



Inspection générale
des affaires sociales

Mission d'appui au Département de Mayotte sur le pilotage de la protection de l'Enfance

TOME 2 : ANNEXES

Établi par

Dr Pierre ABALLEA et Yves RABINEAU

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- Février 2016 -

2015-087R

Sommaire

ANNEXE 1 : ELEMENTS DE CONTEXTE	5
ANNEXE 2 : LE CADRE JURIDIQUE AU REGARD DES PROBLEMATIQUES DE RESSOURCES HUMAINES.....	25
ANNEXE 3 : LA PMI A MAYOTTE : ETAT DES LIEUX.....	35
ANNEXE 4 : L'ASE A MAYOTTE : ETAT DES LIEUX.....	103
ANNEXE 5 : LA POLYVALENCE DE SECTEUR A MAYOTTE : ETAT DES LIEUX.....	171

ANNEXE 1 : ELEMENTS DE CONTEXTE

Sommaire

1	LA CONVERGENCE NORMATIVE N'EST PAS ACHEVEE DANS LE DOMAINE SOCIAL.....	6
2	LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE DE MAYOTTE EST HORS DU COMMUN.....	7
2.1	Une forte croissance démographique.....	7
2.2	Un phénomène migratoire d'une ampleur exceptionnelle.....	9
2.2.1	40% de la population est de nationalité étrangère.....	10
2.2.2	L'immigration clandestine perdure.....	11
2.2.3	L'incidence de la présence de mineurs isolés sur l'aide sociale à l'enfance.....	15
3	DES FREINS PERSISTANTS AU DEVELOPPEMENT DE MAYOTTE.....	19
3.1	Un niveau de développement économique encore faible.....	19
3.2	Un habitat qui reste précaire et un défaut d'équipements de base.....	19
3.3	Un système scolaire surchargé et peu performant.....	20
3.4	Un accroissement de la délinquance.....	21
3.5	Une situation sanitaire préoccupante.....	21
3.6	Un département en grandes difficultés financières.....	22
4	UNE IDENTITE CULTURELLE FORTE ET ORIGINALE.....	22

- [1] Située à l'entrée du Canal du Mozambique, à mi-chemin entre Madagascar et le continent africain, Mayotte est à environ 1500 kms de La Réunion, 8 000 kms de la métropole. Le département est constitué de deux îles principales d'une superficie totale de 374 km² et de quelques îlots. Sur cette petite surface, **212 645 personnes vivaient à Mayotte selon le dernier recensement de la population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), mené en 2012**. La situation démographique actuelle et l'estimation de son évolution suscitent des interrogations et des débats. Les questions démographiques, singulièrement l'ampleur des flux migratoires, pèsent fortement sur les travaux de réflexion stratégique concernant la protection de l'enfance puisqu'ils conditionnent la nature et l'ampleur des dispositifs à mettre en œuvre pour répondre aux besoins. (cf. *infra* point 2.2.3).
- [2] Des quatre îles principales composant l'Archipel des Comores cédées à la France en avril 1841, Mayotte seule a choisi lors du referendum d'autodétermination de 1976 de rester française. Les trois autres îles, La Grande Comore, Mohéli et Anjou ont opté pour l'indépendance dans ce qui constitue aujourd'hui l'Union des Comores. Par étapes, le statut de territoire d'outre-mer dont bénéficiait Mayotte depuis 1946 a évolué vers le statut de département. Le processus est aujourd'hui arrivé à son terme : **Mayotte est devenue le 101ème département français le 31 mars 2011**, en qualité de collectivité unique relevant de l'article 73 de la Constitution. Le **Département de Mayotte** exerce les compétences dévolues aux départements et aux régions d'outre-mer. Il a accédé au statut de région ultrapériphérique de l'Union Européenne en janvier 2014.

1 LA CONVERGENCE NORMATIVE N'EST PAS ACHEVEE DANS LE DOMAINE SOCIAL

- [3] Alors que Mayotte constituait encore une collectivité d'outre-mer régie par l'article 74 de la Constitution, la loi organique n° 2007-223 du 21 février 2007 a posé, à compter du 1^{er} janvier **2008**, le principe de **l'applicabilité de plein droit à Mayotte, sous réserve d'adaptations, des dispositions législatives et réglementaires**. Cependant, six matières¹ ont été écartées dans un premier temps du principe de l'identité législative, dont la protection et l'action sociale. **Depuis la départementalisation, le principe de l'identité législative est généralisé**. Mais l'application des textes nationaux adoptés avant la date du 1^{er} janvier 2008 restait conditionnée par de dispositions prévoyant expressément cette applicabilité. C'est pourquoi les dispositions prises dans les matières concernées par l'identité législative ont été rendues applicables à Mayotte par la loi, de manière rétroactive et sous certaines réserves.
- [4] **Le Code de la santé publique**, parties législative et réglementaire, **s'applique désormais presque intégralement à Mayotte** sous réserve des adaptations nécessaires. Les dispositions qui restent à adapter, relatives aux débits de boissons et à la santé mentale, feront prochainement l'objet d'une ordonnance, qui vient autorisée par le Parlement à l'occasion de l'adoption de la loi relative à la modernisation de notre système de santé. **Tout le Code de l'action sociale et des familles est applicable à Mayotte**. L'alignement a été achevé avec la publication du décret n° 2015-1280 du 13 octobre 2015 relatif à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH).

¹ « Impôts, droits et taxes », « Propriété immobilière et droits réels immobiliers ; cadastre ; expropriation ; domanialité publique ; urbanisme ; construction ; habitation et logement ; aménagement rural », « Protection et action sociales », « Droit syndical ; droit du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle », « Entrée et séjour des étrangers et droit d'asile » « Finances communales »

- [5] Deux codes ayant trait aux questions sociales ne s'appliquent pas à Mayotte : le Code du travail et le Code de la sécurité sociale n'ont pas encore été étendus. En ce qui concerne le code du travail, les travaux d'extension et d'adaptation sont en cours, et plusieurs ordonnances ont déjà été promulguées. Mais il reste encore de nombreuses modifications à apporter au code du travail mahorais pour parvenir à l'identité législative. Le plan « Mayotte 2025 » fixe le terme de ce chantier à l'horizon 2018.
- [6] S'agissant de la sécurité sociale, la démarche de convergence est plus lente, étant souligné que le Pacte de janvier 2009 pour la départementalisation de Mayotte prévoit un délai de 25 ans pour parvenir à l'alignement complet des prestations sur le régime de droit. Les règles dérogatoires d'accès aux soins et à l'assurance maladie comportent encore d'importantes restrictions qui ont une incidence directe sur le fonctionnement du Centre Hospitalier de la Mayotte (CHM) et des services départementaux de la protection maternelle et infantile. L'absence d'aide médicale de l'Etat (AME) à Mayotte, alors qu'on estime qu'un quart de la population est constituée par les étrangers en situation irrégulière, privent en effet les services publics de santé, quasiment seuls sur le créneau de l'offre de soins primaire d'une part importante de leurs recettes potentielles.

2 LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE DE MAYOTTE EST HORS DU COMMUN

- [7] Depuis la départementalisation, les mutations sociales, économiques, juridiques et culturelles, amorcées au cours des années 2000, se sont accélérées à un rythme très rapide, qu'aucun autre département ne connaît. Tous les indicateurs socio-économiques révèlent le caractère extraordinaire de ce département, à commencer par les données démographiques, qui mettent en évidence à la fois une pression migratoire sans équivalent et une désaffection du territoire par les Mahorais eux-mêmes. La poussée démographique survient sur un territoire qui ne dispose pas des atouts nécessaires pour répondre aux besoins de ses habitants, y compris dans des domaines essentiels comme le logement, la santé, l'éducation, la sécurité ; même l'alimentation fait défaut pour la partie la plus fragilisée de la population, ce qui conduit à des situations de malnutrition des enfants nécessitant une prise en charge médicale et sociale.

2.1 Une forte croissance démographique

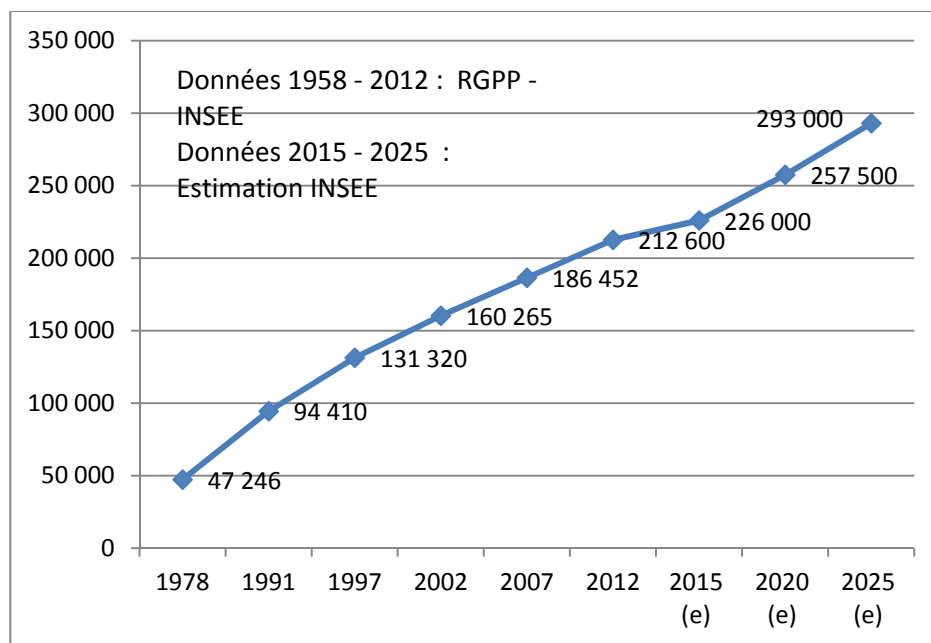
- [8] Le dernier recensement officiel a été mené par l'INSEE en 2012. Les données collectées ont révélé que le rythme de croissance, déjà observé depuis plusieurs décennies, continuait d'être très élevé : entre 2007 et 2012, il s'est élevé à **2,7% par an en moyenne** (26 000 habitants supplémentaires sur la période) alors qu'il a été que de 0,7% par an en métropole pour la même période. Le chiffre de **212 600 habitants en 2012** fait l'objet de critiques récurrentes de la part des autorités locales, qui considèrent que tous les étrangers en situation irrégulière n'ont pas été recensés. Des estimations beaucoup plus élevées sont mises en avant, y compris dans des documents publics, sans toutefois être étayées par des arguments scientifiques. On cite généralement le chiffre de 300 000 habitants, mais aussi parfois des estimations beaucoup plus fantaisistes (450 000 habitants...)
- [9] Pourtant, **la méthode de recensement qui a été mise en œuvre par l'INSEE en 2012 apparaît robuste**. Elle a consisté à faire sillonner le territoire par les agents recenseurs après un repérage exhaustif de l'habitat, de sorte que tous les logements, y compris les plus précaires, ont été visités. Tous les habitants de nationalité étrangère ont été comptabilisés, qu'ils soient en situation régulière ou pas ; leur statut au regard de la législation sur l'entrée et le séjour n'a d'ailleurs pas été abordé lors de la collecte des données afin de ne pas les inciter à se dérober à l'enquête. Si quelques clandestins ont vraisemblablement pu échapper aux agents du recensement, les recoupements opérés avec d'autres indicateurs confirment la pertinence des résultats. Par exemple, l'estimation du nombre d'habitants à partir des importations de riz, dont on connaît la consommation moyenne journalière par personne par les enquêtes sur la consommation des ménages, amène à des résultats comparables.

[10] Même en s'en tenant aux données INSEE de 2012, l'évolution démographique est spectaculaire (triplément de la population mahoraise depuis 1985). Sous l'effet conjugué d'un solde naturel (excédent des naissances sur les décès) très élevé et d'un solde migratoire resté longtemps positif. **Le solde naturel** (excédent des naissances sur les décès) est fortement positif en raison d'une natalité qui reste exceptionnellement forte à Mayotte et de décès moins nombreux qu'ailleurs en raison de la jeunesse de la population :

- un taux de natalité estimé par l'ARS pour 2007 à 40 ‰ (métropole = 12.4‰),
- un taux de fécondité de 164 (métropole = 55.5)
- un indice conjoncturel de fécondité de 4,1 enfants par femme (2,0 France entière 2012)
- un taux de mortalité estimé par l'INSEE entre 3,7 et 7,4‰, avec un scénario central à 4,6‰

[11] Cette croissance s'est atténuée progressivement : de 4,1% par an entre 1997 et 2002, de 3,1% entre 2002 et 2007, elle n'a été que de 2,7% entre 2007 et 2012. Les projections, qu'elles émanent de l'INSEE ou d'autres organismes publics comme l'Institut national des études démographiques (INED) retiennent pour l'instant ce ralentissement de la croissance démographiques. Elles conduisent à estimer que la population de Mayotte atteindrait 300 000 habitants en 2025.

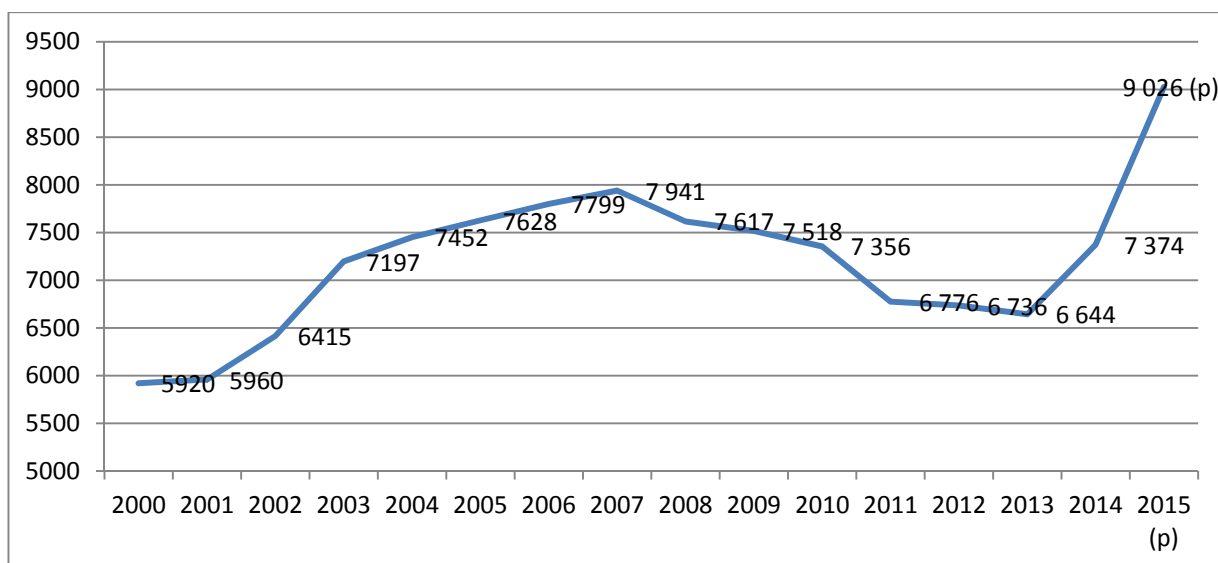
Graphique 1 : Evolution de la population à Mayotte



Source : INSEE

[12] La mission observe à ce propos, que la période actuelle devrait marquer une inversion de la tendance puisque le nombre des naissances, qui avait baissé entre 2007 et 2012, passant de 8000 par an à 6600 a augmenté depuis deux ans dans des proportions considérables : **de 6 644 naissances en 2013, les naissances sont passées à 9026 en 2015, soit une augmentation de 35 %.**

Graphique 2 : Evolution du nombre de naissances 2000 – 2015 à Mayotte



Source : DSPMI et CHM retraitement IGAS

- [13] Le volume important des naissances au regard de la taille de la population conduit Mayotte à être, pour reprendre l'expression de l'INSEE « **le département le plus jeune de France** ». ²
- [14] En août 2012, le recensement a mis en évidence que les mineurs représentaient 50,9% des habitants (108 000 personnes âgées de moins de 18 ans). Si la courbe des naissances ne s'infléchit pas, la population des mineurs dans 18 ans atteindra 170 000. A supposer même que l'augmentation actuellement observée soit conjoncturelle, et qu'on revienne au rythme de 7 500 naissances par an des années 2000, la politique de protection sanitaire et sociale de l'enfance devra être calibrée pour répondre aux besoins d'environ 150 000 mineurs à l'horizon 2030.

2.2 Un phénomène migratoire d'une ampleur exceptionnelle

- [15] La crise migratoire que connaît Mayotte depuis de nombreuses années est déterminante pour la compréhension des enjeux de politique publique, singulièrement dans le secteur social et médico-social. Pour les Mahorais, l'immigration clandestine est la source de tous leurs maux, dans la mesure où les étrangers en situation irrégulière ne contribuent pas à l'enrichissement du territoire alors que leur situation précaire et l'absence de revenus en font les premiers bénéficiaires des politiques sociales. La théorie « de l'appel d'air » a longtemps prévalu, y compris chez certains élus locaux : il faudrait s'abstenir de développer des politiques de protection sociale pour ne pas encourager l'immigration clandestine. Ceci s'est traduit en particulier par un refus persistant de la part du Conseil général de mettre en place des structures d'accueil collectif pour les mineurs en danger, au motif que les mineurs isolés étrangers sont tellement nombreux qu'ils auraient immédiatement saturé les équipements mis en place.

² Insee Première n°1488 février 2014 : « Mayotte département le plus jeune de France ».

2.2.1 40% de la population est de nationalité étrangère

- [16] La part de la population de nationalité étrangère est très élevée. De 34,4% en 2002, elle est passée à 40,7% en 2007. Elle semble s'être stabilisée ensuite puisque la part des étrangers dans les personnes recensées en 2012 reste à **40%** (85 600). **Mayotte demeure encore le département français où la population de nationalité étrangère est proportionnellement la plus importante (6,4% pour l'ensemble du territoire français).**
- [17] Plusieurs signes permettent de considérer cependant que la proportion constatée lors du recensement 2012 devrait être revue à la hausse :
- Le départ des Mahorais vers d'autres départements français semble s'être accéléré depuis quelques années : entre 2007 et 2012, 18 000 personnes natives de Mayotte ont quitté le territoire. Pour les 2/3 il s'agit de jeunes (moins de 25 ans), qui partent s'installer à la Réunion ou en métropole pour y trouver du travail³. Ils sont dans cette hypothèse soit de nationalité française, soit des étrangers en situation régulière.
 - **L'accélération brutale du nombre des naissances** observée depuis 2013 ne peut s'expliquer que par une arrivée massive de jeunes femmes en provenance des Comores. Une enquête conduite par l'ARS Océan indien auprès de femmes venant d'accoucher au CHM le confirme : sur 263 naissances analysées **71% concernaient des Comoriennes, dont la moitié étaient arrivées à Mayotte depuis moins d'un an, plus du quart depuis moins de trois mois.**

Tableau 1 : Enquête sur la durée de résidence à Mayotte précédant l'accouchement selon l'origine géographique des parturientes

Origine	Comores	Mayotte	Autres	Total	% durée résidence
- de 3 mois	51			51	19%
3 mois à 1 an	40		1	41	16%
+ d'un an	97	63	11	171	65%
Total	188	63	12	263	100%
% origine	71%	24%	5%	100%	

Source : ARS OI/ PMI Note périnatalité juillet 2015, enquête du 15 au 28 juin 2015

- [18] Ainsi l'augmentation du nombre d'étrangers n'a pas seulement pour origine l'immigration clandestine, c'est aussi, et ce sera de plus en plus, **la conséquence du nombre des naissances d'enfants issus de l'immigration**, qui conservent la nationalité de leurs parents durant leur minorité.
- [19] Sur les 84 600 étrangers recensés en 2012, **39 % étaient nés sur le territoire français** ; 50% des étrangers sont des mineurs, qui sont eux aussi à 39% nés en France et qui ont par conséquent vocation à revendiquer de la nationalité française à leur majorité, au titre du droit du sol.

³ L'étude de l'Insee relative au recensement de 2002 conclut la population émigrante est essentiellement constituée de « jeunes et de femmes, avec un faible niveau scolaire et très peu de diplômé » ; la part de l'émigration pour l'accès aux études supérieures reste faible en raison du niveau scolaire encore médiocre à la sortie du secondaire (voir infra)

Tableau 2 : Nationalité des mineurs de 18 ans en 2012

Nationalité	Effectifs	Proportion
Française	66 191	61%
Comorienne	40 531	37%
Malgache	1 195	1%
Autres nationalités	220	0%
Ensemble	108 137	100%

Source : Insee - Recensement de la population de Mayotte 2012

- [20] L'enquête conduite par l'ARS en juin 2015 permet de supposer qu'**actuellement 3 enfants sur 4 qui naissent à Mayotte seraient de nationalité étrangère**. Pour autant, même si leur mère est arrivée clandestinement à Mayotte et ne détient aucun titre de séjour, **il ne s'agit ni d'immigrés, ni de clandestins et ils seront Français, s'ils le souhaitent, au plus tard à leur majorité**. Leur minorité les dispense de l'obligation d'un titre de séjour, et pour peu que leurs parents fassent en sorte qu'ils se maintiennent sur le territoire (un mineur étranger ne peut pas faire l'objet d'une mesure individuelle d'éloignement), la nationalité française leur sera acquise, s'ils le souhaitent, à l'âge adulte⁴. Ils pourront même effectuer une déclaration de nationalité française durant leur minorité s'ils résident à Mayotte entre 11 ans et 16 ans, et à partir de 13 ans s'ils résident en France depuis l'âge de 8 ans⁵.
- [21] **Une grande partie des mineurs étrangers qui ne sont pas nés à Mayotte sont également des Français en puissance**. Ils peuvent en effet réclamer la nationalité française dès lors qu'ils sont recueillis et élevés en France depuis au moins cinq ans par une personne de nationalité française ou confiés au service de l'aide sociale à l'enfance depuis au moins trois années, ou encore avoir été scolarisés en France pendant cinq années au moins⁶.
- [22] Au final, les critiques qui subsistent sur la pertinence d'une politique de protection de l'enfance trop largement consacrée à la prise en charge de mineurs étrangers sont stériles : **mis à part les mineurs arrivés à Mayotte après l'âge de 16 ans, la qualité d'étranger n'est que transitoire et tous ces mineurs, dès lors qu'ils le souhaitent, seront des citoyens français à l'âge adulte**.

2.2.2 L'immigration clandestine perdue

2.2.2.1 Le nombre d'étrangers « clandestins » n'est pas connu

- [23] Le caractère clandestin de leur présence à Mayotte rend par hypothèse impossible une mesure exacte de leur nombre. A défaut d'une connaissance précise de la proportion d'étrangers en situation irrégulière, des chiffres circulent, y compris dans des documents officiels, sans qu'on sache précisément à quoi il est fait allusion : la situation irrégulière est juridiquement caractérisée par l'absence de titre de séjour en cours de validité. Or les mineurs étrangers, qu'ils soient immigrés ou natifs de Mayotte, n'ont pas cette obligation ; ils ne doivent donc pas être considérés comme des clandestins.

⁴ Article 21-7 du code civil : Tout enfant né en France de parents étrangers acquiert la nationalité française à sa majorité si, à cette date, il a en France sa résidence et s'il a eu sa résidence habituelle en France pendant une période continue ou discontinuée d'au moins cinq ans, depuis l'âge de onze ans.

⁵ Article 21-11 du code civil

⁶ Article 21-12 du code civil

- [24] Lorsqu'il est fait état de 50 à 60 000 étrangers en situation irrégulière en 2012, soit les 2/3 de la population étrangère à Mayotte, il n'est pas précisé que les 41 000 mineurs étrangers sont inclus, à tort, dans cette fourchette. Certains avancent le chiffre de 80% d'étrangers « en situation irrégulière », sans préciser là aussi si cette proportion concerne toute la population étrangère ou seulement les adultes. Interrogé à ce propos par la mission, la direction de la police de l'air et des frontières estime entre 50 et 70 000 la fourchette actuelle des étrangers en situation irrégulière séjournant Mayotte et à 1 sur 2 le nombre d'étrangers dépourvus de titre de séjour.
- [25] Faute de comptabilité précise, on peut au moins mesurer la pression migratoire à travers le nombre des étrangers renvoyés dans leur pays d'origine après avoir été interpellés sur le territoire ou en mer, lors de tentatives d'immigration clandestine.

2.2.2.2 L'immigration clandestine n'est pas enrayée

- [26] En dépit d'une législation dérogatoire en matière d'accès des étrangers à Mayotte (depuis 1993, un visa d'entrée est exigé des Comoriens qui souhaitent s'y rendre) et les moyens déployés par l'Etat pour faire échec à l'immigration clandestine, les arrivées se poursuivent et semblent même s'accélérer. La lutte contre l'immigration clandestine a été renforcée en 2014, de sorte que le nombre d'interpellations et d'exécution des ordres de quitter le territoire français a fortement progressé, passant de 15 000 mesures en 2013 à 20 000 au cours de l'année 2014 ; les chiffres annoncés pour 2015 sont du même ordre⁷ et la mobilisation de moyens supplémentaires vient d'être décidée.
- [27] Partant d'Anjouan, située à 70 km des côtes mahoraises, les *kwasa-kwasa* comoriennes déposent sur les plages mahoraises moyennant un coût de passage de l'ordre de 300 €, les immigrants clandestins qui choisissent ce mode de transport périlleux (plusieurs centaines de morts par an)⁸ pour atteindre ce qu'ils estiment constituer un *eldorado*.
- [28] Cette attractivité de Mayotte n'est pas seulement liée à l'étroite proximité sociale et culturelle d'Anjouan : avant l'indépendance des Comores, et même jusqu'à l'instauration d'un visa pour l'accès à Mayotte, les flux migratoires entre les deux îles participaient du mode de vie et de l'organisation sociale des deux territoires. Ils s'inscrivent d'ailleurs dans le prolongement d'une organisation politique, Mayotte ayant été dans le passé la capitale de l'Archipel. Cette proximité culturelle et familiale explique pourquoi beaucoup d'Anjouanais ne se sont pas adaptés à l'existence d'une frontière qui fait désormais échec à une libre circulation entre les deux territoires.
- [29] Au-delà, le fossé qui se creuse entre le niveau de vie des habitants des Comores et ceux de Mayotte explique cette attirance pour le territoire : le PIB par habitant y est 13 fois plus important que celui des Comores. De plus, l'Union des Comores est en faillite budgétaire (les salaires des fonctionnaires des 4 derniers mois de 2015 viennent d'être payés grâce à une contribution de l'Arabie Saoudite) et les services publics ne fonctionnent plus. L'émigration vers Mayotte n'est pas seulement fondée sur un calcul économique, mais des besoins médicaux qui ne sont plus satisfaits. Par exemple, le principal établissement hospitalier de l'Union des Comores, le Centre hospitalier national El-Maarouf à Moroni, ne bénéficie par d'un ravitaillement permanent en eau et en électricité, et les médecins y sont en grève depuis juillet 2015.

⁷ En 2014, les services de l'Etat ont interpellés en mer 12 879 passagers, 610 passeurs et 597 embarcations

⁸ Plusieurs rapports parlementaires évoquent le chiffre de 7000 à 10 000 morts depuis 1995 ; les autorités comoriennes avancent le chiffre de 12 000 morts pour la même période.

- [30] Ainsi, l'état de délabrement des services de santé contraint les Comoriens qui doivent se soigner à partir vers Mayotte, quels que soit le prix et les risques physiques de la traversée. Des « *kwasa-kawasa ambulances* » viennent même déposer à Mayotte des personnes très gravement atteintes après avoir été conditionnées par les services de santé comoriens pour supporter le voyage⁹.
- [31] L'impact de ce flux migratoire « médical » est particulièrement fort en matière de grossesses et de naissances : Si autant de jeunes femmes enceintes prennent le risque d'une entrée clandestine, c'est d'abord pour avoir l'assurance d'accoucher dans un environnement médical sécurisé, ce qu'elles n'ont pas aux Comores¹⁰.
- [32] L'immigration clandestine n'est pas seulement le fait des Comoriens. Elle concerne aussi les Malgaches, qui souffrent d'une extrême pauvreté ; le PIB mahorais est 23 fois supérieur à celui de Madagascar¹¹. On constate des débarquements de clandestins malgaches de plus en plus nombreux, en provenance de l'île de Nosy Be ; ils rejoignent l'importante communauté malgache installée de longue date à Mayotte¹².
- [33] Dans une moindre mesure, l'immigration, régulière ou clandestine, concerne également des Africains de la Côte Est (Kenya) ou de la Région des Grands Lacs (Congo, Rwanda, Burundi). Plus récemment, on a vu arriver même des réfugiés syriens au terme d'un long périple à travers l'Afrique.
- [34] A cette migration pour des raisons médicales s'ajoute, au moins s'agissant des Comores, les migrations destinées à permettre la scolarisation des enfants, ou tout simplement leur permettre de manger. Des parents soucieux de l'avenir décident d'émigrer avec leurs enfants ; s'ils sont démunis, ils n'hésitent pas à envoyer leurs enfants seuls vers Mayotte, en les confiant à la garde d'un adulte pour la durée du voyage (certains de ces passeurs d'enfants sont rémunérés pour le service rendu) à charge pour le convoyeur de remettre le mineur à des parents ou amis en mesure de prendre l'enfant en charge à son arrivée.

2.2.2.3 La lutte contre l'immigration clandestine vise également les mineurs

- [35] Dans une réponse à une question écrite parlementaire récente, le ministre de l'intérieur rappelait que le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) organise dans ses articles L. 511-4 et L. 521-4 la protection des étrangers mineurs contre toute mesure d'éloignement : « *De cette protection découle l'impossibilité pour l'autorité administrative de placer un mineur seul en rétention. Le seul cas dans lequel notre droit permet le placement d'un mineur en rétention est lorsque celui-ci est placé avec ses représentants légaux, dans l'attente d'un éloignement de la cellule familiale* ». Il précisait que cette mesure reste exceptionnelle (en métropole) : en 2014, seules 22 familles avec mineurs ont fait l'objet d'une mesure de placement en rétention¹³.

⁹ Dans un entretien paru dans le journal « Le Monde », un médecin exerçant au CHM de Mayotte indiquait : « *On voit des patients débarquer à Mayotte avec des urgences très graves, des péritonites en choc septique, des grands brûlés surinfectés après une traversée en pirogue de plusieurs heures dans des conditions extrêmement précaires* » ; voir <http://www.lemonde.fr/afrique/article/2015/07/09/mayotte-saturee-par-l-afflux-de-refugies-sanitaires?> Durant son séjour à Mayotte, la mission a eu connaissance de l'arrivée sur une plage mahoraise de trois personnes gravement blessées dans un accident de voiture qui s'était produit à Anjouan la veille au soir ; quelques jours plus tard, une embarcation transportant une jeune femme sous perfusion (décédée au cours du trajet) un bébé sous oxygénothérapie et une personne âgée polytraumatisée a été interceptée à son arrivée.

¹⁰ En novembre 2015, une sage-femme anjouanaise interrogée à la maternité de Mamoudzou par une chaîne de télévision mahoraise expliquait qu'elle était venue y accoucher, considérant que l'établissement où elle exerce n'offrait aucune sécurité aux parturientes, à cause notamment du manque d'électricité.

¹¹ Source : INSEE Analyses Mayotte n°7, novembre 2015

¹² Rappel : 15% de la population de Mayotte a pour langue maternelle le shibushi

¹³ Réponse du ministre de l'intérieur à une question écrite parlementaire publiée au JO du 5 novembre 2015, page 2582

- [36] A Mayotte, l'éloignement forcé d'un étranger majeur décidé sur le fondement de l'article L. 511-1 du CESEDA peut légalement entraîner celui du ou des enfants mineurs l'accompagnant (CE Référé du 25 octobre 2014), **alors même que cet adulte ne serait pas le représentant légal du mineur**. Comme on l'a vu, les mineurs qui tentent d'entrer clandestinement sont presque toujours accompagnés par un adulte de sorte que **c'est un quart des étrangers transitant par le centre de rétention administrative de Dzaoudzi qui sont des mineurs (28% sur les 10 premiers mois de l'année 2015)**.
- [37] **En 2014, 4 817 mineurs ont ainsi été éloignés de Mayotte** par mesure administrative (sur un total de 19 991 étrangers reconduits). Au 1^{er} novembre 2015, 4 000 mineurs avaient été éloignés depuis le début de l'année. Très peu d'entre eux sont amenés au centre de rétention à la suite d'une interpellation de leurs parents sur le territoire (237 en 2014). Ce sont **presque exclusivement des mineurs interceptés en mer qui sont rattachés à un adulte interpellé en même temps et faisant l'objet d'un refus d'accès au territoire**. Sans exiger l'existence d'un lien juridique entre cet adulte et le mineur, le juge administratif a commencé à encadrer cette pratique. L'autorité administrative doit désormais s'attacher à vérifier, dans toute la mesure du possible, la nature exacte des liens qui existent entre l'un et l'autre, ainsi que les conditions de prise en charge du mineur dans le lieu à destination duquel il est éloigné.
- [38] Pour mener à bien ces investigations, l'administration a confié à un opérateur du secteur associatif le soin de procéder à des enquêtes rapides sur la situation des mineurs qui arrivent au centre de rétention. Les travailleurs sociaux de l'association TAMA tiennent une permanence quotidienne (sauf le week-end...) qui les amène à examiner les situations problématiques, c'est-à-dire celles qui concernent des enfants qui ne sont pas arrivés au CRA avec un de leurs parents : Selon la PAF, **37% des mineurs qui sont éloignés ont un « lien familial établi » avec l'adulte apparenté**. Pour ceux qui n'ont pas un tel lien, les travailleurs sociaux de TAMA estiment que 50% des mineurs identifiés par les services de police comme accompagnant un adulte lors de leur tentative d'immigration n'ont en réalité aucun lien de parenté avec cet adulte. Dans cette hypothèse, il est tenté d'identifier les parents du mineur ou un autre membre de la proche famille qui séjourneraient à Mayotte en situation régulière ; si tel est le cas, ils sont recherchés immédiatement et peuvent se faire remettre l'enfant. Mais les résultats de ces investigations en urgence sont très modestes (54 remises intervenues au cours des 10 premiers mois de l'année 2015).
- [39] Le temps imparti à ces recherches est très court : tous les jours, le CRA est vidé de ses occupants vers 14 heures, lors que le bateau affrété par l'administration pour ramener les Comoriens à Anjouan appareille. Les équipes sociales de TAMA ne disposent que de la matinée pour rencontrer les mineurs retenus et les parents qui veulent prévenir qu'ils laissent derrière eux des enfants à Mayotte ; si des investigations doivent être menées sur le terrain, l'enquête rapide doit être bouclée en 2 heures.
- [40] Ce dispositif d'enquête permet de mesurer le poids des éloignements forcés sur la présence de mineurs isolés étrangers à Mayotte. En 2014, 1 867 parents passés par le CRA ont signalé la présence de 1701 enfants mineurs laissés sur le territoire. L'association TAMA a conduit 495 investigations rapides, et elle est parvenue à localiser 1 522 enfants. Il s'agissait surtout de mineurs confiés à un membre de leur famille (pour ceux qui vivent seuls, un signalement est immédiatement adressé aux services de l'aide sociale à l'enfance).
- [41] Le renforcement des moyens de lutte contre l'immigration clandestine a pour effet pervers d'augmenter le nombre des mineurs isolés : les parents éloignés qui laissent un ou plusieurs enfants à la garde de tiers ont toujours l'intention de revenir, mais le temps nécessaire au regroupement familial ne cesse de s'allonger : l'association TAMA observe à travers l'activité de son service d'accompagnement des mineurs isolés qu'il fallait autrefois 3 mois en moyenne pour que les parents reviennent, puis ce délai est passé à 6 mois ; maintenant, les mesures d'accompagnement doivent être prolongées à 9 mois, voire à un an.

- [42] La piste avancée par certains qui consiste à soulager la charge du Département en matière de prise en charge des mineurs isolés étrangers en mettant en place des moyens permettant de tarir le flux des mineurs « arrivant tous les jours à Mayotte » n'est donc pas appropriée : le dispositif en place permet dans une large mesure de faire échec à l'arrivée de mineurs migrants ; à l'inverse, le renforcement des moyens conduit à augmenter le nombre des mineurs étrangers isolés qui sont nés à Mayotte et dont les parents en sont éloignés.
- [43] Du fait de forte proportion d'étrangers nés à Mayotte et du nombre élevé de mineurs empêchés d'entrer sur le territoire (il s'agit de Comoriens, l'immigration clandestine en provenance de Madagascar était surtout le fait d'adultes), **un quart seulement des mineurs comoriens vivant à Mayotte sont des immigrés.**

Tableau 3 : Lieu de naissance des mineurs comoriens résidant à Mayotte en 2012

Lieu de naissance	nombre de personnes	
Né(e) en France	30 542	75%
Né(e) à l'étranger	9 989	25%
Ensemble	40 531	100%

Source : Insee - Recensement 2012

2.2.3 L'incidence de la présence de mineurs isolés sur l'aide sociale à l'enfance

2.2.3.1 Les moyens actuellement déployés sont manifestement insuffisants

- [44] D'une manière générale, les moyens disponibles sont insuffisants pour répondre aux besoins d'accompagnement social et éducatif d'une population comptant 50% de mineurs. Le calibrage des dispositifs de protection des mineurs est généralement adossé aux caractéristiques démographiques du département considéré. Les données collectées à ce propos par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) du ministère des affaires sociales permettent de savoir que, pour l'ensemble du territoire français, l'ensemble des prises en charge éducatives dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance au 31 décembre 2013 correspondaient à **1,9% de la population âgée de moins de 21 ans**¹⁴ (réparties à parts égales entre les actions éducatives en milieu ouvert ou à domicile et les mesures de placement).
- [45] A supposer que les mineurs et jeunes majeurs de Mayotte correspondent sociologiquement à la moyenne, on devrait considérer que le Département pourrait couvrir raisonnablement le risque « mineur en danger » avec **une capacité d'exécution simultanée de 2 250 mesures individuelles**, d'origine administrative ou judiciaire¹⁵. Compte tenu de l'existant (moins de 700 mesures éducatives et placements par an), un tel objectif supposerait de **multiplier par 3 la capacité d'agir du Département.**
- [46] Mais cet objectif ne pourra pas être atteint avant longtemps, et la population et le nombre des mineurs susceptibles de justifier une mesure d'aide sociale à l'enfance continueront de croître. L'outil de projection proposé par l'Institut national des études démographiques (INED) montre par exemple que, même dans l'hypothèse d'une contraction du taux de croissance de la population tel qu'observée par l'INSEE entre 2002 et 2012, Mayotte atteindra les 300 000 habitants à l'horizon 2025, 400 000 habitants à l'horizon 2040¹⁶.

¹⁴ Source : DRESS, Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2013 ; INSEE, estimation provisoire de population au 1/01/2104

¹⁵ Lors du recensement de 2012, le département comptait 118 700 habitants âgés de moins de 21ans.

¹⁶ <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/jeux/population-demain/>

- [47] Par ailleurs cette projection ne prend pas en considération les risques particuliers auxquels sont exposés les mineurs à Mayotte, notamment la présence sur le territoire d'un grand nombre de **mineurs isolés**, présumés en danger dès lors qu'il est établi qu'ils sont « privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille (...) »¹⁷. Cependant, il n'apparaît **pas nécessaire de sur-dimensionner les dispositifs d'aide sociale à l'enfance pour répondre aux besoins particuliers des mineurs isolés à Mayotte, dans la mesure où ces besoins sont d'une nature très différente de ceux des mineurs isolés étrangers (MIE) arrivant sur le territoire métropolitain.**

2.2.3.2 Les mineurs « isolés » à Mayotte

- [48] L'INSEE, lors de son recensement de 2012, a relevé la présence de **3 900 mineurs isolés** à Mayotte, ce qui conduit certains observateurs à affirmer qu'il y avait pratiquement autant de mineurs isolés à Mayotte que sur tout le reste du territoire français¹⁸. En réalité, les deux populations cibles ne sont pas de même nature.
- [49] L'ampleur du phénomène constaté à Mayotte a justifié la création à l'initiative du représentant de l'Etat d'un Observatoire des mineurs isolés (OMI) coprésidé par le préfet et le président du Conseil général. Avec le concours d'un sociologue, David Guyot, les services de l'Etat, ceux de la collectivité territoriale et les associations agissant pour la protection de l'enfance se sont efforcés de préciser la notion de mineur isolé à Mayotte et d'affiner les estimations par grandes catégories. La définition même de ce qu'est un mineur isolé n'a pas été aisée.
- [50] Du rapport établi en 2012 par le consultant¹⁹, il ressort que les divergences initiales n'ont pas été surmontées : pour certains, un mineur isolé est celui qui n'est pas auprès d'un parent ou d'un adulte dûment mandaté pour le représenter et le protéger, pour d'autres, sa présence aux côtés d'un adulte investi d'une autorité morale, familiale ou coutumière et qui veille à son bien-être ne permet pas de le considérer comme un mineur isolé. Comme le souligne le rapport, ces difficultés d'appréhension du concept viennent d'une confusion entretenue entre mineur isolé et mineur en danger.
- [51] Au terme de son analyse, M. Guyot a retenu des estimations fournies par la direction de l'aide sociale à l'enfance du Département : il a considéré qu'il y avait en 2011 **3 000 mineurs isolés au sens juridique du terme, c'est-à-dire isolés par rapport aux personnes investies d'une mission de protection par la loi** (les parents généralement).

Tableau 4 : Estimation du nombre de mineurs isolés à Mayotte en 2011

Mineurs isolés au sens juridique	2 922	
Mineur vivant auprès d'un adulte apparenté	1 666	57%
Mineur vivant auprès d'un adulte non apparenté	584	20%
Mineur vivant sans adulte	555	19%
NR		4%

Source : *Rapport Guyot 2012 à l'Observatoire des mineurs isolés retraitement mission IGAS*

- [52] L'exploitation des données de recensement de l'INSEE en 2012, publiées postérieurement à l'élaboration du rapport, permet d'ajuster ces estimations.

¹⁷ Article L112-3 du CASF : « (...) La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. »

¹⁸ Le protocole passé entre l'Etat et l'Assemblée des départements de France le 31 mai 2013 et la circulaire d'application du ministère de la justice retiennent le chiffre de 8 000 mineurs étrangers isolés sur le territoire métropolitain.

¹⁹ Les mineurs isolés à Mayotte, Contribution à l'Observatoire des mineurs isolés, David Guyot, janvier 2012

[53] Le recensement INSEE 2012 retient un nombre supérieur de mineurs isolés, parce qu'il choisit une approche différente : il comptabilise tous les mineurs qui sont éloignés physiquement de leurs parents de manière pérenne. L'éloignement des parents peut être le fruit de circonstances familiales ou personnelles qui les amènent à être hébergés temporairement chez un tiers (pour se rapprocher de leur lieu de scolarisation par exemple) alors même que leurs parents demeurent à Mayotte et seraient probablement en mesure de réagir en cas de difficulté. Cette définition qui fait référence au lieu d'habitation conduit à retenir un nombre plus élevé de mineurs isolés au sens juridique du terme : ceux qui ont l'autorité parentale ou la capacité légale de les représenter ne vivent pas sous le même toit.

Tableau 5 : Ensemble des mineurs ne vivant pas avec leurs parents

		moins de 6 ans	6 à 10 ans	10 à 16 ans	Plus de 16 ans	Ensemble
Mineurs vivant avec un membre de la famille autre que ses parents	Français	323	237	475	198	1 232
	Etranger	304	282	537	252	1 374
Mineurs avec des adultes sans lien de parenté	Français	205	63	115	25	408
	Etranger	167	109	178	51	505
Mineurs vivant seuls	Français	0	0	87	107	193
	Etranger	0	2	91	94	187
Ensemble		999	693	1 482	726	3 900

Source : Insee, recensement général de la population 2012.

[54] La mission entend privilégier cette présentation et ces données dans l'appréciation des besoins en matière de protection de l'enfance, parce qu'il s'agit d'un comptage physique et non de simples estimations faites à partir de données éparses fournies par des opérateurs qui n'ont qu'une vision forcément partielle du phénomène. Elle permet également par son approche de mettre en évidence **le caractère spécifique du phénomène à Mayotte et de relativiser son ampleur** :

- 47% des mineurs isolés sont de nationalité française ;
- **moins de 400 mineurs sont réellement seuls** et pourraient justifier une mise à l'abri immédiate et une évaluation de leur situation ;
- La moitié de ces mineurs « en errance » sont Français ;
- pour ceux qui sont pris en charge par un adulte, **les ¾ résident chez un membre de leur famille**, qu'ils soient de nationalité française ou étrangère ;
- Parmi ceux qui sont pris en charge par un tiers, 45% sont de nationalité française.

[55] Malgré la différence d'approche, les grandes tendances sont partagées entre les données INSEE et les estimations de l'Observatoire des mineurs isolés. Cette instance a retenu pour 2014 une population de 3 137 mineurs isolés, dont 12% sans adulte référent (375), 68% vivant avec un membre de sa famille, et 12% avec un adulte tiers.

[56] Si tous ces mineurs peuvent être considérés comme isolés au sens juridique du terme, un grand nombre d'entre eux ne répondent donc pas à la définition du mineur en danger au sens du code de l'action sociale et des familles : ils ne sont pas privés de la protection de leur famille, mais simplement éloignés de la personne ou des personnes qui ont une autorité sur eux et qui, selon la conception de la famille et de l'autorité parentale retenue par le Code civil, ont un devoir de protection.

- [57] Mais la société mahoraise (et plus largement comorienne) traditionnelle n'a pas la même appréciation de la famille, de la place faite aux enfants et des responsabilités éducatives. La prise en charge de l'enfant est collective, tous les adultes de la communauté y sont associés, à commencer par ceux qui appartiennent à la famille maternelle. « *La légitimité de l'autorité des adultes, c'est dans le cercle, et de préférence chez les femmes (une tante en particulier). Dans la rue les enfants jouent ensemble, mais au sein de la même famille. La notion de voisin n'existe pas, si ce n'est dans le registre de la dérision* ». ²⁰
- [58] Dans ce modèle socioculturel, s'occuper des enfants des autres s'inscrit dans une logique de solidarité et de services rendus, c'est une obligation morale qui trouvera un jour sa contrepartie lorsqu'il sera nécessaire de solliciter un service comparable. On comprend dans ces conditions les raisons pour lesquelles on trouve à Mayotte autant d'enfants qui sont isolés de leurs parents : ce qui peut paraître un délaissement n'est en réalité, le plus souvent, que la mise en œuvre d'un mode d'organisation sociale dans lequel l'absence des parents (de la mère) est naturellement suppléée par l'entourage familial et amical.
- [59] On trouve ainsi parmi les mineurs « isolés » de Mayotte près de 2000 enfants de nationalité étrangère qui sont accueillis par la famille ou l'entourage. La plupart sont nés sur le territoire, mais ne vivent pas avec leurs parents, soit parce que ces derniers ont été éloignés par l'administration en raison de leur situation irrégulière, soit parce qu'ils vivent dans la clandestinité pour éviter leur interpellation, soit enfin parce qu'ils sont rentrés volontairement dans leur pays après avoir confié le mineur à l'entourage ²¹.
- [60] **S'agissant des mineurs de nationalité française**, leur « isolement » vient souvent d'un arrangement familial consécutif à un manque de disponibilité des parents, ou leur départ des parents pour la Réunion ou la métropole. Même eux qui vivent seuls ne sont pas non plus abandonnés pour autant : l'apprentissage de l'enfant sexué à l'autonomie le conduit, dans la conception traditionnelle, à s'éloigner de la mère et même, pour les garçons au moins, à être mis à l'écart de l'habitation familiale (« *bangas* de célibataire »). Même si cette conception traditionnelle de l'éducation évolue, notamment par la fréquentation de l'école publique qui transmet de nouvelles valeurs, on ne doit pas considérer qu'un grand adolescent qui vit seul est toujours un mineur en errance : il peut avoir son propre habitat, vivre en apparence dans la précarité, sans pour autant que les liens avec des adultes référents aient disparu.
- [61] Il reste, comme partout, des situations de rejet, en raison d'un comportement ou d'un manquement insupportable pour la famille. Par conséquent, **il n'est pas possible, lorsqu'une situation d'isolement est détectée, de s'affranchir d'une évaluation sur l'existence d'éventuels dangers justifiant une mesure de protection**. De plus, la présence d'un adulte référent auprès de l'enfant ne suffit pas être assuré du bien-être matériel et éducatif de l'enfant. Comme les parents biologiques, ces personnes peuvent éprouver des difficultés dans leur prise en charge qui justifient une action sociale.
- [62] En conclusion, la présence de 3000 à 4000 mineurs isolés à Mayotte ne doit pas conduire à la mise en place systématique de mesures éducatives, ni *a fortiori* un calibrage des capacités de placement dans ces proportions.
- [63] Il reste cependant nécessaire, chaque fois qu'une situation d'isolement au sens juridique du terme est constatée, de **veiller à la mise en place d'un cadre juridique** permettant aux adultes référents de disposer d'une capacité juridique suffisante pour assurer la protection des mineurs qui leur sont confiés, et le cas échéant de les **accompagner**, y compris par des contributions financières, dans leur prise en charge matérielle et éducative, lorsque l'adulte référent éprouve des difficultés.

²⁰ Propos de David Guyot, entretien avec la mission IGAS, 10 novembre 2015

²¹ Selon la PAF, 10% des adultes qui transitent par le CRA se présentent spontanément afin que leur retour aux Comores soit pris en charge par l'administration

- [64] Dans cette logique, un processus particulier de prise en charge des mineurs isolés pourrait être mis place afin de privilégier le recours à la solidarité sociale, par préférence à une mesure de placement en famille d'accueil ou en institution, qui s'avère souvent synonyme de déracinement et d'isolement encore plus grand, particulièrement pour les mineurs étrangers qui ne maîtrisent pas la langue usuelle pratiquée par la famille d'accueil²².

3 DES FREINS PERSISTANTS AU DEVELOPPEMENT DE MAYOTTE

3.1 Un niveau de développement économique encore faible

- [65] La production locale reste dominée par l'activité agricole avec des cultures maraichères et fruitières sur des parcelles de petite taille, tournées principalement vers l'autosubsistance. La production agricole ne satisfait qu'un tiers des besoins alimentaires de l'île, malgré un quadruplement des volumes produits et un triplement des surfaces cultivées en 30 ans. Les importations ont été multipliées par 8 sur les 20 dernières années, creusant un déficit commercial qui ne sont pas compensées par la promotion de quelques activités traditionnelles (produits de distillation destinés à la parfumerie) ou plus récentes mais qui peinent à décoller (tourisme, pisciculture).
- [66] La croissance économique, même si elle conserve un rythme très élevé (+ 6,8% en 2012) semble se ralentir (+ 8,7% en moyenne annuelle entre 2005 et 2011). Elle est principalement liée à la hausse de la consommation des ménages et, dans une moindre proportion, à la progression de la consommation finale des administrations. Malgré ce taux de croissance dynamique, **le PIB de 7 940 €/habitant reste très inférieur au PIB national (31 100 € par hab.)** et aux autres DOM (19 400 €/hab.)²³. Les inégalités en matière de revenus sont près de 4 fois plus importantes à Mayotte qu'en métropole : le rapport entre le premier et le neuvième décile est de 14,1 à Mayotte contre 3,7 en métropole²⁴.
- [67] Malgré la hausse de l'activité économique, Mayotte reste le département où le taux d'emploi est le plus faible (35,5%). L'absence d'activité professionnelle est particulièrement élevée chez les jeunes : près de 9 jeunes sur 10 dans la tranche 15-29 ans. Le chômage - au sens du bureau international du travail (BIT) - ne cesse d'augmenter : 23,6% au 2^{ème} trimestre 2015 (+ 3,9 points par rapport à 2014). Les jeunes sont les premiers touchés : 46,1% dans la tranche d'âge 15-29 ans.²⁵

3.2 Un habitat qui reste précaire et un défaut d'équipements de base

- [68] Les progrès en matière d'habitat sont notables depuis 30 ans lorsque les logements en dur ne représentaient que 6% du parc. Pour autant, selon l'Insee, un logement sur trois était encore une maison en tôle en 2012. Si 94% des logements étaient reliés à l'électricité en 2012, l'équipement des logements est faible. Seulement 70 % des logements disposaient d'un point d'eau à l'intérieur, et les douches et les WC à l'intérieur n'étaient présents que dans 40% du parc.
- [69] Les problématiques relatives au foncier et à l'aménagement du territoire constituent des freins majeurs à la production de logements, les surfaces constructibles étant limitées.

²² C'est la situation que la mission a pu observer pour les mineurs originaires du continent africain.

²³ Données pour 2012, source : INSEE Analyses Mayotte n°7, novembre 2015.

²⁴ Cour des comptes, Chambre régionale des comptes, « La départementalisation de Mayotte, une réforme mal préparée, des actions prioritaires à conduire ». Rapport public thématique, janvier 2016, 164 pages

²⁵ Référence : Enquête emploi Mayotte, Insee Flash Mayotte n°23 décembre 2015.

3.3 Un système scolaire surchargé et peu performant

- [70] A Mayotte, **3 personnes sur 10 en âge de travailler n'ont jamais été scolarisées** et 58 % ne maîtrisent pas les compétences de base à l'écrit en langue française. Les efforts consentis par l'Education nationale sont considérables : entre 2003 et 2014, le nombre des élèves a augmenté de 48.9%. Aujourd'hui, le système scolaire public accueille 90 000 élèves, dont 40 000 dans le second degré (20 collèges et 10 lycées), de sorte que 42,3% de la population mahoraise est à l'école²⁶. Mais malgré des constructions à un rythme élevé (2 nouveaux collèges ouvert à la rentrée 2015, 2 lycées en construction) et le recrutement massif d'enseignants contractuels (pour le second degré, 30% des intervenants ne sont pas des professionnels de l'enseignement), les services académiques ne parviennent pas à rattraper l'augmentation incessante du nombre d'enfants dont la scolarisation est obligatoire²⁷. Pour compenser le manque d'infrastructures, le système des classes en rotation perdure, en particulier dans le primaire²⁸, au détriment des conditions d'accueil et du temps de scolarisation.
- [71] La question linguistique est cruciale. Le français n'est la langue maternelle que d'un habitant sur dix²⁹ et 37% des personnes de plus de 14 ans ne parlent pas cette langue. Ce phénomène n'est pas seulement le fait de personnes nées à l'étranger : parmi les habitants de nationalité française, 1 sur 4 ne parle pas le français³⁰. Chaque année, 2000 élèves en primaire, 800 élèves en secondaire, doivent bénéficier d'une procédure d'accueil et de scolarisation spécifique aux allophones, comportant une formation en français préalable à leur intégration dans un cursus scolaire normal. La langue locale, le shimaoré, est la langue maternelle la plus courante (41% des habitants. Viennent ensuite les langues parlées dans les Comores (33%), proches du shimaoré, et enfin le shibushi, langue maternelle pour l'importante communauté malgache installée à Mayotte (15%)³¹.
- [72] Pour l'INSEE, **36 % des élèves ou étudiants en cours de scolarité sont en situation d'illettrisme**. Le taux de réussite aux diplômes de formation générale confirme un niveau scolaire sensiblement inférieur à la moyenne nationale : en 2014, 69 % de réussite au diplôme national du brevet (DNB) à Mayotte, 83% pour l'ensemble du territoire ; 69,1% de taux de réussite au bac général, contre 91,5% pour l'ensemble du territoire. L'enquête menée par l'INSEE met en évidence que **beaucoup, parmi ceux qui sont sortis du système scolaire mahorais avec un diplôme qualifiant, éprouvent encore de grandes difficultés à l'écrit** : 49% des titulaires d'un CAP ou d'un BEP, 19% des bacheliers âgés de moins de 25 ans.
- [73] Le faible niveau de maîtrise de la langue française, même parmi les personnes qui ont été scolarisées, explique le manque de ressources en management public ou privé, qui rend indispensable le recours massif à des cadres recrutés hors-département.

²⁶ Source "Education en chiffres", Vice-rectorat de Mayotte, édition 2015.

²⁷ Selon le Vice-rectorat de Mayotte, ce sont 1 800 places supplémentaires qu'il a fallu créer pour l'année scolaire 2014-2015.

²⁸ Il consiste à accueillir successivement deux groupes d'élèves par classe au cours de la journée, l'un le matin, l'autre l'après-midi. En 2013, 379 classes primaires connaissaient cette organisation. Pour y mettre un terme, la mission conjointe IGA-IGENR a fixé à 577 le nombre de classes primaires qu'il faudrait construire à Mayotte à l'horizon 2020 (source : rapport de la mission d'inspection relative aux constructions scolaires du premier degré à Mayotte, juillet 2013)

²⁹ Le shimaore est la langue maternelle la plus courante : 41 % de la population déclarent l'avoir parlé durant l'enfance. Les autres langues parlées aux Comores sont également fréquentes (33 %). Enfin, le shibushi (dérivé de la langue malgache) est la langue maternelle de 15 % de la population.

³⁰ Source INSEE Recensement de la population de Mayotte - 2007 Population de 14 ans ou plus par sexe, nationalité, lieu de naissance et langues parlées

³¹ Source Insee Mayotte Infos n°70 février 2014

3.4 Un accroissement de la délinquance

- [74] Mais la situation de précarité et l'absence de travail pour les jeunes génèrent une augmentation sensible de la délinquance. Longtemps cantonné à des atteintes aux biens, principalement des cambriolages, le phénomène prend depuis peu un tour plus tragique, avec des violences contre les personnes tels que les vols à l'arrachée, et même des vols sous la menace d'une arme. Le climat d'insécurité lié aux atteintes aux personnes freine l'arrivée des cadres et des enseignants, décourageant les investisseurs et met en péril les projets touristiques.
- [75] Selon les statistiques publiées par la préfecture de Mayotte³², l'augmentation globale de la délinquance a été de 7% en 2014 par rapport à 2013, année déjà marquée par une hausse de +11%. On note une hausse particulièrement importante des agressions de personnes (+24%). Les autorités judiciaires indiquent pour leur part qu'un tiers des auteurs identifiés sont des mineurs. Leur implication dans des atteintes aux personnes a fortement augmenté en 2014 (+ 46%) mais baissée dans les atteintes aux biens (- 9%). Les mineurs impliqués dans cette délinquance sont majoritairement de nationalité française, à l'image de la répartition entre Français et étrangers dans la population mineure.
- [76] Depuis quelques mois, les tensions sociales et intercommunautaires trouvent leur traduction dans des actes de violences collectives ; des bagarres en jeunes mahorais et « étrangers » et des violences en milieu scolaire.

3.5 Une situation sanitaire préoccupante

- [77] La situation sanitaire à Mayotte est très éloignée de celle des autres DOM. Il n'est pas aujourd'hui possible de calculer une espérance de vie, ni même un taux de mortalité infantile, faute de données fiables sur la mortalité. Par contre, les données épidémiologiques témoignent d'une morbidité marquée par la structure de la population très jeune et la précarité des conditions de vie : importances des pathologies de la mère et des enfants, pathologies infectieuses, sous-nutrition infantile et parallèlement, fréquence élevée de l'obésité chez les adultes avec diabète et les pathologies qui s'y associent...
- [78] **L'offre de soins est concentrée en 2015 sur le réseau hospitalier public.** le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) comprend outre l'hôpital de Mamoudzou, quatre centres de référence et 13 dispensaires périphériques. L'offre publique est complétée par le réseau de 21 centres de protection maternelle et infantile mis en place par le Département. L'offre de soins dans certaines spécialités est inexistante (par exemple, aucun lit de pédopsychiatrie – 10 lits en psychiatrie adulte). **La démographie médicale est très faible** avec en tout 152 médecins en 2014, dont 32 exerçant à titre libéral, soit une densité médicale de 71 pour 100 000 habitants (métropole = 337). L'insularité et l'insuffisance de l'offre sanitaire locale conduisent à un nombre élevé d'évacuations sanitaires coûteuses, principalement vers la Réunion, mais aussi vers la métropole.
- [79] S'agissant de protection sociale, l'absence de couverture complémentaire maladie pour une bonne partie de la population, faute de Couverture médicale universelle complémentaire (CMUc), ne permet pas de tirer les pleins bénéfices du processus d'affiliation croissante à un régime d'assurance maladie de base (168 000 bénéficiaires affiliés en 2015). Enfin, l'absence d'aide médicale de l'Etat (AME) à Mayotte laisse les étrangers en situation irrégulière sans aucune couverture maladie.

³² Conférence de presse du 10 avril 2015

3.6 Un département en grandes difficultés financières

- [80] La situation budgétaire des différentes collectivités territoriales mahoraises est très fragile. La Chambre régionale des comptes de Mayotte a eu plusieurs fois l'occasion de le souligner ; elle vient récemment de le rappeler à propos du budget du Département. Après un redressement rapide de sa situation jusqu'en 2013 sous l'effet de la croissance des produits fiscaux et douaniers, la situation s'est à nouveau dégradée depuis 2014.
- [81] Alors que le budget primitif 2015 avait été voté à l'équilibre par la précédente majorité départementale, le Département, au lendemain d'un audit, a adopté une décision modificative faisant apparaître un déficit de 45 M€ sur un budget total de la section fonctionnement s'élevant à 312 M€. Après corrections du budget en raison de son insincérité, la CRC a ramené **le déficit à 37 M€ pour un montant total de 308 M€**³³. Pour la Chambre, cette situation a pour origine une absence de maîtrise de la masse salariale notamment depuis 2013 et une défaillance de pilotage des finances départementales.
- [82] Il s'avère très difficile de se livrer à des exercices de prévision budgétaire pour les collectivités mahoraise, en raison des changements radicaux survenus récemment dans la configuration de leurs recettes, et d'une manière générale dans l'évolution des règles fiscales consécutive à la départementalisation, qui a entraîné l'application de la fiscalité de droit commun³⁴ (réforme de la fiscalité foncière, suppression des droits de douanes et instauration de l'octroi de mer, suppression de la retenue à la source pour l'impôt sur le revenu...).

4 UNE IDENTITE CULTURELLE FORTE ET ORIGINALE

- [83] Comme les autres îles qui forment l'archipel des Comores, Mayotte est profondément enracinée dans l'Islam. 95% de sa population est de confession musulmane et une forte proportion est pratiquante, en respectant le rite sunnite (école chafite). Il s'agit cependant d'une société matriarcale, avec une organisation matrilineaire : la responsabilité familiale est attribuée à la femme, à défaut à la famille de la femme, et le patrimoine foncier se transmet de mère à fille.
- [84] L'éducation des enfants est d'abord la responsabilité de leur mère, mais aussi des oncles et tantes maternelles, et plus largement de la famille maternelle, avant même qu'intervienne le père, qui ne fait qu'être accueilli chez son épouse. : « *le père est plus influent dans le cercle matrilocal (ses neveux) auquel il est rattaché qu'auprès de ses enfants* »³⁵.
- [85] L'éducation est également l'affaire du *foundi*, le maître d'école coranique, où les enfants se rendent tôt le matin, avant de rejoindre l'école publique. Il y enseigne le Coran en langue locale, mais pour les plus grands, qui fréquentent les *madrassa*, l'enseignement de la langue arabe est également accessible. La transcription écrite du shimaoré est également enseignée dans les écoles coraniques en ayant recours à l'alphabet arabe, de sorte que de nombreux Mahorais qui ne maîtrisent pas la lecture du français sont en revanche capables de lire le shimaoré transcrit en caractères arabes.

³³ Avis n° B 15 – 044. Séance du 10 décembre 2015. Avis article L1612-5 du code général des collectivités territoriales Décision modificative n°1 du budget primitif 2015 Département de Mayotte

³⁴ Cour des comptes, Chambre régionale des comptes, « La départementalisation de Mayotte, une réforme mal préparée, des actions prioritaires à conduire ». Rapport public thématique, janvier 2016, 164 pages

³⁵ David Guyot, sociologue, entretien avec la mission le 30 novembre 2015.

- [86] Jusqu'à la départementalisation, le droit coranique s'appliquait aux Mahorais relevant du statut civil de droit local. L'ordonnance n°2010-590 du 3 juin 2010 a fait évoluer ce statut pour le mettre en conformité avec les principes du Code civil (âge matrimonial, suppression de la polygamie, prohibition de la répudiation...). Il a été mis fin à l'activité des *cadi*, agents du Département exerçant les fonctions de juge pour les affaires relevant du droit musulman ; les contentieux relèvent désormais de la compétence exclusive des juridictions de droit commun. Une partie de la population locale reste soumise au droit coranique pour les affaires relevant de l'état des personnes, mais tout citoyen peut renoncer au statut personnel local, auquel cas son choix est irréversible.

ANNEXE 2 : LE CADRE JURIDIQUE AU REGARD DES PROBLEMATIQUES DE RESSOURCES HUMAINES

Sommaire

1	UN MANQUE PERSISTANT DE RESSOURCES HUMAINES QUALIFIEES ET STABLES EN MATIERE SOCIALE ET SANITAIRE	26
1.1	Le système scolaire peine à amener les élèves à un niveau suffisant pour entreprendre une formation de niveau supérieur.....	26
1.2	Les dispositifs locaux de formation professionnelle ne suffisent pas à satisfaire les besoins	26
1.3	Le recours massif aux professionnels métropolitains paraît compromis.....	28
1.3.1	Il génère un surcoût pour les employeurs.....	28
1.3.2	La qualité du service rendu est affaiblie par les obstacles linguistique et culturel	28
1.3.3	Le manque d'attractivité de Mayotte freine la venue des professionnels d'autres départements	29
2	UNE REVISION DU CADRE NORMATIF APPARAÎT NECESSAIRE	31
2.1	Le cadre normatif en vigueur est inapproprié.....	31
2.2	La pénurie durable de professionnels qualifiés à Mayotte justifierait l'expérimentation d'un partage de compétences spécifique.....	32

1. UN MANQUE PERSISTANT DE RESSOURCES HUMAINES QUALIFIEES ET STABLES EN MATIERE SOCIALE ET SANITAIRE

- [87] Mayotte souffre d'un déficit de recrutement dans le secteur sanitaire et social au regard de ses besoins en personnel qualifié. Il s'explique par un niveau scolaire faible, qui rend difficile l'accès des habitants à des études supérieures, et par un manque d'attractivité du territoire qui fait échec à l'installation pérenne de professionnels recrutés hors-département.

1.1 Le système scolaire peine à amener les élèves à un niveau suffisant pour entreprendre une formation de niveau supérieur.

- [88] Le niveau scolaire des bacheliers mahorais les préparent mal aux obstacles qu'ils auront à franchir dans un cursus d'enseignement supérieur, qu'ils devront le plus souvent entamer hors département, l'offre universitaire sur place étant restreinte. Le centre universitaire de formation et de recherche (CUFR) créé en 2011, accueille toutefois, en partenariat avec des universités métropolitaines, environ 300 étudiants par an pour un enseignement dans six filières jusqu'au niveau licence. Les sections de techniciens supérieurs dans les lycées du département disposent chaque année de 150 places pour la préparation de brevets de technicien supérieur (BTS) qui concernent exclusivement des professions du secteur tertiaire.
- [89] L'enquête menée en 2011 par les services du Conseil général sur la situation des étudiants hors du département indique que 70% des étudiants interrogés éprouvent des difficultés scolaires, que la majorité d'entre eux expliquent par leur manque de compréhension des cours en raison d'une maîtrise du français et de savoirs scolaires antérieurs insuffisants³⁶. Ceux qui sont restés à Mayotte éprouvent les mêmes difficultés : alors que le taux de réussite au BTS sur l'ensemble du territoire, toutes spécialité confondues, a atteint 78%, seulement 39% des candidats présents aux épreuves à Mayotte ont obtenu leur diplôme en 2014.
- [90] Malgré les efforts consentis pour généraliser la scolarisation des Mahorais et pour accompagner, y compris financièrement, les candidats à une formation universitaire hors département, **le niveau scolaire restera encore longtemps un obstacle à la formation de personnes originaires de Mayotte en nombre suffisant pour répondre aux besoins du territoire.** C'est particulièrement le cas du personnel soignant et du personnel socio-éducatif, la qualification de tels professionnels (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, éducateurs spécialisés, assistants de service social...) impliquant la capacité de satisfaire à des épreuves de sélection de haut niveau suivies d'études supérieures de longue durée.

1.2 Les dispositifs locaux de formation professionnelle ne suffisent pas à satisfaire les besoins

- [91] Les autorités locales ont depuis longtemps pris la mesure des difficultés rencontrées par leurs jeunes Mahorais dans leur parcours universitaire. L'étude précitée de 2011 souligne que le niveau scolaire n'est pas le seul obstacle qu'ils rencontrent. Les difficultés matérielles et financières pèsent tout autant sur leurs résultats universitaires, sans compter l'inadaptation au climat métropolitain que 31% des étudiants interrogés considèrent comme un facteur d'échec.
- [92] La mise en place de formations au niveau local ou régional (en partenariat avec la Réunion) est apparue rapidement comme une réponse pertinente, chaque fois que la nature de la formation et le contenu des programmes le permettent.

³⁶ Enquête sur les conditions de vie des lycéens et étudiants mahorais scolarisés hors de Mayotte, Direction Générale Adjointe Chargée de la formation, de l'Enseignement et de la Recherche, novembre 2011

- [93] Dans le domaine sanitaire, il ne peut pas être envisagé la formation de médecins, de sages femmes ou de chirurgiens-dentistes selon les normes françaises de l'enseignement hospitalo-universitaire, les conditions d'un tel enseignement n'étant pas réunies.
- [94] En revanche, les conditions sont réunies pour une formation de personnel infirmier et la délivrance du diplôme national d'infirmier diplômé d'Etat (IDE). L'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), créé en 2001 et repris en 2004 par le Centre Hospitalier de Mayotte, permet de former sur place une partie des étudiants reçus au concours national d'accès à la profession. D'une capacité de 10 places jusqu'en 2014, l'institut de Mayotte a été porté à une capacité de 30 places³⁷. Ceci ne suffit pas pour assurer la formation de toutes les personnes admises (72 admis sur 450 candidats à Mayotte en 2013), ce qui contraint les autres, si elles souhaitent garder le bénéfice de leur concours, à solliciter leur inscription dans un IFSI métropolitain.
- [95] C'est insuffisant pour pallier le manque d'infirmiers à Mayotte, qui ne disposait, selon l'ARS Océan indien que de 625 professionnels en activité au 1er janvier 2012 pour une population de 2012 000 habitants, soit un infirmier pour 340 habitants, une densité trois fois inférieure à celle de la profession au niveau national³⁸. Et, bien que cette formation locale soit en place depuis 15 ans, un tiers seulement des infirmiers en activité sont originaires de Mayotte.
- [96] Dans le secteur social et médico-social, les autorités ont entrepris, dès 1998, de faciliter la formation de professionnels originaires de Mayotte local en finançant leurs études dans des organismes de formation implantés à la Réunion. Une convention passée en 2006 entre le Conseil général de Mayotte et l'Institut régional du travail social (IRTS) de la Réunion prévoit la formation initiale sur trois ans d'un quota annuel de 15 professionnels venant de Mayotte : 5 assistants de service social (ASS), 5 éducateurs spécialisés (ES) et 5 éducateurs de jeunes enfants (EJE). Depuis 2014, cette convention a été étendue à la formation de moniteurs éducateurs (ME) et d'aides médico-psychologiques (AMP). Le Département assure le financement des études en contrepartie d'un engagement des bénéficiaires à exercer leur profession à Mayotte pendant un nombre d'années correspondant au double des années d'études, soit au sein des services sociaux du département si des emplois sont vacants, soit pour le compte d'un autre employeur public ou privé. Les stages pratiques qui font partie intégrante du cursus de formation se déroulent auprès de professionnels installés à Mayotte. Depuis la convention initiale de 2006, le Département a consacré 2,3 M€ à ce dispositif³⁹. A ce jour, 63 diplômés d'Etat ont été délivrés dans ces conditions par l'IRTS (37 ASS, 18 ES et 8 EJE), et 54 étudiants et stagiaires sont actuellement en formation.
- [97] Dans le prolongement de cette démarche, le projet de création d'une antenne de l'IRTS Réunion à Mayotte, dont le principe a été adopté par l'assemblée départementale dès 2007, serait en passe d'aboutir. Il concernerait dans un premier temps les filières courtes (formation sur 2 ans) telles que celle de moniteur-éducateur, pour laquelle le Département souhaite disposer d'une capacité de 15 places pour la première promotion.
- [98] Cependant le manque de professionnels subsiste dans le secteur social et les employeurs, du public comme du privé ne parviennent pas à recruter localement sur les emplois qualifiés qu'ils proposent et à stabiliser les effectifs dans la durée⁴⁰. C'est donc par la présence en grand nombre de professionnels métropolitains ou, plus rarement, réunionnais, que Mayotte conserve jusqu'ici une relative capacité d'agir dans le secteur social et médico-social.

³⁷ L'IFSI a été intégré à l'Institut des études en santé du CHM. Celui-ci dispose d'une classe préparatoire aux concours paramédicaux, d'une formation initiale d'aides-soignants et d'auxiliaire de puériculture, d'un accompagnement en VAE pour les diplômés d'aide-soignant, auxiliaire de puériculture, aide médico-psychologique et auxiliaire de vie sociale, d'une formation au tutorat pour les stages cliniques ; une école de puériculture doit ouvrir à la rentrée 2016.

³⁸ Selon la DREES, 600 000 infirmiers exerçaient en France au 1er janvier 2014 pour une population de 66 Millions d'habitants.

³⁹ Source IRTS, tableau de financement des stagiaires de Mayotte, remis à la mission

⁴⁰ A titre d'illustration le directeur de l'association TAMA, qui emploie environ 130 salariés, a indiqué à la mission que son organisme avait procédé au recrutement de 47 salariés au cours des 9 premiers mois de l'année 2015

1.3 Le recours massif aux professionnels métropolitains paraît compromis

- [99] Le fonctionnement des services sanitaires et sociaux de Mayotte reste actuellement dépendant de la métropole pour le recrutement de cadres et de professionnels qualifiés. Cette ressource, qui présente de nombreux inconvénients, risque cependant de se tarir à brève échéance.

1.3.1 Il génère un surcoût pour les employeurs

- [100] Le premier inconvénient réside dans le surcoût généré par l'indemnisation de l'éloignement supporté par les professionnels métropolitains s'installant à Mayotte. **Les majorations de rémunération et les indemnités sont particulièrement importantes s'agissant du personnel de la fonction publique, singulièrement pour le Département** qui a aligné la rémunération des agents titulaires de la fonction publique territoriale sur celle des agents de l'Etat et de la fonction publique hospitalière. Outre la prise en charge des frais de voyage et de déménagement, les agents titulaires perçoivent une indemnité de sujétion géographique, qui remplace progressivement l'indemnité d'éloignement précédemment en place. Elle donnera lieu, à compter du 1^{er} janvier 2017, au versement d'une prime annuelle de 5 mois de rémunération brute au cours des 4 premières années d'activité à Mayotte⁴¹. Le dispositif d'indemnisation de droit commun n'exclut pas, pour les métiers particulièrement en tension, l'octroi de primes d'un montant supérieur et d'avantages divers en nature. C'est notamment le cas du recrutement des médecins, ressource très rare, qui contraint les employeurs publics (Département, CHM) à accorder aux professionnels qu'ils recrutent des avantages supplémentaires (majoration de rémunération, prêt de véhicule, fourniture de logement, prise en charge des frais de voyage en métropole pour les congés annuels...).
- [101] Malgré la majoration de traitement qui l'accompagne et qui a vocation à s'inscrire dans la durée, **le nouveau dispositif indemnitaire, conserve les effets pervers déjà observés précédemment** avec le mécanisme de l'indemnité d'éloignement, en ce sens qu'il n'incite pas les professionnels recrutés hors-département à une implantation pérenne à Mayotte, l'indemnité de sujétion géographique disparaissant au terme de la quatrième année de présence.

1.3.2 La qualité du service rendu est affaiblie par les obstacles linguistique et culturel

- [102] Pour des professionnels du secteur sanitaire et social, le fait de ne pas maîtriser la langue d'échange avec les usagers constitue un sérieux handicap. Or, même si ceux d'entre eux qui prolongent leur séjour s'efforcent parfois d'acquérir quelques rudiments des langues d'échange en usage à Mayotte, la plupart des professionnels de santé et travailleurs sociaux métropolitains restent dans l'incapacité d'exercer leur métier sans l'assistance d'un tiers faisant fonction d'interprète. Les organismes employeurs sont par conséquent dans l'obligation, de recruter du personnel local non qualifié pour accompagner les professionnels dans leurs activités quotidiennes. Ainsi, le Département emploie des agents d'accueil-interprètes, personnel de catégorie C dont la présence dans les services est justifiée par la nécessité d'assister les travailleurs sociaux métropolitains dans leurs échanges avec les usagers du service public.

⁴¹ Tous les agents titulaires ou contractuels (CDI) de la FPT perçoivent également une majoration du traitement indiciaire brut, fixée à 40% à compter du 1er janvier 2017.

- [103] Aux dires de ces professionnels, la qualité des prestations d'interprétariat, pour lesquelles ce personnel ne reçoit aucune formation particulière, reste médiocre, et souvent contreproductive. **La présence d'un tiers, sans réelle garantie de confidentialité, à des échanges qui portent sur des sujets délicats, relevant de l'intimité de la vie privée, est de nature à fausser le contenu et la portée des entretiens.** Au delà de la nécessaire confiance qui doit s'instaurer entre le professionnel et la personne prise en charge, l'incapacité du travailleur social à percevoir la subtilité des expressions utilisées et à mesurer le sens de certains comportements complique le travail socio-éducatif.
- [104] Les professionnels de santé sont confrontés à des difficultés comparables dans leurs relations avec leurs patients, puisqu'ils doivent faire appel à des interprètes, y compris à l'occasion d'examens cliniques et d'entretiens sur des sujets délicats et intimes tels que la sexualité. C'est particulièrement le cas des médecins et des sages-femmes exerçant au sein des services de la PMI. Même si la présence dans les centres PMI d'auxiliaires médicaux d'origine mahoraise est de nature à faciliter le dialogue avec les femmes et les enfants pris en charge - mais cette présence n'est pas systématique - il reste que l'intercession d'un tiers dénature la relation, par essence singulière, qui doit être entretenue entre le soignant et son patient.
- [105] Les incompréhensions n'ont pas qu'une origine linguistique. Le travail social et médico-social suppose, pour être pertinent, une bonne maîtrise du cadre socioculturel dans lequel évolue le public pris en charge. Les professionnels qui ne sont pas issus de la société mahoraise ne disposent pas spontanément des clés leur permettent de comprendre cette société, et rien n'est fait pour les former, ou même les informer. Or les référentiels et les pratiques professionnelles qu'ils ont pour habitude de mettre en œuvre sont souvent inappropriés, au point qu'ils heurtent les bénéficiaires, parce qu'ils correspondent à des relations sociales et à des schémas culturels sans rapport avec leur ressenti.
- [106] Cette distorsion entre les savoirs professionnels adossés à des normes européennes et les réalités locales est particulièrement marquée dans le champ socio-éducatif. Elle se caractérise par des incompréhensions persistantes dans la mise en œuvre des mesures de protection de l'enfance, et même dans l'identification de ce qui constituerait un danger pour l'enfant. Par exemple, ce qui, au regard des normes nationales et des référentiels professionnels peut être qualifié de maltraitance, fait débat à Mayotte, au sein même des services de l'aide sociale à l'enfance, entre les professionnels issus de la société mahoraise et ceux venant d'autres départements. Les rapports tendus qui sont observés entre certaines familles d'accueil et les travailleurs sociaux métropolitains participent de ce phénomène : les assistants familiaux se comportent vis à vis des mineurs placés comme ils agissent vis à vis de leurs propres enfants, ce qui les conduit à exiger d'eux le respect de règles de vie que les éducateurs n'approuvent pas, et parfois à leur infliger des punitions considérées comme inacceptables par ces professionnels.

1.3.3 Le manque d'attractivité de Mayotte freine la venue des professionnels d'autres départements

- [107] **Les employeurs éprouvent des difficultés toujours grandissantes pour recruter du personnel qualifié hors département.** Etant dans l'obligation de respecter les normes de qualification de droit commun, ils se heurtent pour de nombreux métiers à la concurrence des autres départements pour les métiers en tension sur l'ensemble du territoire : par exemple, le recrutement de médecins devient un véritable casse-tête pour le Département, au point que mi-2014, un seul des 14 postes de médecins dont dispose la DSPMI était effectivement pourvu⁴².

⁴² La direction du CHM éprouve naturellement des difficultés comparables. Il est fait désormais recours, pour répondre aux besoins les plus criants, à des contractuels recrutés pour quelques mois dans des conditions financières avantageuses, mais aussi la mise à disposition d'un logement sécurité à proximité immédiate de l'établissement.

- [108] Il est vrai que le choix d'aller exercer une profession médicale ou sociale à Mayotte n'est pas évident pour un professionnel souhaitant une stabilité et un confort de vie, notamment familial, comparable à ses collègues métropolitains. **Si la rémunération peut apparaître dans un premier temps attractive**, quoiqu'elle ne fasse que compenser un éloignement matériel et affectif pesant et le surcoût important de certains postes de dépenses personnelles, **d'autres facteurs viennent contrarier cette première impression.**
- [109] L'insécurité personnelle a pris aujourd'hui une telle ampleur à Mayotte qu'elle conduit de plus en plus de professionnels, même installés de longue date en famille, à quitter l'île prématurément. Les professionnels recrutés hors département, du fait des risques qu'ils perçoivent pour leur entourage, préfèrent dans ces conditions venir seuls, pour un séjour qu'ils entendent limiter à quelques années, ce que le régime indemnitaire les incite en tout état de cause à choisir. La plupart des professionnels recrutés par le Département en métropole, qu'ils interviennent dans le champ social ou sanitaire sont d'ailleurs de jeunes célibataires, souvent en début de carrière, et qui considèrent leur passage à Mayotte comme une première expérience professionnelle, voire comme une démarche humanitaire correspondant à des engagements personnels.
- [110] L'insécurité professionnelle constitue un autre frein à leur installation, au moins sur le long terme. Elle résulte de conditions d'exercice de leur profession non conformes à des obligations légales et réglementaires qui sont pourtant applicables à Mayotte au même titre que dans le reste du territoire national. Ceux qui arrivent connaissent vite des déconvenues, et des inquiétudes dès qu'ils mesurent les risques de mise en cause de leur responsabilité professionnelle que ces conditions de travail entraînent. Ainsi, les services publics de santé fonctionnent souvent dans l'illégalité la plus complète, les moyens disponibles ne permettant pas de satisfaire aux normes en vigueur. Chaque professionnel s'efforce néanmoins de répondre aux besoins de la population, notamment en effectuant des actes de soins qu'il n'est pas autorisé à pratiquer (par exemple les infirmiers de la PMI assurent les vaccinations, qui sont des actes réservés aux médecins) ou en acceptant de pratiquer des actes dans un environnement non conforme aux exigences normatives (par exemple les sages-femmes procèdent aux accouchements dans les maternités périphériques, qui ne disposent pas d'obstétricien ni d'anesthésiste). Les services sociaux et médico-sociaux sont contraints aux mêmes errements : l'absence ou l'insuffisance chronique de professionnels compétents pour certaines tâches (psychologues, conseillers en économie sociale familiale, techniciens de l'intervention sociale et familiale par exemple) prive les intervenants de toute possibilité d'action pluridisciplinaire et les obligent à agir dans l'isolement, au risque de commettre des erreurs.
- [111] La défaillance de l'encadrement départemental dans l'accompagnement des professionnels de terrain, ainsi que les conditions matérielles très précaires dans lesquelles ils exercent leur métier constituent également de puissants facteurs de risque. Les éducateurs spécialisés référents des mineurs pris en charge par l'ASE ont par exemple évoqué devant la mission l'inquiétude qu'ils éprouvent à la perspective de leur mise en cause dans une situation de maltraitance dont serait victime un enfant, qu'ils n'auraient su détecter, faute de moyens de locomotion pour lui rendre visite régulièrement. Les sages-femmes de la PMI déplorent pour leur part l'absence d'équipements en état (échographes), la pénurie récurrente de médicaments (contraceptifs en particulier). Elles évoquent même l'impossibilité dans laquelle elles se trouvent parfois de procéder à un examen gynécologique des patientes, faute de gants médicaux en quantité suffisante.
- [112] Les professionnels du secteur social et médico-social rencontrés par la mission mesurent le caractère insuffisant de leurs prestations, qu'ils mettent sur le compte de leurs conditions de travail et du manque de moyens matériels mis à leur disposition, et se disent conscients des risques de faute professionnelle auxquels ils s'exposent.

- [113] Cette préoccupation est particulièrement aiguë chez les métropolitains (et les Mahorais formés en métropole) qui disposent sur ce point d'éléments de comparaison. Chez ces professionnels, les démissions ou les refus de renouvellement de contrat sont souvent justifiés par les conditions de travail, qui contribuent donc à l'instabilité des effectifs. Plusieurs procédures judiciaires sont actuellement engagées, tant sur le volet sanitaire (décès hospitaliers) que sur le volet social (maltraitance et atteintes sexuelles subies par des enfants placés). Si elles aboutissent à la condamnation des professionnels concernés, elles pourraient encore accentuer **les réticences des professionnels métropolitains à toute implantation à Mayotte, trop risquée pour leur réputation et leur carrière.**
- [114] Il apparaît en conclusion que le manque de cadres hautement qualifiés parlant la langue d'échange et désireux de rester travailler sur l'île est un phénomène qui risque de se prolonger durablement, et même de s'accroître à brève échéance. Pour l'enrayer, la mission estime qu'une évolution normative spécifique à Mayotte est nécessaire.

2 UNE REVISION DU CADRE NORMATIF APPARAÎT NÉCESSAIRE

2.1 Le cadre normatif en vigueur est inapproprié

- [115] La départementalisation a conduit à aligner Mayotte sur les exigences normatives nationales avec l'extension à Mayotte, désormais menée à son terme, du Code de la santé publique et du code de l'action sociale et familiale.
- [116] **L'adaptation de ces codes aux particularités de Mayotte n'a porté jusqu'ici que sur des aspects marginaux.** Pour l'essentiel, seules les prestations sociales restent significativement différentes de celles servies aux habitants de la métropole, mais il s'agit d'une situation affichée comme transitoire. Pour le reste, le droit commun en matière de santé publique et d'action sociale, s'applique à Mayotte, ou plus précisément est censé s'appliquer, alors que les conditions pour y parvenir ne sont pas réunies et ne pourront pas l'être avant longtemps.
- [117] Force est de constater, comme le reconnaissent déjà certains élus locaux, que le cadre normatif national, conçu pour la métropole, n'est pas approprié pour ce territoire. Malgré une départementalisation, jugée parfois prématurée, voire précipitée, les particularités géographiques, démographiques, économiques et sociales de Mayotte demeurent : elles doivent être prises en considération.
- [118] Or, l'application sans discernement du droit commun a pour conséquence de faire peser sur les acteurs locaux, qu'ils s'agissent des acteurs institutionnels, tels que le CHM ou le Département, ou des professionnels qui agissent dans le champ sanitaire et social, des obligations qui sont insoutenables dans le contexte mahorais. Elle impose aussi des contraintes qui font échec aux politiques publiques qu'on entend justement mettre en œuvre à Mayotte comme ailleurs, dans un souci légitime d'équité et de solidarité sociale.
- [119] **La politique de périnatalité est une parfaite illustration de ce paradoxe.** Connaissant un taux de natalité sans équivalent en France, le système de santé mahorais doit prendre en charge plus de 9 000 grossesses chaque année, offrir aux futures mères des conditions satisfaisantes pour l'accouchement, et assurer ultérieurement un suivi préventif d'un nombre identique de nouveau-nés chaque année. Respecter le cadre normatif en ce domaine, c'est assurer les 7 visites prénatales obligatoires, offrir à toutes les parturientes la sécurité minimum d'une maternité de type I (qui suppose l'existence d'un bloc obstétrical permettant les césariennes, la présence d'un gynécologue-obstétricien, d'un **anesthésiste-réanimateur** et d'un **pédiatre**), puis assurer les 20 visites médicales obligatoires de l'enfant jusqu'à l'âge de six ans et lui administrer, *a minima*, les 3 vaccinations actuellement obligatoires.

- [120] A titre de comparaison, le département du Finistère, qui enregistre lui aussi 9000 naissances par an (alors qu'il compte 930 000 habitants), dispose de 9 maternités implantées sur son territoire, dont 2 de niveau II et une de niveau III ; 3 750 médecins, 10 500 infirmiers et 275 sages-femmes sont en activité dans ce département⁴³.
- [121] Ce n'est donc pas seulement la capacité budgétaire des acteurs publics qui fait obstacle à l'application des normes sanitaires et sociales à Mayotte, c'est d'abord le manque de professionnels : aucun dispositif sanitaire et social observé par la mission ne répond dans la durée aux obligations légales et réglementaires, ce qui conduit chaque professionnel, comme cela a été déjà souligné, mais aussi leur encadrement, le Président du Conseil département et les autorités de tutelle (Préfet, ARS) ... dans une situation de risque juridique majeur.
- [122] Confrontés à une pénurie de moyens humains et budgétaires, les acteurs n'ont pas d'alternative que de demeurer dans cette insécurité juridique, en assumant un risque personnel au nom de l'intérêt général (qui ne suffira peut-être pas à convaincre les juges si leur responsabilité est mise en cause). Pratiquer des accouchements sans encadrement médical est générateur de risques et constitue sans conteste une infraction à la réglementation, mais il reste sans doute préférable de permettre aux femmes d'accoucher dans un environnement hospitalier allégé avec le concours de professionnels qualifiés, plutôt que de réserver à un nombre restreint d'entre elles un service conforme aux exigences réglementaires et laisser les autres accoucher dans des conditions calamiteuses. De même, il apparaît préférable de recruter des familles d'accueil qui ne répondent pas aux critères d'aptitude et de qualification professionnelle exigés par la loi et leur confier un nombre d'enfants placé excessif au regard aux normes en vigueur, plutôt que de laisser des enfants en errance dans la rue.

2.2 La pénurie durable de professionnels qualifiés à Mayotte justifierait l'expérimentation d'un partage de compétences spécifique

- [123] Puisque Mayotte ne disposera pas avant longtemps des ressources suffisantes pour parvenir à une application des normes en vigueur, les objectifs de politique publique en matière de protection de l'enfance ne pourront être atteints, du point de la mission, que par une évolution des normes au cas particulier de Mayotte. En particulier, **la pénurie des ressources humaines mobilisables localement, comparée à l'exceptionnelle ampleur des besoins recensés, devrait conduire à une adaptation des normes de qualification exigées de la part des professionnels en activité à Mayotte. Elle permettrait, tout en améliorant la qualité des services rendus, d'élargir les viviers de recrutement et de conduire à plus long terme le département vers l'autosuffisance en ressources humaines qualifiées.**
- [124] Pour certaines professions, la démarche conduit à s'interroger sur la pertinence des qualifications exigées en préalable à certains actes ou certaines missions. Pour d'autres, il s'agit de faciliter l'accès au métier pour les habitants de Mayotte, sans transiger pour autant sur les compétences jugées nécessaires.
- [125] S'agissant des normes de qualification exigées pour agir, il apparaît à l'expérience que la pénurie des ressources conduit de nombreux professionnels à se substituer au quotidien à des personnes plus qualifiées, notamment lorsqu'il s'agit de réaliser des actes courants et répétitifs. L'exemple des infirmiers exerçant au sein de la PMI est topique: le suivi de tous les enfants âgés de moins de six et leur vaccination ne sont effectivement assurés que parce que ces infirmiers acceptent d'aller au delà des compétences qui leur sont reconnues par la loi. Pour autant, il ne serait pas matériellement possible de faire assurer ce suivi et ces vaccinations par un médecin, puisque, même à effectif complet, leur nombre n'est pas suffisant pour une présence médicale dans tous les centres de PMI.

⁴³ Source : Observatoire de la démographie des professionnels de la santé de Bretagne - 1/01/2014

- [126] Sans doute, la vaccination d'un enfant est-elle porteuse de risques (choc anaphylactique) qu'un infirmier n'est pas nécessairement en capacité de maîtriser. Mais il s'agit fort heureusement de situations exceptionnelles, auxquelles en tout état de cause une formation appropriée permettrait à l'infirmier de faire face.
- [127] A l'inverse, dans la situation de pénurie médicale que connaît Mayotte, la mobilisation des 15 médecins salariés du Département en fonction à la PMI pour assurer le suivi d'enfants sains et conduire des campagnes de vaccination apparaît comme un gâchis. Il semblerait plus rationnel d'intégrer ces ressources dans l'offre de soins primaires, réservant à ces professionnels hautement qualifiés le diagnostic et traitement de pathologies sévères chez les femmes enceintes et les enfants, qui peuvent être détectées par les infirmiers au cours de leurs consultations, pour peu qu'on les informe sur les signes cliniques évocateurs. Il serait également de bon sens de permettre à ces médecins, lorsqu'ils constatent une maladie développée par un enfant reçu en consultation, de prescrire les remèdes nécessaires sans obliger les parents à se déplacer avec l'enfant malade jusqu'à un dispensaire, parfois très éloigné.
- [128] Il ne s'agit ici de promouvoir simplement une délégation de quelques tâches aux infirmiers, telle qu'elle envisagée au niveau national pour la réalisation d'actes médicaux encadrée par le médecin prescripteur ou d'assurer le suivi de patients atteint d'une pathologie précise. La rareté des médecins à Mayotte justifie une approche plus ambitieuse de **répartition des compétences médicales**, qu'il s'agisse du fonctionnement de la PMI ou de celui des dispensaires du CHM, qui participent à la prise en charge de la santé des mineurs et que la mission a visité à ce titre.
- [129] Du point de vue de la mission, les infirmiers de la PMI, en particulier, devraient être autorisés à prescrire les médicaments nécessaires au traitement des maladies banales de la petite enfance, qu'ils sont capables de diagnostiquer et de traiter, même si le droit ne les y autorise plus. Il faut à ce propos se souvenir que les infirmiers mahorais étaient investis, jusqu'en 2006, de responsabilités de cette nature dans les dispensaires et à l'hôpital. Cette fonction d'infirmier "trieur" permettait alors aux médecins de se consacrer aux situations les plus délicates.
- [130] Il s'agit d'une approche du partage des tâches comparable à celle qui est expérimentée depuis une quarantaine d'années dans des pays anglo-saxons (Etats-Unis, Royaume Uni, Canada), avec l'émergence du concept **d'infirmier-praticien** (*nurse practitioner*). Il consiste à permettre à un professionnel qualifié, **ayant suivi une formation appropriée**, de travailler de manière autonome, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Les consultations de première ligne accueillent des patients avec des problèmes indifférenciés non diagnostiqués. L'infirmier procède à l'examen clinique et **prend en charge le patient de manière autonome**, au besoin en prescrivant des médicaments inscrits sur une liste limitative, ou en le renvoyant vers un médecin référant s'il l'estime nécessaire. Les nombreuses études conduites sur ces dispositifs permettent de confirmer que les patients sont satisfaits par le service rendu et que la qualité des soins est assurée.
- [131] Le secteur social connaît, sans doute dans une moindre mesure, une problématique comparable en qui concerne le suivi des mineurs bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative. En principe, les mesures doivent être confiées à un éducateur spécialisé ou un assistant socio-éducatif, titulaire d'un diplôme d'Etat de niveau III. De fait, à une exception près, le Département n'emploie actuellement pour les missions éducatives que des agents ayant ce niveau de qualification. Or **des professionnels moins qualifiés, tels que les éducateurs de jeunes enfants, les moniteurs-éducateurs, les intervenants familiaux à domicile, voire dans certaines situations des aides à domicile, semblent capables d'assurer un suivi éducatif plus efficace des enfants pris en charge par l'ASE**, surtout lorsque, originaires de Mayotte, ils sont en mesure d'évoluer sans contrainte culturelle dans l'univers des familles concernées, ce que des professionnels métropolitains peuvent rarement prétendre. Il resterait en pareil cas indispensable, pour garantir la qualité du service rendu, de **faire encadrer ces professionnels moins qualifiés** par un assistant socio-éducatif, à qui seraient réservées certaines tâches requérant des compétences et des aptitudes particulières, telles que les travaux de synthèse et les relations avec les autorités administratives ou judiciaires.

- [132] **Sur ce point, il n'est sans doute pas nécessaire de faire évoluer la réglementation en vigueur.** En effet, le nouveau cadre d'emplois des moniteurs éducateurs et des intervenants familiaux territoriaux⁴⁴, défini par le décret n°203-490 du 10 juin 2013, fait évoluer ces emplois vers la catégorie B de la fonction publique territoriale et élargi les missions et les responsabilités qui peuvent être confiées à ces agents en matière d'aide à l'enfance et d'intervention éducative à domicile. Cette possibilité est connue et le Département l'a bien prise en considération, ainsi qu'en atteste sa volonté de promouvoir la formation de 15 moniteurs-éducateurs dès 2016.
- [133] **La problématique des familles d'accueil**, qui sera abordée dans l'annexe n°4 consacrée à l'ASE, relève de la même analyse. Face à l'insuffisance persistante de capacité d'accueil en milieu familial et aux difficultés de recrutement d'assistants familiaux qualifiés, il apparaît opportun de **faire évoluer la législation au cas particulier de Mayotte en permettant l'accueil des mineurs placés dans des familles n'ayant pas la qualité d'assistant familial**, sous réserve que ce mode d'accueil demeure étroitement contrôlé et qu'un suivi éducatif renforcé pour les enfants hébergés par ces familles permette de compenser leurs éventuelles lacunes éducatives.
- [134] S'agissant de **l'accès et de la formation des Mahorais aux métiers du champ sanitaire et social**, la mission considère que l'impact des dispositions prises par le Département, bien que marquant un progrès significatif, reste encore faible. Elles consistent en effet à financer des formations pour ceux des candidats qui ont franchi avec succès le filtre du concours initial. Or le système éducatif mahorais n'a pas la maturité suffisante pour donner, même à ses élèves les plus brillants, des chances raisonnables de succès dans des concours nationaux qui supposent un niveau d'excellence, tels que le PACES, sas universitaire d'entrée pour l'accès aux professions de médecin, sage-femme ou chirurgien-dentiste.
- [135] En outre, même lorsqu'ils prennent un engagement ce sens, les Mahorais bénéficiaires d'une formation professionnelle de haut niveau montrent peu d'empressement à revenir exercer leur métier à Mayotte. Ils préfèrent poursuivre leur vie professionnelle et personnelle là où ils ont fait leurs études. Mayotte n'est pas attractive non plus pour les Mahorais, comme le prouve le solde migratoire négatif de ce département, en dépit d'une immigration de masse. Les départs des natifs de Mayotte, qui s'élèvent à près de 18 000 personnes sur la période 2007-2012, concernent à plus des deux tiers des jeunes de moins de 25 ans.

⁴⁴ Antérieurement technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)

ANNEXE 3 : LA PMI A MAYOTTE : ETAT DES LIEUX

Sommaire

ANNEXE 3 : LA PMI A MAYOTTE : ETAT DES LIEUX.....	35
1 UN CONTEXTE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL CARACTERISE PAR LA RARETE DES RESSOURCES ET LA PRECARITE DES PUBLICS DESSERVIS.....	37
1.1 Le système de santé à Mayotte s'est construit sur un modèle intégré servi par des ressources rares	37
1.2 L'offre de soins réduite, essentiellement publique, s'est contractée tandis que la population croissait.....	40
1.3 L'offre médico-sociale est rare et repose principalement sur le secteur associatif.....	43
1.4 L'état de santé des femmes enceintes et des enfants apparaît particulièrement précaire.....	43
1.5 L'articulation mise en place entre PMI et CHM, et le rôle clef des sages-femmes dans le suivi de grossesses et la prise en charge des naissances sont des réponses adaptées à la situation.....	48
2. UNE ORGANISATION STABILISEE DEPUIS 2010 QUI FONCTIONNE SANS CADRE STRATEGIQUE VALIDE.....	53
2.1 La structure de la DSPMI s'est stabilisée depuis le début des années 2010.....	53
2.1.1 Le service de la PMI est une création ancienne de la DASS de Mayotte.....	53
2.1.2 Le service transféré à la collectivité territoriale en 2006 a été plusieurs fois remanié jusqu'en 2010	54
2.2 L'offre de service actuelle repose sur une direction récemment stabilisée et un réseau de 21 PMI qui devrait continuer à s'étoffer	55
2.2.1 Une direction médicale instable jusqu'à fin 2015 et des services dispersés.....	55
2.2.2 Le réseau de Pmi s'organise sur cinq circonscriptions dont le découpage reprend celui des unités d'action territoriales du département et des secteurs sanitaires de l'ARS	57
2.2.3 Le réseau de 21 centres PMI en service en 2015 devrait à nouveau s'étoffer.....	59
2.3 Il n'existe pas de document stratégique actualisé pour la PMI alors même qu'une programmation financière conséquente est actée pour la période 2014-2020.....	61
2.3.1 Plusieurs documents de programmation ont été établis à l'initiative du département depuis 2010, sans schéma spécifique pour la PMI.....	61
2.3.2 Des schémas de programmation et plans d'action réalisés par l'ARS interfèrent avec le schéma de PMI à venir.	62
2.3.3 Une programmation financière conséquente sur les fonds européens et le contrat de plan Etat Région a anticipé la programmation stratégique.....	63
3. DES RESSOURCES HUMAINES PLUS IMPORTANTES QUE CELLES GENERALEMENT DECRITES ET DES MOYENS DE FONCTIONNEMENT REDUITS ET EN MAUVAIS ETAT.....	66
3.1 Les ressources humaines mobilisent plus de 300 personnes dont les ³ / ₄ sont des personnels d'exécution.....	66
3.2 Un système d'information papier robuste mais mal consolidé, sans perspective d'informatisation rapide.....	69
3.2.1 Un enregistrement manuscrit de l'activité des centres PMI a été mis en place au début des 2010	69
3.2.2 Mais la consolidation des données d'activité est incomplète et tardive	70

3.2.3	Les projets d'informatisation des données d'activité ne peuvent pas se développer sans un réseau opérationnel et des équipements.....	72
3.3	Des charges sous estimées et des recettes minorées et instables	74
3.3.1	Des charges de fonctionnement très supérieures à celles admises jusqu'à présent.....	74
3.3.2	Le financement de l'activité de la PMI repose sur des recettes incomplètes et instables dans le temps	76
3.3.3	Synthèse sur les ressources financières.....	78
3.4	Des conditions de travail et de fonctionnement qui restent globalement très mauvaises	78
4	LES ACTIVITES DE LA DSPMI EN FONT UN ACTEUR MAJEUR DU RESEAU DE SOINS DE PREMIER RECOURS.....	80
4.1	Des activités périnatales, très importantes centrées sur le suivi en centre de PMI	80
4.1.1	Suivi des grossesses : une activité dans les centres de PMI beaucoup plus importante que celle des départements	80
4.1.2	Une activité d'éducation et de planning familial intégrée aux consultations en centre	84
4.1.3	Le suivi des enfants en centre fixe de PMI concerne principalement les 0-2 ans et la vaccination	86
4.1.4	L'activité de vaccination des enfants reposant sur les infirmiers est très importante mais incomplètement sécurisée ; la couverture vaccinale est inconnue	88
4.1.5	L'état nutritionnel des enfants est toujours préoccupant sans que des solutions de prise en charge et suivi opérantes à la hauteur des enjeux soient mises en place.....	91
4.1.6	Beaucoup de consultations nécessitent une orientation médicale hors du dispositif de PMI.	92
4.2	Des activités concernant les publics spécifiques inexistantes	92
4.2.1	Les relations avec l'ASE sont très réduites	92
4.3	Une cellule petite Enfance et agrément sous dimensionnée.....	93
4.3.1	Le développement et le suivi des dispositifs d'accueil de la petite enfance.....	93
4.3.2	L'agrément des assistants familiaux a saturé les capacités de la cellule petite Enfance en 2015	94
4.4	Le service d'éducation pour la santé (SEPS) a concentré son activité sur les centres de PMI au détriment de ses interventions à domicile	94
4.5	Malgré la mise en place d'une pharmacie en 2011, l'approvisionnement en médicaments, dispositifs médicaux et vaccins reste problématique dans les PMI	97
5.	CONFORMITE REGLEMENTAIRE DES EFFECTIFS ET DE L'OFFRE DE SERVICE.....	98
6.	PIECES JOINTES.....	99
6.1	Rappel des missions de PMI relevant de la compétence des départements.....	99
6.2	Etat des lieux DSPMI Mars 2015 (extrait).....	101

1 UN CONTEXTE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL CARACTERISE PAR LA RARETE DES RESSOURCES ET LA PRECARITE DES PUBLICS DESSERVIS

1.1 Le système de santé à Mayotte s'est construit sur un modèle intégré servi par des ressources rares⁴⁵

- [136] Le système de santé de l'île s'est développé historiquement sur la Petite Terre, à l'hôpital de Dzaoudzi, où était concentré l'essentiel de la population jusqu'au début du 20^{ème} siècle (estimée à 11 000 habitants en 1911). Cet hôpital est alors le seul établissement pour toutes les Comores, les autres îles ne bénéficiant que de postes avancés ou « ambulances ». Les soins aux habitants de la Grande Terre, initialement réalisés en stratégie mobile, ont été progressivement étendus avec la création de dépôts de médicaments (principalement de la quinine pour le paludisme)⁴⁶ puis de poste de soins généraux, dispensaires et maternités rurales, gérés par l'Etat jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle.
- [137] En 1976, l'architecture des services de santé croît parallèlement à la population qui est alors d'environ 45 000 habitants. Elle repose, sur le modèle des services de santé coloniaux, sur un service de soins (les 2 hôpitaux de Dzaoudzi et Mamoudzou et les 12 dispensaires ruraux) et sur un service de santé de base et des grandes endémies, en charge de la surveillance épidémiologique et des services itinérants (contrôleurs et agents itinérants et distributeurs de Nivaquine). En 1976, alors que Mayotte devient collectivité territoriale, l'état des lieux est jugé « assez catastrophique » : « ... Deux « hôpitaux » [...] ; chirurgie à Mamoudzou dans un petit bloc non climatisé, non éclairé, sans circuit d'oxygène ni d'appareil d'anesthésie. La radiologie n'est possible qu'à Dzaoudzi après 18h00 quand le groupe de la ville se met à fonctionner. [...]. 4 médecins, une IDE contractuelle, 13 techniciens de santé ou infirmiers (niveau aides-soignants des hôpitaux métropolitains), 58 servants... Pour une population estimée à 46 000 habitants la densité médicale est alors de 1 pour 11 500 habitants »⁴⁷.
- [138] Dans les années 1980, la gestion des services de santé est reprise par la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) créée à cette période. La DASS gère en 1986 les deux établissements hospitaliers, disposant chacun d'une maternité (pour un total de 23 lits), et un vaste dispositif découpé en 7 secteurs avec 7 maternités rurales (pour un total de 25 lits) toutes adossées à un dispensaire, une PMI et 2 points de consultation PMI et enfin, 18 dispensaires et 5 points de consultations.

⁴⁵ Les éléments historiques développés dans cette partie reposent principalement sur le dossier du service éducatif des archives de Mayotte : BOISSEL P et ABDOUL-KADER L, « Médecine et santé à Mayotte et dans sa région du XIX^{ème} siècle à nos jours », Avril 2013

⁴⁶ Il existe quatre dépôts en 1930 à Sada, Chingoni, Bandrélé et Chirongui

⁴⁷ ALLAIN K et MAGNIN K, Thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine : « La santé à Mayotte : particularités du système de soins et de l'exercice de la médecine générale », soutenue le 6 avril 2010 Rennes I. Cité par BAS-THERON F et CHIEZE F in Rapport d'appui à l'agence régionale de santé de l'Océan Indien pour la définition d'une stratégie prospective du système de santé à Mayotte. IGAS RM 2013-024P Février 2013

Encadré extrait du rapport d'activité 2011 de la DSDS

Dès la mise en place de la collectivité territoriale en 1976-1978 (sans arrêt), la population a demandé en premier lieu la mise en place de la DASS pour résoudre tous les fléaux endémiques : lèpre, paludisme, filariose, hépatites puis d'implanter des soins de proximité (à la place de Sada, Bandré, Mtsamboro et petite terre puis l'hôpital de Mamoudzou).

La mise en place des communes en 1978 a été accompagnée de la construction des dispensaires dans chaque commune (17 communes, dernier dispensaire achevé en 1988). Ces dispensaires étaient tenus par des infirmiers formés localement et des médecins volontaires de l'aide technique (VAT). Pour Tsingoni/Combani, Kani Kely/Mronabéja, Bouéni/Mzouasia, Poroani/Chirongui, Mtsamoudou/Bandrélé, Mtsamboro/Mtsahara, Handréma/Dzoumogné/Bandraboua, Pamandzi/Labattoir, Vahibé/Passamainty/Mtsapéré/Mamoudzou (Hôpital en Koungou/Longoni même temps les dispensaires), les dispensaires ont été doublés. Pour le reste des communes au moins un dispensaire. Dans chaque commune il y avait une maternité tenue par un infirmier qui assurait les accouchements. Dans chaque commune les dispensaires assuraient une permanence de soins (24h/24) et le dépôt de médicaments

Au total 7 secteurs de santé : Mamoudzou, Petite Terre, Nord (Mtsamboro), Sada, Bandré, Kani Kely, Mtsangamouji.

Le démantèlement a commencé avec les maternités car il fallait réduire le nombre d'accouchement à domicile et améliorer la prise en charge. De 17 maternités, on est passé à 7 à partir de 1987-1997 (Kani Kely, Bandré, Sada, Koungou, Mtsamboro, Combani, Dzaoudzi) puis à 5 maternités intercommunales. Les dispensaires ont été renforcés dans ces maternités et plusieurs dispensaires ont été fermés.

- [139] Au début des années 1990, pour desservir une population de plus de 90 000 habitants, le système de santé est redécoupé en cinq secteurs sanitaires⁴⁸ qui disposent au total de quatorze dispensaires ; le plateau technique du centre hospitalier de Mamoudzou (CHM) est développé ; on fait évoluer par ailleurs trois dispensaires vers un niveau de centre de référence ; Mayotte dispose donc de quatre établissements de ce type (Dzaoudzi, Chirongui, Kahani et Dzoumogné). En 1996, le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) est érigé en établissement public de santé autonome qui gère les hôpitaux de Mamoudzou et Dzaoudzi.
- [140] La direction des affaires sanitaire et sociales conserve la gestion des sept maternités rurales et des dix-neuf dispensaires. Elle assure en outre un double rôle de direction départementale et régionale, ainsi que les missions sanitaires et sociales d'un conseil général, dont celles dévolue à l'ASE⁴⁹, à la PMI, au service de lutte anti-vectorielle et aux services d'éducation à la santé⁵⁰. Elle est enfin responsable des transports sanitaires et du centre de formation paramédicale pour les aides soignants, aides puéricultrices et ambulanciers ; elle assure également la préparation à l'entrée en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI)⁵¹.
- [141] En 2000, la gestion des maternités rurales est confiée au centre hospitalier de Mayotte (CHM), qui reprendra en 2004 celle des dispensaires et de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI). L'offre médicale libérale est très réduite et ne repose que sur 20 praticiens généralistes (en 2006).

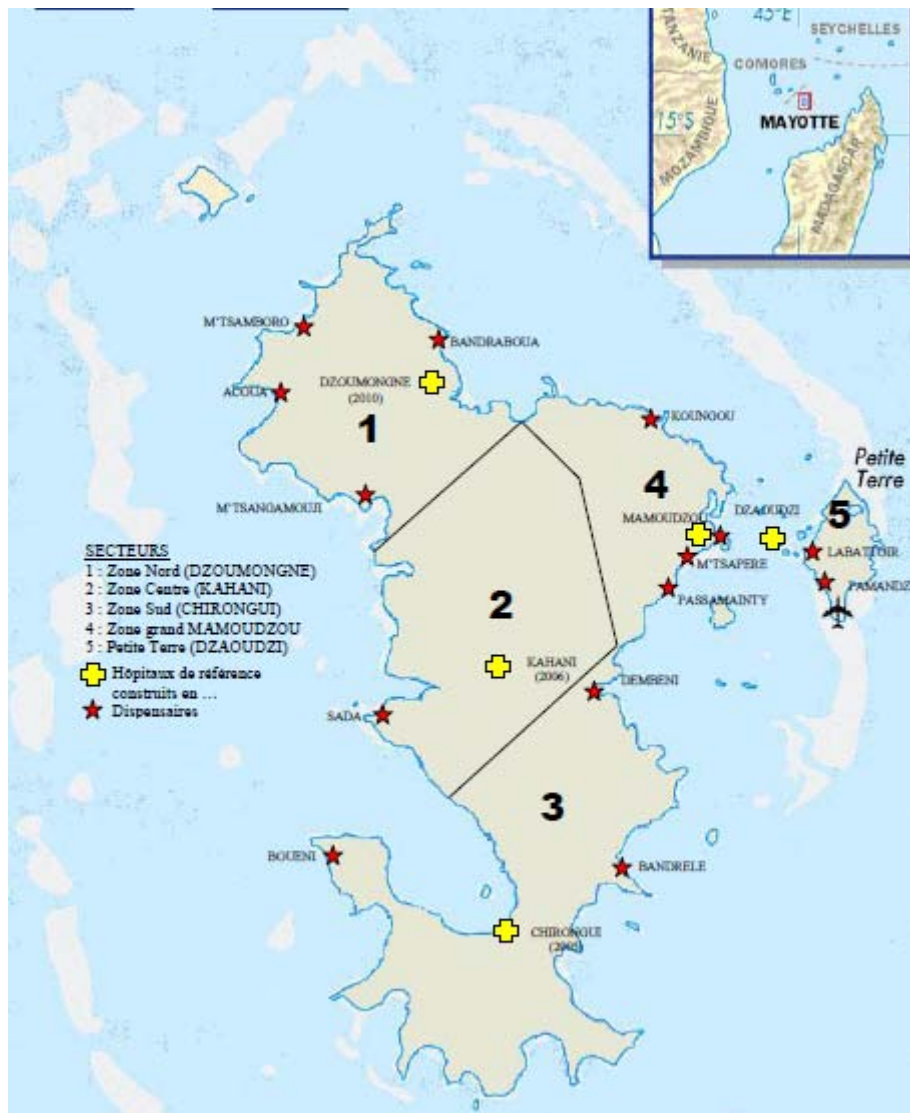
⁴⁸ Nord, Centre, Grand Mamoudzou, Petite Terre et Sud, soit le découpage toujours en vigueur actuellement

⁴⁹ Créée fin 2001

⁵⁰ RAYMOND, M Proposition de répartition des compétences en matière sociale et sanitaire à Mayotte dans le cadre de la décentralisation ; Rapport IGAS n°2004-022 ; janvier 2004, 82 pages.

⁵¹ VERNEREY M, Note sur le contexte 2003 de la collectivité départementale de Mayotte

Schéma 1 : Service de santé publique à Mayotte entre 2000 et 2010



Source : ARS Océan Indien/ Centre d'observation et d'analyse des besoins de santé 2010.

[142] Le rattachement des sites territorialisés a conduit à d'importants travaux de rénovation et de mise aux normes des « centres de référence » (2005 : Sud ; 2006 : Centre ; 2010 : Nord ; en cours : Petite Terre). Chaque centre de référence propose 24h/24 des consultations de médecine générale et des consultations et hospitalisations des parturientes. Tous disposent en effet d'un bâtiment d'hospitalisation en obstétrique (20 lits à Mramadoudou et à Kahani, 25 lits à Dzoomogné, 8 à Dzaoudzi à Petite Terre⁵²). Sauf à Dzaoudzi, ces bâtiments comportent un bloc obstétrical qui n'est cependant pas activé.

⁵² Note relative à l'activité périnatale dans les centres de référence, novembre 2011, ARS-OI

1.2 L'offre de soins réduite, essentiellement publique, s'est contractée tandis que la population croissait

[143] La population était de 212 645 habitants au recensement de 2012 ; en prolongeant les taux de croissance enregistrés entre 2007 et 2012, l'INSEE l'estime à 226 000 habitants en 2015⁵³. Le tableau suivant décrit la répartition de la population entre les différents secteurs sanitaires ainsi que le nombre de communes et villages concernés sur la base du recensement 2012.

Tableau 6 : Répartition de la population couverte par les secteurs sanitaires en 2012

Secteur sanitaire	Population (2012)	Proportion	Nombre de communes de la circonscription	Nombre de villages
CENTRE	41 603	20%	5 ⁵⁴	13
GRAND MAMOUDZOU	79 697	37%	2	13
NORD	28 965	14%	4	13
PETITE TERRE	24 203	11%	2	3
SUD	38 177	18%	5	30
Total général	212 645	100%	17	72

Source : Réseau REPEMA, INSEE RGPP 2012 ; traitement IGAS

[144] Le découpage en cinq secteurs sanitaires est stable depuis 1990⁵⁵. Seule la population couverte et - pour un cas - le nombre de villages a évolué ces dernières années, comme cela figure dans le tableau suivant. La dynamique de croissance est particulièrement forte dans les circonscriptions du Grand Mamoudzou et Centre : près de 40% d'habitants en plus entre 2002 et 2012.

⁵³ Voir sur ce point les développements du rapport relatifs à l'évolution démographique

⁵⁴ Le village de Vahibé de la commune de Mamoudzou est rattaché à la circonscription Centre ; la commune de Mamoudzou est donc décomptée deux fois : dans la circonscription Centre et dans celle du Grand Mamoudzou

⁵⁵ En 2004, l'ARH a procédé à un découpage en 11 secteurs sanitaires ; ce découpage a été ramené à cinq secteurs qui recouvrent le découpage historique

Tableau 7 : Evolution de la population par secteur sanitaire et communes entre 2002 et 2012

Secteurs sanitaires et communes de rattachement	2002	2007	2012	taux croissance 2002-2012	Taux de croissance 2007-2012
NORD	24 556	25 580	28 965	18%	13%
Acoua	4 605	4 622	4 714	2%	2%
Bandraboua	7 501	9 013	10 132	35%	12%
Mtsamboro	7 068	6 917	7 805	10%	13%
M'Tsangamouji	5 382	5 028	6 314	17%	26%
GRAND MAMOUDZOU	57 622	69 117	79 697	38%	15%
Koungou	15 383	19 831	26 488	72%	34%
Mamoudzou	42 239	49 286	53 209	26%	8%
PETITE TERRE	19 818	24 416	24 203	22%	-1%
Dzaoudzi	12 308	15 339	14 311	16%	-7%
Pamandzi	7 510	9 077	9 892	32%	9%
CENTRE	29 714	33 932	41 603	40%	23%
Chiconi	6 167	6 412	7 048	14%	10%
Mamoudzou ⁵⁶	3 236	3 736	4 072	26%	9%
Ouangani	5 569	6 577	9 834	77%	50%
Sada	6 963	8 007	10 195	46%	27%
Tsingoni	7 779	9 200	10 454	34%	14%
SUD	30 061	33 407	38 177	27%	14%
Bandrélé	5 537	6 838	7 885	42%	15%
Bouéni	5 151	5 296	6 402	24%	21%
Chirongui	5 696	6 605	8 047	41%	22%
Dembéni	9 341	10 141	10 923	17%	8%
Kani-Kéli	4 336	4 527	4 920	13%	9%
Total général	161 771	186 452	212 645	31%	14%

Source : Réseau REPEMA, INSEE RGPP 2002-2007-2012 ; traitement IGAS

[145] L'offre de soins est toujours concentrée en 2015 sur les acteurs publics, au premier rang desquels figure le CHM qui gère le centre hospitalier de Mamoudzou dont sa maternité, le centre d'orthogénie⁵⁷, et les urgences générales, ainsi que le réseau de quatre établissements de référence (maternité et accueil des urgences 24/24) et de treize dispensaires.

⁵⁶ Même observation que *supra*

⁵⁷ Quelques IVG médicamenteuses sont également prises en charge en médecine de ville

Schéma 2 : Implantation de l'offre sanitaire publique à Mayotte en 2015



Source : ARS Océan Indien/ Statiss 2014

[146] A l'exception de l'activité de dialyse, toute l'offre hospitalière est publique, concentrée sur le CHM. Il dispose de 150 lits et 17 places⁵⁸ de médecine, 40 lits et 19 places de chirurgie, 119 lits et 13 places de gynécologie-obstétrique, 10 lits de psychiatrie adulte. L'offre de pédiatrie et de néonatalogie décomptée dans les lits et places de médecine représente : 38 lits et 2 places en pédiatrie dont 4 lits de soins continus et 21 lits de néonatalogie dont 4 de réanimation et 8 de soins intensifs⁵⁹. L'offre autour de la mère et de l'enfant représente près des 2/3 des lits (dont ceux des maternités des centres de référence). Il n'y a pas de lits ni places en pédopsychiatrie. Il n'y a pas de service de soins de suite et réadaptation.

[147] La densité des professionnels de santé est à Mayotte, comme celle des établissements, très inférieure à celle de métropole, à l'exception notable des sages femmes : avec 192 sages-femmes au 1^{er} janvier 2014, Mayotte dispose d'une offre trois fois plus dense que celle de la métropole (90 pour 100 000 habitants vs 31). La densité des infirmiers est par contre trois fois plus faible (310 pour 100 000 habitants vs 943), celle des dentistes 10 fois plus faible (6 vs 63), et enfin celle des médecins cinq fois plus faible (71 vs 337).

⁵⁸ Les places sont l'unité d'œuvre de l'offre de soins en hospitalisation partielle (accueil de jour ou de nuit sur moins de 24 heures et/ou en ambulatoire), le nombre de places installées est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

⁵⁹ L'ARS reconnaît tacitement un niveau d'activité de maternité de niveau IIb pour le site de Mamoudzou.

- [148] Le réseau de l'offre publique de 2015 est plus resserré que celui des années 2000, sans que l'offre privée ne soit venue réellement le compléter : l'offre sanitaire libérale est concentrée sur les circonscriptions de Grand Mamoudzou, de Petite Terre et du Sud. Le nombre des praticiens libéraux à exercice exclusivement libéral ou mixte est passé de 20 en 2000 à 30 fin 2015 (soit 20% des médecins de l'île) ; il y a 22 médecins généralistes et 8 spécialistes libéraux (dont un pédiatre, un gynécologue-obstétricien et une gynécologue). Tous ces éléments témoignent du faible développement de l'activité privée à Mayotte : **l'offre publique continuera encore longtemps à structurer l'essentiel de l'offre sanitaire à Mayotte.**
- [149] Cette situation de personnel de santé en nombre limité va se prolonger pendant longtemps compte tenu de la situation de rareté plus relative mais fortement ressentie également en métropole : les médecins en cours de formation qui arriveront sur le marché vont servir principalement les besoins de la métropole. **La construction de l'offre de santé à Mayotte doit être adossée sur le constat de rareté médicale qui est destiné à durée.**

1.3 L'offre médico-sociale est rare et repose principalement sur le secteur associatif.

- [150] S'agissant des adultes, il n'existe pas d'établissement d'hébergement pour les personnes âgées, dépendantes ou non, et une seule maison d'accueil spécialisée pour adultes handicapés (6 places). Concernant les enfants, il existe un institut médico-éducatif (71 places), un établissement pour enfant et adolescents polyhandicapés (6 places), un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (24 places) et 2 services d'éducation spéciale et de soins à domicile (180 places) enfin un CAMSP de 22 places, confié au secteur associatif, qui a ouvert en juin 2015. A l'exception des aides soignants et des infirmiers, toutes les autres professions sanitaires et médico-sociales sont formées hors Mayotte.

1.4 L'état de santé des femmes enceintes et des enfants apparaît particulièrement précaire

- [151] La situation des mères accouchant à Mayotte est problématique : outre le nombre élevé de mineures, les mères présentent, comme une grande partie de la population, des signes de forte précarité : faibles revenus, faible niveau scolaire, faible couverture sociale (20% des femmes fréquentant la PMI étaient affiliées en 2014).
- [152] Tous les rapports insistent sur la faible qualité des données de morbi-mortalité générale à Mayotte : il n'existe en effet pas de base fiable de l'état civil et un sous enregistrement des décès déclarés qui ne représentent en 2014 que les deux tiers des décès estimés sous l'hypothèse centrale de mortalité retenue par INSEE⁶⁰.
- [153] A ce jour, s'agissant des indicateurs produits en routine, seuls ceux centrés sur la naissance et la première semaine de vie apparaissent globalement fiables⁶¹, soit le nombre de naissances et trois taux de mortalité afférents à la première semaine de vie : mortinatalité⁶², mortalité périnatale⁶³ et mortalité néonatale précoce⁶⁴.

⁶⁰ 590 décès ont été enregistrés à Mayotte en 2014 par l'INSEE INSEE Réunion- Mayotte. Hypothèse centrale mortalité 2,5 fois la mortalité France ; Résultat non publié - interrogation spécifique de la mission

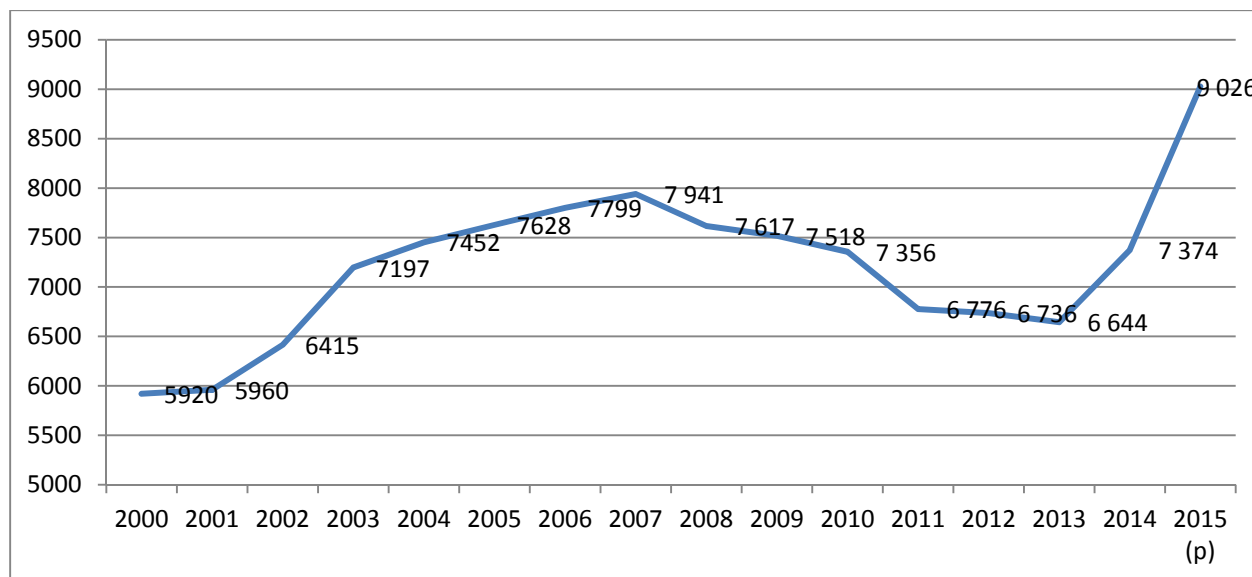
⁶¹ MAILLARD, O Evaluation de la mortalité autour de la naissance à Mayotte, INVS/CIRE Océan Indien – ARS Océan Indien, Mai 2015

⁶² Enfants morts nés à la naissance

⁶³ Enfants mort-nés à la naissance et enfants décédés jusqu'à une semaine de vie rapporté à l'ensemble des naissances

⁶⁴ Enfants décédés jusqu'à une semaine de vie rapporté à l'ensemble des naissances vivantes

Graphique 3 : Evolution du nombre de naissances 2000 – 2015 à Mayotte



Source : DSPMI/Cellule statistique ; CHM/DIM, consolidation au 15/01/2016 pour l'année 2015 ; traitement IGAS

- [154] La remontée du nombre de naissances observée en 2014 (+ 11%) s'est amplifiée en 2015 : les prévisions⁶⁵ sont supérieures à plus de 9000 naissances, soit un taux de croissance de plus de 22 % par rapport à 2014.
- [155] Le taux de mortinatalité à Mayotte est autour de 15‰ naissances entre 2012 et 2014⁶⁶ vs 9 en France⁶⁷. Le taux de mortalité périnatale est de 18,6 ‰ naissances en 2014 à Mayotte⁶⁸ vs 9,4 en 2011 en métropole et celui de la mortalité néonatale précoce de 3,4 ‰ naissances vivantes, vs 1,4 en métropole⁶⁹.
- [156] La mortinatalité est fortement influencée par la **prématurité** : elle touche dans les études générales autour d'un enfant sur deux pour les très grands prématurés (moins de 28 semaines d'aménorrhée) contre un sur sept cents pour les enfants nés à terme (au moins 37 semaines d'aménorrhée). Le taux de mortinatalité totale est également influencé par l'**âge des mères** (moins de 20 ans ou d'au moins 40 ans) et les **grossesses gémellaires** (risque multiplié par trois par rapport à une grossesse unique).
- [157] Ces facteurs sont très présents dans la population des parturientes accouchant à Mayotte. Dans l'enquête périnatale conduite par l'INSERM en 2010, 11% des naissances vivantes à Mayotte étaient prématurées vs 6,6% en métropole⁷⁰. La proportion de prématurés chez les enfants nés vivants a légèrement baissé (10.1%) dans une étude conduite par le CHM sur la période 2012-2014 ; on y relève par ailleurs que 288 nouveaux nés étaient en grande prématurité (de 28 SA à 33 SA) soit 1.4 % et 67 « prématurissimes » (avant 28 SA) soit 0.3% des naissances.

⁶⁵ Les données définitives ne sont encore complètement consolidées à la date de finalisation de ce rapport

⁶⁶ Source : CHM/DIM 2015

⁶⁷ MOUQUET MC, REY S et al. Le nouveau suivi de la mortinatalité en France depuis 2012, DREES, « Etude et Résultats », 901, décembre 2014

⁶⁸ Rapport sur mortalité autour de la naissance à Mayotte - CIRE OI mais 2015 – O. Maillard

⁶⁹ Source : INED, données 2007-2009

⁷⁰ BLONDEL B et KERMARREC M, La situation périnatale en France en 2010, DREES, Etudes et Résultats, n°775, octobre 2011

Tableau 8 : Terme de la naissance des nouveaux nés, né vivants

	2012	2013	2014	2012-2014	%
22-27 SA	21	22	24	67	0,3%
28-32 SA	94	83	110	287	1,4%
33-36 Sa	613	510	579	1702	8,3%
37-41 SA	5853	5897	6492	18242	89,2%
> 41 SA	54	43	57	154	0,8%
	6635	6549	7262	20446	100%

Source : CHM/DIM, traitement IGAS

[158] L'âge des mères est également connu comme un facteur aggravant le pronostic foetal. Sur la période 2010-2014, 4,2% des parturientes enregistrées au CHM avaient plus de 40 ans et, à l'inverse, 5,1% étaient mineures⁷¹ (vs 0,5% en métropole d'après l'INSEE).

Tableau 9 : Répartition par tranche d'âge des parturientes du CHM de 2010 à 2014

âge	2010	2011	2012	2013	2014	2010-2014	%
< 15 ans	68	45	40	32	56	241	0,7%
15-17 ans	324	299	278	259	324	1484	4,4%
18-19 ans	431	385	414	433	460	2123	6,3%
20-24 ans	1627	1406	1336	1355	1492	7216	21,3%
25-29 ans	1775	1759	1774	1743	1846	8897	26,2%
30-34 ans	1576	1562	1575	1502	1651	7866	23,2%
35-39 ans	869	866	950	908	1049	4642	13,7%
40-44 ans	210	261	243	268	340	1322	3,9%
45-49 ans	17	19	17	19	22	94	0,3%
50 ans et plus	5	2	1	5	2	15	0,0%
Total	6902	6604	6628	6524	7242	33900	100%

Source : CHM/DIM, traitement IGAS

[159] Un dernier facteur est susceptible de peser fortement sur la mortalité : le nombre élevé d'accouchements survenant hors structure de soins (mortalité multipliée par 6). A Mayotte, la proportion d'environ 5 % des accouchements hors structures de soins par an en moyenne jusqu'au début des années 2010 est en apparence croissante. Elle concerne aujourd'hui 8% à 9 % des naissances, mais les modalités de codage ont changé en 2013⁷². Il ne s'agit pas d'accouchements à domicile programmés (les sages-femmes libérales ne les pratiquent pas et les matrones traditionnelles ont pratiquement cessé leurs activités) mais d'accouchements imprévus ou survenant sur le trajet domicile – hôpital, phénomène qui est loin d'être aussi marginal qu'en métropole (< 1%).

⁷¹ Source : CHM/DIM 2015

⁷² Il se fait à partir du registre des naissances par le département d'informatique médicale (DIM) vs par les sages-femmes à la maternité avant cette date ; or certaines sages-femmes codaient la naissance comme survenant à l'hôpital lorsque l'expulsion du placenta y avait lieu, et alors même que l'enfant était né à domicile ou sur le trajet.

Tableau 10 : Evolution du nombre d'accouchements survenant hors structure de santé

	2012	2013	2014	Estimation 2015
Nombre	309	523	562	808
%	4.66	8.01	7.76	8.8

Source : CHM/DIM, prévisions au 23/11/2015 pour l'année 2015

- Le suivi des grossesses apparaît tardif et incomplet ;
- L'ARS de l'océan indien relève qu'il n'y a pas de déclaration de grossesse chez 35% parturientes de Mayotte (vs 0,5% en métropole) et moins de 7 consultations prénatales pour 49% des parturientes (vs 81% bénéficiant de 7 consultations prénatales ou plus en métropole) ;
- Le nombre de consultations prénatales chez les parturientes était estimé à 3,6 en 2011 et 2,4 en 2013 par le conseil général⁷³. Le schéma de l'organisation des soins de l'ARS Océan Indien(S.O.S.) 2012-2016 fixe un objectif de 7 consultations.
- 46,4 % des parturientes ont eu une à deux échographies, 32% bénéficient de trois échographies. Le nombre moyen d'échographies est de 5.5 par femme en métropole et de 2.7 à Mayotte. Ce déficit concerne principalement l'échographie du premier trimestre (T1), réalisée dans seulement 32 % des cas, alors que les échographies des second et troisième trimestres (T2 et T3) sont faites dans environ 60 % des cas. Ce déficit des échographies T1 est directement relié à une entrée tardive dans le processus de prise en charge des femmes enceintes.

[160] Une étude sur une cohorte de 1115 enfants nés à la maternité de Mamoudzou entre 2012-2013⁷⁴ a estimé, dans cette population qui concentre les risques⁷⁵, le taux de mortalité périnatale à 27 pour mille. Les principaux facteurs repérés de surmortalité étaient la **date de déclaration de la grossesse tardive** (après 14 semaines d'aménorrhée) **chez une parturiente sur deux** ; un suivi d'en moyenne 2,45 échographies pendant la grossesse vs 5,5 en France hors Mayotte avec une date médiane de la première échographie à 15 semaines d'aménorrhée [8 – 38] ; l'étude n'a toutefois pas mis en évidence de différence significative d'impact des déclarations tardives sur la probabilité d'un décès périnatal ou d'une complications maternelle ; par contre elle établit un lien statistique significatif entre déclarations tardives et probabilité d'une hospitalisation néonatale. Cette même étude relevait la fréquence des facteurs de risque associés (diabète, HTA) contrastant par contre avec un tabagisme très faible chez les parturientes de Mayotte (1% au 3^{ème} trimestre) ;

[161] Le retard ou l'absence de suivi trouve sa source dans deux phénomènes. Il existe, d'une part, un frein culturel connu à consulter avant le début du second trimestre ; d'autres part une forte proportion de parturientes d'origine comorienne, arrivées clandestinement à Mayotte à un stade avancé de la grossesse, en vue d'accoucher.

⁷³ Rapports d'activité de la DSPMI 2011 et PMI 2013 et 2014

⁷⁴ GOMEZ Lauriane, Morbi-mortalité des nouveaux nés à Mayotte, Thèse de médecine, mars 2014, Université de Bordeaux Segalen, 75 pages

⁷⁵ Il existe un système de référence entre centre d'accouchement périphérique et maternité centrale, qui dirige vers cette dernière tous les accouchements potentiellement à risque

Tableau 11 : Enquête sur la durée de résidence sur le territoire de Mayotte précédant leur accouchement au CHM des parturientes selon leur origine

Origine	Comores	Mayotte	Autres	Total	% durée résidence
- de 3 mois	51			51	19%
3 mois à 1 an	40		1	41	16%
+ d'un an	97	63	11	171	65%
Total	188	63	12	263	100%
% origine	71%	24%	5%	100%	

Source : ARS OI/ PMI Note périnatalité juillet 2015, enquête du 15 au 28 juin 2015

- [162] Le phénomène « d'immigration sanitaire obstétricale » a fait l'objet d'une rapide enquête réalisée par la PMI, à la demande de l'ARS sur la seconde quinzaine de juin 2015, auprès des femmes venant d'accoucher : à leur sortie de maternité, 71% des parturientes étaient originaires des Comores et 27% parmi elles étaient arrivées dans l'île depuis moins de 3 mois.
- [163] Parmi ces femmes, la proportion de non affiliées à la sécurité sociale était globalement de 70%, mais de 84% pour les femmes originaires des Comores. La non-affiliation des parturientes renforce les difficultés d'accès aux soins.
- [164] Précarité des conditions de déroulement des grossesses et insuffisance ou absence de suivi conduisent à des taux élevés de prématurité, mais aussi à des taux élevés d'enfants de petits poids à la naissance, facteur pouvant évoluer indépendamment de la prématurité : 11,5% des enfants présentaient un poids de naissance inférieur à 2 500 g sur la période 2012-2014 vs 6,4% dans l'enquête périnatale nationale de 2010⁷⁶.

Tableau 12 : Evolution du nombre d'enfants nés vivants au CHM avec un faible poids de naissance entre 2012 et 2014

Poids de naissance	2012	2013	2014	2012-2014	%
< 1 000	30	22	32	84	0,4%
1 000 - 1 999	183	174	223	580	2,8%
2 000 - 2 499	551	530	606	1687	8,3%
2 500 - 4 499	5862	5806	6380	18048	88,3%
> 4 500	9	17	21	47	0,2%
Total	6635	6549	7262	20446	100%

Source : CHM/DIM

- [165] Les indicateurs de précarité du déroulement des premières années de vie des enfants de 0 à 6 ans sont superposables à ceux de leurs mères. Les indicateurs sanitaires apparaissent beaucoup moins disponibles. On a relevé en introduction de ce paragraphe, la faiblesse des données de mortalité après la première semaine de vie.

⁷⁶ DREES, Etudes et Résultats, n°775, octobre 2011 op.cit

- [166] Les données de morbidité sont également rares et ne permettent pas d'établir de série chronologique sur l'ensemble de la population. Il n'existe pas de données établies à partir des certificats obligatoires du 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois qui ne sont pas délivrés et/ou exploités à Mayotte. Les taux de couverture vaccinale sont anciens (2010). Tout au plus dispose-t-on de données sur l'état nutritionnel d'enfants suivis par la PMI ou par des associations.
- [167] La situation nutritionnelle préoccupante des enfants à Mayotte, ancienne et récurrente (malnutrition des enfants, béri-béri en 2004, marasme en 2008)⁷⁷, est toujours d'actualité : 7,3% des enfants vus en 2011 à la consultation de Médecins du Monde présentaient une malnutrition aiguë⁷⁸.
- [168] Les données d'activité de la PMI confirment l'importance du nombre d'enfants présentant une malnutrition aiguë et chronique (cf. *infra*). Elles ne peuvent toutefois pas être rapportées à un dénominateur, et la prévalence de la malnutrition des enfants vus en consultation n'est pas connue.

1.5 L'articulation mise en place entre PMI et CHM, et le rôle clef des sages-femmes dans le suivi de grossesses et la prise en charge des naissances sont des réponses adaptées à la situation

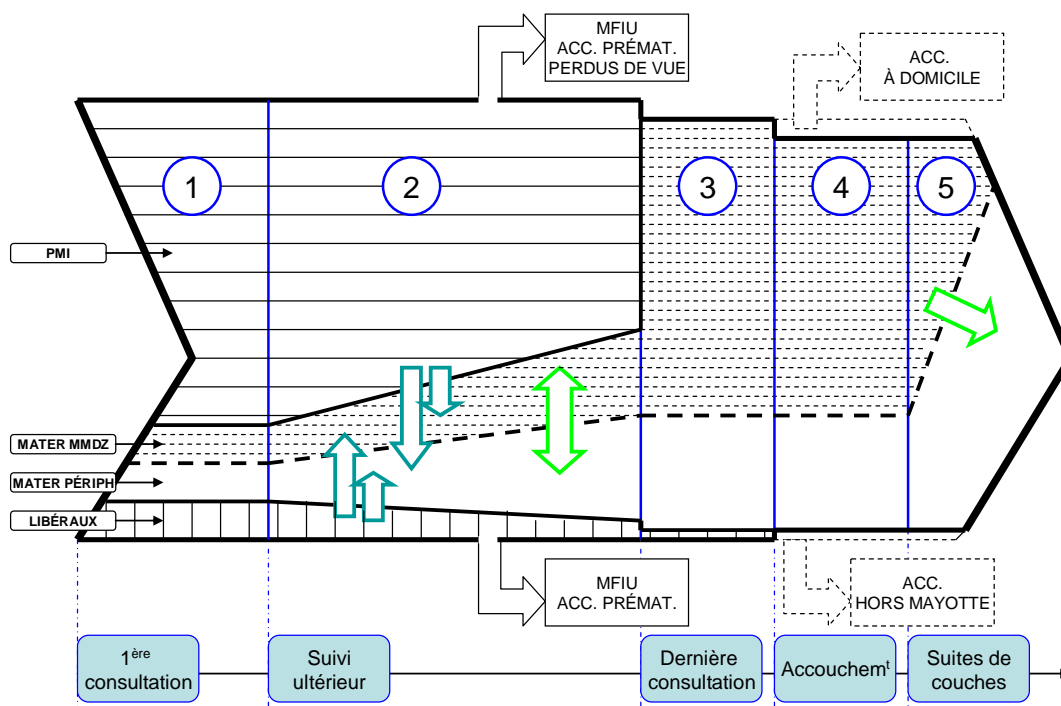
- [169] L'organisation du suivi des grossesses à Mayotte est doublement atypique par rapport aux dispositifs métropolitains et aux autres départements d'outre-mer.
- [170] Elle se caractérise tout d'abord par le rôle très important de la PMI qui assure le deux tiers du suivi des grossesses physiologiques jusqu'à 36 semaines d'aménorrhée et le dépistage des grossesses à risque. Ce suivi y est réalisé presque exclusivement par des sages-femmes, en raison d'un déficit fréquent en médecins de PMI mais aussi du fait que ces derniers sont principalement occupés au suivi des enfants (cf. *infra*). Le centre hospitalier joue un rôle de recours pour toutes les grossesses dépistées comme à risque par la PMI (environ 20 % du total des grossesses)⁷⁹. Il prend en charge l'ensemble des grossesses après 36 semaines, en vue de l'accouchement.
- [171] L'offre libérale est faible, principalement concentrées sur un réseau de sages-femmes qui suivent les grossesses physiologiques et/ou pratiquent les échographies.
- [172] Le graphique suivant, établi par une mission d'évaluation sur la prise en charge des femmes enceintes à Mayotte en 2013 reste tout à fait d'actualité en 2015.

⁷⁷ Schéma de prévention et promotion de la santé, Plan régional de santé, ARS Océan Indien, 29 juin 2012

⁷⁸ Etude de la situation nutritionnelle des enfants en 2011 Médecins du Monde, Enquête prospective du 1er Avril au 1er Juillet 2011 – rapport d'analyse MARS 2012)

⁷⁹ BARAU G, HARTMAN JF, Evaluation du processus de prise en charge des femmes enceintes à Mayotte, Rapport d'évaluation, 2013, 39 pages

Schéma 3 : Répartition et dynamique des charges du processus de réalisation en fonction des différentes étapes de prise en charge de la grossesse



ACC : accouchement ; MFIU : mort fœtale in utero ; MMDZ : Mamoudzou ; PRÉMAT : prématuré

Source : BARAU G, HARTMAN JF, *Evaluation du processus de prise en charge des femmes enceintes à Mayotte, Rapport d'évaluation, 2013, 39 pages.*

[173] La seconde atypie repose sur le fait que les accouchements ressortent du seul rôle du CHM et de son réseau de centres de naissances périphériques. Ces centres sont animés exclusivement par des sages-femmes et ne permettent que la réalisation d'accouchements normaux par voie basse. Ces centres d'accouchement ne disposant ni d'obstétriciens, ni d'anesthésistes sont atypiques et leur fonctionnement n'est pas conforme au droit commun, ce qui n'a pas manqué d'être signalé, notamment par la Chambre régionale des comptes⁸⁰. Ils ne peuvent en effet être considérés comme des maternités de niveau I⁸¹ ni s'inscrire dans le cadre normatif des maisons de naissances, qui doivent être à proximité immédiate de structures hospitalières.

[174] Le dispositif, tant PMI que CHM, est donc principalement fondé sur l'activité des sages-femmes. Sa sécurité dépend de leur capacité à transférer les grossesses ou les accouchements à risque vers la maternité du CHM. Le rapport d'évaluation Barrau-Hartman de 2013 susvisé, témoigne d'une prise en charge tant par les sages-femmes des centres de référence du CHM que de la PMI non seulement des grossesses physiologiques mais aussi des grossesses à risque modéré, et appelle à mieux l'encadrer (protocoles, suivi des événements indésirables, formation, renforcement du réseau...).

⁸⁰ Gestion des maternités du centre hospitalier de Mayotte, rapport d'observations définitives, Juin 2015, Chambre régionale des comptes. Mayotte, 58 pages.

⁸¹ Ils ne répondent pas aux exigences du décret 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique

- [175] Il préconise également le maintien du modèle dérogatoire « centre de naissance – maternité de Mamoudzou » en le renforçant, notamment s’agissant du dossier obstétrical partagé, du système d’information et enfin du dispositif de transfert, principal point faible identifié⁸². Cette zone de risque liée aux modalités de transfert des parturientes vers le CHM en cas de complication a été bien identifiée également par la Chambre régionale des comptes et les acteurs locaux ; elle fait l’objet d’une réflexion dans le cadre du plan périnatalité en cours d’élaboration par l’ARS.
- [176] Il n’appartenait pas à la présente mission d’évaluer les résultats de cette organisation interne du CHM mais sur la base des données recueillies en routine par le département d’information médicale, il a été possible de mesurer quelques effets sanitaires que cette organisation atypique emporte.
- [177] On rappelle qu’environ les deux tiers des naissances surviennent à Mamoudzou qui dispose d’un peu plus d’un tiers des lits d’obstétrique du CHM. Si la répartition des naissances s’opérait uniquement en proportion de la zone d’habitation desservie, cette proportion aurait été inverse avec 37% des naissances sur le Grand Mamoudzou en 2012. Il existe un double système de transfert d’une zone à l’autre : d’une part les parturientes non à risque d’une circonscription peuvent s’adresser directement au site de Mamoudzou et d’autre part les grossesses à risque y sont dirigées par les sages-femmes de périphérie.
- [178] Tout d’abord, s’agissant d’un indicateur portant sur les grossesses gémellaires, considérées comme des grossesses pathologiques devant être transférées sur Mamoudzou, on observe que cette règle est globalement bien respectée : les naissances gémellaires sont rares dans les centres périphériques.

Tableau 13 : Nombre de des jumeaux, nés vivants en centre périphérique ou à Mamoudzou entre 2012 et 2014

	2012	2013	2014
MAMOUDZOU	173	172	220
Périphérie	4	6	9
Total	177	178	229

Source : DIM/CHM

- [179] Les morts fœtales non provoquées (il s’agit ici des interruptions médicales de grossesses ou IMG) sont concentrées sur Mamoudzou, ce qui témoigne là-aussi du bon fonctionnement du repérage et de l’orientation.

⁸² La principale zone de faiblesse concerne les transferts des centres de naissance périphériques vers le CHM en raison de l’absence d’ambulance dédiée à cette mission. L’ambulance du SMUR attachée à un centre de référence peut donc être engagée sur une urgence générale et ne pas être disponible en temps utile pour un transfert secondaire en obstétrique.

Tableau 14 : Nombre de morts fœtales observées en centre périphérique et à Mamoudzou, hors IMG

	2012	2013	2014
MAMOUDZOU	81	80	91
Périphérie	6	8	8
Total hors IMG	87	88	99

Source : DIM/CHM ; traitement IGAS

[180] S'agissant des enfants nés vivants et décédés à l'issue de leur sortie du CHM, la mortalité néonatale est également concentrée sur Mamoudzou

Tableau 15 : Nombre de morts néonatales selon leur lieu de naissance et leur origine périphérique ou à Mamoudzou

	2012-2014	
Dont nés et DCD en périphérie	3	4%
Dont nés en périphérie et DCD Mamoudzou	7	10%
Dont mutation de la mère avant accouchement	22	30%
Dont naissance à domicile	2	3%
Total décès enfants nés vivants en périphérie	10	14%
Total DCD	73	100%

Source : DIM/CHM ; traitement IGAS

[181] Ces données confortent les analyses sur les process conduites en 2013 par la mission d'évaluation Barrau-Hartman : dans un contexte de très forte tension sur les ressources qualifiées, appelé à perdurer pour les obstétriciens et anesthésistes, le CHM propose une organisation structurée sur un système de prise en charge et repérage par les sages-femmes qui fonctionne de manière satisfaisante, quant bien même des améliorations sont encore possibles, notamment sur les conditions de transfert en urgence de la périphérie vers la maternité de Mamoudzou.

[182] Sauf à ce que l'attractivité de Mayotte pour les médecins et leur disponibilité évoluent favorablement à très court terme, la mission considère que ce système ne peut pas être mis en conformité avec le cadre légal et réglementaire sans dégrader le service rendu (proximité et qualité) ; la concentration de l'ensemble des naissances sur le seul site de Mamoudzou n'est ni possible ni même forcément souhaitable. Il apparaît par conséquent indispensable de modifier la législation applicable de manière à sécuriser l'exercice des professionnels qui acceptent de travailler à Mayotte dans ces conditions et de mettre un terme aux injonctions paradoxales de mise en conformité qui s'avère impossible à satisfaire.

- [183] Au total, dans un contexte de croissance très importante du nombre de naissances en 2015 (+ 22%), qui concerne principalement des parturientes d'origine comorienne récemment immigrées, les services de santé publique assurent l'essentiel de la charge du suivi et de la prise en charge des grossesses à Mayotte. L'offre de services du Conseil départemental, qui s'articule avec celle des centres de naissance et la maternité du CHM, est structurellement et durablement sous-dotée en médecins. Le suivi du pré et post-partum repose principalement sur les sages-femmes de PMI et hospitalières, appuyées par quelques collègues libérales.
- [184] La situation sanitaire et sociale très précaire des parturientes, les difficultés de transports pour accéder facilement aux structures de soins, les habitudes culturelles et enfin, l'immigration à des fins obstétricales en provenance des Comores, sont des facteurs de risque importants pour la mère et l'enfant à naître et expliquent une mortalité d'autant plus élevée que le suivi de ces grossesses est tardif et insuffisant.

2. UNE ORGANISATION STABILISEE DEPUIS 2010 QUI FONCTIONNE SANS CADRE STRATEGIQUE VALIDE

2.1 La structure de la DSPMI s'est stabilisée depuis le début des années 2010

2.1.1 Le service de la PMI est une création ancienne de la DASS de Mayotte

[185] Le suivi des femmes enceintes et des enfants est réalisé dans l'ensemble du réseau de soins, notamment des maternités depuis leur création. L'offre de services de PMI individualisés remonte aux années 1980 comme on l'a vu *supra*. Il existait à cette période, outre les sept maternités rurales qui assuraient consultations prénatales et accouchements, un premier site dédié aux seules consultations (à M'Tsamoudou, commune de Bandré). A cette période, le réseau PMI-maternités, géré par la DASS, était fortement articulé avec celui des dispensaires et centres de références.

[186] La DASS va développer le réseau PMI ainsi que les autres services médico-sociaux avant leur transfert effectif à la collectivité territoriale en 2006. Au sein de la DASS, le service de la PMI appartenait au pôle social et médico-social de la DASS qui comportait deux autres pôles (santé publique et logistiques et moyens). Le pôle santé gérât notamment le réseau des dispensaires et des centres de référence hospitaliers. Le pôle médico-social comportait, outre le service de la PMI, le service de polyvalence de secteur, d'éducation à la planification familiale, d'aide sociale, d'aide sociale à l'enfance et d'action sociale. Il préfigurait ce faisant la future direction de la solidarité et du développement social du conseil général (*cf. infra*).

Tableau 16 : Effectifs de la DASS en 2003, par pôle d'activité.

Effectifs DASS de Mayotte 2003	Effectifs réels	Théoriques	vacants
Direction DASS	9	9	
Délégation aux droits des femmes et à l'égalité	3	1	
Pôle santé	435		
Dispensaires	311	315	
Cabinets dentaires	9	18	
Centre appareillage	8	8	
Centre de formation paramédical	6.5	6.5	
Inspection de la santé	34.5	34.5	
Entomologie et Lutte anti-vectorielle	57	60	
Santé Environnement	9	9	
Pôle médico-social	123.75		
PMI	42.5	49	6.5
Education planification familiale	8	8	
Centre de planification et d'éducation familiale	0	0	
Service social de polyvalence	34	37	
Aide sociale à l'enfance	17.25	19	1.75
Aide et action sociale, protection sociale	18	8	
Habitat social	4	4	
Pôle logistique et moyens	66		
Logistique	45	51	
RH	11	12	
Comptabilité	6	5	
COMI (informatique)	4	4	22.25
TOTAL	636.75	658	

Source : Annexe 6. Rapport IGAS 2004 022 sur proposition de répartition des compétences en matière sociale et sanitaire. Retraitement mission.

- [187] On relève que le service disposait de 7 postes budgétaires de médecins et 13 postes de sages-femmes, pourvus à 75%. Dans le rapport IGAS précité de 2004, il est relevé que les effectifs de la DASS ont fait l'objet d'un renforcement très important dans le cadre du contrat de plan Etat Région 2000-2004 : + 123 ETP et d'un effort important pour la construction des maternités périphériques... Cet effort se poursuivra pour la PMI, dans le cadre de la nouvelle sectorisation en 5 zones dont la montée en charge est programmée entre 2003 et 2007 : l'effectif cible étant de 107 agents à terme (vs 55.5 postes en 2003).

2.1.2 Le service transféré à la collectivité territoriale en 2006 a été plusieurs fois remanié jusqu'en 2010

- [188] En application de l'article 65 du titre VII de la loi n°2001-616 du 11 juillet 2001, et de l'avenant à la convention cadre entre Etat et la Collectivité Départementale de Mayotte relative à la formalisation de la partition des services sur la base d'une répartition effective des compétences entre l'Etat et la CDM en matière sanitaire et sociale, la direction de la solidarité et du développement social (DSDS) est entérinée par la délibération n°2005-116/CG du 24 octobre 2005.
- [189] Le transfert de la PMI de l'Etat au Conseil général est alors facilité par le maintien dans ses fonctions du chef de service de la PMI au sein de la DASS, qui devient le médecin coordinateur de la PMI départementale, et le premier directeur de la direction de la santé et de la protection maternelle et infantile (DSPMI), fonctions qu'il occupera jusqu'en 2009.
- [190] La DSPMI est structurée initialement en quatre services : PMI, service « Actions de santé », service Education pour la santé (SEPS) et enfin, conseil et orientation familiale (COFAMIL)⁸³. Le service de PMI et le service « Actions de santé » sont conçus comme des services de médecine préventive, les deux autres comme des services d'éducation pour la santé, le SEPS étant généraliste, toutes thématiques confondues et le second, le COFAMIL, spécialisé en matière de planification familiale « *« du fait de l'intérêt porté par la collectivité départementale à la maîtrise de la démographie »* ».
- [191] En 2007, la DSPMI crée une cellule « Modes de garde collectifs et individuels » basée à la PMI de Jacaranda, afin de développer l'accompagnement des porteurs de projet et la compétence d'autorisation dévolue aux conseils généraux, détaillée dans les décrets du 1er août 2000 et du 20 février 2007⁸⁴. En 2007 également, un service de statistiques est créé.
- [192] Une cellule « petite enfance » est créée en 2009 pour développer les différents modes d'accueil. Il est également implanté un service de pharmacie qui *comporte notamment une référente sécurité sociale en vue de la mise en place annoncée des feuilles de soins* pour le remboursement au département des actes réalisés au bénéfice des assurés sociaux⁸⁵. En 2009 également, les activités du service « Actions de santé » en charge notamment de la lutte antituberculeuse, de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA sont transférées à l'ARS.

⁸³ Rapport d'activité DSPMI 2007, 21 pages

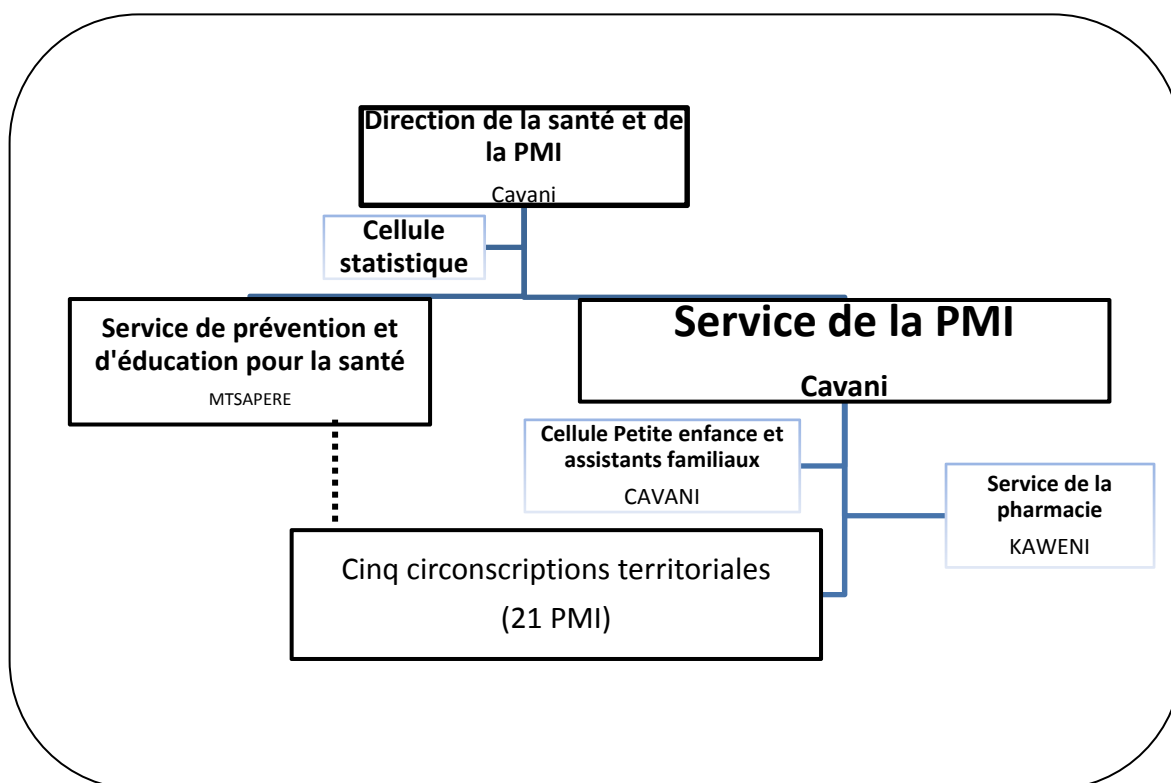
⁸⁴ Décrets n° 2000-762 du 1er août 2000 et décret n° 2007-230 du 20 février 2007 relatifs aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans

⁸⁵ Cahier des charges relatif à l'organisation de la DSPMI, DSPMI, 2012, 6 pages.

2.2 L'offre de service actuelle repose sur une direction récemment stabilisée et un réseau de 21 PMI qui devrait continuer à s'étoffer

[193] La DSPMI est l'une sept directions de la direction générale adjointe de la solidarité et du développement social. Les services de la PMI se répartissent en 2015 entre les 21 PMI situées dans les cinq circonscriptions territoriales et les services généraux et de direction situés à Mamoudzou : direction de la PMI, cellules spécialisées (cellule statistique, cellule petite enfance et assistants familiaux), service de la pharmacie et enfin service d'éducation pour la santé SEPS dont les effectifs sont principalement répartis dans les circonscriptions.

Schéma 4 : Organigramme de la DSPMI en décembre 2015



Source : IGAS

2.2.1 Une direction médicale instable jusqu'à fin 2015 et des services dispersés

[194] L'équipe de direction de la DSPMI repose sur cinq cadres : une cadre supérieure de santé affectée principalement au réseau PMI - Enfants et une cadre sage-femme en charge du réseau suivi des femmes, un pharmacien, un médecin coordinateur et le médecin directeur.

[195] L'équipe d'encadrement a connu une très grande stabilité entre 2004 et 2010. La situation a été par contre très chaotique depuis, avec des vacances de poste longues et nombreuses, notamment s'agissant du poste de directeur de la DSPMI ou du cadre infirmier. Le tableau suivant détaille les plages de vacances (en sombre) pour chacun des postes.

Tableau 17 : Vacances des postes de direction de la DSPMI entre 2010 et 2015 (zones foncées)

Année	Cadre SF	Cadre IDE	Médecin Coordinateur	Médecin Directeur	
2010					
2011					
2012					
2013					
2014					
2015					
Taux d'occupation du poste	100%	38%	68%	77%	
Nombre de cadres	1	3	4	3	

Source : DSPMI/ traitement IGAS

[197] La continuité de l'action a reposé sur la cadre sage-femme. Le poste de cadre infirmier a été vacant plus des deux tiers des cinq dernières années. Le poste de directeur a été quasiment vacant sans interruption de février 2014 à fin 2015, compte tenu du fait que le praticien recruté début 2015 a quitté ses fonctions parce qu'il ne remplissait pas pleinement les conditions pour exercer la médecine en France. L'équipe vient d'être donc reconstituée depuis novembre 2015. Elle se trouve au complet, ce qui n'était pas arrivé depuis 2011.

[198] Cinq structures dépendent du directeur de la DSPMI :

- Le service de PMI proprement dit, ses cinq circonscriptions territoriales et 21 centres de PMI
- la cellule petite Enfance qui en charge des dossiers d'accueils collectifs et des assistantes maternelles, porte aussi depuis le 2ème trimestre 2015 la responsabilité de l'agrément des assistants familiaux. Elle est constituée de cinq personnes (2,75 ETP dont 0,25 ETP de cadre de santé) ;
- Le service de prévention et d'éducation pour la santé, qui assure des missions d'information, d'éducation et de communication en matière de santé. Seule la cadre de direction et une secrétaire du service Education pour la santé sont basées auprès de la direction. Les éducateurs et agents de santé de proximité sont rattachés aux cinq circonscriptions. Les missions sont réalisées dans les salles d'attentes des consultations de PMI, dans les établissements scolaires et dans les villages. Le service compte une vingtaine d'agents répartis ainsi : 1 chef de service et une secrétaire ; 11 éducateurs de santé ; 13 agents sanitaires de proximité (ASP);
- Le service de la pharmacie repose sur un pharmacien qui supervise le travail de 4 agents d'exécution. Il a principalement la charge de l'approvisionnement en médicaments des PMI, l'élaboration d'un système de gestion et suivi des stocks et la sécurisation de la chaîne du froid pour les vaccins.

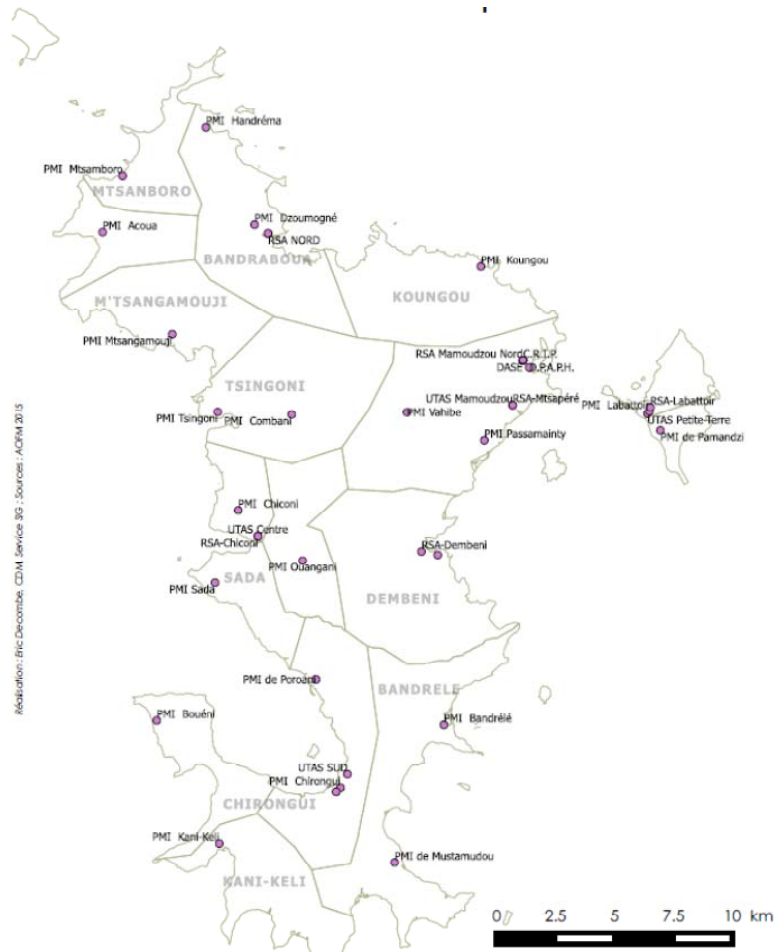
[199] A la cellule statistique, qui comporte trois personnes affectées au suivi statistique de la PMI, ont été rattachés une chargée de communication au service de l'ensemble des directions de la DSDS et un agent en charge de la production d'un tableau de bord du social. Dans le projet d'organigramme communiqué à la mission par le DGA de la DSDS, cette unité verrait ses missions élargies au-delà de la PMI, à l'ensemble du champ social, et lui serait directement rattachée. Dans le schéma ci-dessus, elle a été placée dans l'organigramme de la DSPMI, ce qui correspond à son positionnement historique et actuel.

- [200] Les services centraux sont dispersés sur trois sites distincts sur la commune de Mamoudzou : direction et cellules spécialisées (petite Enfance et cellule statistique) sont situées à Cavani, dans le bâtiment abritant la Direction générale de la solidarité et du développement social ; le service éducation pour la santé est basé à Mtsapéré ; le service de la pharmacie est situé à Kaweni.
- [201] On remarque que les activités de planning familial et d'orthogénie, portées en partie par des services autonomes à leur création en 2006-2007 (deux centres d'éducation et de planification familiale), sont aujourd'hui complètement intégrées dans l'activité des services de la PMI. Par ailleurs, l'unité en charge de la Prévention et du dépistage précoce du handicap, dont la création était annoncée en 2013, n'a pas été constituée.

2.2.2 Le réseau de Pmi s'organise sur cinq circonscriptions dont le découpage reprend celui des unités d'action territoriales du département et des secteurs sanitaires de l'ARS

- [202] Le territoire des circonscriptions de PMI est partagé depuis 2004 en cinq territoires superposables à ceux des secteurs sanitaires ; ils recourent, à une exception près (la commune de Koungou), les cinq circonscriptions d'action sociale. Ces circonscriptions de PMI sont déséquilibrées : les circonscriptions du Grand Mamoudzou et de Petite Terre couvrent près de la moitié de la population (*cf. supra*). Ce réseau est articulé avec le réseau social et ses unités territorialisées, dont il reprend le découpage.

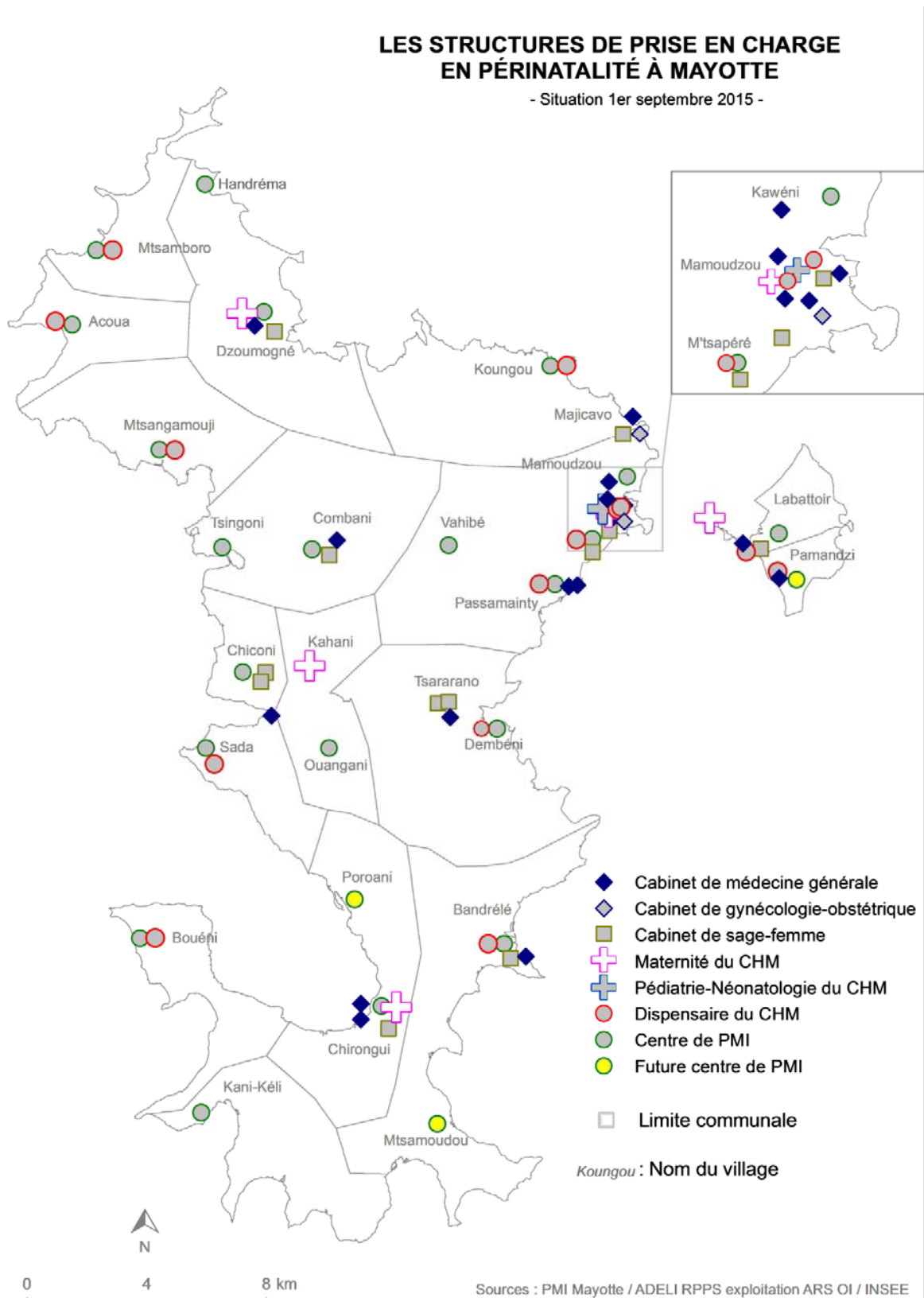
Schéma 5 : Articulation du Réseau des PMI et des unités sociales territorialisées



Source : CDM/DESIC 2015

[203] L'offre des services de PMI s'articule également avec le réseau des dispensaires du CHM et avec l'offre libérale.

Schéma 6 : Structures de prise en charge de la périnatalité à Mayotte (septembre 2015)



Source : ARS Océan Indien, projet de plan périnatalité 2015

2.2.3 Le réseau de 21 centres PMI en service en 2015 devrait à nouveau s'étoffer

[204] Tous les centres PMI suivent les enfants, 19 d'entre eux assurent aussi le suivi de grossesses. Les sites des PMI, qui jouxtaient initialement les dispensaires et les maternités rurales, s'en sont progressivement éloignés : 12 PMI seulement sur les 21 sont situées dans le même village que le dispensaire ou le centre médical de référence. Dans de rares cas, les bâtiments de la PMI et du CHM sont immédiatement voisins (comme à Mtsapere sur la commune de Mamoudzou). Ailleurs, il peut y avoir plusieurs kilomètres entre les deux structures (comme à Dzoumogné ou Chirongui).

Tableau 18 : Offre de soins et de prévention par circonscription PMI (novembre 2015)

Circonscriptions PMI	PMI	Centres de naissance et Maternité Mamoudzou	Cabinets Sage Femme	Cabinets Gynéco-obstétricien	Cabinets médecine générale	Dispensaires	Centres médicaux (accueil 24/24)
NORD	5	1	1		1	3	1
GRAND MAMOUDZOU	4	1	3	2	8	4	1
PETITE TERRE	1	1	1		2	2	1
CENTRE	6	1	2		1	1	1
SUD	5	1	3		4	3	1
Total général	21	5	10	2	16	13	5

Source : Conseil départemental/PMI, ARS projet plan périnatalogie 2015 ; DREES/SAE ; réseaux santé Mayotte ; Conseil de l'Ordre médecins, traitement IGAS

[205] Avec l'ouverture programmée pour début 2016 de trois nouvelles PMI, le réseau comportera 24 implantations territoriales. Mais il s'agit davantage de réouvertures que d'implantations nouvelles, car ces trois PMI ont existé autrefois. On relève que le réseau PMI a compté jusqu'à 27 PMI (2008) : il s'est donc contracté, alors que la population a crû fortement depuis. Dans un contexte de grandes difficultés pour les déplacements (concentration sur des axes rares et encombrés ; absence de transports publics...), la question du renforcement du réseau peut être posée. Dans l'hypothèse d'une ouverture en 2016 des trois PMI rénovées, la densité du nombre d'enfants de 0 à 5 ans justifiant un suivi par la PMI pourrait évoluer comme suit :

Tableau 19 : Densité des enfants de 0 à 5 ans pour une PMI par circonscription sanitaire et commune

Circonscriptions PMI	Estimation 0-5 ans	Densité enfants 0 - 6 ans/PMI 2015	Densité enfants 0 - 6 ans/PMI 2016
CENTRE	7821	1304	1304
Chiconi	1325	1325	1325
Mamoudzou/Vahibé ⁸⁶	766	766	766
Ouangani	1849	1849	1849
Sada	1917	1917	1917
Tsingoni	1965	983	983
GRAND MAMOUDZOU	14983	3746	3746
koungou	4980	4980	4980
Mamoudzou	10003	3334	3334
NORD	5445	1089	1089
Acoua	886	886	886
Bandraboua	1905	952	952
Mtsamboro	1467	1467	1467
M'Tsangamouji	1187	1187	1187
PETITE TERRE	4550	4550	2275
Dzaoudzi	2690	2690	2690
Pamandzi	1860		1860
SUD	7177	1435	1025
Bandrélé	1482	1482	741
Bouéni	1204	1204	1204
Chirongui	1513	1513	756
Dembéni	2054	2054	2054
Kani-Kéli	925	925	925
Total général	39977	1904	1666

Source : INSEE, Traitement IGAS

[206] La question du renforcement se pose sur les zones de forte densité, notamment sur le secteur de Grand MAMOUDZOU et de PETITE TERRE :

- Dans la commune de MAMOUDZOU, la PMI de Jacaranda qui jouxtait le dispensaire, situé en face du centre hospitalier de Mayotte, a été fermée pour permettre la rénovation et l'extension du dispensaire. Aucune solution de réimplantation dans un bâtiment en centre ville n'a été trouvée à ce jour, de sorte que l'activité de suivi des grossesses s'est déportée sur trois autres PMI : au Nord de l'agglomération à Kaweni, au Sud, à Mtsapéré et dans une moindre mesure à Passamainty ;
- Dans la commune de KOUNGOU, le village de Majicavo Koropa, a vu sa population croître de 57% entre 2002 et 2012 et est devenu le 5ème village le plus peuplé de l'île (avec plus de 9000 habitants). Un cabinet de sage-femme libérale et un cabinet de gynécologue-obstétricien libéral ont été ouverts sur cette commune, mais il n'existe aucune offre de santé de PMI, pas plus que de soins de premiers recours ;

⁸⁶ Il s'agit du village de Vahibé, rattaché à la circonscription CENTRE quand bien même il appartient à la Commune administrative de MAMOUDZOU.

- Sur la circonscription de PETITE TERRE, l'offre de PMI repose sur une seule structure en 2015 et la seconde PMI située sur la commune de PAMANDZI, refaite sur financement du Conseil départemental, a été finalement affectée fin 2015 à l'accueil des équipes de la polyvalence de secteur (UTAS). Le besoin reste donc non servi.

[207] L'offre de service des circonscriptions Nord et Sud du département apparaît meilleure. Cette analyse doit être toutefois tempérée par les distances à parcourir dans ces deux circonscriptions et par la disponibilité limitée liée au calendrier d'ouverture des services. En effet, toutes les PMI ne sont pas ouvertes en continu. Notamment dans le Nord et le Sud, certaines PMI ne sont ouvertes que certains jours de la semaine seulement.

2.3 Il n'existe pas de document stratégique actualisé pour la PMI alors même qu'une programmation financière conséquente est actée pour la période 2014-2020

2.3.1 Plusieurs documents de programmation ont été établis à l'initiative du département depuis 2010, sans schéma spécifique pour la PMI

[208] La programmation de l'activité de PMI a été développée dans plusieurs schémas internes et extérieurs à la collectivité.

[209] S'agissant des travaux internes, i.e. conduits par le Conseil général, il existe tout d'abord des éléments de schéma pour la PMI, intégrés dans l'axe 1 du schéma directeur Enfance Famille 2010-2015⁸⁷ ; cette programmation propose de renforcer le suivi des mères et des enfants sur les objectifs suivants :

- Pour les mères, en développant le modèle de consultations physiologiques par la PMI et l'orientation vers les professionnels pour les échographies et vers le CHM pour les grossesses pathologiques ; en mettant en place l'entretien du 4^{ème} mois ; en renforçant la détection des situations à risque médico-social et leur orientation vers les services sociaux ;
- Pour les enfants, en systématisant le suivi des enfants par un médecin, à 1 mois, 9 et 24 mois, puis entre 2 et 6 ans, à raison d'une visite annuelle/enfant *a minima* ; en généralisant les bilans de santé à 3-4 ans (en petite et moyenne section) et des 6 ans (CP) en vue du dépistage des handicaps ; en accroissant le dépistage de la malnutrition et enfin en assurant la couverture vaccinale à un haut niveau ;

[210] **Aucun projet de service n'a été validé dans le prolongement de ce schéma** malgré plusieurs tentatives des différents directeurs qui se sont succédé depuis 2010. Plusieurs documents centrés sur la nécessité de mieux financer le dispositif de PMI ont été produits dans cette période. Ils n'ont pas permis de dégager de solution stable et correctement dimensionnée au regard des besoins (cf. infra).

[211] En novembre 2015, un schéma médico-social a été adopté par l'assemblée départementale. Il actualise les grands éléments de problématique médico-sociale de la population et préconise de produire un schéma de la PMI (action 5)⁸⁸. Ce schéma décrit le contexte général de l'offre de soins et médico-sociale mais ne détaille pas d'orientations pour la PMI. Par ailleurs un projet de schéma de protection de l'enfance est en cours : il devra s'articuler avec le schéma PMI, s'agissant des actions de prévention générale, de repérage de la maltraitance et de formation/agrément des assistantes familiales (cf. annexe ASE).

⁸⁷ Conseil général de Mayotte, Schéma directeur Enfance Famille 2010-2015. Ernst & Young, Juin 2009, 85 pages.

⁸⁸ DSDS Schéma départemental d'organisation médico-sociale de Mayotte 2016-2020.

2.3.2 Des schémas de programmation et plans d'action réalisés par l'ARS interfèrent avec le schéma de PMI à venir.

- [212] Tout d'abord, il existe une programmation de l'ARS Océan Indien portant sur les volets prévention, d'offre de services sanitaires et médico-sociaux.
- [213] Le volet prévention comporte notamment deux axes visant d'une part à renforcer les dépistages de la malnutrition et des handicaps et d'autre part à renforcer la couverture vaccinale ; le volet médico-social prône également le renforcement du dépistage des handicaps et le développement de structures médico-sociales (notamment un CAMSP opérationnel depuis 2015) ; enfin le volet portant sur l'offre sanitaire préconise le renforcement de l'offre de premier recours en consolidant le réseau des 13 dispensaires et 4 centre de référence existants et en favorisant le développement d'une offre libérale.
- [214] Ce PRS 2012- 2016 a été rejeté par le précédent conseil général, ainsi que les schémas et programmes d'action y attachés, au motif qu'il aurait trop fortement favorisé la Réunion, notamment son CHU, au détriment des investissements jugés nécessaires à Mayotte⁸⁹.
- [215] Deux programmes d'actions ont par ailleurs été produits par l'ARS qui touchent aux problématiques de PMI :
- Le Programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2012-2016 (PRAPS) comporte un volet accès aux soins de premier recours et un volet accès aux droits. Il préconise également deux volets d'actions en matière de vaccination et de nutrition, ce dernier axe étant par ailleurs l'objet d'un programme spécifique ;
 - Le Programme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) 2014-2016 préconise de dépister et d'agir sur les comportements alimentaires dès le plus jeune âge. Un programme expérimental de prise en charge des malnutritions sévères a été mis en œuvre en 2014-2015⁹⁰.
- [216] Surtout, à la suite des travaux de la Cour des comptes sur la santé dans les outre-mer⁹¹ et ceux de la Chambre régionale sur la situation des maternités à Mayotte⁹², l'ARS a mis en place en février 2015 un groupe de travail sur la périnatalité, qui devrait aboutir début 2016. Celui-ci questionne directement la place du réseau des PMI dans l'amélioration de l'état de santé des mères et des nouveau-nés et la « capacité à faire » du Conseil départemental pour renforcer son dispositif, maillon essentiel du premier recours, comme on l'a vu.

⁸⁹ Rapport d'activité DSPMI 2012

⁹⁰ Mesure IV-4-4 mise en place des actions de sensibilisation dans les quartiers par le biais des PMI afin de promouvoir les recommandations nutritionnelles du nourrisson, du jeune enfant, d'informer sur les suppléments vitaminiques et le déparasitage

⁹¹ La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République. Rapport public thématique, Cour des comptes, Juin 2014, 224 pages

⁹² Rapport d'observations définitives sur les maternités du centre hospitalier de Mayotte. Exercices 2008 et suivants. Chambre régionale des comptes Mayotte, Juin 2015, 60 pages

Tableau 20 : Scénarios offre de premier recours en PMI du projet de plan périnatalité ARS

Offre de 1 ^{er} recours	Avantages	Inconvénients
Scenario 1 = PMI et SF libérales	Dispositif actuel connu par la population Bon maillage du territoire Plan FEDER (10 M€) + CPER (11 M€) avec programme sur rénovation/reconstruction des PMI	Capacité incertaine des PMI à investir le champ au regard du référentiel Niveau d'équipements faible, vétusté des locaux, Délai pour mise en œuvre programmation rénovation et reconstruction
Scénario 1 bis : PMI « resserrées » et SF libérales	Disposer de PMI en moindre nombre mais mieux équipées et structurées plus rapidement par un investissement concentré sur certaines structures Bon maillage du territoire à préserver Plan FEDER (10 M€) + CPER (11 M€) avec programme sur rénovation/reconstruction des PMI	Baisse du niveau d'accessibilité Capacité incertaine des PMI à investir le champ au regard du référentiel
Scénario 2 : dispensaires et maternités périphériques du CHM, et SF libérales	Maîtrise de la filière gérée en très grande partie par un opérateur unique spécialisé, le CHM Certains dispensaires co-gérés avec la PMI (locaux communs) Gestion du 1 ^{er} recours par secteur centré sur la maternité périphérique (réseau)	Capacité du CHM à porter ce nouveau projet avec aménagement de structures nouvelles (bâti + informatisation des dispensaires) Concentration sur un opérateur unique Faisabilité politique (acceptabilité population et CD)

Source : ARS, note à la commission exécutive du 21 septembre 2015

[217] Enfin, à horizon des deux prochaines années, l'ARS prévoit la publication d'un nouveau projet régional de santé en 2018 (schéma 2018-2028), construit selon les modalités définies par la loi de modernisation du système de santé. Les travaux préparatoires seront donc conduits en 2017 et vont réinterroger rapidement l'ensemble des organisations sanitaires et médico-sociales de Mayotte.

2.3.3 Une programmation financière conséquente sur les fonds européens et le contrat de plan Etat Région a anticipé la programmation stratégique

[218] Il existe une programmation financière qui prévoit la rénovation de certaines PMI dans le cadre des projets conduits avec l'Etat et la commission Européenne d'une part et d'autre part dans le cadre du contrat de plan Etat-Région.

Fonds européens et Contrat de Plan Etat – Région à Mayotte

L'accès au statut départemental de Mayotte en 2011 lui a donné la possibilité d'une reconnaissance en tant que région ultrapériphérique européenne (RUP). Mayotte a accédé à ce statut depuis le 1er janvier 2014, ce qui lui a ouvert, pour la période 2014-2020, le bénéfice des fonds structurels européens. Un diagnostic territorial stratégique, élaboré en 2012 a conduit à la production de programmes opérationnels validés par la Commission européenne en 2014.

Les enveloppes des fonds européens pour Mayotte ont été arrêtées pour la période 2014-2020 pour un total de 337,6 M€ :

- 148,9 M€ pour le FEDER : Fonds Européen pour le Développement Régional ;
- 65,5 M€ de FSE (Fonds Social Européen) pour l'emploi, l'inclusion et la formation ;
- 9.2 M€ dans le cadre de l'Initiative pour l'Emploi des Jeunes sur 2014-2015;
- 60 M€ pour l'agriculture et le développement rural (FEADER : Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural).
- 12 M€ de FEDER / Coopération Territoriale Européenne
- 42 M€ pour le Programme d'Options Spécifiques à l'Eloignement et à l'Insularité (POSEI).

L'objectif du FEDER pour 2014-2020 est de contribuer « à renforcer la cohésion économique, sociale et territoriale en corrigeant les principaux déséquilibres entre les régions par le soutien du développement et de l'ajustement structurel des économies régionales, y compris par la conversion des régions industrielles en déclin et des régions moins développées ». A ce titre, il est en mesure de contribuer à financer les investissements relatifs à des infrastructures dans les domaines suivants : social, santé et éducation.

En complément de la programmation des fonds européens, le contrat de plan Etat-Mayotte prévoit des investissements à hauteur de 584 M € sur la même période.

[219] Le programme opérationnel du FEDER sur son axe 2 « Développer l'offre de services sanitaires et médico-sociaux » (11 M€) et le contrat de plan Etat-Région sur sa thématique 1 Objectif 8⁹³ (10 M€) prévoient, pour un cofinancement total de 21 M€, la rénovation de 10 PMI et la construction d'un centre médico-social (CMS).

[220] Cette programmation porte sur la même enveloppe de 21 M€ sur laquelle a travaillé la DSDS en 2014, mais sur une projection plus ambitieuse, portant sur 22 PMI, 1 CMS et 1 centre de d'éducation et de planification familiale (CEPF)⁹⁴. La programmation actuelle a été réduite à 10 PMI dont la liste a été soumise au représentant de l'Etat et aux autorités européennes par le Conseil départemental au terme d'un diagnostic de l'état des locaux affectés aux centres PMI réalisé par ses services techniques et après des arbitrages politiques internes sur les priorités à retenir.

Tableau 21 : Liste des 10 PMI à réhabiliter retenues dans les programmes FEDER/CPER

Projets	montant prévisionnel	CPER-PO (2015-2020) prise en charge possible Etat PO	CPER-PO (2015-2020) taux de prise en charge possible Etat PO	Financement CD communiqué (si contractualisation, part CD)	Financement Autres financeurs possible au sein du CPER-PO 2015-2020
PMI Vahibé	1 430 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	680 952 €	749 048 €
PMI de Kawéni	2 100 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	1 000 000 €	1 100 000 €
PMI de Mamoudzou	2 410 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	1 147 619 €	1 262 381 €
PMI de Dzoumogné	1 430 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	680 952 €	749 048 €
PMI Passamainty	2 100 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	1 000 000 €	1 100 000 €
PMI Tsingoni	1 760 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	838 095 €	921 905 €
PMI Ongojou	1 630 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	776 190 €	853 810 €
PMI Acoua	1 200 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	571 429 €	628 571 €
PMI Kani-Keli	1 940 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	923 810 €	1 016 190 €
PMI Koungou	2 400 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	1 142 857 €	1 257 143 €
Total	18 400 000 €	CPER1, OS 8	47,6%	8 761 904 €	9 638 096 €

Source : CD/tableau des opérations en projet 9/11/2015 ; Extrait sur PMI : IGAS

⁹³ Objectif Développer l'offre de services sanitaires et médico-sociaux

⁹⁴ Courrier du DASTI à la direction des affaires européennes d'estimation en euros des besoins des services médico-sociaux du conseil général 2014

- [221] On relève que le diagnostic, fondé exclusivement sur l'état du bâti, n'a pas porté sur les éventuels besoins de renforcement de l'offre de nouveaux services de PMI. Il n'évoque pas non plus la nécessité de proposer un service PMI en centre ville de Mamoudzou après la fermeture du site de Jacaranda (cf. supra) ; les **propositions ne concernent que la rénovation** de sites existants.
- [222] Un second objectif du programme opérationnel européen concerne le centre hospitalier de Mayotte⁹⁵. Il porte sur la reconstruction du centre de référence de petite Terre avec la création d'un service de soins de suites et de réadaptation. On relève que la programmation des deux sous-objectifs a été conduite sans volonté particulière d'articulation du réseau des PMI à celui des dispensaires et centres de référence. Or les deux dispositifs requièrent de mobiliser des ressources rares (les médecins notamment) qui justifieraient une mutualisation et un rapprochement physique des infrastructures (cf. rapport principal).
- [223] L'engagement des travaux de rénovation des PMI peut être réalisé dès que l'opérateur sera prêt. Lors des discussions en octobre 2015 avec les autorités européennes⁹⁶, il est apparu que le département portait des objectifs non formalisés dans le programme opérationnel européen « *Le CD envisage la construction d'une nouvelle PMI à Ongoujou et la reconstruction de PMI sur d'autres sites que ceux accueillant actuellement les centres de PMI en raison des difficultés rencontrées en matière d'urbanisme et de maîtrise foncière* ». Il a été indiqué par la Commission européenne « *qu'avant d'envisager une révision du programme opérationnel pour rendre les constructions éligibles, le CD devra prouver que les constructions existantes ne peuvent être réhabilitées pour des motifs techniques, réglementaires ou financiers* ». Par ailleurs, il a été rappelé qu'il existe un risque de perte de crédits européens en cas de non respect des indicateurs du cadre de performance, lequel prévoit d'ici 2018 la notification des marchés de travaux de cinq PMI et un CMS ainsi que la certification de 10,6 M€ de dépenses.
- [224] Le projet porté par le centre hospitalier apparaît quand à lui plus avancé puisque le démarrage des travaux est prévu début 2017 avec une période prévisionnelle d'exécution du 01/02/2014 au 31/12/2019. On relève toutefois, alors même que le terrain sera cédé par le Département, qu'il n'y a pas à ce stade de discussion pour un rapprochement des services PMI du Conseil départemental sur ce site.
- [225] L'articulation entre la programmation financière portant sur l'offre de soins et médico-sociale et l'existence d'un cadre stratégique régional en matière de santé figure explicitement dans les conditions *ex ante* de mobilisation des crédits européens. Les cadres de références pour la PMI se rattachent aux conditions *ex ante* 9.3 dont le respect est jugé indispensable à la réalisation effective de l'axe 2 du programme opérationnel « Développer l'offre de services sanitaires et médico-sociaux ».
- [226] La Commission européenne pourrait décider de suspendre tout ou partie des paiements intermédiaires sur la priorité concernée du programme si les mesures n'ont pas été prises pour remplir les conditions *ex ante*. Ces conditions doivent être remplies au plus tard le 31/12/2016 ; pour les représentants de la Commission, elles ne le seront totalement qu'après présentation des documents suivants⁹⁷ :
1. l'approbation par le Conseil départemental prévue à la fin du premier semestre 2015 du schéma de l'offre médico-sociale (SOMS) comprenant une programmation financière pluriannuelle ;
 2. la révision du schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS) de l'ARS – océan Indien qui doit prendre en compte les observations du SOMS et aboutir en 2016 à un complément spécifique pour Mayotte ;
 3. le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de La Réunion et de Mayotte (PRIAC).

⁹⁵ Objectif 2.1 créer une offre de soins de suite et de réadaptation sur le territoire de Mayotte

⁹⁶ Compte-rendu des réunions techniques des 1er et 2 octobre 2015/ SGAR de Mayotte/16/10/2015

⁹⁷ Compte-rendu 16/10/2015 SGAR

- [227] Il apparaît très difficile en l'état de produire une programmation financière opérationnelle pour la PMI, à partir du seul schéma de l'offre médico-sociale approuvé en octobre 2015. Ce document ne fait que prôner l'élaboration d'un schéma de la PMI, qui, seul, permettra d'aboutir à une programmation financière. La même remarque vaut également pour le schéma ASE, quand bien même la Commission européenne considère que la production du schéma Enfance et famille de 2010-2015 validé en 2009 satisfait la condition *ex ante* pour sa programmation financière 2015-2020.
- [228] Au total, il n'existe pas de programmation stratégique opérationnelle pour la PMI alors même que des financements conséquents de l'Union européenne et de l'Etat sont actés pour la période 2015-2020. Les financements portent sur de l'investissement et sont centrés sur les besoins de réhabilitation des PMI existantes. Le choix des PMI ne tient pas compte de la nécessité de disposer de ressources médicales pérennes susceptibles de les faire fonctionner. Or la présence de médecins en nombre suffisant ne peut être assurée qu'au prix d'un rapprochement avec le système de santé publique. Or cette mutualisation des moyens n'est à ce jour pas programmée faute d'avoir construit un schéma PMI et, plus largement un schéma de l'offre de premier recours, qui tienne compte de cette contrainte majeure. La première priorité pour 2016 semble donc de valider un schéma PMI avec une programmation opérationnelle et financière qui puisse être annexée au schéma médico-social et répondre aux exigences de la Commission européenne.

3. DES RESSOURCES HUMAINES PLUS IMPORTANTES QUE CELLES GÉNÉRALEMENT DÉCRITES ET DES MOYENS DE FONCTIONNEMENT RÉDUITS ET EN MAUVAIS ÉTAT

- [229] L'activité de la PMI mobilise trois grands types de ressources : les premières et principales sont constituées par ses personnels, les secondes sont les médicaments, vaccins et dispositifs médicaux nécessaires à son fonctionnement, les dernières sont constituées des moyens matériels et logistiques, qui peuvent être gérés et/ou mutualisés avec d'autres directions (notamment infrastructures, transports, réseau et système d'information, fluides...).

3.1 Les ressources humaines mobilisent plus de 300 personnes dont les ¾ sont des personnels d'exécution

- [230] Les données publiées dans les différents rapports d'activité 2008 à 2014 établies sur des périmètres hétérogènes : ils concernent parfois les effectifs des PMI périphériques, parfois les effectifs centraux et périphériques, mais n'incluent alors pas toujours ceux du service d'éducation pour la santé et de l'unité statistique. Surtout, les effectifs publiés ne concernent jamais les personnels d'entretien ou de sécurité/gardiennage des nombreux établissements de PMI.
- [231] Les ressources affectées à la PMI relèvent de deux directions générales : la direction générale de la solidarité et de l'action sociale (DSDS) et la direction de la logistique et des moyens (DLM). Au sein de la DSDS, les ressources sont partagées entre les différentes directions et services et l'unité de gestion.
- [232] La mission s'est efforcée de reconstituer un état des effectifs aussi complet que possible. Elle a travaillé en croisant trois types de sources :
- Le fichier de la direction des ressources humaines pour novembre 2015, dont les effectifs ont été vérifiés avec les cadres de la PMI ;
 - Le fichier paye de novembre 2015 ;
 - Les fichiers de la direction de la PMI, des services d'éducation pour la santé, de la pharmacie, de l'unité de gestion auprès de la DSDS et de la direction de la logistique et des moyens, qui gèrent le personnel d'entretien et de gardiennage;

[233] Les effectifs d'entretiens et les effectifs de sécurité/gardiennage peuvent être affectés sur des sites partagés entre un centre de PMI et d'autres services du Département. La clef de répartition des effectifs des fonctions supports qui a été retenue correspond aux surfaces affectées à chacune des directions occupant les locaux.

[234] 295 salariés contribuent en novembre 2015 au service de la PMI et quinze postes sont vacants.

Tableau 22 : Affectation des emplois rémunérés en novembre 2015 et rattachables à l'activité de PMI des trois principaux services de la DSPMI

Service	Total général
Education pour la santé	29
Pharmacie	6
PMI	260
Total général	295

Source : DRH, DRFiP, DSPMI, Unité de gestion DSDS ; nov. 2015 ; traitement IGAS

[235] Deux postes rémunérés sur les effectifs de la DSPMI étaient affectés hors PMI et ont été exclus des analyses, ce qui ramène à 293 salariés. Les ressources affectées à la cellule petite Enfance partagent leur temps d'activité professionnelle entre les centres de PMI et la direction ; Elles ne sont donc pas isolées dans cette analyse.

Tableau 23 : Structure par grande catégorie d'emploi en novembre 2015 de la DSPMI

Catégories d'emploi	A	B	C et assimilés	Contrats aidés	Total général	
administration accueil	2		102		104	35%
Agents de sécurité et gardiens			31		31	11%
Educateurs et agents de santé de proximité	1	2	24		27	9%
Femmes de ménage			54		54	18%
Infirmiers et auxiliaires de soins	6	22	15		43	15%
Médecins et pharmaciens	12				12	4%
Sages-femmes	19				19	6%
non documenté				3	3	1%
Total général	40	24	226	3	293	100%
	14%	8%	77%	1%	100%	

Source : DRH, DRFiP, DSPMI, Unité de gestion DSDS ; nov. 2015 ; traitement IGAS

[236] **La structure des emplois repose pour 77% sur des agents d'exécution de catégorie C ou assimilés (ex AOTM).** Les catégories A et B représentent respectivement 14 et 8% des emplois.

[237] Les effectifs médicaux et paramédicaux représentent 25% des cadres. Parmi les 28 emplois de cadres de santé et d'infirmiers, on relève la très faible présence des infirmières puéricultrices (3 ETP). On peut signaler enfin l'absence de psychologue.

Tableau 24 : Répartition géographique des emplois affectés à la DSPMI en novembre 2015

Catégories d'emploi	DSP MI	NOR D	GRAND MAMOUD ZOU	PETI TE TERR E	CENT RE	SU D	non docume nté	Total général
Administration, secrétariat et agents d'accueil et interprètes	13	14	30	9	15	21	2	104
Agents de sécurité et gardiens	4	7	3	4	10	3		31
Educateurs et agents de santé de proximité	1	2	10		5	8	1	27
Femmes de ménage	2	10	14	2	13	13		54
Infirmiers et auxiliaires de soins	4	5	11	4	8	8	3	43
Médecins et pharmaciens	3	2	4		2	1		12
Sages-femmes	1	2	8	2	3	3		19
non documenté							3	3
Total général	28	42	80	21	56	57	9	293
	10%	14%	27%	7%	19%	19%	3%	100%

Source : DRH, DRFiP, DSPMI, Unité de gestion DSDS ; nov. 2015 ; traitement IGAS

[238] 129 postes, soit 44% des effectifs sont concentrés sur Grand Mamoudzou et Petite Terre : 10% pour les activités de management ou de pilotage (Cavani et Kaweni) et 27% pour les PMI des deux circonscriptions.

[239] Si l'on s'intéresse aux effectifs « métiers » de la PMI affectés à la PMI, i.e. les effectifs médicaux, paramédicaux et d'éducation pour la santé, 88 postes, soit 30% des effectifs, sont directement rattachés aux 21 centres PMI des circonscriptions.

Tableau 25 : Densité des effectifs médicaux, paramédicaux et d'éducation pour la santé rapportée à la population des 0-5ans des circonscriptions de la DSPMI

	NORD	GRAND MAMOUD ZOU	PETITE TERRE	CENTRE	SUD	Total général
Effectifs soignants et éducation pour la santé	11	33	6	18	20	88
Population 0-5ans RP 2012	5 445	14 983	4 550	7 821	7 177	39 977
ratio Effectifs/population	0,20%	0,22%	0,13%	0,23%	0,28%	0,22%

Source : DRH, DRFiP, DSPMI, Unité de gestion DSDS ; INSEE RP 2012 ; traitement IGAS

[240] La densité des personnels « métiers » est comparable entre les circonscriptions Nord, Grand Mamoudzou et Centre ; elle est plus élevée en circonscription Sud et nettement plus faible en Petite Terre.

[241] Fin novembre 2015, la plupart des postes étaient pourvus. Mais il a longtemps existé un taux de vacance très élevé pour les médecins, et dans une moindre mesure pour les sages-femmes et les infirmiers.

- [242] Pour les médecins, le taux de vacance était de 8 postes sur 14 emplois en avril 2015 (57%). A l'été 2014, un seul poste était occupé. La situation médicale est quasiment normalisée fin novembre 2015 mais elle apparaît structurellement fragile : les deux praticiens spécialistes sont à temps partiel (le pédiatre et le gynécologue-obstétricien) et le recrutement des médecins s'opère exclusivement hors-département. Cette situation ne diffère pas de celle observée pour les autres secteurs de soins (centre hospitalier de Mayotte ou médecine libérale).
- [243] Pour les sages-femmes, le taux de vacance est généralement plus faible (9 à 10%), identique à celui des infirmiers. La principale différence entre ces deux professions repose sur l'origine des recrutements : principalement hors Mayotte pour les sages-femmes, plus local pour les infirmiers. En effet, il existe un institut de formation en soins infirmiers depuis le début 2001 à Mayotte. Le centre de formation des sages-femmes le plus proche est à la Réunion.

3.2 Un système d'information papier robuste mais mal consolidé, sans perspective d'informatisation rapide

3.2.1 Un enregistrement manuscrit de l'activité des centres PMI a été mis en place au début des 2010

- [244] Le service des études statistiques a été créé au second semestre 2007 avec notamment le recrutement d'une monitrice d'études statistiques puis de deux opératrices de saisie.
- [245] Auparavant, les données étaient enregistrées dans les dossiers médicaux des parturientes et des enfants, en format papier sans traitement statistique. Après la reprise de la PMI par le Conseil général de la PMI en 2007 et jusqu'en 2010, les premières analyses ont été réalisées via la production d'enquêtes épidémiologiques ; la principale a concerné le traitement des données du CHM et de la PMI sur les grossesses ayant abouti à une naissance. Cette production, pourtant riche d'enseignements, a été abandonnée en raison de la lourdeur du recueil sur les seules grossesses alors même que d'autres segments de l'activité n'étaient pas traités.
- [246] A compter de 2011, l'activité du service statistiques s'est centrée sur l'exploitation des données des registres de consultation et d'activités mis en place dans toutes les PMI. Ce système de registres a été restructuré sous l'impulsion de la nouvelle directrice, arrivée fin 2010. C'est toujours celui qui fonctionne et que la mission a pu observer dans quatre centres de PMI périphériques (cf. rapport principal, listes des UTAS et PMI visitées).
- [247] Il comporte pour chaque centre six registres différents, qui viennent en complément des dossiers médicaux personnels des patients, et qui recensent l'activité quotidienne de chaque professionnel :
- Registre des rendez-vous tenu par l'agent d'accueil et/ou le professionnel de santé ; un agenda est tenu par professionnel : infirmier, sage-femme et médecin ; il devrait comporter notamment, outre les coordonnées des consultant(e)s, leur numéro de sécurité sociale, mais cette rubrique n'était renseignée dans aucune des PMI visitées ;
 - Deux registres des consultations distincts – enfants, femmes – comportant une quinzaine de rubriques et une quarantaine d'items. On relève que l'affiliation à la sécurité sociale figure parmi les items ; il est possible de le connaître en se reportant au dossier médical de l'enfant ou de la femme enceinte ; le numéro du dossier médical figure sur le registre pour chacune des consultations ;
 - Plusieurs registres spécifiques ont pu également être consultés :
 - Un cahier des vaccinations ;
 - Un registre des visites à domicile ;

- Dans certains centres, un registre des échographies, ce dernier n'a pas été diffusé largement car son usage est réservé aux sages-femmes ayant obtenu le diplôme universitaire (DU) d'échographie.
- Par ailleurs, il a été présenté à la mission un cahier d'enregistrement des nouvelles grossesses, mis en place pour les besoins d'une enquête ponctuelle menée en 2015.

Tableau 26 : Registres conçus par la DSPMI en 2011

Type de registre	Remplissage
Agenda des rendez-vous	Hôtesse d'accueil / secrétaire médicale
Visites à domicile	Sages-femmes/ infirmiers ou puéricultrices/ agents sanitaires de proximité
Identification	Hôtesse d'accueil / secrétaire médicale
Consultations Enfants	Infirmiers /médecins
Consultations Femmes	Sages-femmes/ médecins
Vaccins	Infirmiers /médecins /sages-femmes
Echographie	Sages-femmes/ médecins

Source : DSPMI/ unité de statistiques

- [248] La structuration de l'activité dans les registres est robuste et bien documentée. On retrouve dans toutes les PMI le même système d'enregistrement à l'exception de quelques variantes observées dans les registres enfants de Mtsapéré et Chirongui. Le système documentaire n'a cependant pas été revu depuis sa finalisation début 2011 alors que certaines activités ont évolué (l'abandon des vaccinations pour les femmes enceintes en PMI par exemple).
- [249] L'enregistrement de l'activité dans les registres et dans les dossiers médicaux observés est apparu globalement satisfaisant pour les infirmiers et les sages-femmes. S'agissant des médecins, les données renseignées sur le registre, quand elles le sont, apparaissent incomplètes.

3.2.2 Mais la consolidation des données d'activité est incomplète et tardive

- [250] Les données des registres font l'objet d'un décompte mensuel qui est adressé en principe à la PMI de référence de chaque circonscription où elles sont saisies dans un tableau Excel qui doit être lui même transmis au service de statistiques de la DSPMI.
- [251] Cette consolidation des données des PMI n'est pas satisfaisante.

[252] Il existe d'abord un nombre important de rapports mensuels qui ne remontent pas jusqu'à la direction, ou trop tardivement. Ceci provient parfois de l'absence de saisie à la source par certains professionnels, surtout les médecins mais aussi de l'absence de transmission entre les centres périphériques et la PMI de référence de la circonscription : ainsi lors de la visite de la PMI de Chirongui, le 23/11/2015, le taux de non-remontées des rapports d'activité des PMI de la circonscription Sud était de 14 sur 150 rapports attendus entre janvier et Octobre 2015⁹⁸, soit 9,3% de données non remontées. Il n'existait dans cette PMI centralisatrice aucun tableau local de suivi des remontées statistiques et donc pas de système de relance facile à consulter. Par ailleurs, dans cette PMI, aucun ordinateur n'était fonctionnel au secrétariat lors de la visite ? et ce depuis février 2015. Dans ces conditions, il apparaît difficile de faire remonter régulièrement les données vers l'unité statistique de la DSPMI. Cette situation n'est pas isolée.

[253] Le sous-enregistrement et les remontées tardives concernent toutes les PMI à des degrés divers. Le tableau suivant détaille la situation observée sur les 10 premiers mois de 2015.

Tableau 27 : Etat de la remontée des données mensuelles d'activité issues des registres PMI des sages-femmes et des infirmiers pour les 10 premiers mois de 2015

	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE
Registres Sages-femmes	86%	82%	77%	77%	77%	77%	73%	55%	36%	18%
Registres Infirmiers	77%	73%	73%	73%	73%	68%	59%	45%	32%	27%

Source : DSPMI/ unité de statistiques ; traitement IGAS

[254] En octobre 2015, il manquait 15% des données des sages-femmes et 23% des données des infirmiers pour le mois de janvier, alors que les effectifs étaient au complet dans ces PMI. Ces chiffres sont respectivement de 82% et de 33% pour le mois d'Octobre. Pour les médecins, la situation était plus simple, au 15 octobre aucune donnée d'activité n'était remontée pour l'année 2015. Au total, au 15 octobre, il n'était pas possible de disposer d'un tableau de bord consolidé sur les deux premiers trimestres de 2015.

[255] Les remontées tardives et/ou incomplètes ne sont pas un phénomène limité à la seule année 2015. Le tableau suivant, établi à la demande de la mission par la cellule statistiques, détaille les données manquantes par activité et par intervenant de 2011 à 2014.

Tableau 28 : Répartition des données manquantes par activité et par intervenant de 2011 à 2014

	PMI enfants		PMI femmes		
	Infirmiers	Médecins	Sages-femmes	Médecins	Gynécologue
2011	6,0%	68,0%	9,0%	90,0%	77,0%
2012	12,0%	51,0%	8,0%	61,0%	86,0%
2013	2,0%	56,0%	19,0%	pas de données remontées au service	pas de données remontées au service
2014	7,0%	61,0%	20,0%	83,0%	96,0%

Source : DSPMI/ unité de statistiques

⁹⁸ 5 PMI * 10 mois * 3 Professionnels (SF, IDE, Médecins)

- [256] Ces sous-déclarations et remontées tardives emportent plusieurs conséquences importantes :
- Il n'est tout d'abord pas possible d'utiliser les remontées mensuelles comme outil de pilotage. La direction de la DSPMI est aveugle sur son activité, y compris lorsqu'elle fluctue de manière rapide comme en 2015. C'est par l'enregistrement des naissances au CHM que l'importance du phénomène a été connue ;
 - Il n'est pas non plus possible d'établir une facturation fiable et continue, alors même que trésorerie et recettes sont en forte tension ;
 - Il n'est pas possible de comprendre les fluctuations d'activité observées sur les séries longues et de faire la part entre sous-déclaration et absence d'activité liée à la non-affectation de professionnels sur certains sites ou durant des périodes données.

3.2.3 Les projets d'informatisation des données d'activité ne peuvent pas se développer sans un réseau opérationnel et des équipements

- [257] La DSPMI se heurte aux difficultés décrites *supra* s'agissant de la fiabilité des données épidémiologiques générales d'état civil (décès, naissances, flux migratoires). S'agissant de l'état de santé, on a vu qu'elle a cessé depuis 2010 de produire des analyses issues des dossiers médicaux « papier ». Sa production statistique ne devrait pas s'en tenir à la production des données internes d'activité mais également être agrégée avec celles produites par les autres acteurs de santé, notamment s'agissant des certificats de santé obligatoire des enfants du 8^e jour, 9^e mois, 24^e mois et entre 3 et 4 ans. Ce dispositif n'est pas en place et la DSPMI ne produit pas ces informations.
- [258] Un projet d'informatisation des PMI est porté depuis plusieurs années. Début 2015, la DSPMI sur la demande de la direction des systèmes d'information et de communication du Département, a rédigé un cahier des charges sur ses besoins en applicatifs de gestion des PMI⁹⁹. Ce cahier des charges apparaît incomplet dans cette version initiale ; pour ne citer que les manques les plus importants :
- Les besoins exprimés ne portent que sur le seul secteur obstétrical (femmes et nouveaux nés) ;
 - Ils ne font pas apparaître la fonction tarification alors même que ce sujet est identifié depuis 2011 et est au cœur des conventions passées par le département avec la CSSM (*cf. infra*) ; On relève notamment que si l'enregistrement du numéro d'inscription au répertoire (NIR) est prévu, il n'existe pas d'enregistrement de l'ouverture des droits à la sécurité sociale, contrairement à ce qui figure dans les registres papier actuels ;
 - L'interfaçage avec les bases de données des laboratoires de biologie n'est pas prévu ;
 - Enfin, l'exigence d'une déclaration à la Commission nationale Informatique et liberté (CNIL) n'est pour l'instant pas traitée.
- [259] S'agissant du dossier obstétrical, des contacts ont été pris avec le CHM qui utilise une application dont la licence pourrait être accordée au Département. Mais cette solution nécessite une connexion permanente sur l'ensemble des sites ; or les réseaux et les équipements des centres de PMI ne le permettent pas. En effet, la majorité d'entre eux n'a pas accès à un réseau extérieur, et beaucoup ne disposent pas même d'un ordinateur.
- [260] Il serait possible d'installer des routeurs d'accès internet dans chaque centre PMI, permettant d'atteindre un serveur partagé au siège. Mais ce dispositif n'a pas été jugé assez sécurisé compte tenu du caractère sensible des données à transmettre. Les services techniques préfèrent attendre le déploiement de la fibre optique et construction d'un réseau dédié.

⁹⁹ Applications de gestion de la PMI, Cahier des charges, DGASDS, version 1.01

[261] Au final, les échanges entre la DSPMI et la direction des systèmes d'information n'ont plus progressé depuis début 2015 et une solution d'informatisation de la DSPMI, même si elle ne doit pas être abandonnée, n'apparaît pas envisageable avant plusieurs années. Le budget de 100 000 € destiné à l'informatisation des PMI figurant au BP 2015 n'a pas pu être mobilisé. Des solutions de financements restent possibles dans le cadre des programmes européens, mais les pré-requis (définition des besoins, des implantations, des solutions logicielles et réseaux) apparaissent difficiles à mettre en œuvre à court-moyen terme.

Tableau 29 : Accès réseau et équipement informatique des PMI

N°	Localisation	Accès réseau	PC	Tél	CARTE
1	Passamainty	NON	0		
2	Vahibé	NON	0		
3	Combani	OUI	1	64 34 64	
4	Tsingoni	NON	0	64 34 70	
5	Mtsangamouji	NON	2	62 58 98	
6	Acoua	n/a			
7	Mtsamboro	NON	0	62 40 63	
8	Dzoumogné	OUI	0	62 35 55	
9	Koungou	NON	0	00 23 00	
10	Kawéni				
11	Dembéni	NON	0	61 23 80	
12	Bandrélé	NON	1	62 66 60	
13	Chirongui	OUI	2	62 30 14	
14	Bouéni	NON	0	62 17 97	
15	Kani-Kéli	NON	0	62 26 04	
16	Sada	NON	0	64 34 81	
17	Chiconi	NON	0	62 30 43	
18	Poroani				
19	Labattoir	OUI	1	63 78 02	
20	Ouangani				

Source : DGASDS/ Direction des réseaux, janvier 2015

[262] A court terme, et vraisemblablement à l'horizon du prochain schéma de la PMI, force sera donc de renforcer la solution des registres papier et de leur consolidation mensuelle pour parvenir à une mesure exacte de l'activité de la PMI. Des solutions d'enquêtes épidémiologiques ponctuelles pourront compléter les besoins d'information les plus urgents.

3.3 Des charges sous estimées et des recettes minorées et instables

3.3.1 Des charges de fonctionnement très supérieures à celles admises jusqu'à présent

[263] Les charges de rémunération correspondant à la fonction PMI ont été recalculées à la demande de la mission par l'unité de gestion de la DSDS sur la totalité des effectifs intervenant en PMI. L'unité de gestion les estime à **10 491 541 M€ pour l'année 2015**. Cette évaluation se réfère à des effectifs réels qui sont légèrement supérieurs à ceux comptabilisés par la mission (319 postes sur l'année 2015 vs 293 en novembre 2015) ; la différence principale porte sur le nombre de cadres B en activité.

Tableau 30 : Comparaison tableau de structure d'emplois IGAS et unité de gestion DSDS

	A	B	C et assimilés	Contrat emploi d'avenir	Total
Unité de gestion DSDS	46	36	238,33		320,33
Mission IGAS	40	24	226	3	293

Source : DRH, DRFip, Unité de gestion DSDS ; traitement IGAS

[264] Sur la base d'une structure d'emploi de 308 postes en PMI (postes pourvus et vacants) avec 14% de cadres A, 10% de cadres B et 77% d'agents de catégorie C ou assimilés, la masse salariale chargée en 2015 peut être valorisée à 10 M€. A structure et effectifs inchangés, elle progressera à 11 M€ en 2016 et à 12,2 M€ en 2017 du seul fait de l'augmentation progressive des rémunérations indiciaires pour le personnel titulaire et les agents contractuelles en CDI de 40% adoptée en 2013, et qui atteindra 40% au 1^{er} janvier 2017.

[265] En 2010, **les charges de fonctionnement courant** de nature médicale (principalement de la pharmacie et de la biologie) représentaient 3,4 M€ ; elles étaient alors essentiellement financées par la collectivité territoriale (*cf. infra*). **L'estimation des charges 2015 est du même ordre de grandeur, soit 3.3 M€**, ce qui laisse penser qu'elles sont vraisemblablement inférieures à la réalité, l'activité et les coûts des produits et des prestations ayant augmenté entre temps.

Tableau 31 : Estimation des charges de fonctionnement médical des PMI en 2015

Vaccins, médicaments dont contraceptifs et dispositifs médicaux	1 232 015 €
Elimination déchets de soins	5 065 €
Soutien programme expérimental nutrition	78 000 €
Divers (location bouteilles O2)	1 580 €
Biologie	1 767 668 €
Transports (par CHM vers PMI)	246 344 €
Total général	3 330 672 €

Source : CHM/Pharmacie ; CD/Pharmacie et Unité de gestion SDS ; traitement IGAS

- [266] Le troisième et dernier poste de charges correspond aux charges générales (loyers, transports, réseau et système d'information, fluides...). Le chapitre 011 du budget prévisionnel 2015 du département est valorisé à hauteur de 42 M€, dans son avis de décembre 2015 sur le budget rectificatif 2015, la chambre régionale des comptes a valorisé le chapitre 011 à 53,4 M€¹⁰⁰.
- [267] Il n'existe pas de comptabilité analytique détaillant les seules charges attribuables à la PMI. On peut considérer en première approche que les charges générales se répartissent proportionnellement aux effectifs de ces directions. La mission a retenu par conséquent une clef de répartition basée sur le rapport des effectifs de la PMI aux effectifs généraux. La PMI a mobilisé 293 agents sur un effectif global de 3522 agents rémunérés par le conseil départemental en novembre 2015, auxquels il faut ajouter 77 assistants familiaux, soit 3599 agents. La part des effectifs de la PMI dans les effectifs rémunérés par le conseil départemental est donc de 8.1%. Sur cette base, **la valorisation des charges générales pour la PMI est de 4,3 M€** (8,1% X 53,4 M€). Il s'agit ici encore d'une estimation vraisemblablement inférieure à la réalité, du fait qu'en raison du nombre très élevé de sites qu'elle utilise, les dépenses de fonctionnement courant de la DSPMI sont nécessairement supérieures à la moyenne des directions (loyers, entretien des locaux, transports, télécommunications ...)
- [268] Au total, les charges directes et indirectes rattachables à l'activité de PMI peuvent être estimées à 17,8 M€ en 2015.
- [269] Leur évolution prévisible est présentée dans le tableau suivant, qui tient compte des revalorisations salariales déjà votées, d'une augmentation des besoins de pharmacie et biologie liés à la croissance d'activité constatée depuis 2014, estimée à 10% en base annuelle, et d'une hypothèse de stabilité des charges générales au niveau constaté en 2015.

Tableau 32 : Synthèse des charges de la PMI 2015 et évolution prévisionnelle 2016-2017

Charges PMI	2015	2016	2017
Salaires	10,1 M€	11,1 M€	12,2 M€
Pharmacie et biologie	3,3 M€	4,5 M€	5,0 M€
Charges générales	4,3 M€	4,3 M€	4,3 M€
	17,8 M€	20,0 M€	21,5 M€

Source : DRH, DRFiP, Pharmacie CHM et CD, Unité de gestion DSDS ; traitement IGAS

- [270] Ces estimations comportent une hypothèque importante quant à la stabilité des effectifs et la poursuite des revalorisations salariales adoptées en 2013. La Chambre régionale des comptes vient de remettre en cause cette décision, qu'elle considère comme irrégulière s'agissant du personnel contractuel, et inopportune pour le personnel titulaire, au regard du déficit budgétaire dont le Département a pris récemment la mesure.
- [271] Sous ces réserves, il convient d'identifier des recettes de l'ordre de 20 M€ pour les prochains exercices budgétaires, pour simplement préserver le volume d'activité actuel de la PMI. Or ces recettes ne sont pour l'instant pas garanties.

¹⁰⁰ Avis n° B 15 – 044. Séance du 10 décembre 2015. Avis article L1612-5 du code général des collectivités territoriales Décision modificative n°1 du budget primitif 2015 Département de Mayotte

3.3.2 Le financement de l'activité de la PMI repose sur des recettes incomplètes et instables dans le temps

- [272] Les sources de financement de l'activité de PMI reposent principalement sur le budget du Conseil départemental, qui assume en particulier les charges de personnel. Les difficultés rencontrées par la collectivité territoriale dans les années passées ont conduit l'Etat, à travers l'ARS à participer régulièrement au financement de la PMI jusqu'en 2014. Pour sa part, l'assurance maladie a financé la prise en charge des assurés sociaux de 2010 à 2012.
- [273] S'agissant du budget du département, la mission relève qu'aucun processus de rebasage de la dotation globale de fonctionnement (DGF) n'a été engagé en 2011 s'agissant de l'activité de la PMI. Ce sujet n'a pas été porté par le département, ni par les ministères des outre-mer ou des affaires sociales. (voir détail dans le rapport principal).
- [274] Il existe cependant une revendication ancienne du département visant à faire reconnaître par l'Etat la charge exceptionnelle de fonctionnement que représente pour sa PMI, une population principalement non affiliée et pour laquelle il n'existe *a priori* aucune possibilité de générer des recettes « de droit commun » en absence d'application à Mayotte de l'AME. Cette demande a été portée de manière récurrente depuis 2010 auprès de la Préfecture, de l'ARS et de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM), sans grand succès.
- [275] En 2010 puis en 2011, le département a négocié avec ses partenaires deux conventions générales destinées à permettre la prise en charge de ses dépenses de fonctionnement de pharmacie et de biologie par l'Etat et des consultations et actes délivrés aux assurés sociaux par la CSSM au titre de l'assurance maladie ou maternité¹⁰¹. Le centre hospitalier de Mayotte était partie à la convention en tant que prestataire en charge de l'approvisionnement en médicaments/vaccins et des dépenses de biologie engagées par la PMI. L'ARS devait cofinancer quelques programmes spécifiques (malnutrition...) et valider les commandes passées par la PMI au CHM.
- [276] Quatre conventions bilatérales annuelles entre 2011 et 2014¹⁰², découlant de la convention générale de 2011, ont été signées entre l'Etat et le centre hospitalier de Mayotte. Sur cette base, l'Etat, sous contrôle de l'ARS, a versé au CHM sur le programme 123¹⁰³ une contribution annuelle de 1,5 M€ de 2011 à 2014¹⁰⁴. Puis a cessé en 2015. Une subvention de 1,95 M€ figure dans le PLF 2016 au titre de l'action n°4 du programme 123 mais elle apparaît destinée principalement au financement par voie de subventions aux associations agissant localement dans le domaine de l'action sociale et de contribuer à la mise en œuvre du plan jeunesse. La reprise d'une contribution du programme 123 au fonctionnement de la PMI n'est donc pas du tout garantie.
- [277] La CSSM et le Conseil général ont également signé une convention bilatérale le 10/02/2011 (couvrant la période 2010-2011). La CSSM a versé 326 744 € au titre de l'exercice 2010, et 308 354 € au titre de 2011. Faute de nouvelle convention, plus aucun versement n'est intervenu les quatre années suivantes, générant au minimum un manque de recettes pour la collectivité territoriale estimé à 1,5 M€ sur la période.

¹⁰¹ Convention relais Etat/CHM/Conseil général/CSSM/ARS du 08/01/2010 (durée limitée au 1er trimestre 2010) et convention de partenariat Etat/CHM/Conseil général/CSSM/ARS du 15/06/2011

¹⁰² Conventions Etat/CHM de juin/2011, du 27/07/2012, du 12/11/2013 et du 11/05/2014.

¹⁰³ Programme « Conditions de vie outre-mer » action 4 « Sanitaire, social, culture, jeunesse et sport ».

¹⁰⁴ En 2014, le financement n'a été finalement que de 1 M€, car l'Etat a choisi de verser directement le reliquat de 0,5 M€ au Conseil départemental, bénéficiaire réel de la subvention, plutôt qu'au CHM qui ne jouait qu'un rôle de prestataire intermédiaire. Ce reliquat a été versé au CHM en septembre 2015. Le financement Etat est donc bien resté au final de 1,5 M€ pour l'exercice 2014.

[278] Dès 2011, la CSSM a souhaité pouvoir engager progressivement une facturation individuelle des actes médicaux de la PMI, consécutive à l'entrée en vigueur des feuilles de soins pré-identifiées à Mayotte. Malgré plusieurs tentatives entre 2012 et 2015, il n'a pas été possible de trouver un accord sur les modalités de contrôle de l'activité de PMI. Cette facturation à l'acte n'a été finalisée que dans la seconde convention, signée en novembre 2015. Le financement est fondé sur le principe d'un paiement à l'acte sur la base des tarifs conventionnels applicables (article 5) ; ses modalités de calcul prévoient à terme une télétransmission des factures via les feuilles de soins électroniques et dans l'intervalle sur une transmission progressive des feuilles de soins en format papier (10% en année N à 50% en année N+2) ; 30% du solde pouvant être réglé sur un état récapitulatif (article 6).

[279] La mission s'interroge sur la capacité des services de PMI à satisfaire la montée en charge de toute facturation établie sur une base individuelle, très chronophage et complexe à mettre en œuvre dans le contexte de pénurie des ressources humaines et d'absence d'informatisation des centres PMI (cf. supra). Cette nouvelle convention signée en novembre 2015 avec la CSMM est de son point de vue inapplicable. Elle devra faire très rapidement l'objet d'amendements sur le format des données et leur mode de transmission à la sécurité sociale.

[280] Enfin, la CSSM a versé au CHM au titre de la convention générale de 2011, 743 535 € en 2011 et 894 000 € en 2012. Elle n'a effectué aucun versement en 2013 et 2014 faute de convention et vient de reprendre sa contribution au titre de 2015 (1 042 571 €).

Tableau 33 : Structure du financement du fonctionnement médical de la PMI par origine des bailleurs de 2009 à 2015 à Mayotte (en euros)

Nature financement	Etat (P123)	ARS (FIR)	Assurance Maladie pour CHM	Assurance Maladie pour Conseil départemental	CHM (dotation annuelle de fonctionnement)	Département	Total
2009						3 484 268	3 484 268
2010	1 430 000		476 248	326 744		238 717	2 471 709
2011	1 500 000	-	743 535	308 354	-	46 820	2 598 709
2012	1 500 000	290 000	894 000		-	?	2 684 000
2013	1 500 000	-	810 464		391 000	25 291	2 726 755
2014	1 500 000	12 000	754 611		1 015 503	90 106	2 617 609
2015		45 697	1 042 571		2 386 970	119 194	3 594 432

Source : CHM, CSSM, Ministère des Outremer, Préfecture de Mayotte, ARS, Conseil départemental de Mayotte ; traitement IGAS

[281] Cette situation a *de facto* conduit le CHM à assurer le financement sur ses ressources propres des actes de biologie, des vaccins et médicaments livrés à la PMI en 2014, alors même que sa mission n'est en principe que celle d'un fournisseur et d'un prestataire. Ce faisant, le CHM a contribué sur sa dotation annuelle de fonctionnement hospitalière au financement de la PMI, hors de tout cadre conventionnel *ad hoc*. Le reste à charge est estimé à 3,03 M€ de 2013 à 2015.

Tableau 34 : Reste à charge des dépenses de PMI pour le CHM. Années 2013 à 2015 (en euros)

	Charges	Recettes			Reste à charge CHM
		Etat. Outre-Mer : programme 123 Conditions de vie outre-mer, action 4	ARS (Fond d'intervention régional)	Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) --> CHM (30% dépenses)	
2 013	2 701 748	1 500 000		810 464	391 284
2 014	2 515 503	1 500 000		754 611	260 892
2 015	3 475 238		45 697	1 042 571	2 386 970
Total	8 692 489	3 000 000		2 607 646	3 039 146

Source : CHM, CSSM, Ministère des Outre-mer, Préfecture de Mayotte, ARS, Conseil départemental de Mayotte ; traitement IGAS

3.3.3 Synthèse sur les ressources financières

- [283] En 2015, l'ARS estimait que le coût réel des prestations de la PMI (consultations, analyses de laboratoire, médicaments, vaccins) s'élevait à environ 5 M€ par an. Ces estimations, fondées sur des informations communiquées en 2014 par le Conseil général, ont été reprises par la suite dans tous les documents des administrations de l'Etat que la mission a pu consulter sur ce sujet.
- [284] Or les ressources mobilisées par la collectivité de Mayotte pour ses missions de PMI sont **très nettement supérieures** à celles qui ont été documentées jusqu'alors. Les principales sources de sous-objectivation reposent sur une minoration de la masse salariale réelle (la DSPMI compte plus de 300 agents) et l'absence de valorisation des charges indirectes rattachables à l'activité de PMI.
- [285] Ce sont au final 17,8 M€ qui peuvent être rattachés à l'activité de la DSPMI en 2015 dont 14,5 M€ sont financés sur le budget de fonctionnement du département, soit 4.7% de son budget de fonctionnement¹⁰⁵.
- [286] Le financement de la biologie, des vaccins et des médicaments, qui représente 3,3 M€ en 2015 a été assuré de manière très instable et atypique de 2010 à 2015. La nouvelle convention passée avec la CSSM devrait permettre au Département de recouvrer mieux les contributions de l'assurance maladie auxquelles il peut prétendre.
- [287] Il n'apparaît pas sain de conserver un modèle économique qui repose sur la capacité du CHM à combler, sur sa dotation hospitalière, les défaillances des financeurs de la PMI.

3.4 Des conditions de travail et de fonctionnement qui restent globalement très mauvaises

- [288] Tous les rapports d'activité consultés depuis 2007, font état de dysfonctionnements récurrents des services de PMI sans que des solutions satisfaisantes aient pu être apportées de manière pérenne.
- [289] L'impact du *turn-over* important du personnel, déjà décrit, est constamment cité dans ces rapports, de même que les conditions matérielles des locaux et les moyens de fonctionnement très défaillants, ceci ne pouvant qu'alimenter l'instabilité du personnel.
- [290] La mission a pu constater dans les quatre PMI visitées la vétusté des locaux, l'absence totale ou partielle de climatisation, l'insuffisance ou la vétusté des équipements médicaux tels que les échographes, l'absence ou l'insuffisance de petit matériel et/ou de médicaments et dispositifs médicaux de base. On a déjà signalé l'absence d'ordinateur ; la PMI ne dispose pas non plus de véhicules en nombre suffisant (on compte au mieux un véhicule dans chaque circonscription) et les agents se déplacent avec leurs propres moyens.

¹⁰⁵ Sur la base d'un budget de fonctionnement 2015 de 308 M€ tel que recalculé par la Chambre régionale des comptes en décembre 2015

[291] L'Association départementale des sages-femmes de Mayotte a dressé un état des lieux¹⁰⁶ quasi exhaustif des PMI ouvertes en septembre 2015¹⁰⁷ ; ses principaux constats figurent ci-dessous. Il n'a pas été possible d'en valider tous les éléments, mais ces données sont cohérentes avec les observations faites par la mission et confortent sa conviction, au-delà même de toute approche en termes de conformité, d'un cadre de travail particulièrement dégradé pour les personnels et de conditions d'accueil très insatisfaisantes pour les publics accueillis.

[292] Ces défaillances récurrentes sont à l'origine de deux mouvements de grèves en 2011 et 2013. S'agissant spécifiquement de la PMI en 2013¹⁰⁸, il était notamment prévu la livraison en 2013 et 2014 de 8 PMI rénovées¹⁰⁹ dont une seule a été livrée à ce jour (Ouangani en décembre 2014), d'un raccordement à l'internet et à la messagerie du Conseil général¹¹⁰.

Encadré. Extrait état des lieux, septembre 2015

Les locaux

- 44% sont inadaptés quant à la taille
- 33% ne possèdent pas de climatisation (ou défectueuse)
- 83% ne présentent pas un niveau d'hygiène satisfaisant
- 50% ont des toilettes (pour les consultantes ou le personnel)
- 17 % des sites n'ont pas accès à un point d'eau pour les patientes
- 55% possèdent des extincteurs, mais révisés quand ??? Le personnel ne bénéficie d'aucune formation à leur usage depuis.....

Seulement 2 sites (dont un visité par les rats) possèdent des locaux à archives, obligation légale engageant la responsabilité du CD ; Seul un site (récent), Ouangani répond aux critères permettant de réaliser des soins et consultations dans des conditions adaptées, quid des obligations et normes de sécurité, d'accueil des personnes en situation de handicap des lieux recevant du public

Les équipements :

- matériel de bureau : pour plus d' 1/3 des sites il est insatisfaisant en qualité ou quantité.
- équipement bureautique : près d'1/3 des sites ne sont pas équipés de tel ou de fax (ou en panne, ligne téléphonique défectueuse.....) seulement 1/3 ont un ordinateur (généralement au secrétariat), 5 ont un imprimante et **pour tous** manque ou rupture de consommable continue et récurrente, pannes réparées dans des délais très (trop) long, rendant les équipements **inutilisables** ;
- équipement médical : seulement 5 sites, donc **moins du tiers** sont équipés de façon **correcte**,
 - Il n'y a actuellement que 5 échographes récents achetés en 2012 et équipés, soit 27% des appareils (sondes, imprimantes) pas de Doppler, sur tous les autres sites, la responsabilité des consultants est engagée.
 - les autres appareils sont anciens (achetés entre 2003 et 2005) ils ne répondent plus aux critères et n'ont pas bénéficié de contrat de maintenance, la possible mise en place de la cotation des actes par la caisse de sécurité sociale impose obligatoirement une mise aux normes des appareils.
- Sur 100% des sites, ruptures récurrentes d'approvisionnement
 - de médicaments, (particulièrement de contraceptifs), de petits matériel biomédical (compresses, seringues, bandelettes urinaires, doigtiers d'examen),
 - de produit d'entretien (essaies mains, désinfectants),
 - de consommables,
 - de matériel de bureau, de dossiers médicaux.....

Ces ruptures d'approvisionnement peuvent être responsables d'infections nosocomiales ; les sages-femmes sont donc obligées d'interrompre régulièrement certaines de leur mission par manque d'hygiène.

La maintenance des locaux ainsi que de l'ensemble du matériel biomédical est totalement inexistant malgré un effectif impressionnant du personnel du service logistique, leur principale activité consistant uniquement à signaler les dysfonctionnements !

Une seule voiture pour la PMI et l'ASE est totalement inadaptée. Les pannes, le manque de bons d'essence entraînent inévitablement des dysfonctionnements pour l'ensemble des PMI.

Source : Association départementale des sages-femmes territoriales de Mayotte, Etat des lieux des centres de PMI de Mayotte. Septembre 2015

¹⁰⁶ Association départementale des sages-femmes territoriales de Mayotte, Etat des lieux des centres de PMI de Mayotte. Septembre 2015, 5 pages.

¹⁰⁷ 19 questionnaires ont été envoyés, 18 réponses ont été obtenues (manque Bandré) soit 95 % des réponses

¹⁰⁸ Protocole de fin de conflit du 17 octobre au 7 novembre 2013 au sein de la DGA des Solidarités

¹⁰⁹ « Sur un total de 25 PMI, 8 sont en chantier : - 5 chantiers seront livrés d'ici le 31 décembre 2013 : les PMI de Ouangani, Sada, Kawéni, Mtsamboro et Koungou ; - 3 autres seront livrés, courant 2014, à savoir : Mtsamoudou, Poroani et Pamandzi »

¹¹⁰ « Raccordement des sites principaux PMI et UTAS à d'ici le 31 décembre 2013, à Internet et à la messagerie du conseil général. Pour la DSPMI, l'engagement est pris de doter d'ici le 31 décembre 2013, chaque point PMI, non encore pourvu, d'un appareil fax ou téléphone/fax. »

4 LES ACTIVITES DE LA DSPMI EN FONT UN ACTEUR MAJEUR DU RESEAU DE SOINS DE PREMIER RECOURS

[293] L'analyse des activités de la DSPMI doit être abordée à la lumière des faiblesses du système d'information décrit ci-dessus. La principale faiblesse porte sur le manque d'exhaustivité des données selon les années et les centres de PMI. Les analyses par circonscription et par centre s'en trouveront limitées ici.

[294] On rappelle que les données restituées concernent les activités propres de la DSPMI. Il n'existe aucune activités de PMI en régie indirecte qui seraient réalisées pour le compte du département par un tiers, associatif ou libéral. Les données 2015 n'étaient pas disponibles à la date de rédaction du présent rapport.

Tableau 35 : Evolution des populations cibles de la PMI entre les recensements de 2007 et 2012

	2007	2012	Evolution
Nombre de Femmes en âge de procréer 15-49 ans	46 741	53 118	14%
Nombre Enfants de moins de 6 ans	37 584	40 080	7%
Nombre de centres PMI ouverts	27	22	-19%

Source : INSEE, RGP 2007 et 2012 ; Rapports activité DSPMI ; traitement IGAS

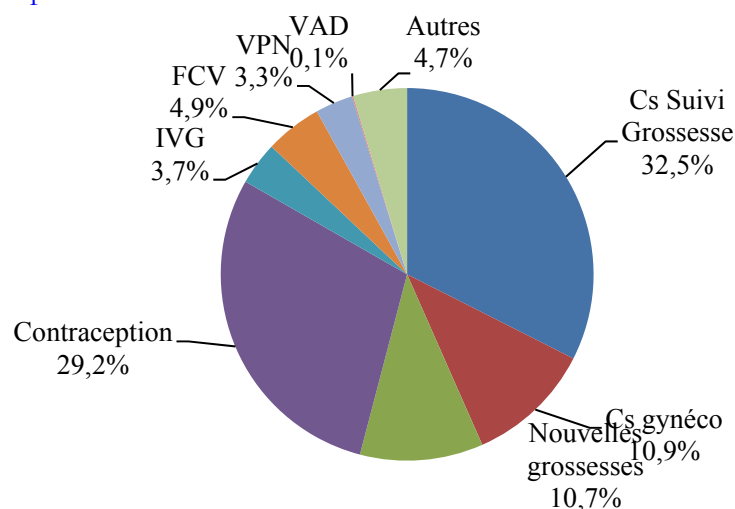
4.1 Des activités périnatales, très importantes centrées sur le suivi en centre de PMI

4.1.1 Suivi des grossesses : une activité dans les centres de PMI beaucoup plus importante que celle des départements

4.1.1.1 Suivi individuel en centre de PMI

[295] L'activité de suivi individuel en centre concerne principalement le *pre-partum* et l'activité de contraception et de planning familial. L'activité de suivi post natal de la PMI femmes est très réduite.

Graphique 4 : Répartition des motifs de consultation de PMI femmes de 2011 à 2014



Source : Service statistique/DSPMI Activité de la PMI 2011 – 2014

[296] 97% des consultations et des actes concernant la PMI « Femmes » sont réalisés par les sages-femmes.

Tableau 36 : Ensemble des actes réalisés en PMI Femmes 2012-2014 selon le type de professionnel médical

	Gynécologue	Médecins généralistes	Sages-femmes	Total
Total actes hors consultations enfants	2412	1793	131988	136193
	1,8%	1,3%	96,9%	100%

Source : Service statistique/DSPMI rapports d'activité ; traitement IGAS

[297] Le suivi des grossesses représente donc la plus grosse activité de la PMI. Il est assuré dans 19 des centres fixes de la PMI. **Il couvre environ 65% de la population des parturientes accouchant à Mayotte.** Les autres grossesses sont suivies en ville (spécialistes, mais surtout sages-femmes libérales) et par les équipes de la maternité du CHM. On rappelle que les consultations du 9^{ème} mois sont toujours confiées aux équipes du CHM.

[298] Il a déjà été souligné une récente forte augmentation des naissances : 9026 en 2015 vs une moyenne de 7000 les 5 années précédentes. Elle s'est accompagnée naturellement d'une augmentation corrélative du nombre de grossesses suivies par la PMI ; les données consolidées ne sont pas encore disponibles.

Tableau 37 : Estimation de la proportion des femmes enceintes accouchant à Mayotte et suivies par la PMI 2010 – 2014

Années	2010	2011	2012	2013	2014
Naissances	7 356	6 776	6 736	6 644	7 374
Nouvelles parturientes	Nd.	4641	4653	3542 ¹¹¹	4954
Estimation du Taux de prise en charge par la PMI	61%	67%	69%	53%	67%

Source : Rapport 2011 DSDS, DSPMI Activité de la PMI 2011 – 2014 ; CHM ; traitement IGAS

[299] Ce taux de couverture des femmes enceintes par la PMI n'a pas d'équivalent en métropole¹¹² ni dans les autres DOM, où l'offre médico-sociale publique et libérale est plus développée. Par ailleurs, le suivi des grossesses à Mayotte repose essentiellement sur les sages-femmes de PMI. Partout ailleurs, il est assuré principalement par des gynécologues-obstétriciens (66,7%) exerçant en milieu hospitalier ou en secteur libéral ; pour les grossesses suivies par des sages-femmes (11,7%), 1/3 seulement des actes sont réalisés dans des centres de la PMI¹¹³.

¹¹¹ Les données de 2013 ne sont pas cohérentes et font suspecter un sous-enregistrement

¹¹² En Seine Saint Denis, qui concentre un nombre élevé de femmes d'origine étrangère et/ou en situation précaire, près d'une femme enceinte sur trois est suivie par la PMI, ce chiffre est inférieur à 5% sur la métropole d'après la dernière enquête périnatale en France de 2010

¹¹³ BLONDEL B et KERMARREC M Les naissances en France en 2010 et leur évolution depuis 2003, INSERM Mai 2011, 132 pages.

Tableau 38 : Nombre de consultations de PMI Femmes 2011 à 2014 à Mayotte

	2011	2012	2013	2014	TCAM	Evolution 2011-2014
Nombre de consultations PMI	37 627	43 641	30 280	33 726	-3,6%	-10,4%
Nombre d'échographies SF	4 354	4 453	4 538	5 005	4,8%	15,0%

Source : Rapports d'activité DSPMI et DSDS 2011 à 2014

[300] L'activité de consultation en centre fixe est globalement décroissante. Les actes d'échographie ont par contre crû.

[301] On a vu que 71% des parturientes accouchant au CHM étaient originaires des Comores (cf. Tableau 1). La proportion de femmes enceintes d'origine étrangère suivie par la PMI est également très importante. Dans une enquête sur les parturientes venant déclarer leur grossesse, réalisée à la demande de l'ARS en mai 2015 par 17 PMI ouvertes sur cette période, **40% des parturientes nouvellement inscrites résidaient à Mayotte depuis moins d'un an et 28% depuis moins de 6 mois**¹¹⁴. La majorité de ces femmes enceintes, présentes sur le territoire depuis moins d'un an, sont d'origine comorienne.

[302] La plupart de ces femmes ne bénéficient d'aucune couverture : avec l'accroissement brutal du nombre des accouchements en 2015, qui ne peut que résulter d'un afflux de parturientes étrangères, le taux des usagers de la PMI affiliés à l'assurance-maladie devrait encore baisser.

Tableau 39 : Taux d'affiliation des parturientes et des enfants consultant à la PMI 2011-2014

Couverture maladie	2011	2012	2013	2014
Femmes	27%	26%	21%	24%
Enfants	43%	41%	38%	40%

Source : RA DSPMI et DSDS, 2011 à 2014

[303] Les femmes viennent souvent consulter tardivement, au 4^{ème} mois ou au-delà.

Tableau 40 : Proportion de nouvelles parturientes consultant en PMI 2011 – 2014 selon le terme de leur grossesse

Année	T1	T2	T3
	< 16 semaines aménorrhée	< 28 semaines aménorrhée	> 28 semaines aménorrhée
2011	40,3%	49,9%	9,8%
2012	44,4%	47,7%	7,9%
2013	42,6%	48,4%	9,0%
2014	34,7%	53,9%	11,4%
Total 2011 - 2014	40,3%	50,1%	9,6%

Source : RA DSPMI et DSDS, 2011 à 2014 ; traitement IGAS

¹¹⁴ BARBAIL A, Note de synthèse sur la situation de la périnatalité à Mayotte, Annexe 2, ARS Océan Indien, 7 juillet 2015, 4 pages.

- [304] Ce retard dans la prise en charge est d'autant plus préoccupant que le nombre de consultations prénatales est très inférieur aux sept consultations par grossesse exigées par la réglementation (Article R2122-1 CSP). Les femmes ne bénéficient en moyenne que de 3 consultations en PMI, (3,6 en 2011 et 2,4 en 2013 seules données publiées¹¹⁵) auxquelles il convient d'ajouter celles réalisées par le CHM au 9^{ème} mois.
- [305] Le phénomène de consultations tardives, parfois au dessus de 28 semaines d'aménorrhée devrait faire l'objet d'un suivi attentif, tout particulièrement après l'augmentation des naissances qui est survenue en 2015, et qui correspond à une immigration de femmes enceintes venant des Comores en nombre supérieur au passé à partir de l'automne 2014. Les procédures administratives d'éloignements des immigrés clandestins qui font l'objet d'un ordre de quitter le territoire français (OQTF) incitent en effet les femmes qui sont décidées à rejoindre clandestinement Mayotte pour y accoucher à retarder leur passage clandestin jusqu'à un état d'avancement de leur grossesse qui leur donne la certitude de pas être renvoyée à Anjouan au cas où elles seraient interpellées à leur arrivée.
- [306] La procédure retenue en cas d'interpellation en mer prévoit un examen médical préalablement au transfert des personnes arrêtées au centre de rétention administrative. Cet examen médical est pratiqué au sein du centre hospitalier de petite Terre ; si l'état de santé des personnes retenues est incompatible avec la rétention, l'éloignement est différé et la personne, le cas échéant, est hospitalisée. Pour les femmes qui signalent un état de grossesse, le service maternité de l'hôpital est sollicité. Les sages-femmes du CHM établissent un certificat de contre-indication à une mesure de rétention si la grossesse est pathologique et/ou si son terme est supérieur à 32 semaines d'aménorrhée.
- [307] Il n'existe pas de consigne formalisée sur ce sujet : la référence à 32 semaines comme étant la limite haute résulte de la pratique et reste à l'appréciation de chaque sage-femme. En 2014, 169 femmes enceintes ont été identifiées comme telles au centre de tri médical après interpellation maritime et 42% ont fait l'objet d'un certificat de non-contre indication médicale à leur renvoi par voie maritime aux Comores, via le centre de rétention administrative.
- [308] Une femme qui a pu pénétrer clandestinement et qui est interpellée ultérieurement par les services de police (interpellation terrestre) ne bénéficie pas d'un examen médical systématique avant son placement en centre de rétention. Elle peut naturellement signaler sa grossesse au service médical du centre, mais cette structure ne dispose pas des équipements nécessaires pour pratiquer un examen approfondi de son état, ni d'échographe permettant de procéder à la datation de la grossesse. L'obligation de quitter le territoire français (OQTF) étant ramenée à exécution dans les heures qui suivent la mise en rétention – voire parfois dans la foulée de l'arrivée de la personne interpellée au centre, qu'elle ne fait que traverser pour embarquer sur le bateau de retour – il n'y a aucune certitude sur la prise en considération de la grossesse dans les décisions de l'administration.
- [309] Au plan statistique, le nombre de femmes enceintes qui ont fait l'objet d'un éloignement alors qu'elles étaient enceintes n'est donc pas connu. On sait seulement que sur les 19 810 personnes ayant transité en 2014 par le centre de rétention, 24% étaient des femmes, mais aussi que plus de la moitié de celles qui ont été interpellées en mer et qui se sont déclarées enceintes ont pu échapper à la rétention au motif que leur état de grossesse était trop avancé pour permettre l'exécution d'une telle mesure.
- [310] Les sages-femmes de la PMI et de l'hôpital signalent qu'à cause de cette règle non écrite, mais vraisemblablement connue des candidates à l'immigration clandestine, conduit les femmes enceintes à retarder le plus possible leur arrivée, au préjudice de leur santé et de celle de l'enfant à naître : elle ne peut que conduire à augmenter le risque obstétrical et fœtal.

¹¹⁵ Rapports d'activité DSDS 2011, DSPMI 2013 et 2014

4.1.1.2 Visites à domicile

- [311] L'activité de visites à domicile est quasi inexistante (cf. graphique 4 *supra*) : on dénombre environ 50 visites par an en moyenne de 2011 à 2014. La disponibilité des sages-femmes et les conditions générales de déplacement décrites plus haut en sont les principaux motifs.
- [312] Actions collectives et éducation pour la santé (allaitement maternel, hygiène de la grossesse...)
- [313] Ben qu'elle ait crû de façon importante depuis 2011, cette activité est peu développée, elle repose beaucoup sur les initiatives des équipes locales et est tributaire du fort turn-over à la PMI mais aussi chez ses partenaires comme l'Education nationale. La participation des sages-femmes est au total réduite sur ce segment d'activité.

Tableau 41 : Evolution du nombre d'actions préventives des sages-femmes en milieu scolaire

	Nombre d'interventions	Nombre d'élèves concernés
2011	98	1786
2012	188	5971
2013	133	4057
2014	156	2983
TCAM	16,8%	18,6%
TC 2011 2014	59,2%	67,0%

Source : RA DSPMI et DSDS, 2011 à 2014

- [314] L'éducation pour la santé est donc réalisée au cours des consultations par les professionnels de santé et avant celles-ci dans la salle d'attente, par des agents du service d'éducation pour la santé (cf. infra).

4.1.2 Une activité d'éducation et de planning familial intégrée aux consultations en centre

- [315] Il n'existe que très peu de données épidémiologiques sur l'usage de la contraception chez les femmes de 15 à 44 ans ; cette lacune fait échec au pilotage d'une politique pourtant prioritaire dans le contexte mahorais et l'impératif de meilleure maîtrise de la fécondité.

4.1.2.1 En centre PMI

- [316] Cette activité est intégrée à l'activité de consultation et repose également fortement sur les sages-femmes.

Tableau 42 : Activité de consultation de contraception de la PMI femmes 2011 – 2014

	Contraceptifs oraux	Progestérone injectable	Implant progestatif				Dispositif Intra-utérin				Total consultations contraception
			Pose	Suivi	Changé	Retrait	Pose	Suivi	Changé	Retrait	
2011	10 758	600	462	745	35	256	186	152	3	72	13 269
2012	12 344	563	255	642	8	92	30	89	13	13	14 049
2013	7 561	334	433	427	32	90	58	93	3	30	9 061
2014	9 328	473	1 006	689	89	492	39	70	11	47	12 244

Source : RA DSPMI et DSDS, 2011 à 2014 ; traitement IGAS

- [317] L'évolution générale de l'activité de contraception, mesurée par le nombre de consultations qui lui sont consacrées est en baisse de 2,6% par an entre 2011 et 2014. La baisse totale est de 7,7% entre ces deux dates. Le mode de contraception dominant est la contraception orale (80% des consultations). La contraception par progestatifs injectables ou implantés ou les dispositifs intra-utérins sont beaucoup moins utilisés. Toutefois elle progresse notamment pour les implants : les centres de PMI avaient posé 100 implants en 2007¹¹⁶, plus de 1000 en 2014.
- [318] La PMI assure également l'essentiel des consultations pré-IVG (75 à 78%) et une partie des consultations post IVG. Les actes d'IVG médicamenteux et chirurgicaux sont réalisés uniquement par les équipes du CHM.

Tableau 43 : Activité de consultation IVG de la PMI 2011 – 2014

	Nombre d'IVG	% IVG médicamenteuses	Nombre consultations Pré-IVG en PMI	Part couverture de la PMI	Nombre consultations Post-IVG en PMI	Part couverture de la PMI
2011	1229	61.4	962	78,3%	544	44,3%
2012	1325	60.2	1 037	78,3%	602	45,4%
2013	1344	67.6	1 053	78,3%	491	36,5%
2014	1382	68.7	1 044	75,5%	543	39,3%

Source : CHM ; RA DSPMI et DSDS, 2011 à 2014 ; traitement IGAS

4.1.2.2 Dans le réseau (écoles...)

- [319] L'activité est variable selon les centres PMI, et la demande des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) des établissements scolaires. Elle est globalement faible (cf. infra bilan SEPS).

¹¹⁶ DSPMI Rapport d'activité 2007.

4.1.3 Le suivi des enfants en centre fixe de PMI concerne principalement les 0-2 ans et la vaccination

4.1.3.1 La PMI enfants inscrit et prends en charge une majorité des 0-2 ans nés à Mayotte

[320] En 2002, la DASS comptabilisait 13 822 enfants inscrits, dont 9 625 étaient suivis¹¹⁷ soit 70%. En 2009, le Conseil général dénombrait 45 454 enfants inscrits, dont 29 970 étaient suivis, soit 66%.

[321] La mission n'a pu retrouver de données fiables établies depuis cette date. Il existe bien dans le registre Enfants un item dit « crayon vert » destiné à enregistrer ceux qui sont vus au moins une fois dans l'année, mais celui-ci n'est manifestement pas correctement documenté.

Tableau 44 : Nombre de consultants suivis de 2012 à 2013

Années	N° crayon vert
2012	50 191
2013	187 895
2014	158 593

Source : DSPMI/ Cellule statistique Activité PMI enfants 2011-2014 ;

[322] Il existe une rupture manifeste dans les modalités de codage après 2012, une progression de près de 300% du nombre d'enfants suivis entre 2012 et 2013. ceci pourrait être lié à une sous déclaration en 2012, mais si l'on en croit les données consolidées par la cellule statistiques de la PMI, près de 187 000 enfants différents en 2013 et 158 000 en 2014 ont été suivis par la PMI : ces données ne sont pas crédibles car on rappelle que la population des 0-6 ans est estimée en 2012 à un peu plus de 40 000 enfants.

[323] Un second item figurant dans le registre de consultation semble plus fiable s'agissant du nombre de 1^{ères} visites en PMI, soit les nouveaux consultants enregistrés à la PMI.

Tableau 45 : Nombre de nouveaux consultants enregistrés de 2012 à 2013

Années	1ère visite		Rappel naissances	Estimation du taux de couverture
2011			6 776	
2012	4 651		6 736	69%
2013	5 565		6 644	83%
2014	5 289		7 374	80%

Source : DSPMI/ Cellule statistique Activité PMI enfants 2011-2014 ; IGAS

[324] Si l'on rapporte cette donnée au nombre de naissances de l'année précédente en faisant l'hypothèse que ce sont principalement des 0-1 ans qui consultent pour la 1^{ère} fois, on peut estimer en première approche que **le taux d'inscription en PMI des enfants nés à Mayotte une année donnée varie entre 69 et 83%. Ceci n'est qu'une estimation qu'il convient de prendre comme un ordre de grandeur.**

¹¹⁷ Un enfant est considéré suivi en PMI quand il y a consulté au moins une fois durant une année donnée.

4.1.3.2 Consultations infantiles en centre PMI

[325] Comme pour la PMI femmes, l'activité principale de la PMI en direction des enfants porte sur les consultations et actes réalisés en centre fixe. L'activité de consultation est assurée principalement par les infirmiers (95% des consultations entre 2011 et 2014) et porte surtout sur le suivi des enfants sains auquel est couplée l'activité de vaccination.

Tableau 46 : Activité de consultation PMI Enfants 2011 – 2014

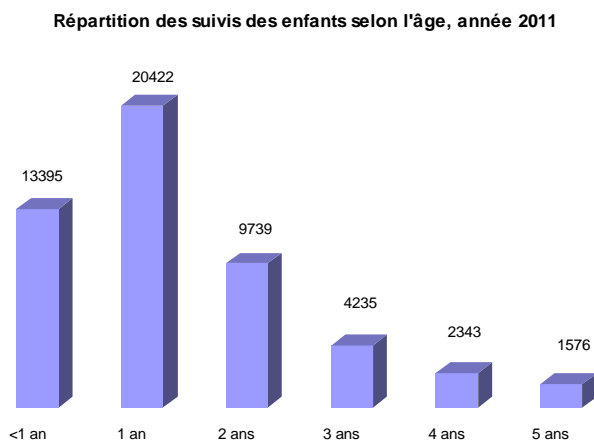
Année	Nombre de Consultations
2011	55 948
2012	55 723
2013	55 219
2014	47 795
TCAM	-5,1%
TC 2011 2014	-14,6%

Source : RA DSPMI et DSDS, 2011 à 2014

[326] Cette activité est globalement décroissante sur la période 2011-2014.

[327] Réglementairement, vingt visites sont prévues et remboursées en totalité par l'assurance maladie de la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans : dans les 8 jours qui suivent sa naissance ; tous les mois jusqu'à ses 6 mois ; au cours des 9^e et 12^e mois ; trois consultations sont prévues au cours de la deuxième année puis deux fois par an jusqu'à six ans. L'activité concerne principalement les 0-2 ans et décroît ensuite après cette tranche d'âge comme en témoigne le graphique suivant.

Graphique 5 : Répartition du suivi des enfants selon l'âge en 2011



Source : source RA DSDS 2011

[328] La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors des trois examens médicaux de l'enfant suivants : 8 jours suivant toute naissance, 9e mois et du 24e mois. Le premier certificat est rempli par les médecins du CHM. Le recueil et l'exploitation de ces certificats incombe à la PMI mais n'est que très partiellement réalisé. Aussi aucune donnée n'est remontée à ce titre à la DREES, en charge de la consolidation des données au niveau national.

[329] La PMI enregistre cependant le nombre d'enfants vus au 9^{ème} et 24^{ème} mois, ce qui peut donner une idée de la possibilité de produire à cette occasion les dits certificats.

Tableau 47 : Nombre de visites du 9^{ème} et 24^{ème} mois réalisées par la PMI entre 2011 et 2014

Années	V9	V24
2011	2186	92
2012	1147	99
2013	1268	110
2014	824	135

Source : DSPMI et DSDS, 2011 à 2014

[330] On rappelle qu'il est né entre 6 600 et 7 300 enfants par an sur la période 2011 à 2014. Le nombre de visites du 9^{ème} mois de santé produit par la PMI est donc très faible au regard de la population cible, y compris pour la tranche des 0 – 2 ans qui consulte le plus ; sauf à considérer que toutes les visites manquantes sont assurées par le secteur de soin libéral ou le CHM, ce qui est peu probable, la couverture est vraisemblablement très faible.

4.1.3.3 Visites à domicile en post natal

[331] Elles sont très peu pratiquées par les équipes de la PMI en 2014, avec une baisse de 81,5% depuis 2011.

Tableau 48 : Nombre de visites à domicile concernant les enfants 2012-2013

Années	Nombre d'enfants vus en visite à domicile
2011	632
2012	268
2013	365
2014	117
TCAM	-43,0%
Evolution 2011-2014	-81,5%

Source : RA DSPMI et DSDS, 2011 à 2014

4.1.4 L'activité de vaccination des enfants reposant sur les infirmiers est très importante mais incomplètement sécurisée ; la couverture vaccinale est inconnue

4.1.4.1 La couverture vaccinale des enfants est aujourd'hui inconnue.

[332] La dernière publication de couverture vaccinale sur la population fréquentant la PMI date de 2007 (taux à 85% pour ROR, BCG et HBV ; 65% pour le PentaCoq)¹¹⁸. Aucune estimation n'a pu être retrouvée dans les rapports plus récents. Toutefois, on a vu que ces données d'activité manquent de fiabilité ce qui a été confirmé lors d'une étude spécifique conduite par l'Institut national de veille sanitaire (INVS).

¹¹⁸ DSPMI Rapport d'activité 2007.

- [333] Dans le cadre de la recentralisation des actions de santé vers l'ARS au 1er janvier 2009, (INVS) a réalisé une enquête de couverture en 2010 dans l'ensemble de la population¹¹⁹. Il relève que « *les données statistiques produites par les services de la PMI ne permettent pas actuellement d'appréhender la totalité des taux réels de couverture vaccinale. Il n'apparaît pas opportun, pour le moment, d'utiliser ces données pour suivre l'évolution dans le temps des taux de couverture vaccinale.* ».
- [334] Sur le fond, la mesure de la couverture vaccinale à Mayotte apparaît plutôt satisfaisante en 2010 : « la couverture vaccinale chez les enfants âgées de 24-59 mois était élevée, proche de 95 %, sauf pour le *Haemophilus influenzae* (90 %) et la rougeole (86 %). Pour les enfants âgés de 7 à 10 ans la couverture vaccinale était insuffisamment élevée (≤ 82 %) sauf pour l'hépatite B et le BCG qui présentaient des valeurs supérieures à 90 %. Pour les adolescents âgés de 14-15 ans, les taux étaient faibles (≤ 75 %) et éloignés des objectifs à atteindre ». **Pour les classes d'âge 24-59 mois et 7-10 ans rencontrés dans l'enquête, 90 % des vaccins avaient été réalisés en PMI** sauf la première dose du vaccin contre l'hépatite B.
- [335] Afin de conforter ces résultats et en raison d'un taux de couverture jugé trop bas comme en métropole pour la rougeole, une stratégie de renforcement a été proposée par l'ARS en 2010-2011. Elle a soutenu l'achat et la mise à disposition de vaccins par le CHM depuis 2010, afin de pallier aux ruptures d'approvisionnement observées avant cette date à Mayotte (cf. partie 3 sur le financement des activités de la PMI) et à l'insuffisance de la couverture mesurée par l'INVS. Ces livraisons ont été honorées sans discontinuité depuis cette date. L'ARS a également proposé des campagnes axées sur le rattrapage vaccinal individuel, qui consiste, pour tout intervenant de santé recevant un enfant pour un motif de recours quelconque, de vérifier son statut vaccinal¹²⁰.
- [336] Des campagnes de deux types ont été organisées à l'initiative de l'ARS :
- Des campagnes « semaines de la vaccination » ont été réalisées par l'ARS afin d'inciter les populations à se faire vacciner chez les médecins généralistes, dans les dispensaires ou dans les PMI ;
 - Des campagnes de rattrapage vaccinal ont été réalisées comme celle conduite entre mai et aout 2011 dans les écoles maternelles et dans les villages, à l'issue de laquelle 10 à 15% des enfants rencontrés ont été orientés vers la PMI et 400 d'entre eux vaccinés contre la rougeole¹²¹.
- [337] A ce jour, il n'est toujours pas possible de produire une estimation fiable à partir des données d'activité de la PMI sur la période 2011-2014. Tout au plus, et compte tenu de la stabilité de l'activité importante de vaccination réalisée à la PMI sur la période, et malgré la croissance du nombre d'enfants, peut-on espérer que la couverture n'a pas trop baissé. Mais seule une nouvelle enquête par grappe, sur la méthodologie utilisée par l'INVS permettrait de l'affirmer¹²².

¹¹⁹ Solet JL. Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 63

¹²⁰ • contrôle du statut vaccinal des enfants à 24 et à 48 mois par les services de PMI ; • contrôle systématique du statut vaccinal lors d'une consultation à l'hôpital et dans les centres de santé ou lors d'une hospitalisation et rattrapage vaccinal en cas de besoin ; • contrôle du statut vaccinal des enfants lors de l'entrée en CE1 par les services de santé scolaire en développant si possible le partenariat avec les services de PMI ; • poursuite du contrôle du statut vaccinal des enfants lors de l'entrée en 6e et en seconde et rattrapage en lien avec les services de santé scolaire du Vice-rectorat ; • poursuite du contrôle du statut vaccinal par la Caisse d'allocation familiale lors de l'ouverture des droits familiaux.

¹²¹ RA DSPMI 2011.

¹²² Son cout était de 17 850 € en 2010 et il n'apparaît pas excessif de disposer d'une mesure tous les 5 ans.

4.1.4.2 L'activité de vaccination des enfants par la PMI est considérable avec plus de 55 000 vaccinations réalisées chaque année.

[338] L'activité de vaccination concerne aujourd'hui uniquement les enfants. Elle est considérable.

Tableau 49 : Activité de vaccination PMI Enfants 2011 – 2014

Année	Nombre de Vaccinations
2011	51 527
2012	56 182
2013	55 827
2014	55 044

Source : RA DSPMI et DSDS, 2011 à 2014

[339] L'essentiel de cette activité vaccinale est réalisée par les infirmiers. Elle n'est que rarement couverte par la responsabilité d'un médecin présent sur place, compte tenu de leur absence fréquente (*cf. supra*). La réglementation n'autorise les infirmiers à vacciner seuls que dans deux situations : pour la vaccination antigrippale et lorsqu'il existe un protocole de délégation de tâche dûment approuvé par l'ARS. Ceci n'est pas le cas à Mayotte.

[340] La situation d'autonomie des infirmiers de la PMI est bien connue et n'est pas réglementaire, mais il apparaît difficile de procéder autrement sauf à arrêter complètement cette activité qui ne peut pas reposer sur les seuls libéraux ni les dispensaires. Elle pose par ailleurs la question de la rémunération de cette activité par l'assurance maladie car seul l'acte infirmier d'injection du vaccin est aujourd'hui valorisable.

[341] Les conditions de réalisation des vaccinations à la PMI n'apparaissent pas optimales. Il n'appartenait pas à la mission d'auditer toute la chaîne du froid ni les conditions techniques de réalisation des actes, mais il a été relevé que :

- La responsabilité de la chaîne du froid dans un centre de PMI n'est pas formellement établie. Elle repose en pratique sur l'infirmier, qui la délègue parfois ; il a été constaté que lorsque celui-ci est absent, le relevé des températures, en principe biquotidien, n'était pas réalisé (comme à la PMI de Mtsapéré où l'infirmier était en congés maladie depuis plus de 15 jours lors du passage de la mission). Par ailleurs, le relevé de température ne peut être fait au mieux que pendant les jours ouvrables et aucun dispositif d'alerte le week-end ou les jours fériés n'est en place. Or il survient des coupures d'alimentation électrique, y compris le week-end comme la mission a pu le constater, mais aucune PMI ne dispose de groupe électrogène de secours. Seul un système d'enregistrement, installé par le service de la pharmacie, permet de vérifier *a posteriori* s'il y a eu une rupture de la chaîne du froid. La situation observée dans les dispensaires visités est encore pire : il n'existe pas à ce jour de système d'enregistrement intégré à la sonde de température. Toutefois, le CHM est en cours d'acquisition de sondes reliées à un logiciel (Labguard) qui centralise toutes les alarmes de température pour les centres de références.
- Par ailleurs, compte tenu du risque, rare mais réel d'accident de type réaction anaphylactique (allergie) lors d'une vaccination, les équipes doivent être formées et disposer du matériel nécessaire pour traiter le patient en attendant les services de réanimation (ceci repose principalement sur un kit de secours contenant de l'adrénaline mais aussi sur l'existence d'une suppléance en oxygène). Il n'y a pas de trousse d'urgences et cinq PM seulement sur les 21 disposent d'un obus d'oxygène.

4.1.5 L'état nutritionnel des enfants est toujours préoccupant sans que des solutions de prise en charge et suivi opérantes à la hauteur des enjeux soient mises en place

[342] On a vu que la situation nutritionnelle des enfants à Mayotte est préoccupante et que l'ARS finance la PMI pour un programme expérimental de réhabilitation et renforcement nutritionnel. Ce programme ne couvre qu'une toute petite partie de la population concernée et vise principalement à fournir un complément nutritionnel en cas de dépistage d'une malnutrition sévère. La mission n'a pu disposer des résultats de son évaluation, en cours d'exploitation fin 2015.

[343] Les deux tableaux suivant détaillent d'une part le nombre de consultations où un enfant présentant une maigreur importante (malnutrition aiguë) et d'autre part un retard de croissance (malnutrition chronique), a été enregistré par la PMI ces dernières années.

Tableau 50 : Nombre de consultations où un score de malnutrition aiguë sévère et modérée a été observé en PMI entre 2012 et 2014

	Malnutrition aiguë sévère Z-score P/T < - 3DS (1)	Malnutrition aiguë modérée - 3DS < Z-score P/T < -2 DS (2)	Taux de consultations avec malnutrition aiguë dépistée lors des consultations de PMI enfants [(1)+(2)]/ consultations PMI
2012	222	1440	3,0%
2013	334	1960	4,2%
2014	288	1764	4,3%

Source : DSPMI/ Cellule statistique z-score poids-taille <-2dérivations standard; traitement IGAS

Tableau 51 : Nombre de consultations où un score de malnutrition chronique sévère et modérée a été observé en PMI entre 2012 et 2014

	Malnutrition chronique sévère Z-score P/A < - 3DS (1)	Malnutrition chronique modérée - 3DS < Z-score P/A < -2 DS (2)	Taux de consultations avec malnutrition chronique dépistée lors des consultations de PMI enfants [(1) +(2)]/ consultations PMI
2012	303	1091	2,5%
2013	564	2565	5,7%
2014	956	2348	6,9%

Source : DSPMI/ Cellule statistique z-score poids âge <-2dérivations standard ; traitement IGAS

[344] On rappelle qu'il s'agit ici d'un nombre de consultations à l'occasion desquelles une maigreur ou un retard de croissance a été enregistré et non du nombre des enfants atteints : on ne peut donc mesurer des prévalences de la malnutrition avec ces données. Cependant, le taux de consultations révélant une malnutrition témoigne de l'importance de ce phénomène à Mayotte : une consultation sur 200 (0,5%) relève d'une situation où l'on observe un score de malnutrition aiguë sévère engageant le pronostic vital à court terme. Cette situation est exceptionnelle dans les services de pédiatrie métropolitains¹²³ et *a fortiori* dans la population générale¹²⁴ ou chez les usagers des PMI métropolitaines.

¹²³ En 2013, dans une population d'enfants hospitalisés en pédiatrie au CHU de Lille, 1,5% présentaient une dénutrition aiguë modérée et aucun une dénutrition aiguë sévère.

¹²⁴ Dans l'étude nationale nutrition santé, ENNS, 2006-2007 en population générale, 3,1 % des garçons 3-6 ans et 1,4% des filles présentaient une dénutrition modérée (maigreur grade 2). Aucun cas de dénutrition aiguë sévère (maigreur grade 3) n'a été identifié

- [345] Ceci confirme la nécessité d'étendre le programme expérimental en ciblant la renutrition à base de sachet de réalimentation sur les enfants les plus maigres, en danger de mort à brève échéance (Z-score < -3 dérivations standard). Par ailleurs il convient d'accompagner les familles dont les enfants présentent, non pas une maigreur témoignant d'un problème aigu, mais un retard de croissance rapporté à l'âge, témoin d'une malnutrition chronique. Dans les deux cas, la mobilisation des services sociaux d'une part et des agents de santé de proximité d'autre part pourrait trouver toute sa justification et son utilité. Or les activités de soutien à domicile sont en forte baisse.

4.1.6 Beaucoup de consultations nécessitent une orientation médicale hors du dispositif de PMI.

- [346] Les PMI procèdent au repérage en consultation des enfants qui nécessitent une orientation médicale : « enfant dont l'état de santé ce jour nécessite des soins et qui est réorienté vers le CHM ou autres ».

Tableau 52 : Nombre de consultations donnant lieu à une orientation vers le secteur de soins

Année	Orientation médicale			Taux orientation
	CHM	Autre	Total	
2012	1761	830	2591	4,6%
2013	1221	757	1978	3,5%
2014	1014	661	1675	3,0%

Source : Unité statistique DSPMI ; traitement IGAS

- [347] Pour une consultation sur 20 à 25, les enfants requièrent des soins qui ne peuvent être donnés par le personnel de PMI. On rappelle que l'activité de PMI est avant tout préventive et non curative. Les produits pharmaceutiques disponibles dans les PMI sont de ce fait très limités. Cette situation emporte à Mayotte plusieurs contraintes qui sont moins cruciales ailleurs. L'offre de soins curative disponible n'est pas forcément située à proximité quand elle existe, ce qui implique un nouveau déplacement qui implique souvent dans les faits un report au lendemain des soins nécessaires. Pour les familles sans affiliation, ceci pose également la question du financement du traitement.

4.2 Des activités concernant les publics spécifiques inexistantes

4.2.1 Les relations avec l'ASE sont très réduites

- [348] Le réseau des PMI produit peu de signalements et d'informations préoccupantes qui remontent vers l'ASE et/ ou le procureur. Ceci peut paraître étonnant au regard du nombre de situations de danger pour les mineurs qui sont détectées (cf. Annexe ASE).
- [349] Il n'existe aucun suivi spécifique par la PMI des enfants ou des familles d'enfants faisant l'objet d'une mesure ASE. On sait que celle-ci détecte et parfois place en famille d'accueil des mineures en difficulté lors de leur grossesse et après l'accouchement. De même, certains enfants nécessitent dans leur projet de vie, la mise en place et le suivi de soins. De fait les professionnels de la PMI sont informés de la prise en charge par l'ASE uniquement si les intéressés le leur révèlent.

4.2.1.1 Le dépistage et le suivi des enfants handicapés est centré sur les handicaps les plus lourds vus en centre fixe

[350] Il n'existe aucune activité de dépistage organisée par la PMI. Toutefois, certains handicaps sont dépistés lors des consultations en centre fixe. Le rapport d'activité de 2011 fait état de 327 consultations de PMI concernant des enfants présentant un handicap soit (0,6%). Les nouveaux registres en place depuis 2012 permettent d'enregistrer si le dépistage est réalisé le jour de la consultation, ce qui permet de calculer un taux de dépistage rapporté au nombre de consultations.

Tableau 53 : Nombre de consultations où il a été noté un handicap moteur ou psychomoteur

Année	Oui	Nouveau cas dépisté	Taux de dépistage
2012	672	175	0,31%
2013	331	76	0,14%
2014	1894	165	0,35%

Source : Unité statistique DSPMI ; traitement IGAS

[351] Ces données font état d'un dépistage de handicaps moteurs ou psychomoteurs. Les handicaps plus usuels ne sont pas repérés. Le Rectorat a fait état d'un nombre élevé d'élèves qui nécessiteraient d'être équipés de lunettes.

4.3 Une cellule petite Enfance et agrément sous dimensionnée

4.3.1 Le développement et le suivi des dispositifs d'accueil de la petite enfance

[352] La mission Accueil Petite Enfance a été créée en 2009 afin d'encourager et suivre le développement des crèches. A cette période cette responsabilité relevait du représentant de l'Etat. Elle a été transférée depuis l'ordonnance de 2012.

[353] L'équipe est composée de quatre personnes : une puéricultrice (0,5 ETP), une cadre de santé (0,25 ETP) et deux Educatrices de Jeunes Enfants (EJE) recrutées depuis 2012. Elle est chargée de :

- la surveillance et du contrôle des Etablissements d'Accueil des Jeunes Enfants de moins de 6 ans (crèches) ;
- donner un avis sur l'accueil collectif des mineurs (centres de loisirs sans hébergement) dans le cadre d'accueil d'enfants de 0 à 6 ans ;
- donner l'agrément et le suivi des Assistantes Maternelles ;
- accompagner des porteurs de projet crèche dans le cadre d'une création, de la transformation ou d'une extension d'un établissement d'accueil de jeunes enfants dans le respect des normes du bâti et de la qualification du personnel ;
- donner l'autorisation d'ouverture des crèches dans le respect des normes du bâti et de la qualification requises pour le personnel.

[354] En 2012 l'équipe petite enfance a formalisé un objectif de création de 500 places entre 2013 et 2016, dont la moitié sur le Grand Mamoudzou. L'équipe suivait huit crèches associatives et une micro-crèche en 2014 pour 215 places principalement distribuées sur le Grand Mamoudzou et en secteur Centre. Huit projets étaient en cours en 2015 (une micro-crèche ouverte pour 10 places). L'équipe a également agréé 7 assistantes maternelles qui offrent 16 places d'accueil¹²⁵, mais peu travaillent car sont rémunérées comme employées à domicile (tarif horaire), faute de reconnaissance de leur statut à Mayotte. Quinze autres personnes sélectionnées par l'équipe pourraient être agréées après une formation en cours. Enfin une école a obtenu un agrément en tant qu'accueil collectif de mineurs de moins de 6 ans.

4.3.2 L'agrément des assistants familiaux a saturé les capacités de la cellule petite Enfance en 2015

[355] Cette activité dévolue réglementairement aux PMI, ne lui été transférée à Mayotte qu'en 2015, après décision de la directrice de la DASE ayant pris son poste en aout 2014, de ne plus faire instruire les demandes d'agrément par ses services. Cette orientation a d'ailleurs été l'un des premiers motifs d'affrontement avec le DGA SDS qui souhaitait voir le système antérieur perdurer. L'activité de recrutement et de renouvellement des agréments est détaillée dans l'Annexe ASE.

[356] La reprise de cette activité d'agrément à compter d'avril 2015, a mobilisé une part importante des ressources de l'équipe dédiée de 4 personnes (infirmière puéricultrice, sage femme, et) qui a été affectée à l'instruction des demandes d'agréments restées en souffrance. Cette équipe, en charge jusqu'alors de la cellule petite Enfance a du interrompre provisoirement son activité principale pour se consacrer à cette nouvelle tâche.

4.4 Le service d'éducation pour la santé (SEPS) a concentré son activité sur les centres de PMI au détriment de ses interventions à domicile

[357] L'activité d'éducation pour la santé figurait dans les missions assurées dans les années 1980 par la DASS. Sa structuration remonte à octobre 2005 lors de son rattachement au Conseil Général alors que le service comptait 31 agents : une coordinatrice, 5 coordinatrices de secteurs et 25 éducateurs de santé rattachés aux secteurs de PMI. Ce nombre sera porté jusqu'à 59 en 2010-2011, puis réduit à 26 en 2012 et 29 en 2015.

Tableau 54 : Evolution des effectifs du service d'EPS entre 2007 et 2015

Effectifs	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Chef de service	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Secrétaire/ rédacteurs	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Educateurs de santé	15	11	12	11	21	21	12	12	8
Agents de santé de proximité	11	13	13	14	36	36	31	29	25
Total	29	26	27	27	59	59	45	43	35

Source : RA DSPMI, Service EPS, DRH ; traitement IGAS

¹²⁵ Rapports DSPMI 2012 et 2014

[358] L'activité du service repose sur les agents de sanitaires de proximité (ASP), en charge des visites à domicile (VAD) et sur les éducateurs de santé, principaux vecteurs des actions d'éducation collective. Les ASP sont chargés de faire le lien entre la population et les professionnels de santé et interviennent essentiellement à domicile. Les éducateurs de santé sont, comme leur intitulé de fonction le mentionne, en charge des missions d'information, l'éducation et la communication en matière de santé. Ils animent des actions de sensibilisation dans les salles d'attente des consultations de PMI, dans les établissements scolaires et dans les villages.

[359] S'agissant des visites à domicile réalisées par les ASP, le service a connu une baisse marquée (-87%) de son activité entre 2008 et 2014 concomitante à la réduction des effectifs (- 25 agents/59 en 2010-2011 et -8 agents/34 en 2012)¹²⁶, à la modification de la « prescription » de la visite à domicile (VAD) renvoyée à l'infirmier et enfin à la demande de visite en binômes pour des raisons de sécurité. Le suivi à domicile des enfants présentant une perte de poids a de fait été quasiment abandonné de même que les relances en cas de défaut de vaccination.¹²⁷ Un programme expérimental conduit avec le soutien de l'ARS a relancé l'activité de supplémentation nutritionnelle en 2014 pour 130 familles.

Tableau 55 : Activité 2008-2014 des agents de santé de proximité (ASP)

Année	Nombre de visites à domicile	Evolution annuelle	Nombre d'agents
2008	11 029		29
2009	5 951	-46%	31
2010	6 474	9%	36
2011	3 636	-44%	36
2012	1 093	-70%	14
2013	2 282	109%	13
2014	1 397	-39%	13
TCAM		-29,1%	-12,5%
Evolution 2008-2014		-87,3%	-55,2%

Source : RA DSPMI 2012, SESP et DSDS 2012-13 et 14 ; SEPS 2008-2014 ; traitement IGAS

[360] L'activité de visites à domicile apparaît en forte baisse, malgré une stabilisation des effectifs depuis 2012 autour de 13 à 14 agents : l'activité a chuté de -29% par an en moyenne entre 2008 et 2014.

¹²⁶ la majorité des agents ont été affectés à la PMI

¹²⁷ *Idem supra*

Tableau 56 : Evolution du nombre d'actions d'Education pour la santé en milieu collectif 2008-2014 du SEPS

Année	Vice Rectorat	PMI	Madras et écoles coraniques	Autres	TOTAL	Evolution annuelle
2008	100	80	59	9	248	
2009	42	24	220	19	305	23%
2010	134	188		137	459	50%
2011	294	98	290	118	800	74%
2012	487	615	133	142	1 377	72%
2013	118	658	106	238	1 120	-19%
2014*	103	nd	15	180	nd	

Source : SEPS, Traitement IGAS ; * le nombre d'action en PMI réalisé par les APS n'est pas documenté

[361] On relève que l'activité n'évolue pas proportionnellement au nombre des agents affectés : l'activité mesurée a continué de croître jusqu'en 2012 alors même que le nombre d'éducateurs est passé de 21 en 2011 à 11-12 depuis 2012.

Tableau 57 : Evolution du nombre de personnes vues lors des séances d'Education pour la santé en milieu collectif 2008-2014 du SEPS

Année	Vice Rectorat	PMI	Madras et écoles coraniques	Autres	TOTAL	Evolution annuelle
2008	7 847	3 210	5 016	282	16 355	
	48%	20%	31%	2%	100%	
2009	2 662	1 031	31 307	378	35 378	116%
	8%	3%	88%	1%	100%	
2010	7 906	5 021	-	15 631	28 558	-19%
	28%	18%	0%	55%	100%	
2011	7 349	3 648	26 297	4 688	41 982	47%
	18%	9%	63%	11%	100%	
2012	11 947	12 005	6 697	3 239	33 888	-19%
	35%	35%	20%	10%	100%	
2013	3 804	12 069	4 078	3 505	23 456	-31%
	16%	51%	17%	15%	100%	
2014	2 287	17 334	700	8 915	29 236	25%
	8%	59%	2%	30%	100%	

Source : SEPS, Traitement IGAS ;

[362] Le service d'éducation pour la santé (EPS), intervient directement en animation collective auprès de différents partenaires, dont les trois principaux, l'Education nationale (école primaires et collèges principalement), les centres de PMI et les écoles coraniques concentrent son activité depuis sa création. Elle s'est renforcée sur les salles d'attente de la PMI : 35% des personnes rencontrées en 2012, 53% en 2013 et 59% en 2014.

- [363] Cette dernière évolution est directement liée à la présence dans ces centres des ASP dont la baisse d'activités à domicile a conduit à les orienter vers les interventions collectives dans les PMI. La distinction entre les activités des ASP et celles des éducateurs pour la santé s'est donc effacée en 2014.

4.5 Malgré la mise en place d'une pharmacie en 2011, l'approvisionnement en médicaments, dispositifs médicaux et vaccins reste problématique dans les PMI

- [364] La pharmacie centrale des PMI du Conseil Général de Mayotte a été créée en mars 2011. Elle est dirigée par un pharmacien, en poste depuis janvier 2012 ; son prédécesseur qui a créé le poste était resté 11 mois. Il n'y a pas eu de vacance sur ce poste.
- [365] Le pharmacien est le seul professionnel qualifié pour les 21 sites. Il n'existe pas de préparateur en pharmacie. Ceci pose à l'évidence un problème réglementaire lors des congés de l'intéressé, puisqu'alors toute l'activité pharmaceutique fonctionne sans suppléant. Le pharmacien dirige une équipe de 4 personnes : 2 livreurs, 1 secrétaire, 1 magasinier. Le service dispose de deux véhicules de livraison dont l'un est frigorifique.
- [366] Le système d'approvisionnement en médicaments des PMI est la première mission du service. Les demandes d'approvisionnement des PMI sont centralisées à la pharmacie et répercutées sur la pharmacie du CHM, fournisseur principal des PMI conformément à la convention signée en 2010-2011 entre le Conseil départemental, l'Etat et le CHM sur ce sujet¹²⁸. Le service assure également la commande de petits matériels sur le budget propre du département. La part de ces commandes assurées en propre est minime (< 10% en 2015).
- [367] La disponibilité en médicament et dispositifs médicaux constitue un des sujets de plainte récurrents des médecins, sages-femmes et infirmiers, en raison de ruptures d'approvisionnement. La mission a pu observer effectivement les écarts importants entre demandes et livraisons pour les commandes passés par la PMI de Chirongui. A la PMI de Mtsapéré, une des sages-femmes n'avait plus de gants pour faire ses examens et a témoigné avoir quémardé un « dépannage » dans le dispensaire voisin. Cette situation a par ailleurs été dénoncée par l'association départementale des sages-femmes territoriales de Mayotte (cf. point 3.4 supra).
- [368] La pharmacie centrale de la PMI se plaint elle-même de ne pas être servie à la hauteur de ses demandes par la pharmacie du CHM. Elle cite l'exemple de sa commande de vaccins pentavalents dont les livraisons ont été contingentées à 1000 doses par mois par le CHM. Par ailleurs, s'agissant de ses commandes directes dans le secteur marchand, la pharmacie se plaint d'un contingentement par les services financiers du Conseil départemental qui n'auraient donné suite en 2015 qu'à hauteur de 20 000 € sur les 100 000 € de produits et matériels commandés.
- [369] La mission n'a pas audité la chaîne du médicament de la pharmacie mais relève qu'il existe au moins en périphérie une absence dans les centres PMI d'identification d'un agent dûment mandaté pour la réception et la gestion des stocks, à l'image de l'absence de responsable local qui a été observé pour la chaîne du froid.
- [370] Plus globalement, l'existence d'un double système de gestion des médicaments et des vaccins, l'un au CHM et l'autre au Conseil départemental, étonne dans un département où la rareté des ressources impacte fortement l'organisation des deux réseaux. Le CHM livre au département plus de 90% de son approvisionnement, qui est distribué dans une vingtaine de dispensaires et PMI souvent proches les uns des autres, par un double réseau de distribution.

¹²⁸ Convention relais Etat/CHM/Conseil général/CSSM/ARS du 08/01/2010 (durée limitée au 1er trimestre 2010) et convention de partenariat Etat/CHM/Conseil général/CSSM/ARS du 15/06/2011

[371] La chaîne du froid emprunte également le même double circuit, imposant une unité de stockage dans chacune des deux pharmacies centrales CHM et PMI à Mamoudzou. Seul le service de pharmacie de la PMI dispose par ailleurs d'un véhicule frigorifique, les dispensaires étant livrés à l'aide de glacières.

5. CONFORMITE REGLEMENTAIRE DES EFFECTIFS ET DE L'OFFRE DE SERVICE

[372] Au regard des règles posées par le Code de santé publique, le service départemental doit disposer¹²⁹ :

« 1° D'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département ;

2° D'une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

En cas d'impossibilité de recruter des puéricultrices, le service peut faire appel à des infirmiers ou infirmières ayant acquis une expérience appropriée ».

[373] Ces exigences sont globalement satisfaites.

Tableau 58 : Effectifs des personnels au regard des exigences réglementaires

Personnels	Cible réglementaire pour les 9000 naissances en 2015	Situation observée en 2015
Sages-femmes		
1° D'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, <u>de parents résidant dans le département</u> ;	6 ETP SF	22 ETP emplois budgétaires et 20 ETP SF occupés
Infirmières et puéricultrices	36 IDE ou Puéricultrices	29 ETP emplois budgétaires et 26 occupés
2° D'une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents <u>résidant dans le département</u> .		3 ETP emplois budgétaires puéricultrices et 3 ETP occupés
En cas d'impossibilité de recruter des puéricultrices, le service peut faire appel à des infirmiers ou infirmières ayant acquis une expérience appropriée.		26 ETP emplois budgétaires et 23 occupés

Source : IGAS

[374] Les effectifs des sages-femmes sont entre trois et quatre fois supérieurs à ceux requis par la réglementation, si on les rapporte au nombre de naissances observées en 2015. Les effectifs infirmiers, conformes en 2014 n'ont pas crû à due proportion du nombre de naissances observées en 2015 et sont passés en dessous des exigences réglementaires. Il manque des infirmières qualifiées en puériculture.

[375] En ce qui concerne l'offre de service, la PMI doit organiser au moins 16 demi-journées par semaine de consultations prénatales et de planification familiale pour 100 000 habitants âgés de 15 à 50 ans¹³⁰ et une demi-journée de consultation pour 200 enfants nés vivants¹³¹.

¹²⁹ Article R.2112-7 du CSP

¹³⁰ Article R.2112-5 du CSP

¹³¹ Article R.2112-6 du CSP

Tableau 59 : Nombre de demi-journées d'ouverture des consultations PMI de Mayotte en 2015

Nombre 12/journées ouvertures	Consultations enfants	Consultations prénatales et planification familiale	Total
2015 (théorique)	8996	7488	16 484
Réglementaire	1 170	823	1 993

Source : DSPMI/Traitement IGAS

6. PIECES JOINTES

6.1 Rappel des missions de PMI relevant de la compétence des départements

Article L2112-2, Modifié par [LOI n°2013-403 du 17 mai 2013 - art. 1 \(V\)](#)

Le président du conseil départemental a pour mission d'organiser :

- 1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;
- 3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;
- 4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;
- 4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;
- 5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;
- 6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints et des documents mentionnés par les articles L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;
- 7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

En outre, le conseil départemental doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de [l'article L. 221-1](#) et aux [articles L. 226-1 à L. 226-11](#), L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Articles cités.[Code de la santé publique - art. L2122-2](#)

Toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors du premier examen prénatal, d'un **carnet de grossesse**. Un arrêté interministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens prescrits en application de l'article L. 2122-1 et où sont également notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la future mère.

[Code de la santé publique - art. L2132-1](#)

Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout **enfant un carnet de santé**. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil ; à défaut, il peut être demandé au service départemental de protection maternelle et infantile.

Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus aux articles L. 2132-2 et L. 2132-1 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant. Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est **remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié**. Ils doivent être informés que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.

NOTA : Loi 2001-1246 2001-12-21 art. 34 III : les présentes dispositions sont applicables à Mayotte

[Code de la santé publique - art. L2132-2](#)

Article L2132-2 Tous les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires. Le nombre et le contenu de ces examens, l'âge auquel ils doivent intervenir et la détermination de ceux qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé sont fixés par voie réglementaire. Le contenu des certificats de santé, et notamment la liste des maladies ou déficiences qui doivent y être mentionnées, est établi par arrêté interministériel.

La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors des trois examens médicaux des enfants : l'examen préventif obligatoire effectué dans les 8 jours suivant toute naissance (CS8), ainsi que les examens effectués au cours du 9e mois (CS9) et du 24e mois (CS24), âges clés dans le développement de l'enfant.

Biblio : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-certificats-de-sante-aux-8e-jour-9e-mois-et-24e-mois,7333.html>

[Code de l'action sociale et des familles - art. L221-1](#) missions du service de l'ASE.

5° Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission, dans les conditions prévues à [l'article L. 226-3](#), des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;

[Code de l'action sociale et des familles - art. L226-1](#) Lien ASE – PMI




Les missions définies au 5° de l'article L. 221-1 sont menées par le service de l'aide sociale à l'enfance, en liaison avec le service départemental de protection maternelle et infantile mentionné à l'article L. 2112-1 du code de la santé publique, et le service départemental d'action sociale mentionné à l'article L. 123-2 du présent code ainsi qu'avec les autres services publics compétents.

[Code de l'action sociale et des familles - art. L523-1](#) convention constitutive accueil téléphonique dispositions particulières DOM (mais Mayotte pas citée).

La convention constitutive du groupement d'intérêt public qui gère le service d'accueil téléphonique pour les mineurs maltraités, mentionné à l'article L. 226-6, prévoit des dispositions particulières pour adapter les conditions d'activité du service dans ces départements.

6.2 Etat des lieux DSPMI Mars 2015 (extrait)

[376] Les deux cadres sage-femme et cadre de santé ont formalisé un autodiagnostic sur le service de la PM qui détaille les missions des PMI et leur niveau de réalisation à Mayotte : effectué en totalité (T) ou en partie (P), en projet ou inexistant.

MISSIONS REGALIENNES DES PMI	A MAYOTTE			
	EFFECTUEE		EN PROJET	INEXISTANT
	T	P		
DANS LE DOMAINE DE LA PROTECTION INFANTILE				
 SURVEILLANCE MEDICO SOCIALE				
Consultations et examens préventifs	X			
assurer la surveillance de la croissance staturo-pondérale	X			
développement physique, psychomoteur et affectif,		X		
dépistage des anomalies ou déficiences,			X	
La vaccination	X			
Gestion des carnets de santé, exploitation des certificats de santé obligatoire : 8 ^{ème} jour 9 ^{ème} et 24 ^{ème} mois		X		
Réalisation des bilans de santé des 3/4ans dans les écoles maternelles				X
 MODE D'ACCUEIL ET GARDE DES ENFANTS				
Agrément, formation et accompagnement des assistantes maternelles		X		
Surveillance, contrôle des établissements d'accueil des moins de 6 ans	X			
 AUTRES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE				
Participation à la gestion des CAMPS			X	
Actions en faveur de l'enfance en danger				X
Actions en faveur des problèmes liés à la mort subite du nourrisson				X
Création d'un registre des handicaps		X	X	
Participation au programme national de Nutrition santé	X			
Participation au plan « Autisme et repérage précoces »			X	
Prévention des accidents de la vie courante		X	X	
Recherches épidémiologiques				X

DANS LE DOMAINE DE LA PROTECTION MATERNELLE				
✚ PLANIFICATION ET EDUCATION FAMILIALE				
Consultations prénuptiales				X
Activité de planification familiale	X			
✚ SURVEILLANCE ET ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL DE LA FEMME ENCEINTE				
Consultations prénatales	X			
Entretien du 4 ^{ème} mois				X
Consultations postnatales	X			
✚ AUTRES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE				
Recherches épidémiologiques				X
Travail en réseau		X		
Suivi gynécologique (frottis)	X			

Source : DSPMI

ANNEXE 4 : L'ASE A MAYOTTE : ETAT DES LIEUX

Sommaire

ANNEXE 4 : L'ASE A MAYOTTE : ETAT DES LIEUX.....	103
1. GENERALITES.....	104
1.1 Cadre juridique de la fonction « aide sociale à l'enfance » des départements	104
1.2 Historique de la direction de l'aide sociale à l'enfance du Département	105
1.2.1 Le tournant de l'année 2009.....	105
1.2.2 La période de stagnation des années 2010-2013.....	106
1.2.3 La réorganisation des services en 2014.....	107
2. LES MOYENS AFFECTES A LA DASE DEPUIS 2014.....	108
2.1 Les effectifs de la Direction	108
2.2 Le budget départemental de l'aide sociale à l'enfance.....	109
2.2.1 L'évolution des dépenses selon la Chambre régionale des comptes	109
2.2.2 Le coût réel de l'aide sociale à l'enfance estimé par la mission.....	110
3. CONSTATS DE LA MISSION SUR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES	114
3.1 La direction de l'ASE.....	114
3.2 Le service administratif de la DASE.....	116
3.2.1 La classothèque	116
3.2.2 Les moyens informatiques.....	116
3.2.3 La cellule d'immatriculation des mineurs à la sécurité sociale	118
3.3 La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP).....	118
3.3.1 Origine des informations préoccupantes	119
3.3.2 Le contenu des informations préoccupantes.....	123
3.3.3 Le fonctionnement de la CRIP.....	125
3.3.4 Les orientations données aux informations préoccupantes	126
3.4 Les services Adoptions, Tutelles et Administrations ad hoc.....	128
3.4.1 Le service des adoptions.....	128
3.4.2 Le service des tutelles (en cours de dissolution)	132
3.4.3 Le service des administrations ad hoc (en cours de dissolution)	133
3.5 Le service des interventions éducatives.....	135
3.5.1 Les mesures éducatives en milieu ouvert	136
3.5.2 Les mesures d'aide à domicile.....	140
3.5.3 Les mesure de placement familial.....	141
3.6 Le service de gestion des assistants familiaux	147
3.7 L'observatoire départemental de la protection de l'enfance	161
3.7.1 Le rôle de l'OPEMA en matière statistique.....	161
3.7.2 Le suivi du schéma départemental de protection de l'enfance 2010-2015	162
3.7.3 Le rôle de l'OPEMA dans l'élaboration du futur schéma directeur.....	162
4. LES AUTRES ACTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE A MAYOTTE	164
4.1 Les dépenses de l'Etat en matière d'aide sociale à l'enfance.....	164
4.2 La direction de la protection judiciaire de la jeunesse à Mayotte	166
4.3 Les acteurs du secteur associatif.....	167
4.3.1 L'association TAMA	167
4.3.2 Solidarité Mayotte	168
4.3.3 L'AGEPAC.....	168
4.3.4 La Croix-Rouge française	169

1. GENERALITES

1.1 Cadre juridique de la fonction « aide sociale à l'enfance » des départements

[377] Le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est un service obligatoire des départements, dont les missions sont définies par la loi¹³². Elles consistent notamment à :

- Mener, notamment des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et organiser le recueil et la transmission, des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;
- Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social,
- Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs confrontés à de telles difficultés et pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service.

[378] La prévention s'entend des actions de prévention primaire, c'est-à-dire visant à remédier, le plus tôt possible aux difficultés parentales et aux manques éducatifs. Cette prévention primaire peut être individuelle et recourir à tout l'arsenal de l'action socio-éducative, versement de prestations, soutien parental, aide à la gestion économique familiale ; elle peut aussi être collective, par des actions de prévention collective avec les parents, les enfants ou les familles, voire des actions de prévention spécialisée, c'est-à-dire l'action d'éducateurs de rue dans des zones identifiées comme générant des risques de marginalité des jeunes.

[379] Les interventions individuelles, ou mesures ASE, sont de plusieurs natures et peuvent être décidées par plusieurs autorités. On distingue habituellement :

- les interventions qui ne comportent pas de retrait de l'enfant de son milieu familial, mais qui constituent une aide apportée, à domicile ou en activité de jour pour l'enfant ou ses parents ; il s'agit des actions éducatives à domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO), des prestations d'aide à domicile et des aides financières ;
- les interventions qui impliquent un retrait de l'enfant du domicile familial, complet ou partiel. L'accueil peut se faire sous de multiples formes, dans des familles d'accueil, des établissements d'hébergement collectif (foyers d'accueil, maisons d'enfants à caractère social), des lieux de vie (petite structure accueillant plusieurs enfants), mais aussi auprès de « tiers dignes de confiance », c'est-à-dire généralement un proche de l'enfant, qui l'accueille à son domicile dans un contexte de solidarité familiale ou amicale.

[380] Les mesures individuelles en matière d'ASE peuvent être prises soit par l'autorité judiciaire, à travers des décisions de justice prises après débat contradictoire et susceptibles de recours, soit par le président du conseil départemental, dans le cadre d'un accord contractuel avec la famille du mineur. Elles peuvent être exécutées en régie directe par le personnel départemental, ou confiées en régie indirecte à des associations dûment habilitées. Dans tous les cas, le financement des mesures incombe au département.

[381] Outre les mineurs qui ne peuvent pas demeurer dans leur milieu de vie habituel, le service de l'aide sociale à l'enfance doit prendre en charge les pupilles de l'Etat, ainsi que les femmes enceintes et mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans lorsqu'elles ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment celles qui sont sans domicile.

¹³² Article L222-1 code de l'action sociale et des familles

- [382] Enfin, le service départemental de l'aide sociale à l'enfance doit répondre aux besoins des majeurs âgés de moins de vingt et un ans qui sont confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre (mesures dites « jeunes majeurs »)

1.2 Historique de la direction de l'aide sociale à l'enfance du Département

- [383] La collectivité départementale de Mayotte s'est dotée dès 2001 au sein de son service social polyvalent d'un petit service de l'aide sociale à l'enfance ayant vocation à se substituer à terme aux services de l'Etat en matière de protection de l'enfance. La loi 2002-93 du 22 janvier 2002 a donné un premier cadre juridique à cette initiative, en instaurant pour Mayotte une simple faculté de créer un service de l'ASE.
- [384] En 2003, le service disposait d'une quinzaine d'agents, essentiellement occupés à exécuter les mesures d'AEMO judiciaires et disposait en matière de placement d'une vingtaine de places (9 familles d'accueil).
- [385] Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2008-859 du 28 août 2008, qui fait peser sur Mayotte à compter du 1^{er} janvier 2009 une obligation en la matière identique à celles des autres départements, les moyens affectés à ce service sont restés modestes. Ils se concentraient principalement sur deux dispositifs qui avaient principalement vocation à répondre aux besoins exprimés par les autorités judiciaires :
- l'action éducative en milieu ouvert prescrite par les juges des enfants, relative au suivi d'environ 400 enfants maintenus dans leur milieu familial (80% des mesures éducatives relevaient de l'AEMO judiciaire),
 - le placement familial : en 2008, une quarantaine de familles d'accueil (hébergeant entre 5 et 6 enfants chacune) offraient une capacité de 220 places, dont 70% occupées par des mineurs placés par les autorités judiciaires).

1.2.1 Le tournant de l'année 2009

- [386] L'année 2009 marque une première étape importante dans la montée en charge de l'ASE, avec un recrutement d'éducateurs spécialisés qui a permis de doubler la capacité du service en matière d'assistance éducative en milieu ouvert, et surtout de couvrir les besoins sur l'ensemble du département, alors qu'il n'y avait auparavant aucune mesure exécutée dans les secteurs sud et nord, faute de personnel (en 2007, 41% des mesures sont restées inexécutées par manque d'éducateurs¹³³).
- [387] La même année, le doublement des effectifs affectés à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), a permis à cette structure, rendue obligatoire par la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance et créé à Mayotte courant 2008 sous le vocable « cellule Bass Maltraitance »¹³⁴, de recueillir 560 signalements, dont 35% concernent des mineurs isolés en danger.¹³⁵
- [388] Enfin, **l'assemblée délibérante de la collectivité départementale a adopté en 2009 un premier schéma départemental de l'enfance**, document cadre obligatoire¹³⁶ permettant d'apprécier les besoins, d'établir un état des moyens disponibles et de déterminer les objectifs de développement des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance.

¹³³ Source Rapport sur le schéma directeur de l'enfance et de la famille, Ernst & Young, juin 2009

¹³⁴ « Halte à la maltraitance » en langue shimaoré

¹³⁵ Source : rapport d'activité 2009 DSDS Mayotte

¹³⁶ Depuis la loi du 6 janvier 1986

- [389] Préparé par un consultant extérieur, Ernst & Young, et adopté en juin 2009, ce document stratégique soulignait le contexte socio-économique et sanitaire très atypique de Mayotte, l'inadaptation et le sous-dimensionnement des services départementaux consacrés à la protection de l'enfance, qu'il s'agisse de la protection maternelle et infantile ou de l'aide sociale à l'enfance.
- [390] Les actions préconisées étaient articulées sur trois axes :
- Faire de la prévention le pivot de la politique départementale en faveur de l'enfance et de la famille
 - Par un renforcement de la prévention sociale et médico-sociale à travers la PMI
 - Par la mobilisation des outils de prévention et d'action éducative
 - Renforcer et diversifier les actions en faveur de l'enfance en danger en intégrant les spécificités de la culture mahoraise
 - Par une meilleure qualité des procédures d'informations préoccupantes et des évaluations qui les suivent
 - Par des prises en charge diversifiées et adaptées
 - Renforcer et diversifier les actions en faveur de l'enfance en danger en intégrant les spécificités de la culture mahoraise
 - En accompagnant les professionnels et en coordonnant leurs actions
 - En pilotant la politique de l'ASE et la mise en œuvre du schéma directeur
- [391] Une seule des actions retenues au titre de l'aide sociale à l'enfance a été menée à bonne fin pendant la période d'exécution du schéma, qui courrait de 2010 à 2015. Il s'agit de la création de l'observatoire départemental de protection de l'enfance, qui constitue au demeurant une mesure obligatoire¹³⁷ et qui a pour objet de recueillir et d'analyser les données relatives à l'enfance en danger, de suivre la mise en œuvre du schéma directeur et de formuler des propositions sur la politique départementale de protection de l'enfance.

1.2.2 La période de stagnation des années 2010-2013

- [392] L'absence de mise en œuvre du schéma directeur est attestée par les rapports annuels d'activité de la DSDS sur la période considérée.
- [393] Pour 2010, le rapport fait état d'une baisse globale d'activité du service en charge de l'action éducative en milieu ouvert (- 26,5%) mais un rééquilibrage entre mesures judiciaire (130 mesures) et administratives (73), qui s'expliquerait par le travail de la CRIP pour promouvoir l'adhésion des familles à un accompagnement éducatif. La capacité des familles d'accueil (49) en matière de placement a été portée à 240 places disponibles, soit une moyenne de 4,9 places par unité d'hébergement, toujours en contradiction avec les règles d'agrément qui fixent, sauf dérogation, le maximum à 3 mineurs accueillis. La politique de prévention préconisée dans le schéma directeur comme un axe prioritaire, ne fait l'objet d'aucun commencement de mise en œuvre.

¹³⁷ Article L226-3-1 CASF

- [394] En 2011, le rééquilibrage des mesures en milieu ouvert, dont le volume ne varie pas, se poursuit avec 118 mesures judiciaires et 88 mesures administratives. S'agissant des familles d'accueil, leur nombre aurait été porté à 65 – mais le rapport fait mention de 6 recrutements seulement au cours de l'année. La proportion des enfants confiés à l'ASE par mesure judiciaire reste élevée (78%) pour un effectif d'enfants placés s'élevant à 227 mineurs au 31/12/2011. Le rapport fait état d'une incapacité du service à assurer le suivi de ces mineurs en famille d'accueil en l'absence chronique de moyens matériels et humains affectés au service de l'ASE. La CRIP a pour sa part vu son activité pratiquement doubler en deux ans (1 483 IP enregistrées en 2011), sans que ses moyens d'investigations et de traitement aient été renforcés.
- [395] Pour 2012, l'activité du service placement familial reste marquée par une surcharge toujours incontrôlée des familles d'accueil. Malgré le recrutement de nouvelles assistantes familiales, dont le nombre passe à 77, certaines accueillent encore entre 4 et 8 enfants au lieu des 3 qui sont fixés par leur agrément et leur contrat, en raison d'une augmentation sensible de cette activité. Le nombre des enfants placés progresse en effet de 218 en janvier à 274 en fin d'année 2011 (+25 %). En matière d'action éducative en milieu ouvert, le nombre de mesures administratives (150) dépasse pour la première fois celles qui sont prescrites par les autorités judiciaires (123).
- [396] Le rapport de la DSDS pour 2013, bien que très succinct sur l'activité ASE, confirme l'absence d'évolution dans le contenu des actions pilotées par l'aide sociale à l'enfance. L'activité en milieu ouvert se contracte (193 mesures) et la part du judiciaire redevient prépondérante (74%). L'effectif des assistantes familiales baisse à 74, alors que le nombre d'enfants ayant fait l'objet d'une décision de placement en cours d'année augmente encore, passant de 273 placements en 2012 à 293 en 2013. En revanche, la CRIP voit ses saisines fortement réduites (715 IP).

1.2.3 La réorganisation des services en 2014

- [397] Au cours de l'année 2014, l'arrivée d'une nouvelle responsable à la tête la Direction de l'aide sociale à l'enfance (DASE), après une vacance du poste qui a duré plus de 18 mois, a été l'occasion de profondes mutations dans l'organisation de ce service.
- [398] Cette nouvelle organisation est celle qui prévaut encore, dans l'attente d'une refonte de l'organigramme général des services départementaux, actuellement en cours d'élaboration. Selon les indications communiquées à la mission par le directeur général des services du département, le projet d'organigramme en cours de réflexion devrait profondément modifier la structure de la direction générale de la solidarité et du développement social (DSDS) et impacter l'organisation de l'ASE par le rattachement de certains services extérieurs à la DASE.
- [399] L'innovation majeure a porté sur la création d'un grand service dit « des interventions éducatives » regroupant les activités éducatives en milieu ouvert et le travail éducatif accompagnant les mesures de placement en famille d'accueil. L'objectif poursuivi était de permettre le suivi des enfants dans la durée par un seul et même éducateur, que le mineur reste au sein de sa famille biologique ou qu'il soit éloigné de celle-ci en raison d'une décision de placement provisoire au sein d'une famille d'accueil. Il s'en suit que la mise en œuvre des décisions de placement et l'accompagnement éducatif des mineurs placés relève de ce service nouvellement créé, tout comme la mise en œuvre des décisions d'assistance éducative en milieu ouvert, qu'elles soient d'origine judiciaire ou administrative. Les aides à domicile, qui exercent à Mayotte les missions dévolues ailleurs aux techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF), ont également été placées sous l'autorité du chef du service des interventions éducatives.

- [400] Le service antérieurement en charge des placements familiaux a vu sa mission corrélativement réduite à celle de la gestion, de l'encadrement et de l'accompagnement des assistants familiaux, en particulier l'organisation de leur formation professionnelle. Encore faut-il préciser qu'en matière de gestion administrative, et notamment en matière d'élaboration des bulletins de paie, une partie des attributions est confiée à une autre direction du département, la Direction de l'aide sociale générale (DASG). Le service de gestion des assistants familiaux a pour seule responsabilité de communiquer à cette direction les éléments nécessaires à l'élaboration des bulletins de paie (nombre et statut des enfants placés, date de prise en charge et de mainlevée des mesures, données permettant le calcul des indemnités d'entretien...).
- [401] Par ailleurs, le service en charge de l'accueil familial s'est vu retirer sa compétence en matière d'agrément et de contrôle des assistants familiaux. Depuis avril 2015, cette mission, comme la loi le prévoit, est assurée par la direction de la santé et de la protection maternelle et infantile (DSPMI). C'est également la DSPMI qui siège désormais au sein de la commission consultative paritaire départementale des assistants familiaux (CCPD), en charge de donner un avis sur les agréments et les décisions disciplinaires relatives à cette catégorie d'agents.
- [402] Il a été également procédé en 2014 à des ajustements moins déterminants, tel que le regroupement sous la supervision d'une assistante socio-éducative de trois petites unités, le service des adoptions, celui des tutelles et celui des administrations ad hoc.
- [403] L'observatoire départemental de la protection de l'enfance à Mayotte (OPEMA) a été formellement constitué en 2014, bien que le coordinateur chargé de sa mise en place ait été recruté dès 2013.
- [404] Enfin, il a été dans un premier temps envisagé de créer un service d'autorisation, de tarification et de contrôle au sein de la DASE, pour répondre aux exigences normatives en matière d'habilitation et de tarification des prestations confiées au secteur associatif en matière de protection de l'enfance. Ce projet ne s'est finalement pas concrétisé, le directeur général adjoint en charge de la solidarité et du développement social (DGA DSDS) ayant fait valoir que cette structure administrative devrait plutôt être mise en place au niveau de sa direction générale et avoir une compétence transverse. Elle doit en effet pouvoir répondre aux besoins des autres directions en charge des affaires sociales, notamment celles qui doivent statuer sur les appels à projets relatifs aux établissements sociaux et médico-sociaux agissant dans le domaine du handicap, de l'hébergement d'urgence ou des personnes âgées dépendantes.

2. LES MOYENS AFFECTES A LA DASE DEPUIS 2014

2.1 Les effectifs de la Direction

- [405] En 2014, la DASE comprenait 62 agents directement affectés, dont 21 éducateurs spécialisés, auxquels s'ajoutaient 76 assistants familiaux, agents non titulaires du département¹³⁸. **Au 1^{er} décembre 2015 elle compte 63 agents**, dont 7 emplois aidés (contrats d'avenir), ainsi que 73 assistants familiaux en activité. 28 agents ont la qualification professionnelle d'éducateur spécialisé, parmi lesquels les 2 cadres de direction et 4 des 6 chefs de service.

¹³⁸ Source : rapport d'activité de la DASE pour 2014

Tableau 60 : Tableau de répartition des effectifs DASE au 1^{er} décembre 2015

Service d'affectation	Effectifs	Dont travailleurs sociaux
Direction	7	2 (directrice, directeur-adjoint)
Service administratif	9	
CRIP	7	6
Adoptions-tutelles-admin.ad hoc	7	4
Interventions éducatives	28	16 éducateurs spécialisés 10 aides à domicile
Gestion des assistants familiaux	3	1
Psychologue	1	1
OPEMA (Observatoire)	1	
Total	63	40

Source : Mission IGAS d'après le fichier paie du département pour novembre 2015

- [406] A la date des constats opérés par la mission, il n'existait aucun poste vacant. Il est cependant prévu qu'un deuxième psychologue, en cours de recrutement au sein d'une autre direction, soit mis à la disposition du service pour l'essentiel de son temps de travail.
- [407] S'agissant des familles d'accueil, le recensement au 1^{er} décembre 2015 établit à 78 le nombre des assistants familiaux titulaires d'un contrat de travail. Toutefois 5 contrats ont fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait d'agrément en raison de fautes professionnelles. Bien que la régularité de certaines de ces mesures soit contestée, il convient de retenir un effectif pratique de 73 assistants familiaux en activité au 1^{er} décembre 2015¹³⁹.
- [408] Par ailleurs, une vingtaine d'agents recensés dans les effectifs de directions-supports sont affectés pour emploi auprès du siège de la DASE ou des unités territoriales d'action sociale (UTAS) dans les locaux desquelles sont installés les agents de la DASE. Il s'agit d'agents de surveillance, de gardiens et de femmes de ménage. Il sera donc tenu compte de leur rémunération dans le calcul des dépenses générées par l'activité d'aide sociale à l'enfance du Département.

2.2 Le budget départemental de l'aide sociale à l'enfance

2.2.1 L'évolution des dépenses selon la Chambre régionale des comptes

- [409] Comme l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport relatif à la départementalisation de Mayotte, « La présentation fonctionnelle croisée en vigueur ne permet pas d'appréhender les efforts financiers consentis par le Département pour chacun des politiques publiques qu'il porte (...) »¹⁴⁰.
- [410] Les comptes administratifs du département ne permettant pas une lecture directe des dépenses départementales en matière d'ASE, la Chambre régionale des comptes a procédé, sur la base des informations fournies par le Département, à des retraitements qui lui ont permis de produire un tableau comparatif du coût global de l'aide sociale à l'enfance sur cinq ans.
- [411] Cet exercice a surtout permis de mettre en évidence la **non-prise en compte des rémunérations du personnel DASE dans l'estimation des dépenses de protection de l'enfance**. Par ce seul retraitement d'une dépense annuelle de personnel jusqu'ici omise, de l'ordre de 1,5 M€, c'est un doublement des dépenses évaluées pour l'année 2010 qui est retenu par la Chambre régionale des comptes.

¹³⁹ La cellule en charge de l'agrément des assistants familiaux à la PMI a délivré de nouveaux agréments courant 2015. Au terme de leur formation préalable à l'embauche, qui a pris fin le 1^{er} décembre, 5 assistants familiaux supplémentaires devraient être recrutés avant la fin de l'année 2015.

¹⁴⁰ Rapport de la Cour des comptes et de la Chambre régionale des comptes de Mayotte sur la départementalisation de Mayotte, janvier 2016.

- [412] Cette première tentative d'évaluation des dépenses réelles fait apparaître également une augmentation apparente des dépenses ASE sur la période 2010-2014 qui contredit l'opinion selon laquelle le Département n'a fait aucun effort pour se doter des moyens budgétaires appropriés au regard de ses obligations en matière de protection de l'enfance.
- [413] L'augmentation de 68 % des dépenses de fonctionnement de l'ASE telles qu'appréciées par la chambre régionale des comptes au cours de la période considérée a toutefois pour unique origine le coût du placement familial, qui a fortement augmenté sous le double effet d'une part de l'augmentation du nombre des assistants familiaux (passant de 49 à 77) et corrélativement du nombre des enfants placés, d'autre part d'une réforme entraînant une revalorisation substantielle de la rémunération de ces agents intervenue au 1^{er} janvier 2014.
- [414] Par ailleurs, il n'est pas tenu compte dans ce retraitement du personnel affecté pour emploi aux services de l'aide sociale à l'enfance mais rattaché budgétairement à d'autres directions du Département. Il s'agit notamment du personnel de sécurité, de gardiennage et d'entretien des locaux dans lesquels l'ASE est implantée. De même il n'est pas tenu compte des prestations versées au titre de la mission « aide sociale à l'enfance » par d'autres directions, notamment la direction générale de l'aide sociale (DGAS) et celle en charge de la polyvalence de secteur (DASTI).
- [415] Dans le prolongement des travaux de la Chambre régionale des comptes, la mission s'est donc efforcée d'évaluer le coût réel de l'ASE pour le Département et les autres financeurs public , en retenant une autre méthode d'approche.

2.2.2 Le coût réel de l'aide sociale à l'enfance estimé par la mission

- [416] Trois grandes catégories de dépenses départementales en matière d'ASE sont prises en considération :
- ✓ Les charges de personnel (chapitre 012) ; elles correspondent aux salaires chargés de tout le personnel exerçant au sein des services de l'ASE, y compris les agents de surveillance et d'entretien, ainsi que la rémunération des assistants familiaux (hors indemnités destinées à l'entretien des mineurs, qui sont des frais d'hébergement) ;
 - ✓ La part des charges à caractère général qui correspond aux dépenses de fonctionnement des services ASE dans les dépenses communes (chapitre 011) ; ces charges n'étant pas ventilées par direction dans le compte administratif, la mission a retenu une clé de répartition adossée à la part de l'ASE dans les effectifs du personnel départemental, soit 4,5% ;
 - ✓ La part des autres charges de gestion courante (chapitre 65) qui financent les actions du Département en matière d'aide sociale à l'enfance : frais d'entretien des enfants placés, aides financières, subventions au secteur associatif etc.

2.2.2.1 Les charges de personnel de l'ASE

- [417] Les montants des rémunérations retenues dans le tableau ci-dessous ont été communiqués à la mission par l'unité de gestion de la Direction de la solidarité et du développement social (UG DSDS), qui est le service en charge du suivi du budget de la DASE et de toutes les autres directions du secteur social. Les données ont été vérifiées et complétées par la mission en les croisant avec le fichier paie de novembre 2015 communiqué à la mission par la DRFIP.

- [418] L'estimation des années 2016 et 2017 correspond à la masse salariale à effectifs constants. La hausse retenue correspond uniquement à l'impact prévisible des évolutions salariales déjà décidées, notamment celles consécutives à la décision prise par le Département d'accorder au personnel titulaire et contractuel en CDI une majoration progressive de la rémunération brute indiciaire qui atteindra 40% en 2017¹⁴¹.
- [419] Les rémunérations des agents « Emploi d'avenir » en poste en 2015 à la DASE sont traités à part dans une sous-catégorie « contrats aidés ». Compte tenu des incertitudes sur la pérennité de ces effectifs et des modalités particulières de financement de ces contrats, ces rémunérations ne sont pas prises en compte dans les estimations de dépenses pour les prochains exercices budgétaires.
- [420] Les charges de rémunération des assistants familiaux ont été calculées par la mission en tenant compte des règles de rémunération définies dans le règlement départemental en vigueur depuis février 2014 (voir plus loin). Elles ne portent à ce stade que sur les salaires et charges sociales, à l'exclusion de toutes les indemnités auxquelles ces agents sont en droit de prétendre, notamment au titre des frais d'entretien des mineurs qu'ils accueillent.

Tableau 61 : Charges de personnel affecté aux missions ASE

Fonctions	Catégorie FP	Effectif	Charges annuelles 2015	Charges prévisionnelles 2016	Charges prévisionnelles 2017
Direction/attachés et autres agents de catégorie A	A	4	271 792 €	298 972 €	328 869 €
assistants socio-éducatifs	B	26	865 886 €	952 475 €	1 047 722 €
autre personnel social	C	16	518 770 €	570 647 €	627 712 €
personnel administratif et technique	B/C	10	307 687 €	338 456 €	372 301 €
personnel de sécurité et d'entretien	C	23	581 806 €	639 986 €	703 985 €
assistants familiaux	C	77	2 046 056 €	2 259 028 €	2 474 211 €
Total des charges de personnel (hors contrats aidés)		156	4 590 997 €	5 058 563 €	5 554 800 €
contrats aidés (coût paramétrique)		7	125 000 €		

Source : Département, retraitement IGAS

2.2.2.2 Les dépenses courantes de fonctionnement de la DASE

- [421] Comme pour les rémunérations, les charges à caractère général qui sont comptabilisées dans la section de fonctionnement du budget départemental ne sont pas ventilées par fonction ou par direction. Il est par conséquent impossible de connaître avec précision l'ensemble des dépenses de fonctionnement courant (eau, électricité, télécommunications, carburant, locations immobilières, fournitures diverses, voyages et déplacements...), qui doivent être imputées à l'activité ASE.
- [422] Pour estimer le coût de fonctionnement courant de l'ASE, la mission a considéré que les dépenses du département consacrées au fonctionnement de chaque service étaient directement proportionnelles à la part du service dans les effectifs de personnel.
- [423] Pour ces charges à caractère générale (chapitre 011), il a été initialement retenu par la mission la somme de 42 M€, telle qu'elle figurait dans le budget primitif 2015. Toutefois, la Chambre régionale des comptes, saisi par le préfet sur la décision modificative N°1 du budget 2015, a considéré pour diverses raisons que **le montant réel des dépenses devant être imputées au chapitre 011 sont en réalité de 53,4 M€**

¹⁴¹ Dans un avis du 30 décembre 2015, la Chambre régionale des comptes, au vu du déficit de 50 M€ qu'elle met en évidence pour le budget 2015, recommande au Département de geler ces revalorisation indiciaires à 20% et rappelle le caractère irrégulier de son extension au personnel en CDI.

- [424] S'agissant des effectifs, le fichier « paie » de novembre 2015 transmis par les services financiers du département au payeur départemental met en évidence un effectif de 3 522 agents. Les assistants familiaux, qui sont (à tort) rémunérés sur une ligne budgétaire distincte doivent être ajoutés à cet effectif, ce qui porte **le nombre d'agents employés par le Département en novembre 2015, tous statuts confondus, à 3599**, dont 486 emplois aidés, 824 agents contractuels et 2 289 agents titulaires ou stagiaires de la fonction publique territoriale. La proportion des agents exerçant leur activité au sein des services de l'ASE, soit 163 personnes contrats aidés inclus, est donc de 4,5%¹⁴².
- [425] En conséquence, la part des dépenses de l'ASE dans les charges à caractère général peut être estimée à 2,4 M € pour l'année 2015.

2.2.2.3 Les autres charges de gestion de l'ASE

- [426] Il s'agit ici des dépenses engagées par le département pour répondre spécifiquement aux missions des services d'aide sociale à l'enfance. En principe elles sont comptabilisées au chapitre 65 de la section de fonctionnement (autres charges de gestion courante) et bien identifiables comme relevant des actions relatives à la famille et à l'enfance. **L'unité de gestion de la DSDS a communiqué à la mission les postes de dépenses qu'elle a été en mesure d'isoler dans le budget primitif 2015**. Elle s'est également efforcée de faire une évaluation des dépenses prévisibles pour les prochains exercices budgétaires.
- [427] Pour le poste de dépenses relatif à l'entretien des enfants placés en famille d'accueil, cette prévision est à valeur constante du nombre des enfants pris en charge. La projection retenue paraît correspondre assez fidèlement à la hausse des indemnités telle qu'elles résultent de la réforme de la rémunération des assistants familiaux adoptée en 2014.
- [428] En revanche, la mission n'estime pas pouvoir retenir les augmentations prévisionnelles portant sur les dépenses relatives aux prestations servies par l'ASE (secours exceptionnels, dont bons alimentaires, allocations mensuelles...). Il s'agit en effet de postes de dépenses dont l'évolution est imprévisible, puisque la décision d'augmenter ou de faire disparaître ces prestations dépend de choix politiques qu'il n'est pas possible d'anticiper¹⁴³. Elle se borne donc à prévoir une reconduction des dépenses engagées en 2015, tout en considérant qu'il s'agit de postes de dépenses qui devront être vraisemblablement significativement revalorisés.
- [429] Pour ces dépenses spécifiques, la mission intègre dans son calcul les prestations relevant légalement de l'aide sociale à l'enfance, même lorsqu'elles sont servies par d'autres directions que la DASE. Il s'agit en particulier des secours d'urgence (article 6512), comprenant les secours exceptionnels accordés aux familles en difficulté et les bons alimentaires distribués par les services sociaux départementaux pour répondre aux situations d'extrême précarité susceptibles d'être préjudiciables à la santé des mineurs. Le montant budgété à l'article 6512 pour 2015 est de 300 000 € (247 800 € dépensés en 2014, correctement imputées à la fonction 5-1 « famille et enfance »).
- [430] Enfin, la mission intègre dans les autres charges de gestion de l'ASE les subventions de fonctionnement aux associations agissant dans le domaine de la famille et de l'enfance (article 6574), budgétées pour 2015 à hauteur de 446 580 € (le compte administratif 2014 fait mention d'une dépense réelle de 601 000 € sur ce poste).

¹⁴² Si les emplois aidés sont écartés du calcul dans les effectifs totaux et ceux de l'ASE, cette proportion est portée à 5%. Ils sont pris en compte ici, puisqu'ils sont générateurs de dépenses de fonctionnement au même titre que leurs collègues titulaires ou contractuels.

¹⁴³ Dans son rapport, la mission recommande une forte augmentation des dépenses d'aide financière, élément clé d'une politique départementale de prévention dans le domaine de la protection de l'enfance.

Tableau 62 : Autres charges du Département en matière d'ASE

CHAPITRE	DETAIL	CHARGES 2015	PREVISIONS 2016	PREVISIONS 2017
11	Indemnité de rentrée scolaire et d'habillement	77 280 €	92 736 €	102 010 €
65	Indemnité d'entretien	1 756 339 €	2 107 607 €	2 529 128 €
65	Secours d'Urgence	300 000 €	300 000 €	300 000 €
65	Allocation mensuelle	0 €	5 000 €	6 000 €
65	prise en charge d'enfants hors Département	22 743 €	5 000 €	5 000 €
65	Subventions aux associations	446 580 €	446 580 €	446 580 €
	TOTAL	2 602 942 €	2 956 923 €	3 388 718 €

Source : Département, retraitement IGAS

[431] Sous réserves d'omissions, les dépenses réelles de fonctionnement du Département de Mayotte en matière d'aide sociale à l'enfance pour 2015 s'élèveront donc à 9,6 M €.

[432] Pour les prochains exercices budgétaires, l'effet mécanique des décisions de revalorisation des rémunérations du personnel départemental et de l'alignement des modes de rémunération et d'indemnisation des assistants familiaux sur le droit commun conduirait le Département à consacrer à cette fonction **10,5 M € en 2016, puis 11,4 M € en 2017, à effectifs et à activités inchangés**. S'agissant des charges communes, la mission n'a retenu qu'une simple reconduction des dépenses antérieures (bien que la Chambre des comptes préconise à ce propos une baisse de 25% pour l'année 2016).

Tableau 63 : Synthèse des dépenses ASE du Département de Mayotte

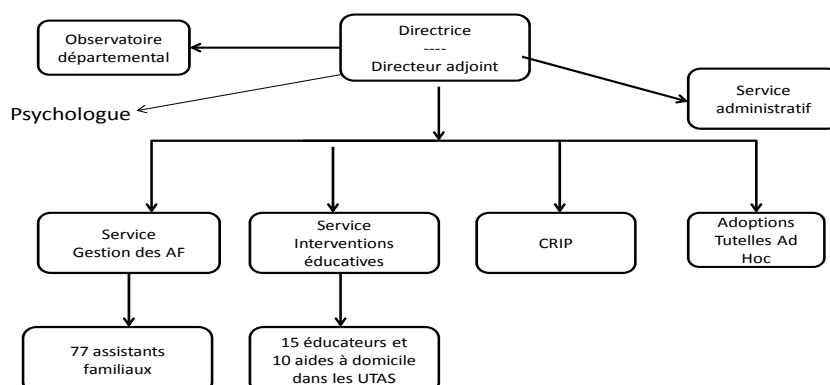
	2015	2016	2017
charges de personnel (chapitre 012)	4 590 997 €	5 058 563 €	5 554 800 €
charges à caractère général (chapitre 011)	2 400 000 €	2 400 000 €	2 400 000 €
charges spécifiques (chapitre 065)	2 602 942 €	2 956 923 €	3 388 718 €
Total prévisionnel	9 595 954 €	10 417 502 €	11 345 535 €

Source : IGAS

3. CONSTATS DE LA MISSION SUR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES

- [433] Le nouvel organigramme de la Direction de l'Aide sociale à l'enfance a été publié à l'occasion du rapport d'activité pour 2014 paru en avril 2015.
- [434] La réorganisation décidée par la directrice ne semble pas avoir fait l'objet d'une validation par les autorités départementales. En particulier, elle n'a jamais reçu l'aval du Directeur général adjoint en charge de la Direction de la Solidarité et du développement social, alors que la DASE est sans conteste placée sous son autorité. A fortiori, aucune délibération n'a été prise à ce sujet. Toutefois, selon les indications fournies à la mission, le Directeur général des services (DGS) a donné son aval à cette réorganisation, au moins en ce qui concerne la restructuration des services éducatifs. Par ailleurs, le DGA DSDS reconnaît au quotidien la qualité de chefs de service aux responsables de l'unité « interventions éducatives » et « gestion des assistants familiaux », puisqu'il leur adresse directement des instructions dans leurs domaines respectifs de compétence.
- [435] Il n'existe à ce jour aucun projet de service permettant de clarifier le rôle de chacun et les objectifs qui sont fixés à chaque entité. Les fiches de poste qui ont été communiquées à la mission permettent certes d'avoir connaissance du rôle attribué à chaque chef de service. Toutefois ces fiches, établies par la directrice, n'apparaissent pas non plus avoir été validées par l'autorité hiérarchique.

Schéma 7 : Organigramme de la DASE au 1^{er} décembre 2015



Source : Mission IGAS

3.1 La direction de l'ASE

- [436] La directrice de l'ASE a été nommée en août 2014. Il s'agit d'un cadre particulièrement au fait des problématiques rencontrées par le département en matière de politique sociale, puisque cette attachée territoriale, éducatrice spécialisée de formation, a été préfiguratrice du service handicap de la collectivité départementale dès 2003, puis a occupé des fonctions d'encadrement à la direction des personnes âgées et des handicapés. Après avoir assumé la direction de la MDH, elle était depuis 2012 responsable de l'unité territoriale d'aide sociale (UTAS) et directrice du centre médico-social de Mamoudzou.

- [437] Sa fiche de poste est identique à celle des autres directeurs des services d'action sociale du Département. Elle ne fait donc aucune référence aux missions spécifiques de l'aide sociale à l'enfance, notamment celles qui ont trait aux mesures de placement des mineurs. La directrice n'a d'ailleurs aucune délégation de pouvoir ou de signature concernant les mesures de placement, qui doivent toutes être actuellement signées par le vice-président en charge des affaires sociales, la délégation accordée au DGA Solidarité lui ayant été retirée en avril 2015 par l'exécutif nouvellement nommé. La fiche prévoit que la directrice de l'ASE gère le budget de sa direction, ce qui n'est pas confirmé dans les faits. Elle n'a d'ailleurs aucun pouvoir d'engagement des dépenses.
- [438] En raison d'un conflit personnel avec le DGA Solidarité, la directrice de la DASE n'a plus aucune relation avec son supérieur hiérarchique direct. En particulier, elle n'assiste à aucune des réunions de la direction générale et s'adresse directement au Directeur général des services (DGS) sur les questions administratives relatives à la gestion de son service. Révélée au public par la presse, la crise a conduit également à des prises de position publiques du personnel et à des distributions de tracts sur la voie publique. Le recours à l'action pénale, concrétisée par des plaintes adressées au procureur de la République a fait disparaître toute perspective de résolution amiable du conflit.
- [439] La persistance de cette situation conflictuelle nuit gravement à la gouvernance de la DASE comme de la DSDS, chacun des protagonistes ayant ses partisans et détracteurs au sein des services. A la DASE plus particulièrement, on constate un fonctionnement clanique qui ruine l'autorité de la directrice sur une partie du personnel.
- [440] Le directeur-adjoint, également éducateur spécialisé de formation, est conseiller socio-éducatif stagiaire. Il est employé par le Département de Mayotte depuis 2008 après une carrière métropolitaine, notamment en qualité d'assistant socio-éducatif à la Ville de Paris. Au sein de la DASE, il a exercé notamment la responsabilité de chef du service des adoptions, avant d'assurer l'intérim de la direction durant un an. N'ayant pas été retenu lors du concours ouvert pour pourvoir le poste de directeur, il a été nommé directeur-adjoint, poste créé pour la circonstance en août 2014, simultanément à l'arrivée de la directrice.
- [441] Sa fiche de poste prévoit qu'il met en œuvre et conduit la politique départementale de protection de l'enfance sous l'autorité de la directrice, qu'il assiste dans la coordination des services et l'encadrement des agents. Il assure également la continuité du lien hiérarchique en l'absence de la directrice.
- [442] Dans les faits, ce sont essentiellement des missions de suppléance de la directrice qui sont exercées par le directeur-adjoint, notamment la représentation du service dans les réunions de direction de la DSDS, à laquelle, pour des raisons personnelles, la directrice n'assiste plus. Il dirige également le service en l'absence de la directrice, mais, selon ses dires¹⁴⁴, il n'est plus sollicité dans la gestion au quotidien de la direction et n'est pas consulté sur son organisation. Lui-même n'assiste plus aux réunions des chefs de service de la DASE depuis sept mois, en raison des conflits interpersonnels qui agitent la direction et qu'il impute à la directrice.
- [443] Le directeur-adjoint a toutefois indiqué qu'il avait été chargé par la directrice d'assurer le lien avec le secteur associatif, en particulier de bâtir le projet de service de tarification-contrôle que les associations appelaient de leurs vœux. Ce projet a été mené à bien, mais finalement écarté par le DGA Solidarité, qui souhaite élargir la compétence d'un tel service à l'ensemble des activités sociales et médico-sociales du Département.

¹⁴⁴ Entretien avec la mission IGAS du 14 septembre 2015

3.2 Le service administratif de la DASE

[444] Placé sous l'autorité d'un cadre ayant le statut de rédacteur territorial, ce service comprend dans ses rangs des personnels d'accueil/interprétariat et de secrétariat placés pour emploi auprès des différents services. Le chef du service administratif est également chargé de la gestion des moyens (logistique, finances et ressources humaines, informatique). En outre, des tâches administratives sont assurées sous sa responsabilité directe.

3.2.1 La classothèque

[445] La plus importante de ces missions est la gestion de la classothèque qui regroupe les dossiers de suivi éducatif, administratif et juridique de tous les mineurs pris en charge par l'ASE. En l'absence d'outil informatique pour la gestion de ces dossiers, l'organisation mise en place est peu conforme aux pratiques habituelles.

[446] Un numéro de dossier est attribué à chaque enfant ou à toute une fratrie, par référence à la mère biologique (sans considération sur l'identité du père). Ce numéro s'inscrit dans une série qui dépend de la nature de la mesure initiale (AEMO, AED, Placement). Il en résulte des difficultés pour localiser le dossier lorsque la situation de l'enfant a changé ou lorsque des mesures de nature différente concernent les enfants d'une même fratrie. Pour retrouver le dossier correspondant à chaque enfant, il est nécessaire de consulter successivement des fichiers bureautiques (Format Excel) qui sont distincts selon la nature de la dernière mesure prise, placement ou assistance éducative. Comme ces fichiers sont conservés dans des ordinateurs différents et non raccordés en réseau, la recherche des numéros de dossiers s'avère particulièrement fastidieuse.

[447] A leur lecture, les dossiers conservés en classothèque se révèlent peu documentés ; si on y trouve bien, en général, les pièces essentielles telles que les rapports de synthèse, les décisions de justice et les rapports de fin de mesure, il est plus rare d'y trouver les fiches de liaison retraçant l'activité des travailleurs sociaux, pourtant en principe adressées au service des interventions éducatives par télécopie, ou les documents retraçant les échanges avec la famille d'accueil. Parfois, même certains documents clés tels que les décisions de justice ou les pièces d'état-civil manquent, ce qui oblige les éducateurs à se déplacer au greffe du tribunal pour enfants pour consulter le dossier judiciaire.

[448] Enfin les conditions de conservation des dossiers posent question. Stockés dans une armoire non sécurisée située au milieu d'un secrétariat, ils sont librement accessibles à tous les agents de la direction, qui peuvent les emprunter au gré de leurs besoins. Sans évoquer les problématiques de confidentialité, pourtant bien réelles, ce manque de rigueur dans les conditions d'accès aux dossiers conduit à des pertes de pièces, voire parfois de dossiers complets. Par ailleurs, il a été constaté par la mission que la sauvegarde physique des dossiers n'était pas assurée, certains documents étant partiellement détruits du fait de la présence de rongeurs dans les locaux de la DASE.

3.2.2 Les moyens informatiques

[449] La DASE est pauvre en équipement informatique. Si la plupart des agents sur le site de la direction peuvent accéder à un ordinateur, ils ne sont cependant pas en mesure d'échanger leurs fichiers et leurs données sous forme dématérialisée, faute de réseau interne en état de fonctionnement, en raison, selon les témoignages recueillis par la mission, de la destruction des câbles par les rongeurs. En tout état de cause, il n'est mis à la disposition des agents que des outils bureautiques de base (traitement de texte, tableur), le Département ne s'étant pas doté d'outils progiciels dédiés à l'activité des services de l'aide sociale à l'enfance. En l'absence de réseau opérationnel, le recours à la messagerie (Lotus) n'est pas généralisé.

- [450] Dans les services actifs de la DASE que constituent les unités territoriales de la polyvalence de secteur, la mission a pu constater une absence quasi-totale de moyens informatiques. Au mieux, un ordinateur de bureau est à la disposition des travailleurs sociaux de la DASE en poste dans les UTAS (en principe 4 agents par site), mais il est souvent en panne et sa remise en état demande plusieurs semaines, voire plusieurs mois parfois. Les échanges entre les intervenants de terrain et la direction s'opèrent par conséquent quasi-exclusivement par la télécopie de documents manuscrits.
- [451] En l'absence d'outils spécifiques, la gestion administrative des dossiers n'est pas possible, et les tableaux de suivi des mesures, qui diffèrent selon la nature des interventions ne permettent ni un suivi individuel des mineurs, ni l'élaboration de tableaux de bord, ni la production de statistiques.
- [452] Faute de réseau fiable et de serveur central sécurisé qui permettrait une conservation pérenne des données, la DASE n'a aucune mémoire à long terme sur son activité. La disparition des données est chose courante, en raison du manque de fiabilité des équipements et de l'instabilité des applications bureautiques conçues par les utilisateurs eux-mêmes. Mais la première raison de ce manque de mémoire réside dans les vols de machines au cours de cambriolages dont tous les locaux du Département sont régulièrement l'objet, malgré le barreaudage des accès et la présence nocturne de gardiens. Interrogée par la mission à ce propos, la directrice des systèmes d'information précise que tous les moyens humains et matériels dont elle dispose sont mobilisés par ce phénomène ; elle estime que la remise en état du parc informatique départemental nécessiterait de procéder au remplacement de 700 machines.
- [453] La mise en œuvre d'un système d'information approprié pour l'ASE n'apparaît pas d'actualité. Il a été envisagé d'acquérir un progiciel susceptible de couvrir l'ensemble des besoins informatiques en matière d'aide sociale. Un cahier des charges a été rédigé et certaines directions ont été consultées, mais pas la DASE, dont la direction des systèmes d'information dit ne pas connaître précisément les besoins et n'avoir reçu aucune demande précise et documentée. Il a été un temps question d'acquérir un progiciel auprès d'un éditeur spécialisé¹⁴⁵ pour couvrir l'ensemble des besoins de la DSDS et dont le module « handicap » est déjà implanté au sein de la Maison départementale du handicap (MPH). Le module ASE a été présenté aux cadres de la direction, mais la réflexion s'est arrêtée là.
- [454] La mission partage les doutes de la Direction des systèmes d'information sur la faisabilité du déploiement d'un progiciel spécialisé à l'ASE. Un tel projet paraît difficile à mettre en œuvre au cas particulier de Mayotte en raison de son coût pour la collectivité, de l'absence d'infrastructures techniques appropriées pour le supporter et, surtout, de l'absence de maturité de l'organisation administrative sur laquelle il est supposé s'adosser.
- [455] Il demeure pour autant urgent de doter la DASE des moyens informatiques indispensables à la conduite et au pilotage de ses missions. Le recours à des outils bureautiques conçus par les services informatiques du Département à partir d'une évaluation des besoins formellement exprimée par les utilisateurs, même s'il s'agit d'une phase transitoire, permettrait à moindre coût d'apporter des réponses adaptées aux modalités actuelles de fonctionnement de la direction. Par ailleurs, la recherche d'une solution « web » se substituant à l'architecte actuelle « client-serveur » permettrait de transformer les postes de travail en simples terminaux, peu attractifs pour les cambrioleurs, et de garantir par un déport des zones de stockage la sécurité et la pérennité des données.

¹⁴⁵ Il s'agit de la société GFI, qui commercialise la solution IODAS

3.2.3 La cellule d'immatriculation des mineurs à la sécurité sociale

- [456] Une cellule rattachée au service administratif se consacre à l'immatriculation à la sécurité sociale des mineurs pris en charge par l'ASE. Elle met en œuvre un dispositif dérogatoire justifié par l'absence de protection santé pour de nombreux enfants confiés au Département, du fait des règles particulières d'affiliation à la sécurité sociale à Mayotte et de l'absence d'aide médicale de l'Etat (AME)¹⁴⁶.
- [457] La cellule, mise en place en octobre 2014, est animée par un agent en contrat d'insertion (CUI). Grâce à l'accord passé avec la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM), l'immatriculation à titre provisoire (6 mois) des enfants confiés au Département (qu'ils soient placés ou bénéficiaires d'une mesure d'assistance éducative) lorsque les parents ne sont pas affiliés intervient dans des délais très brefs, sur simple présentation de la décision administrative de prise en charge. Du 1^{er} janvier au 1^{er} décembre 2015, 692 demandes ou renouvellements avaient été adressés à la CSSM, 533 réponses positives avaient été obtenues, 142 étaient toujours en cours d'instruction. Depuis le début de l'année, le Département n'avait enregistré que 14 rejets, pour défaut de pièce justificative.

3.3 La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)

- [458] Pour mémoire, les services départementaux de l'ASE constituent le pivot du dispositif d'alerte et de repérage des mineurs « dont la situation peut laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou risquent de l'être »¹⁴⁷. Les départements ont pour mission de centraliser les informations, qu'elles viennent de simples particuliers, voire des familles elles-mêmes, ou d'institutions publiques, d'évaluer la situation du mineur. Le président du Conseil départemental peut, après avoir déterminé les actions de protection paraissant appropriées, soit mettre directement ces actions en œuvre si elles relèvent de sa compétence, soit signaler la situation au procureur de la République si elle lui semble justifier l'intervention des autorités judiciaires.
- [459] Créée en 2008 pour satisfaire aux obligations mises à la charge des départements par la loi du 5 mars 2007, la cellule « Bass Maltraitance » est chargée du recueil, de l'évaluation et du traitement des informations préoccupantes (IP) relatives à la situation des mineurs. Elle est animée par une cheffe de service éducatrice spécialisée, assistées de quatre autres éducateurs¹⁴⁸, d'un aide-éducateur (contrat aidé), d'une secrétaire et de deux agents d'accueil-interprètes. La psychologue de la DASE est également rattachée à la CRIP depuis la création de son poste. Elle n'exercerait cependant dans ce service qu'aux deux-tiers de son temps, le reste étant en principe consacré au suivi psychologique des enfants placés et à l'évaluation des candidats à l'adoption. Cette psychologue devrait se partager avec un collègue les consultations des enfants et de leurs familles, chacun ayant en charge la moitié du territoire. Cependant le deuxième poste n'est pas pourvu depuis un an ; par ailleurs la psychologue en poste a précisé à la mission que son activité de suivi des enfants placés était désormais très restreinte, car elle n'est plus sollicitée à ce propos par le service des interventions éducatives, qui assure l'accompagnement des enfants placés.

¹⁴⁶ La Direction de la sécurité sociale a fait connaître à la mission que des dispositions seront prochainement adoptées pour pérenniser ce dispositif, actuellement dépourvu de base légale.

¹⁴⁷ Article R226-2-2 CASF

¹⁴⁸ Un poste créé a été pourvu le 1^{er} septembre 2015.

- [460] Un protocole d'accord passé entre l'Etat et le Département le 2 novembre 2010 fixe les principes de fonctionnement de ce service, en particulier les modalités de traitement des informations qui lui parviennent. Si ce protocole définit bien les relations avec l'ensemble des services de l'Etat, à savoir les autorités judiciaires, la protection judiciaire de la jeunesse, l'éducation nationale et les services publics de santé, d'autres partenaires institutionnels tels que les associations intervenant dans le champ de la protection de l'enfance n'ont pas été associés. Ils apparaissent pourtant à l'origine de nombreuses IP adressées à la CRIP.
- [461] Le Département de Mayotte s'est inscrit dans le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED), qui assure la centralisation 24 heures sur 24 des appels téléphoniques relatifs à des informations préoccupantes (Numéro Vert 119). Cette faculté offerte aux particuliers de signaler des enfants en difficulté par l'intermédiaire de la plate-forme nationale d'écoute est peu utilisée pour Mayotte (moins d'une dizaine d'appels par an).
- [462] La CRIP dispose d'une ligne téléphonique destinée à la réception des informations préoccupantes, mais elle n'est active que durant les heures de bureau. En dehors, les appels sont basculés sur le téléphone d'astreinte du cadre ASE de permanence. La ligne dédiée est souvent indisponible car elle sert également aux communications du service, étant la seule permettant l'appel sur des téléphones mobiles ou hors-département.
- [463] De fait, les appels émanant de particuliers restent rares. L'essentiel des IP proviennent des administrations publiques et du secteur associatif ; elles sont reçues par télécopie. Un outil commun de transmission (formulaire) permet de s'assurer que toutes les données utiles sont bien adressées par les partenaires. La plupart d'entre eux en font usage.
- [464] Après un pic d'activité en 2011, au lendemain de la mise en œuvre du protocole d'accord de novembre 2010, le nombre des IP parvenues au service est maintenant relativement stable d'une année à l'autre. Pour 2015, il s'élevait à 450 au 30 juin¹⁴⁹, à 688 au 11 septembre¹⁵⁰.

Tableau 64 : Nombre d'IP enregistrées à la CRIP

	2011	2012	2013	2014	Estimation 2015
IP reçues	1 483	1095	715	861	900

Source : Mission IGAS d'après les rapports d'activité CD

3.3.1 Origine des informations préoccupantes

- [465] Conformément à la réglementation en vigueur, l'Observatoire de protection de l'enfance à Mayotte (OPEMA) assure depuis sa création, en juillet 2014, le suivi des données statistiques relatives à l'activité de la CRIP. Ce travail a donné lieu à publication pour l'année 2014, et également pour le premier semestre 2015. Il permet d'avoir des précisions tant sur l'origine des IP que sur leur contenu.

¹⁴⁹ Statistiques OPEMA

¹⁵⁰ Comptage mission IGAS

Tableau 65 : Origine des IP parvenues à la CRIP 1^{er} semestre 2015

ORIGINE	nombre	proportion	dont		
Education nationale	144	32,00%			
Département de Mayotte	98	21,78%	UTAS	22	4,89%
			PMI	56	12,44%
			Autres directions	20	4,44%
Parquet	48	10,67%			
GIP Enfance en danger (119)	4	0,89%			
Gendarmerie	3	0,67%			
Voisins ou entourage	1	0,22%			
Centre Hospitalier de Mayotte	37	8,22%			
Secteur associatif local	102	22,67%	TAMA	67	14,89%
			Autres associations	35	7,78%
Autres départements	14	3,11%			
Total IP enregistrées	451				

Source : Observatoire de la protection de l'enfance à Mayotte, retraitement IGAS

3.3.1.1 L'Education nationale

- [466] Près du tiers des IP proviennent des services sociaux de l'Education nationale, qui a mis en place un référentiel très documenté à l'intention des chefs d'établissement¹⁵¹. Le Vice-rectorat souligne cependant qu'il ne signale que les situations les plus préoccupantes. Ainsi, au cours de l'année scolaire écoulée, il a assuré un suivi social pour 1 120 élèves victimes de violences intrafamiliales qui auraient du faire l'objet d'une IP, finalement seulement 9% de ces situations ont été signalées à la CRIP¹⁵².
- [467] Les IP qui sont adressées par l'Education nationale sont précédées d'une véritable évaluation conduites par les assistantes sociales scolaires, de sorte qu'en principe tous les éléments nécessaires à une prise de décision sont fournis.
- [468] En pratique, le service social du Vice-rectorat constate un manque de réactivité du Département, ce qui le conduit à poursuivre l'accompagnement tant qu'un service social départemental ne prend pas le relais. Finalement, lorsqu'une orientation finit par intervenir, la situation a considérablement évoluée et la décision n'est pas appropriée. C'est l'une des raisons pour lesquelles le nombre des signalements initiés reste modeste au regard des constats dressés par le système scolaire. De plus, le service social du Vice-rectorat n'intervient que dans le secondaire, de sorte que les mineurs les plus exposés du fait de leur âge et de leur nombre (50 000 enfants scolarisés en primaire) échappent à tout suivi social par le réseau éducatif¹⁵³.

¹⁵¹ « Protection de l'enfance : informations-conseils-procédures pour les chefs d'établissement », Vice-rectorat de Mayotte, octobre 2014, disponible sur le site www.ac-mayotte.fr

¹⁵² Entretien avec M. Christian GIRAUD, Directeur adjoint, et Mme Fatima BAICHE, conseillère technique du service social du Vice-rectorat

¹⁵³ Pour l'année scolaire 2014-2015, il a été adressé à la CRIP 5 IP relatives à des élèves du primaire, pour 160 concernant des élèves du secondaire.

3.3.1.2 Les services du Département

- [469] Un cinquième des IP reçues proviennent d'autres directions des services départementaux, en majorité de la direction de la santé et de protection maternelle et infantile (DSPMI). Au regard du nombre des usagers de la PMI et de leur profil, le volume des signalements émanant de ce service apparaît faible. Il peut s'expliquer par une organisation interne de la PMI qui a laissé jusqu'ici peu de place au travail social, alors qu'il s'agit pourtant d'un lieu privilégié pour la détection des mineurs en difficulté¹⁵⁴. C'est là en particulier que peuvent être constatés les problèmes de santé et de malnutrition des enfants de moins de six ans (40 000 enfants à Mayotte).
- [470] Mais c'est surtout le faible nombre de signalement émanant de la polyvalence de secteur qui interpelle. Les cinq unités territoriales d'action sociale (UTAS)¹⁵⁵ sont en effet le réceptacle naturel des sollicitations des habitants en matière sociale, et un point d'observation essentiel pour la détection des risques encourus par les mineurs. Avec moins de 5% des signalements parvenus à la CRIP, il semble que la polyvalence de secteur ne remplit pas son rôle d'alerte en matière de protection de l'enfance. Le rôle qu'on leur attribue dans la conduite des évaluations pourrait expliquer la frilosité des UTAS, les IP qu'elles adressent à la CRIP étant en pratique de nature à accroître leur charge de travail (voir *supra*).

3.3.1.3 Les signalements en provenance du parquet

- [471] Si plus de 10% des signalements émanent du procureur de la République, ce chiffre doit être relativisé car il se compose en réalité de deux catégories de transmission. L'une est la simple retransmission de signalements qui lui sont parvenus directement de la part de partenaires institutionnels, et qu'il renvoie à la CRIP aux fins d'évaluation, bien que les règles définies par le protocole d'accord prévoient qu'en cas de saisine directe du parquet pour des faits à connotation pénale, le déclarant adresse un double de cette saisine à la CRIP. Pour le premier semestre 2015, il a été ainsi réacheminé par le parquet 33 IP dont le Département avait déjà été destinataire en copie.
- [472] Les 25 autres transmissions concernent des situations qui n'étaient pas connues des services sociaux, pour lesquelles le parquet demande une enquête ou une évaluation. Il s'agit de faits révélés au ministère public à l'occasion d'enquêtes policières ou de procédures judiciaires, ou de courriers de particuliers s'adressant directement aux autorités judiciaires pour évoquer la situation de danger dans laquelle se trouve un mineur.

3.3.1.4 Le secteur associatif

- [473] Dans cette catégorie, l'association TAMA doit être distinguée des autres acteurs du secteur associatif, compte tenu du rôle déterminant qu'elle joue dans la protection de l'enfance à Mayotte et sa place dans les saisines de la CRIP.
- [474] Dans le cadre des actions qu'elle mène à la demande de l'Etat en direction des mineurs isolés, notamment celles qu'elle conduit en exécution du marché passé avec le ministère de l'intérieur pour le suivi des mineurs acheminés au centre de rétention administrative (CRA) et leur rapprochement avec leur famille biologique, l'association TAMA est en capacité d'identifier des mineurs en danger. Elle mène alors des investigations et adresse à la CRIP, lorsque c'est nécessaire, des signalements motivés et documentés. 8 signalements ont été adressés en 2014 à la CRIP en provenance du service d'investigations sociales placé auprès du CRA (sur 1 522 mineurs ayant fait l'objet d'investigations).

¹⁵⁴ Voir sur ce point l'Annexe 3 et le rapport principal 2.6

¹⁵⁵ Le territoire départemental est découpé en 5 zones : Grand Mamoudzou, Petite Terre, Nord, Centre et Sud

- [475] Mais c'est surtout dans le cadre de son service d'accompagnement éducatif en milieu ouvert (ACEMO) que TAMA est amenée à solliciter le Département. Ce service, qui fonctionne depuis 2008, est conçu pour soutenir temporairement les mineurs isolés dans l'attente du retour de leurs parents, éloignés du territoire mahorais¹⁵⁶. Pour ceux qui n'ont pas d'abri, elle recherche des familles d'accueil ; pour ceux qui bénéficient du soutien d'un adulte référent, elle accompagne ce dernier dans la prise en charge socio-éducative du mineur.
- [476] En pratique, le signalement par TAMA d'une information préoccupante se justifie par la nécessité pour cette association d'obtenir un mandat de la part des autorités administratives pour prendre en charge les mineurs concernés. Pour la CRIP, c'est un simple visa sur la proposition de prise en charge formulée par l'association. Dans le cadre de ce dispositif, TAMA a adressé 38 évaluations de situation au cours du 1^{er} semestre 2015 ; toutes ont été retournées avec un avis favorable à leur prise en charge par son service d'action éducative en milieu ouvert (ACEMO).
- [477] Il convient de souligner ici que le « mandat » dont TAMA est investie n'a aucun fondement juridique. Bien que considéré au plan statistique comme une mesure administrative d'aide éducative à domicile (AED), cette mesure n'en a ni la forme ni le contenu. Elle ne fait d'ailleurs l'objet d'aucune prise en charge financière de la part du Département, le financement de ce dispositif étant uniquement assuré par l'Etat sous forme d'une subvention annuelle (voir *tableau 81 sur les financements Etat*). Il ne pourra en être autrement que lorsque, répondant à un appel à projet qu'elle appelle de ses vœux, TAMA sera agréée par le Président du Conseil départemental pour exercer de telles mesures et qu'un tarif sera fixé par cette autorité pour le financement des mesures par le Département.

3.3.1.5 Les signalements provenant du Centre hospitalier de Mayotte

- [478] Les informations préoccupantes transmises par le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) correspondent pour la plupart à des situations très particulières, celles des mineurs isolés justifiant une évacuation sanitaire vers la Réunion, plus rarement vers la métropole.
- [479] Elles ne se rapportent pas aux constats de maltraitance physique qui peuvent être constatés, notamment dans les services d'urgence. Dans cette hypothèse, tout particulièrement en cas de violences sexuelles, la direction de l'hôpital prescrit une saisine directe et immédiate du procureur de la République.
- [480] En revanche, la saisine des autorités judiciaires n'est pas systématique lorsqu'il y a matière à prendre une décision provisoire de placement concernant un mineur isolé qui justifie des soins et un accueil hospitalier pérenne. Il en résulte de sérieuses difficultés, au-delà de sa prise en charge médicale qui intervient sur décision du directeur du CHM (sans fondement juridique), lorsque l'hospitalisation se prolonge sans un cadre juridique approprié. Dans cette hypothèse, le service social et la direction de l'établissement se bornent à saisir la DASE aux fins d'obtenir la sortie du mineur. Selon les déclarations du directeur du CHM, cette démarche est souvent vouée à l'échec. Ainsi, lorsque la mission a visité l'établissement, il lui a été signalé la présence de 6 enfants nés à Mayotte et hébergés en service de pédiatrie en raison de l'absence sur le territoire de leurs parents, alors que leur état de santé ne justifiait plus leur hospitalisation.

¹⁵⁶ En 2014, le service ACEMO a accompagné 313 mineurs, pour une durée moyenne de 9 mois. Dans 39% des cas, la prise en charge s'interrompt en raison du retour d'un des parents à Mayotte. 60% des mineurs concernés sont nés à Mayotte. 6% vivaient sans adulte référence au moment de leur prise en charge.

- [481] Le même phénomène a été constaté par la mission lors de son passage au Centre hospitalier universitaire de la Réunion (CHUR), qui accueille les mineurs évacués sanitaires de Mayotte en raison de la nature de leur affection. Sur les 185 mineurs évacués à la Réunion en 2014, 106 n'étaient pas accompagnés par un parent ou un adulte référent. Si l'hospitalisation de certains justifie une hospitalisation de longue durée du fait de leur pathologie, d'autres pourraient relever d'un traitement ambulatoire permettant leur hébergement en famille d'accueil ou en institution, pour autant que les décisions appropriées soient prises par les autorités administratives et judiciaires compétentes.
- [482] Là encore, il a été observé par la mission que la saisine immédiate des autorités judiciaires n'est pas de règle, le sort de ces enfants hospitalisés étant laissé à l'appréciation du Conseil départemental de la Réunion. Pour le seul service d'onco-pédiatrie de l'hôpital de Saint-Denis, on comptait, début septembre 2015, 7 mineurs originaires de Mayotte inutilement gardés au sein du service, 5 hébergés à l'hôpital pour enfants et un seul placé en famille d'accueil. Dans le cadre d'un projet de création de familles d'accueil thérapeutique ayant vocation à accueillir les mineurs isolés à la Réunion, il a été évalué à une vingtaine par an le nombre des mineurs déclarés sortants médicalement mais maintenus en hospitalisation faute d'alternative. Le financement de ce projet semble faire toujours l'objet de débats entre les deux départements concernés.
- [483] Afin de disposer d'un cadre juridique permettant l'évacuation sanitaire des mineurs isolés, il a été mis en place une procédure qui consiste pour le service social du CHM à adresser une fiche d'information préoccupante à la CRIP de Mayotte et à celle de la Réunion lorsque les détenteurs de l'autorité parentale sont absents. Cette procédure n'est cependant pas systématiquement appliquée. Si la démarche n'a pas été faite à Mayotte avant le transfert de l'enfant, le service social du CHU est censé y suppléer et saisir également le procureur de la République de St Denis de la Réunion pour obtenir une décision de placement « *lorsque l'enfant sera déclaré médicalement sortant* ».
- [484] Là encore, il apparaît surprenant que l'hospitalisation et les soins ne fassent pas lieu d'une saisine immédiate des autorités judiciaires, seules compétentes pour confier le mineur à la garde du directeur de l'établissement hospitalier et lui déléguer le pouvoir d'autoriser des actes médicaux ou chirurgicaux. Selon le CHU, la décision de justice généralement sollicitée vise à obtenir une mesure de tutelle confiée à l'ASE Réunion et non un placement d'urgence à l'hôpital. L'établissement souligne que cette procédure de tutelle n'aboutirait pas avant plusieurs mois. Ensuite, l'absence d'un nombre suffisant de familles d'accueil oblige encore à prolonger le séjour hospitalier du mineur. En septembre 2015, le CHUR indiquait que 18 procédures étaient en cours d'instruction, dont 7 correspondent à des demandes remontant à 2014.

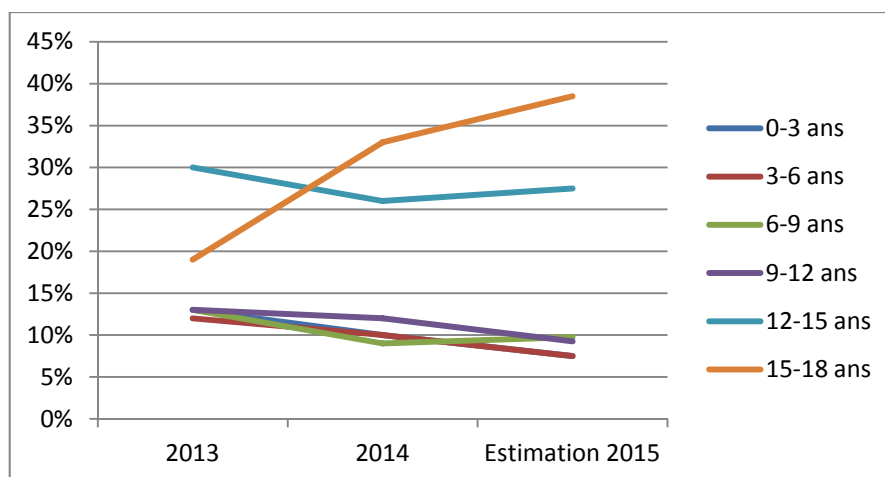
3.3.2 Le contenu des informations préoccupantes

- [485] Les travaux menés au sein de l'OPEMA, même s'ils n'ont pas encore un recul suffisant, permettent d'avoir des précisions sur le contenu des signalements qui parviennent à la CRIP.

3.3.2.1 L'âge des mineurs concernés par une IP

- [486] Les informations préoccupantes qui parviennent à la CRIP concernent majoritairement des adolescents et la tendance est à la hausse en proportion dans le volume total des signalements. La part prédominante du service social du Vice-rectorat parmi les interlocuteurs de la CRIP explique pour partie ce phénomène, puisque ce service est exclusivement consacré au suivi social des mineurs scolarisés dans les établissements secondaires.

Graphique 6 : L'âge des mineurs concernés par une IP

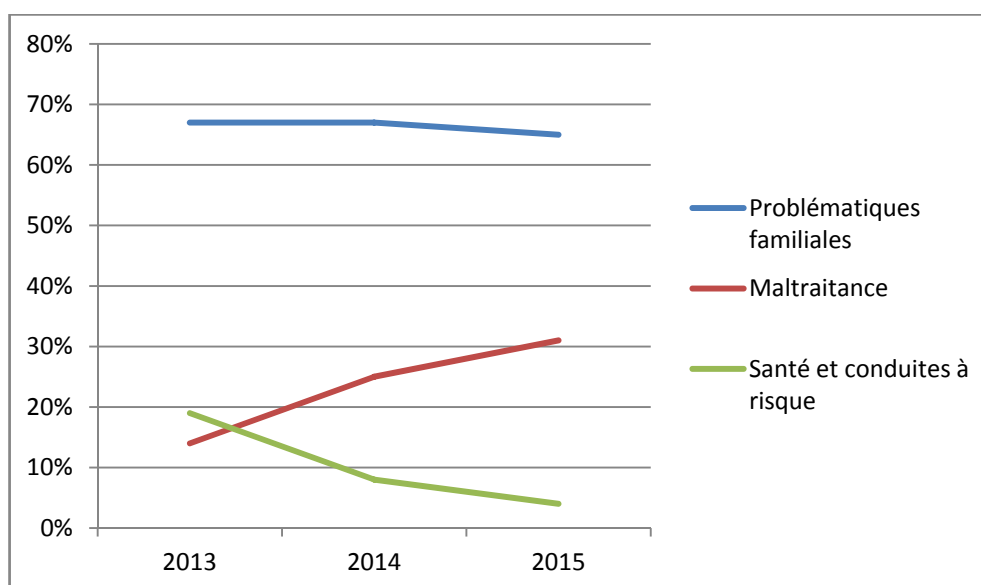


Source : Données OPEMA, retraitement mission IGAS

3.3.2.2 Les motifs justifiant une IP

[487] La typologie des motifs d'informations préoccupantes recommandée par l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) n'est utilisée que depuis 2015 à la CRIP. Cependant les données disponibles pour les années précédentes permettent de confirmer que les signalements, se rapportent majoritairement à des problématiques familiales. Cette catégorie est stable en proportion, alors que la maltraitance (violences ou négligences lourdes envers un mineur) est en hausse et que les problématiques de santé et les comportements à risque (troubles du comportement, grossesses précoces, malnutrition, tentatives de suicide...) ont une part désormais réduite dans les signalements.

Graphique 7 : Motivation des IP



Source : Données OPEMA, retraitement mission IGAS

[488] S'agissant des problématiques familiales, la principale justification des signalements reçus est l'isolement du mineur à l'égard de sa famille d'origine. Ainsi, 291 informations préoccupantes sont parvenues à la CRIP relatives à des mineurs isolés ou privés de tout soutien familial au cours du premier semestre 2015, ce qui représente 70% des signalements adressés à ce service.

3.3.3 Le fonctionnement de la CRIP

3.3.3.1 Le mode de fonctionnement tel qu'il est défini par le protocole de 2010

[489] Selon le protocole en place, la cellule a pour mission d'effectuer une évaluation pluridisciplinaire de premier niveau de la situation du mineur dès réception de l'information préoccupante et d'informer sans délai le procureur de la République si des faits graves sont portés à sa connaissance.

[490] Si un danger immédiat est signalé, la CRIP procède elle-même à cette évaluation. Si c'est seulement un risque de danger qui est évoqué, l'évaluation est adressée à la direction de l'action sociale territoriale et de l'insertion (DASTI) pour être traitée par les assistantes sociales en charge de la polyvalence de secteur dans les UTAS.

[491] Si l'évaluation démontre l'absence de danger, la cellule doit proposer le classement sans suite sur la base d'un rapport circonstancié. Dans le cas où une mesure judiciaire ou administrative est préconisée, la proposition devra être validée au cours d'une réunion de synthèse présidée par un délégué du Président du Conseil départemental dûment mandaté. En cas d'urgence seulement, la cheffe de service a compétence pour saisir directement et sans délai le procureur de la République.

[492] La CRIP a une obligation d'information à l'égard de ses partenaires. Elle doit tenir informés les déclarants de la suite donnée à leur signalement. Elle doit informer les parents du mineur lorsqu'elle décide de saisir les autorités judiciaires. En contrepartie, elle doit également être informée de la suite donnée par ces dernières aux signalements qu'elle leur adresse.

3.3.3.2 Le fonctionnement de la CRIP tel que la mission a pu l'observer

[493] Le fonctionnement de la CRIP ne correspond pas à celui défini par le protocole et par le cadre législatif et réglementaire en vigueur. En particulier, **la mission d'évaluation des situations préoccupantes, qui constitue le cœur de l'activité d'une CRIP, est actuellement fortement réduite, tandis que les moyens disponibles sont mobilisés par la mission de placement d'urgence**, laquelle devrait relever normalement d'un service spécifique. **Les éducateurs de la CRIP, au lieu de se consacrer au traitement des IP, passent leur temps à la mise en œuvre des mesures de placement concernant des mineurs en danger** qui font l'objet d'une ordonnance de placement provisoire et à l'instruction des décisions administrative de mise à l'abri. **En outre, ils assurent le suivi éducatif de certains mineurs dont le placement est passé par leur intermédiaire.**¹⁵⁷

[494] Cette mobilisation de la CRIP pour des tâches urgentes qui n'ont pas été prises en compte dans l'organisation de la direction a pour effet l'engorgement du service, qui n'est plus en mesure de procéder à l'analyse des signalements et aux investigations qu'ils impliquent. **Le comptage opéré au 15 septembre 2015 fait apparaître que 175 IP enregistrées n'avaient fait l'objet d'aucun traitement, la plus ancienne remontant à septembre 2014**¹⁵⁸. Parmi ces IP non traitées, **47 correspondaient à une demande d'investigations émanant du procureur de la République.**

¹⁵⁷ Au 18 novembre, 13 mineurs placés étaient directement suivis par un éducateur de la CRIP

¹⁵⁸ Au 22 juillet, on comptabilisait 127 IP et 35 signalements du parquet non traités. Au 1^{er} décembre 2015 le nombre d'IP non traitées atteignait 200.

- [495] Le bilan qu'on peut dresser de la saisine de la polyvalence de secteur aux fins d'évaluation de situations pour lesquelles le danger n'est pas avéré est tout aussi préoccupant, puisqu'il met en évidence l'absence de suites aux demandes de la CRIP. **Au 15 septembre 2015, on comptait 136 demandes adressées aux diverses UTAS qui n'avaient fait l'objet d'aucun retour de la part des assistantes sociales saisies dans les 2 mois. 102 demandes avaient été transmises depuis plus d'un an, dont 53 remontaient à l'année 2013.**
- [496] La direction de l'aide sociale territoriale (DASTI), qui centralise les demandes adressées aux UTAS, estime qu'elle serait destinataire d'environ 350 demandes d'évaluation par an, notamment des enquêtes qui devraient normalement être conduites par la CRIP car elles correspondraient à des situations de danger avéré. C'est toutefois un simple ordre de grandeur, puisqu'**il n'existe aucune traçabilité des échanges entre la DASE et la DASTI et aucun suivi des retours d'évaluation au sein de la DASTI.**¹⁵⁹ Cette estimation est d'ailleurs contredite par les statistiques émanant de la CRIP, qui font état d'une centaine de transmissions par an à la DASTI pour évaluation, chiffre auquel il faut ajouter les IP émanant directement des assistantes sociales de secteur, lorsqu'elles sont transmises avec une évaluation et une proposition de suite (une cinquantaine par an).
- [497] Le directeur de la DASTI reconnaît qu'il existe des retards et de nombreux retours sans traitement des demandes formalisées par la CRIP. Selon ses explications, c'est le manque de moyens attribués aux UTAS qui est à l'origine de ces lacunes. Il fait valoir qu'il ne dispose que de 15 postes budgétaires d'assistantes sociales pour couvrir l'ensemble du territoire, soit une assistante sociale pour 16 000 habitants. Il est exact que la norme généralement retenue en polyvalence de secteur correspond à une AS pour 3 500 à 5000 habitants¹⁶⁰. Par ailleurs, il souligne des moyens matériels insuffisants, en particulier un manque de véhicules, qui expliquent l'absence de suites réservées aux commandes de la CRIP. La mission a constaté qu'en effet certaines demandes de la CRIP étaient renvoyées par retour de courrier au motif qu'en l'absence de véhicule à l'UTAS, il n'est pas possible de procéder à des évaluations.¹⁶¹

3.3.4 Les orientations données aux informations préoccupantes

- [498] En l'absence de tableau de suivi des mesures, et compte tenu du nombre élevé d'IP non traitées, il s'avère difficile de connaître l'orientation donnée aux IP jusqu'en 2014. **On ne connaît pas, en particulier, le nombre des IP qui sont classées sans suite**, celles qui sont transmises au parquet et celles qui ont fait l'objet d'une décision de prise en charge administrative.
- [499] Ces informations ont toutefois été parfois disponibles dans le passé, puisque le rapport d'activité de la DSDS pour 2013 donnait des précisions sur la suite réservée aux 732 IP recensées dans l'année. Regroupées par grandes catégories d'orientation, elles permettent de constater que **plus de la moitié des IP ne conduisaient à aucune mesure particulière**. Lorsqu'une évaluation aboutissait à une décision, c'est très majoritairement une orientation vers le service ACEMO de l'association TAMA, qui assure un suivi en milieu ouvert des mineurs isolés. Moins de 10% des IP ayant donné lieu à une suite conduisaient à une décision judiciaire (4,5% des IP reçues) ; lorsqu'une mesure de nature administrative était retenue, elle se bornait le plus souvent à « faire suivre la famille » par la polyvalence de secteur ou la PMI.

¹⁵⁹ Entretien de la mission avec le directeur de la DASTI le 8 septembre 2015.

¹⁶⁰ Voir sur ce point la circulaire du 12 décembre 1966 relative à l'organisation du service social départemental, qui prévoit la création des circonscriptions d'action sociale.

¹⁶¹ Alors qu'en principe chaque UTAS dispose de deux véhicules partagés entre les différents services présents sur le site, la plupart ne disposent que d'un véhicule, qui n'est pas remplacé en cas de panne. Ainsi l'UTAS Nord a été privé de véhicule pendant 18 mois en 2014-2015. 41 demandes d'évaluation étaient en souffrance dans cette unité au 15 septembre 2015.

Tableau 66 : Orientation des IP en 2013 (sur 732 IP enregistrées)

IP sans suite	391	IP classées ou non traitées	328	53,42%
		fin d'intervention Crip	44	
		reprise en charge par la famille	19	
Orientation ACEMO	232			68,04%
mesures judiciaires	33	AEMO	8	9,68%
		OPP	23	
		PJJ	2	
mesures administratives	76	AED	11	22,29%
		Placement	3	
		Suivi UTAS/PMI/MPH	62	
Total IP orientées	341			

Source : Données DSDS retraitement IGAS

[500] Les statistiques judiciaires constituent une autre source d'information pour mesurer le travail de la CRIP. Interrogé par la mission, le procureur de la République indique que 81 IP lui ont été transmises par la CRIP en 2014, ce qui correspond à 9,5 % des IP qu'elle avait reçues. Ces signalements ont entraîné une décision judiciaire dans 22 dossiers, soit 27% des saisines. Pour moitié, les dossiers ont conduit à une décision de placement. Les autres se sont traduits par des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO).

[501] Enfin, les données relatives à l'année 2013 sont à rapprocher d'une analyse conduite par l'OPEMA et portant sur un échantillon de 81 mesures d'orientation prises au cours du premier semestre de l'année 2015. En l'absence de précisions sur les modalités d'élaboration de cet échantillon, il n'est cependant pas possible de le considérer comme représentatif. La part essentielle prise par l'orientation vers TAMA est confirmée, celle du traitement judiciaire paraît en forte augmentation, tout comme le volume des placements administratifs décidés au terme des évaluations.

Tableau 67 : Répartition des orientations sur un échantillon de 81 IP en 2015

Orientation ACEMO	38			46,91%
mesures judiciaires	22	AEMO	8	27,16%
		OPP	11	
		autres	3	
mesures administratives	21	AED	4	25,93%
		Placement administratif	17	
Total IP orientées	81			

Source : Données OPEMA retraitement IGAS

- [502] La faible proportion des IP adressées après évaluation aux autorités judiciaires est soulignée par le procureur de la République¹⁶², qui observe que **moins de 300 dossiers d'assistance éducative sont actuellement ouverts dans les cabinets des juges des enfants alors que plus de 100 000 mineurs vivent à Mayotte**. Ce taux est particulièrement faible en effet, puisqu'il correspond à 3 % de la population concernée alors que la moyenne nationale s'élève à 7,5 %¹⁶³. Les magistrats pensent que la frilosité des services départementaux vient de leur incapacité à mettre ultérieurement en œuvre les mesures susceptibles d'être décidées par les magistrats, compte tenu des moyens insuffisants dont ils disposent, notamment en matière d'AEMO.
- [503] Il existe cependant une seconde explication, relative à la place occupée par TAMA dans le dispositif de prise en charge des mineurs isolés, eux-mêmes majoritaires dans la population concernée par les IP. Or, l'isolement d'un mineur est considéré comme constituant un danger immédiat justifiant une mesure de protection judiciaire. En pratique, les prises en charge réalisées par le service ACEMO, bien que pouvant être assimilées à de l'assistance éducative en milieu ouvert¹⁶⁴, ne donnent pas lieu à la saisine préalable des juges des enfants et sont menées sans mandat judiciaire ou administratif. Elles n'ont même pas pour fondement une décision administrative, puisqu'il s'agit d'une simple transmission du dossier par la direction de l'aide sociale à l'enfance.

3.4 Les services Adoptions, Tutelles et Administrations ad hoc

- [504] Dans le cadre de la réorganisation de la DASE à son arrivée, la directrice a souhaité regrouper dans un service unique, supervisé par une assistante socio-éducative senior, diverses activités se rapportant au statut des mineurs. Le projet d'organigramme, bien que non validé par les autorités départementales, est appliqué en ce sens que la cheffe de service, tout en conservant sa responsabilité directe sur le service des adoptions, vient en soutien et en suivi des activités de ses collègues en charge des autres domaines d'action. C'est la cheffe de service qui est la correspondante unique de l'Agence française de l'adoption et du Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOPS).

3.4.1 Le service des adoptions

- [505] Outre la cheffe de service, cette unité est composée d'une éducatrice spécialisée, en charge des enquêtes sociales en matière d'agrément, du suivi des pupilles et du suivi post-adoption, d'une secrétaire et d'un assistant (contrat aidé) qui partage son temps avec le service de l'administration ad hoc.

3.4.1.1 La gestion des pupilles de l'Etat

- [506] La mission s'est efforcée, à partir de documents épars et parfois contradictoires, d'établir un tableau retraçant l'activité du Département en matière de gestion des pupilles de l'Etat. Ce tableau permet d'attester d'un nombre toujours plus restreint de situations relevant de ce statut, ce qui peut s'expliquer par le fait que **les déclarations judiciaires d'abandon restent exceptionnelles** malgré le volume excessivement important de mineurs isolés dans le département, mais aussi parce **que la procédure d'accouchement sous secret, qui constitue la principale source d'immatriculation des pupilles, ne semble pas rigoureusement respectée**.

¹⁶² Entretien de la mission avec les membres du tribunal de grande instance le 12 septembre 2015.

¹⁶³ Source « Estimation de la population des enfants pris en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2013 », note d'actualité ONED, octobre 2015.

¹⁶⁴ Il ne s'agit pas d'aide éducative à domicile, mesure administrative qui suppose une contractualisation avec les parents, solution par hypothèse exclue pour des mineurs isolés

Tableau 68 : Pupilles de l'Etat accueillis par le Département

	Pupilles suivis au 31 décembre	Placés en vue d'adoption ou adoptés dans l'année
2010	7	0
2011	9	4
2012	15	5
2013	10	8
2014	4	7
Au 15 septembre 2015	4	3

Source : *Rapports d'activité DSDS et DASE, retraitement mission IGAS*

- [507] Trois personnes sont habilitées pour intervenir dans l'hypothèse où une future mère demande le secret de la naissance à venir, la directrice de la DASE, la psychologue et la cheffe du service adoption. **Un protocole a été passé avec le CHM pour la prise en charge des mères qui demandent le secret de la naissance, mais il ne serait pas strictement respecté.** En particulier, d'autres intervenants de la DASE sont amenés à intervenir sur ces situations, notamment les cadres de l'ASE qui sont d'astreinte, sans avoir toujours connaissance des règles à respecter¹⁶⁵.
- [508] **Par ailleurs, la tenue des dossiers n'est pas satisfaisante.** La mission a pu constater notamment la présence d'informations relatives à l'identité de la mère dans des documents ouverts alors, de plus, que leur conservation dans un coffre-fort à l'abri des regards n'est effective que depuis juillet 2015.
- [509] Il n'existe pas de statistiques sur le nombre des accouchements sous secret antérieurement à 2014, année au cours de laquelle 4 naissances ont été enregistrées comme telles. Le nombre des demandes initiales est plus important¹⁶⁶, mais à plusieurs reprises des indiscretions commises au sein des services hospitaliers ont entraîné l'intervention des familles biologiques qui, sans pour autant être en capacité ou en volonté de prendre en charge la mère et l'enfant, font alors pression sur la mère, souvent elle-même mineure, pour qu'elle renonce à son projet d'abandonner l'enfant. L'ASE se trouve alors dans l'obligation d'admettre en placement familial la jeune accouchée et son bébé¹⁶⁷.
- [510] Le conseil de famille est régulièrement réuni par le représentant de l'Etat. La tutelle des pupilles est assurée par le directeur de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DJSCS). La présidence du conseil est actuellement confiée à une personnalité qualifiée, avocate de profession.
- [511] **A la date des vérifications opérées par la mission, le département prenait en charge 4 pupilles de l'Etat.** Selon les explications fournies par la cheffe de service, deux étaient bénéficiaires d'un contrat jeune majeur (et ne devaient par conséquent plus être immatriculés comme pupilles de l'Etat), un enfant était placé en vue d'adoption ; le dernier, âgé de 13 ans, fait l'objet d'un projet d'adoption par l'assistante familiale validé depuis qu'il a l'âge de 6 ans, mais qui n'a pas pu aboutir au motif que l'enfant, né aux Comores, ne disposerait d'aucun document d'état-civil.

¹⁶⁵ Il n'existe aucun guide définissant les modalités d'intervention des cadres d'astreinte.

¹⁶⁶ En 2013, 4 femmes ont été accompagnées dans de telles démarches, une seule a persisté dans sa demande.

¹⁶⁷ A la date des vérifications opérées par la mission, 3 mineures étaient placées avec leur bébé en famille d'accueil après de tels incidents, le dernier remontant à juin 2015.

3.4.1.2 L'agrément des candidats à l'adoption

- [512] La gestion des demandes d'agrément à l'adoption apparaît également assez chaotique malgré le nombre modeste des dossiers instruits. Une dizaine de dossiers déposés par des candidats domiciliés à Mayotte sont examinés chaque année, pour la plupart émanant de fonctionnaires métropolitains en résidence temporaire dans le département. A leur départ, ils renoncent souvent à leur projet, ou omettent de signaler leur changement de résidence, comme la réglementation leur en fait pourtant l'obligation. A l'inverse, des demandes d'adoption émanant de personnes résidant en métropole et agréées dans leur département de leur domicile sont régulièrement adressées au Département.
- [513] L'instruction des demandes d'agrément est assurée, comme la réglementation l'exige, par l'éducatrice spécialisée et la psychologue de la DASE, qui procèdent à l'évaluation sociale et psychologique des candidats.
- [514] La liste des dossiers en cours d'instruction transmise à la mission permet de constater que le délai de 9 mois requis pour répondre aux demandes d'agrément n'est jamais respecté.
- [515] Au motif que le poste d'éducatrice spécialisée n'était pas pourvu en 2014, les 13 demandes reçues cette année là n'ont pas été instruites, la plus ancienne remontant à juin 2013. Au cours de l'année 2015, 4 dossiers ont été instruits, 2 agréments ont été délivrés. Au 15 septembre 2015, il restait 8 dossiers en cours d'instruction, dont 2 remontant à 2014. Pour 7 dossiers, la commission d'agrément n'est cependant plus compétente, les demandeurs ayant entretemps quitté définitivement le département. Trois nouveaux dossiers sont en cours d'instruction, dont 2 qui concernent des familles mahoraises.
- [516] Par ailleurs, les familles agréées ne sont pas systématiquement invitées à confirmer chaque année leurs intentions.
- [517] Le tableau qui suit retrace l'activité d'agrément à partir des données statistiques qui figurent dans les rapports d'activité de la DSDS. Pour l'année 2014, le rapport d'activité de la DASE fournit des données identiques à celles de 2013, puisqu'il n'a été procédé à aucun traitement des dossiers cette année là. S'agissant des dossiers d'agrément en cours de validité, il convient toutefois d'être prudent sur le chiffre annoncé, puisque la validité des agréments en cours n'est pas systématiquement vérifiée chaque année.

Tableau 69 : Agréments à l'adoption délivrés par le Département

	Agréments délivrés	Rejets ou retraits	Agréments locaux en cours au 31/12	Agréments hors département	Agréments en cours au 31/12
2010	7	3	27	41	166
2011	9	0	57	60	208
2012	NC	NC	NC	NC	NC
2013	1	3	NC	32	159
2014	0	0	SO	32	159
15/09/2015	2	2	13	NC	NC

Source : Rapports DSDS retraitement IGAS

3.4.1.3 Les adoptions proprement dites

- [518] Le faible nombre de mineurs immatriculés en qualité de pupilles de l'Etat ne permet pas de donner localement une suite utile à tous les agréments accordés. Par ailleurs, il n'a pas été signalé à la mission l'accueil récent à Mayotte de mineurs au titre de l'adoption internationale.
- [519] Il convient à ce propos de rappeler que les Comores, principal voisin de Mayotte, ne reconnaît pas l'institution de l'adoption, comme la plupart des pays de droit islamique¹⁶⁸. Cette prohibition de l'adoption par le droit coranique peut être une explication au faible nombre de candidats à l'agrément originaires de Mayotte, département dont 95% de la population est de confession musulmane.
- [520] Le tableau qui suit retrace, pour les cinq ans écoulés et l'année en cours à la date de rédaction du présent rapport, le nombre des mineurs confiés en vue d'adoption au cours de l'année de référence¹⁶⁹.

Tableau 70 : Nombre de mineurs ayant fait l'objet d'un placement en vue d'adoption

2010	0
2011	4
2012	5
2013	3
2014	7
Au 15/9/2015	2

Source : *Rapports d'activité DSDS retraitement mission IGAS*

- [521] Les procès-verbaux du Conseil de famille des pupilles de l'Etat communiqué à la mission (13 mars et 14 avril 2015) font état de deux décisions de placement de pupilles en vue d'adoption :
- Un enfant de 5 ans, placée à l'ASE à l'âge de 12 jours par décision judiciaire en raison de l'incapacité de la mère à le prendre en charge, a fait l'objet d'un jugement d'abandon en octobre 2014 et bénéficie du statut de pupille depuis janvier 2015. La famille de l'assistante familiale a envisagé de solliciter son adoption, mais y a finalement renoncé du fait que **la famille biologique de l'enfant continue d'entretenir des relations avec lui**. La mère biologique, informée d'un projet d'adoption, s'est manifestée auprès de la DASE ; elle s'est même présentée dans ses locaux, accompagnée par la famille d'accueil. **En dépit de ces manifestations d'intérêt et du refus d'adoption exprimé par la mère, le conseil de famille a fait le choix de placer l'enfant en vue d'adoption plénière** auprès d'un couple métropolitain résidant à Mayotte.
 - Un enfant de 3 ans, né prématuré, a été placé à l'ASE après deux mois d'hospitalisation, sa mère ayant disparu sans donner de nouvelles dès sa sortie de la maternité. **Il existe des liens très forts avec sa famille d'accueil**, qui l'a accompagné durant une nouvelle hospitalisation en métropole alors qu'encore nourrisson il a présenté de graves problèmes respiratoires liés à une infection nosocomiale. **Cette famille était candidate à l'adoption de l'enfant, mais le conseil de famille a rejeté sa demande, au motif que l'âge des candidats à l'adoption** (respectivement 63 ans pour le mari, 55 ans pour l'assistante familiale) **et l'absence d'ouverture sur l'extérieur** (la famille ne parle que shimaoré) n'étaient pas propices à l'épanouissement de l'enfant. L'enfant, lui-même non francophone, a été confié pour adoption à un couple qui vit en métropole après avoir séjourné 4 ans à Mayotte.

¹⁶⁸ Leur statut personnel prohibant cette forme de prise en charge, les mineurs isolés de nationalité comorienne ne peuvent en principe pas bénéficier d'une adoption à Mayotte tant qu'ils n'ont pas acquis la nationalité française.

¹⁶⁹ Les adoptions sont prononcées par jugement après au moins 6 mois de placement auprès de la famille adoptive.

3.4.2 Le service des tutelles (en cours de dissolution)

- [522] Pour mémoire, la tutelle est une mesure de protection pour les enfants privés de leurs parents, soit par suite de leur décès, soit parce qu'ils se trouvent dans l'incapacité d'exercer leur volonté (notamment en raison de leur éloignement). A défaut de pouvoir désigner un proche de l'enfant en tant que tuteur, la tutelle est déclarée vacante et confiée à l'autorité compétente en matière d'aide sociale à l'enfance¹⁷⁰. Pour les mineurs qui sont pris en charge par le département la décision du juge des tutelles a pour effet de transférer au président du conseil départemental, qui en qualité de gardien du mineur, n'est autorisé à accomplir que les actes usuels nécessaires à la vie quotidienne du mineur, la plupart des pouvoirs liés à l'exercice de l'autorité parentale, notamment l'administration des biens du mineur et sa représentation dans les actes civils. Il est en particulier fait recours à la tutelle départementale pour les mineurs isolés, afin qu'ils disposent d'un représentant légal en mesure d'engager les démarches administratives et judiciaires liées à leur statut.
- [523] Paradoxalement pour un département qui connaît un grand nombre de mineurs isolés, il est peu fait recours à ce mode d'administration des mineurs. Les autorités administratives et judiciaires préfèrent manifestement recourir à la délégation d'autorité parentale, qui offre plus de souplesse et qui permet également de confier à l'ASE le soin d'assurer la protection des mineurs dont les parents sont dans l'incapacité d'exercer leur autorité parentale et d'accomplir des actes usuels et non usuels.
- [524] **Selon l'éducateur spécialisé en charge des tutelles, 215 dossiers ont été ouverts depuis 2007.** Depuis sa prise de fonctions, en 2009, il s'est employé à évaluer chaque dossier, et à solliciter la mainlevée de toutes les mesures qui n'apparaissaient pas appropriées. Pour de nombreux dossiers, c'était à l'occasion d'une reconduite à la frontière que ces situations étaient portées à la connaissance du parquet, les parents faisant valoir qu'ils avaient un enfant sur le territoire susceptible de se retrouver isolé du fait de la mesure administrative dont ils faisaient l'objet. Dans ces situations, la décision de mise sous tutelle s'opérait sans évaluation préalable par l'ASE de la pertinence de la mesure, et sans même, parfois, qu'on sache précisément où se trouvait le mineur. Les recherches effectuées, lorsqu'elles se sont avérées fructueuses, ont permis de constater que dans beaucoup de dossiers, l'un au moins des parents, après avoir été expulsé du territoire national, y est revenu et que l'enfant vit auprès de lui.
- [525] Entre les dossiers qui ont été clôturés (90 dossiers traités et 10 en attente de décision) et ceux qui sont devenus caduques par l'accès du mineur à la majorité, il ne reste actuellement que 36 dossiers de tutelle en cours. L'examen de leur contenu révèle que ces dossiers ont eux aussi vocation à être rapidement clôturés, faute pour le Département d'être en capacité de pouvoir exercer la tutelle.
- Deux fratries (7 mineurs) ont retrouvé leurs parents et vivent à leurs côtés.
 - 5 mineurs sous tutelle sont en fait pris en charge par des membres de leur proche famille (oncles et tantes, grands-parents) et relèveraient plus utilement d'une délégation d'autorité parentale.
 - 20 mineurs ayant bénéficié d'une décision de tutelle ne résident plus à l'adresse déclarée lors du jugement, les recherches effectuées pour les retrouver n'ont pas abouties et il n'existe aucune certitude sur leur présence à Mayotte
 - une fratrie de 3 mineurs sous tutelle est prise en charge par un tiers, qui refuse que ces enfants soient placés en famille d'accueil.
- [526] En conséquence, au terme du travail de mise à jour des dossiers, un seul dossier de tutelle était actif à la date des vérifications opérées par la mission. Il devrait être désormais clôturé, le mineur concerné ayant atteint sa majorité le 28 décembre 2015.

¹⁷⁰ Article 411 du code civil

[527] La mission observe toutefois qu'il serait opportun de préserver la capacité du Département en matière de tutelles, notamment pour lui permettre de gérer le patrimoine des mineurs qui lui sont confiés lorsqu'ils n'ont aucun représentant légal sur le territoire de Mayotte. Il peut s'agir de capitaux ou de biens dont ils disposent par succession, mais aussi, situation plus courante, de fonds qu'ils ont perçus en indemnisation d'un préjudice subi à l'occasion d'infractions pénales ayant justifié leur prise en charge par l'ASE.

3.4.3 Le service des administrations ad hoc (en cours de dissolution)

[528] L'administration ad hoc est un mandat judiciaire confié à une personne physique ou morale pour assurer la représentation d'un mineur dans une procédure déterminée, qui peut être de nature administrative (ex. demande d'asile) ou judiciaire (jugement supplétif d'acte de naissance, mineur victime d'infractions pénales...).

[529] Durant de nombreuses années, la mission d'administrateur ad hoc a été exclusivement assurée par la collectivité territoriale de Mayotte, aucune liste de personnes susceptibles d'être désignées n'étant publiée par le procureur de la République. Dès 2009, le Président du Conseil général a manifesté sa volonté de se désengager de cette mission qu'il estimait indue et coûteuse pour la collectivité, en l'absence de toute indemnisation du service rendu par l'institution judiciaire.

[530] Deux agents du département restaient encore chargés de cette activité en 2011, mais dans un courrier adressé au parquet, le directeur de l'aide sociale à l'enfance émettait « *d'importantes réserves sur la capacité des intéressées à assurer effectivement cette mission* », évoquant de nombreux manquements consécutifs à une absence de compétence technique et à un manque de rigueur dans le traitement des dossiers.¹⁷¹

[531] Le souhait de mettre un terme à la contribution du département aux missions d'administration ad hoc était renouvelé en août 2012 par le DSDS. Dans sa note aux autorités judiciaires, le DSDS faisait valoir que la désignation de personnes hors liste ne pouvait avoir qu'un caractère exceptionnel et qu'il n'était plus possible pour le Département de supporter les charges induites par une cinquantaine de saisines par an¹⁷².

[532] Un dispositif alternatif a donc été mis en place, et **c'est désormais l'association TAMA qui couvre l'essentiel des besoins en matière d'administration ad hoc**, principalement pour ce qui concerne la défense des intérêts des mineurs victimes d'infraction pénales, mais aussi, le cas échéant, pour des actions judiciaires en matière civile.

[533] **Même s'il n'est plus désigné, le Département reste contraint de gérer les dossiers ouverts jusqu'ici.** Il a été désigné une rédactrice chargée d'apurer la situation en 2014, mais rien n'a été finalement mené à bien. En septembre 2015, une éducatrice spécialisée a été affectée au service, avec mission de liquider l'ensemble des mandats en cours.

¹⁷¹ Courrier du DASE au procureur de la République, 26 octobre 2011

¹⁷² Cette charge était estimée à 160 000 €, du fait de la mobilisation de deux assistants socio-éducatifs et de deux agents administratifs pour assurer le suivi des administrations ad hoc.

- [534] Le recensement des dossiers qui a été alors opéré confirme le bien-fondé des réserves exprimées dès 2011 sur la manière dont les missions d'administration ad hoc étaient conduites par les services départementaux. **Sur les 116 dossiers non clôturés figurant sur un listing actualisé au 20 août 2015, il est apparu que 63 concernaient des victimes d'infraction pénale devenus majeurs**, parfois depuis plus de 10 ans. 6 dossiers sont complètement vides : seul le nom du mineur est disponible, sans indication sur son âge et sur la procédure dont il fait l'objet. Dans de nombreux dossiers, il s'avère que **les démarches en indemnisation auprès de la commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) n'ont pas été engagées dans les délais requis**¹⁷³.
- [535] Pour parvenir à reconstituer l'historique des procédures judiciaires, qui remontent souvent à plus de dix ans, il est maintenant nécessaire de procéder à des recherches dans les greffes des juridictions, faute d'un suivi rigoureux en temps opportun. Il n'est souvent plus possible d'obtenir les titres exécutoires, délivrés à l'issue des procédures à l'avocat du mineur, du fait que de nombreux avocats ont depuis cessé leurs activités professionnelles et quitté Mayotte.
- [536] **La question la plus préoccupante demeure le sort des fonds versés aux mineurs victimes.** Les sommes attribuées par la CIVI, en particulier à la suite de crimes sexuels, peuvent atteindre des montants considérables (il a été accordé jusqu'à 35 000 € de dommages-intérêts à de jeunes victimes). Or il apparaît que certains versements du fonds de garantie ne sont pas parvenus jusqu'au compte bancaire ouvert au nom de la victime.
- [537] De plus, la mission a été avisée qu'il serait impossible pour les victimes devenues majeures de disposer librement des fonds lorsqu'elles ne sont pas en capacité de justifier de leur nationalité française par la présentation d'une pièce d'identité en cours de validité¹⁷⁴. Or on recense parmi les bénéficiaires de ces dommages-intérêts des mineurs isolés d'origine étrangère, qui n'ont pas pu ou pas voulu se faire reconnaître la nationalité française à leur majorité, et qui sont par ailleurs dans l'incapacité de justifier de leur état-civil, à fortiori de présenter une pièce d'identité étrangère.
- [538] Enfin **il s'avère impossible de retrouver la trace de certains bénéficiaires**, qui ont disparu sans laisser d'adresse, et dont il n'est même pas certain qu'ils demeurent encore à Mayotte. La consultation des archives judiciaires ne suffit alors pas à retrouver leur trace, compte-tenu de l'ancienneté des faits qui y sont évoqués. La question du sort à réserver aux comptes ouverts à leur nom et aux fonds qui y sont déposés reste à trancher.
- [539] Au terme d'une première analyse (au 18 novembre 2015), il subsisterait seulement 35 dossiers d'administration ad hoc qui concernent des victimes encore mineures. Pour tous les autres, la mission du Département est en principe terminée, même si, s'agissant des majeurs détenteurs d'un compte bancaire créditeur, un accompagnement reste manifestement nécessaire pour leur permettre de percevoir les sommes qui leurs ont été accordées.
- [540] S'agissant des mineurs, il convient de rappeler que la mission d'administration ad hoc s'achève lorsque la procédure qui la justifie est définitivement clôturée. **La gestion des fonds perçus ne relève pas du mandat d'administration ad hoc. Elle devrait, si le mineur ne dispose pas de représentant légal en capacité de gérer son patrimoine, donner lieu à l'ouverture d'une procédure de tutelle.**
- [541] **Dans l'immédiat, c'est l'association TAMA qui se consacre à la défense en justice des mineurs victimes d'infractions.** Pour financer cette activité, l'association bénéficie d'une subvention annuelle de l'Etat provenant du programme 123 (conditions de vie outre-mer).

¹⁷³ Le délai de saisine est de trois ans à compter de la date de l'infraction, d'un an à compter de décision définitive de condamnation.

¹⁷⁴ Les difficultés rencontrées par ces jeunes majeurs viennent vraisemblablement de l'obligation faite aux banques de vérifier l'identité des clients par la présentation d'un document officiel en cours de validité comportant leur photographie (article R561-5 du code monétaire et financier). En revanche, la nationalité française n'apparaît pas nécessaire pour accéder aux services bancaires.

- [542] Le service, qui mobilise une éducatrice spécialisée et une médiatrice sociale, traitait **97 dossiers au 24 novembre 2015**. L'association considère que sa mission prend fin lorsque les dommages-intérêts sont versés à l'enfant victime et que la gestion ultérieure des fonds nécessite la mise en place d'une mesure de tutelle, qu'elle n'entend pas assurer.
- [543] TAMA fait état de nombreuses difficultés dans l'accompagnement éducatif et social des mineurs victimes, et en particulier dans le suivi psychologique des mineurs victimes de violences sexuelles, qui nécessite une prise en charge spécialisée non disponible à Mayotte, en particulier pour la petite enfance. Comme les services départementaux, elle se dit très préoccupée par l'impossibilité dans laquelle se trouvent les bénéficiaires de nationalité étrangère de percevoir les fonds qui leur appartiennent à leur majorité.
- [544] Pour l'avenir, la décision prise par le Département de mettre un terme définitif à l'activité du service d'administration ad hoc devra être reconsidérée, en particulier lorsqu'il s'agit d'accompagner un mineur confié à l'ASE dans des démarches administratives ou judiciaires non usuelles sauf lorsqu'il existe un éventuel conflit d'intérêts entre le Département et le mineur considéré¹⁷⁵. Une telle difficulté peut également faire échec à la désignation de TAMA, si l'association est concernée à un titre quelconque dans le contentieux à initier. Il convient de préserver la possibilité offerte aux autorités judiciaires de saisir le Département chaque fois que cela s'avère nécessaire.

3.5 Le service des interventions éducatives

- [545] Le service des interventions éducatives comprend un chef de service, une éducatrice spécialisée et une secrétaire au siège de la DASE, 14 éducateurs spécialisés ou assistants sociaux et 10 aides familiales répartis dans les cinq unités territoriales (sous réserve de postes actuellement vacants par suite de mutations internes). Une secrétaire interprète est affectée à l'UTAS Centre (contrat aidé). Les antennes territoriales de la DASE ne disposent pas d'agents administratifs ou de fonctions support, mais bénéficient du soutien du personnel des UTAS (placés sous l'autorité de la DASTI).
- [546] Sa création date de la réorganisation de la DASE en 2014. Elle répond à un double objectif :
- faire en sorte qu'il existe une continuité dans le suivi éducatif de chaque mineur, quel que soit le mode de prise en charge : lorsqu'un mineur qui bénéficie d'une mesure en milieu ouvert fait l'objet d'un placement familial, l'éducateur référent ne change pas et continue de suivre la famille biologique, dans la perspective d'un retour du mineur dans son milieu d'origine.
 - Assurer un maillage territorial des intervenants du service afin de pallier les difficultés de déplacement et de d'assurer un suivi plus dense des mineurs confiés au Département.
- [547] Le service, qui encadrait auparavant l'activité des aides à domicile et des assistants socio-éducatifs intervenant en milieu ouvert, intègre donc également les assistants socio-éducatifs intervenant à l'occasion des mesures de placement, chaque éducateur assurant en théorie l'accompagnement et le soutien éducatif des mineurs et de leur famille, que les mesures soient d'origine judiciaire ou administrative. Il constitue ainsi le cœur de l'activité de la DASE, puisque toutes les mesures actuellement mises en œuvre relèvent de sa compétence.

¹⁷⁵ Depuis septembre 2015, 3 situations ont justifié la désignation d'un administrateur ad hoc extérieur pour des mineurs victimes de violences sexuelles commises sous le toit de leur assistante familiale, elle-même agent du département et dont la responsabilité est susceptible d'être engagée.

3.5.1 Les mesures éducatives en milieu ouvert

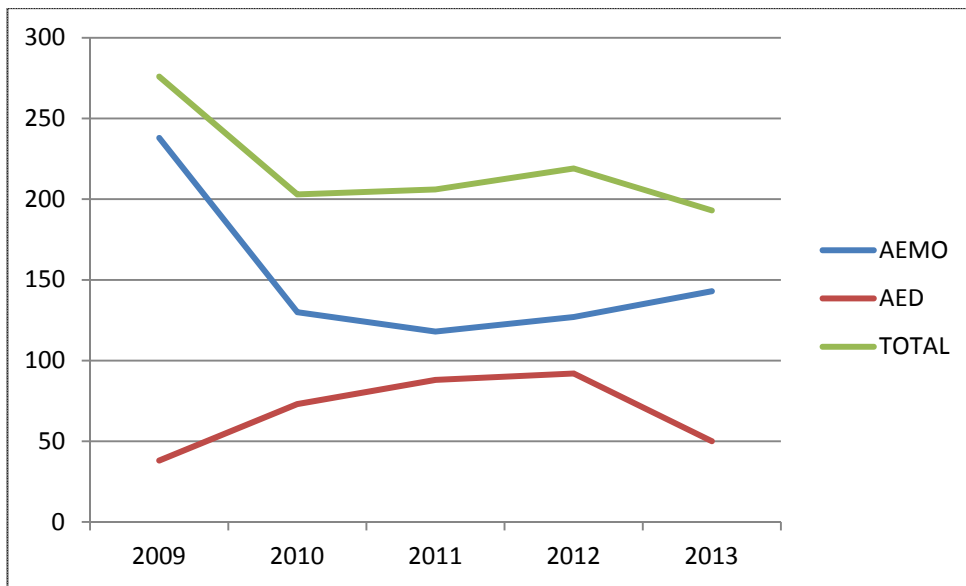
- [548] Au **31 décembre 2014, 358 mineurs** étaient bénéficiaires d'un suivi éducatif en milieu ouvert, dont 256 à la suite d'une décision judiciaire (71,5%).
- [549] Au 1^{er} septembre 2015, 337 mineurs bénéficiaient d'une mesure en milieu ouvert, dont 82 au titre de l'aide éducative à domicile (AED). La part des décisions judiciaires en 2015 s'élèverait donc, sous réserve d'évolution en fin d'année, à 75% du nombre de bénéficiaires (76,5% des mesures prononcées).
- [550] Le taux de prise en charge des mineurs dans le cadre d'une mesure ou une prestation de milieu ouvert apparaît très inférieur à la moyenne nationale, qui se situe à 10,7 % mineurs résidant dans le département, ce qui correspondrait à Mayotte à la prise en charge en milieu ouvert de 1 350 mineurs, sans considération sur la situation particulière de ce département, caractérisé par la grande précarité dans laquelle vit une grande partie des habitants et les difficultés d'insertion rencontrées par les familles immigrées (40% de la population).

3.5.1.1 Répartition des mesures administratives et judiciaires

- [551] L'activité du service en milieu ouvert est majoritairement la conséquence d'une décision émanant d'un juge des enfants qui prescrit une action éducative en milieu ouvert. Les comparaisons dans le temps sont compliquées du fait d'un changement dans le mode de publication des données à partir de 2012. Antérieurement à cette date, on ne dispose que du nombre de mesures, alors qu'une même décision concerne fréquemment plusieurs enfants d'une même fratrie. A partir de 2012, il est également possible de connaître le nombre des mineurs concernés par type de mesure. Pour 2014, le nombre de mesures n'est pas disponible, seul le nombre des mineurs bénéficiaires figure dans le rapport d'activité de la DASE.
- [552] Le tableau qui suit permet de constater qu'après une montée en charge des mesures d'aide éducative à domicile (AED) au lendemain de la mise en place de la CRIP, les mesures administratives ont rapidement cédé le pas. Les décisions d'origine judiciaire (AEMO) représentent à nouveau les $\frac{3}{4}$ des mesures mises en œuvre en milieu ouvert, proportion comparable à la moyenne nationale.¹⁷⁶

¹⁷⁶ En 2013, 70% des mesures en milieu ouvert avaient pour origine une décision judiciaire (cf. ONED, note d'actualité d'octobre 2015, précitée).

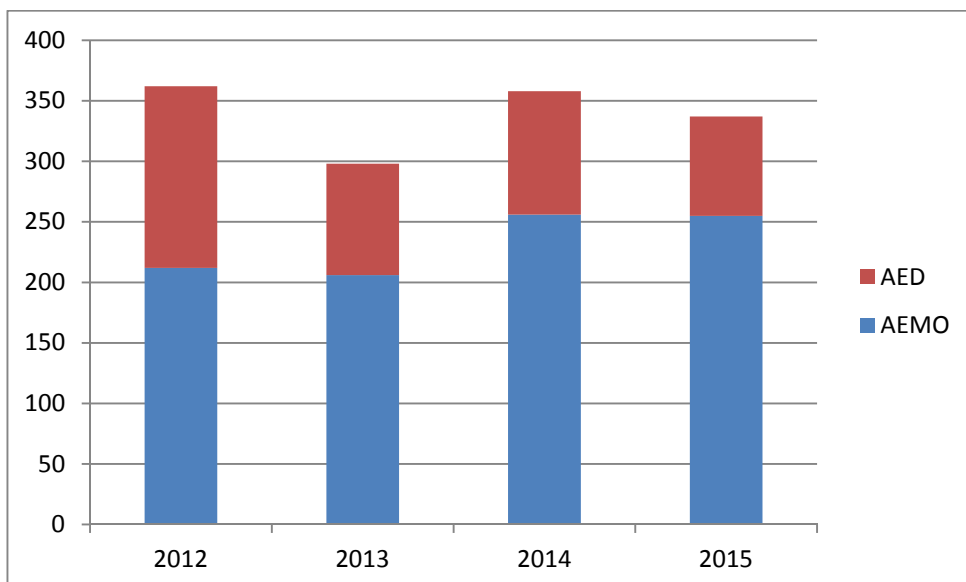
Graphique 8 : Nombre de mesures en milieu ouvert en cours au 31 décembre



Source : DASE, traitement IGAS

[553] Pour les raisons évoquées plus haut, le volume des prescriptions judiciaires est inférieur aux besoins identifiés. De plus, alors qu'il est d'usage de prescrire des mesures judiciaires d'une durée d'un an, la pratique des magistrats locaux est désormais de limiter à 6 mois ce délai, afin d'avoir l'assurance que la situation considérée fera l'objet d'un compte rendu régulier par l'ASE. Pour ces raisons, il apparaît plus pertinent de mesurer l'activité du service en retenant pour référence le nombre de mineurs bénéficiaires d'une mesure éducative. L'année 2015, qui paraît stable s'agissant des décisions judiciaires, semble marquée par une nouvelle réduction des mesures administratives.

Graphique 9 : Nombre de mineurs suivis en milieu ouvert



Source : DASE, traitement IGAS

3.5.1.2 Les défaillances constatées dans le suivi éducatif en milieu ouvert

[554] Les juges des enfants, consultés par la mission, indiquent qu'ils restreignent eux-mêmes les saisines du Département, constatant l'incapacité de la collectivité à mener correctement à bien les missions d'AEMO qui lui sont confiées. Ils considèrent que l'ASE n'assure pas un suivi concret des situations et qu'elle est défaillante dans sa restitution du travail éducatif engagé. En particulier, les éducateurs ne sont pas toujours présents lors des audiences judiciaires et les rapports de suivi ne sont pas systématiquement adressés ou parviennent trop tard pour être pris en considération dans les débats judiciaires.

[555] Les vérifications conduites par la mission¹⁷⁷ permettent de confirmer le bien-fondé des critiques formulées par les autorités prescriptrices.

- **Une partie des mesures prescrites ne sont pas exécutées.** Le chef de service indique à ce propos qu'il s'abstient, lorsqu'un poste d'éducateur affecté au milieu ouvert est vacant ou temporairement inoccupé (congé de maternité par exemple), de réaffecter les dossiers à un autre travailleur social, du fait de la charge de travail qu'ils ont déjà à assumer. Ainsi, à la date des vérifications opérées par la mission,
 - ✓ aucune mesure n'est effectivement exécutée dans le secteur Centre, aucun éducateur ASE n'étant affecté aux actions en milieu ouvert dans cette UTAS (33 mesures concernant 45 enfants sans éducateur référent) ;
 - ✓ Dans le secteur Nord, 49 enfants n'ont pas été pris en charge en 2015, du fait du non-remplacement d'un éducateur ayant démissionné fin 2014¹⁷⁸.
- Lorsque ces mesures sont attribuées, **des doutes sérieux sur l'effectivité du travail éducatif doivent être émis en l'absence de toute traçabilité des activités éducatives**
 - ✓ On ne trouve pas trace dans les dossiers conservés par les éducateurs référents des rencontres avec les mineurs et leur famille, ni des démarches d'accompagnement et de suivi qu'ils ont diligentés. Tout au plus, ces dossiers contiennent des notes personnelles, mais non formalisées et insusceptibles de constituer une mémoire du travail éducatif réalisé ;
 - ✓ A fortiori, il est rare de trouver dans le dossier personnel du mineur conservé en classothèque les fiches de liaison par lesquelles les éducateurs sont censés adresser des informations sur la situation des mineurs et les difficultés qu'ils rencontrent ;
- **Les intervenants reconnaissent eux-mêmes le manque de densité de leur travail**, qu'ils expliquent par le nombre excessif de mesures et le manque de moyens matériels pour exercer convenablement leur mission.
 - S'agissant de la charge de travail, le nombre de mesures et d'enfants suivis par éducateur, soit en moyenne 24 mesures par travailleur social, n'apparaît pas éloigné de ce qui peut être constaté dans les autres départements, et la répartition du travail semble actuellement correctement équilibrée. On peut cependant observer que les mesures se rapportant à des familles nombreuses conduisent à un nombre de bénéficiaires relativement élevé (en moyenne 42 enfants sont suivis par chaque intervenant).
 - En revanche, **la mission ne peut que souligner les grandes difficultés matérielles que rencontrent les travailleurs sociaux dans leur quotidien.**

¹⁷⁷ La mission s'est entretenue le chef de service et tous les éducateurs présents lors de ses séjours. Elle s'est déplacée dans les UTAS (sauf Petite-Terre) et a procédé par sondages à des contrôles du contenu des dossiers d'AEMO au siège de la DASE (classothèque) et dans les antennes ASE des UTAS.

¹⁷⁸ Son successeur est arrivé le 1^{er} septembre 2015

- ✓ Ne pouvant disposer, dans le meilleur des cas, d'un véhicule de service qu'une demi-journée par semaine (l'utilisation des véhicules affectés aux UTAS doit être partagée entre tous les services présents), ils sont contraints le plus souvent de convoquer les mineurs et leurs familles à leur bureau.
- ✓ Les entretiens qu'ils peuvent alors mener, si le mineur défère à la convocation, se déroulent dans des conditions inacceptables, faute de locaux appropriés (en général dans l'unique pièce attribuée à l'ASE et en présence des autres agents).
- ✓ Les échanges téléphoniques avec les mineurs et leurs familles sont difficiles (les lignes téléphoniques fixes ne permettent pas d'appeler des téléphones portables ; un portable a été récemment attribué à chaque unité ASE décentralisée, mais le temps de communication autorisé est très limité),
- ✓ les éducateurs ne sont pas proactifs et se bornent souvent à répondre aux sollicitations des mineurs qui viennent spontanément les rencontrer. Les visites à domicile sont rares ; elles n'interviennent que lorsque le travailleur social prend l'initiative d'utiliser un véhicule personnel, sans autorisation et aucune garantie d'être remboursé du fait des défaillances dans la gestion des autorisations et des frais de déplacements.
- ✓ Faute d'ordinateur, (la plupart des ordinateurs attribués sont en panne), les éducateurs rédigent leurs rapports à la main, ou se servent de leur ordinateur personnel.
- ✓ **La question linguistique pèse sur la qualité du travail éducatif** dans la mesure où plus de la moitié des éducateurs intervenant en milieu ouvert sont des métropolitains qui ne maîtrisent pas la langue shimaoré, langue maternelle des Mahorais et de la grande majorité des immigrés. Près d'un habitant sur deux ne parle pas le français¹⁷⁹, et cette proportion est vraisemblablement encore plus forte dans la population en grande précarité à laquelle appartient la plupart des familles bénéficiaires des prestations de l'ASE.
- ✓ Pour surmonter cet obstacle, les travailleurs sociaux métropolitains peuvent recourir aux agents d'accueil-interprètes affectés aux UTAS. Cependant cette solution n'est pas pleinement satisfaisante, un travail socio-éducatif de qualité n'étant pas toujours compatible avec la présence et l'intercession d'un tiers dans la relation avec le bénéficiaire. Par ailleurs, les agents d'accueil n'acceptent pas de se déplacer en dehors des heures ouvrables, ce qui complique les projets de visites à domicile, qui doivent s'effectuer au moment où les mineurs et leurs parents sont chez eux. Les éducateurs interrogés par la mission indiquent qu'ils en viennent à faire appel à des voisins pour traduire leurs échanges avec les familles auxquelles ils rendent visite...
- ✓ Certains éducateurs rencontrés par la mission ajoutent que des familles dont ils ont la charge ont souvent un mode de vie en errance, quittant très tôt leur domicile pour échapper à la police qu'elles craignent en raison de leur situation irrégulière sur le territoire français, et n'y reviennent qu'à la nuit tombée. Pour la même raison, ces familles refusent de se déplacer jusqu'aux bureaux de l'ASE, de peur d'être interpellées au cours du trajet.

[556] Dans la pratique, la mission a constaté que certains des travailleurs sociaux rencontrés s'avèrent particulièrement dévoués et soucieux de faire face, malgré les difficultés, à leurs responsabilités, et mènent un travail socio-éducatif conforme aux bonnes pratiques professionnelles et d'une densité raisonnable. Ces agents restent néanmoins très critiques sur le manque de soutien et d'encadrement, et soulignent que beaucoup de leurs collègues ont fini par renoncer, ce qui expliquerait le nombre élevé de démissions ou de refus de renouvellement de contrat que connaît l'ASE.

¹⁷⁹ 45,2% des habitants de Mayotte âgés de plus de 14 ans ne parlent pas la langue française. Source INSEE recensement 2007 tableau LANG1M

- [557] Pour d'autres, l'analyse des dossiers qu'ils conservent confirme l'indigence des actions éducatives et le manque de rigueur dans la prise en charge des mineurs. La mission a relevé dans de nombreux dossiers que la mesure d'assistance éducative prescrite arrivait à son terme alors que le mineur n'avait été vu qu'une seule fois. Il a même été rapporté à la mission plusieurs situations à propos desquelles l'éducateur rencontrait la famille pour la première fois au tribunal, à l'occasion de l'audience de fin de mesure. Le chef de service lui-même reconnaît que, faute de traçabilité de l'activité de ses collaborateurs, il s'est livré à des sondages qui révèlent que des mesures prescrites pour 6 mois ne commençaient effectivement à être exécutées qu'au bout de 3 à 4 mois.
- [558] S'agissant des relations avec le tribunal pour enfants, les éducateurs expliquent leur absence fréquente par l'éloignement, le manque de moyens de locomotion et la réception souvent tardive de la convocation, qui transite par la direction. Théoriquement, c'est le chef de service qui doit alors les suppléer à l'audience, mais sa présence n'est pas jugée utile par les magistrats, faute pour lui d'avoir une réelle connaissance des situations examinées. Normalement, il est prévu qu'un rapport de fin de mesure est établi par l'éducateur et transmis par fax au chef de service, puis adressé au juge des enfants préalablement à l'audience. Dans les faits, cette transmission n'intervient pas systématiquement, ou parfois intervient postérieurement à l'audience. En tout état de cause, le chef de service ne peut se fonder que sur le contenu de ce rapport pour exposer la situation et restituer le point de l'ASE, faute d'échanges internes au quotidien avec les éducateurs sur les mesures qui leur sont attribuées.

3.5.2 Les mesures d'aide à domicile

- [559] Parmi les dispositifs de soutien pilotés par le Département, il existe la possibilité de faire intervenir un agent social en accompagnement à domicile, pour une durée limitée, afin d'aider les familles en difficulté dans les tâches quotidiennes et dans l'éducation des enfants. Théoriquement, il s'agit de mesures d'aide sociale à l'enfance, qui relèvent par conséquent d'une décision de la DASE, et qui viennent en complément d'une mesure éducative en milieu ouvert, AEMO ou AED. La mise en œuvre d'une mesure d'aide à domicile est concrétisée par un contrat passé avec la famille, qui fixe la durée de la mesure et le temps de présence hebdomadaire.
- [560] Le Département emploie actuellement 10 agents qualifiés (titulaires du certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile), à raison de 2 agents par secteur d'action sociale, sans pour autant être rattachés aux UTAS. Elles se rendent sur leur lieu d'intervention depuis leur domicile et n'ont pas été rencontrées par la mission.
- [561] Les agents d'aide à domicile sont placés sous l'autorité du chef du service des interventions éducatives. La mission a constaté que ce cadre était dans l'incapacité de lui fournir des informations sur leur activité.
- [562] Dans un courrier remis à la mission, il précise dans un premier temps que cette mission d'encadrement des aides à domicile n'apparaît pas dans sa fiche de poste. Il indique ensuite que depuis 2014, il n'est plus autorisé à viser les pièces justificatives de leurs activités, notamment les demandes de remboursement des frais de déplacement et les demandes de congés. **Il en conclut qu'il n'a donc pas à un contrôle sur l'activité de ces agents.** Il se borne donc à mettre à exécution les contrats visés par la direction de l'ASE (avant leur signature par un élu, compte tenu du délai que cette démarche implique). Il n'est pas pour autant en capacité de communiquer le nombre des contrats en cours d'exécution. La mission n'a pas pu prendre connaissance de ces contrats, qui seraient transmis aux aides à domicile sans qu'une copie soit conservée au service.
- [563] Les seules informations qui ont été obtenues concernent le fait que plusieurs contrats sont arrivés à échéance en cours d'année 2015 sans qu'un bilan d'exécution de la mesure ait été établi. Il a été indiqué par ailleurs que l'activité des aides à domicile a chuté depuis qu'à leur demande elles interviennent systématiquement en binôme dans chaque famille, afin de les préserver, disent-elles, de toute accusation de vol domestique.

- [564] La mission relève en outre que les secteurs d'affectation des aides à domicile ne correspondent pas à leur lieu de résidence, de sorte que les temps de trajet pèsent sans doute lourdement sur la durée effective de travail au sein des familles d'accueil.
- [565] En l'absence d'autres détails, la mission ne peut que s'en tenir aux données statistiques relatives au passé. Elles font état d'une vingtaine de contrats par an, chaque mesure étant d'une durée moyenne de 5 mois. Aucune donnée n'est disponible sur le temps hebdomadaire consacré au travail social à domicile. Par ailleurs, les décisions d'attribution d'une aide à domicile semblent principalement prises à l'initiative des assistantes sociales de la polyvalence de secteur, alors pourtant qu'il s'agit d'une action venant en complément d'une mesure éducative en milieu ouvert et qui devrait par conséquent être initiée par le personnel de l'ASE.
- [566] La mission ne peut que reprendre en conclusion les propres termes utilisés par le chef de service : « **le suivi des aides à domicile n'est pas fiable** ». Elle s'interroge dans ces conditions sur l'effectivité de leur activité, dont on peut au moins affirmer qu'elle s'est nécessairement réduite de moitié dès lorsqu'elles interviennent en binôme dans les familles qu'elles assistent.

3.5.3 Les mesure de placement familial

- [567] Depuis la réorganisation intervenue en 2014, il n'existe plus de service du placement familial à proprement parler. Le suivi éducatif des mineurs placés auprès des assistantes familiales, qui incombe au service des interventions éducatives, est assuré par des éducateurs spécialisés ou assistants sociaux répartis dans les UTAS, comme leurs collègues en charge de l'action éducative en milieu ouvert.

3.5.3.1 Les capacités en matière de placement familial

- [568] En matière de placement, le département n'a jamais souhaité se doter d'établissement offrant un hébergement collectif pour les mineurs en danger. Depuis la création du service départemental d'aide sociale à l'enfance, c'est donc par un recours à des familles d'accueil qu'il a été tenté de répondre aux besoins.
- [569] La capacité d'accueil, longtemps restreinte (le département ne comptait que 9 familles d'accueil en 2003) a progressivement augmenté mais pas suffisamment pour permettre de respecter la règle d'un agrément pour un maximum de 3 enfants par assistant familial.
- [570] La situation s'est dégradée depuis 3 ans, du fait que les besoins ont augmenté sans recrutement de nouveaux assistants familiaux. **Au 18 novembre 2015**, date à laquelle la mission a opéré ses constats, il n'avait été procédé à aucun recrutement depuis plus d'un an, alors par ailleurs que certains assistants familiaux faisaient l'objet d'une suspension d'agrément. Il s'en suivait **une présence moyenne de 4 à 5 enfants par famille d'accueil**, certaines en hébergeant 9, voire 11 pour la plus chargée. **338 mineurs (ou jeunes majeurs) bénéficiaient d'un placement familial alors que la capacité réelle du département n'était que de 222 places hors dérogation.**

Tableau 71 : Capacité et ratio d'occupation des assistants familiaux

	nombre AF en activité	nombre d'enfants placés au 31/12	ratio par AF
2010	49	225	4,6
2011	65	232	3,6
2012	77	274	3,6
2013	74	293	4,0
2014	78	301	3,9
15/09/2015	74	338	4,6

Source : Mission IGAS

[571] **Au regard des besoins recensés, cette capacité est tout à fait insuffisante.** Il suffit pour s'en convaincre de relever que les mesures de placement correspondent au niveau national à un **taux moyen de 9,7% des mineurs** résidant dans le département considéré. A Mayotte, présenté par l'INSEE comme « *le département le plus jeune de France* » plus de la moitié de la population a moins de 18 ans, ce qui revient à considérer, à supposer que la composition sociologique de cette catégorie soit proche de la jeunesse métropolitaine, que **le Département devrait être en capacité d'accueillir en hébergement 1 200 mineurs**. Encore faut-il souligner que cette estimation ne prend pas en considération la structure particulière de la population concernée, notamment **la présence vraisemblable d'environ 3000 mineurs isolés, dont 400, sans domicile, justifieraient une mesure immédiate de mise à l'abri.**

3.5.3.2 L'origine des décisions de placement

[572] Le placement peut avoir une origine judiciaire : ordonnance de placement provisoire du parquet ou du juge des enfants en cas d'urgence, jugement d'assistance éducative du juge des enfants dans les autres cas. L'accueil d'un mineur peut également résulter d'une décision du Président du Conseil départemental dans diverses situations : mise à l'abri d'un mineur en errance, placement provisoire décidé en accord avec les parents, accueil des pupilles de l'Etat, des mineurs dont la tutelle ou l'autorité parentale a été confiée au Département par décision de justice.

Tableau 72 : Répartition dans le temps de l'origine des mesures de placement

Au 31/12	mesures judiciaires	mesures administratives	Total	part du judiciaire
2010	151	74	225	67,11%
2011	137	90	227	60,35%
2012	185	89	274	67,52%
2013	191	94	285	67,02%
2014	254	47	301	84,39%
15/11/2015	244	94	338	72,19%

Source : Mission IGAS

[573] La répartition entre les mesures judiciaires et les prestations administratives de placement n'évolue guère dans le temps, l'année 2014 n'étant pas significative en raison d'imprécisions dans le rapport d'activité de la DASE sur la nature du placement pour 27 mineurs.

[574] Cette répartition présente la particularité d'une part des mesures judiciaires sensiblement inférieure à celle qu'il est d'usage de rencontrer : proche de 90 % en moyenne nationale, elle n'est que de 70% à Mayotte. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette particularité.

[575] Elle vient d'abord d'une attitude de prudence des autorités judiciaires qui s'efforcent de ne pas saturer le dispositif d'accueil en réservant les mesures de placement aux situations de danger immédiat : mineurs isolés dépourvus de soutien local, mineurs victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales, mineurs rejetées par leur famille en raison d'une grossesse. Les magistrats évitent dans la mesure du possible de prescrire des mesures de placement pour des situations de carence éducative qui justifieraient, dans d'autres ressorts, de séparer temporairement le mineur de sa famille biologique. Cette stratégie paraît porter ses fruits, puisque les magistrats estiment que l'ASE répond sans délai à toutes leurs demandes de placement en urgence.

[576] De son côté, le Département ne s'est pas doté de tous les outils d'aide sociale appropriés pour la protection des mineurs. En particulier il n'a pas mis en place des mesures d'aide financière et d'accompagnement matériel des familles en difficulté dans des proportions suffisantes. **Le placement administratif devient dans ses conditions la seule réponse disponible pour faire face à des situations de détresse qui, pourtant, ne sont pas révélatrices d'une quelconque carence éducative de la part des parents.** La direction de l'ASE et la responsable de la CRIP ont fait notamment état du placement récent de deux fratries (4 et 6 enfants) à la demande de la mère, privée de logement et dans l'incapacité de nourrir ses enfants.

[577] Enfin, il existe des situations de danger immédiat qui justifieraient une saisine des autorités judiciaires mais pour lesquelles le Département prend directement les mesures appropriées (parfois au mépris des règles juridiques applicables). C'est ainsi que certains mineurs isolés font l'objet d'une mesure d'accueil administratif en urgence (mise sous abri) qui se pérennise et se transforme de facto en accueil provisoire, malgré l'absence des parents pour contractualiser la prestation de placement. On trouve aussi en accueil administratif des enfants de mineures qui avaient été placées à l'ASE en raison de leur grossesse et qui n'ont pas de raison d'être séparés de leur mère¹⁸⁰.

3.5.3.3 Typologie des mineurs bénéficiaires d'un placement

[578] La mission a analysé le fichier des familles d'accueil, qui comporte des éléments d'identité sur les mineurs qu'elles prennent en charge au 18 novembre 2015. Bien que ce document présente quelques erreurs ou anomalies, cette analyse permet d'avoir une idée assez précise du profil des enfants placés et des conditions de leur prise en charge.

Tableau 73 : Motif du placement au 18 novembre 2015

Judiciaire 72%	ordonnance de placement provisoire	32	9,5%
	délégation d'autorité parentale à l'ASE	17	5,0%
	mineur sous tutelle ASE	2	0,6%
	jugement d'assistance éducative	193	57,1%
Administratif 28 %	accueil administratif d'urgence	13	3,8%
	accueil provisoire	64	18,9%
	pupille de l'Etat	1	0,3%
	contrat jeune majeur	10	3,0%
<i>non renseigné</i>		6	1,8%
Total		338	

Source : Mission IGAS

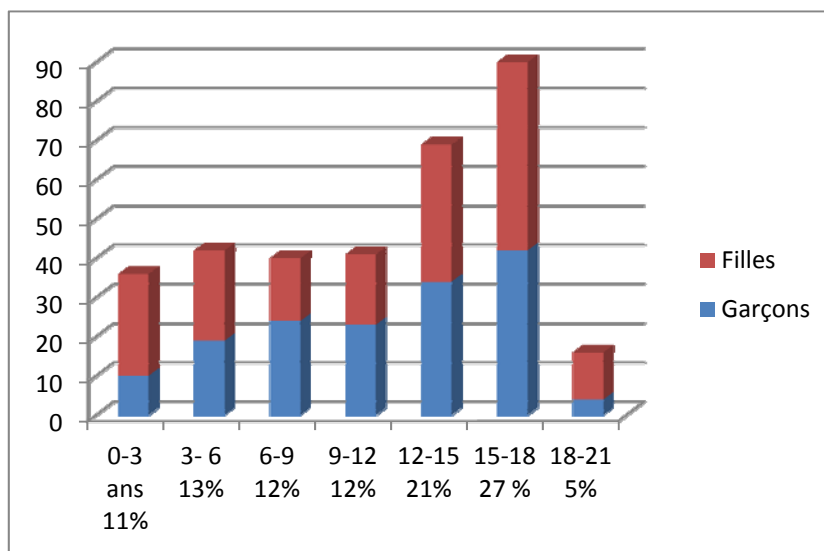
[579] S'agissant de l'âge des enfants placés, on relève que :

- les enfants de plus de 12 sont majoritaires,
- la tranche des grands adolescents (15-18 ans) est la plus représentée,
- Un tiers des 36 enfants de moins de 3 ans qui sont pris en charge sont nés de mineures ou jeunes majeures elles-mêmes placées en familles d'accueil
- 10 des enfants accueillis à l'ASE ont moins d'un an

¹⁸⁰ Au 18 novembre 2015, 12 enfants étaient placés avec leur mère dont 7 nés alors que leur mère était déjà placée. Les magistrats du tribunal pour enfants estiment nécessaire de créer une structure d'hébergement collectif de type foyer maternel pour la prise en charge de jeunes mères pour lesquelles la solution du placement familial est peu appropriée.

[580] S'agissant du sexe des enfants accueillis, les filles sont légèrement surreprésentées (53%) par rapport à l'ensemble de la population des mineurs résidant à Mayotte¹⁸¹. Cette surreprésentation est particulièrement marquée s'agissant des enfants en bas-âge (72% des mineurs de 3 ans sont des filles) et parmi les bénéficiaires de contrats jeunes majeurs (75%). En revanche, la part des grandes adolescentes dans la population des plus de 15 ans n'est pas particulièrement importante (53%), malgré les nombreuses grossesses précoces signalées par les autorités académiques, sanitaires et judiciaires.

Graphique 10 : Répartition par âge et par sexe des enfants placés



Source : Mission IGAS

[581] Par ailleurs, **126 enfants sont recensés comme étant avec certitude des mineurs ou jeunes majeurs isolés soit 37,3% des enfants placés**. Pour 26 autres, l'adresse des parents n'est pas connue, ou en tout cas n'est pas renseignée dans le fichier des placements familiaux. **Si on considère que le défaut de localisation des parents constitue un critère d'isolement du mineur, c'est 45% des mineurs accueillis par l'ASE qui relèvent de ce statut.**

[582] Parmi les 126 mineurs identifiés formellement comme isolés, le placement résultait d'une décision de justice pour 109 d'entre eux (87%).

[583] L'information sur la nationalité des mineurs actuellement placés ne figure dans aucun des fichiers ou documents auxquels la mission a été en mesure d'accéder. Elle est au demeurant souvent difficile à déterminer, car l'identité de beaucoup de mineurs isolés immigrés est incertaine, faute de documents d'état-civil. Pour ceux d'entre eux qui seraient nés à Mayotte¹⁸², il n'est pas possible de déterminer leur nationalité sans procéder à des recherches sur l'identité de leurs parents, puisqu'elle détermine la nationalité du mineur tant qu'il n'a pas fait valoir son droit à la nationalité française.

[584] **La nationalité des mineurs accueillis à l'ASE a néanmoins fait l'objet de statistiques dans le passé** dont on retrouve trace dans les rapports d'activité des services départementaux. Ainsi, pour 2012, le rapport d'activité de la DSDS fait état de la présence de 354 mineurs étrangers parmi les 421 enfants qui, au cours de l'année, ont été accueillis à l'ASE (84%). **Pour l'année 2013, ce sont 87,5% des enfants confiés à l'ASE qui étaient de nationalité étrangère**, alors que la proportion des étrangers, en situation régulière ou non, dans la population mahoraise était de 40% lors du recensement 2012.

¹⁸¹ Le recensement INSEE de 2012 fait état d'une répartition équilibrée des sexes dans la population mineure (50,2% de filles).

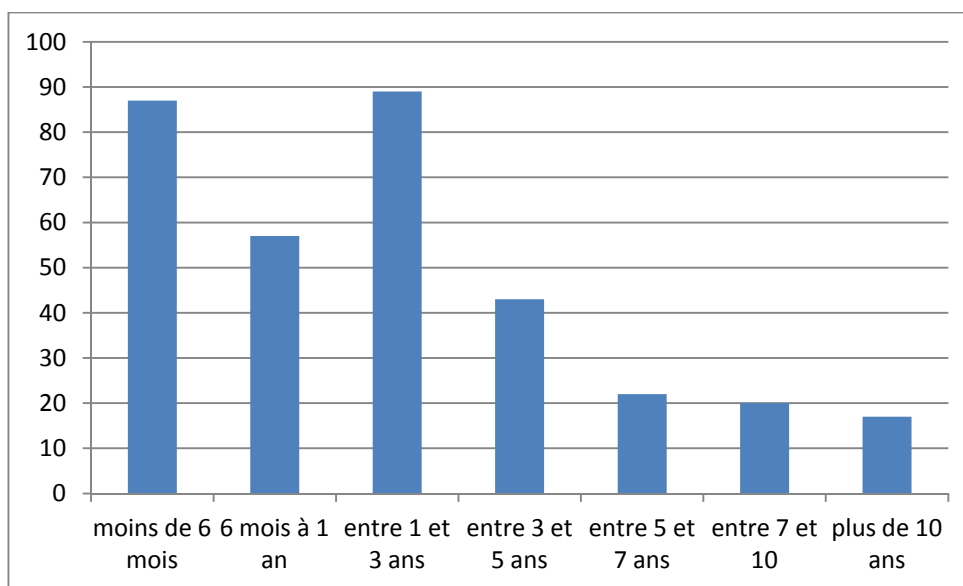
¹⁸² Le lieu de naissance ne figure pas dans les listes des enfants pris en charge par l'ASE

3.5.3.4 La durée des mesures de placement

[585] Aucune donnée statistique relative à la durée d'exécution des mesures de placement n'est disponible. Le tableau de suivi des enfants ne comporte en particulier aucune information sur la date initiale de placement ; celui relatif aux familles d'accueil ne fait mention que de la date d'arrivée de l'enfant dans la famille. Il ne serait donc possible de connaître avec certitude la durée des placements qu'en procédant à l'étude de chacun des dossiers des 338 mineurs actuellement pris en charge.

[586] La mission s'est donc bornée à collecter et à retraiter les informations figurant le fichier des familles d'accueil, bien qu'il arrive, pour toutes sortes de raisons, qu'un enfant placé change d'assistant familial en cours d'exécution de la mesure. Le tableau qui suit ne doit donc pas être interprété comme restituant la durée des mesures de placement, mais celle du **temps de présence chez l'assistant familial qui l'accueillait à la date du 18 novembre 2015**.

Graphique 11 : Temps de présence chez l'assistant familial au 15/11/2015



Source : Mission IGAS

[587] On observe une stabilité dans l'exécution des mesures de placement, puisque plus de 30% des enfants vivent au sein de leur famille d'accueil actuelle depuis plus de 3 ans, entre 1 et 3 ans pour 28% d'entre eux.

3.5.3.5 Le suivi éducatif des mineurs placés

[588] Les travailleurs sociaux qui sont en charge du suivi des mineurs placés dans des familles d'accueil sont répartis dans les secteurs territoriaux d'action sociale. **L'attribution des dossiers n'est cependant pas liée à la localisation du mineur et de sa famille d'accueil, mais à celle de sa famille biologique**, aux motifs qu'il convient d'une part de poursuivre le travail éducatif avec la famille de manière à limiter le temps du placement au strict nécessaire et préparer le retour rapide des mineurs dans son milieu familial, d'autre part d'éviter toute rupture dans le travail éducatif en privilégiant une relation stable avec un même éducateur tout au long du parcours de l'enfant à l'ASE, quel que soit le mode de prise en charge.

- [589] On peut d'abord relever que ce critère de référence est par hypothèse sans fondement et inapplicable quand il s'agit d'assurer le suivi éducatif d'un mineur isolé, soit près de la moitié des enfants à prendre en charge. L'affectation des mesures de suivi aux éducateurs ne répond pour ces mineurs qu'à des considérations d'équilibre de la charge de travail entre les professionnels, sans référence à la localisation du domicile de leur famille d'origine.
- [590] Pour les autres, **ce choix organisationnel a pour effet d'éloigner mécaniquement le mineur de son référent éducatif**, dans la mesure où le nombre de places d'accueil par secteur d'action sociale ne suffit pas pour garantir un placement du mineur dans sa zone géographique d'origine. C'est notamment le cas pour les secteurs du Grand Mamoudzou et de Petite-Terre, dont sont originaires beaucoup d'enfants placés, alors qu'il s'avère difficile de recruter des familles d'accueil dans ces zones fortement urbanisées.
- [591] De plus, la pénurie de places conduit en pratique l'ASE à privilégier dans son choix du lieu de placement le critère de la disponibilité, par préférence au critère de la proximité avec le milieu familial d'origine. Au demeurant, l'éloignement de ce milieu est souvent l'objectif recherché à travers la mesure de placement, de sorte que les enfants ne sont généralement pas accueillis chez un assistant familial résidant dans le secteur d'action sociale où habitent ses parents, même si une place d'accueil est disponible.
- [592] Les recoupements statistiques opérés par la mission entre la localisation des mineurs et celle des éducateurs référents en charge de leur suivi éducatif confirment l'absence de cohérence dans la répartition géographique des mesures et **l'impossibilité, dans l'organisation actuelle, d'assurer une proximité géographique entre l'éducateur et les mineurs dont il assure le suivi.**

Tableau 74 : Répartition des éducateurs référents en matière de placement familial

SECTEURS	mineurs accueillis par les AF du secteur	Educateurs affectés au placement familial dans le secteur	nombre d'enfants suivis par ces éducateurs
Mamoudzou et Petite-Terre	44	2	72
Nord	73	2	58
Centre	95	2	69
Sud	126	2	56
		CRIP	13
		pas d'éducateur référent au 15/11/15	70
Total	338		338

Source : Mission IGAS

- [593] NB : En septembre 2015 un éducateur spécialisé en charge du suivi des placements familiaux affecté au secteur de Mamoudzou a été affecté à d'autres tâches sans être remplacé. Les 45 enfants dont il était le référent ne faisaient donc l'objet d'aucun suivi éducatif au 18 novembre 2015.
- [594] La conséquence première de cet éloignement entre les mineurs et leurs référents éducatifs est la grande pauvreté de l'accompagnement dont ils bénéficient.

- [595] La mission a relevé à l'occasion de ses entretiens avec les assistants familiaux, qui s'en étonnent, que beaucoup d'enfants ne reçoivent jamais la visite de leur éducateur. Certaines ignorent même quel est le travailleur social assurant le suivi de certains des mineurs qu'elles accueillent. C'est notamment le cas lorsqu'un éducateur a cessé ses fonctions et que son successeur ne s'est pas manifesté.
- [596] Les travailleurs sociaux rencontrés confirment qu'il ne leur est souvent impossible, du fait de leur éloignement, de rencontrer les mineurs placés plus d'une fois par trimestre, norme que beaucoup se fixent, mais qu'ils ne parviennent pas aisément à respecter.
- [597] Si ces mineurs qui sont accueillis par des familles proches de leur secteur géographique d'origine peuvent plus aisément bénéficier d'un tel accompagnement, les autres ne reçoivent que rarement la visite de leur éducateur, compte tenu des distances à parcourir et de la quasi-absence de moyens de locomotion pour les agents. **La plupart des travailleurs sociaux s'en remettent donc à la bonne volonté des assistantes familiales, qui acceptent généralement de leur amener le mineur au bureau, lorsqu'elles en ont le temps et les moyens matériels**¹⁸³. C'est compliqué pour elles lorsqu'il faut traverser le département puisque toute la journée doit être consacrée à ce voyage, alors qu'elles ont d'autres enfants placés à prendre en charge et ne peuvent pas toujours s'absenter de leur domicile.
- [598] A titre d'illustration, un éducateur référent en poste au Nord cite l'exemple d'un enfant qu'il n'a pas vu depuis 9 mois et à qui il n'a jamais pu rendre visite, car il est dans une famille d'accueil habitant au Sud. Il indique ne pas s'être déplacé depuis plus d'un an à Petite Terre, alors qu'un mineur dont il a la charge y réside. Un autre éducateur, en poste sur le secteur de Mamoudzou, a la responsabilité d'une quarantaine d'enfants, qui résident partout sauf dans le secteur de Mamoudzou. Dans le secteur Sud, les travailleurs sociaux reconnaissent qu'ils ne font pas de visite à domicile, ne disposant du véhicule de service qu'une demi-journée par semaine (pour 4 éducateurs), l'autre demi-journée au cours de laquelle le véhicule leur est attribué étant consacrée à la réunion hebdomadaire de service à la DASE, à laquelle ils sont tenus d'assister.
- [599] Faute de pouvoir effectuer des visites régulières à domicile, les éducateurs n'ont pas la capacité de vérifier les conditions de vie des mineurs et de s'assurer de leur bien-être. Le suivi de la scolarité et le règlement des petites difficultés qui justifient une action ou une décision de la part des éducateurs sont également compliqués par l'éloignement, alors que les relations téléphoniques, comme cela a déjà été évoqué à propos du travail éducatif en milieu ouvert, restent difficiles à mettre en œuvre, faute d'équipement approprié.
- [600] Par ailleurs, comme leurs collègues en charge des mesures d'AEMO, les éducateurs référents métropolitains pour les enfants placés se heurtent aux **difficultés linguistiques** dans leurs échanges avec les familles d'accueil et à l'impossibilité de se faire accompagner par des interprètes lorsqu'il s'agit de se rendre à l'autre bout du département, du fait des délais que de tels déplacements exigent.

3.6 Le service de gestion des assistants familiaux

¹⁸³ En 2012, seules 27% des familles à Mayotte disposaient d'un véhicule personnel (source INSEE Analyses Mayotte n° 4 décembre 2014) ; par ailleurs il n'existe pas de transports publics à Mayotte hors les transports scolaires.

- [601] Depuis le transfert des éducateurs référents au service des interventions éducatives, le service de gestion des assistants familiaux ne compte qu'un travailleur social, la cheffe de service, assistée par deux agents administratifs dont un contrat aidé. La mission de ce service est recentrée sur le suivi des assistants familiaux, à savoir l'embauche et le licenciement, la formation, l'encadrement et le contrôle, l'affectation des mineurs dans les familles d'accueil et l'élaboration des données nécessaires au calcul de la rémunération.
- [602] Depuis 2006 (décret n° 2006-627 du 29 mai 2006), la profession d'assistant familial, consistant à accueillir à son domicile et dans sa famille des mineurs ou des jeunes majeurs âgés de 18 à 21 ans en difficulté, est strictement encadrée : elle est subordonnée à l'obtention d'un agrément délivré par le Président du Conseil départemental, au suivi d'une formation et au passage d'un diplôme, et ce que l'exercice de la profession soit envisagée en en qualité d'agent public départemental ou en tant que salarié d'un prestataire privé exerçant une activité de placement familial pour le compte du département.
- [603] Le Code de l'action sociale et des familles (CASF) n'étant pas applicable à Mayotte, la profession y a été jusqu'à une date récente encadrée par des textes pris par les autorités territoriales, notamment le règlement d'aide sociale départemental. Les modalités d'agrément retenues étaient celles définies pour les assistantes maternelles (décret du 29 septembre 1992). C'était le service du placement familial qui procédait à la fois à la proposition d'agrément et au recrutement des assistants familiaux ; cette embauche n'était précédée d'aucune formation préalable et les travaux de la commission consultative paritaire départementale (CCPD) n'étaient pas organisés.
- [604] Les dispositions du CASF relatives aux assistants familiaux prises antérieurement à la départementalisation ont été rendues applicables à Mayotte par l'ordonnance n°2012-785 du 31 mai 2012. C'est donc désormais **le droit commun qui s'applique**, sous réserve de quelques dispositions transitoires et d'aménagements relatifs au droit du travail, qui reste encore régit par des dispositions locales. Les autorités départementales se sont employées depuis 2013 à mettre leur dispositif en conformité avec le droit positif, qu'il s'agisse des modalités d'agrément, de la formation ou de la rémunération des assistants familiaux.

3.6.1.1 L'agrément des assistants familiaux

- [605] Jusqu'en 2015, une confusion était donc entretenue entre agrément et embauche, les demandes d'agrément et les propositions de dérogation étant instruites par l'unique employeur à Mayotte, l'ASE, qui agissait au gré de ses besoins. Au demeurant, les agréments/recrutements de nouveaux assistants familiaux sont restés exceptionnels à partir de 2010, les élus n'estimant pas opportun d'accroître la capacité d'accueil du Département.
- [606] Désormais les demandes d'agrément sont instruites, conformément à la législation en vigueur, par la direction de la protection maternelle et infantile, qui a renforcé pour la circonstance la cellule dédiée à l'agrément des assistantes maternelles et au suivi des crèches. Composée d'éducateurs de jeunes enfants et de personnel infirmier, dont une infirmière puéricultrice, et dirigée par la cadre de santé responsable du personnel infirmier de la PMI, l'équipe s'est investie d'abord dans le traitement des 74 dossiers en souffrance en avril 2015. Une première réunion d'information, bien que tenue en langue locale, a révélé qu'une soixantaine de candidats ne semblent pas capables de présenter un projet cohérent et recevable. L'instruction de dix dossiers a pu être menée à son terme au cours de l'année 2015, et 5 personnes, après avoir suivie la formation initiale, ont accueilli leur premier enfant placé début décembre.

- [607] Dans le même temps, la DSPMI a reçu 12 nouvelles candidatures et il lui reste à instruire 46 dossiers déposés au cours de 2014. Cette charge de travail, alors que les agents qui sont affectés à la cellule ne se consacrent à l'agrément des assistants familiaux (AF) qu'à temps partiel, ne permet pas d'assumer pleinement les autres missions qui leur incombent : examen des demandes de renouvellement d'agrément, autorisations de dérogation, agréments des assistantes maternelles et des crèches es collectives...Mais c'est là encore le manque de moyens qui interpelle : un seul ordinateur pour 6 agents, un véhicule de service une fois par semaine pour procéder aux visites à domicile, aucun psychologue attaché au service.
- [608] Malgré ces handicaps, la PMI entend respecter dans toute la mesure de ses possibilités le référentiel national des critères d'agrément¹⁸⁴. Celui-ci exige que soient vérifiées les capacités et les compétences pour l'exercice de la profession, en particulier les aptitudes éducatives et la maîtrise de la langue française, mais aussi les conditions d'accueil et de sécurité, notamment l'état du logement et de ses abords ainsi que les conditions de transport des enfants accueillis.
- [609] La PMI de Mayotte s'en tient à une application rigoureuse de toutes ces normes, dont le non-respect engagerait la responsabilité du Président du Conseil départemental. La DSPMI est donc beaucoup restrictive dans l'attribution des agréments et d'éventuelles dérogations que pouvait l'être la DASE dans le passé. Elle fait valoir que **la plupart des familles d'accueil actuellement agréées ne répondent pas à ces critères** et dans ces conditions le renouvellement de leur agrément et l'octroi de dérogations quant au nombre d'enfants qu'elles sont habilitées à accueillir ne sera vraisemblablement pas possible pour une forte proportion d'entre elles.
- [610] Une première difficulté réside dans la capacité éducative des assistants familiaux, dont une grande partie n'a jamais été scolarisée et ne s'exprime pas en français. Le service de gestion des AF a communiqué à la mission le niveau d'éducation des 76 assistants familiaux titulaires d'un contrat de travail. Elle fait apparaître que 70% des AF n'ont jamais été scolarisés. A l'exception de deux d'entre elles, ces personnes n'ont pas la maîtrise du français oral, de sorte que 51 des 76 AF actuellement agréées n'ont pas actuellement un niveau de français leur permettant de satisfaire au critère de capacité linguistique.¹⁸⁵

Tableau 75 : Niveau scolaire des assistants familiaux

jamais scolarisé	53	69,74%
niveau CM2	13	17,11%
niveau 3ème	2	2,63%
Niveau Seconde/Première	3	3,95%
CAP/BEP	4	5,26%
Enseignement Supérieur	1	1,32%

Source : Mission IGAS

- [611] **L'ordonnance du 31 mai 2012 a introduit à ce propos une adaptation de la législation pour Mayotte** : lorsque la condition de maîtrise de la langue française n'est pas remplie lors de la demande d'agrément, celui-ci est délivré à titre provisoire pour une durée de cinq ans, à charge pour le professionnel de faire la preuve de la maîtrise du français oral dans le délai considéré. A défaut cet agrément lui est retiré¹⁸⁶.

¹⁸⁴ Décret n° 2014-918 du 18 août 2014

¹⁸⁵ Selon les représentantes des AF rencontrées par la mission, une trentaine d'entre elles sont dans l'incapacité de s'exprimer en français.

¹⁸⁶ Article L 421-3 CASF

- [612] Cependant, comme la cellule d'agrément de la DSPMI, la mission est très réservée sur la capacité des familles d'accueil agréées à parvenir à une maîtrise suffisante du français pour voir leur agrément renouvelé à son échéance, même si le Département envisage de les accompagner dans l'apprentissage de leur langue de travail. Une telle démarche qui a déjà été menée dans le passé (avant 2012) supposerait des efforts considérables, de la part de personnes souvent déjà âgées pour entreprendre un apprentissage linguistique, ayant peu de temps à consacrer à leur formation du fait de leurs charges familiales et professionnelles, et qui peuvent difficilement trouver des structures d'apprentissage à proximité de leur domicile.
- [613] La mise en place de la formation initiale de 70 heures (voir plus loin) a déjà apporté la démonstration des obstacles rencontrés par beaucoup d'AF en matière de formation professionnelle, n'ayant jamais eu l'occasion de s'insérer jusqu'ici dans un cursus d'enseignement. Leurs difficultés de compréhension du français, notamment, ont été remarquées au point qu'une partie de cette formation est désormais délivrée en langue shimaoré.
- [614] La seconde difficulté présentée par les familles d'accueil actuellement agréées concerne les conditions d'accueil et de sécurité, en particulier la sécurité domestique et la qualité des conditions de vie offertes aux enfants accueillis.
- [615] De ce point de vue, il convient de rappeler que **les conditions de vie à Mayotte sont éloignées des standards nationaux** : le recensement de 2012 a démontré que, même si les conditions de vie s'améliorent, 30% de logements n'ont toujours pas l'eau courante et seulement 40% disposent d'un évier dans la cuisine, d'un WC, et d'une baignoire ou une douche.
- [616] Les familles d'accueil, qui n'appartiennent pas à la frange de la population la plus aisée, doivent pour beaucoup se satisfaire de logements sans grand confort. Les revenus qu'elles perçoivent au titre de leur activité professionnelle, modestes jusqu'à l'alignement des modalités de leur rémunération sur le droit commun en 2014, n'ont pas toujours suffi pour aménager leur résidence dans une perspective d'accueil professionnalisé. La multiplication des dérogations et l'accueil fréquent hors dérogation d'**un nombre d'enfants très supérieur à leur capacité réelle** oblige ces familles à installer plusieurs mineurs dans une même chambre, parfois sans considération sur leur âge et leur sexe¹⁸⁷.
- [617] La mission s'est déplacée chez des assistants familiaux qu'elle a choisis au hasard. Elle a pu constater le dévouement de ces agents et leur souci de progresser dans la qualité du service rendu. Mais elle a aussi **relevé la persistance de graves lacunes dans les modalités d'accueil** offertes par certains : 3, voire 4 enfants dans une même chambre, parfois avec des couchages partagés ou de simples matelas par terre, des chambres dépourvues d'éclairage naturel, aucune intimité des locaux sanitaires, installations électriques défectueuses, fils électriques sous tension servant de fils à linge, logement non clôturé hébergeant des enfants en bas-âge...
- [618] Au regard des normes qui s'appliquent désormais à Mayotte en matière d'agrément, la mission considère que la plupart des assistants familiaux actuellement en activité ne pourront pas voir leur agrément renouvelé à l'expiration de son délai de validité de 5 ans. Elle estime à une vingtaine seulement le nombre des AF actuellement employés qui sont en situation d'obtenir ce renouvellement, sous réserve d'avoir satisfait à leurs obligations de formation continue de 240 heures, et pour plusieurs d'entre eux de mise en conformité de leur logement.
- [619] **La question des dérogations est en effet déterminante.** Jusqu'à l'application de la réglementation de droit commun, ces dérogations étaient systématiques, de sorte qu'à l'exception de deux familles qui entendent s'en tenir à l'agrément obtenu, tous les assistants familiaux à Mayotte disposent de dérogations permanentes qui leur permettent d'accueillir plus de 3 enfants.

¹⁸⁷ La question de la mixité préoccupe particulièrement les familles d'accueil lorsqu'elles doivent accueillir des grands adolescents des deux sexes sous leur toit. Elles souhaiteraient que de telles situations ne se produisent pas.

- [620] Ces dérogations leur ont été accordées sur proposition de l'ASE, et le plus souvent à son initiative, sans vérification sur la capacité réelle d'accueil. Il était en effet nécessaire de faire face aux besoins, alors par ailleurs qu'aucun recrutement n'était permis. **Ces dérogations systématiques permettent aujourd'hui à l'ASE de disposer d'une capacité d'accueil supplémentaire de 110 places par rapport à sa capacité théorique de 225 places.** Il n'est rare, en outre, que des enfants soient **placés dans une famille hors agrément et dérogations**, notamment en cas de placement en urgence ou lorsqu'il est nécessaire d'accueillir une fratrie¹⁸⁸.
- [621] Cette gestion des dérogations peu conforme à l'esprit et à la lettre de la réglementation en vigueur est en passe d'être remise en ordre. **C'est désormais à la PMI qu'il reviendra, sur demande motivée de l'assistant familial et l'accord de l'ASE, d'apprécier l'opportunité d'une dérogation et d'en fixer les limites.** La nouvelle procédure a reçu une première application en décembre 2015, avec le retrait d'une partie des dérogations dont bénéficiaient 3 assistants familiaux hébergeant 11 enfants pour l'un, 9 enfants pour les deux autres. Les enfants ont été pris en charge par d'autres AF récemment agréés.
- [622] L'application d'une politique d'agrément conforme au droit positif, si elle perdure, va poser un problème de capacité d'accueil pour le Département. Or un recrutement massif de nouveaux assistants familiaux, à supposer que des candidatures utiles se révèlent en nombre suffisant, n'est pas techniquement réalisable à court terme. Le recrutement proprement dit doit en effet être précédé par une réunion d'information collective des candidats à l'agrément, suivie d'une enquête sociale et psychologique, comprenant plusieurs visites de puéricultrice et assistante sociale au domicile, ainsi qu'un entretien avec un psychologue, puis en cas d'avis favorable de la PMI par le passage en commission d'agrément. Mais après le recrutement, l'agent nouvellement embauché doit aussi suivre un stage préparatoire de 60 heures préalable à l'accueil d'un premier enfant. Il faut par conséquent compter un délai pratique de l'ordre d'une année entre la manifestation d'intérêt des candidats au statut d'assistant familial et l'accueil d'un premier enfant.

3.6.1.2 L'âge des assistants familiaux

- [623] Les effectifs d'assistants familiaux à Mayotte font apparaître un déséquilibre préoccupant pour la pérennité du dispositif. Du tableau des effectifs au 1^{er} décembre 2015, qui fait état de 79 assistants familiaux employés par le Département, fait apparaître une moyenne d'âge de 50 ans et la présence dans les effectif de 9 personnes qui ont atteint l'âge de la retraite, et pour certaines qui ont dépassé l'âge limite d'activité (rappel : les assistants familiaux sont des agents non titulaires du département, les contrats de travail sont soumis aux règles du droit privé).

Tableau 76 : Répartition par âge des assistants familiaux en activité

31- 40 ans	15	19%
41-50 ans	28	35%
51-59 ans	27	34%
plus de 60 ans	9	11%

Source : Mission IGAS

- [624] Le maintien des effectifs à leur niveau actuel dans les dix ans qui viennent suppose de veiller au recrutement d'assistants familiaux en nombre suffisant et de privilégier le recrutement d'assistants familiaux susceptibles d'exercer leur profession pendant plus longtemps.

¹⁸⁸ Dans des situations exceptionnelles et imprévisibles, le nombre d'enfants que l'assistant familial est autorisé à accueillir peut être dépassé, sous la responsabilité de l'employeur, pour assurer la continuité de l'accueil (Article D. 421-18 CASF).

3.6.1.3 La formation des assistants familiaux

- [625] Les assistants familiaux mahorais doivent bénéficier, comme leurs collègues métropolitains, de deux périodes de formation, qui conditionnent l'accès et l'exercice de la profession.
- [626] La première période, qui suit normalement le recrutement, est un stage préparatoire à l'accueil d'enfants. D'une durée de 60 heures, ce stage doit intervenir dans les deux mois qui précèdent l'arrivée d'un premier enfant et doit être pris en charge par l'employeur. La seconde période de formation correspond à de la formation continue obligatoire. D'une durée de 240 heures, elle doit intervenir dans les trois ans qui suivent le premier contrat de travail. A son terme, l'agent subit un examen professionnel sanctionné par un diplôme d'Etat d'assistant familial. L'obtention de ce diplôme n'est pas une condition obligatoire pour le renouvellement des agréments, mais il est obligatoire de passer l'examen professionnel.
- [627] L'ordonnance n°2012-785 du 31 mai 2012 portant adaptation du code de l'aide sociale et des familles à Mayotte a prévu la possibilité de déroger par décret sur les durées et les contenus des formations et des stages. A la connaissance de la mission, cette possibilité n'a pas été exploitée jusqu'ici.
- [628] Jusqu'en 2015, ces formations n'étaient pas en place à Mayotte. Désormais, **le Département s'est organisé pour mettre en place le stage préparatoire**. La première session de formation des assistants familiaux nouvellement recrutés s'est déroulée du 23 novembre au 7 décembre 2015. Elle a consisté en une série de cours théoriques, assurés par des cadres et des travailleurs sociaux de la DASE, ainsi que des stages pratiques auprès d'assistants familiaux en activité.
- [629] Pour les familles d'accueil déjà en activité et qui n'ont pas le niveau suffisant pour accéder directement au cycle de formation continue de 240 heures, plus technique et supposant une bonne maîtrise de la langue française, une formation adaptée à leur situation a été réfléchi et mise en place en partenariat avec le centre national de formation du personnel territorial (CNFPT). Un premier cycle de 18 heures a été mis en œuvre par le CNFPT, qui a permis d'identifier les assistants familiaux en capacité de suivre la formation continue de 240 heures. Pour les autres, le stage s'organise autour de 5 modules de deux jours, une fois par mois. Les 60 assistants familiaux concernés ont été répartis en quatre groupes de 15 stagiaires. Les sessions de formation, qui ont débuté en juillet 2015, prendront fin en mars 2016. Ces formations mobilisent à la fois des cadres et des éducateurs de la DASE, mais aussi des professionnels de la PMI et d'autres directions du Département, des fonctionnaires de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et un juge des enfants.
- [630] Le cycle de formation continue de 240 heures, qui pourrait être suivi par une quinzaine d'AF en l'état actuel des effectifs, devrait débuter courant 2016 et prendre fin en 2017. Aucune précision n'a été communiquée à la mission sur l'état d'avancement de ce projet.

3.6.1.4 L'encadrement des assistants familiaux

- [631] C'est à la cheffe du service de gestion des AF, conseiller socio-éducatif, qu'il revient le soin de procéder à leur recrutement, à leur encadrement et d'initier, le cas échéant, les procédures de licenciement. Etant chef du service du placement familial depuis 2006 après avoir assuré, au sein de la DASS Etat la fonction de coordinatrice de l'accueil d'accueil dès 2001, cette personne est **très proche des familles d'accueil**, qu'elle a elle-même recrutée. Elle est aussi à l'initiative de la création d'une association professionnelle des familles d'accueil¹⁸⁹, qui contribue au renforcement des liens entre les acteurs et permet d'assurer leur représentation dans les instances administratives. Sa participation à toutes les réunions de cette association facilite ses relations avec les agents qu'elle supervise.
- [632] Malgré cette proximité, ou peut-être à cause d'elle, l'encadrement des assistants familiaux n'est pas rigoureux ; en particulier, aucun contrôle des conditions d'accueil des mineurs n'est organisé par le service employeur.
- [633] C'est désormais à la PMI qu'il incombe, en principe, de procéder aux contrôles des conditions d'accueil et d'initier, le cas échéant des procédures de retrait d'agrément si ces conditions ne sont pas satisfaisantes. Dans les faits, la cellule qui vient d'être créée est surtout mobilisée par les nouveaux agréments, et n'intervient au titre du contrôle que dans les situations préoccupantes qui peuvent lui être désignées par l'ASE.
- [634] La responsabilité du service en charge des agréments et des dérogations ne peut donc pas se substituer aux obligations de la DASE quant au soutien de ses agents au quotidien et au contrôle de leur travail.
- [635] Dans le passé, tous les enfants placés dans une famille d'accueil étaient suivis par un même éducateur, qui était par conséquent le référent de la famille autant que celui des enfants. Les éducateurs spécialisés en charge des mineurs placés intervenaient sous l'autorité de la cheffe de service « placement familial ». Ils pouvaient l'alerter sur des situations particulières, telles que des difficultés éducatives ou des défaillances dans les conditions d'accueil.
- [636] **Dans l'organisation actuelle, les éducateurs sont sous l'autorité de son collègue du service des interventions éducatives.** Si les deux cadres paraissent s'entendre, il n'en reste pas moins que les intervenants sur le terrain n'ont plus à lui rendre compte. Par ailleurs, plusieurs éducateurs interviennent désormais dans une même famille et rien n'est prévu pour évaluer collectivement la manière de servir des assistants familiaux. Enfin, le choix du mode de répartition des dossiers de suivi des enfants placés, comme souligné plus haut, limite encore le nombre des visites à domicile. La cheffe reconnaît cependant que, **même avant la réforme de 2014, les éducateurs ne se déplaçaient dans les familles d'accueil qu'en cas de problème avéré, et qu'il n'était de toute façon pas d'usage de garder trace dans les dossiers des assistants familiaux des comptes-rendus de visite des travailleurs sociaux.**
- [637] Elle indique qu'elle-même se déplace rarement chez les assistants familiaux, n'ayant aucun véhicule de service à sa disposition. Elle ne voit donc pas souvent les familles d'accueil à leur domicile, mais elle s'efforce, malgré le manque de moyens, de les appeler fréquemment au téléphone. Comme les assistantes familiales sont toutes équipées d'un téléphone portable et que la ligne téléphonique qui lui est attribuée ne permet pas d'accéder au réseau mobile, elle utilise son téléphone personnel pour ses activités professionnelles.

¹⁸⁹ L'association MALEZI MAMA, constituée en 2004, regroupe actuellement 70 assistants familiaux. Il s'agit d'une amicale et non d'un syndicat professionnel (certaines AF sont par ailleurs syndiquées). La mission a rencontré, à leur demande, les membres de son bureau.

- [638] De leur côté, les assistants familiaux rencontrés par la mission soulignent que **les contacts avec la direction de l'ASE et les éducateurs référents interviennent surtout à leur initiative**, lorsqu'ils éprouvent des difficultés avec un mineur ou qu'ils se heurtent à des obstacles matériels, administratifs ou financiers dans l'exercice de leur mission. Ils confirment que **les éducateurs sont difficiles à joindre**, sauf pour ceux qui acceptent de leur communiquer leurs coordonnées personnelles, et qu'**ils se déplacent rarement, même en cas de crise**. Ce manque de disponibilité contraint les familles d'accueil à accompagner les mineurs jusqu'aux locaux de l'UTAS, sans qu'elles parviennent à obtenir le remboursement des frais de déplacement.
- [639] Les assistants familiaux sont également préoccupés par les contradictions qui apparaissent entre les orientations éducatives préconisées par les éducateurs d'origine métropolitaine et leur propre conception de l'éducation des enfants placés. Ils entendent appliquer les règles de vie que leurs propres enfants doivent suivre, alors que les éducateurs les invitent à tolérer de la part des enfants placés des comportements contraires aux habitudes familiales et aux schémas culturels mahorais.
- [640] D'une manière générale, les assistants familiaux se plaignent **d'un manque de considération de la part des cadres de la DASE** et d'un **manque de réactivité des travailleurs sociaux** lorsqu'ils sont confrontés à une situation de crise. Ils sont particulièrement critiques sur le **manque d'accompagnement psychologique**, alors que les enfants qu'ils prennent en charge ont un parcours personnel douloureux et présentent des troubles de la personnalité qui peuvent être graves et qui justifient des soins, mais aussi un soutien psychologique des familles qui les prennent en charge, notamment en cas de violence physique sur les assistants familiaux et leur propre entourage. **Ils regrettent enfin de ne pas être considérés comme des professionnels et ne pas être plus étroitement associé au travail éducatif**¹⁹⁰.
- [641] Au-delà de ces considérations générales, les assistants familiaux souffrent d'une image dégradée de la profession à Mayotte, conséquence directe de conflits internes à la DASE relatifs à la gestion des placements familiaux qui ont été portés sur la place publique.
- [642] Il n'appartient pas à la mission d'entrer ici dans le détail de ces conflits, ni de porter une appréciation sur les responsabilités des uns et des autres¹⁹¹. La mission se bornera donc à observer que plusieurs assistants familiaux ont été accusés de manquements graves à leurs obligations professionnelles et qu'ils se sont vus retirer l'accueil des mineurs victimes présumés de leurs défaillances par la direction de l'ASE sans consultation préalable des chefs de service concernés (service interventions éducatives et service de la gestion des AF). La cheffe de service compétente pour agir n'a pas été associée au déclenchement des poursuites disciplinaires qui ont suivi ; elle en conteste le bien-fondé et la légitimité.
- [643] Ces dysfonctionnements s'inscrivent dans une situation plus générale de délitement de la gouvernance de l'aide sociale à l'enfance, qui trouve son origine dans le conflit, qui perdure depuis l'automne 2014, entre le DG DSDS et la directrice de la l'ASE. Les assistants familiaux, les éducateurs et, surtout, les enfants placés sont devenus des enjeux de pouvoir et les victimes collatérales d'une « guerre des chefs » qui se cristallise sur les problématiques du placement familial. Tout ceci se concrétise par des instructions incohérentes et contradictoires, chacun entendant faire prévaloir son point de vue au mépris de l'intérêt des enfants et de la nécessaire stabilité qu'il conviendrait de préserver dans leurs modalités de placement.

¹⁹⁰ A titre d'illustration, certains assistants familiaux observent qu'ils sont tenus d'amener les enfants aux audiences du tribunal pour enfant, alors qu'à leurs yeux cette mission incombe à l'éducateur référent. Pour autant, ils ne sont pas invités à participer aux débats, alors qu'ils sont pourtant plus au fait de la situation du mineur que l'éducateur.

¹⁹¹ Une enquête administrative a été confiée à l'inspectrice générale des services du Département et diverses enquêtes pénales sont par ailleurs diligentées à la demande du procureur de la République.

- [644] A la date à laquelle la mission a effectué ses constats, elle a pu observer qu'il n'y avait plus aucune relation directe ni aucun travail collaboratif entre la directrice de la DASE et la psychologue d'une part, les chefs de service en charge des interventions éducatives et de la gestion des assistants familiaux d'autre part¹⁹². Ces derniers ont d'ailleurs également fait l'objet de poursuites disciplinaires et d'une décision de suspension à la demande de leur directrice, mais ces actions ont finalement été rapportées en raison de vices de forme.
- [645] Un tel contexte n'est pas propice à un encadrement et à un accompagnement professionnel des assistants familiaux à la mesure de leurs attentes.

3.6.1.5 La commission consultative paritaire départementale des assistants familiaux

- [646] Cette instance paritaire créée par la loi de 2007 a été mise en place en 2013 à Mayotte. Comprenant des représentants élus des assistants familiaux et des représentants de l'administration départementale, elle est présidée le Président du Conseil départemental ou son représentant (élu ou fonctionnaire). Elle est obligatoirement consultée lorsque les conditions de l'agrément cessent remplies et justifient sa modification ou son retrait. En revanche, le Président du Conseil départemental n'est pas tenu de la consulter lorsqu'il estime devoir prononcer une suspension de l'agrément en urgence. La CCPD doit également être consultée sur les programmes de formation des assistants familiaux et sur bilan de fonctionnement de l'agrément dans le département.
- [647] La CCPD de Mayotte¹⁹³ comprend 3 représentants des assistants familiaux désignés pour un mandat de 6 ans, et 3 représentants du Département. Actuellement, la DASE ne siège pas au sein de la commission.
- [648] Du point de vue de la directrice de l'ASE, bien que la réglementation ne le prévoit pas, la commission paritaire serait susceptible d'être consultée non seulement sur les retraits mais aussi sur les agréments et les dérogations. Dans les faits cette possibilité n'a pas été exploitée¹⁹⁴. En revanche, cette commission a été appelée à donner un avis sur la situation professionnelle de plusieurs assistants familiaux mis en cause pour leur comportement professionnel et ayant fait l'objet d'une décision de suspension à titre conservatoire.
- [649] En particulier, la CCPD s'est réunie le 14 novembre 2014 pour examiner à la demande de la DASE la situation de 4 assistants familiaux dont l'agrément avait été suspendu. Il ressort des procès-verbaux les éléments qui suivent :
- Cas n°1 : une assistante familiale a vu son agrément suspendu en 2011, après avoir fait l'objet de la part de 3 mineurs qu'elle accueillait d'une dénonciation pour atteintes sexuelles. En 2014, il a été relevé par les services de contrôle interne du Département qu'elle continuait depuis 3 ans d'être rémunérée comme par le passé, bien qu'aucun enfant ne soit plus confié. Alors que l'enquête de police dont elle a fait l'objet ne paraît pas avoir reçu de suite judiciaire, la CCPD a prononcé le retrait de son agrément au double motif qu'elle n'avait pas pris la précaution de s'informer sur la décision prise par les autorités judiciaires et qu'il lui appartenait par ailleurs de signaler au Département qu'elle était indument payée en l'absence d'enfants accueillis à son domicile.
 - Cas n°2 : une assistante familiale est accusée de maltraitance psychologique par une jeune majeure, placée à son domicile avec son propre enfant, qui lui reproche une attitude

¹⁹² Il a été relevé notamment que l'organisation de la formation des assistants familiaux en 2015 semblait avoir été pilotée par le responsable de l'OPEMA, alors qu'elle relève du domaine d'action du service de la gestion des AF.

¹⁹³ Le décret n°2014-1407 du 26 novembre 2014 portant extension et adaptation à Mayotte de la partie réglementaire du CASF a réduit à 4 le nombre minimum de membres de la CCPD. Cette faculté n'a pas été exploitée.

¹⁹⁴ La réglementation prévoit la faculté pour la PMI de solliciter l'avis de professionnels agréés en cours d'instruction d'une demande d'agrément, mais n'exige pas du Président du Conseil départemental qu'il recueille l'avis de la CCPD préalablement à une décision d'agrément ou de dérogation.

persistante de mépris et de dégriment et de négligences dans les soins apportés à son nourrisson et qui en a fait part à la psychologue de la DASE.

La CCPD donne pour recommandation de maintenir l'agrément en cours, mais de prévoir dans le futur un renouvellement portant sur des enfants âgés de moins de 12 ans. Elle préconise également l'inspection du domicile par l'inspectrice générale des services et un examen psychologique de l'assistante familiale.

- Cas n° 3 : au cours d'une visite impromptue d'un éducateur spécialisé et de la psychologue, il a été constaté une insalubrité et une insécurité du logement, un refus de prendre en compte les observations et les conseils des professionnels et des négligences manifestes dans l'hygiène, l'alimentation et les soins apportés aux enfants.

La CCPD préconise le maintien de l'agrément dans l'attente d'une inspection à faire mener par l'inspectrice générale des services

- Cas n°4 : une assistante familiale est accusée de maltraitance morale et physique par une jeune majeure deux ans après son départ, qui se serait décidée à signaler les faits après avoir appris qu'ils reproduisaient pour des mineurs actuellement placés dans cette famille d'accueil.

Les représentants des assistants familiaux font observer lors des débats que leur collègue avait été à plusieurs reprises violemment agressée par cette jeune fille et traumatisée au point de vouloir démissionner mais elle avait toujours refusé de porter plainte. Cette situation avait été portée à la connaissance de la cheffe de service.

La CCPD préconise le maintien de l'agrément, ainsi qu'un examen psychologique de l'assistante familiale et l'intervention de l'inspection générale des services pour évaluer la capacité d'accueil de cette professionnelle.

[650] La mission s'est enquis des suites réservées à ces avis. **Il s'avère, un an plus tard, qu'aucune des investigations préconisées n'a été menée.** L'inspectrice générale des services lui a d'ailleurs fait savoir qu'elle ne s'estimait pas compétente pour procéder à des visites au domicile des assistants familiaux et qu'elle n'avait au demeurant pas été explicitement mandatée en ce sens par le Président du Conseil départemental.

[651] **Les représentants des assistants familiaux qui siègent au CCPD sont critiques sur son mode de fonctionnement.** Ils affirment être convoqués trop tardivement et ne pas avoir la possibilité de consulter le dossier avant la comparution de leurs collègues. Ils se disent mal à l'aise par le caractère inquisitoire de la procédure, regrettent de ne pas pouvoir être autorisés à s'exprimer durant l'audience et ont le sentiment de n'avoir aucune influence sur les décisions qui interviennent.

[652] Les procès-verbaux auxquels la mission a eu accès ne permettent pas de confirmer ces impressions. Ils révèlent au contraire une grande prudence dans les avis délivrés et un souci, qui peut paraître excessif, de préserver à tout prix la situation professionnelle des mis en cause, quant bien même les faits qui leurs sont reprochés apparaissent d'une particulière gravité. Le manque manifeste de rigueur dans l'instruction des dossiers et l'absence de force probatoire des éléments avancés par la DASE en sont vraisemblablement la cause. **L'implication de la DSPMI dans le contrôle des assistants familiaux et dans le fonctionnement de la CCPD devrait mettre rapidement un terme à ces errements.**

3.6.1.6 La rémunération des assistants familiaux

[653] L'extension à Mayotte des dispositions du code de l'action et des familles a contraint le département à s'aligner à compter du 1^{er} janvier 2014 sur les modalités de droit commun en matière de rémunération des assistants familiaux.

[654] Jusqu'au 31 décembre 2013, cette rémunération était composée d'un salaire de base pour chaque enfant accueilli, le montant de ces émoluments étant majoré pour l'accueil des adolescents et des enfants atteint d'un handicap reconnu. A ce salaire venait s'ajouter une indemnité forfaitaire de 146, 73€ destinée à couvrir tous les frais d'entretien, d'alimentation, de scolarité et de loisirs des mineurs accueillis. **La rémunération globale des assistants familiaux a coûté par conséquent approximativement 2 M€ au département en 2013.**

Tableau 77 : Estimation de la rémunération des assistants avant 2014

type de mineur	nombre au 31/12/13	rémunération brute	coût salaire	coût indemnité	Rémunération brute charges sociales
non spécialisé	154	293,47 €	45 194,38 €	22 596,42 €	78 095,12 €
adolescents	104	399,11 €	41 507,44 €	15 259,92 €	66 231,06 €
handicapé	22	469,54 €	10 329,88 €	3 228,06 €	15 913,15 €
total	280		97 031,70 €	41 084,40 €	160 239,33 €
coût annuel			1 164 380,40 €	493 012,80 €	1 922 871,93 €

Source : Mission IGAS

[655] La mission a procédé à une reconstitution du coût du placement familial pour l'année 2013 en retenant s'agissant des effectifs et du nombre des mineurs placés la situation constatée au 31 décembre. Il ressort de ces données que **le prix de journée pour l'accueil de chaque mineur était alors de 18,81 €**, ce non compris les frais de structures (notamment la rémunération des travailleurs sociaux en charge du suivi des mineurs et des familles d'accueil) ni des charges sociales portant sur la rémunération des assistants familiaux (donnée non renseignée dans les documents budgétaires). Si on considère que 75 assistants familiaux ont exercé de manière régulière au cours de l'année, les dépenses de la collectivité leur ont permis de percevoir **une rémunération brute moyenne (indemnités d'entretien comprises) de l'ordre de 1300 € par famille d'accueil.**

[656] Le règlement départemental 1377/2014 relatif aux assistants familiaux, adopté par le conseil général le 6 février 2014, a mis les dispositions locales relatives à cette profession en conformité avec les règles de droit commun.

[657] La rémunération est désormais composée :

- ✓ D'un salaire de base comprenant une part fixe, due quel que soit le nombre d'enfants à charge, et d'une part variable qui est versée pour chaque enfant effectivement accueilli ;
- ✓ D'une indemnité journalière destinée à couvrir tous les frais imposés par l'accueil de l'enfant (nourriture, hébergement, hygiène, loisirs et déplacements) ;
- ✓ Le cas échéant, d'une majoration mensuelle de rémunération, destinée à compenser les contraintes particulières induites par l'accueil d'enfants présentant un handicap, une maladie ou une inadaptation ;
- ✓ Des indemnités complémentaires d'habillement et de rentrée scolaire.

[658] Sont également prévues par le règlement :

- ✓ Une indemnité compensatrice d'attente lorsque le Département n'est pas en mesure de confier un enfant à l'assistant familial ;
- ✓ Une indemnité journalière de disponibilité pour les familles acceptant les accueils d'urgence et réservant des places à cet effet ;

- ✓ Une indemnité compensatrice de suspension pour les AF qui sont temporairement interdits d'accueil.

[659] Les éléments de calcul sont désormais adossés aux règles de droit commun. Mais, eu égard à l'impact budgétaire considérable que ces dispositions entraînent, **le conseil général a retenu une revalorisation progressive permettant, sur une période 5 ans, d'atteindre le niveau de droit commun de la rémunération.**¹⁹⁵

[660] Le calcul du salaire des assistants familiaux mahorais se réfère au salaire minimum interprofessionnel garanti à Mayotte (SMIG horaire), fixé au 1^{er} janvier 2016 à 7,30 €. ¹⁹⁶Pour parvenir aux coefficients multiplicateurs prévus par la réglementation pour le calcul de la rémunération des assistants familiaux, le Département a retenu l'évolution suivante :

Tableau 78 : Progression des éléments de rémunération (délibération du 6 février 2014)

Référence : coefficient multiplicateur du SMIG horaire à Mayotte				
	Salaire brut mensuel		Indemnité journalière d'entretien	majoration pour contraintes
	part fixe	part par enfant		
Exercice 2014	30	50	1,5	13,5
Exercice 2015	35	55	2	14
Exercice 2016	40	60	2,5	14,5
Exercice 2017	45	65	3	15
Exercice 2018	50	70	3,5	15,5

Source : Département de Mayotte, retraitements IGAS

[661] Alors même que l'alignement sur le droit commun n'interviendra que progressivement, l'impact de cette réforme sur les finances départementales et sur les revenus tirés par les familles d'accueil de leur activité est déjà considérable. Pour le mesurer, la mission a procédé à des projections en retenant pour paramètres un nombre moyen de 300 mineurs accueillis par 75 familles, ce qui correspond à la situation en 2014.

[662] Le montant des majorations pour contraintes particulières n'a pas pu être pris en compte, du fait du caractère ponctuel et exceptionnel de ces versements. Une hausse de 0,5% par an a été retenue pour le montant du SMIG horaire en 2017 et 2018. Il n'a pas non plus été tenu compte des indemnités d'habillement et de rentrée scolaire, qui sont d'un montant modeste (200 € par an pour l'habillement d'un adolescent, entre 50 et 100 Euros selon le niveau scolaire pour la rentrée des classes, soit un versement maximum de 300 € par an et par enfant).

¹⁹⁵ Pour un accueil permanent, un assistant familial en métropole perçoit un salaire de base de 50 fois le SMIC horaire + 70 fois le SMIC par enfant à charge auquel s'ajoute une indemnité d'entretien de 3,5 fois le minimum garanti par jour de présence de chaque enfant. Une famille qui accueille 3 enfants perçoit donc un salaire de 2 500€ brut et 1 100 € d'indemnités d'entretien, hors majorations pour sujétions exceptionnelles, frais de vêture et de scolarité.

¹⁹⁶ Le SMIG mahorais est aligné en pratique sur le SMIC national en ce sens que le temps de travail (39 heures travaillées par semaine) et le taux des prélèvements sociaux plus faibles à Mayotte font correspondre le salaire minimum net mensuel mahorais à son montant national (1 141,30 € net au 1^{er} janvier 2016). La revalorisation du SMIG est désormais indexée sur le taux d'évolution du SMIC national.

Tableau 79 : Projections relatives aux charges annuelles de placement familial (en Euros)

	SMIG horaire	salaires brut fixe	charges mensuelles part fixe	Salaires brut par enfant	Charges mensuelles part variable	charges sociales mensuelles	Montant de l'indemnité journalière d'entretien	Charge mensuelles indemnité d'entretien	Charges annuelles placement familial	Coût par mineur	Prix de journée
2014	7,11	213,30	15 998	355,50	106 650	27 964	10,67	95 985	2 959 154	9 864	32,88
2015	7,26	254,10	19 058	399,30	119 790	31 657	14,52	130 680	3 614 217	12 047	40,16
2016	7,30	292,00	21 900	438,00	131 400	34 952	18,25	164 250	4 230 029	14 100	47,00
2017	7,34	330,30	24 773	477,10	143 130	38 282	22,02	198 180	4 852 371	16 175	53,92
2018	7,38	369,00	27 675	516,60	154 980	41 645	25,83	232 470	5 481 244	18 271	60,90

Source : Mission IGAS

[663] En ce qui concerne le calcul du montant minimum de l'indemnité d'entretien, la règle de droit commun (article D423-22 CASF) prévoit que le montant des indemnités et fournitures versées à l'assistant familial ne peut pas être inférieur à 3,5 fois le minimum garanti (MG) mentionné à l'article L 3231-12 du Code du Travail¹⁹⁷. En l'absence de cet indice à Mayotte, où ne s'applique pas encore le Code du Travail, le Département a retenu pour sa part comme valeur de référence le montant du SMIG mensuel. C'était un choix particulièrement avantageux pour les mineurs placés et les familles d'accueil, dans la mesure où le minimum garanti était fixé à 3,51 € alors que le SMIG Mayotte était de 7,26 € au 1^{er} janvier 2014. **L'indemnité journalière versée en 2014 s'est élevée à 10,67 €, soit une indemnité mensuelle par enfant de 320,10 € ; elle a été portée à 14,52 € en 2015, soit une indemnité mensuelle de 435,60 €.**

[664] Pourtant, le décret n°2014-1417 portant extension et adaptation du CASF à Mayotte a prévu un autre mode de calcul pour cette indemnité à Mayotte : son montant minimum correspond à 1,3 fois le montant du SMIG horaire local. **Le Département était donc en droit de ramener dès le 1^{er} janvier 2015 l'indemnité journalière d'entretien à 9,44 €** Mais, s'agissant d'une indemnité minimum, la collectivité territoriale pouvait s'en tenir à son mode de calcul initial, plus avantageux pour les agents.

[665] En l'absence de modification du règlement départemental adopté le 6 février 2014, la politique de « rattrapage » indemnitaire se poursuit de sorte que l'indemnité journalière a été portée à 18,25 € au 1^{er} janvier 2016 (547,50 € par mois) alors que le montant minimum fixé par voie réglementaire est pour Mayotte de 9,44€ (283,20 € par mois) et pour la métropole de 12,32 € (369,60 € par mois).

[666] Les modalités retenues pour le calcul de l'indemnité d'entretien ne sont pas la seule cause de l'importante augmentation de revenus dont bénéficient les familles d'accueil depuis la réforme de 2014. Entre le montant du salaire proprement dit (**en moyenne 1 803,21 € brut**) et les indemnités perçues au titre de l'entretien des mineurs, soit 435,60 € par mois et par enfant, **le revenu moyen d'une famille d'accueil était au 31 décembre 2015 de l'ordre de 3 500 €** alors qu'il était de 1 300 € fin 2013. Corrélativement, **le coût journalier d'accueil d'un mineur s'élevait à 33 € par jour**, alors qu'il était de 18,80 € il y a un an.

¹⁹⁷ Le minimum garanti est une valeur de référence utilisée pour l'évaluation des frais professionnels, les avantages en nature et les allocations d'aide sociale.

[667] L'augmentation des charges va se poursuivre, à activités constantes, au rythme annuel moyen de 15%, sans qu'il soit possible au Département de la freiner, en dépit des recommandations de la Chambre régionale des comptes concernant la maîtrise de ce poste de dépense, dans la mesure où elle résulte de l'extension à Mayotte des règles de droit commun. On doit même s'interroger sur la régularité du choix opéré par la collectivité territoriale qui procède à une mise en place progressive du droit commun, alors qu'aucune disposition législative n'a prévu sur ce point une application différée du CASF à Mayotte.

[668] A l'horizon 2018, terme de la période de « rattrapage », le prix de journée par mineur placé dépassera 60 € et, à effectifs constants de familles et de mineurs accueillis, le revenu moyen d'une famille d'accueil atteindra 6 000 € par mois.

[669] **La seule dépense susceptible d'être révisée à la baisse concerne les indemnités journalières**, dont le montant excède déjà significativement le minimum réglementaire et le droit commun, et qui ne cessera d'augmenter qu'en 2019 si le mode de calcul actuel n'est pas révisé. A l'inverse, **si le plancher réglementaire venait à être retenu dès maintenant, l'économie réalisée par le Département s'élèverait à près d'1 M € pour l'exercice budgétaire en cours, 1,35 M€ en 2017 et 1,75 M€ en 2018, et le coût du placement familial serait globalement diminué d'un tiers.**

Tableau 80 : Projection relatives aux charges selon les minima réglementaires (en Euros)

	SMIG horaire	Montant de l'indemnité journalière d'entretien	Charges mensuelles indemnité d'entretien	Charges annuelles placement familial	Coût par mineur	Prix de journée
2014	7,11	10,67	95 985	2 959 154	9 864	32,88
2015	7,26	9,44	84 942	3 065 361	10 218	34,06
2016	7,30	9,49	85 410	3 283 949	10 946	36,49
2017	7,34	9,54	85 878	3 504 747	11 682	38,94
2018	7,38	9,59	86 346	3 727 756	12 426	41,42

Source : Mission IGAS

[670] Avec un retour de l'indemnité journalière au montant minimum réglementaire, le prix de journée serait en effet réduit d'un tiers par rapport à celui qui résulte de l'application du règlement de 2014. Pour autant, **le revenu moyen tiré par une famille d'accueil de son activité professionnelle d'une famille d'accueil se situerait encore aux environs de 4 200 € au 1^{er} janvier 2018**, à a effectif constant.

[671] Dans l'hypothèse où le Département parviendrait à cette date à limiter à trois le nombre des mineurs accueillis dans chaque famille, chaque agent familial percevrait mensuellement 3 300 €. Mais les charges cumulées de placement augmenteraient, puisqu'à nombre de place constants, cet objectif ne pourrait être atteint que par le recrutement d'assistants familiaux supplémentaires.

[672] L'alternative dans laquelle se trouve le Département, même s'il se borne à maintenir sa capacité d'accueil familial, est la suivante : préserver une politique de dérogations permettant de stabiliser le nombre des assistants familiaux, avec un effet d'aubaine en termes de rémunération pour ces agents mais une qualité dégradée du service consécutive à la surcharge des familles, ou recruter, pour revenir à une politique rigoureuse d'agrément qui limite le nombre d'enfants pris en charge. Dans cette seconde voie, les charges augmenteront nécessairement, puisqu'un plus grand nombre d'agents implique une augmentation de la fraction de la masse salariale qui correspond à la part fixe de leur rémunération.

3.7 L'observatoire départemental de la protection de l'enfance

[673] La création de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance à Mayotte (OPEMA), répond à une obligation légale.¹⁹⁸ Placée sous l'autorité du président du Conseil départemental, cette structure a deux missions principales :

- Recueillir et analyser les données relatives à l'enfance en danger ;
- Suivre la mise en œuvre du schéma départemental de protection de l'enfance et faire des propositions sur la mise en œuvre de la politique départementale.

[674] L'observatoire doit comprendre des représentants de tous les services concernés du département, les autorités judiciaires et les services de l'Etat qui concourent à la protection de l'enfance, ainsi que les associations qui interviennent dans ce champ de l'action sociale.

[675] A Mayotte, l'animation de l'observatoire a été confiée à un attaché territorial contractuel de la DASE, qui dispose d'un assistant (contrat aidé) pour l'aider à mettre en œuvre les travaux qui sont décidés par le comité de pilotage, émanation de l'OPEMA qui regroupe les représentants du Département et de l'Etat. Sa création, en 2013, a été approuvée par délibération du 6 février 2014. Une première réunion plénière s'est tenue en juillet 2014, à l'occasion de la signature de la convention constitutive. Depuis, seul le comité de pilotage a été réuni, à trois reprises selon les constats de la mission.

3.7.1 Le rôle de l'OPEMA en matière statistique

[676] Le travail de collecte des données statistiques a commencé, mais leur exploitation reste compliquée, en raison du caractère récent de l'OPEMA et de l'absence d'exhaustivité et de fiabilité des données antérieures à sa création.

[677] La collecte des données récentes est également difficile. Le Département, qui doit transmettre à l'observatoire national de l'enfance en danger (ONED) des données formatées permettant d'intégrer Mayotte à la collecte nationale, n'a pas été encore en mesure de satisfaire à toutes ses obligations, de sorte que les chiffres d'activité de l'ASE à Mayotte ne sont pas jusqu'ici pris en compte par l'ONED¹⁹⁹. **L'absence de tout système d'information structuré, et même de toute informatisation des tâches quotidiennes à la DASE**, oblige l'OPEMA à procéder à des collectes manuelles de données dont l'exhaustivité n'est pas garantie. En l'absence de tableau de bord mensuel d'activité, il n'est pas possible de connaître la situation en cours d'année sans procéder a posteriori à des recomptages et au dépouillement des dossiers individuels.

[678] La production à la fin du 1^{er} semestre 2015 des données d'activité de la CRIP, qui s'efforce elle-même d'adapter son cadre statistiques aux critères définis par l'ONED, constitue une première étape encourageante, même si l'exploitation des données collectées n'est pas terminée.

[679] Il n'en reste pas moins que le manque d'outils de pilotage pour la DASE, en particulier l'absence de tableau de bord et de suivi statistique de ses activités essentielles, tels que le placement familial et la CRIP, conduit à s'interroger, au-delà des contraintes qu'il induit pour la production de données statistiques fiables, sur la capacité des cadres du Département à mettre en œuvre une politique publique adaptée aux besoins et aux moyens dont ils disposent.

¹⁹⁸ Article L226-3-1 CASF

¹⁹⁹ La première transmission des données départementales à l'ONED devrait concerner l'année 2015.

3.7.2 Le suivi du schéma départemental de protection de l'enfance 2010-2015

- [680] La naissance récente de l'OPEMA fait qu'il n'a pas été impliqué dans le suivi du schéma directeur qui aurait dû être mis en œuvre entre 2010 et 2015.
- [681] Ce schéma structuré en 5 ou 6 axes prévoyait, à partir des trois orientations stratégiques déjà citées, un ensemble de 86 mesures :
- Axe 1 – Prévention sociale et médico-sociale :
20 mesures se rapportant à l'activité des services de la PMI
 - Axe 2 – Prévention et guidance parentale :
14 mesures destinées à l'accompagnement collectif des parents et de jeunes en difficulté d'insertion
 - Axe 3 – Actions éducatives en milieu ouvert
13 mesures visant à renforcer cette activité, comprenant le triplement des effectifs de l'aide à domicile, l'extension des mesures administratives d'action éducative à domicile et l'externalisation des mesures judiciaires d'AEMO en les confiant au secteur associatif
 - Axe 4 – Amélioration des procédures de traitement des IP
10 mesures d'harmonisation des modalités de recueil, d'évaluation des situations et de partage des informations avec les partenaires de la CRIP
 - Axe 5 – Proposition de prises en charge adaptées
15 mesures portant sur une diversification des modes d'accueil, un renforcement du suivi des enfants placés et l'élaboration d'un projet éducatif pour chacun d'eux, ainsi que la mise en œuvre de modes spécifiques d'accueil pour les mineurs isolés et les enfants justifiant un accompagnement thérapeutique
 - Axe 6 – Accompagnement des professionnels et coordination de leur action
14 mesures relatives à la professionnalisation de l'accueil familial, la formation et l'encadrement des travailleurs sociaux et la coordination des actions éducatives par la création d'instances territoriales de concertation et d'évaluation

- [682] Mis à part la création de l'OPEMA et les efforts consentis pour l'harmonisation des modalités de recueil des IP, aucun des objectifs ne paraît avoir été pleinement mis en œuvre au cours de la période d'exécution du schéma, malgré les initiatives du secteur associatif et le concours financier de l'Etat.

3.7.3 Le rôle de l'OPEMA dans l'élaboration du futur schéma directeur

- [683] C'est au coordinateur de l'OPEMA qu'il a été confié la préparation du futur schéma directeur départemental de l'enfance et de la famille, dans des conditions toutefois peu rigoureuses, puisqu'il s'agit de simples instructions verbales du DG DSDS, remontant à juin 2014 et ne comportant aucune consigne sur les modalités d'élaboration du schéma, sur son périmètre et sur les structures de concertation à mettre en place.
- [684] Il a été ultérieurement décidé de constituer un comité de pilotage présidé par l' élu en charge de l'action sociale, et comprenant 3 directeurs des services départementaux (le DGA DSDS, la directrice de la DASE, le directeur de la DASTI, cinq représentants de l'Etat (cohésion sociale, protection judiciaire de la jeunesse...) et quatre représentants des autorités judiciaires.

- [685] Le travail de diagnostic et d'élaboration des propositions s'est toutefois opéré en interne, c'est-à-dire en pratique par le coordonnateur lui-même. La première réunion du comité de pilotage ne s'est tenue qu'en octobre 2015, avec pour objet d'adopter les orientations stratégiques qui lui seraient proposées. Ce n'était qu'ensuite que les partenaires institutionnels et associatifs étaient censés être consultés, sans qu'il soit pour autant question à ce stade de remettre en question les orientations stratégiques retenues par l' élu en charge de l'action sociale au Département au terme du comité de pilotage initial.
- [686] Une réunion d'information, qui s'est tenue en septembre 2015, a validé à ce sujet le principe de la création de 4 ateliers thématiques ayant pour finalité d'examiner les orientations et de définir les mesures à mettre en œuvre. Un comité de pilotage devait être ensuite organisé avant la fin de l'année 2015 pour présenter un projet de schéma, puis un comité restreint (composé uniquement des représentants de la collectivité territoriale) devait être mobilisé pour un arbitrage final et l'examen des modalités de financement.
- [687] De nombreuses circonstances ont rendu caduques le calendrier envisagé, à commencer par les élections départementales de mars 2015, qui ont amené au pouvoir une nouvelle équipe dirigeante. La nouvelle majorité départementale, qui a affiché sa volonté de revisiter la politique publique de l'aide sociale à l'enfance, a souhaité prendre le temps d'un état des lieux, qu'il s'agisse du fonctionnement des services ou des finances du Département. Elle s'est fait accompagner dans cette démarche, en particulier par l'IGAS pour l'aide sociale à l'enfance. Les autorités départementales ont indiqué à la mission leur intention de ne pas s'engager sur un document stratégique tant que les conclusions du présent rapport ne leur seront pas parvenues. Enfin, le schéma à venir devra être articulé avec d'autres travaux de planification en cours et qui devraient impacter la réflexion sur la protection de l'enfance, tel que le schéma directeur médico-social (adopté en octobre 2015) ou le schéma directeur de la protection maternelle et infantile.
- [688] Le retard pris dans l'élaboration du schéma directeur en matière de protection de l'enfance a eu des conséquences fâcheuses dans l'élaboration des demandes de concours financiers du Département à l'Union européenne. Soucieux de bénéficier sans délai des financements sur les fonds structurels, fonds européen de développement régional (FEDER) et fonds social européen (FSE), auxquels Mayotte peut prétendre depuis peu, le Département a élaboré des projets à la hâte, en matière d'aide sociale à l'enfance en particulier. Il les a transmis à l'autorité de gestion des fonds européens (en l'occurrence le représentant de l'Etat à Mayotte) sans aucune certitude sur leur conformité au regard du futur schéma directeur. Ces projets semblent peu appropriés, la capacité du Département à les mener à bien n'est pas garantie²⁰⁰ et leur éligibilité même est sujette à caution.
- [689] La méthodologie retenue pour l'élaboration du futur schéma, notamment l'absence de réelle concertation avec l'ensemble des partenaires du Département dans la phase de diagnostic et d'élaboration des orientations stratégiques, ne semble pas pertinente. La première étape d'une démarche stratégique en matière de protection de l'enfance passe en effet par une évaluation des besoins qui suppose la mobilisation de tous ceux qui, à un titre quelconque, disposent d'informations sur la situation des mineurs dans le département.
- [690] On doit relever à ce propos l'absence dans le comité de pilotage, seule instance de concertation envisagée, de la PMI, des services de police et de gendarmerie, des services publics de santé (CHM) et surtout l'absence de tout représentant du secteur associatif, alors pourtant que leurs actions sont déterminantes dans la conduite de la politique publique et que leur connaissance des réalités et des besoins ne fait pas débat.
- [691] Ces observations ne doivent pas conduire à méconnaître la qualité du travail diagnostique déjà réalisé, même s'il doit encore être enrichi, ni à négliger **les premières orientations retenues par le comité de pilotage, qui apparaissent pertinentes au premier abord :**

²⁰⁰ Par exemple, le Département a sollicité un concours financier du FEDER pour la construction d'un foyer d'accueil ASE de 65 places, alors qu'il n'a pas les ressources nécessaires pour faire fonctionner un tel établissement, qui supposerait le recrutement de 80 agents.

- Privilégier la prévention et l'accompagnement en milieu ouvert
- Développer le placement familial
- Développer l'accueil chez des tiers dignes de confiance
- Créer des établissements d'accueil collectif

[692] En revanche, les moyens envisagés paraissent devoir être revus au regard des capacités financières et humaines que le Département est actuellement en mesure de mobiliser et des perspectives d'évolution à l'horizon 2020.

[693] Comme le document présenté au comité de pilotage le rappelle, l'action socio-éducative du Département exigerait au regard du nombre des mineurs résidant à Mayotte un budget annuel de fonctionnement de l'ASE de l'ordre de 40 Millions € pour atteindre la moyenne nationale de couverture du risque « mineur en danger ». Même en retenant un objectif à mi-chemin comme ce document le propose, le doublement de l'actuel budget consacré à l'aide sociale à l'enfance peut sembler irréaliste dans le contexte budgétaire actuel.

[694] Mais, plus que le budget, c'est la question des ressources humaines qui paraît négligée. alors qu'elle constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre du plan envisagé. Multiplier les mesures de protection, qu'elles consistent en des actions en milieu ouvert ou des placements, impose l'embauche de travailleurs sociaux que ni le Département ni le secteur associatif ne parviennent à recruter, faute de personnel local qualifié et d'attractivité du territoire pour les professionnels extérieurs. Si le développement de filières locales de formation peut apparaître comme pertinent pour faire à cette pénurie qui obère toute perspective de développement des activités d'aide sociale, les effets positifs d'une telle politique, ne seront pas perceptibles avant le terme du prochain schéma directeur compte tenu des délais de formation.

[695] Pour toutes ces raisons, la mission considère qu'il est nécessaire de reprendre les travaux d'élaboration du schéma directeur en y associant plus étroitement l'ensemble des acteurs, tant sur le volet du diagnostic et de l'identification des besoins que sur la définition des objectifs chiffrés et des moyens à mobiliser.

[696] Afin que ces travaux puissent être pris en compte dans l'élaboration du budget départemental pour 2017 et dans la programmation des aides européennes, un calendrier resserré devrait être mis en place, permettant l'adoption du schéma avant la fin du premier semestre 2016.

4. LES AUTRES ACTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE A MAYOTTE

4.1 Les dépenses de l'Etat en matière d'aide sociale à l'enfance

[697] Le coût de l'aide sociale à l'enfance à Mayotte ne se limite pas aux dépenses du Département, puisque l'Etat contribue également au financement de cette politique publique à travers les subventions qu'il verse aux associations agissant en faveur des mineurs isolés. Dans la mesure où ces financements ont vocation à être assurés par le Département lorsqu'il aura la capacité budgétaire suffisante pour assumer pleinement ses obligations en matière de protection de l'enfance, leur montant doit être pris en considération dans l'évaluation des dépenses d'aide sociale à l'enfance à Mayotte.

Tableau 81 : Financement par l'Etat de dispositifs d'aide sociale à l'enfance (en Euros)

Programme		2011		2012		2013		2014		2015
		177	123	177	123	177	123	177	123	123
TAMA	ACEMO (suivi de mineurs isolés en milieu ouvert)	275 434	80 000	306 308	40 000	79 574	86 809	113 633	194 867	330 000
	Rapprochement familial		42 500		50 000	32 766	35 745		90 000	275 000
	Enquêtes rapides				30 000	72 553	79 149		90 000	
	Fonds d'aide sociale d'urgence					14 043	22 979		8 500	
	Aide au retour					21 064	15 318		50 000	30 000
	Administration ad hoc				5 000				29 000	30 000
	Mar'ylang		179 492		75 800					
	Maison des Ados									15 000
	Médiation familiale				159 608					31 000
AGEPAC	Prévention spécialisée				309 540		321 075			290 000
Solidarité Mayotte	Accompagnement des mineurs isolés demandeurs d'asile		48 920		94 700		80 000		164 400	88 620
Croix Rouge	Prévention spécialisée						90 000		100 000	35 000
	<i>total par programme</i>	275 434	350 912	306 308	764 648	220 000	731 075	113 633	726 767	1 124 620
	Total annuel	626 346 €		1 070 956 €		951 075 €		840 400 €		1 124 620 €
Dispositifs non spécifiques aux mineurs										
		2011		2012		2013		2014		2015
Solidarité Mayotte	aide alimentaire	107 000		187 130		142 016		149 300		156 765
Croix Rouge	aide alimentaire	60 000		60 000		280 000		214 891		290 000
	maraude sociale	128 000		128 000		135 000		145 000		142 000
	TOTAL	295 000 €		375 130 €		557 016 €		509 191 €		588 765 €

Source : DJSCS Mayotte, retraitement IGAS

[698] Il apparaît donc que l'Etat a directement financé, à hauteur de 1 M€ en 2015 des actions relevant sans conteste de la politique de l'aide sociale à l'enfance alors qu'elle incombe au Département

[699] **Il participe également indirectement à cette politique** à travers sa contribution, au titre de la cohésion sociale, à la prévention de l'exclusion a prise en charge des adultes en errance. A Mayotte, il s'agit principalement d'étrangers en situation irrégulière ou demandeurs d'asile. Dans la mesure où ils sont souvent accompagnés de mineurs, ces aides profitent également au public relevant de la protection de l'enfance.

- [700] D'autres ressources budgétaires étatiques sont mobilisées pour venir en aide aux mineurs en difficulté à Mayotte. Sans qu'il soit possible d'être exhaustif, il peut être notamment signalé les crédits d'aide sociale de l'Education nationale : le fonds mis à la disposition du service social du Vice-rectorat (16 assistants sociaux pour 30 établissements secondaires accueillant 40 000 élèves) est d'un montant annuel de 530 000 €. Théoriquement prévu pour soulager les charges financières liées à la scolarité, il est en pratique surtout utilisé pour une aide alimentaire à des mineurs en situation de grande précarité et à leurs familles²⁰¹.
- [701] Par ailleurs, la **direction de la protection judiciaire de la jeunesse** (DPJJ) de Mayotte, service territorial du ministère de la justice, participe à la protection de l'enfance. Même si sa mission principale concerne la prise en charge de mineurs délinquants, elle apporte une contribution importante à la prise en charge des mineurs en difficulté, tout particulièrement les mineurs isolés, alors même qu'ils ne seraient pas auteurs d'infractions poursuivies en justice.

4.2 La direction de la protection judiciaire de la jeunesse à Mayotte

- [702] Elle dispose d'une trentaine de travailleurs sociaux pour répondre aux demandes des autorités judiciaires. Elle apporte également son soutien technique aux services départementaux, en particulier pour la formation du personnel (assistants familiaux). Enfin, elle accompagne les associations agissant dans le domaine et contribuent à leur financement.
- [703] Afin de répondre aux besoins particuliers du territoire et de pallier certaines carences du Département, le dispositif mis en place par le ministère de la justice à Mayotte est significativement plus étendu qu'à l'habitude. Alors que depuis plusieurs années, les services de la PJJ sont recentrés sur leur mission de contrôle et de suivi des mineurs délinquants, la DPJJ est calibrée à Mayotte pour accompagner également des mineurs qui ne font pas l'objet de poursuites pénales. Deux unités sont en particulier chargées de procéder à des enquêtes et évaluations, dont l'une assure une permanence éducative au sein du tribunal. Une autre unité est chargée de l'activité éducative en milieu ouvert. Enfin, la PJJ dispose d'une capacité d'accueil auprès de 19 places auprès de familles « bénévoles indemnisées »²⁰², dans un cadre juridique qui reste cependant ambiguë.
- [704] Il ne s'agit pas d'assistants familiaux professionnels, mais de familles volontaires (souvent monoparentales) qui perçoivent une indemnité journalière actuellement fixée à 24€. Au terme d'une sélection cependant rigoureuse, la convention, qui fait des accueillants des collaborateurs bénévoles du service public, les amènent à accueillir un mineur par famille. Le suivi éducatif de ces mineurs est particulièrement renforcé : 4 éducateurs spécialisés en sont chargés, (1 travailleur social pour 5 jeunes) et tout mineur (il ne s'agit actuellement que de grands adolescents) est rencontré au moins une fois par semaine. Pour surmonter les difficultés linguistiques (aucun des accueillants ne maîtrise le français), 4 adjoints administratifs ont été recrutés pour assister les éducateurs et assurer l'interprétariat en shimaoré ou en shibuchi (langue malgache). Afin d'éviter toute difficulté d'interprétation, les conventions sont rédigées en langue locale.
- [705] Pour le placement des mineurs délinquants, la PJJ se repose principalement sur l'association TAMA, qui gère un établissement de placement éducatif (EPE) autorisé pour 12 places. Pour les cas les plus difficiles, c'est un centre éducatif renforcé implanté à la Réunion et appartenant, comme TAMA, au Groupe SOS, qui répond aux besoins des magistrats.

²⁰¹ Le Vice-rectorat a indiqué à la mission que pour l'année scolaire écoulée 12 000 élèves ont été reçus par le service social ; 7 300 aides financières ont été accordées, essentiellement sous forme de bons alimentaires.

²⁰² Ce nombre doit passer prochainement à 24, dans le cadre d'un partenariat avec des agriculteurs proposant une formation aux métiers de la terre.

4.3 Les acteurs du secteur associatif

[706] Plusieurs associations ont été créées pour tenter de répondre aux difficultés rencontrées et venir en aide aux mineurs isolés. Bien qu'elles ne fassent l'objet d'aucune habilitation ou autorisation, ces associations jouent un rôle déterminant dans la politique de protection de l'enfance. Leur financement ne se traduit pas par le versement d'un prix de journée : le Département, qui n'a pas mis en place de service d'autorisation et de tarification, n'intervient dans le financement que sous la forme de subventions, au demeurant modestes. L'essentiel des ressources associatives viennent de l'Etat, qui les mandate pour conduire des actions d'aide sociale à l'enfance, qui les subventionnent et les contrôlent par le biais des services territoriaux de la DPJJ et la Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DJSCS).

[707] La mission s'est plus particulièrement penchée sur l'activité des 4 associations ont bénéficié dans les récentes années d'un tel financement (voir supra tableau des dépenses de l'Etat).

4.3.1 L'association TAMA

[708] Il s'agit de la plus importante des organisations non gouvernementales agissant dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance à Mayotte. Dotée d'un budget de 6 M€, elle emploie 160 salariés répartis en 16 structures. Créée en 2013 par ses actuels dirigeants, TAMA (« Espoir » en langue shimaoré entend lutter contre toutes les formes d'exclusion, agit dans d'autres secteurs que la protection de l'enfance :

- En matière d'hébergement et de soins
(1 établissement de placement éducatif, 1 institut thérapeutique et éducatif, 1 Centre d'hébergement et de réadaptation sociale)
- Dans l'aide aux personnes vulnérables
(Service d'aide sociale et juridique dans les locaux de police et gendarmerie, services des tutelles majeurs)
- Pour la formation et l'insertion
(Un service d'insertion comprenant trois ateliers et une entreprise d'insertion, un service de prévention de la récidive en milieu carcéral)
- Dans l'animation sociale et la prévention
(Une maison pour tous, une base de loisirs, une maison des adolescents, un service de médiation familiale)

[709] Le pôle Enfance de TAMA comprend pour sa part des services dédiés à la prise en charge des mineurs isolés :

- Le service de rapprochement familial, implanté au sein du centre de rétention administrative (CRA), examine la situation des mineurs retrouvés par les services de police à l'occasion des opérations de lutte contre l'immigration clandestine et tente d'identifier et de localiser leurs parents lorsque ces derniers sont susceptibles de se trouver sur le territoire ;
- Le service d'enquête sociale rapide procède à des évaluations sur la situation des mineurs isolés et à des enquêtes de terrain dans le prolongement du travail d'identification menée par l'équipe en place au CRA ;
- Le service ACEMO (accompagnement éducatif en milieu ouvert) assure un accompagnement et un suivi éducatif pour les mineurs isolés, ainsi qu'un soutien technique aux familles qui les recueillent, à l'exclusion de toute rémunération ou indemnisation. **En 2014, le service ACEMO a accompagné 313 mineurs ;**

- Le service de réunification familiale se charge, en partenariat avec une association locale, de rechercher à Anjouan les familles des mineurs isolés originaires de cette île et de construire un projet de retour volontaire ;
- Le service de l'administration ad hoc assure, sur mandat judiciaire, la représentation des mineurs isolés auprès des juridictions ou des autorités administratives, principalement lorsque ces mineurs sont victimes d'atteintes à la personne ;

[710] Avec son expérience et l'importance de ses dispositifs, TAMA reste le partenaire privilégié de la DASE, qu'il supplée dans des missions relevant en principe de la compétence du Département.

4.3.2 Solidarité Mayotte

[711] Cette association créée en 2005 se consacre aux étrangers demandeurs d'asile. Outre l'accompagnement administratif dans leurs démarches et une aide sociale globale aux immigrés en situation irrégulière, l'association leur distribue de l'aide alimentaire, met à leur disposition un centre d'hébergement d'urgence, les assiste dans la recherche d'un logement et anime une structure de formation pour l'apprentissage du français. Au 30 juin 2015, l'association prenait en charge 1 200 ressortissants étrangers, dont la moitié pouvait prétendre à la procédure prioritaire d'examen de leur demande d'asile, principalement des personnes originaires de la région des Grands Lacs. Les autres étaient Comoriens ou Malgaches.

[712] Sur convention de financement avec l'Etat, Solidarité Mayotte prend en charge ceux des mineurs isolés qui sont demandeurs d'asile. Après avoir procédé à une évaluation sociale, elle les assiste dans leurs démarches administratives et judiciaires. Elle leur apporte également un soutien matériel (aide alimentaire, vêtements et produits de première nécessité), un suivi sanitaire et psychologique, et un appui à la scolarisation (remise à niveau, cours de soutien...). Le pôle « mineurs isolés » de l'association comprend trois travailleurs sociaux. Toutefois d'autres intervenants participent à leur prise en charge, notamment les formateurs et le personnel de santé.

[713] Au 30 juin 2015, Solidarité Mayotte prenait en charge 117 jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance, 30 mineurs et 87 jeunes majeurs.

4.3.3 L'AGEPAC

[714] La Fondation des Apprentis d'Auteuil, par l'intermédiaire de sa représentation dans l'Océan indien l'AGEPAC, mène à Mayotte une action de prévention spécialisée en direction des mineurs isolés. Elle gère par ailleurs des établissements de formation professionnelle (un centre de formation continue, un lycée d'enseignement adapté).

[715] Son activité de prévention n'a débuté qu'en 2011, avec la mise en place d'éducateurs de rue ayant pour mission de détecter les situations d'isolement chez les mineurs et de mettre place les accompagnements nécessaires, tout particulièrement dans le domaine de la scolarité. Quatre équipes de travailleurs sociaux en binôme sont déjà en place, et l'association envisage d'élargir ce dispositif avec la constitution de deux nouvelles équipes. Par ailleurs un centre d'accueil de jour assure une permanence sociale et propose aux mineurs une formation préscolaire ou de remise à niveau, visant à favoriser l'entrée dans le système scolaire des mineurs isolés repérés et suivis par l'association.

[716] L'association, qui mobilise sur ce volet prévention une vingtaine de personnes suit 250 jeunes au 30 juin 2015. Sur toute la durée de l'année 2014, ce sont 388 jeunes qui ont été pris en charge.

4.3.4 La Croix-Rouge française

- [717] Cette organisation qui ne gère pas de structures de soins à Mayotte, contribue à la prise en charge sociale des personnes en précarité à travers plusieurs dispositifs. Elle anime une plate forme d'accueil et d'orientation pour l'hébergement d'urgence, qui assiste dans la recherche d'une solution de logement des personnes en difficulté qui lui sont principalement envoyées par les services départementaux de la polyvalence de secteur. Elle assure également à l'intention de ce public la distribution d'aide alimentaire. Depuis peu, elle se charge également d'assister les personnes âgées en recherche de logement.
- [718] S'agissant de la protection de l'enfance, la Croix-Rouge a mis en place un service de prévention spécialisée, qui intervient dans deux quartiers de l'agglomération de Mayotte. Elle mobilise 4 travailleurs pour mener cette action sur le terrain (maraude) et tient une permanence auprès de laquelle les mineurs isolés peuvent s'adresser. Dans les quartiers, l'association se consacre principalement à de l'animation en direction des plus jeunes ((bibliothèque de rue...)) et des actions de prévention collective (addictions, sexualité, grossesses précoces...).
- [719] Elle assure également un accompagnement individuel pour résoudre les difficultés rencontrées par les mineurs isolés : scolarisation, démarches administratives et judiciaires, notamment la mise en place des délégations d'autorité parentale à un parent ou référent sur le territoire.
- [720] De création récente, cette activité de prévention spécialisée reste encore modeste : selon sa responsable, une cinquantaine de jeunes, presque tous des mineurs étrangers isolés fréquentent régulièrement la permanence. 35 mineurs ont bénéficié de mesures d'accompagnement individuel au cours des 8 premiers mois de l'année 2015.
- [721] Au terme de cette analyse, il peut être affirmé que la politique publique de l'aide sociale à l'enfance à Mayotte génère actuellement, pour le seul volet de la prise en charge des mineurs en danger, approximativement 12 M € de dépenses publiques par an, dont 20% proviennent du budget de l'Etat.

ANNEXE 5 : LA POLYVALENCE DE SECTEUR A MAYOTTE : ETAT DES LIEUX

Sommaire

1	UN MANQUE D'ACTIVITE JUSTIFIEE PAR DES EFFECTIFS INSUFFISANTS.....	171
2	DES PRESTATIONS QUI NE REPONDENT PAS AUX BESOINS	173
2.1	Une coopération inter-services défailante.....	173
2.2	Un cadre juridique obsolète et discriminatoire	174
3	UNE DIRECTION DONT L'UTILITE N'EST PAS DEMONTREE.....	175

[722] L'intervention sociale de proximité (polyvalence de secteur) est confiée à la Direction des interventions sociales et de la prévention (DISP), plus couramment présentée comme la **direction de l'action sociale territorialisée et de l'insertion (DASTI)**. Le personnel est réparti sur le territoire en 5 unités territoriales d'action sociale (UTAS) chargées de l'accueil et de l'orientation des personnes en difficulté. Ces unités hébergent également des agents de la direction de l'aide sociale à l'enfance (DASE) et de la direction des personnes âgées et des personnes handicapées (DPAPH) et pour certaines de la direction en charge du RSA. Un responsable local de l'UTAS, placé sous l'autorité du directeur de la DASTI, est chargé de la coordination des services et de la gestion administrative de l'ensemble.

1. UN MANQUE D'ACTIVITE JUSTIFIEE PAR DES EFFECTIFS INSUFFISANTS

Tableau 82 : Répartition des effectifs DASTI dans les UTAS (2014)

UTAS Mamoudzou 70 000 habitants	UTAS Nord 50 000 habitants	UTAS Centre 35 000 habitants	UTAS Sud 40 000 habitants	UTAS Petite-Terre 30 000 habitants
1 responsable	1 responsable	1 responsable	1 responsable	1 responsable
1 secrétaire	1 secrétaire	1 secrétaire	1 secrétaire	1 secrétaire
4 assistants sociaux	3 assistants sociaux	1 assistant social	3 assistants sociaux	2 assistants sociaux
7 agents d'accueil/interprètes	7 agents d'accueil/inter.	7 agents d'accueil/inter.	7 agents d'accueil/inter.	7 agents d'accueil/inter.
1 auxiliaire de vie sociale	1 auxiliaire de vie sociale	2 auxiliaires de vie sociale	Néant	1 auxiliaire de vie sociale
14 agents	9 agents	9 agents	7 agents	7 agents

Source : *DSDS Département de Mayotte*

[723] On relève d'abord que l'effectif de 46 agents affecté à la polyvalence de secteur est affecté à 60% à des missions d'accueil du public, et seulement 14 assistants sociaux (l'effectif théorique a été porté depuis à 15) doivent couvrir les besoins de la population, soit un assistant social pour 15 000 habitants, alors que le taux de couverture habituellement considéré comme satisfaisant est situé dans une fourchette variant entre 3 500 et 5 000 habitants, selon la densité de la population et les contraintes de déplacement des travailleurs sociaux.

- [724] Au cas de Mayotte, où la répartition des effectifs théoriques n'est pas parfaitement adossée à la dimension des secteurs géographiques et à leurs populations respectives, **la sous-dotation des UTAS en personnel qualifié est reconnue**. Une augmentation des effectifs serait cependant difficilement envisageable, selon la DSDS, en raison du manque d'attractivité de la fonction, qui souffre de l'absence de moyens matériels, principalement de véhicules permettant de procéder à des visites à domicile.
- [725] Les constats opérés par la mission, qui s'est déplacée au siège de la DASTI et dans quatre des cinq UTAS²⁰³, confirment que le nombre des travailleurs sociaux et les moyens mis à la disposition ne permettent pas de répondre aux attentes d'un public en situation de grande précarité, qui sollicite avant tout une aide financière destinée à la satisfaction des besoins les plus élémentaires, manger et trouver un abri. Les demandes d'aide n'émanent pas seulement de la population étrangère en situation irrégulière, mais aussi d'étrangers en situation régulière et, de plus en plus, de Mahorais de nationalité française qui s'enfoncent dans la précarité faute de travail²⁰⁴ et alors que les prestations servies au titre d'autres mécanismes de solidarité sociale tels que le RSA, les allocations chômage ou les allocations familiales restent inférieures à celles du droit commun.
- [726] Ainsi, sur les 6 500 situations traitées par les UTAS en 2014, **50% se rapportaient à des situations de précarité**, 20% à des problématiques d'accès aux droits, 7% à des difficultés de logement. La protection de l'enfance et les problèmes familiaux ne représentaient que 15% des demandes d'aide, les questions de santé et de handicap 6%.
- [727] **En 2014, 37% des demandes n'ont reçu aucune suite**. Sur les 4 150 réponses, **53% se sont traduites par une aide alimentaire**. Chaque assistant social dispose en effet de bons alimentaires (70€) qui peuvent être remis aux personnes en difficulté. Il peut en outre accorder "un droit de tirage" sur l'aide alimentaire distribuée par des associations caritatives participant à des programmes d'aide alimentaire financés par l'Etat ou le Département. Cependant le volume des aides distribuées restent très modeste : pour 2014, seulement **1070 bons alimentaires ont été distribués par les services du Département, et chaque assistant social a disposé d'un seul droit de tirage hebdomadaire sur l'aide alimentaire associative**.
- [728] Les UTAS peuvent également instruire des **dossiers de secours exceptionnels**, dont l'attribution est décidée par une commission départementale des directeurs en charge de l'aide sociale. Les secours exceptionnels sont accordés pour faciliter la résolution d'une difficulté financière, telles que le règlement d'une facture d'eau ou d'électricité, un loyer, des frais d'obsèques...Or les familles sont en demande sur d'autres dépenses, comme l'achat d'équipement de première nécessité (réfrigérateur, matelas, vêtements pour les enfants...). Il peut aussi être mobilisé à ce propos les crédits consacrés aux aides mensuelles, qui sont accordées selon la même procédure et qui permettent, en pratique, le versement d'une aide répartie sur trois mois pour faire face à une dépense récurrente (loyer par exemple).
- [729] Comme pour l'aide alimentaire, les fonds distribués restent très limités. Pour 2014, l'ensemble des aides financières constituées par les secours exceptionnels et les aides mensuelles s'élèvent à 80 000 €. Elles ont concerné **9% des réponses apportées** par les UTAS. ; on peut en déduire qu'environ 350 demandes ont été satisfaites, pour un montant moyen de l'ordre de 225 €.

²⁰³ UTAS Mamoudzou, intégrée au centre médico-social de Mtsapéré, UTAS Nord, UTAS Centre et UTAS Sud

²⁰⁴ En 2014, 19,6% de la population active était au chômage ; ce taux était pour les femmes de 28,8%, et de 45,3% pour les 15-25 ans. *Source : INSEE enquête Emploi Mayotte 2014*

- [730] Le travail accompli par les UTAS en dehors de ces aides matérielles aux familles en difficulté reste modeste. L'accès à un logement social est la réponse apportée dans 7% des situations traitées (mais elle se concrétise en pratique par une demande d'intervention de la plateforme d'orientation et de gestion des demandes d'hébergement d'urgence animée par la Croix-Rouge), le signalement d'un enfant en danger dans 2%, l'accompagnement sur des questions de santé dans 8% des situations. **L'accompagnement social vers l'insertion**, à laquelle il est fait explicitement référence dans la dénomination de la direction en charge de l'action sociale territoriale, représente **14% des réponses** apportées en 2014. C'est la plus importante activité après la distribution de l'aide alimentaire. Cependant, le rapport de la DSDS indique à ce propos que "*le sous-effectif ne permet qu'un accompagnement cosmétique*".
- [731] Les données d'activité de la DASTI pour 2015 ne sont pas encore connues, mais les constats effectués par la mission et les moyens attribués à la direction permettent de considérer qu'elles seront marquées par une chute d'activité, **un tiers des postes d'assistants sociaux ayant été vacants cours des trois premiers trimestres de l'année**²⁰⁵.

2. DES PRESTATIONS QUI NE REPONDENT PAS AUX BESOINS

2.1 Une coopération inter-services défaillante

- [732] Lors de ses déplacements, la mission a constaté que les synergies escomptées entre le service d'action sociale territoriale et les autres services implantés qui sont en charge de publics ciblés (famille et enfance, personnes âgées, handicapés) ne jouent pas. Il est vrai que les responsables d'UTAS, qui semblent se consacrer essentiellement à des tâches de gestion administrative et à la supervision du personnel de la DASTI, n'ont aucune autorité fonctionnelle sur les agents des autres directions. Leurs principaux échanges portent sur la répartition des moyens matériels mutualisés entre les directions, principalement sur le sujet qui cristallise toutes les tensions : le calendrier d'utilisation de la voiture de service attribuée au site de l'UTAS. En revanche, les responsables d'UTAS, bien qu'ayant les compétences requises puisqu'il s'agit de travailleurs sociaux, ne s'impliquent pas dans la coordination des services, et les échanges ponctuels entre les directions présentes sur des situations individuelles, *a fortiori* la recherche conjointe de réponses sociales appropriées, n'interviennent qu'à l'initiative personnelle des travailleurs sociaux. Mais les relations interpersonnelles restent souvent délicates. On peut même observer de grandes tensions entre les agents, directement liées à la pénurie de moyens et aux conflits qui en découlent, en l'absence de règlements intérieurs. Paradoxalement, c'est avec d'autres services locaux du Département tels que la PMI, bien que généralement localisés ailleurs, que la coopération est la plus fructueuse. Elle porte principalement sur la malnutrition des enfants, pour laquelle la PMI sollicite des aides alimentaires.

²⁰⁵ Selon une note interne du 27 juillet 2015 communiquée à la mission, 5 postes d'assistants sociaux étaient alors vacants à la DASTI sur un effectif total de 15, il a été procédé au recrutement de 4 professionnels dans le courant du mois d'août.

2.2 Un cadre juridique obsolète et discriminatoire

- [733] L'accueil et la prise en charge des immigrés en situation irrégulière, paraissent obéir à des règles ambiguës, peu conformes au droit en vigueur. De nombreux témoignages recueillis par la mission, tant auprès d'agents du Département que d'observateurs du secteur associatif, tendent à démontrer que les résidents clandestins, bien que se trouvant généralement dans une situation d'extrême précarité, hésitent à se rendre dans les UTAS pour solliciter un secours, en raison des risques d'interpellation auxquels ils s'exposent durant les déplacements diurnes. Lorsqu'ils surmontent cette crainte, la consigne serait de leur refuser toute forme d'aide sociale du fait de leur situation irrégulière. Interrogés à ce propos, plusieurs travailleurs sociaux ont justifié ce comportement devant la mission en se référant au contenu du règlement départemental d'aide sociale qui conditionne le bénéfice des prestations d'aide sociale à une obligation de séjour régulier²⁰⁶.
- [734] Ce règlement, dont la rédaction initiale remonte à 1995, est le seul cadre de référence pour les travailleurs sociaux en l'absence de guide, de référentiel, ou de toute autre forme d'instructions écrites sur les conditions d'attribution des aides sociales. Toutefois sa validité est sujette à caution et son contenu demeure même indéterminé.
- [735] La dernière version du règlement d'aide sociale qui semble avoir fait l'objet d'une validation est celle de 2007, adoptée par délibération du 30 mars 2007. Depuis cette date, différentes versions ont vu le jour, notamment en 2010, puis en 2011, au lendemain de la départementalisation, sans toutefois qu'un vote du Conseil général en valide les termes et donne à ce document une valeur réglementaire. Le Directeur général adjoint en charge de la DSDS a indiqué à la mission qu'il se consacrait encore en 2015 à la rédaction d'une nouvelle version, pour tenir compte cette fois de l'extension à Mayotte du Code de l'action sociale et des familles. Bien que la version de 2007 soit la seule qui ait force réglementaire, d'autres versions circulent, et les travailleurs sociaux interrogés à ce propos se réfèrent le plus souvent à la version 2010.
- [736] Même dans le projet disponible le plus récent, celui de 2011 le règlement départemental d'aide sociale conditionne le bénéfice de ces prestations à une **résidence permanente et régulière à Mayotte depuis au moins 15 ans et à la présentation d'un titre de séjour en cours de validité. Plus loin, ce règlement précise que les bénéficiaires de l'aide sociale doivent avoir la nationalité française**, ou être réfugiés ou apatrides, ressortissants d'un pays de l'Union européenne ou d'un pays ayant passé avec la France un accord de réciprocité.
- [737] Le Code de l'action sociale et des familles auquel se réfère explicitement le règlement pose pour principe que toute personne résidant en France bénéficie de toutes les formes d'aide sociale sous réserve, pour les étrangers, du respect de conditions particulières pour certaines d'entre elles :
- la condition de séjour ininterrompu depuis au moins 15 ans ne concerne en droit commun que l'attribution d'allocations aux personnes âgées (au cas particulier de Mayotte, c'est aussi la durée de séjour exigée pour l'accès au RSA).
 - **La condition de régularité du séjour s'applique à toutes formes d'aide sociale départementale à l'exception des prestations de l'aide sociale à l'enfance.**

²⁰⁶ Les travailleurs sociaux de la DASE, qui peuvent également proposer des aides alimentaires et des secours, pour un montant encore plus modeste, affirment ne pas s'interdire d'en faire bénéficier les familles étrangères en situation irrégulière.

[738] Il découle de ces dispositions légales que le Département n'est pas fondé à refuser aux étrangers en situation irrégulière le bénéfice des prestations d'aide sociale à l'enfance. Or les aides directes à la personne qui constituent l'essentiel de l'activité des UTAS relèvent de cette catégorie : toutes les formes d'aide financières, qu'il s'agisse de secours ponctuels, dont font partie les bons d'aide alimentaire, ou d'allocations mensuelles, sont accordées par les UTAS au titre de l'aide que doivent fournir les départements aux parents en difficulté pour l'entretien de leurs enfants et aux femmes enceintes (articles L222-2 et L222-3 CASF). Elles constituent donc, comme l'indique le règlement départemental qui les prévoit, des prestations d'aide sociale à l'enfance.

3. UNE DIRECTION DONT L'UTILITE N'EST PAS DEMONTREE

[739] Au terme de ses constats, la mission observe que le dispositif en place est totalement disproportionné au regard des services rendus. Loin de répondre aux attentes du public concerné et d'assurer sa mission de veille sociale et d'accompagnement, l'action sociale territoriale, faute de moyens, s'en tient à une logique de guichet et se consacre à la distribution parcimonieuse de prestations financières auxquelles les familles étrangères en situation irrégulière, pourtant les plus déshéritées, ne peuvent même pas prétendre. Le coût du dispositif apparaît exorbitant par rapport au volume des aides attribuées. Pour distribuer les 155 000 € consacrés en 2014 aux aides en faveur des familles en difficulté, le Département a mobilisé sur site 46 personnes, dont 14 travailleurs sociaux hautement qualifiés dont la rémunération correspond à elle seule à 420 000 € de charges²⁰⁷ pour la collectivité...

[740] La présence dans les territoire d'action sociale de travailleurs sociaux qualifiés pour répondre aux problématiques de protection de l'enfance et de suivi des familles en situation précaire, d'aide aux personnes âgées, d'accompagnement social des personnes handicapées doit permettre de répondre aux attentes du public visé. Pour ceux qui n'entrent pas dans ces catégories, notamment les actifs sans enfant en difficulté d'insertion ou en demande d'une prise en charge sanitaire, d'autres institutions publiques sont en place pour les accompagner. Il s'agit, notamment, des centres communaux d'action sociale (CCAS), dont la création est désormais obligatoire à Mayotte, de la mission locale pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes, de la caisse de sécurité sociale...

[741] En conséquence, la mission préconise la dissolution de la DASTI et le redéploiement de ses agents dans les services territoriaux des autres directions en charge de l'aide sociale et de la prévention maternelle et infantile. L'augmentation des effectifs de ces services justifiera la désignation d'un responsable local, lorsqu'un tel cadre n'est pas déjà en place, et l'attribution en propre à chacun de ces services de moyens matériels adaptés à ses missions. S'agissant des moyens qui sont susceptibles d'être mutualisés ou de ceux dont la mutualisation s'impose (les locaux, le personnel d'entretien et de gardiennage...), la désignation d'un agent administratif chargé, en concertation avec les cadres des directions hébergées, de la coordination administrative et des moyens supports, pourrait être une solution appropriée.

²⁰⁷ Calcul de la mission sur la base des coûts paramétriques de personnel communiqués par la DSDES.