

Diagnostic territorial sur les parcours des enfants confiés à l'ASE relevant du soin et de l'éducatif



*Étude produite en réponse à l'appel à projets
du Conseil Départemental de la Meuse
par le CREAI Grand Est
et réalisée par Stéphane Bernard, conseiller technique,
sous la direction de Thibault Marmont*

Juin 2017

Table des matières

Contexte	3
Présentation de la mission confiée	3
Méthodologie d'intervention.....	4
Présentation des résultats de l'enquête	5
Participation à l'enquête et profil des enfants recensés.....	5
Répartition des enfants protégés sur le territoire meusien.....	6
Recours aux professionnels de santé libéraux	8
Accompagnement par le secteur médico-social	12
Suivi en pédopsychiatrie.....	15
Cumul des besoins de soins et d'accompagnement	17
Scolarité et situation de santé.....	17
Conclusion	19
Animation des groupes de travail	20
Résultats du 1er groupe de travail	20
Résultats du 2 ^{ème} groupe de travail	24
Listes des participants aux groupes de travail.....	30

Contexte

Le 20 octobre 2016, le Conseil départemental de la Meuse a voté le schéma départemental de l'enfance pour la période 2016-2020, qui repose sur quatre axes de travail :

- Prévenir pour garantir à tout enfant le droit de vivre et la possibilité de s'épanouir dans une famille ;
- Repérer, évaluer, orienter ;
- Accompagner ;
- Permettre la réussite du retour en famille et l'accès à l'autonomie.

Afin d'accompagner au mieux les enfants pris en charge en protection de l'enfance, le schéma prévoit d'**adapter et diversifier les modes de prise en charge**. Un groupe de travail, dirigé par la Vice-Présidente enfance famille et associant les partenaires, est actuellement en œuvre afin de répondre à cet axe du schéma. Différents constats nourrissent la réflexion :

- Un vieillissement des assistants familiaux en Meuse ;
- Une croissance constante des mineurs non accompagnés accueillis par le Département ;
- Une multiplication des trajets pour les enfants et les professionnels ;
- Une **difficile cohérence des parcours pour les enfants relevant de l'éducatif et du soin**.

Ce dernier point a amené le Département de la Meuse à engager des réflexions avec ses partenaires sur l'offre d'hébergement proposée aux enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), et un groupe de réflexion *ad hoc* a été élaboré à cette fin. L'objectif étant de faire produire un **diagnostic sur la prise en charge médico-sociale** des enfants confiés au Département de la Meuse.

En effet, au cours des travaux du groupe, les participants ont dressé le constat de **difficultés à garantir aux enfants un parcours continu**, sans rupture, notamment liées à l'articulation des projets avec les structures médico-sociales. Couplé à la problématique du vieillissement des accueillants familiaux, annonciateur d'une probable pénurie de cet accompagnement, ce constat abouti alors à la nécessité d'étudier la pertinence de **développer une offre de réponse alternative** à l'existante.

Présentation de la mission confiée

Deux objectifs sont poursuivis dans la réalisation de cette étude :

- Objectiver les besoins en santé des enfants placés en Meuse, en identifiant la part de ceux qui sont également accompagnés par le secteur médico-social et/ou le secteur pédopsychiatrique ;
- Animer les échanges entre les intervenants pour aboutir à des propositions communes pour mieux prendre en compte ces besoins.

Méthodologie d'intervention

Cette intervention s'est composée de deux phases qui se sont succédé :

1. **Phase de cadrage** consistant à :

1.1. Recenser les enfants bénéficiant à la fois d'une mesure de protection et d'un accompagnement médico-social (CAMSP, CMPP, SESSAD, ITEP, IME) ou sanitaire (CMP, CATTP, HJ). L'enquête cherchait également à mettre en lumière le niveau scolaire (classe) et les modalités de scolarisation (temps plein ou partiel) de ces enfants.

Ce travail a été mis en œuvre *via* un **questionnaire distribué à l'ensemble des structures habilitées à accueillir des enfants confiés à l'ASE** (MECS, Maisons de l'enfance, Pouponnière à caractère social, etc.) **et aux familles d'accueil**.

2. **Animation du groupe de travail**. En rendant compte des résultats obtenus, il s'agissait pour le CREAL d'accompagner le travail d'analyse et d'échange au sein du groupe de travail dans le but de dégager des nouvelles modalités de travail partenarial voire de nouvelles offres de réponse (par redéploiement). L'animation visant à faciliter le dialogue entre les différents acteurs concernés : Département, ARS, structures relevant du champ de la protection de l'enfance, du secteur médico-social, du secteur sanitaire.

Deux réunions ont été organisées :

1. Une réunion avec le Département de la Meuse et les acteurs de la protection de l'enfance ;
2. Une réunion avec le Département de la Meuse, les acteurs de la protection de l'enfance et les partenaires de l'action médico-sociale (CAMSP, CMPP, SESSAD, ITEP, IME) et sanitaire (CMP, CATTP, HJ).

Présentation des résultats de l'enquête

Participation à l'enquête et profil des enfants recensés

A l'issue d'une enquête par questionnaire qui s'est déroulée sur une période d'environ 5 semaines (du 7 avril au 24 mai 2017), des informations concernant 480 enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du département de la Meuse ont été collectées. **Le taux de réponse global s'élève ainsi à 77,5 %**, sachant que les enfants placés au sein d'une structure (MECS, Maison de l'enfance, pouponnière, CER/CEF, etc.) sont davantage représentés (99,3 %) que ceux accueillis par une assistant familial (58,4 %).

Malgré un taux de réponse en retrait concernant les assistants familiaux¹, les données recueillies sont de bonne qualité dans la mesure où les caractéristiques d'âge et de sexe de l'échantillon sont comparables à celles de la population des enfants confiés dans leur ensemble : les proportions d'hommes sont quasiment égales et les âges moyens ne diffèrent que d'une demi-année. **Les résultats obtenus sont donc considérés comme représentatifs².**

L'échantillon est donc composé de 60 % d'enfants accueillis en établissement et 40 % d'enfants accueillis chez une assistante familiale.

Tab 1. Participation et effectifs obtenus

	AssFam	Structure	Ensemble
Nombre de jeunes placés (<i>hors hébergement autonome ou à domicile</i>)	329	290	619
Nombre de répondants	105 sur 197	15 sur 16	-
Nombre de jeunes recensés	192	288	480
Taux de réponse	58,4	99,3	77,5
Proportion d'hommes (en %) :			
<i>Dans l'échantillon</i>	52,1	62,2	58,1
<i>Dans l'ensemble des jeunes placés</i>	-	-	58,6
Age moyen :			
<i>Dans l'échantillon</i>	10,4 ans	12,8 ans	11,9 ans
<i>Dans l'ensemble des jeunes placés</i>	-	-	12,3 ans

Source : Enquête CD55-CREAI 2017, données administratives CD55.

¹ Afin de garantir un taux de réponse optimal, 3 relances ont été effectuées au cours de la période de collecte.

² La question de la représentativité est d'ailleurs toujours particulière dans le cas de population dont le renouvellement est soutenu, comme c'est le cas avec des enfants confiés à l'ASE. De fait, le taux de réponse recouvre moins d'importance dans la mesure où il ne garantit pas que la réalité des phénomènes étudiés évolue sensiblement au cours du temps.

Répartition des enfants protégés sur le territoire meusien

Afin de pouvoir raisonner selon une territorialité la plus pertinente possible pour les services de l'ASE, les analyses sont produites selon une répartition par Maisons de solidarité (MDS).

Concernant la répartition des effectifs les enfants accueillis par une **assistante familiale**, les constats sont les suivants³ :

- Le territoire MDS de Bar-le-Duc compte relativement peu d'enfants accueillis : 3,3 % de la population ASE contre 12,5 % de la population de référence ;
- Dans une moindre proportion, le constat est le même pour le territoire MDS d'Etain : 3,3 % vs 8,5 % ;
- Thierville est le territoire le plus surreprésenté : alors que sa population générale rassemble 7,8 % des meusiens, presque un enfant sur cinq (17,4 %) y est accueilli par une assistante familiale.

Quant aux enfants confiés et accompagnés par un **établissement**, ils sont majoritairement situés dans les territoires MDS de Bar-le-Duc (33,3 %), de Verdun-Couten (33,3 %) et de Commercy (16 %). Cette répartition étant déterminée par l'implantation géographique des différentes structures.

Tab 2. Effectifs par territoires MDS

	AssFam (n=192)	Structure (n=288)	Ensemble		Pop Insee (%)	Ratio Pop ASE / Pop Insee
			%	N		
Autre département	2,2	1,4	1,7	8	-	-
Bar-le-Duc	3,3	33,3	21,6	102	12,5	1,7
Commercy	7,1	16,0	12,5	59	7,7	1,6
Etain	3,3	.	1,3	6	8,5	0,2
Ligny-en-Barrois	13,6	.	5,3	25	11,7	0,5
Revigny	7,1	.	2,8	13	7,6	0,4
Saint-Mihiel	7,1	3,5	4,9	23	7,7	0,6
Stenay	8,7	4,2	5,9	28	9,8	0,6
Thierville	17,4	8,7	12,1	57	7,8	1,6
Vaucouleurs	12,5	.	4,9	23	7,9	0,6
Verdun Couten	2,7	33,0	21,2	100	11,8	1,8
Verdun J. Pache	15,2	.	5,9	28	7,0	0,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	472	100,0	1,0

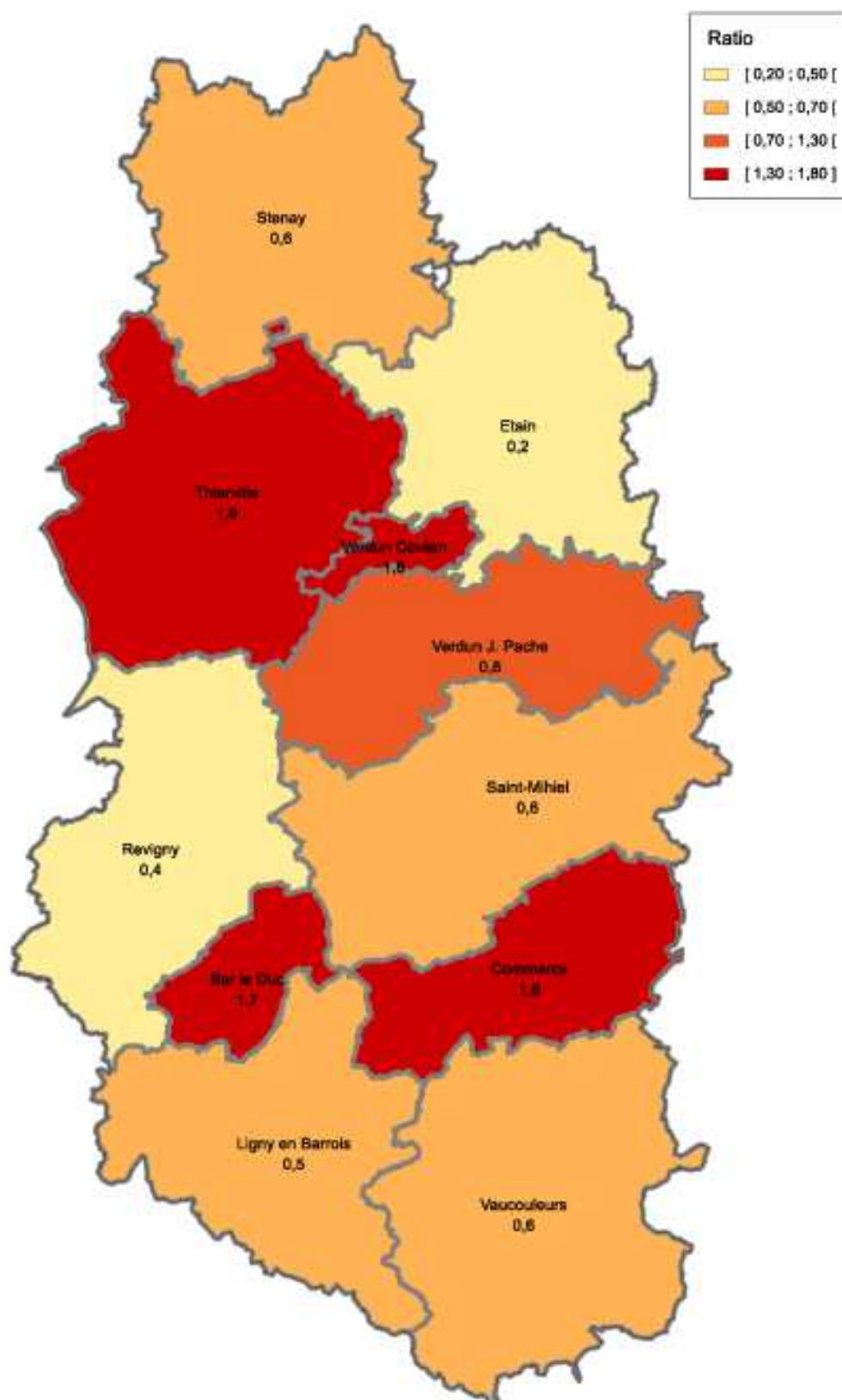
Source : Enquête CD55-CREAI 2017, Insee Population légale au 01/01/2013.

Sans distinguer les enfants selon leur mode d'accueil, la carte 1 présente, par territoire MDS, les ratios (cf. colonne de droite dans le tableau 2) entre la part de la population ASE et celle de la population totale d'un territoire.

Quatre territoires apparaissent ainsi comme étant surreprésentés par rapport à leur population générale : Verdun Couten (ratio de 1,8), Bar-le-Duc (1,7), Commercy (1,6) et Thierville (1,6).

³ Le territoire MDS est celui du lieu de résidence de l'assistante familiale qui accueille l'enfant et non celui des parents de l'enfant.

Carte 1. Ratios, par territoire MDS, entre la population ASE et la population meusienne



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Recours aux professionnels de santé libéraux

Près de 4 enfants confiés à l'ASE sur 10 (36,9 %, soit 177) présentent des besoins de santé spécifiques qui nécessitent un suivi par au moins un professionnel de santé libéral⁴. Une partie d'entre eux ont un suivi régulier par deux professionnels différents (62 enfants) et 8 ont un triple suivi en libéral.

Les professionnels de santé les plus consultés (cf. tableau 3) sont les **psychologues** (53 suivis au total, soit 11 % de la population d'enfants protégés), les **orthophonistes** (39 suivis, soit 8 %) et les **orthoptistes** (24 suivis, soit 5 %). D'autres catégories de professionnels sont également sollicités dans des proportions non négligeables : les pédiatres (15 suivis, soit 3 %), les pédopsychiatres (14 suivis), les dermatologues (14 suivis), les ORL (13 suivis), et enfin les sexologues (11 suivis, soit 2 %). Une diversité d'autres professionnels de santé sont consultés mais dans une moindre mesure.

En termes de distribution, il apparaît que **les enfants accueillis chez une assistante familiale sont proportionnellement plus nombreux à recourir à des soins de ville**. En effet, alors qu'ils représentent 40 % de l'échantillon, leur part parmi les consultants est de 46,9 %.

Tab 3. Professionnels de santé libéraux consultés

	1er pro de santé consulté			2ème pro de santé consulté			3ème pro de santé consulté		
	AssFam	Structure	Ensemble	AssFam	Structure	Ensemble	AssFam	Structure	Ensemble
Psychologue	30	8	38	14	-	14	1	-	1
Orthophoniste	21	12	33	2	4	6	-	-	-
Orthoptiste	5	9	14	2	7	9	1	-	1
Dermatologue	3	9	12	-	1	1	-	1	1
Pédiatre	7	6	13	-	1	1	-	1	1
Pédopsychiatre	6	5	11	3	-	3	-	-	-
Sexologue	-	8	8	1	2	3	-	-	-
ORL	-	6	6	2	3	5	2	-	2
Kinésithérapeute	1	3	4	-	1	1	-	-	-
Généticien	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Ophthalmologiste	1	1	2	-	-	-	-	-	-
Psychiatre	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Psychomotricien	1	-	1	4	-	4	-	-	-
Neurologue	-	-	-	-	1	1	-	1	1
Diététicien	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urologue	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Autre	7	25	32	3	11	14	-	1	1
Total	83	94	177	31	31	62	4	4	8
<i>Distribution (%)</i>	<i>46,9</i>	<i>53,1</i>	<i>100,0</i>						
<i>Répartition échantillon (%)</i>	<i>40,0</i>	<i>60,0</i>	<i>100,0</i>						

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

⁴ Le questionnaire demandait de préciser si l'enfant accueilli présente « des besoins de santé **spécifiques** qui nécessitent un suivi par un professionnel libéral de santé (il ne s'agit pas ici des besoins de santé habituels des enfants, mais de problématiques de santé importantes) ».

La part d'enfants consultant au moins un professionnel de santé libéral, de 37 % pour l'ensemble des enfants confiés, peut varier d'un territoire à l'autre (cf. tableau 4 et carte 2) : elle est par exemple de 24 % à Verdun-Couten, de 42 % à Thierville et de 50 % à Bar-le-Duc. La représentation cartographique montre d'ailleurs que **les taux sont globalement inférieurs dans l'est du département**, du territoire de Verdun-Couten jusqu'à celui de Vaucouleurs (excepté dans le territoire d'Etain qui ne compte que 6 enfants placés, soit un effectif trop faible pour pouvoir établir des conclusions le concernant⁵).

Cela dit, **au sein d'un même territoire, les observations peuvent varier du simple au double selon qu'il s'agisse d'enfants confiés à une assistante familiale ou à un établissement**. Par conséquent, les résultats obtenus sont d'autant plus difficilement interprétables en termes de rapport entre offres de soins et besoins particuliers.

Tab 4. Consultation de professionnels de santé libéraux par territoires MDS

	AssFam (n=192)	Structure (n=288)	Ensemble (n=480)
Autre département	50%	25%	38%
Bar-le-Duc	33%	51%	50%
Commercy	38%	28%	31%
Etain	50%	.	50%
Ligny-en-Barrois	48%	.	48%
Revigny	46%	.	46%
Saint-Mihiel	31%	20%	26%
Stenay	63%	17%	43%
Thierville	56%	24%	42%
Vaucouleurs	30%	.	30%
Verdun Couten	60%	22%	24%
Verdun J. Pache	32%	.	32%
Ensemble	44%	33%	37%

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

⁵ Pour cette raison, les cartes 2,3 et 4 font apparaître le territoire d'Etain en gris afin de ne pas tenir compte des résultats obtenus le concernant.

Le recours à au moins un professionnel de santé libéral s’observe particulièrement chez les enfants ayant entre 7 et 12 ans (44 %) et entre 13 et 15 ans (41 %). Cette tendance reste observable parmi les enfants et préadolescents pour lesquels aucune déficience n’est déclarée, puisque les taux atteignent 35 à 38 % pour ces deux classes d’âge, soit 6 à 9 points de plus que pour l’ensemble des enfants sans déficience déclarée (29 %). Cette sous-population, qui compte 56 enfants, consulte notamment beaucoup les psychologues : 44,6 % contre 21,5 % pour l’ensemble de la population.

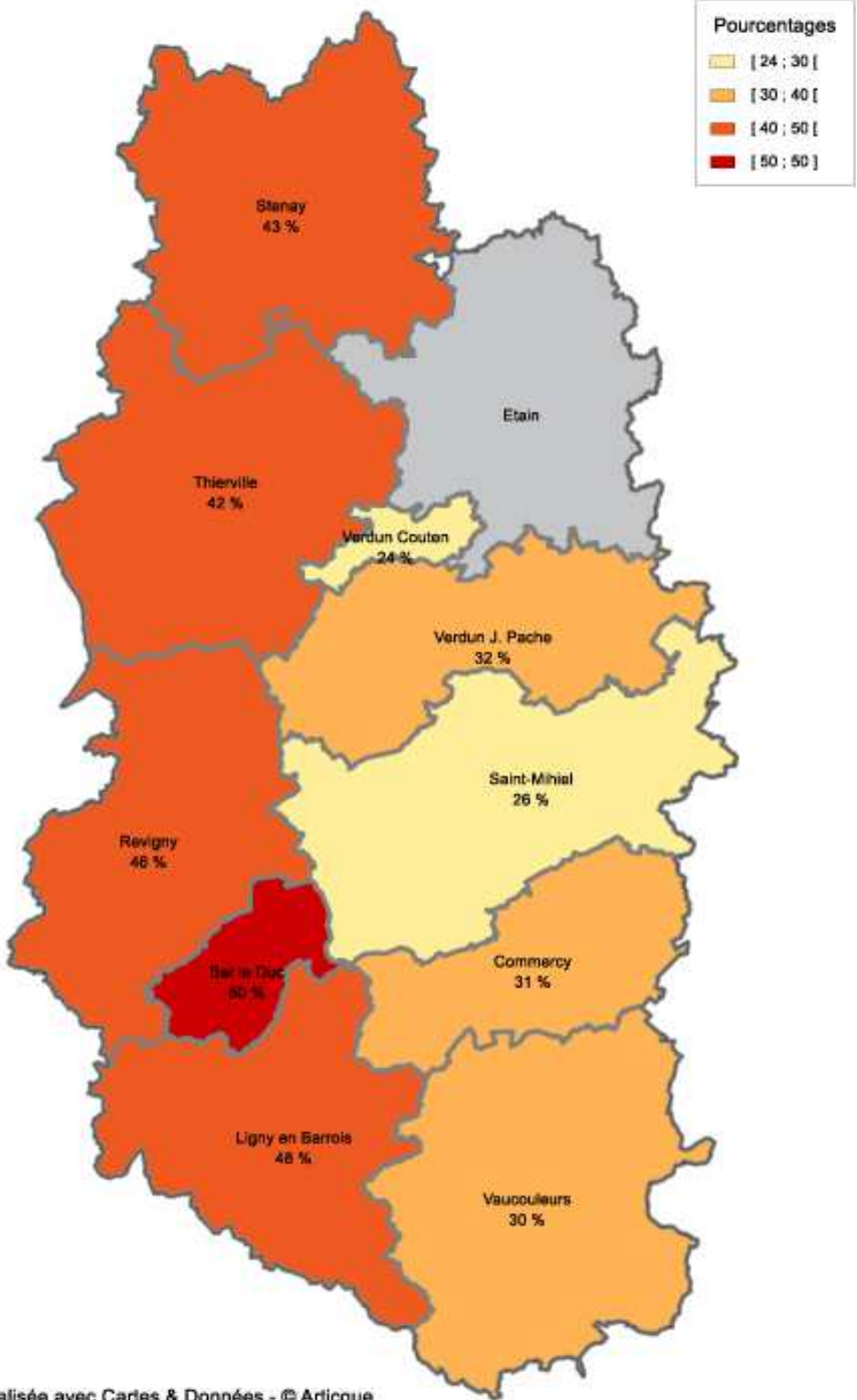
Tab 5. Consultation de professionnels de santé libéraux selon l’âge et la déficience

	Aucune déf déclarée (n=327)	Autre déf (n=32)	Déf intellect (n=44)	TCC (n=47)	Troubles du psychisme (n=30)	Ensemble
6 ans ou moins	26%	70%	ns	50%	ns	29%
7-12 ans	38%	ns	44%	42%	60%	44%
13-15 ans	35%	ns	55%	46%	ns	41%
16-17 ans	22%	ns	ns	ns	ns	27%
18 ans ou plus	23%	ns	ns	ns	ns	26%
Ensemble	29%	70%	45%	49%	57%	37%

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

Ce recours fréquent aux professionnels de santé libéraux s’explique également par la difficulté (exprimée par les ESMS dans d’autres travaux d’études) de recruter des professionnels de santé au sein de leurs équipes pluridisciplinaires. Ces structures contractualisent ainsi avec des professionnels libéraux de santé.

Carte 2. Proportions, par territoire MDS, d'enfants suivis régulièrement par au moins un professionnel de santé libéral



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Accompagnement par le secteur médico-social

En Meuse, parmi les enfants confiés aux services de l'ASE, **environ un tiers est accompagné ou en attente de l'être, par un établissement ou un service médico-social**. Il s'agit le plus souvent d'un suivi ambulatoire : 73 sont suivis par un CAMSP ou un CMPP. Toutefois, 48 jeunes sont accueillis ou accompagnés par un autre type de structure pour enfant (IME, ITEP, SESSAD...) et 28 sont en attente d'un accompagnement ou envisage de faire une démarche en ce sens. Deux tiers des enfants (67,7 %) n'ont pas de besoin déclaré d'accompagnement par le secteur médico-social.

Les proportions sont globalement comparables entre les assistantes familiales (27 %) et les établissements habilités par l'ASE (26 %). Mais pour les structures, des écarts existent selon le type de structures : 24 % pour les MECS et 39 % pour les Maisons de l'enfance.

La présence d'une déficience, diagnostiquée ou non, détermine évidemment l'existence ou l'absence d'accompagnement par le secteur médico-social (cf. tableau 6). Cependant, **parmi les enfants pour lesquels aucune déficience n'a été déclarée**, une part significative (45, soit 10,4 %) est suivie par un CAMSP/CMPP ou est en attente ou envisage un accompagnement dans le secteur médico-social (3,4 %). Ces structures ayant des missions de dépistage et de diagnostic, et pouvant être sollicitées sans notification MDPH, ces résultats sont sans surprises. Ces enfants sont très majoritairement placés dans un établissement.

Tab 6. Accompagnement médico-social selon la déficience (en %)

	Aucune déf déclarée (n=327)	Autre déf (n=32)	Déf intellect (n=44)	TCC (n=47)	Troubles du psychisme (n=30)	Ensemble
Aucun accompagnement	83,2	34,4	27,3	31,9	50,0	67,7
CAMSP/CMPP	10,4	25,0	13,6	27,7	40,0	15,2
IME	.	12,5	38,6	2,1	.	4,6
ITEP (dont dispositif)	0,6	3,1	.	14,9	.	2,1
SESSAD	1,2	12,5	11,4	.	.	2,7
CAEAP	.	6,3	2,3	.	.	0,6
Autre	1,2	.	.	.	6,7	1,3
En attente ou envisagé	3,4	6,3	6,8	23,4	3,3	5,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

La part d'enfants accompagnés par un établissement ou service médico-social peut varier en fonction des territoires MDS (cf. tableau 7 et carte 3). On peut relever :

- La proportion relativement élevée d'enfants accueillis par une assistante familiale dans le territoire de Commercy et accompagnés dans le secteur médico-social (46 % vs 27 % pour l'ensemble des enfants chez une assistante familiale) ;
- Des proportions qui varient de 4 à 68% pour les enfants accueillis dans une structure (68 % dans le territoire de Thierville ; 4 % dans celui de Commercy).

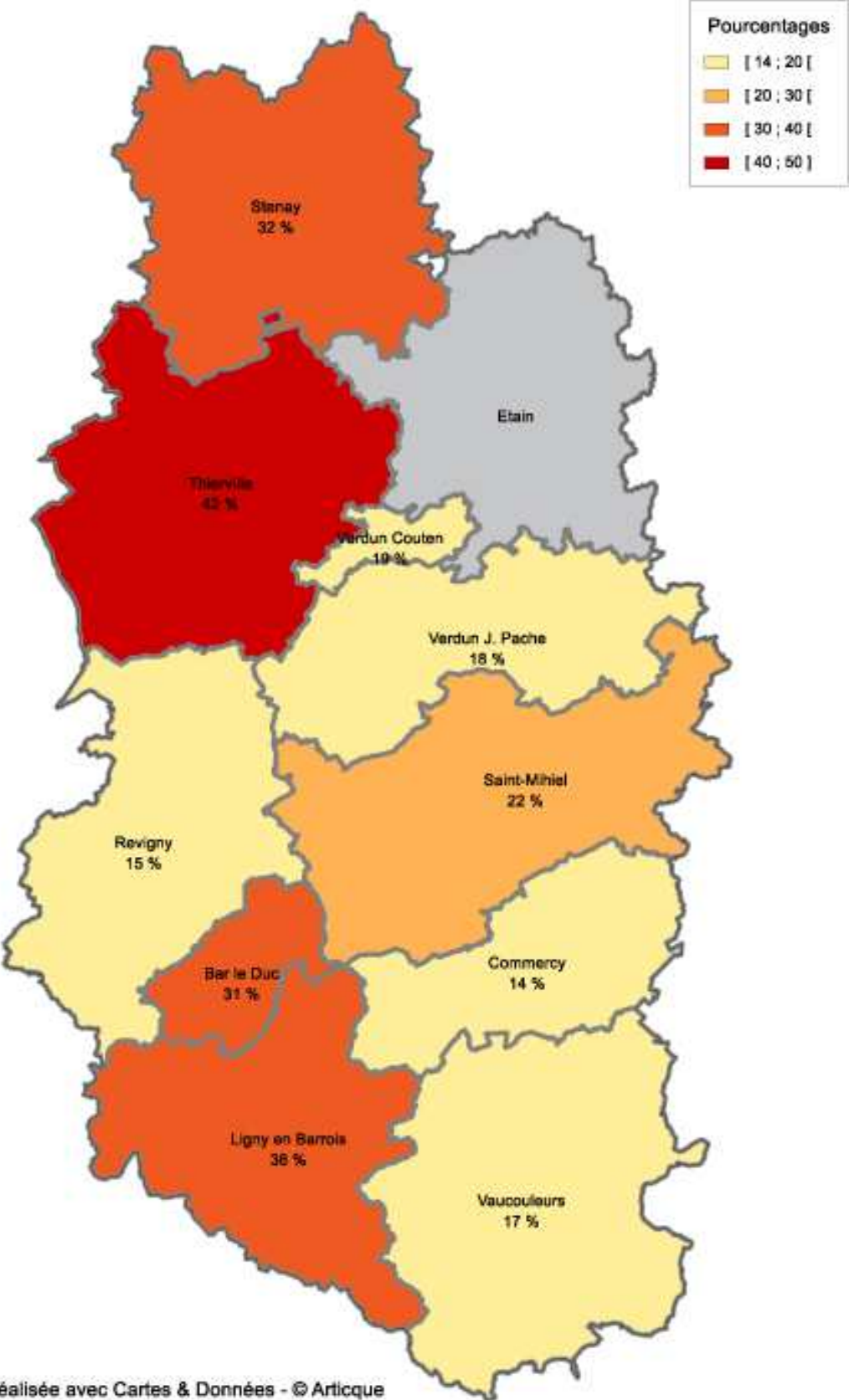
Tab 7. Accompagnement médico-social par territoires MDS

	AssFam (n=192)	Structure (n=288)	Ensemble (n=480)
Autre département	75%	25%	50%
Bar-le-Duc	17%	32%	31%
Commercy	46%	4%	14%
Etain	50%	.	50%
Ligny-en-Barrois	36%	.	36%
Revigny	15%	.	15%
Saint-Mihiel	23%	20%	22%
Stenay	38%	25%	32%
Thierville	22%	68%	42%
Vaucouleurs	17%	.	17%
Verdun Couten	20%	19%	19%
Verdun J. Pache	18%	.	18%
Ensemble	27%	26%	26%

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

Note de lecture : Dans le territoire de Thierville, 22 % des enfants accueillis par une assistante familiale sont accompagnés par le secteur médico-social ; ce taux s'élève à 68 % parmi les enfants placés en structure.

Carte 3. Proportions, par territoire MDS, d'enfants accompagnés par le secteur médico-social



Suivi en pédopsychiatrie

En Meuse, **plus d'un enfant sur cinq** confié à l'ASE est suivi (ou en attente de l'être ou envisagé) par un service pédopsychiatrique (20,8 %). Ce résultat ne diffère pas entre les filles et les garçons, et est également **comparable selon la modalité d'accueil (structure ou assistante familiale)**.

Les CMP suivent ainsi 62 des 480 enfants pour lesquels un questionnaire a été retourné, et sont amenés à en suivre potentiellement 12 de plus (5 enfants sont en attente d'un suivi par ce genre de service et 7 suivis sont envisagés). L'Hôpital de jour prend en charge 24 enfants actuellement.

Tab 8. Suivi pédopsychiatrique

	Effectifs	%
CMP	62	12,9
<i>CMP en attente</i>	5	1,0
<i>CMP envisagé</i>	7	1,5
Hôpital de jour	24	5,0
<i>Hôpital de jour en attente</i>	1	0,2
<i>Hôpital de jour envisagé</i>	1	0,2
Pas de suivi	380	79,2
Ensemble	480	100,0

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

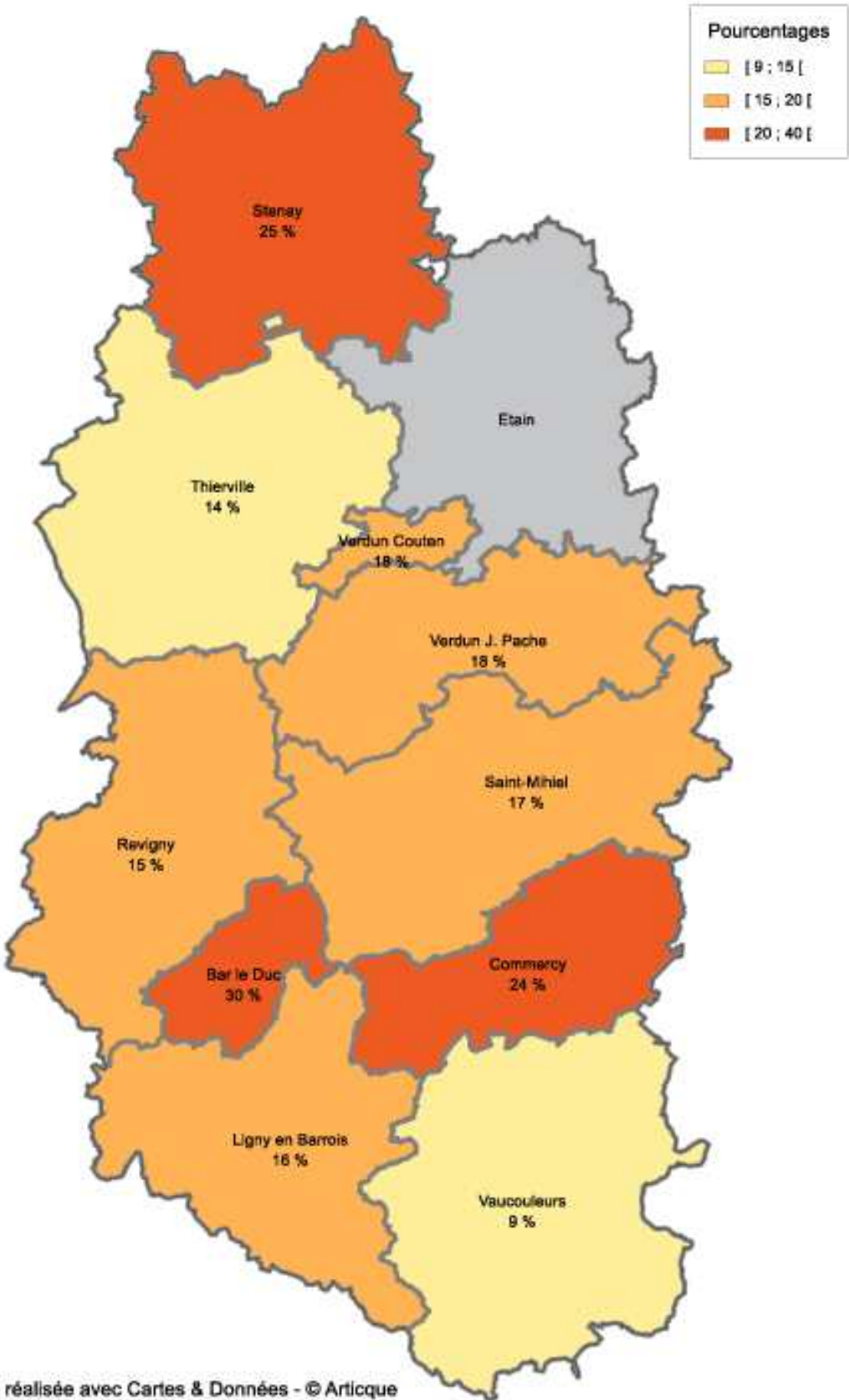
La part d'enfants ayant un suivi psychiatrique varie en fonction des territoires MDS (cf. tableau 9 et carte 4) : dans les territoires de Bar-le-Duc, Commercy et Stenay, ce sont entre 24 et 30 % des enfants confiés à l'ASE qui bénéficient de ces services, tandis que cette proportion ne dépasse pas 18 % dans les autres territoires.

Tab 9. Suivis pédopsychiatriques par territoires MDS

	AssFam (n=192)	Structure (n=288)	Ensemble (n=480)
Autre département	0%	0%	0%
Bar-le-Duc	33%	30%	30%
Commercy	23%	24%	24%
Etain	67%	.	67%
Ligny-en-Barrois	16%	.	16%
Revigny	15%	.	15%
Saint-Mihiel	23%	10%	17%
Stenay	0%	58%	25%
Thierville	19%	8%	14%
Vaucouleurs	9%	.	9%
Verdun Couten	0%	19%	18%
Verdun J. Pache	18%	.	18%
Ensemble	17%	24%	21%

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

Carte 4. Proportions, par territoire MDS, d'enfants suivis par le secteur pédopsychiatrique



Cumul des besoins de soins et d'accompagnement

Les données collectées au cours de cette enquête ont permis de construire un indicateur synthétique de « cumul » des besoins de soins et d'accompagnement médico-social, à partir des informations en lien avec le suivi par les professionnels de santé libéraux, les accompagnements médico-sociaux et les suivis par les services de pédopsychiatrie.

Cet indicateur permet ainsi de constater que **près de 6 enfants sur 10 confiés à l'ASE du département de la Meuse présentent au moins un de ces trois besoins de prise en charge ou d'accompagnement**. Le mode d'accueil ou le fait d'être une fille ou un garçon n'est pas un facteur discriminant par rapport à cet indicateur.

Dans l'échantillon étudié, 12 enfants confiés cumulent les trois besoins qui composent l'indicateur synthétique. Parmi ces enfants, 11 sont accueillis par une assistante familiale.

Tab 10. Cumul de besoins de soins et d'accompagnement

	Effectifs	%
Pas de besoin déclaré	211	44,0
Libéral	79	16,5
MS (+ Libéral)	107	22,3
Pédopsy (+ Libéral)	63	13,1
MS + Pédopsy (+ Libéral)	20	4,2
Ensemble	480	100,0

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

Scolarité et situation de santé

Parmi les enfants pour lesquels une information a pu être recueillie concernant la modalité de scolarisation (n=446 ; Cf. tableau 11), **plus de 7 sur 10 sont scolarisés en classe ordinaire**, dont une majorité à temps complet (64,1 %). Environ 1 enfant sur 10 est scolarisé dans un dispositif adapté (ULIS ou SEGPA/EREA) et 10 enfants suivent une scolarité au sein d'une Unité d'enseignement (UE) dans un établissement médico-social (9) ou sanitaire (1) (2,2%).

Par ailleurs, cette enquête a permis d'établir que, parmi les répondants, **15,7 % des enfants confiés à l'ASE ne sont pas scolarisés** (n=70). Ce taux est plus élevé parmi les enfants qui ne sont plus en âge d'être scolarisés : 31 % chez les moins de 6 ans et 19 % pour les plus de 16 ans. **Pour les enfants en âges scolaires, le taux de déscolarisation est de 5,7 %, il atteint 10,2 % pour les enfants âgés de 13-15 ans** et de 2,4 % pour ceux de 7-12 ans.

Tab 11. Modalité de scolarisation selon le niveau scolaire

	Matern	Primaire	Collège	Lycée	App./Ens. pro.	UE	UPEAA	Non scolarisé	Ensemble	%
Ordinaire tps partiel	5	7	6	3	2	.	9	.	32	7,2
Ordinaire tps complet	25	83	89	53	35	.	1	.	286	64,1
ULIS	.	10	7	3	.	.	.	.	20	4,5
SEGPA, EREA	.	.	28	.	.	.	.	.	28	6,3
UE	.	.	.	.	.	10	.	.	10	2,2
Non scolarisé	.	.	.	.	.	.	.	70	70	15,7
Ensemble	30	100	130	59	37	10	10	70	446	100,0

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

Ces enfants qui ne bénéficient actuellement d'aucune forme de scolarité sont surreprésentés parmi les enfants accompagnés par le secteur médico-social ayant ou non un suivi par au moins un professionnel de santé libéral (35,7 % vs 22,2 % - cf. tableau 12).

Notons également que les enfants non scolarisés n'ayant pas de besoins déclaré de santé (40 %, soit un effectif de 28 jeunes) ont tous moins de 3 ans ou plus de 14 ans. Mais Il reste pour autant difficile, au regard des données recueillies, de conclure à un moindre repérage des besoins en santé des jeunes concernés par la non scolarisation.

C'est au sein des établissements que la part des enfants non scolarisés est la plus importante : 19,1 %, contre 7,8 % parmi les enfants confiés à une assistante familiale. Par ailleurs, c'est dans la zone géographique de Verdun-Couten (24 %) et Thierville (32 %) que ce phénomène de non scolarisation est le plus élevé.

Tab 12. Lien entre scolarisation et besoins de soins et d'accompagnement (% en ligne)

	Pas de besoin déclaré	Libéral	MS (+ Libéral)	Pédopsy (+ Libéral)	MS + Pédopsy (+ Libéral)	Ensemble
Ordinaire tps partiel	56,3	12,5	15,6	12,5	3,1	100,0
Ordinaire tps complet	45,3	19,4	16,6	14,5	4,2	100,0
ULIS	31,8	4,5	45,5	18,2	.	100,0
SEGPA, EREA	28,6	21,4	25,0	17,9	7,1	100,0
UE	30,0	10,0	50,0	.	10,0	100,0
Non scolarisé	40,0	12,9	35,7	7,1	4,3	100,0
Ensemble	43,2	17,1	22,2	13,3	4,2	100,0

Source : Enquête CD55-CREAI 2017.

Conclusion

Cette enquête a fait apparaître que les enfants protégés par l'Aide Sociale à l'Enfance en Meuse ont des **besoins de santé importants et variés** : plus de 60 % d'entre eux ont une situation qui nécessite un suivi régulier par au moins un professionnel de santé libéral et/ou un accompagnement par le secteur médico-social (majoritairement par une structure ambulatoire) et/ou par le secteur pédopsychiatrique.

Ces besoins de santé semblent trouver des **réponses différenciées selon les modalités d'accueil** (Assistante familiale ou établissement), **sans que les écarts dans les résultats observés traduisent des besoins réellement différents entre les jeunes** bénéficiant de telle ou telle modalité d'accueil, mais davantage des possibilités de recours variables selon les lieux de vie. Ainsi, les enfants accueillis chez une assistante familiale recourent davantage aux professionnels de santé libéraux, tandis que les enfants accompagnés par un établissement sont relativement plus nombreux à être suivis par le secteur pédopsychiatrique.

Les besoins en santé retentissent également sur les **parcours de formation** des enfants protégés par l'ASE, puisque les enfants accompagnés par le secteur médico-social sont plus souvent non scolarisés. Cela dit, le facteur santé n'est pas le seul à influencer les modalités de scolarisation : ici encore, une corrélation est observable avec les modalités d'accueil.

Les besoins de santé observés à travers cette enquête ont également fait ressortir quelques différences selon les territoires de Maison de Solidarité (MDS). Les différences les plus importantes pouvant être relevées au niveau des consultations de professionnels de santé libéraux et des suivis par le secteur pédopsychiatrique.

Animation des groupes de travail

Les résultats produits dans le cadre de l'enquête ont permis de dégager des constats sur lesquels se sont appuyées les réflexions des participants aux réunions de travail. Une première réunion s'est déroulée le 22 juin 2017, réunissant le Département de la Meuse et les acteurs de la protection de l'enfance ; une deuxième réunion a rassemblé le Département de la Meuse, les acteurs de la protection de l'enfance et les partenaires de l'action médico-sociale (CAMSP, CMPP, SESSAD, ITEP, IME) et sanitaire (CMP, CATTP, HJ). Pour rappel, il s'agissait de faire produire aux participants un travail d'analyse et d'échange dans le but de dégager des nouvelles modalités de travail partenarial voire de nouvelles offres de réponse (par redéploiement).

Résultats du 1er groupe de travail

Dans un premier temps, les participants ont été amenés à s'exprimer sur leur vision respective de l'état **actuel de la cohérence des parcours** de l'éducatif et du soin en Meuse, en identifiant les principaux points forts et points faibles.

Le résultat de cette consultation est restitué par la photo ci-dessous :



Globalement, les acteurs de la protection de l'enfance ayant participé à cette rencontre ont exprimé **un avis plutôt défavorable** sur la prise en compte des besoins en santé des enfants suivis par l'ASE en Meuse. Bien que quelques points forts aient été évoqués (la qualité du partenariat avec le CHS de Fains-Véel – des infirmiers de la pédopsychiatrie viennent dans la MECS Action Enfance et inversement – ou le fait de disposer, pour un établissement, de personnel en interne pour assurer des évaluations et des suivis thérapeutiques), différents éléments considérés comme des points faibles ont pu être identifiés, à savoir :

- **Le cloisonnement entre les grands secteurs (Protection de l'enfance, médico-social et sanitaire), qui génère des difficultés partenariales et de coordination**
 - Le travail partenarial avec le secteur de la pédopsychiatrie n'est pas d'égale qualité entre le nord et le sud du département. Cela pose par exemple des problèmes lorsqu'il s'agit de « faire passer » un enfant du nord vers le sud, où les relations ne sont pas jugées satisfaisantes par les acteurs présents à la réunion ;
 - Pour pallier aux difficultés causées par le cloisonnement entre les différents secteurs, la direction de la MECS du Breuil estime que le département devrait être doté d'un service (ou d'une structure spécifique) qui viendrait coordonner l'ensemble des actions des différents acteurs (comme cela existe pour le handicap rare), tout du moins d'une fonction de coordination de parcours. Quoiqu'il en soit, **les participants jugent que les différents protagonistes ne savent pas travailler ensemble ;**

- **Un déséquilibre structurel, tant au niveau de l'offre sanitaire que de l'implantation des établissements ASE**
 - La chef de service de la pouponnière et de la MECS aux Islettes estime, par rapport à l'accès aux services, que ces structures (comme le Centre Maternel) sont « **éloignées de tout** », ce qui constitue un frein à l'accompagnement vers le soin ;
 - La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire meusien crée ainsi des **inégalités d'accès aux soins ;**

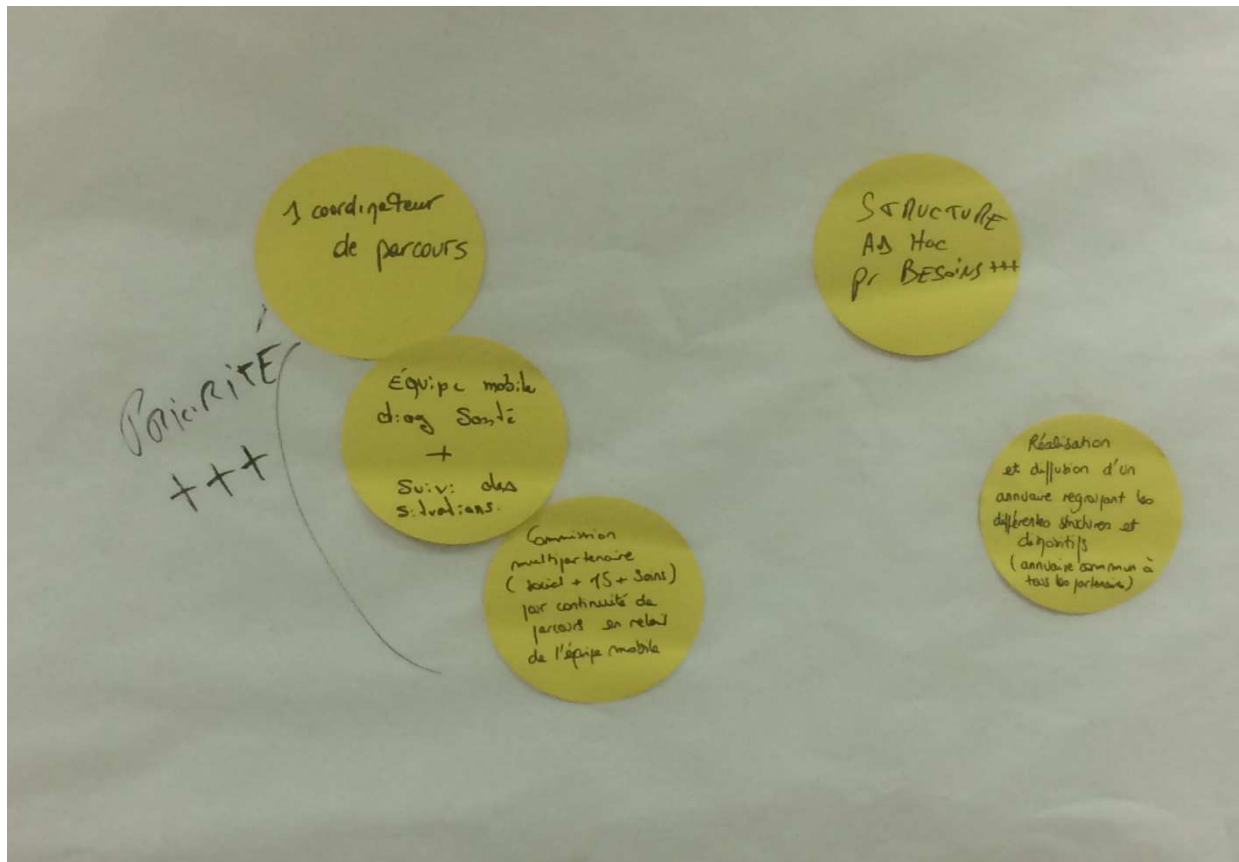
- **Une organisation perfectible**
 - Les acteurs regrettent un manque de lien établi entre les besoins (qu'il faudrait réévaluer plus souvent) des enfants selon leur âge et la modalité d'accueil : faut-il par exemple confier à une assistante familiale un jeune enfant avec des besoins de soins importants ? A ce propos, une direction de MECS estime qu'il est forcément plus difficile de « faire patienter » un enfant ayant des besoins importants en termes de soins et d'accompagnement éducatif chez une assistante familiale plutôt que dans un établissement, où le passage de relais est possible. En effet, lorsque le rendez-vous posé pour une consultation n'a lieu que 6 mois plus tard, il peut être très difficile pour une AssFam de tenir sur la durée. D'ailleurs, on peut légitimement faire l'hypothèse qu'un accueil individualisé ou en très petit groupe (2 ou 3 enfants maximum chez une AssFam) favorise l'accès aux soins, voire le repérage des besoins en santé, du fait d'une observation quotidienne plus fine.

Pour autant, comme le rappelle la directrice du Pôle enfance du CSA, **les situations difficiles** (sachant que les enfants alors concernés ont des besoins de soins parfois importants) **sont le plus souvent accueillis chez une Assistante Familiale** car « ils ne supportent plus la collectivité en établissement », du fait d'une trop grande mixité dans les établissements de situations différentes. Cette réflexion fait donc écho aux résultats obtenus *via* l'enquête, qui relèvent que les enfants cumulant les trois types de prise en charge étudiés sont très majoritairement accueillis par une Assistante Familiale ;

- **Le manque de lisibilité de l'offre en libéral pour les professionnels de la protection de l'enfance**
 - Sur ce point, une direction de MECS a fait remarquer qu'elle ne savait pas où se situaient les psychologues libéraux sur le territoire meusien. Plus globalement, les acteurs présents semblent ne pas être très avertis des équipements sanitaires de proximité ;

- **Le sureffectif dans les structures ASE**
 - Le sureffectif étant source de complication pour pouvoir répondre correctement aux besoins ;

Après cet état des lieux, les participants ont été invités à **dégager les solutions et mesures concrètes pouvant être mises en œuvre** afin d'améliorer cohérence des parcours des enfants relevant à la fois de l'éducatif et du soin. Les résultats de cette consultation sont les suivants :



Ainsi, les solutions et mesures que les participants ont soumis à proposition sont :

- **La mise place d'un dispositif permettant d'assurer la coordination des parcours (avec un niveau de priorité +++)**
 - L'ensemble des enfants placés seraient concernés ;
 - Ce système pourrait avoir une forme multi-niveau :
 - Un **coordinateur de parcours**, chargé de solliciter et coordonner l'action des différents acteurs concernés par le parcours d'un jeune. La fonction de coordination pouvant servir de médiation, avec une dimension stratégique. Cela dit, un directeur d'établissement a tenu à souligner que ce type de mission doit être assurée par l'Agence Régionale de Santé et non par le Conseil départemental ;
 - Une **équipe mobile** qui assure au niveau départemental les diagnostics santé et le suivi des situations ;
 - Une **commission multipartenaire** (social, médico-social et sanitaire) qui veille à la continuité des parcours, en lien avec l'équipe mobile ;

- **La création d'une structure *ad hoc* pour les enfants avec des besoins de soins importants**
 - Ce type de structure ne pouvant excéder un nombre de 5/6 enfants ;
- **La réalisation et la diffusion d'un annuaire commun regroupant les différentes structures et dispositifs**
 - Le Conseil départemental rappelle à ce sujet qu'un groupe de travail a déjà travaillé sur ce type d'outil. Il faudrait simplement pouvoir recouper les éléments différents recensés ;

Résultats du 2^{ème} groupe de travail

Réunissant des acteurs de la protection de l'enfance, du médico-social et du sanitaire, ainsi que d'autres institutions (MDPH et PMI) les travaux du deuxième groupe de travail étaient consacrés à l'« **Evolution de l'offre d'hébergement au regard des besoins de santé** ».

Partant des propositions émises au cours du premier groupe de travail, il s'agissait de recueillir leurs points de vue sur ces propositions et de co-définir le plus précisément possible les missions, rôles, moyens opérationnels... que celles-ci pourraient recouvrir.

Trois dispositifs/modèles organisationnels ont été soumis à la réflexion du groupe de travail :

- Vers une équipe mobile de suivi en santé ?
- Vers un coordinateur de parcours ?
- Vers une coopération partenariale inter-institutionnelle ?

Cinq groupes mixtes ont été composés pour discuter des propositions. Les réponses produites par chacun des groupes sont systématiquement rapportées.

Vers une équipe mobile de suivi en santé ?

1. Quelle serait la plus-value d'un tel dispositif ?

Gr1 : Ce type de dispositif existe déjà dans le sud et le nord meusien (dans le nord, « l'équipe » se réduit cependant à 0,5 ETP de psychologue). Il permet en effet des interventions plus proches du lieu de vie et de manière plus réactive.

Gr2 : Elle pourrait s'adresser aux enfants en souffrance qui ne rentrent pas dans les dispositifs existants, et être une potentielle équipe ressource pour les différents acteurs.

Gr3 : Cette équipe pourrait regrouper plusieurs professionnels paramédicaux, avec des moyens renforcés dans les territoires les plus démunis. Elle offrirait des réponses plus rapides, et agirait pour garantir des orientations plus adaptée.

Gr4 : Davantage réactive, l'équipe mobile pourrait venir étayer les équipes sur le terrain confrontées à des problèmes dans certaines situations.

Gr5 : Elle constituerait une ressource en faveur des équipes, participerait au décloisonnement entre les secteurs dans un cadre pluridisciplinaire.

Ce qu'il faut retenir

Une équipe mobile est attendue par l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance, des champs médico-social et du sanitaire.

Cette équipe doit pouvoir intervenir avec une réactivité qui peut parfois faire défaut actuellement. Elle offrirait par ailleurs une possibilité de réponse dans la proximité, ce qui apporterait une plus-value dans des zones territoriales peu équipées ou présentant des besoins importants. De plus, elle pourrait constituer une ressource pour les équipes en place, dans la gestion des situations complexes ou de périodes de crise notamment.

Notons qu'il existe déjà différents dispositifs de ce type en Meuse (SPUC dans le nord qui accueille des enfants et des adolescents en grandes souffrances ; Fil ados pour les enfants de 11-25 ans), mais aucun ne présente toutes les prérogatives souhaitées (en termes de public cible, de dimensionnement, de territoire d'intervention...).

2. Quelles seraient ses missions ? Dans quelles situations pourrait-il être sollicité ? (Notamment par rapport aux assistantes familiales)

Gr1 : Pour les assistantes familiales, une équipe mobile serait utile pour éviter d'avoir à conduire l'enfant aux urgences s'il fait une crise.

Gr2 : Idem pour la gestion des crises. De plus, elle serait un interlocuteur pour les assistantes familiales, à même de rompre un certain isolement, en leur permettant par exemple de se réunir.

Gr3 : En tant que relais pour les assistantes familiales, cela pourrait éviter des retours trop rapides en structure par manque de réactivité. L'équipe doit être pluridisciplinaire.

Gr4 : L'équipe serait une ressource pour les professionnels du secteur médico-social. Elle pourrait avoir une mission d'observation, avec des possibilités d'élaborer des propositions aux équipes de terrain pour adapter au mieux les accompagnements.

Gr5 : Elle serait l'équipe en charge d'évaluer l'urgence, de hiérarchiser les besoins et de soutenir les assistantes familiales.

Ce qu'il faut retenir

Les principales missions envisagées pour une équipe mobile de suivi en santé se tournent vers un soutien à l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance, et en particulier aux assistantes familiales, mais également aux structures médico-sociales qui accueillent et accompagnent les enfants protégés.

Le but étant notamment de prévenir et mieux gérer les situations de crise, pouvant amener à des hospitalisations ou des retours précipités dans une structure, alors que de simples ajustements pourraient parfois permettre de maintenir l'enfant au domicile de l'assistante familiale. Une observation fine des besoins de l'enfant est nécessaire à cette fin : les compétences pluridisciplinaires de l'équipe mobile seraient mobilisées dans ce cadre.

3. Quelle composition ? Quelles compétences ?

Gr1 : Un-e infirmier-e (ou puéricultrice), un-e infirmier-e psychiatrique et un médecin généraliste pour les prescriptions.

Gr2 : Un-e éducateur-trice, un-e infirmier-e, un-e psychologue et un temps médical (médecin ou pédopsychiatre).

Gr3 : Sur la base d'une équipe spécialisée en santé mentale : un-e psychologue, un-e infirmier-e psychiatrique, un-e éducateur-trice, un-e pédopsychiatre. Il faudrait une équipe dans le nord et une dans le sud du département, 4 x 2 ETP = 8 ETP + 1 secrétaire.

Gr4 : Un-e pédopsychiatre, un-e infirmier-e psychiatrique, un-e éducateur-trice spécialisée. Elle pourrait être imaginée en prolongement d'une équipe de CMPP ou constituer un pôle de personnes expérimentées. Il faut des personnes avec de l'expérience de terrain (profils confirmés).

Gr5 : Un-e neuropsychologue, un-e infirmier-e, un-e éducateur-trice spécialisée, un-e enseignant-e. Par ailleurs, une réflexion doit être menée pour redéfinir les territoires de santé.

Ce qu'il faut retenir

Les différentes compositions suggérées sont relativement similaires. Elles mettent systématiquement l'accent sur les professionnels de santé médicaux ou paramédicaux, même si la fonction éducative n'est pas mise de côté.

Compte tenu des missions attendues, une bonne expérience de terrain est estimée nécessaire par plusieurs participants.

La question de la territorialité des interventions est récurrente. Il est attendu que l'équipe mobile soit en mesure d'intervenir au plus près des jeunes (chez les Assistantes familiales, auprès des équipes sociales et médico-sociales) sur l'ensemble du territoire avec la même réactivité. Ainsi, la question de deux pôles d'implantation a été abordée par certains acteurs.

4. Quel cadre institutionnel ? Qui porte le dispositif et qui le finance ?

Gr1 : Cogestion et cofinancement ARS / Conseil départemental / MDPH.

Gr2 : Cofinancement ARS / Conseil départemental. Si les membres de ce groupe ont été d'accord pour dire qu'une telle équipe ne peut voir le jour que par de la création de poste, la question de son rattachement institutionnel a fait débat.

Gr3 : Création d'une équipe pluridisciplinaire cofinancée par l'ARS et le Conseil départemental, sur la base d'un appel à projet. Le coût estimé est de 300 000 et 500 000 €.

Gr4 : Cogestion ARS / Conseil départemental.

Gr5 : Cofinancement ARS / Conseil départemental. Equipe montée par redéploiement.

Ce qu'il faut retenir

Un consensus se dégage quant à la question du financement, qui serait assuré à la fois par l'ARS et le Conseil départemental.

Pour ce qui est de la modalité de constitution de cette équipe, les avis sont partagés, certains acteurs estimant qu'elle doit voir le jour par le biais d'une création, d'autres imaginant plutôt du redéploiement de postes. Enfin, un acteur a évoqué le prolongement des missions d'équipes en place (de CMPP en l'occurrence).

Vers un coordinateur de parcours ?

1. **Quelles seraient ses missions ? Dans quelles situations pourrait-il être sollicité ? (Notamment par rapport aux assistantes familiales)**

Gr1 : C'est le rôle du référent ASE.

Gr2 : Le référent ASE doit assurer cette mission en s'appuyant sur le Projet pour l'enfant (PPE). Une importance particulière doit être apportée au début de placement, où les problèmes de coordination sont souvent concentrés.

Gr3 : Son rôle doit être d'éviter les ruptures de parcours et de coordonner les secteurs de la Protection de l'enfance, du médico-social et du sanitaire, y compris lorsque les enfants sortent du champ d'intervention de la Protection de l'enfance. Au niveau de l'articulation entre les secteurs du médico-social et du sanitaire, il permettrait d'éviter que les enfants puissent être ballottés d'un référent à un autre.

Gr4 : La mission Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) comporte cette dimension. Le coordinateur de parcours pourrait être le coordonnateur d'un Pôle de Compétence et de Prestation Externalisée (PCPE) par exemple.

Gr5 : La question est de savoir qui coordonner et quoi coordonner ? Le groupe ne se prononce pas sur cette question.

Ce qu'il faut retenir

Situé à l'interstice des différents secteurs, le coordinateur de parcours est l'interlocuteur privilégié de l'enfant et de sa famille et lui garantit un maximum de fluidité tout au long de son parcours institutionnel.

Mais, au-delà de cette évidence, les différents acteurs ayant participé à ce groupe de travail divergent sur l'identité de celui qui devrait être le coordinateur. En effet, alors que les acteurs de la Protection de l'enfance ont pu indiquer que le référent ASE est celui à qui cette mission

est d'ores-et-déjà attribuée⁶, ceux du secteur médico-social rappellent que le dispositif RAPT prévoit ce type de disposition à travers les Groupes Opérationnels de Synthèses (GOS). Ces différences de point de vue renvoient au cloisonnement entre les secteurs et posent la question, soulevée par le groupe 5 et laissée en suspens, de savoir à partir de quand et pour qui doit être activé un dispositif de coordination spécifique. La réponse à cette question, comme celle des missions et de l'acteur qui les met en œuvre, semble donc difficilement pouvoir trouver une réponse définitive et a priori. Si, dans la majorité des situations, c'est bien le référent ASE qui est amené à assurer la coordination du parcours, la prégnance des besoins de santé mise en évidence dans cette étude pointe l'importance de ces missions, qui sont ainsi susceptible d'impacter l'organisation du travail de l'éducateur référent. Dans d'autres situations, dites complexes voire critiques, des dispositifs *ad hoc* prévus par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé ne doivent pas être exclus de l'analyse.

2. Quelles seraient ses modalités concrètes d'intervention ?

Gr1 : Le référent ASE devrait être systématiquement invité aux différentes réunions qui concernent les enfants dont il a la référence. Ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Gr2 : Pas de réponse.

Gr3 : Le coordinateur est celui qui doit être en possibilité de rendre compte des situations des enfants auprès des différents acteurs. Il a un rôle de médiation entre les différents secteurs, et s'assure par exemple que toutes les personnes (professionnelles ou non) concernées par la prise en charge et l'accompagnement d'un enfant sont présentes aux réunions qui le concernent, pour ainsi assurer la dimension globale de la prise en charge.

Gr4 : Conformément à ce qui est prévu dans le cadre de la RAPT, le Groupe Opérationnel de Synthèse intégrera le référent ASE. Mais le coordinateur de parcours doit avoir des missions supplémentaires par rapport au référent ASE, déjà très sollicité et donc moins capable d'assurer cette mission pour un nombre important d'enfant.

Gr5 : Les coordinateurs de parcours pourraient éventuellement constituer un centre de ressource départemental.

Ce qu'il faut retenir

Peu de propositions sont faites au sujet des modalités concrètes d'intervention d'un coordinateur de parcours. La principale étant que le coordinateur s'assure de la présence effective des différents protagonistes lors des réunions qui concerne l'enfant.

⁶ En effet, le Décret n°2016-1283 du 28 septembre 2016 relatif au référentiel fixant le contenu du projet pour l'enfant indique que « Le projet pour l'enfant accompagne l'enfant tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance. **Il vise ainsi à assurer la stabilité de ce parcours ainsi que la continuité et la cohérence des actions** conduites auprès de l'enfant, de sa famille et de son environnement ».

Il est également vu comme une nécessité de permettre au référent de centraliser l'information concernant le jeune, et de lui permettre d'être force de proposition dans les aménagements de son parcours.

Vers une coopération partenariale inter-institutionnelle ?

1. A quelle fréquence et pour quoi faire ?

Gr1 : Les Assises départementale de la protection de l'enfance qui ont eu lieu en Meuse en juin 2016 sont un bon exemple des initiatives à reproduire.

Gr2 : Cette coopération doit essentiellement se concentrer au moment de construire le projet de l'enfant.

Gr3 : L'évolution des structures fait que l'interconnaissance locale décline petit à petit. Il est donc pertinent d'envisager des rencontres semestrielles pour pouvoir découvrir, connaître et développer des projets en commun.

Gr4 : Le même constat est fait sur l'état de l'interconnaissance entre les acteurs. Il est donc toujours pertinent de se poser la question du qui fait quoi ?

Gr5 : Le pré requis est en effet la qualité de l'engagement de chacun et la reconnaissance, donc même si les acteurs se connaissent, il est primordial que les différents acteurs se rencontrent pour toujours tenter de dépasser les cultures sectorielles. Les formations conjointes peuvent y contribuer.

Ce qu'il faut retenir

La majorité des acteurs plaide en faveur de rencontres intersectorielles. Proposées à un rythme d'une séance par semestre, ces rencontres ont vocation à développer et entretenir une connaissance mais surtout une reconnaissance réciproque.

Pour rester attractive et prévenir l'effet de répétition des réunions et le risque de leur improductivité, il importe de consacrer des thèmes de travail à ces rencontres (ex. sexualité, gestion des crises, etc.).

Listes des participants aux groupes de travail

Ont participé au premier groupe de travail :

Nom	Institution
SIMON Adeline	CD 55 - Direction Enfance Famille
PIERQUET Sandrine	CD 55 - Protection de l'enfance
VERCOLLIER Lionel	Maison des solidarités de Thierville
ANDRE Laurent	Maison des solidarités de Stenay
BERNIER Yannick	Mouvement pour les Villages d'Enfants
VIDAL Françoise	MECS du Breuil
CATTANEO Françoise	MECS de Verdun
DETEZ Delphine	Directrice Pôle Enfance CSA
BARBOT Cécile	Pouponnière & MECS CSA
KIPS Laurent	MDE Stenay et Belleville CSA

Ont participé au deuxième groupe de travail :

Nom	Institution
SIMON Adeline	CD 55 - Direction Enfance Famille
PIERQUET Sandrine	CD 55 - Protection de l'enfance
PORTAL Joanna	CD 55 - Direction Enfance Famille
BERNIER Yannick	Mouvement pour les Villages d'Enfants
VIDAL Françoise	MECS du Breuil
CATTANEO Françoise	MECS de Verdun
DETEZ Delphine	Directrice Pôle Enfance CSA
BARBOT Cécile	Pouponnière & MECS CSA
KIPS Laurent	MDE Stenay et Belleville CSA
ABBADIE Pascale	MDPH
GYU Erik	MDPH
ETIENNE L.	MDPH Chargée de mission RAPT
SCHORSCH Laurence	PMI
MICHAUT Muriel	ADAPEI de la Meuse
ERRARD Jean	EPDAMS 55
GERMAIN Nathalie	ITEP L'Avenir
HENRY Valérie	SESSAD APF
CHANTELOUP Thierry	SESSAD APAJH-PEP
LHUILIER Marlène	CH Verdun Saint-Mihiel
GUIMARD Mme	CH Verdun Saint-Mihiel
GONZALES Mme	CH Commercy
PETIT Mme	CH Commercy
DELAPIERRE Mme	CH Commercy