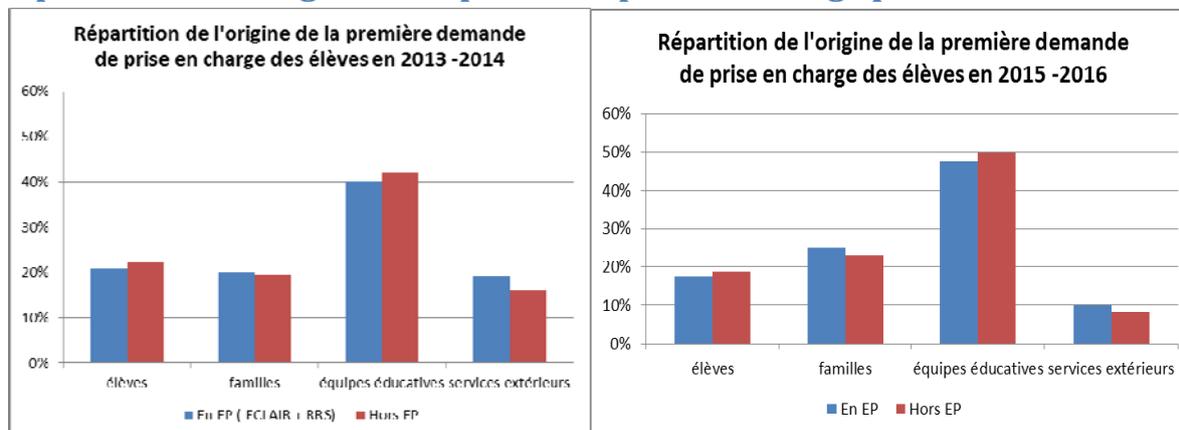
Parmi les élèves pris en charge par le service social en faveur des élèves (SSFE), en 2013-2014, 60,2 % sont scolarisés au collège et, en 2015-2016, ce sont 68,5 % qui étaient scolarisés dans ce type d'établissement.

D'une année sur l'autre, on observe une chute de ces prises en charge de 3,5 % des élèves scolarisés en lycée d'enseignement général et technologique, une légère hausse peu significative statistiquement de 2,7 % des élèves du lycée professionnel et d'une hausse sensible de 8 % de la part relative de la prise en charge des élèves scolarisés en collège.

La visibilité de l'accompagnement social individuel des élèves dans le premier degré reste limitée du fait d'un mode d'intervention à la demande des directeurs d'école auprès des conseillers techniques de service social des directions des services départementaux de l'éducation nationale, dans le cadre de situations liées principalement à la protection de l'enfance, l'absentéisme grave et les situations de harcèlement. Cependant les chiffres ont quadruplé entre 2013-2014 et 2015-2016. Cela pourrait indiquer soit une tendance à la hausse de l'action du service social vers ces publics ou soit une meilleure remontée de cette information.

La nouvelle circulaire des missions du service social en faveur des élèves (SSFE) parue le 23 mars 2017, permettant le déploiement du SSFE dans le premier degré, en priorité sur les REP+, devrait permettre d'avoir des remontées plus significatives. Au regard des chiffres conséquents de prise en charge au collège, cibler la transition du cycle 2 et du cycle 3 devrait se dégager prioritairement dans les interventions préventives du SSFE.

Répartition de l'origine de la première prise en charge par le SSFE



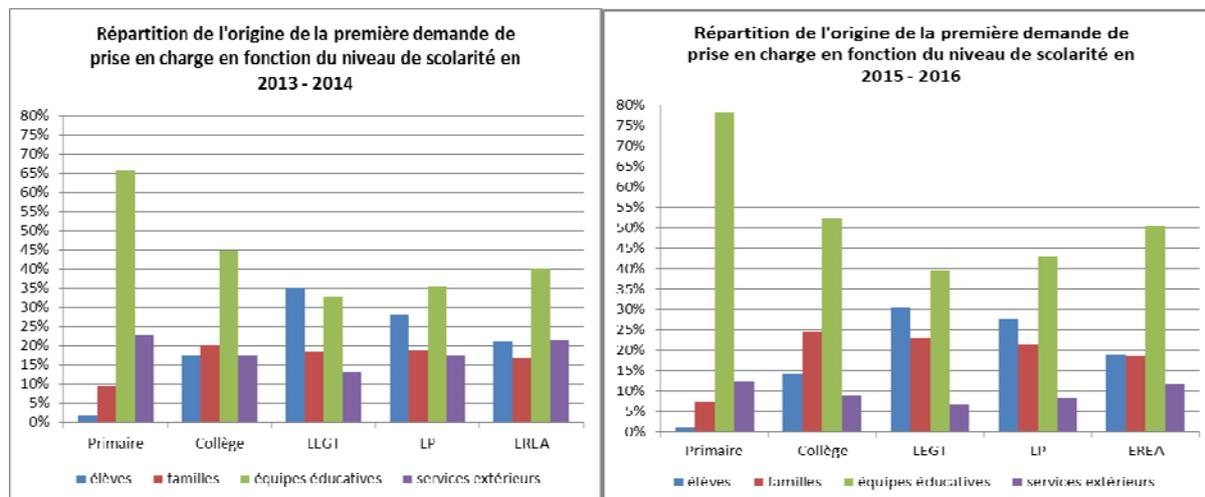
Exemple de lecture : En 2015-2016, on constate que les équipes éducatives sont les premiers orienteurs des démarches de prise en charge des élèves par le service social de l'éducation nationale, en éducation prioritaire comme en hors éducation prioritaire.

L'orientation par les équipes éducatives reste l'origine principale, jusqu'à 50 %, des prises en charge sociales des élèves par le SSFE. Le repérage en établissement est donc le premier vecteur vers un accompagnement social. A contrario, l'orientation par des services extérieurs à l'établissement scolaire reste minoritaire, baissant sensiblement à moins de 10 % en 2015-2016, tant pour le réseau d'éducation prioritaire qu'en dehors (près de 20 % en éducation prioritaire et 15 % en hors éducation prioritaire, en 2013-2014).

Cette faible orientation pourrait s'expliquer, lors d'une première observation, par la densité accrue des offres des services que les politiques de la Ville déploient dans le cadre des quartiers prioritaires au bénéfice des enfants et de leurs familles, scolarisés par ailleurs en REP/REP+. Cependant, cette baisse significative d'orientation par les services extérieurs est également observée dans les zones ne relevant pas de l'éducation prioritaire.

La première demande de prise en charge sociale de l'élève, par celui-ci, a baissé en-dessous des 20 % en 2015-2016, tant en REP/REP+ que hors éducation prioritaire. La sollicitation des parents, qui a légèrement augmenté en 2015-2016, dépassant les 20 %, ne représente qu'une prise en charge sociale sur cinq. La volonté de poursuivre la démarche d'ouverture de l'école aux parents prend donc tout son sens. « Aller vers » et proposer effectivement des espaces dédiés (espaces parents), notamment en termes d'outils de communication (mallette des parents), le développement de l'intervention sociale dans des formats collectifs par le SSFE sont à poursuivre, notamment dans le premier degré.

Origine de la première demande de prise en charge par niveau de scolarisation



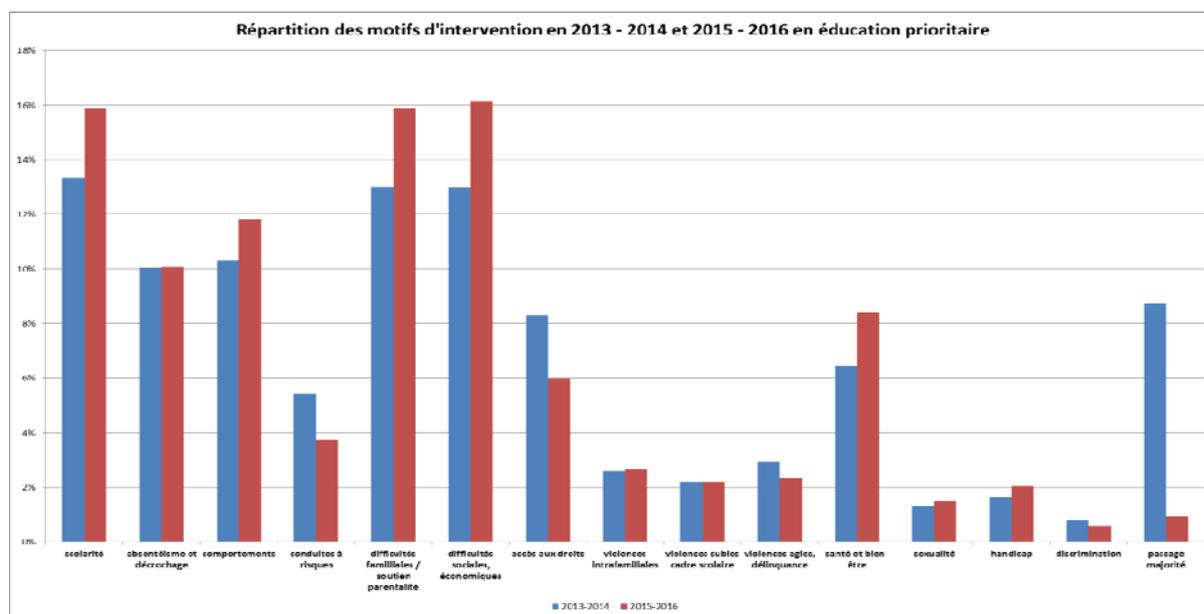
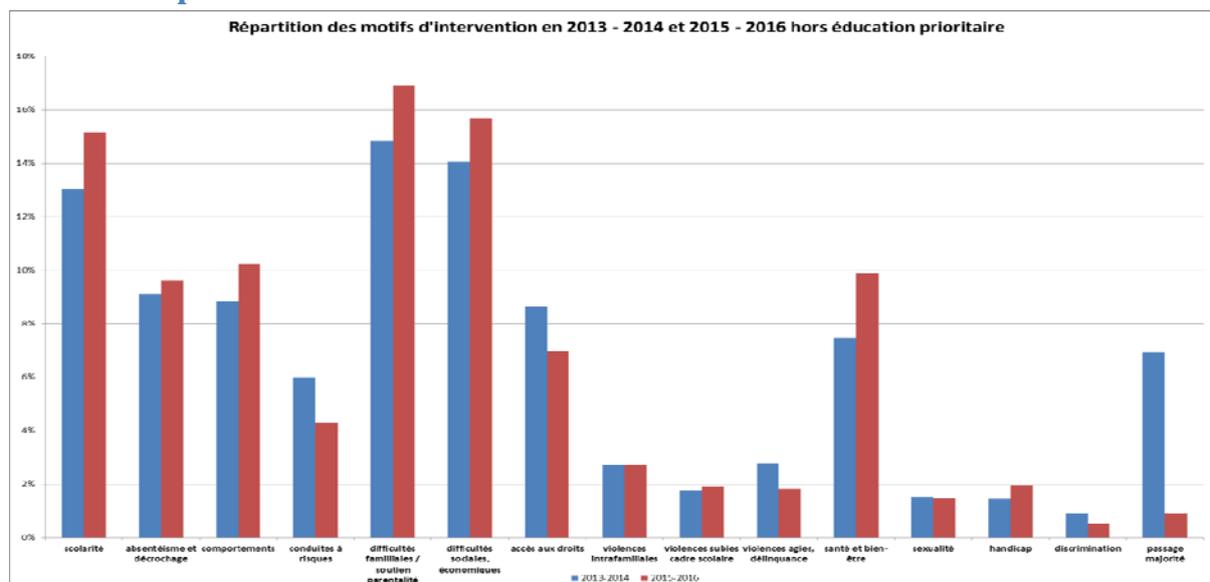
Exemple de lecture : en 2013-2014, au sein des EREA, la première demande de prise en charge vient à 40 % des équipes éducatives.

Dans le primaire, les équipes éducatives sont à l'origine de 78 % des orientations vers le SSFE, en 2015-2016, pour plus de 50 % en collège et en EREA, près de 40 % en lycée d'enseignement général et technologique et lycée professionnel.

C'est donc majoritairement par les équipes enseignantes et éducatives, quel que soit le niveau de scolarité, que se réalisent le repérage et l'orientation vers un accompagnement social éventuel.

En 2015-2016, c'est au collège que les demandes venant des familles sont les plus importantes (20 %). Au lycée d'enseignement général et technologique et lycée professionnel ce sont davantage les élèves qui sont en mesure de solliciter directement le SSFE plutôt que leurs parents.

La répartition des motifs d'intervention en éducation prioritaire et hors éducation prioritaire

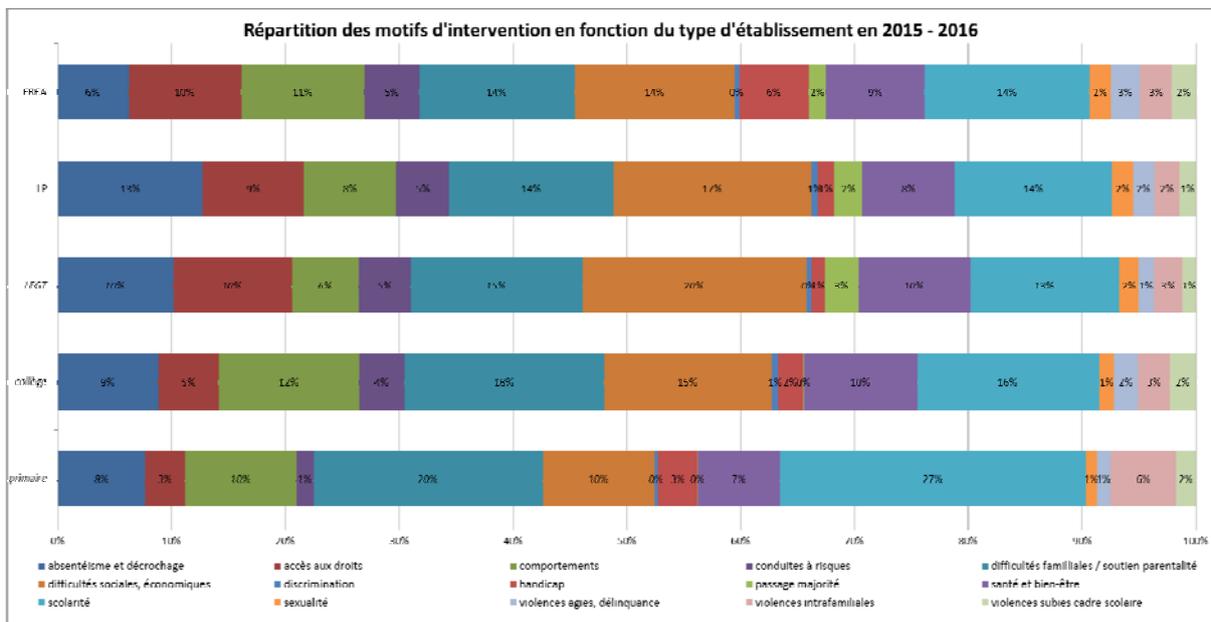
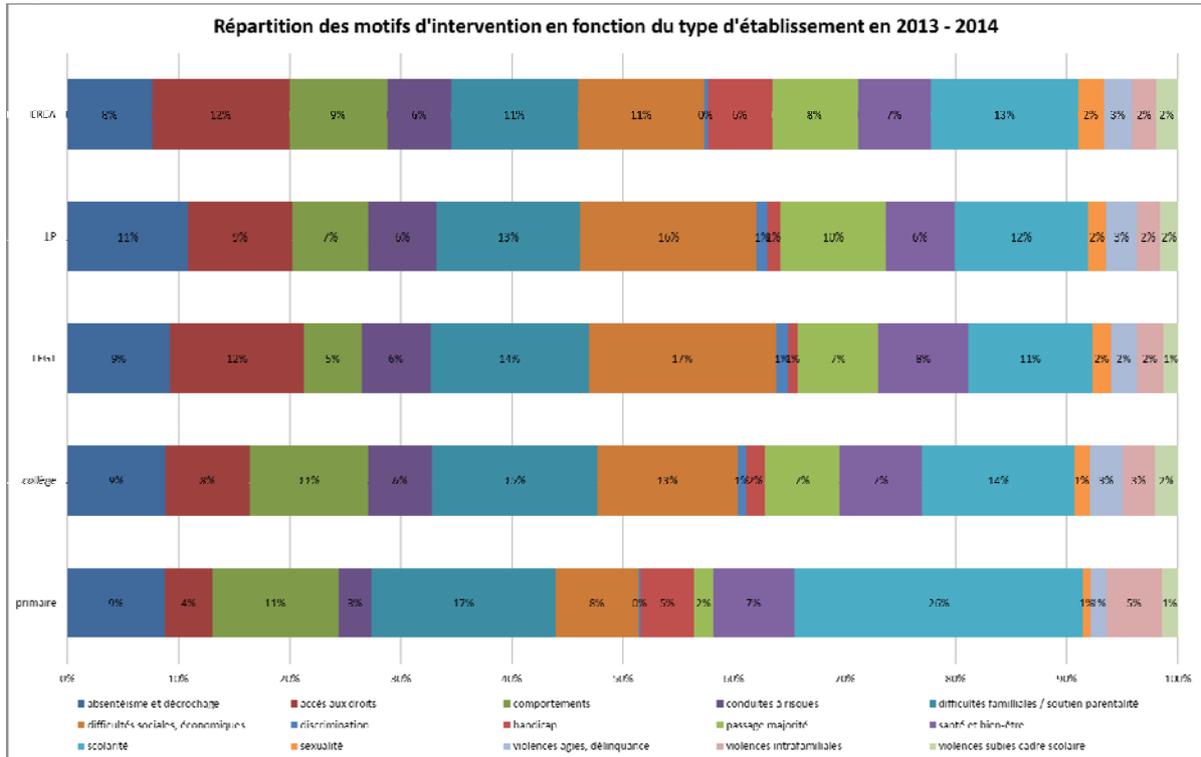


Exemple de lecture : en 2015-2016, le premier motif de sollicitation du SSFE concerne les difficultés sociales et familiales à la fois en éducation prioritaire et hors éducation prioritaire.

Il n'y a pas de différence significative quant aux motifs de sollicitation d'un accompagnement social entre les réseaux d'éducation prioritaire ou hors éducation prioritaire.

Dans l'ensemble, les difficultés scolaires, les difficultés familiales/le soutien à la parentalité, les difficultés sociales et économiques, le suivi de la santé/le bien être sont les quatre motifs dominants, tant en éducation prioritaire que hors éducation prioritaire, et en progression par rapport aux autres motifs de 2013-2014 à 2015-2016.

Répartition des motifs d'intervention selon le niveau de scolarité

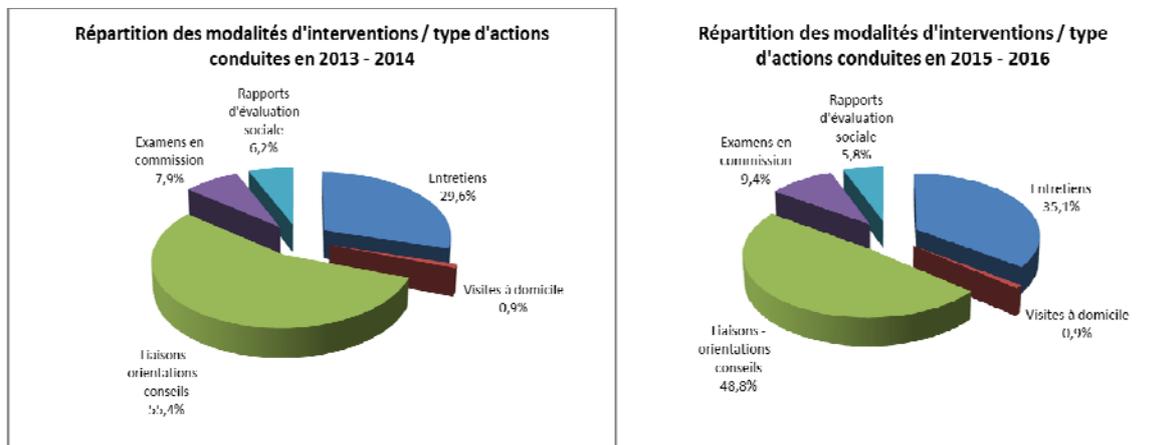


Exemple de lecture : En 2013-2014, les violences intrafamiliales étaient le motif de 4,95 % de l'ensemble des interventions dans le primaire.

En 2015-2016, les difficultés familiales/parentalité ont augmenté jusqu'à 20 %, alors que ce motif représente 16,5 % des interventions en 2013-2014. Conjugées aux difficultés scolaires (27 %), aux comportements (10 %) et aux difficultés sociales et économiques (10 %), cela représente près de 70 % sur les quinze motifs de demande d'un accompagnement social dans le primaire. L'interaction de ces quatre domaines de difficultés est une hypothèse envisageable. C'est par ailleurs à ce niveau

de scolarité que l'on observe le plus haut taux de violences intrafamiliales repérées : 6 % contre 3 % dans tous les autres niveaux de scolarité.

La répartition des modalités d'interventions du service social en faveur des élèves

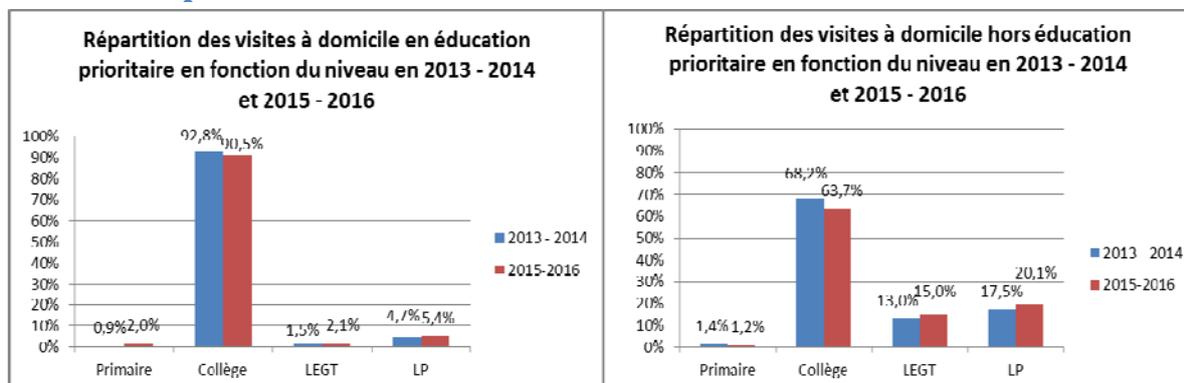


Exemple de lecture : que ce soit en 2013-2014 ou 2015-2016, 0,9 % des interventions du service social en faveur des élèves étaient des visites à domicile.

Quelle que soit l'année scolaire, la répartition des modalités d'intervention du SSFE restent sensiblement dans les mêmes proportions, avec une baisse d'actions du SSFE en termes de liaisons, d'orientations et de conseils (55,0 % en 2013-2014 et 48,8 % en 2015-2016) avec les équipes éducatives et pédagogiques de l'établissement, mais aussi les partenaires associatifs et les collectivités locales. L'assistant de service social se situe réellement dans une posture d'interface, un acteur opérationnel du lien et donc un des garants de la cohérence de la prise en charge sociale, en continuité avec le projet éducatif et pédagogique de l'élève.

Que ce soit en 2013-2014 ou 2015-2016, 0,9 % des modalités d'intervention du SSFE sont des visites à domicile.

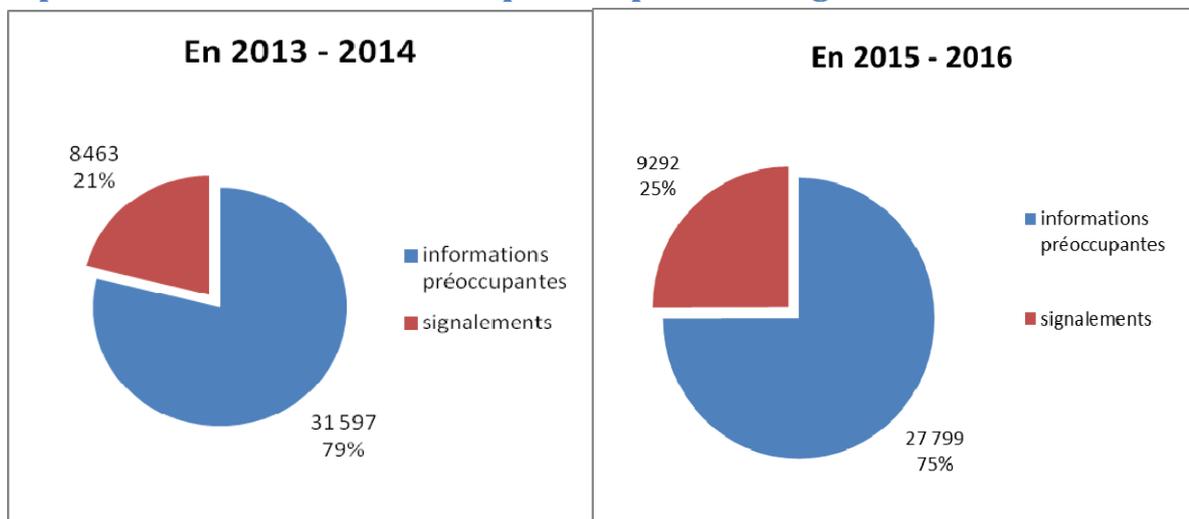
Répartition des visites à domicile selon que les élèves relèvent de l'éducation prioritaire ou non



Exemple de lecture : En 2015-2016, 20 % des visites à domicile du SSFE étaient au bénéfice des élèves de lycée professionnel hors éducation prioritaire.

La visite à domicile, qui représente à peine 1 % des modalités d'intervention du SSFE, est dévolue en priorité au domicile des élèves du collège, tant en éducation prioritaire que hors éducation prioritaire. Cette modalité d'intervention très utile est rationalisée en fonction du temps et des moyens possibles. Elle est d'ailleurs principalement destinée à repérer des situations d'élèves pouvant relever de la protection de l'enfance.

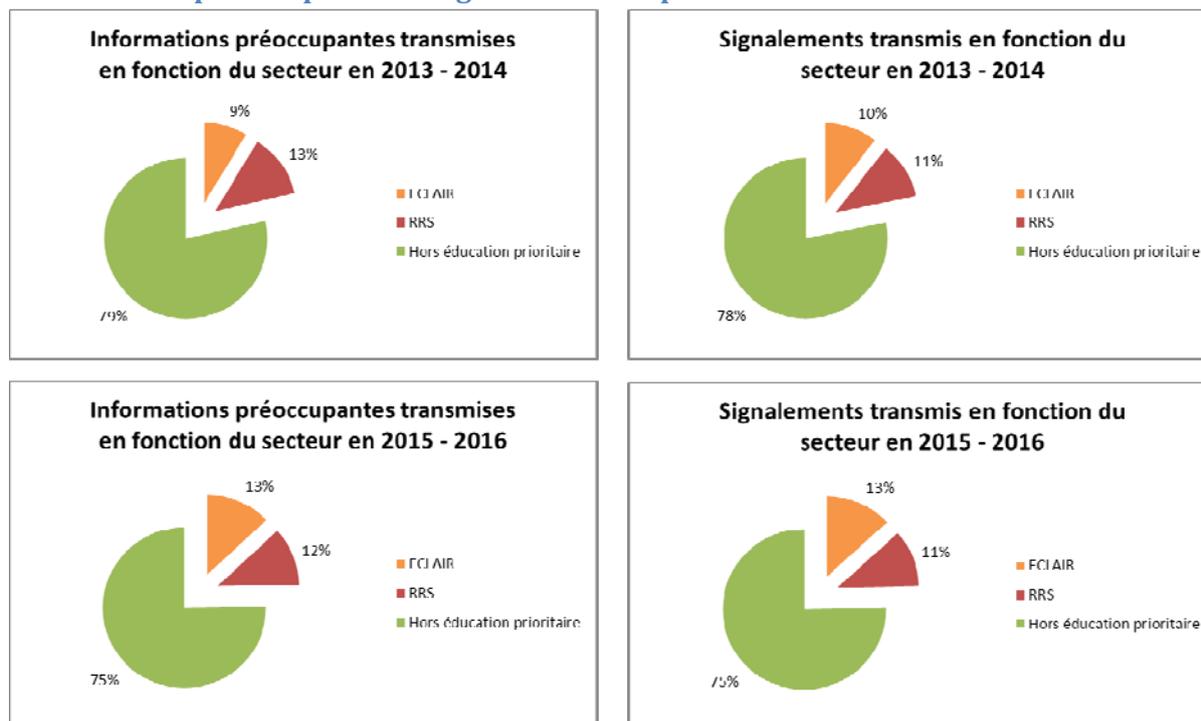
Répartition entre informations préoccupantes et signalements



Exemple de lecture : Parmi les situations ayant fait l'objet d'un signalement ou d'une information préoccupante (IP) en 2015-2016, 25 % étaient des signalements et 75 % des IP transmises aux cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) au niveau des départements.

La part relative des signalements au procureur d'élèves soumis à une maltraitance avérée augmente de 4 %, de 2013-2014 à 2015-2016. Il y a trois fois plus d'informations préoccupantes transmises que de signalements au cours des deux années considérées.

Informations préoccupantes et signalements au procureur en fonction du secteur

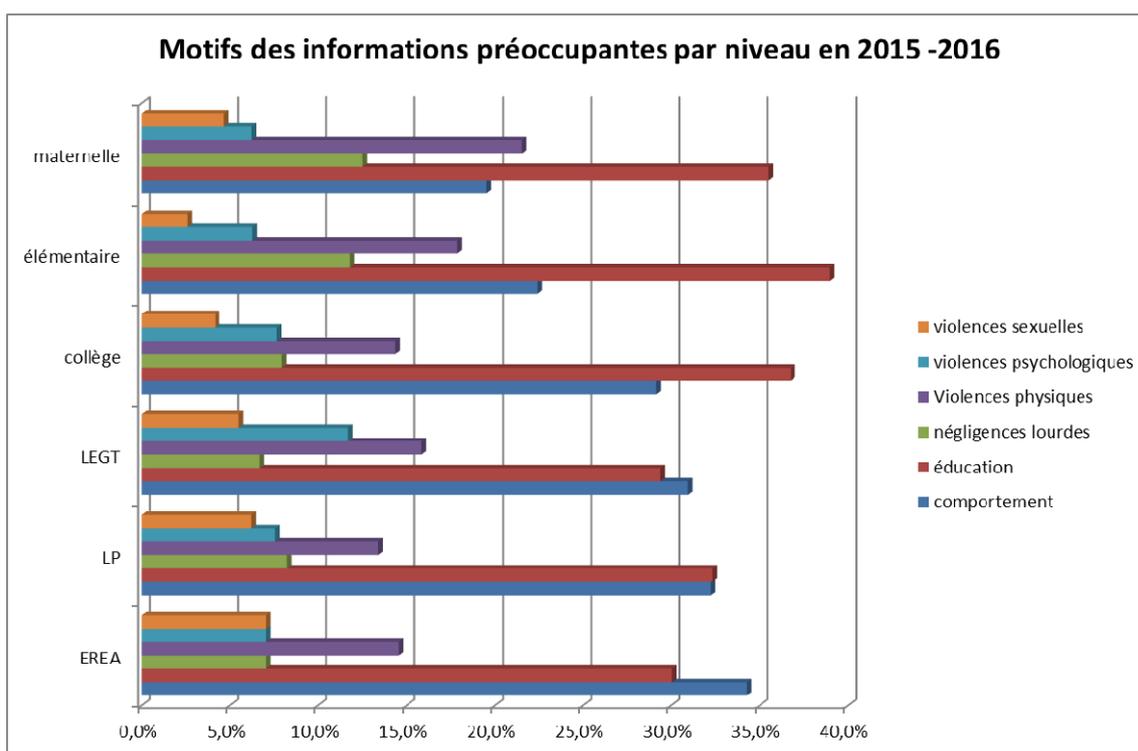
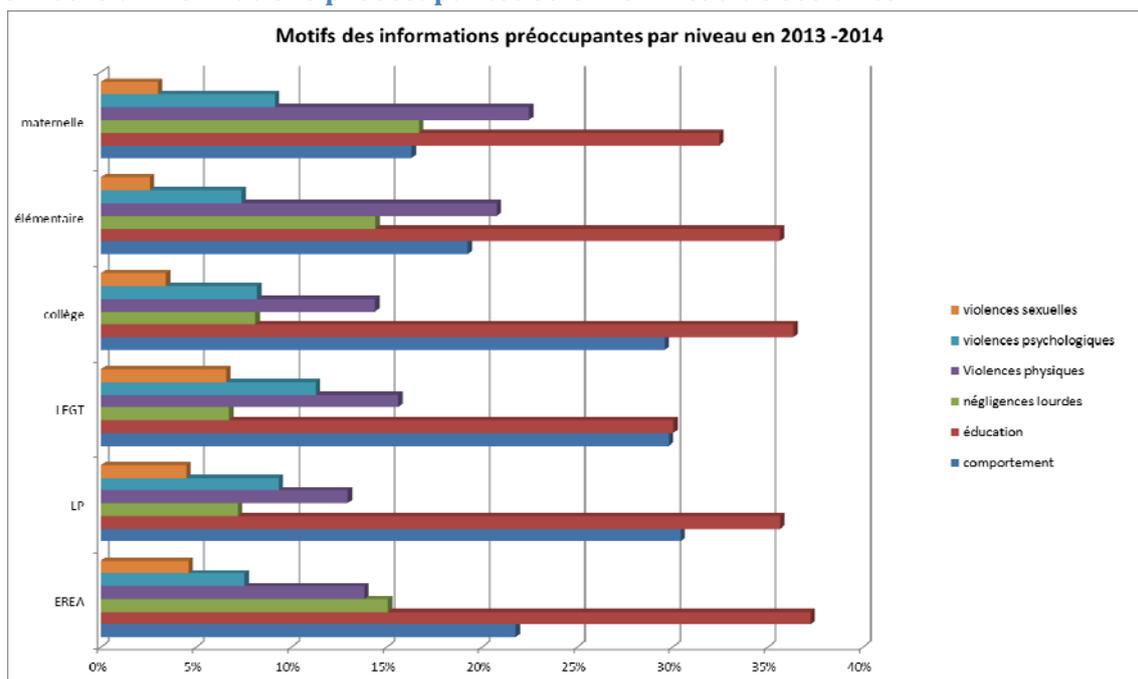


Exemple de lecture : 9 % des IP, en 2013-2014, concernent des élèves scolarisés en ECLAIR.

Pour les élèves concernés par une transmission d'une information préoccupante ou un signalement, trois quarts sont à l'intention d'élèves scolarisés hors éducation prioritaire. Une première hypothèse serait de distinguer la densité de production d'IP ou des signalements selon que l'enfant relève de l'éducation prioritaire ou pas. Autrement dit ce n'est pas parce que l'élève vit dans un quartier dit difficile que cela génère davantage de maltraitance ou risque de danger à son égard. En effet, les chiffres ne démontrent absolument pas une relation directe de cause à effet, bien au contraire.

Une autre hypothèse, concernant la densité de services en faveur des quartiers dans le cadre des politiques de la ville, serait que le maillage serré et les regards croisés auraient alors pour effet un repérage précoce en termes de difficultés éducatives, notamment liées aux conditions de vie ainsi qu'une offre d'action de prévention forte. Ce qui serait alors moins le cas dans les zones hors éducation prioritaire. Le système éducatif serait alors le premier lieu de repérage des enfants scolarisés hors éducation prioritaire dont la situation relèverait de la protection de l'enfant.

Les motifs d'informations préoccupantes selon le niveau de scolarité

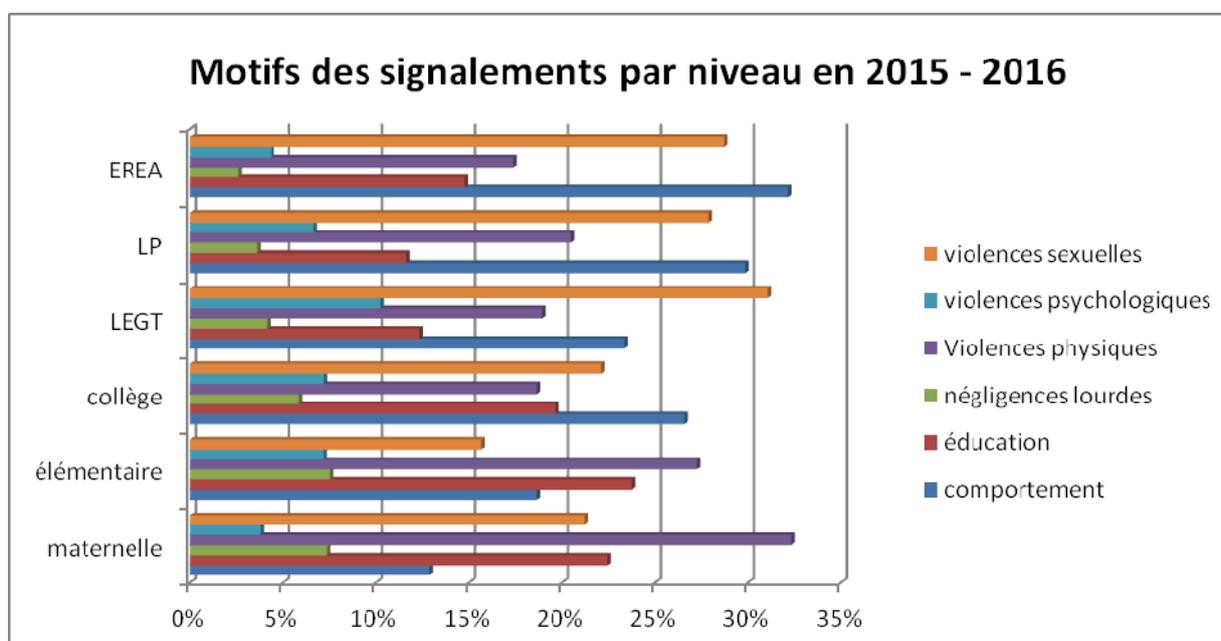
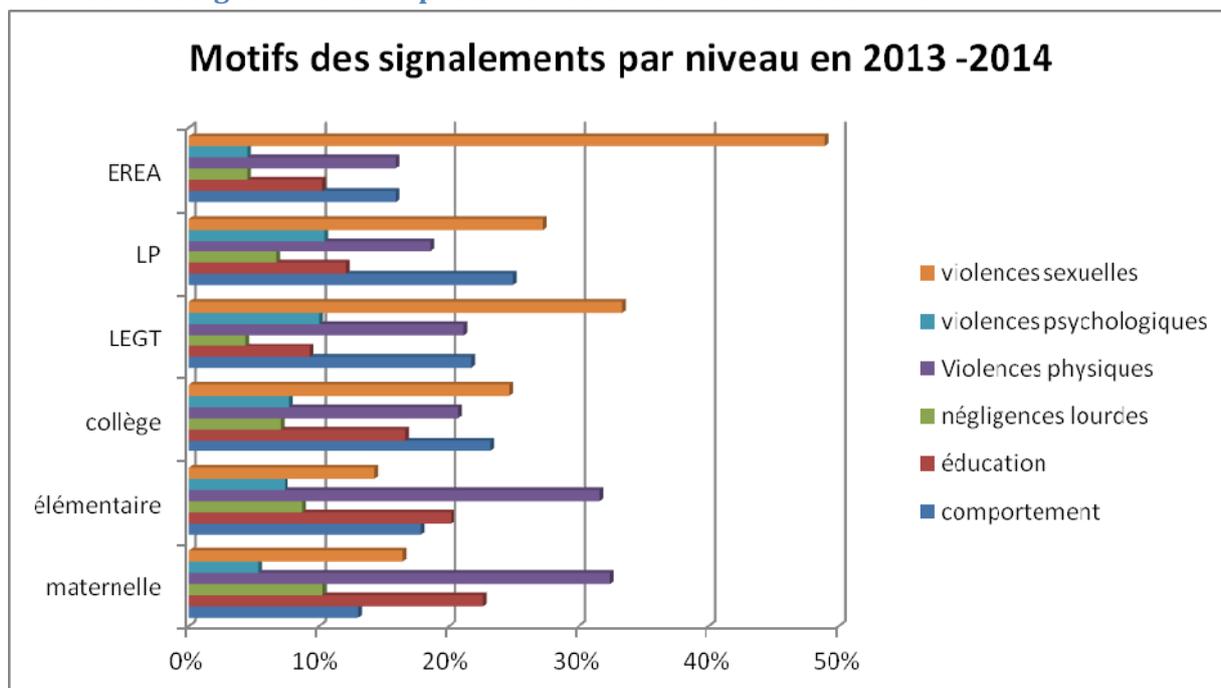


Exemple de lecture : Les problèmes comportementaux sont à l'origine de près de 30 % des motifs d'IP au collège, tant en 2013-2014 qu'en 2015-2016.

Quel que soit le niveau scolaire, en termes de protection de l'enfance, ce sont les difficultés éducatives que rencontrent les parents des élèves qui sont à l'origine de 30 à 40 % des IP. Viennent ensuite, les difficultés de comportement présentées par l'élève. En effet, les problèmes comportementaux sont à l'origine de près de 30 % des motifs d'IP au collège, tant en 2013-2014 qu'en 2015-2016. Les violences physiques font davantage l'objet de remontées en maternelle et en

élémentaire (20 % des motifs d'IP) par rapport aux autres niveaux de scolarité (12 à 15 %). Ces violences physiques en termes de danger avéré restent une majorité des IP concernant les situations des élèves pour l'ensemble des niveaux de scolarité, devant les violences psychologiques (en moyenne 6 %), les violences sexuelles (en moyenne 5 %) et les négligences lourdes (6 à 7 %). Ces dernières sont à nouveau plus observées dans le primaire (12 à 16 %). Une vigilance particulière est à poursuivre face à la vulnérabilité de la petite enfance.

Les motifs de signalements au procureur selon le niveau de scolarité



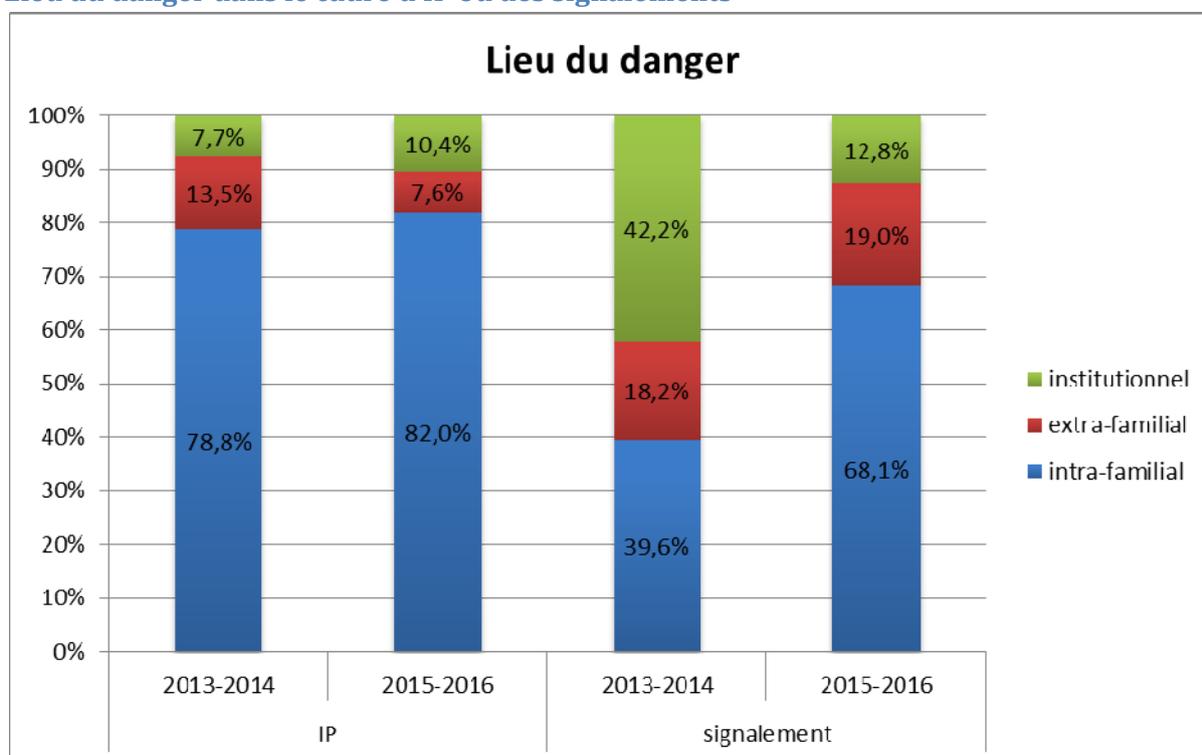
Exemple de lecture : En 2013-2014, les violences sexuelles concernent près de 50% des motifs de signalements au procureur de la république pour les élèves scolarisés en EREA, contre 28 % en 2015-2016.

Les statistiques en termes de signalements au procureur augmentent en 2015-2016 quelle que soit la nature des violences. S'agit-il d'une montée en puissance du phénomène de maltraitance ou d'un repérage plus efficace, d'un traitement administratif plus systématique ou encore d'un défaut de prévention ?

En 2015-2016, en primaire, c'est la thématique des violences physiques qui est le motif de signalement le plus fréquent (33 % en maternelle et 27 % en élémentaire), suivies des difficultés éducatives graves des parents (23 % en maternelle et 22 % en élémentaire) et des violences sexuelles (21 % en maternelle et 16 % en élémentaire). En 2013-2014, les violences sexuelles concernent près de 50 % des motifs de signalements au procureur de la république pour les élèves scolarisés en EREA, contre 28 % en 2015-2016.

Cette même année, au collège, ce sont les violences psychologiques qui sont les plus manifestes (27 %), suivies des violences sexuelles (22 %) et des violences physiques (18 %).

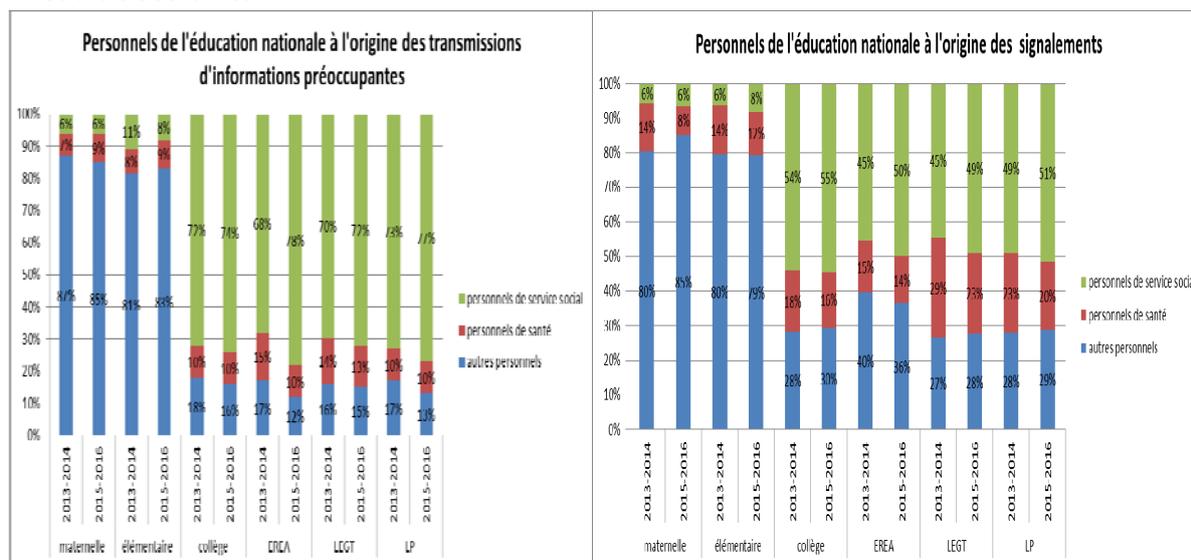
Lieu du danger dans le cadre d'IP ou des signalements



Exemple de lecture : en 2015-2016, pour 12,8 % des signalements envoyés au procureur, les violences étaient vécues au sein de l'institution.

Sur les deux années scolaires considérées, près de 80 % des IP relèvent de difficultés au sein de la cellule familiale, ainsi que la moitié des signalements. Les violences extra-familiales vont de 7 à 19 %, IP et Signalements confondus. Enfin, 7 à 12 % des violences sont vécues et repérées au sein du cadre institutionnel, à plus de 42 % en 2013-2014, en termes de signalement. Ce champ reste à explorer en termes de prévention.

Typologie des personnels à l'origine de la transmission d'IP et de signalements selon le niveau de scolarité



Exemple de lecture : En 2013-2014, les personnels de l'éducation nationale autres que du domaine de la santé ou du social étaient à l'origine de 87 % des transmissions d'IP en maternelle.

Dans le 1^{er} degré, les personnels de santé sont à l'origine de 8 à 14 % des IP et signalements. On observe donc que la majorité des IP et signalements émanent de fait, dans le premier degré, des personnels qui ne sont ni de formation médicale, ni sociale.

En 2013-2014 comme en 2015-2016, la majorité des IP et des signalements dans le second degré émanent des personnels sociaux et de santé, jusqu'à 15 % des IP et 29 % des signalements.

Pour autant, la protection de l'enfance est l'affaire de tous, aussi bien les équipes éducatives et pédagogiques que les personnels sociaux et de santé. La question de l'harmonisation des pratiques d'évaluation en protection de l'enfance est recherchée à travers la formation continue, pour l'ensemble des personnels, et même l'approche interdisciplinaire et interinstitutionnelle par les décrets de la loi du 14 mars 2016. Associer les personnels de santé à l'écriture des nouveaux protocoles de suivi de l'information préoccupante dans chaque département paraît une opportunité dans le renforcement de la place occupée en termes de prévention et de protection. De même, il est pertinent de renforcer la formation des directeurs d'école et des chefs d'établissement sur la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

