



Inspection générale
des affaires sociales

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

TOME 1 : RAPPORT

Établi par

Dr Pierre ABALLEA et Yves RABINEAU

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- Février 2016 -

2015-087R

SYNTHESE

- [1] Mayotte, devenu département en 2011, connaît une situation « extra-ordinaire » à bien des égards au sein de la France. Il ne s'agit pas tant de sa situation géographique éloignée, ni même de son insularité, que connaissent d'autres collectivités d'outre-mer, que de sa situation démographique en très forte expansion (la population double tous les 15-20 ans) marquée par la persistance d'une pression migratoire durable sans équivalent, et de sa situation socio-économique très défavorable.
- [2] La protection maternelle et infantile (PMI) assure un rôle de premier plan dans l'offre de premier recours, qui repose presque exclusivement sur les services publics de santé : elle suit le développement de 2 grossesses sur trois et de 4 enfants sur 5. Elle peine à assurer ses missions de base au regard de l'évolution démographique - il y a eu 9000 naissances en 2015 soit + 22% en un an.
- [3] L'aide sociale à l'enfance (ASE) est également confrontée à cette situation hors du commun alors que la moitié des 230 000 habitants de Mayotte ont moins de 18 ans et que nombre d'entre eux et leurs familles vivent dans une très grande précarité, en particulier les migrants en situation irrégulière. Les réponses de l'ASE ne sont pas adaptées aux enjeux par manque de diversification des outils mis en œuvre (le placement familial tient une place prépondérante dans les dépenses). Certains dispositifs sont inexistantes (aides financières par exemple), les autres inopérants, faute de professionnels qualifiés et de moyens en quantité suffisante.
- [4] L'absence de moyens de fonctionnement et le défaut de pilotage sont patents. Le département consacre une part essentielle de son budget de fonctionnement à la rémunération des agents, il mobilise même sa capacité budgétaire pour faire venir à grands frais des professionnels hautement qualifiés de la métropole, mais ne leur fournit pas la possibilité d'exercer normalement leur métier : les moyens matériels les plus élémentaires font régulièrement défaut.
- [5] La gouvernance défaillante de la Direction de la solidarité du Département, au sein de laquelle opèrent les directions en charge de l'ASE et de la PMI, a amplifié les difficultés. Cette structure d'autorité n'a pas su traiter la crise interne que connaît la direction de l'ASE depuis l'automne 2014 ni suppléer de manière suffisante l'absence de direction de la PMI depuis 2014 également. Le schéma départemental de la famille et de l'enfance bâti en 2009 n'a pas été mis en œuvre et sa refonte a pris du retard. Aucune des deux directions n'a par ailleurs de projet de service. Cette absence de cadre stratégique rend incertaine, faute d'identification des besoins réels, la possibilité pour le Département de bénéficier pleinement des crédits inscrits dans le contrat de plan Etat-Région et le programme opérationnel FEDER-FSE de l'Union européenne.
- [6] Par ailleurs, les conditions de fonctionnement des services particulièrement dégradées contribuent au « turn-over » très important des professionnels qualifiés, qui doivent être recrutés pour l'essentiel hors département. Le territoire souffre en particulier d'une pénurie de médecins et d'éducateurs spécialisés. Mais les conditions de vie difficiles et l'insécurité grandissante le rendent de moins en moins attractif. De plus les normes de droit commun qui s'appliquent désormais à Mayotte conduisent à une insécurité juridique qui contribue à la désaffectation des professionnels.
- [7] 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 l'Agence régionale de santé (ARS), le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) ou le Département, ou des professionnels qui agissent dans le champ sanitaire et social, des obligations qui sont insoutenables dans le contexte mahorais. La satisfaction des besoins ne pourra être assurée que par la mise en place d'un cadre juridique spécifique, tenant compte des compétences disponibles. Il devra à cet égard être pris en considération l'existence de ressources dans la société mahoraise qui pourraient être opportunément mobilisées pour la prise en charge des enfants en danger. C'est particulièrement

vrai pour l'accompagnement des mineurs isolés, terme qui recouvre à Mayotte une réalité très éloignée de celle que vise le concept de mineur isolé étranger (MIE) utilisé partout ailleurs.

- [8] Le nouvel exécutif départemental souhaite revoir l'organisation de ses services. Une direction de l'Enfance et de la Famille qui réunirait les directions de l'ASE, de la PMI et une partie des effectifs actuellement mobilisés par des services de polyvalence de secteur sous productifs, pourrait être l'occasion de refonder l'action sociale en faveur des femmes et des enfants.
- [9] La restauration de la gouvernance ne suffira cependant pas à relancer les deux politiques publiques si des modes de financement originaux ne sont pas mis en œuvre.
- [10] En matière d'aide sociale à l'enfance et de protection maternelle et infantile en particulier, l'effort budgétaire du Département est finalement plus important que ce l'on pouvait croire. Ce sont au total 27,3 M€ qui auront été consacrés aux dépenses de l'ASE (9,6 M€) et de la PMI (14,6 M€) en 2015. Ces chiffres sont respectivement deux fois et trois fois plus élevés que ceux qui étaient communément retenus jusqu'à présent.
- [11] Pour autant, il ne fait pas de doute que ces crédits restent insuffisants au regard des besoins. Si le Département devait assurer l'ensemble des missions qui lui incombent pour une population de mineurs aussi importante selon les pratiques professionnelles habituelles, cette somme devrait être vraisemblablement multipliée par trois.
- [12] Le Département est lésé par le fait que des ressources auxquelles il peut prétendre ne lui sont pas versées :
- Les missions PMI et ASE reprises par la collectivité de Mayotte en 2006 et 2008 n'ont pas été prises en considération lors de la départementalisation de 2011. En matière d'ASE, le sujet a été identifié et un projet de rebasage de la dotation globale de fonctionnement (DGF) est en cours, quoique sur une base très sous-évaluée (4,3 M€). En matière de PMI, le sujet est identique mais n'a pas été abordé jusqu'ici. Il conviendrait de rebaser la dotation globale de fonctionnement (DGF) dans le PLF 2017 sur la base des estimations actualisées et prévoir un mécanisme de compensation pour les années antérieures.
 - Par ailleurs, la facturation des actes et consultations de la PMI par le Département à l'Assurance maladie, vient d'être relancée. Mais ceci ne concerne pas les non-affiliés étrangers qui, en l'absence d'aide médicale de l'Etat (AME) à Mayotte, ne sont pas couverts. Or les frais médicaux pour cette population qui représente 80% des consultations de PMI Femmes et 60% de PMI Enfants, doivent être pris en charge par l'Etat selon la législation applicable. En conséquence, une ligne budgétaire pérenne devrait être créée dès le PLF 2017.
- [13] Mais cette régularisation ne pourra pas, à elle seule, donner au Département les recettes suffisantes pour amener les deux politiques considérées à la hauteur des besoins recensés. Or sa situation financière ne lui laisse aucune capacité pour dégager les fonds nécessaires. Il faut donc rechercher des sources de financement novatrices qui passent par des concours financiers de l'Etat et/ou de la Caisse nationale d'allocations familiales, et qui seraient attribués au Département sous conditions d'affectation de ces recettes aux politiques de protection de l'enfance et de la famille.
- [14] Au final, la situation extra-ordinaire que connaît Mayotte nécessite non seulement un assouplissement des normes sanitaires et sociales, mais encore un effort de la solidarité nationale hors du commun avec la mise en place de financements à la hauteur des enjeux actuels et à venir.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION	7
1. CARACTERISTIQUES DE MAYOTTE ET DES SERVICES DU DEPARTEMENT.....	9
1.1 Les spécificités de Mayotte justifient un cadre juridique approprié.....	9
1.1.1 La situation socio-économique de Mayotte est « extra-ordinaire ».....	9
1.1.2 Un déficit en personnel qualifié est pérenne dans le secteur sanitaire et social.....	14
1.1.3 Une révision du cadre normatif est nécessaire.....	15
1.2 La PMI et de l'ASE souffrent d'une gouvernance et de conditions de travail déficientes	19
1.2.1 La gouvernance des directions est défaillante	19
1.2.2 Les conditions de travail sont très dégradées	23
2. CONSTATS ET PROPOSITIONS SUR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE.....	27
2.1 L'offre de service de la PMI s'est contractée.....	27
2.2 Les besoins des usagers de la PMI sont exceptionnellement importants.....	31
2.3 Le système d'information actuel doit être conforté	32
2.4 L'activité des PMI décroît depuis 2011 et ne couvre qu'une partie des besoins.	32
2.4.1 L'activité PMI, concentrée sur les consultations, a décliné depuis 2011	32
2.4.2 Ces activités de consultation ne couvrent qu'une partie des besoins	33
2.5 Les autres activités attendues d'une PMI sont très en retrait voire inexistantes.....	34
2.6 Les travailleurs médico-sociaux ne sont pas mobilisés.....	35
2.7 Les emplois, conformes en nombre aux normes, sont irrégulièrement pourvus dans le temps...36	
2.8 Les conditions de travail et la logistique d'approvisionnement en produits pharmaceutiques sont défaillantes.....	38
3. CONSTATS ET PROPOSITIONS SUR L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE.....	39
3.1 Le cadre stratégique et les outils de pilotage font défaut.....	39
3.1.1 Le schéma directeur.....	39
3.1.2 Les outils de pilotage.....	40
3.1.3 L'organisation des services	41
3.2 La cellule de traitement des informations préoccupantes est inefficace	43
3.3 La gestion des adoptions manque de rigueur.....	45
3.4 La capacité du département à gérer des tutelles et les administrations <i>ad hoc</i> devrait être préservée	45
3.5 L'action éducative en milieu ouvert reste à bâtir	46
3.6 Les modes de placement doivent être diversifiés	48
3.6.1 Le placement familial.....	48
3.6.2 Les autres modes de placement susceptibles d'être mis en œuvre.....	52
3.7 D'autres acteurs que le Département s'investissent dans l'aide sociale à l'enfance.....	54
4. CONSTATS ET PROPOSITIONS SUR LE FINANCEMENT DES MISSIONS DE PROTECTION DE L'ENFANCE DU DEPARTEMENT	55
4.1 Les dépenses de fonctionnement de la DASE et de la DSPMI sont sous- appréciées.	55
4.2 Le Département ne mobilise pas les recettes auxquelles il peut prétendre	58
4.2.1 Les missions ASE et PMI ne sont pas prises en compte dans la dotation globale de fonctionnement.....	58
4.2.2 L'Etat ne rembourse pas le coût des actes délivrés aux non-affiliés.....	59

4.3	La situation exceptionnelle de Mayotte justifie un financement de la politique de protection de l'enfance dérogatoire au droit commun.....	60
4.3.1	La part de l'ASE dans le budget départemental reste très modeste.....	60
4.3.2	Les crédits consacrés à la protection de l'enfance ne permettent pas de faire face aux besoins.....	61
4.3.3	Les instruments financiers actuels de l'Etat ne suffiront pas.....	61
4.3.4	Les actions susceptibles d'être cofinancées par les fonds européens.....	63
4.3.5	Des financements spécifiques doivent être conçus et mis en œuvre.....	65
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	67
	LETTRE DE MISSION.....	71
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	73
	En Métropole.....	73
	A la Réunion.....	74
	A Mayotte.....	75
	Conseil départemental de Mayotte.....	75
	Administrations d'Etat et organismes de soins et de protection sociale.....	80
	SIGLES UTILISES.....	83

INTRODUCTION

- [15] Par courrier en date du 22 avril 2015, le président du Conseil départemental de Mayotte nouvellement élu a saisi Madame la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes d'une demande de mission d'inspection et de conseil confiée à l'Inspection générale des affaires sociales. Cet appui demandé à l'Etat se fondait sur le constat de dysfonctionnements des services départementaux placés sous l'autorité du directeur général adjoint chargé des politiques sociales et l'existence d'un conflit ouvert entre ce cadre, la directrice de l'aide sociale à l'enfance placée sous son autorité, et une partie du personnel du conseil Départemental.
- [16] Par lettre de mission du 1^{er} juin 2015 adressée à l'IGAS, Madame la ministre et Madame la secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie, ont prescrit la conduite d'une mission d'appui comportant notamment des vérifications sur quatre points : les mesures prises en vue de répondre aux recommandations du Défenseur des droits en matière d'aide sociale à l'enfance à Mayotte; l'analyse du schéma directeur et du projet de service de l'aide sociale à l'enfance ; l'analyse des articulations avec les acteurs de la protection judiciaire de la jeunesse et l'agence régionale de santé; enfin, l'adéquation des ressources mobilisées aux missions relevant de l'aide sociale à l'enfance. Le Chef de l'IGAS a désigné le Dr Pierre ABALLEA et M. Yves RABINEAU pour conduire cette mission.
- [17] La mission a été élargie lors de sa phase de cadrage, en juillet 2015, au fonctionnement du service départemental de la protection maternelle et infantile. En effet, les synergies à entretenir entre les activités de protection maternelle et infantile (PMI) et d'aide sociale à l'enfance (ASE) sont essentielles dans ce département où plus de la moitié de la population est âgée de moins de 18 ans et leur pilotage y a été confié à une même direction générale. Par ailleurs, la mission a estimé devoir se pencher sur l'organisation et le fonctionnement d'autres services départementaux de l'aide sociale lorsqu'ils exercent une partie des attributions relevant de la protection de l'enfance ; c'est en particulier le cas de la Direction de l'action sociale territorialisée et de l'insertion (DASTI), en charge des services territoriaux d'action sociale.
- [18] Le concours apporté par l'IGAS aux autorités départementales a été publiquement annoncé par celles-ci et justifié par la nécessité de compléter l'enquête administrative diligentée depuis avril 2015 en interne par l'inspection générale des services du département. Le document stratégique « Mayotte 2025 », signé le 12 juin 2015 par le Monsieur le Premier ministre et l'ensemble des élus mahorais fait également référence à la contribution attendue de l'IGAS pour l'axe relatif au renforcement du secteur sanitaire et de la cohésion sociale à Mayotte. Parmi les dispositions retenues figure le fait de « Favoriser le pilotage de la protection de l'enfance par le Département, en s'appuyant notamment sur une mission de l'Inspection générale des affaires sociales »¹.
- [19] L'accession très récente de Mayotte au statut de département et le contexte particulièrement difficile dans lequel les missions d'aide sociale y sont exercées ont conduit la mission à privilégier une approche en termes d'évaluation et d'accompagnement de la collectivité territoriale dans sa démarche prospective, par préférence à une logique d'inspection centrée sur un contrôle d'application des normes en vigueur.

¹ Mayotte 2015, une ambition pour la République. Document stratégique, 23 pages

- [20] L'inspection générale des affaires sociales n'a pas qualité pour porter un jugement et pour définir des responsabilités à propos des sur les conflits interpersonnels qui perturbent le bon fonctionnement et la gouvernance des services, évoqués par M. le Président du Conseil départemental dans sa demande initiale. La mission n'a pas estimé devoir procéder à des investigations particulières sur ces faits, alors qu'une enquête administrative est conduite en interne et que plusieurs enquêtes judiciaires sont diligentées à ce propos par le procureur de la République. Elle a toutefois pris connaissance du rapport provisoire établi par l'inspectrice générale des services du Département ; ce document, actuellement soumis au contradictoire, devrait être remis à l'exécutif du Département début 2016.
- [21] Deux phases d'investigations sur place ont été conduites, en septembre puis en novembre 2015 à la Réunion et à Mayotte, où la mission aura séjourné plus de six semaines au total. Sur place, la mission a rencontré l'ensemble des services départementaux et procédé à des contrôles sur pièces ; elle a pu se rendre dans quatre des cinq circonscriptions sociales et de PMI du département ; elle a rendu visite à des familles d'accueil et échangé avec leurs représentants. Elle s'est également rapprochée des acteurs associatifs œuvrant en matière de protection de l'enfance et s'est fait présenter leurs dispositifs. Tous les services territoriaux de l'Etat et les opérateurs concernés ont été sollicités par la mission et lui ont apporté leur concours : Préfecture de Mayotte, Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, Vice-rectorat, Direction des finances publiques, Tribunal de grande instance, Centre hospitalier de Mayotte et Délégation de l'Agence régionale de santé. A la Réunion ont également été rencontrés l'Institut régional de formation des travailleurs sociaux, les directions du Centre hospitalier régional, de l'Institut national de la statistique et des études économiques, ainsi que les chefs de la Cour d'appel.
- [22] En métropole, la mission a échangé avec les directions des administrations centrales des ministères en charge des affaires sociales (DAJ, DGCS, DSS, DGS, DGOS) des Outre-mer (DGOM) et de l'Intérieur (DGCL). Plusieurs rencontres se sont également tenues à Paris avec les élus du Département et avec l'Agence régionale de santé.
- [23] Les investigations ont donc porté principalement sur l'aide sociale à l'enfance, la protection maternelle et infantile, et plus succinctement sur la polyvalence sociale de secteur. Ces trois domaines d'action font l'objet d'une annexe spécifique centrée sur la description des services existants et l'analyse de leur fonctionnement actuel. Le coût des missions ASE et PMI y sont notamment détaillés et des projections financières sont construites, à organisation et périmètre d'activités inchangés (Annexes 3 à 5).
- [24] Deux annexes, l'une sur la situation économique et sociale de Mayotte, l'autre sur les lacunes du cadre juridique au regard des problématiques de ressources humaines détaillent les conditions très particulières dans lesquelles doivent être mises en œuvre les politiques de protection de l'enfance à Mayotte (Annexes 1 et 2) Ces données essentielles à la compréhension des recommandations de la mission ne sont que succinctement rappelées en première partie du rapport. Il est proposé aux lecteurs qui seraient peu au fait de la situation très atypique de Mayotte de prendre le temps de leur lecture, car beaucoup de référentiels hexagonaux se révèlent inopérants voire contre-productifs lorsqu'ils sont utilisés pour ce département.
- [25] Le rapport général rappelle donc le contexte de la politique d'action sociale à Mayotte et développe les constats et propositions communes (partie 1), puis détaille ceux relatifs à la politique médico-sociale (partie 2) et à la politique de protection de l'enfance (Partie 3). Enfin, l'insuffisance des financements actuels et les propositions pour dégager les recettes nécessaires sont exposées (Partie 4).

1. CARACTERISTIQUES DE MAYOTTE ET DES SERVICES DU DEPARTEMENT

1.1 Les spécificités de Mayotte justifient un cadre juridique approprié

- [26] 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 plusieurs îlots.
- [27] **Mayotte est devenue le 101^{ème} 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.
- [28] Il y a convergence des analyses témoignant d'une situation très particulière du département par rapport à la métropole et aux autres DOM.

1.1.1 La situation socio-économique de Mayotte est « extra-ordinaire »

1.1.1.1 Une forte croissance démographique impactée par une augmentation récente des naissances

- [29] Sur sa petite surface, **212 645 personnes vivaient à Mayotte selon le dernier recensement de la population de l'INSEE de 2012**. L'évolution démographique est spectaculaire (triplement 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.
- [30] Le rythme de croissance, bien qu'en train de s'atténuer, va rester élevé². L'outil de projection proposé par l'Institut national des études démographiques (INED) montre que, même dans l'hypothèse d'une contraction du taux de croissance de la population de 2,7% observé entre 2002 et 2012, Mayotte atteindra les 300 000 habitants à l'horizon 2025 et 400 000 habitants à l'horizon 2040³.
- [31] L'hypothèse de ralentissement de la croissance démographique de l'INED ne se confirme plus dans une période récente puisque le nombre des naissances a augmenté depuis deux ans dans des proportions considérables : + 11% en 2014 et à nouveau plus de 22% en 2015 pour dépasser les 9000 naissances contre une moyenne de 7000 les quatre années précédentes.
- [32] Les mineurs représentaient 50,9% des habitants en 2012 (soit 108 000 personnes âgées de moins de 18 ans, dont 40 080 enfants de 0 à 5 ans révolus). Si la courbe des naissances ne s'infléchit pas, la population des mineurs atteindra 170 000 dans 18 ans. A supposer même que l'augmentation actuellement observée soit conjoncturelle, et qu'on revienne à un rythme de l'ordre de 7 500 naissances par an, **la politique de protection sanitaire et sociale de l'enfance devra être calibrée pour répondre aux besoins d'environ 145 000 mineurs à l'horizon 2030**.

² Ralentissement progressif de 4,1% par an entre 1997 et 2002, à 3,1% entre 2002 et 2007, et 2,7% entre 2007 et 2012 (26 000 habitants supplémentaires) alors qu'il a été que de 0,7% par an en métropole pour cette dernière période

³ <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/jeux/population-demain/>

1.1.1.2 Un phénomène migratoire d'une ampleur exceptionnelle

- [33] 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. **La part de la population de nationalité étrangère semble s'être stabilisée autour de 40%** au recensement de 2012 (contre 6,4% pour l'ensemble du territoire français). Un quart de ces étrangers sont nés à Mayotte ; il s'agit pour l'essentiel de mineurs qui ont vocation à revendiquer la nationalité française à leur majorité, au titre du droit du sol.
- [34] Les étrangers en situation irrégulière sont les plus nombreux. La population étrangère vivant clandestinement à Mayotte en 2012 était estimée par les services de l'Etat, entre 50 à 60 000 personnes en 2012, soit environ 28% de la population totale.⁴
- [35] La part **des étrangers dans la population tend à augmenter** car l'émigration mahoraise semble s'être accélérée depuis quelques années composée principalement de jeunes de moins de 25 ans qui partent s'installer à la Réunion ou en métropole ; de plus, l'accélération brutale du nombre des naissances observées depuis 2013 ne peut s'expliquer que par une arrivée massive de jeunes femmes en provenance des Comores. Une enquête en juin 2015 de l'ARS Océan indien auprès de femmes venant d'accoucher l'a confirmé : 71% des naissances concernaient des Comoriennes, dont la moitié étaient arrivées à Mayotte depuis moins d'un an et plus du quart depuis moins de trois mois.
- [36] Cette attractivité de Mayotte est liée à l'étroite proximité, géographique (70 km de l'île d'Anjouan) mais aussi sociale, culturelle et économique (le PIB par habitant est 13 fois plus important que celui des Comores). Dans une moindre mesure, l'immigration, clandestine ou régulière, concerne Madagascar (qui compte une importante communauté implantée de longue date à Mayotte), mais également des Africains de la Côte Est (Kenya) ou de la Région des Grands Lacs (Congo, Rwanda, Burundi).

1.1.1.3 Une identité culturelle forte et originale

- [37] 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 chafiiite). Il s'agit pourtant 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.
- [38] 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* »⁵.

⁴ Préfecture de Mayotte, diagnostic stratégiques territorial de Mayotte, novembre 2012, Annexe 2

⁵ David Guyot, sociologue, entretien avec la mission le 30 novembre 2015.

1.1.1.4 Un nombre de mineurs en danger diversement apprécié

- [39] Si on se référait aux moyennes nationales d'activité des départements en matière d'ASE, le Département devrait avoir **une capacité d'exécution simultanée de 2 250 mesures individuelles**⁶, pour couvrir le risque « mineur en danger ». Compte tenu de l'existant (moins de 700 mesures éducatives et placements par an détaillées dans l'Annexe n°4 « L'ASE à Mayotte : Etat des lieux »), un tel objectif supposerait de multiplier par 3 la capacité du Département. En outre, cette estimation 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**, qui sont présumés en danger dès lors qu'il est établi qu'ils sont « privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille (...) »⁷. Il convient donc de s'interroger sur la nécessité de surdimensionner les dispositifs en place par rapport aux ratios métropolitains pour tenir compte de cette problématique particulière.
- [40] 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 aurait pratiquement autant de mineurs isolés à Mayotte que sur tout le reste du territoire français⁸. Le phénomène est apparu suffisamment préoccupant pour qu'à l'initiative du représentant de l'Etat à Mayotte un Observatoire des mineurs isolés (OMI) soit créé et entreprenne d'en mesurer la réalité. Les travaux de l'OMI apportent la démonstration du caractère particulier des mineurs isolés à Mayotte, qui ne doivent pas être assimilés aux mineurs isolés étrangers (MIE) récemment immigrés auxquels il est généralement fait référence en métropole.
- [41] Les données du recensement INSEE de 2012, malgré une approche un peu différente recoupe dans une large mesure les estimations fournies par l'OMI, avec l'avantage qu'il s'agit d'un comptage exhaustif, ce qui conduit la mission à privilégier cette approche consistant à recenser l'ensemble des mineurs éloignés physiquement de leurs parents de manière pérenne, que cet éloignement soit volontaire (par ex. enfant confié à la garde d'un proche) ou forcé (parents « expulsés »). L'INSEE met en évidence le caractère spécifique du phénomène à Mayotte et permet de relativiser son ampleur :
- ✓ 47% % des mineurs isolés sont de nationalité française ;
 - ✓ **Moins de 400 mineurs sont réellement isolés** 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 ;
 - ✓ 45% des mineurs pris en charge par un tiers non apparenté sont de nationalité française.

⁶ Pour le 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 (réparties à parts égales entre les actions éducatives en milieu ouvert ou à domicile et les mesures de placement). Source : DRESS, Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2013 ; INSEE, estimation provisoire de population au 1/01/2104

⁷ 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. »

⁸ 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.

- [42] **Si tous ces mineurs peuvent être considérés comme isolés au sens juridique du terme, un grand nombre d'entre eux ne répondent 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 et un devoir de protection. Dans la société mahoraise traditionnelle 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. Dans ce modèle, 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 à son tour.
- [43] Les 3000 ou 4000 mineurs considérés comme « isolés » à Mayotte ne nécessitent donc pas tous des mesures éducatives. En particulier, **il n'y a pas lieu de sur-dimensionner les dispositifs de placements l'ASE pour répondre aux besoins particuliers des mineurs isolés, mais de concevoir et mettre en œuvre des processus allégés s'adossant aux modes de solidarité sociale observés à Mayotte**. Un calibrage des services et des moyens comparable à ce qui est pratiqué dans les autres départements devrait par conséquent suffire.

1.1.1.5 Une situation sanitaire préoccupante

- [44] La situation sanitaire à Mayotte est très éloignée de celle des autres DOM. **La morbidité et la mortalité sont marquées 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... le poids de maladies chroniques augmente avec le vieillissement de la population.
- [45] L'offre de soins est concentrée en 2015 sur le réseau hospitalier public. le Centre hospitalier de Mayotte 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. 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.
- [46] S'agissant de protection sociale, l'absence de couverture complémentaire maladie pour une bonne partie de la population, faute de 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'AME à Mayotte laisse les nombreux étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire sans aucune couverture maladie.

1.1.1.6 Un niveau de développement économique faible qui favorise une montée de la délinquance

- [47] Le PIB de 7 940 €/habitant reste très inférieur au PIB national (31 100 € par hab.) et aux autres DOM (19 400 €/hab.)⁹. 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 métropole¹⁰. 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

⁹ Données pour 2012, source : INSEE Analyses Mayotte n°7, novembre 2015.

¹⁰ 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

international du travail) 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.¹¹

- [48] 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. 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.
- [49] 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.** La question linguistique est cruciale. **Le français n'est la langue maternelle que d'un habitant sur dix¹² 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 français¹³. 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.
- [50] La situation de précarité et l'absence de travail pour les jeunes favorisent une augmentation sensible de la délinquance. Longtemps cantonné aux 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'arraché, et même des vols sous la menace d'une arme. Le climat d'insécurité freine l'arrivée des cadres et des enseignants, découragent les investisseurs et met en péril les projets touristiques.

1.1.1.7 Un Département qui connaît de graves difficultés financières

- [51] La situation budgétaire des différentes collectivités territoriales mahoraises est très fragile. La Chambre régionale des comptes (CRC) 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.
- [52] 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 sa section de fonctionnement de 45 M€ sur une enveloppe globale de fonctionnement de 312 M€. Ce budget voté en déséquilibre a immédiatement fait l'objet d'une saisine de la CRC par le Préfet. Après corrections du budget en raison de son insincérité, la CRC a ramené le déficit de la section de fonctionnement à 37 M€ pour un montant total des dépenses de 308 M€⁴. 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.
- [53] Il s'avère très difficile de se livrer à des exercices de prévision budgétaire pour les collectivités territoriales mahoraises, en raison des changements radicaux survenus récemment dans la configuration de leurs recettes, et d'une manière générale dans l'évolution des règles fiscales

¹¹ Référence : Enquête emploi Mayotte, Insee Flash Mayotte n°23 décembre 2015.

¹² 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.

¹³ Source INSEE Recensement de la population de Mayotte - 2007 Population de 14 ans ou plus par sexe, nationalité, lieu de naissance et langues parlées

¹⁴ 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

consécutives à la départementalisation, qui a entraîné l'application de la fiscalité de droit commun¹⁵ (réforme de la fiscalité foncière, suppression des droits de douanes et instauration de l'octroi de mer, transfert des recettes de l'impôt sur le revenu à l'Etat...).

1.1.2 Un déficit en personnel qualifié est pérenne dans le secteur sanitaire et social

- [54] 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** en personnel soignant et en personnel socio-éducatif, alors que la qualification de tels professionnels (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, éducateurs spécialisés, assistants de service social...) implique la capacité de satisfaire à des épreuves de sélection de haut niveau suivies d'études supérieures de longue durée.
- [55] 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.
- [56] 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. 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 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 places¹⁶. C'est insuffisant pour pallier le manque d'infirmiers à Mayotte, qui ne disposait, selon l'ARS Océan indien 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 national¹⁷. Et, bien que cette formation soit en place depuis 15 ans, un tiers seulement des infirmiers en activité sont originaires de Mayotte.
- [57] Dans le secteur social et médico-social, les autorités ont entrepris, dès 1998, de faciliter la formation de professionnels originaires de Mayotte 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 professionnels venant de Mayotte. Depuis la convention initiale de 2006, le Département a consacré 2,3 M€ à ce dispositif¹⁸. A ce jour, 63 diplômes d'Etat ont été délivrés dans ces conditions par l'IRTS (37 assistants de service social, 18 éducateurs spécialisés et 8 éducateurs de jeunes enfants), et 54 étudiants et stagiaires sont actuellement en formation.

¹⁵ 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

¹⁶ 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 diplômes 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.

¹⁷ Selon la DREES, 600 000 infirmiers exerçaient en France au 1er janvier 2014 pour une population de 66 Millions d'habitants.

¹⁸ Source IRTS, tableau de financement des stagiaires de Mayotte, remis à la mission

- [58] 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 durée¹⁹. 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. Cette ressource présente de nombreux inconvénients et risque de se tarir en raison du surcoût généré par l'indemnisation de l'éloignement.
- [59] Par ailleurs, la qualité du service rendu est affaiblie par les obstacles linguistiques et culturels. Pour des professionnels du secteur sanitaire et social, le fait de ne pas maîtriser la langue d'échange avec les usagers qu'ils prennent en charge constitue un sérieux handicap. Or 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. Le travail social et médico-social suppose aussi, pour être pertinent, une bonne maîtrise du cadre socioculturel dans lequel évolue le public pris en charge. Cette distorsion entre les savoirs professionnels adossés à des normes européennes et les réalités locales est particulièrement marquée dans le champ socio-éducatif.
- [60] **Les employeurs éprouvent des difficultés 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 collectivités territoriales, s'agissant des 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 pourvu²⁰.
- [61] L'insécurité physique 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. L'insécurité professionnelle constitue un autre frein. 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. Les professionnels du secteur social et médico-social rencontrés par la mission se déclarent conscients du 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.
- [62] 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 en limiter les effets une évolution normative spécifique à Mayotte est nécessaire.

1.1.3 Une révision du cadre normatif est nécessaire

- [63] Depuis la départementalisation, le principe de l'identité législative est généralisé.
- Le code de la santé publique, parties législative comme réglementaire, s'applique désormais presque intégralement à Mayotte sous réserve de quelques adaptations qui feront l'objet d'une ordonnance qui vient d'être autorisée²¹ ;
 - Le code de l'action sociale et des familles est quant à lui totalement applicable depuis 2015.

¹⁹ 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

²⁰ 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.

²¹ Loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

- [64] L'adaptation de ces codes aux particularités de Mayotte n'a porté jusqu'ici que sur des aspects marginaux.
- [65] Par contre, 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.
- Des travaux sont en cours s'agissant du code du travail, dont le programme « Mayotte 2025 » fixe le terme à l'horizon 2018 ;
 - S'agissant des prestations sociales, 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 : la CMUc et l'AME ne s'appliquent pas à Mayotte. La montée en charge du RSA est en cours (le montant actuel est de 50% du montant métropolitain)
- [66] 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.

1.1.3.1 Le cadre normatif en vigueur est inapproprié

- [67] **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 prises en considération²².
- [68] **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 l'ARS, 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.
- [69] **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 futurs 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-accoucheur, 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.
- [70] 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 le département²³.
- [71] **Ce n'est 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**

²² Cour des comptes. Rapport sur la départementalisation de Mayotte, janvier 2016. Ibid.cit

²³ Source : Observatoire de la démographie des professionnels de la santé de Bretagne - 1/01/2014

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 son encadrement, dans une situation de risque juridique majeur.

- [72] **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 contexte 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 placés excessif au regard aux normes en vigueur, plutôt que de laisser des enfants en errance dans la rue.

1.1.3.2 La pénurie de professionnels justifie un partage de compétences audacieux

- [73] 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 vue 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.**

- [74] 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.

- [75] **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 ans et leur vaccination ne sont effectivement assurés que parce que ces infirmiers acceptent d'aller au delà des compétences qui leurs sont reconnues par la loi. Pout 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.

- [76] A l'inverse, dans la situation de pénurie médicale que connaît Mayotte, **la mobilisation par le Département des médecins salariés de la PMI pour assurer le suivi en première ligne d'enfants sains et pour vacciner apparaît comme un gâchis**. Il semblerait plus rationnel de partager ces ressources avec l'offre de soins de premier recours curatifs (les dispensaires). Au sein de la PMI, leur concours devrait être réservé à une fonction de recours, en leur réservant la prise en charge des situations complexes, mais qui peuvent être détectées par les infirmiers. Il ne s'agit pas ici de promouvoir simplement une délégation de quelques tâches aux infirmiers, telle qu'elle envisagée au niveau national dans le cadre de la loi de 2009²⁴ pour la pratique d'actes médicaux

²⁴ La loi HPST a permis, dans son article 51, des coopérations, cadrées par des protocoles qui en précisent l'objet et la nature, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé : l'ARS joue un rôle majeur dans le diagnostic, partagé avec les professionnels, et l'instruction des projets ; elle les soumet à la

encadrée par le médecin prescripteur. **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.

[77] 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.

[78] « 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 référent s'il l'estime nécessaire.

[79] La loi de modernisation de notre système de santé²⁵ aménage désormais la possibilité de « pratiques avancées » pour les auxiliaires médicaux ; ceci ouvre une perspective intéressante pour la **reconnaissance d'infirmier clinicien**. Ce nouveau métier, situé entre le « bac+8 » du médecin et le « bac+3/4 » des paramédicaux actuels, élargit les compétences du métier socle à « *la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, l'établissement de prescription, ou l'accomplissement d'activités d'orientation ou de prévention* »²⁶. S'agissant des prescriptions, il s'agit toutefois d'un champ limité aux médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire ou au renouvellement ou adaptation de médicaments prescrits préalablement par un médecin. Ceci ne peut suffire à répondre complètement aux besoins de premier recours à Mayotte. Il conviendrait d'élargir encore les compétences de l'infirmier clinicien récemment définies à celles d'un infirmier praticien.

Recommandation n°1 : Aménager un cadre législatif et règlementaire permettant, à titre dérogatoire, aux infirmiers exerçant leur profession à Mayotte de pratiquer de manière autonome certains actes médicaux et de prescrire, en première intention le cas échéant, des médicaments soumis à prescription médicale obligatoire

Recommandation n°2 : Permettre aux médecins PMI du Département de Mayotte de pratiquer des actes thérapeutiques, de prescrire des médicaments aux usagers de ce service et, le cas échéant de participer à l'offre de soins de premier recours assurée par le service public hospitalier

[80] 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'action 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**

Haute autorité de santé (HAS) qui vérifie que les protocoles apportent une garantie de qualité et de sécurité des soins aux patients ; l'avis conforme de la HAS est nécessaire pour que l'ARS puisse ensuite autoriser la mise en œuvre. Une vingtaine de protocoles ont déjà été autorisés par la HAS (fin 2015) » Ce processus est long à faire aboutir (18 à 24 mois pour un protocole donné en moyenne) et porte par construction sur des délégations ciblées. Il n'est pas conçu pour faire face à une pénurie de certains professionnels.

²⁵ Article 119 Loi n° 2016-41. Ibid. cit.

²⁶ Exposé des motifs de la Loi n° 2016-41. Ibid. cit.

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 à quoi 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.

[81] **Sur ce point, il n'est sans doute pas nécessaire de faire évoluer la réglementation en vigueur.** En effet, le niveau cadre d'emplois des moniteurs éducateurs et des intervenants familiaux territoriaux²⁷, 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 élargit 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.

[82] **La problématique des familles d'accueil**, qui sera abordée ultérieurement, 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 moins qualifiées permette de compenser leurs éventuelles lacunes éducatives.

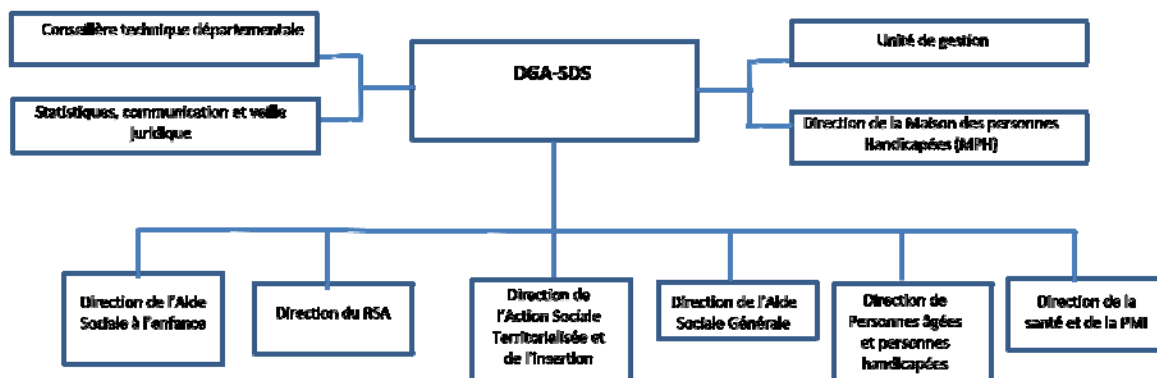
1.2 La PMI et de l'ASE souffrent d'une gouvernance et de conditions de travail déficientes

1.2.1 La gouvernance des directions est défaillante

[83] Les directions des services départementaux plus particulièrement en charge de la protection de l'enfance, la direction de la santé et de la protection maternelle et infantile (DSPMI) et la direction de l'aide sociale à l'enfance (DASE) font partie de la direction générale de la solidarité et du développement social (DSDS). Placée sous l'autorité d'un directeur général adjoint (DGA) des services du département, c'est la plus importante des directions générales du Département par ses effectifs - 690 ETP soit 19.2% des effectifs rémunérés fin 2015 par le Département.

²⁷ antérieurement technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)

Schéma 1 : Organigramme de la DSDS (septembre 2015)



Source : IGAS

- [84] L'organisation retenue n'apparaît pas propice à une prise de responsabilités des directeurs, qui sont tous dans une situation de dépendance à l'égard de leurs collègues et du DGA pour mener à bien le volet de politique sociale dont ils ont la charge.
- [85] Cette dépendance concerne en premier lieu la gestion administrative et budgétaire, puisque toutes les fonctions supports sont confiées à l'unité de gestion (responsable administratif et financier) de la DSDS. Ni les directeurs, ni les cadres responsables des services territorialisés n'ont autorité sur les personnels de l'unité de gestion qui interviennent dans leurs structures²⁸. La gestion des crédits de fonctionnement échappe également à leur compétence, bien que cette mission figure dans la fiche de poste des directeurs ; ils n'ont pas qualité pour engager les dépenses, même les plus courantes (achat de petites fournitures, remboursement de frais de déplacement...).
- [86] L'absence d'autonomie des directions est particulièrement invalidante dans les services territorialisés des diverses directions. L'intervention sociale de proximité (polyvalence de secteur) est confiée à 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 les travailleurs sociaux de la DASE et de la direction des personnes âgées et des personnes handicapées (DPAPH), les services du RSA, qui dépendent par conséquent, pour leurs besoins matériels, du responsable local de l'UTAS, chargé de la coordination des services et de la gestion administrative de l'ensemble sous l'autorité du directeur de la DASTI.
- [87] **La logique de complémentarité qui pouvait justifier cette organisation n'a pas donné les effets escomptés** : la présence dans les secteurs territoriaux d'action sociale d'antennes locales des services en charge de publics ciblés (famille et enfance, personnes âgées, handicapés RSA) rend la polyvalence de secteur inutile, d'autant que les synergies attendues de leur proximité géographique ne jouent pas.

²⁸ Un médecin chef de secteur de la PMI a par exemple expliqué à la mission qu'il était contraint de faire le ménage dans son bureau, le personnel d'entretien se refusant à donner suite à ses demandes.

[88] Au final, le dispositif de la polyvalence de secteur est totalement disproportionné au regard des services réellement 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 : 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 charges²⁹ pour la collectivité.

Recommandation n°3 : Supprimer la DASTI et redéployer le personnel des UTAS dans les services territoriaux des autres directions en charge de l'aide sociale et médico-sociale

[89] Cette interdépendance pesante qui conduit à une parcellisation des prises en charge pourrait être évitée si, comme c'est retenu dans beaucoup de départements, toutes les missions se rapportant à la famille et à l'enfance, qu'il s'agisse d'assurer la protection sanitaire ou sociale des mineurs, étaient regroupées dans une direction générale commune.

[90] Une telle organisation aurait pour avantage de faciliter le retour de la PMI dans le champ de l'action sociale, qu'elle néglige pour l'instant alors que c'est l'une de ses raisons d'être. Pour sa part, l'aide sociale à l'enfance pourrait plus aisément bénéficier de la capacité de repérage des situations à risques par la PMI et s'adosser sur ses ressources médicales pour agir sur la santé des mineurs. Les deux services, qui partagent déjà certains domaines d'action (placement familial par ex.), seraient mieux armés pour lutter contre des problématiques communes telles que la malnutrition des enfants.

Recommandation n°4 : Créer une direction générale de l'enfance et de la famille regroupant les directions ou services en charge de la santé et de la protection maternelle et infantile et de ceux contribuant à l'aide sociale à l'enfance.

[91] S'agissant des prestations servies au titre de l'aide sociale, les directions "métier" (enfance, personnes âgées et handicapées) doivent transmettre leurs propositions à la direction de l'aide sociale générale (DASG), qui est chargée de la mise en place des prestations. Le cloisonnement des processus entraîne des délais parfois peu compatibles avec l'urgence des engagements à prendre. Ainsi, les secours exceptionnels qui doivent répondre à des difficultés financières immédiates, demandent à Mayotte plusieurs semaines pour être délivrés.

[92] D'une manière générale toute prise de décision, dès lors qu'elle est susceptible de générer une dépense, devait remonter au DGA. Avec l'arrivée de la nouvelle majorité départementale au 1^{er} semestre 2015, la délégation de signature lui a été retirée, comme aux autres DGA. L'arrêté de délégation de signature du 22 avril 2015 lui accorde uniquement le pouvoir de signer des correspondances internes, les correspondances externes dépourvues de valeur décisionnelle, les certificats de service fait et les autorisations de congés du personnel. Pour toute autre décision, c'est un élu en charge du domaine d'action considéré (en l'espèce le 4^{ème} Vice-président en charge de l'action sociale) qui doit agir. La concentration du pouvoir entre les mains des élus entraîne des lourdeurs et des retards dans le traitement administratif courant ; dans certains domaines, elle génère des délais incompatibles avec l'urgence des mesures à prendre.

[93] Ainsi, aucun cadre de la DASE n'est habilité à signer les documents requis pour la prise en charge d'un mineur en danger (arrêté de prise en charge, contrat de placement provisoire, contrat d'accueil avec l'assistant familial...). Jusqu'en avril 2015 ces actes étaient signés par le DGA, ce qui entraînait déjà des difficultés, la DASE étant sur un site distinct de la DSDS, éloigné de plusieurs kilomètres. Désormais, les documents préparés doivent, après avoir transité chez le DGA, être transmis au cabinet du Président du Conseil départemental, implanté dans un troisième site, pour signature par l'élu compétent.

²⁹ Calcul de la mission sur la base des coûts paramétriques de personnel communiqués par la DSDS.

[94] Dans la pratique, il n'est pas possible de différer l'application des mesures dans l'attente de la décision formelle de sorte que les mineurs sont effectivement accueillis sans titre dans les familles. Pour les mises à l'abri (placements d'urgence), la directrice de la DASE, considérant que l'intérêt de l'enfant doit prévaloir sur ces contraintes administratives, décide du placement de sa propre autorité. Ce faisant, elle se place dans une situation irrégulière de nature à engager sa responsabilité personnelle en cas d'incident. Il importe de mettre sans délai un terme à cette insécurité juridique.

Recommandation n°5 : Donner aux attachés territoriaux et conseillers socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance qualité pour signer, au nom du Président du Conseil départemental les décisions relatives à la prise en charge des mineurs en danger

[95] L'interdépendance entre les directions qui caractérise l'organisation actuelle des services sociaux départementaux devrait inciter les acteurs à rechercher des synergies et à collaborer étroitement au quotidien. Mais le mode de gouvernance retenu par le DGA n'a pas conduit jusqu'ici à l'instauration de relations constructives entre les cadres des services placés sous son autorité. Le manque de transparence provoque au contraire de la méfiance, du cloisonnement et même une hostilité perceptible.

[96] L'absence d'outils de pilotage, le manque d'instances de concertation interne et la réticence affichée pour la culture de l'écrit contribuent à ce climat. Si une réunion des directeurs est organisée à un rythme hebdomadaire, leur présence n'est pas toujours assurée. Ces réunions ne sont précédées de la diffusion d'aucun ordre du jour et ne donnent lieu à aucun compte-rendu écrit³⁰.

[97] Les notes de service sont rares et les instructions écrites émanant du DGA n'interviennent qu'en cas de crise manifeste. Dans les circonstances ordinaires, les consignes sont données verbalement, y compris directement aux cadres et agents des directions de la DSDS, sans se préoccuper du respect de la ligne hiérarchique. Cette manière d'agir est génératrice de malaises en interne et elle conduit dans certains cas à des décisions contradictoires, préjudiciables au personnel et aux usagers.

[98] Cette absence de consignes formalisées, actualisées et suivies trouve un point d'illustration particulier avec **le règlement départemental d'aide sociale**. Ce document est indispensable puisqu'il encadre toutes les actions de la collectivité en matière sociale : c'est là que travailleurs sociaux, usagers et partenaires du service de l'aide sociale à l'enfance peuvent connaître la politique retenue par le Conseil départemental, les conditions de mise en œuvre des mesures, leur nature et leur étendue, les modalités d'octroi et de règlement des prestations. Il doit être régulièrement mis à jour, pour tenir compte des évolutions législatives et réglementaires et pour prendre en compte les orientations retenues par les élus. A Mayotte, ce document-cadre est la seule référence pour les travailleurs sociaux en l'absence de guide, de référentiel, ou de toute autre forme d'instructions écrites sur les conditions d'exercice de leur profession au sein de la DASE et les règles qu'il doivent appliquer au quotidien.

[99] La dernière version du règlement d'aide sociale qui semble avoir fait l'objet d'une validation est celle de 2007, adoptée par délibération de l'Assemblée départementale le 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 ces simples projets une valeur réglementaire. Les travailleurs sociaux interrogés à ce propos se réfèrent le plus souvent à la version 2010. Toutefois sa validité est sujette à caution, et son contenu méconnaît par hypothèse toutes les évolutions normatives intervenues avec la départementalisation et de l'applicabilité à Mayotte du Code de l'action sociale et des familles dans son intégralité. Certaines dispositions sont caduques, d'autres sont manifestement non-conformes au droit en vigueur, mais continuent pourtant d'être appliquées.

³⁰ Interrogé sur la raison pour laquelle il n'est même pas établi de relevé de conclusions, le DGA a précisé à la mission qu'il n'en avait pas les moyens, étant privé de secrétaire depuis 3 ans.

Recommandation n°6 : Elaborer et soumettre à l'approbation du Conseil départemental un règlement d'aide sociale conforme au cadre législatif et réglementaire désormais applicable à Mayotte ; veiller à la diffusion aux professionnels du Département des référentiels et guides pratiques facilitant sa mise en œuvre

- [100] Le délitement de la gouvernance au sein de la DSDS s'est aggravé depuis l'automne 2014 en raison de la rupture de toutes relations entre la directrice de la DASE et son supérieur hiérarchique direct. Il n'appartient pas à la présente mission, comme cela a été exposé en introduction de ce rapport, d'entrer dans le détail de ce conflit personnel qui perdure, ni de porter une appréciation sur les responsabilités des fonctionnaires impliqués. Une enquête administrative a été confiée à ce propos à l'inspectrice générale des services du Département, et plusieurs enquêtes pénales sont en cours. On se bornera à ce stade, à relever que l'absence de relations directes entre le DGA et la directrice d'une direction "métier" est un obstacle majeur à la gouvernance, *a fortiori* lorsque le conflit qui les oppose conduit de leur part à des instructions et à des décisions systématiquement contradictoires. Or cette "guerre des chefs", qui se cristallise sur la gestion du placement familial, fait des victimes collatérales : les assistants familiaux, les éducateurs, qui sont incités à prendre parti et, plus préoccupant encore, les enfants confiés à l'ASE eux-mêmes, qui se voient ballotés entre les familles d'accueil sans préparation.
- [101] La mission ne peut que confirmer que le climat qui règne dans les services sociaux départementaux a été qualifié à juste titre de "délétère" par le Monsieur le Président du Conseil départemental dans son courrier à Madame la Ministre en charge des affaires sociales. Elle a fait valoir aux autorités départementales qu'il ne sera pas possible de mettre en œuvre une nouvelle politique de protection de l'enfance tant que cette guerre clanique continuera de sévir dans leurs services.

1.2.2 Les conditions de travail sont très dégradées

- [102] Les travailleurs sociaux du Département ont, à maintes reprises, dénoncé publiquement leurs conditions de travail et justifient la faiblesse de leurs prestations par le manque de moyens matériels. Les interpellations écrites qu'ils adressent régulièrement à leur encadrement, les mouvements sociaux de protestation, les grèves qui ont paralysé les services en 2011, en 2013, en 2015, mettent en évidence un malaise professionnel persistant que la collectivité territoriale qui les emploie n'a jamais sérieusement réussi à dissiper. Malgré le soutien apporté aux agents par l'encadrement intermédiaire, les mesures prises n'ont eu jusqu'ici qu'un caractère cosmétique et se sont avérées souvent éphémères.
- [103] La mission, qui a pris le soin de visiter une grande partie des immeubles affectés aux PMI et aux services de l'ASE, ne peut que confirmer l'état catastrophique des locaux et leur inadaptation.
- [104] S'agissant de la PMI, les centres de consultation sont exigus, au point de ne pas toujours permettre une séparation des lieux d'attente entre le public des consultations "enfants" et celui des femmes enceintes. Le délabrement des locaux, parfois même leur insalubrité, est incompatible avec leur affectation à une activité à caractère sanitaire. Il s'agit même parfois de maisons individuelles ou d'appartements hâtivement transformés et qui n'avaient manifestement pas vocation à héberger à titre pérenne un service accueillant du public. Pour les services déconcentrés de l'ASE, qui sont implantés sur les sites des UTAS, c'est l'exiguïté des locaux qui frappe au premier abord : un seul bureau, de petite taille accueille tous les travailleurs sociaux du service des interventions éducatives, sans local annexe leur permettant de s'isoler pour entretenir avec les enfants et les familles.
- [105] Le Conseil départemental n'ignore pas l'état préoccupant de son parc immobilier et tente d'y remédier, notamment en sollicitant le concours financier de l'Europe, mais les solutions retenues n'apparaissent pas toujours pertinentes. A Chiconi, par exemple, la construction d'un nouveau bâtiment destiné à héberger l'UTAS de la circonscription Centre, trop à l'étroit dans la maison individuelle qu'elle occupe n'a pas abouti à l'objectif recherché : les locaux construits étant

finalement trop exigus, seuls les services du RSA ont pu y être installés. La solution alternative a consisté à rajouter un étage à la maison occupée par l'UTAS...mais le rez-de-chaussée est désormais destiné à recevoir un centre de PMI, alors que la configuration des locaux et leur vétusté ne semblent pas compatibles avec une telle activité.

- [106] **Le manque de moyens de communication est très pesant.** La téléphonie fixe est bridée pour des raisons budgétaires : les lignes téléphoniques, qui sont toujours partagées entre plusieurs agents (ce qui est rendu possible par l'absence de bureaux individuels...) ne permettent généralement que l'accès au réseau fixe local. Lorsqu'une ligne permet l'accès au réseau mobile et hors-département, elle est généralement située à l'accueil ou dans le bureau d'un cadre, ce qui oblige les agents à faire des démarches pour l'utiliser. Pour remédier à ce problème d'accès au réseau mobile, qui est déterminant dans la mesure où c'est le seul utilisé par les familles en difficulté, il a été attribué récemment des téléphones portables à chaque service. Mais ils se sont avérés inopérants, les forfaits choisis ne permettant qu'un nombre très restreint de communications. Les agents en viennent à utiliser leur téléphone personnel et à employer leur messagerie privée pour échanger avec les usagers et les autres intervenants du secteur social (familles d'accueil par exemple).
- [107] **La communication par voie électronique est inexistante.** D'une manière générale, l'usage de l'informatique dans les services du Conseil départemental est loin d'être généralisé. Il existe bien un système de messagerie électronique au sein des services du département, mais peu d'ordinateurs, et moins encore d'ordinateurs permettant d'accéder au réseau intranet du Département. Paradoxalement, on trouve sur un même site des services qui disposent d'un ordinateur et d'un accès internet, et d'autres qui ne peuvent pas communiquer avec l'extérieur, l'état du réseau interne du site ne leur permettant pas d'accéder au routeur. Quel que soit le service, l'attribution d'un ordinateur individuel et d'une adresse de messagerie à chaque agent n'est pas actuellement envisagée. Il n'existe au demeurant aucun **schéma directeur informatique** et, selon la directrice des systèmes d'information, tous les moyens humains et matériels dont elle dispose sont mobilisés pour tenter de préserver l'existant.
- [108] Les pannes d'ordinateur sont en effet récurrentes et obligent, en raison de l'éloignement des sites, à des retours au siège pour maintenance, avec des délais de remise en état qui se comptent en semaines. Par ailleurs, le Département est victime de cambriolages répétitifs, malgré le barreaudage des locaux et la présence nocturne de gardiens, les équipements informatiques étant la proie privilégiée des visiteurs³¹. La direction des systèmes d'information évalue à 700 le nombre de machines qu'il conviendrait d'acquérir pour assurer le renouvellement des ordinateurs cassés ou disparus.
- [109] **L'absence de liaisons informatiques entre les divers sites du Conseil départemental génère une insécurité permanente dans le fonctionnement des services.** C'est d'abord celle qui est consécutive à la perte des données, du fait de pannes ou de vols. Il n'est en effet pas possible de sauvegarder les données sur un serveur central sécurisé, de sorte que toutes les données et les documents qui sont produits sur informatique ont un caractère volatil. C'est aussi celle qui résulte du recours à la télécopie, dont la fiabilité n'est pas toujours assurée, ou des transmissions par porteur, privilégiée dans les relations intersites à la voie postale, ce qui rallonge les délais au point que des documents importants, tels que les convocations des mineurs et des éducateurs en justice, ne parviennent pas toujours en temps utile.
- [110] **Le défaut d'équipements alourdit aussi significativement la tâche des agents.** Pour la PMI par exemple, les professionnels de santé doivent procéder manuellement à un travail de collecte de leurs données d'activité, en remplissant, en l'absence d'ordinateur dédié à cette tâche, des tableaux manuscrits qui sont ensuite transmis à un secrétariat de secteur chargé de leur saisie dans un tableur informatique. Mais en l'absence de liaison informatique fiable, c'est en format

³¹ Par exemple, le cambriolage du site de Kaweni occupé par la DASTI et la pharmacie de la PMI en mai 2015 a entraîné la disparition de 5 des 6 ordinateurs de la DASTI et celui du pharmacien, qui a perdu toutes les données de son service qui n'étaient pas éditées en format papier. Un nouveau cambriolage est survenu en septembre.

papier que les données parviennent finalement aux services centraux, qui doivent à nouveau procéder à la saisie des données pour les agréer. A l'ASE, les rapports et les fiches de suivi rédigés par les travailleurs sociaux sous forme manuscrite doivent être adressés par voie de télécopie à la direction. Lorsque ces rapports ont vocation à être transmis à des autorités extérieures, notamment les magistrats, la direction est censée les dactylographier. Comme cette règle n'est pas toujours respectée, certains travailleurs sociaux en viennent à apporter au bureau leur ordinateur portable personnel afin de préserver la qualité de leurs écrits.

- [111] **Pour la PMI, le manque de moyens prend un tour préoccupant dans la mesure où il met en péril la santé des usagers.** L'incapacité du Département à maintenir un **parc d'échographes** en état de fonctionnement dans tous les centres de PMI place les sages-femmes dans l'impossibilité de procéder à des investigations cliniques conformes aux règles de l'art et à la réglementation en vigueur : l'échographie morphologique prévue au 5ème mois de grossesse ne peut être pratiquée que dans quelques centres. Parfois même, la vétusté des équipements fait douter de la fiabilité des échographies de datation. **Les pénuries récurrentes de contraceptifs, de vaccins, de médicaments, de dispositifs médicaux et de petites fournitures médicales** sont évoquées par le personnel de santé. Le pharmacien en charge de les approvisionner confirme qu'il n'est pas en mesure de satisfaire toutes les commandes qu'il reçoit.
- [112] **L'absence de moyens de transport est sans doute la plus mal vécue.** Le parc automobile du département est vieillissant et en tout état de cause mal calibré, au moins s'agissant des services sociaux. **L'action sociale ne peut pas se résumer à une logique de guichet qui permettrait d'agir sans se déplacer.** Les services à rendre, quel que soit le public visé, supposent d'être en capacité de se rendre à domicile, qu'il s'agisse de procéder à des missions d'accompagnement ou de contrôle, de veille sociale ou de prévention. Or, cette capacité n'existe pas à Mayotte par d'autres moyens que la voiture particulière puisqu'il n'existe aucun réseau de transports publics et que l'habitat est dispersé et souvent difficile d'accès, surtout lorsqu'il concerne les familles en situation de précarité.
- [113] **L'absence de véhicules de service en nombre suffisant au sein des services de l'ASE est une difficulté majeure et la principale origine des défaillances manifestes observées par la mission dans le travail éducatif de l'ASE.** Les travailleurs sociaux ne peuvent assurer un suivi socio-éducatif des mineurs conforme aux bonnes pratiques professionnelles, ni veiller à leur bonne prise en charge dans les familles d'accueil, en restant cloués à leur bureau. Or c'est bien cette situation qui prévaut à Mayotte : mis à part le véhicule affecté à la direction, qui doit toutefois être partagé entre les chefs de service et les éducateurs de la CRIP, les éducateurs intervenant en matière éducative ne peuvent disposer, au mieux, que des véhicules mutualisés entre tous les travailleurs sociaux présents dans les UTAS. Un seul véhicule est attribué à chaque UTAS, sauf celle de Mamoudzou, qui dispose d'une deuxième voiture mais qui sert toutefois de véhicule de remplacement en cas de panne dans une autre UTAS. A la suite de la dernière grève, certaines UTAS se sont vues affecter un second véhicule. La mission a constaté qu'il s'agissait de véhicules vétustes, que les agents n'osent pas utiliser en raison de leur état, et qui sont même tombés rapidement en panne pour certains.
- [114] S'agissant de la PMI, un véhicule avec chauffeur est attribué à chaque circonscription, qui regroupe 4 à 5 centres de PMI. Il est essentiellement utilisé pour assurer une liaison courrier quotidienne avec la DSPMI, la collecte des documents et la distribution des fournitures aux centres rattachés. Il n'est donc pas possible de mobiliser ce véhicule pour effectuer des visites à domicile, qui ne sont font plus.
- [115] La direction générale des services départementaux fait valoir que la DSDS dispose d'un parc de 37 véhicules et qu'il lui appartient de le répartir efficacement entre les directions et services placés sous son autorité. Mais ce nombre, qui devrait au demeurant être amendé au vu du nombre de véhicules en panne remisés dans le garage de la DSDS, reste insignifiant au regard des effectifs de cette direction générale et de la nature de ses mission : un véhicule pour 19 agents en fonction dans les services d'action sociale.

[116] **Certains travailleurs sociaux indiquent se servir de leur véhicule personnel pour leurs déplacements professionnels. Ils sont cependant de moins en moins nombreux à agir de la sorte, et tout est fait pour les en dissuader.** Le remboursement des frais de déplacement n'est pas rigoureusement organisé et cette possibilité ne fait l'objet d'aucune communication interne. Plusieurs agents, y compris des cadres, ont même émis des doutes sur l'existence même de cette faculté. Ceux qui en ont fait usage signalent que la procédure d'autorisation préalable n'est pas efficace : il faut plusieurs mois avant d'obtenir cette autorisation, et des demandes restent sans suite. Enfin les démarches nécessaires et le délai requis pour percevoir le remboursement des frais de déplacement, en l'absence de régie d'avance, sont dissuasifs. La question de l'assurance n'est par ailleurs pas tranchée : l'encadrement décourage les agents qui se proposent d'utiliser leur véhicule en leur disant qu'ils agiraient à leurs risques et périls, en particulier si des dégradations étaient commises sur leur véhicule à l'occasion d'une visite à domicile.

[117] **Même les agents subalternes, lorsqu'ils sont en charge de missions d'accompagnement qui supposent des déplacements, ont baissé les bras.** L'aide à domicile prévue dans le cadre des interventions éducatives de l'ASE se délite, les interventions à domicile des agents de santé de proximité du service de prévention et d'éducation pour la santé de la DSPMI n'existent plus, les auxiliaires de vie en charge de l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées restent au bureau³².

[118] **L'incapacité persistante du Département à satisfaire les revendications des agents relatives à leurs conditions de travail et au manque de moyens matériels dont ils disposent aboutit à un paradoxe :** il consacre une part essentielle de son budget de fonctionnement à la rémunération des agents, il mobilise même sa capacité budgétaire pour faire venir à grands frais des professionnels hautement qualifiés de la métropole, mais ne leur fournit pas la possibilité d'exercer normalement leur métier.

[119] **Une réflexion sur l'organisation des services et la recherche d'autres modes d'administration et de gestion logistique des directions en charge des affaires sociales est une priorité absolue. Avant d'envisager l'avenir et de refonder la politique départementale de protection de l'enfance, il importe de faire en sorte que les crédits consacrés à cette politique soient mieux gérés et permettent aux services du Département d'assurer leurs missions essentielles.**

[120] Dans le contexte budgétaire contraint qu'il connaît, le coût de cette remise en ordre obligera vraisemblablement le Département à différer le recrutement de personnel supplémentaire, la mise en œuvre de certains projets, ou l'élargissement des dispositifs actuels à d'autres bénéficiaires. Mais, quelle que soit l'ampleur des besoins, il ne servira à rien de prévoir une politique plus ambitieuse si les services chargés de la mettre en œuvre restent défaillants. La consolidation de l'existant, qui passe par des budgets appropriés et une organisation efficiente, est un préalable incontournable.

Recommandation n°7 : Remettre en ordre de marche les activités support au service des directions en charge des politiques de protection de l'enfance et de la famille

³² Deux auxiliaires de vie en charge de l'accompagnement à domicile des personnes handicapées, dont la présence et l'inoccupation ont été remarquées par la mission au cours d'une visite dans une UTAS ont indiqué qu'elles n'exécutaient plus les mesures qui leur étaient confiées faute de moyens de transport pour se rendre au domicile des bénéficiaires et avoir renoncé à l'usage du taxi collectif, les frais ne leur étant pas remboursés.

2. CONSTATS ET PROPOSITIONS SUR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

2.1 L'offre de service de la PMI s'est contractée

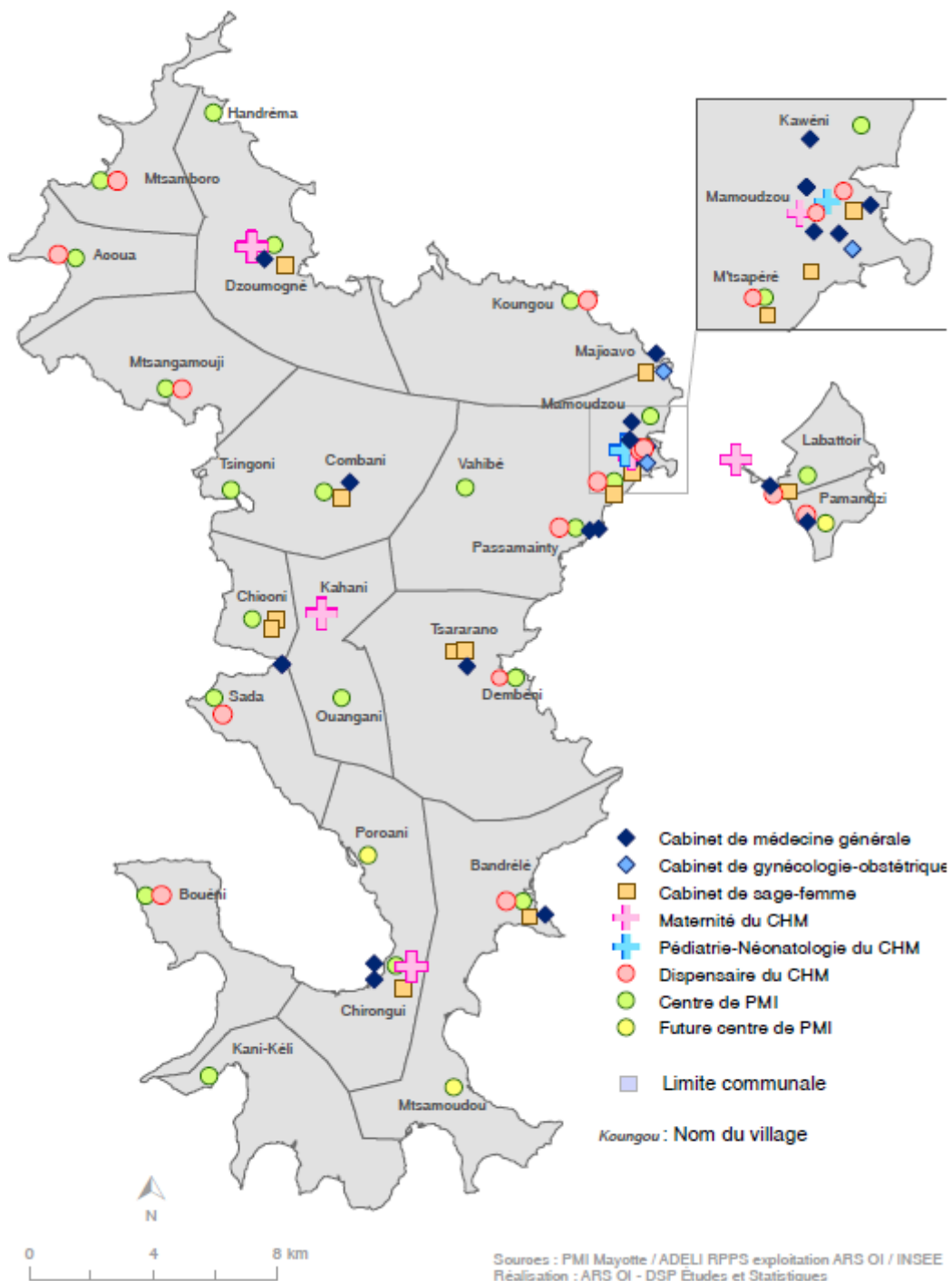
[122] Le dispositif de protection maternelle et infantile s'est construit parallèlement à l'offre de soins sous l'impulsion de la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) à compter des années 1980. La DASS gère directement en 1986 deux établissements hospitaliers, disposant chacun d'une maternité et un vaste dispositif découpé en 7 secteurs avec : 7 maternités rurales toutes adossées à un dispensaire, une PMI et 2 points de consultation PMI et 18 dispensaires et 5 points de consultations. L'offre de soins est essentiellement publique, l'offre libérale étant quasi inexistante.

[123] Ce dispositif va connaître trois grandes évolutions les trente années suivantes.

- Entre 1980 et 2010, accompagnant la croissance de la population qui passe de 47 000 habitants en 1978 à 186 000 en 2007, le territoire est progressivement maillé par un réseau public de dispensaires et de PMI ; il comptera jusqu'à 19 dispensaires et 27 PMI.
- La gestion intégrée de l'offre de soins qui reposait sur le seul opérateur DASS est progressivement répartie. En 2000, la gestion des maternités rurales est confiée au centre hospitalier de Mayotte (CHM), qui reprendra en 2004 celle des dispensaires. La responsabilité des missions de PMI est quant à elle reprise par le conseil général de Mayotte en 2004 et est effective début 2006.
- L'offre de soins libérale commence à s'installer à Mayotte, et l'arrivée de ce troisième réseau d'acteurs, associé à l'implantation d'une caisse de sécurité sociale à Mayotte, fait évoluer le département vers le modèle d'offre de soins métropolitain.

[124] L'offre de premier recours publique actuelle figure dans le schéma suivant.

Schéma 2 : Structures de prise en charge de la périnatalité à Mayotte (septembre 2015)



Source : ARS Océan Indien, projet de plan périnatalité 2015

- [125] La situation de l'offre de premier recours présente des fragilités.
- [126] Tout d'abord, **l'offre libérale ne décolle pas**, à l'exception des infirmiers. Il y avait 9 médecins généralistes en 2005 et 29 en 2010, mais 22 fin 2015. L'absence de solvabilité d'une partie importante de la population a souvent été mise en avant avec l'absence de CMUc et d'AME à Mayotte, pour expliquer la faible attractivité. Mais, le processus d'affiliation s'est maintenant fortement engagé (168 000 affiliés fin 2015) et une part non négligeable des cadres locaux et métropolitains bénéficient d'une couverture complémentaire. L'absence de CMUc et d'AME à Mayotte, freins importants pour l'accès aux soins libéraux de toute la population, ne suffit pas à expliquer la désaffection des médecins qui, pour ceux que la mission a pu rencontrer, disent très bien gagner leur vie. Cette désaffection est davantage liée aux difficultés d'exercice (isolement, rythmes de travail) et de vie dans l'île (insécurité croissante). Seules les conditions d'exercice dans le service public sont devenue plus attractives, bien qu'au prix d'un très fort turn-over des praticiens.
- [127] D'autre part, **alors que la croissance de la population s'est poursuivie³³, l'offre publique s'est contractée.**
- [128] On rappelle tout d'abord que les enfants de 0-5 ans représentent un peu moins de 20% de la population et que leur nombre a crû de 7% entre 2007 et 2012. Le taux de croissance du nombre de femmes en âge de procréer a été quant-à lui de 15% sur cette période.

Tableau 1 : 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	15%
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

- [129] Dans ce contexte de fort accroissement de la population, le CHM a dû réaliser des investissements considérables pour moderniser et adapter l'offre hospitalière de second recours³⁴ et transformer quatre dispensaires en centres de référence ; sous cette pression et celle des exigences réglementaires, il a dû concentrer ses ressources. L'offre de dispensaires est passée de 19 centres à 17 (13 dispensaires et les 4 centres de références de secteur sanitaires). L'offre de PMI est quant-à-elle passée de 27 en 2007 à 21 en 2015 (22 en 2012). Trois centres sont en rénovation et/ou construction et devraient ré-ouvrir en 2016 ce qui portera leur nombre à 24.
- [130] La contraction de l'offre de premier recours survient donc tandis que la population a continué à progresser. La population de certains territoires a ainsi augmenté de façon importante sans que l'évolution de l'offre ne suive : ainsi, sur la commune de Koungou, le village de Majicavo-Koropa 9130 habitants en 2012 a crû de plus de 57% en 10 ans sans qu'aucune offre de premier recours publique ou privée ne soit créée.
- [131] Parallèlement, une PMI avec forte activité en centre ville de Mamoudzou, la PMI de Jacaranda, a été fermée pour permettre la rénovation et l'extension d'un dispensaire en 2015. Aucune solution de réimplantation dans un bâtiment en centre ville n'a été trouvée, 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.

³³ Elle est estimée au minimum à 226 000 habitants par l'INSEE en 2015, davantage si l'on veut intégrer la récente poussée migratoire dont atteste la croissance du nombre de naissances en 2015 (+ 22% par rapport à 2014)

³⁴ Comme les travaux d'extension, rénovation et mise aux normes des installations et l'installation d'un IRM au CHM début 2012 ; la reconstruction de l'hôpital de Petite Terre programmée en 2017 s'inscrit dans cette dynamique

[132] Cette situation d'insuffisance de l'offre au regard de la croissance démographique ne peut que s'aggraver si les évolutions récentes de la natalité, observées depuis la mi-2014, se poursuivent (*cf. supra* partie 1).

[133] Enfin, **les deux réseaux publics de premier recours, historiquement liés, se sont progressivement dissociés comme la fermeture de la PMI de Jacaranda l'illustre**. Chaque acteur gère sa politique d'investissement et d'implantation des centres en fonction de son agenda et ses contraintes propres. 12 PMI seulement sur les 21 ouvertes en 2015 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 dans le quartier de Mtsapéré sur la commune de Mamoudzou). Ailleurs, il peut y avoir plusieurs kilomètres entre les deux structures (comme dans les communes de Dzoumogné ou Chirongui). Ceci constitue une contrainte évidente pour les consultants de PMI qui nécessitent des soins et doivent, au mieux traverser la ville, au pire faire plusieurs kilomètres pour rejoindre le dispensaire le plus proche. Cette situation se présente pour 3 à 5% des consultations enfants de PMI ces trois dernières années.

[134] La dissociation de la gestion de l'offre publique de premier recours entre CHM et le département emportait la nécessité d'un recrutement conséquent de médecins, sages-femmes et infirmiers afin de pouvoir autonomiser et étoffer l'un et l'autre. Si le recrutement des sages-femmes et infirmier est globalement assuré, les deux réseaux peinent à recruter les praticiens, notamment le conseil départemental. La désadaptation physique progressive des deux réseaux rend difficile toute politique de mutualisation de cette ressource rare et appelée à le rester.

[135] A court terme, il apparaît indispensable d'ouvrir les trois centres livrés mi 2015. Par ailleurs et sans attendre le schéma de la PMI, une solution de réimplantation d'une PMI en centre ville de Mamoudzou doit être trouvée qui remplace l'ancienne PMI de Jacaranda fermée en 2015.

Recommandation n°8 : Ouvrir les trois PMI livrées en 2015 et réimplanter une PMI en centre – ville à Mamoudzou.

[136] Les propositions de moyen et long terme sont fondées sur les hypothèses et orientations suivantes :

- La population va continuer à croître et cette croissance doit être accompagnée par celle du système de santé, notamment de premier recours où la PMI doit avoir toute sa place. Les conditions de vie ne se transformeront que lentement et les besoins de cette population précaire resteront élevés et très spécifiques par rapport à ceux d'une PMI métropolitaine ;
- Bien que toute nouvelle installation libérale doive être naturellement encouragée et accueillie, le développement de l'offre libérale ne suffira pas avant longtemps à satisfaire les besoins. Le dispositif de premier recours reposera de façon durable sur l'offre publique de santé du CHM et du Département ;
- Toute l'organisation matérielle et immatérielle du système de premier recours public devrait être organisée sur le principe de rareté médicale présente et à venir si l'on ne veut pas construire, avec l'aide de l'Europe ou d'autres financeurs, des PMI ou des dispensaires qui seront vides de médecins. Il faut donc penser l'offre de premier recours public en commun et rassembler les centres de PMI et les dispensaires et centre de santé du CHM chaque fois que possible.
- Enfin, le recours aux ressources non médicales doit être privilégié chaque fois que possible (*cf.* point 1.1.3)

Recommandation n°9 : Construire un plan de l'offre de premier recours basé sur les acteurs publics et visant à développer une offre intégrée de proximité, curative et préventive, prenant en compte les évolutions démographiques et territoriales

2.2 Les besoins des usagers de la PMI sont exceptionnellement importants

- [137] La situation des mères accouchant à Mayotte apparaît particulièrement problématique : outre le nombre élevé de mineures, elles présentent, comme une grande partie de la population, des indicateurs de forte précarité : faibles revenus, faible niveau scolaire, faible couverture sociale (20% des femmes fréquentant la PMI étaient affiliées en 2014). Ces facteurs associés à un suivi des grossesses insuffisant contribuent à une morbidité et une mortalité maternelle mal mesurée. Tout au plus, dispose-t-on du reflet de ces mauvaises conditions de déroulement des grossesses avec le nombre de morts nés : le taux de mortinatalité à Mayotte est autour de 15‰ naissances entre 2012 et 2014³⁵ vs 9 en France³⁶.
- [138] La situation sanitaire des enfants, bien que moins bien documentée, n'en est pas moins préoccupante également. On donnera ici à titre d'exemple le statut nutritionnel et sa mesure qui constitue la base de l'activité d'une PMI enfant.
- [139] **La mauvaise situation nutritionnelle des enfants à Mayotte est ancienne et récurrente**³⁷ : béri-béri en 2004³⁸, marasme³⁹ en 2008. Cette dernière situation est toujours observée lors des consultations en PMI où de **3% à 7% des consultations ont été l'occasion de repérer une malnutrition sévère ou modérée sur la période 2012-2014**. Une consultation sur 200 relève d'une situation où l'on observe un score de malnutrition aiguë sévère engageant le pronostic vital à court terme. Une telle situation est exceptionnelle en métropole.

Tableau 2 : Nombre de consultations où un score de malnutrition chronique sévère et modérée a été observé par la DSPMI entre 2013 et 2014

	Taux de consultations avec <u>malnutrition aiguë</u> sévère ou modérée dépistée lors des consultations de PMI enfants	Taux de consultations avec <u>malnutrition chronique</u> sévère ou modérée dépistée lors des consultations de PMI enfants
2012	3,0%	2,5%
2013	4,2%	5,7%
2014	4,3%	6,9%

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

- [140] Moins dramatique, la situation nutritionnelle d'un grand nombre d'enfants n'en est pas moins inquiétante. Les services du rectorat mobilisent leurs aides sociales théoriquement prévues pour soulager les charges financières liées à la scolarité, pour une aide alimentaire à des mineurs en situation de grande précarité et à leurs familles. En 2014, 12 000 élèves ont été reçus par le service social et 7 300 aides financières ont été accordées pour un montant annuel de 530 000 €, essentiellement sous forme de bons alimentaires. L'aide alimentaire financée par l'Etat via les associations était quant à elle de 365 000 €. Ces montants doivent être rapprochés des 247 800 € dépensés en 2014 par le Conseil départemental au titre des secours d'urgence (article 6512), comprenant les secours exceptionnels accordées aux familles en difficulté et les bons alimentaires distribués par les services sociaux départementaux pour répondre aux situations d'extrême précarité susceptibles d'être préjudiciable à la santé des mineurs (cf. Annexe n°4 « L'ASE à Mayotte : Etat des lieux »).

³⁵ Source : CHM/DIM 2015

³⁶ MOUQUET MC, REY S et al. Le nouveau suivi de la mortinatalité en France depuis 2012, DREES, « Etude et Résultats, 901, décembre 2014

³⁷ Schéma de prévention et promotion de la santé, Plan régional de santé, ARS Océan Indien, 29 juin 2012.

³⁸ Carence profonde en vitamine B1 (thiamine) liée à la malnutrition et pouvant conduire à une insuffisance cardiaque et des troubles neurologiques sévères.

³⁹ État de déficience nutritionnelle particulièrement grave chez l'enfant.

- [141] Il apparaît ainsi qu'une partie significative de la population a faim et que les mesures d'aide alimentaire actuelles sont vraisemblablement insuffisantes pour régler ce problème. On peut s'interroger d'ailleurs si, devant l'ampleur des besoins en la matière, l'action publique doit porter sur le renforcement des secours exceptionnels et la délivrance de bons alimentaires ou, en attendant les effets du développement économique sur l'emploi, sur une augmentation plus rapide que prévue du montant des revenus de remplacement comme le RSA⁴⁰.
- [142] La politique publique doit également, à défaut de prévention alimentaire, être capable de repérer efficacement les enfants malnutris et proposer une prise en charge adaptée à leur famille. Ce dépistage repose principalement dans cette tranche d'âge sur les services de la PMI lors des consultations de suivi de la croissance.

2.3 Le système d'information actuel doit être conforté

- [143] A compter de 2011, l'activité du service statistiques de la PMI s'est centrée sur l'exploitation des données des registres de consultation et d'activités mis en place dans toutes les PMI. La structuration de l'activité dans les registres est robuste et bien documentée. 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, quand elles le sont, apparaissent incomplètes. Elles sont également tardives et ce pour toutes les catégories de registres d'activité : fin 2015, aucune donnée consolidée n'était disponible.
- [144] Ceci apparaît fortement préjudiciable pour le pilotage du service mais également, pour pouvoir générer des recettes d'activité (*cf. partie 4*). La génération de recettes stables passe par la fiabilisation du système d'information.
- [145] On ne recommande pas une solution informatisée qui apparaît hors de portée à court terme. Il apparaît indispensable de **conforter le système d'information simple mais robuste** fondé sur les registres actuels, en adaptant les items et réactualisant les consignes de codage, en formant les professionnels et en leur fournissant un guide du codage avec leur livret d'accueil, enfin, en développant une supervision interne de la qualité de codages et des remontées. L'objectif est de pouvoir disposer d'un tableau de bord complet à M+2 (i.e. 2 mois maximum après le mois consolidé). Cette supervision interne devrait être assortie d'un contrôle externe, notamment aux fins de vérification par la CSSM.

Recommandation n°10 : Actualiser et mettre sous assurance qualité le système d'information relatif à l'activité de la PMI et du service d'éducation pour la santé

2.4 L'activité des PMI décroît depuis 2011 et ne couvre qu'une partie des besoins.

2.4.1 L'activité PMI, concentrée sur les consultations, a décru depuis 2011

- [146] Les données d'activité de la PMI témoignent d'une activité très importante de consultation reposant sur les sages-femmes pour le suivi des grossesses et sur les infirmiers pour le suivi des enfants et les vaccinations.

⁴⁰ Versé à 50% du montant national en 2015 à Mayotte.

Tableau 3 : Activité de consultation des PMI Femmes et Enfants 2011 – 2014

Année	PMI Femmes			PMI Enfants	
	Nombre Consultations Femmes (tous motifs obstétrique et gynécologie)	Dont consultations Contraception et IVG	Nombre d'échographies SF	Nombre Consultations Enfants (tous motifs)	Nombre de vaccinations
2011	37 627	10 758	4 354	55 948	51 527
2012	43 641	12 344	4 453	55 723	56 182
2013	30 280	7 561	4 538	55 219	55 827
2014	33 726	9 328	5 005	47 795	55 044
TCAM*	-3,6%	-2,2%	4,8%	-5,1%	2,2%
Evolution 2011-214	-10,4%	-6,4%	15,0%	-14,6%	6,8%

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

*TCAM : Taux de croissance annuel moyen.

[147] Cette activité importante de consultations, conduite dans un contexte d'indigence des moyens de fonctionnement (cf. supra), a décliné globalement sur la période 2011-2014 de -3,6% pour les consultations de PMI Femmes et -5,1% pour les consultations de la PMI Enfants. Cette décroissance est également observée pour les consultations de contraception et de planning familial. Elle pourrait s'expliquer en partie par le doublement du taux de données manquantes de la PMI femmes (19% et 20% en 2013 et 2014 vs 9% et 8% en 2011 et 2012). Mais ceci ne vaut pas pour la baisse observée pour la PMI enfants, où le taux de données manquantes a plutôt décliné (6 et 12% en 2011 et 2012, 2 et 7% en 2013 et 2014).

[148] A l'inverse l'activité d'échographie des sages-femmes et de vaccination des infirmiers a crû. On s'interroge à savoir si cela ne reflète pas un « choix » des professionnels privilégiant une plus grande densité d'actes au profit d'un nombre moindre d'utilisateurs. Si tel était le cas, cet arbitrage ne pourrait que contrarier la capacité de la PMI à faire face à l'augmentation de ses flux constatée depuis 2014. L'absence de données consolidées, même pour le premier semestre 2015 ne permet pas de savoir si cette évolution est pérenne.

2.4.2 Ces activités de consultation ne couvrent qu'une partie des besoins

[149] Il est possible de répondre partiellement à la question de la satisfaction quantitative des besoins en s'intéressant à certaines des activités pour lesquelles des objectifs de santé publique sont établis réglementairement.

[150] Réglementairement, vingt visites sont prévues par le code de santé publique et remboursées en totalité par l'assurance maladie de la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans : dans les 8 jours qui suivent la naissance ; tous les mois jusqu'à 6 mois ; au cours des 9^e et 12^e mois ; enfin trois consultations sont prévues au cours de la deuxième année puis deux fois par an jusqu'à six ans. Pour les femmes enceintes, il est prévu un minimum de 7 consultations par grossesse ; à Mayotte la consultation du 9^{ème} mois est systématiquement adressée au CHM, la PMI a donc un objectif théorique de réaliser les 6 premières consultations.

[151] La question est de savoir combien d'enfants et combien de femmes enceintes bénéficient d'un suivi et avec quelle intensité (mesurée en nombre de consultations) ? On s'intéressera tout d'abord à la population couverte puis à la densité des consultations délivrées.

[152] S'agissant des femmes enceintes, **la PMI a suivi en totalité ou en partie 64% des femmes enceintes ayant accouché à Mayotte ces quatre dernières années.**

- [153] S'agissant du nombre d'enfant inscrits à la PMI rapporté au nombre de naissances, on peut estimer en première approche que **le taux d'inscription en PMI des enfants nés à Mayotte une année donnée a varié entre 69 et 83%**⁴¹. Cet ordre de grandeur recoupe les dernières mesures produites par la PMI⁴². Il est cohérent avec celui mesuré par l'Institut national de veille sanitaire (INVS) en 2010 pour un autre indicateur - les vaccinations - lors d'une enquête de couverture vaccinale par sondage réalisée directement dans les villages⁴³ : **pour les enfants des classes d'âge 24-59 mois et 7-10 ans enquêtés, 90 % des vaccins avaient été réalisés en PMI.**
- [154] Sur la base des données d'activité des années 2011 à 2014, au regard de ces objectifs, la **proportion des consultations fournies peut être estimée à 50% des consultations attendues pour les enfants et 51% pour les femmes enceintes.** Ce résultat est encourageant mais montre que les besoins ne sont pas entièrement couverts, d'autant que la remontée impressionnante du nombre de naissances en 2015 ne peut que dégrader ces résultats, si l'offre de service n'est pas adaptée. La mission a pu observer ce phénomène dans une PMI où il lui a été clairement indiqué que le nombre de rendez-vous de suivi des enfants était espacé afin de pouvoir recevoir l'ensemble des demandes.
- [155] Compte tenu de ces observations, **les objectifs d'un schéma de PMI devraient être formulés en termes d'accessibilité du service (en temps de déplacement à pied ou en voiture), en taux de recours au service (couverture de la population) et enfin en densité de recours (nombre de consultations réalisées sur celles attendues pour un enfant ou une femme enceinte).**

2.5 Les autres activités attendues d'une PMI sont très en retrait voire inexistantes

- [156] Les actions de soutien à la parentalité sont très réduites. Il n'existe pas de visite lors du 4^{ème} mois de grossesse, telle que prévue par la loi du 4 mars 2007 ni a fortiori d'actions d'accompagnement en cas de difficultés.
- [157] Les bilans de santé en école maternelle des 3-4 ans ne sont pas réalisés.
- [158] Les activités concernant les publics spécifiques sont très réduites :
- S'agissant du dépistage des handicaps, il n'est pratiqué qu'en centre de PMI, à l'occasion des consultations et concerne les handicaps les plus lourds. Le dépistage d'éventuels troubles du langage, de la vision, de l'audition, ou des difficultés d'ordre psychologique du petit enfant et du jeune enfant est très réduit en PMI. La création d'un service ou unité dédiée au sujet du handicap est pendante depuis plusieurs années à la DSMPI.
 - S'agissant, des enfants pris en charge par l'ASE, il n'existe pas davantage de lien : les équipes de PMI découvrent par hasard que l'enfant fait l'objet d'une mesure ASE. Inversement le nombre de signalements par la PMI à l'ASE ou au procureur de situations préoccupantes est très réduit.
- [159] La décroissance de l'activité médicale réalisée en centre, « cœur du métier » de la PMI, ne s'est pas accompagnée par le développement à due concurrence des activités d'éducation pour la santé, ni des activités de prévention et de suivi à domicile :

⁴¹ Ces taux de prise en charge sont très élevés, atypiques au regard de la population couverte par une PMI métropolitaine ; ainsi l'une des plus importantes en terme d'activité et de couverture, la PMI de Seine Saint Denis a pris en charge en 2013, 63,1% des enfants de moins de 2 ans et 40,8% des enfants de moins de 6 ans. Pour les femmes enceintes, ce taux est d'environ une sur trois.

⁴² la DASS comptabilisait 13 822 enfants inscrits en 2002, dont 9 625 étaient suivis⁴² soit 70%. Le Conseil général dénombrait 45 454 enfants inscrits en 2009, dont 29 970 étaient suivis, soit 66%.

⁴³ SOLET JL. Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 63

- Les interventions de suivi à domicile tant pour les femmes enceintes (une cinquantaine par an) que pour les enfants (117 en 2014). Ce nombre d'interventions à domicile est anecdotique pour la PMI Femmes, et il a baissé pour celles concernant les enfants de 632 en 2011 à 117 en 2014 (de - 81,5%) ;
- L'activité des agents de santé de proximité du service d'éducation et prévention santé (SEPS) en principe principalement consacrée aux interventions à domicile a chuté de manière spectaculaire : de 11 029 visites en 2008 à 1397 en 2014, soit une décroissance de 87% ;
- Les ressources consacrées à cette baisse d'activité se sont en partie reportées sur les activités d'éducation pour la santé collectives en centre de PMI, dans les salles d'attente, et plus largement dans les autres lieux d'intervention collective (milieu scolaire et écoles coranique notamment).

[160] Au final l'activité d'éducation pour la santé et le suivi individuel ont suivi des évolutions contrastées avec un fort recentrage sur l'activité en PMI au détriment du suivi hors centre. Le suivi des enfants présentant une perte de poids a de fait été quasiment abandonné, de même que les relances en cas de défaut de vaccination.

[161] **Ces évolutions ne résultent pas de choix managériaux assumés. Elles semblent en partie dictées par les contingences des acteurs successifs et par les difficultés récurrentes et maintes fois dénoncées concernant les moyens de déplacement et de communication.**

2.6 Les travailleurs médico-sociaux ne sont pas mobilisés

[162] La PMI est en principe un service médico-social. Mais celle de Mayotte fonctionne principalement sur son organisation médicale, alors qu'elle devrait aussi mobiliser des interventions de nature sociale si elle veut renforcer son impact. **Cette synergie médico-sociale doit être au cœur du projet à venir de la PMI.**

[163] Elle dispose pour ce faire de ressources internes, initialement dévolues au suivi hors centre et qui restent aujourd'hui l'arme au pied alors même qu'elles intervenaient de façon très importante auprès des familles au début des années 2010. L'accompagnement des familles des enfants malnutris et l'observance des recommandations vaccinales, l'accompagnement des jeunes mères mineures, l'accès aux droits, la prévention des situations de maltraitance... ne sont que quelques unes des problématiques qui doivent être normalement abordées par les services de PMI en lien avec les travailleurs sociaux.

Recommandation n°11 : Remobiliser les ressources internes de la PMI sur l'accompagnement médical et social à domicile

[164] Plus largement, il est frappant de constater que les professionnels de la DSMPI, semblent « embolisés » par les activités cliniques et n'ont pas mis en place, sauf exception liées aux relations particulières entre professionnels, de relations avec les services sociaux. Hormis sur le sujet des assistants familiaux pour lesquels la PMI a une mission d'agrément et de contrôle, les liens institutionnels entre la DSPMI, la DASE et la DASTI sont réduits voire inexistantes, alors que le public à desservir est le même et que ces directions possèdent en principe des moyens d'investigation et d'intervention pour soutenir les familles et les enfants, dont la PMI ne dispose pas.

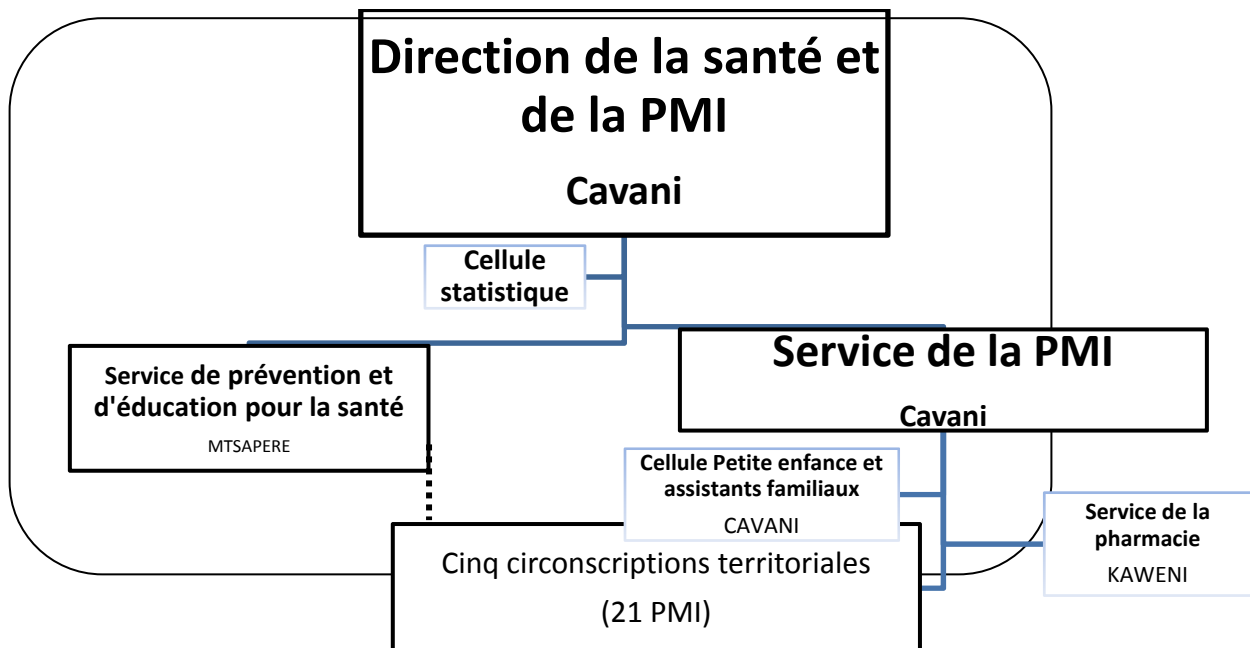
[165] Le schéma de la PMI doit être construit en relation avec celui de l'ASE et de l'évolution prônée du service de polyvalence social, afin de développer de manière équilibrée une réponse médico-sociale aux besoins des mères et des enfants. Il devrait être construit de manière à assoir les missions fondamentales de la PMI que sont la surveillance de la croissance et les vaccinations des enfants, en développant la suivi le plus précoce possible des grossesses et en développant la planification familiale.

Recommandation n°12 : Etablir un schéma de PMI prenant en considération l'offre de premier recours et le schéma de la protection de l'enfance et s'appuyant sur les leviers d'action tant médicaux que sociaux dont doit disposer une PMI

2.7 Les emplois, conformes en nombre aux normes, sont irrégulièrement pourvus dans le temps

[166] La DSPMI est articulée sur deux services principaux d'inégale importance : le plus important est le service de la PMI et ses 21 centres PMI périphériques en 2015 et le second, le service de prévention et d'éducation pour la santé.

Schéma 3 : Organigramme de la DSPMI en décembre 2015



Source : IGAS

[167] La direction de la santé et de la PMI mobilise 300 agents environ dont un quart sont des cadres A ou B, principalement des professionnels de santé. Les trois quart des effectifs sont des cadres C ou assimilés. Cette répartition est inversée par rapport à celle des PMI métropolitaine où la proportion de cadres A prédomine.

Tableau 4 : Structure par grande catégorie d'emplois occupés à la DSPMI en novembre 2015

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

[168] Ces effectifs et l'offre de service excèdent globalement les exigences réglementaires. 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.

[169] Une partie du personnel seulement est gérée directement par la DSPMI.

[170] Les agents de gardiennage et d'entretien sont gérés directement par l'unité de gestion rattachée à la DSDS et les agents de sécurité relèvent de la direction de la logistique et des moyens.

[171] Cet éclatement a deux conséquences principales : personne ne sait quels sont les effectifs œuvrant au service de la PMI mais surtout il n'existe pas de possibilité de contrôler en proximité le travail des agents gérés hors DSPMI, leur contrôle n'étant par ailleurs pas plus réalisé par leur direction hiérarchique. Si l'existence de deux agents de sécurité par centre de PMI n'apparaît pas exagérée, les effectifs d'agents d'entretien sont surdimensionnés et de ce fait, comme la mission a pu le constater, sous-employés. Cette situation apparaît d'autant plus choquante que les crédits manquent par ailleurs pour le fonctionnement médical minimal. Au total, il n'existe pas de sureffectif s'agissant des personnels «métier» de la PMI, par contre, les ressources aujourd'hui affectées à l'entretien des locaux de la DSPMI sont en excès manifeste au regard des besoins.

Recommandation n°13 : Donner autorité au directeur de la DSPMI sur l'ensemble des personnels intervenant au service de sa direction

Recommandation n°14 : Réaliser une revue des agents d'entretien affectés à la DSPMI à l'occasion de ce transfert

[172] La DSPMI est marquée, comme tous les services de santé, par la difficulté à recruter des cadres qualifiés, notamment des médecins. A l'été 2014, un seul poste était occupé. Le taux de vacance était de 8 postes sur 14 emplois théoriques de médecins en avril 2015 (57%).

- [173] Il existe également une forte tension sur les équipes de direction. La continuité de l'action entre 2010 et 2015 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 en 2015 a quitté ses fonctions car il est apparu rapidement qu'il ne remplissait pas toutes les conditions pour exercer la médecine en France. L'équipe vient d'être donc reconstituée depuis novembre 2015 et se trouve au complet, ce qui n'était pas arrivé depuis 2011.
- [174] Cette instabilité des équipes de direction a pesé sur le pilotage général de la DSPMI : il n'existe pas de stratégie validée pour les PMI alors même qu'une programmation financière 2015-2020 est en cours dans le cadre du contrat de plan Etat région et des financements européens, dont un volet prévoit sur le FEDER, la rénovation et l'équipement de 10 PMI. Le système d'information n'a pas été rénové ni suivi et la DSPMI est devenue aveugle sur les évolutions de son activité.
- [175] Cette instabilité a eu également un impact non négligeable sur l'activité elle-même qui, bien que toujours très importante en matière de consultations de suivi des femmes et des enfants, a chuté depuis 2011 sans être véritablement mesurée et sans que les correctifs puissent être apportés à cette chute.
- [176] L'équipe actuelle a bien pris la mesure de ces enjeux et entend remettre en place les différents instruments et procédures indispensables au pilotage et au bon fonctionnement de sa direction.

2.8 Les conditions de travail et la logistique d'approvisionnement en produits pharmaceutiques sont défailtantes

- [177] On ne citera que pour mémoire les conditions de travail décrites en première partie de ce rapport et détaillées dans l'Annexe n°3 « La PMI à Mayotte : état des lieux et enjeux ».
- [178] Toutefois, il est nécessaire de revenir ici sur la question de l'approvisionnement en médicaments, vaccins, dispositifs médicaux et petit matériel d'usage courant régulièrement décrié par les professionnels de la PMI, utilisateurs « en bout de chaîne ». Il existe plusieurs motifs à cette situation, dont le premier est l'absence de financement stable du dispositif détaillé dans l'annexe précitée. Une autre raison est la double ligne d'approvisionnement qui s'est mise en place, via la pharmacie du CHM et sous le contrôle de l'ARS (qui a pour mission de valider les commandes passées par la PMI au CHM).
- [179] Un établissement de santé n'est pas autorisé à approvisionner une structure de soins située hors de son périmètre juridique ; or la PMI n'est pas un service de soins du CHM. L'équipe pharmaceutique du CHM souhaiterait se dégager de cette responsabilité qui lui a été imposée lors de la mise en place de la convention de 2010⁴⁴ instaurant cette procédure dérogatoire.
- [180] Au delà de la contrainte réglementaire qui imposerait une gestion séparée, l'existence d'un double système de commande, distribution et délivrance des médicaments et des vaccins, l'un au CHM et l'autre au Conseil départemental, interroge car :
- La rareté des ressources impacte les deux réseaux ; il n'existe qu'un seul poste de pharmacien dans le service de la pharmacie de la PMI et aucun préparateur de pharmacie ; il n'apparaît pas raisonnable d'étoffer davantage une équipe appelée à gérer moins de 1,5 M€ de produits par an ;

⁴⁴ 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

- La chaîne du froid transite par deux unités de stockage dans chacune des deux pharmacies centrales CHM et PMI à Mamoudzou. Seul le service de pharmacie de la PMI dispose d'un véhicule frigorifique, les dispensaires étant livrés à l'aide de glacières ;
- Le CHM livre au département plus de 90% de ses produits pharmaceutiques, qui sont par ailleurs distribués dans une vingtaine de dispensaires et PMI souvent proches les uns des autres, par un double réseau de distribution.

[181] Pour ces raisons, la plus value de la pharmacie centrale de la PMI n'apparaît pas majeure et dans le même esprit de mutualisation potentielle des activités de soins, il est souhaitable de proposer un transfert de gestion, sous réserve des ajustements réglementaires évoqués en première partie de ce rapport.

Recommandation n°15 : Autoriser et transférer la gestion de l'activité pharmaceutique de la PMI au CHM

3. CONSTATS ET PROPOSITIONS SUR L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

[182] Les constats opérés par la mission sont retracés par le détail à l'Annexe n°4 « L'ASE à Mayotte : Etat des lieux » à laquelle le lecteur pourra utilement se référer. Il en ressort qu'à l'exception de l'Observatoire de protection de l'enfance de Mayotte (OPEMA), qui paraît répondre jusqu'ici aux attentes, mais dont la création récente rend l'évaluation prématurée, aucun des services de la DASE n'est en mesure de présenter un bilan d'activités satisfaisant.

[183] Les dysfonctionnements observés ne tiennent pas seulement au sous-dimensionnement des effectifs et à l'insuffisance des moyens matériels, évoqués par les acteurs pour justifier des défaillances dont ils ne contestent pas la réalité. Les choix organisationnels irrationnels, l'absence de recours à certains modes d'action préventive, le défaut de cadre stratégique, l'inexistence d'un projet de service pèsent autant que l'insuffisance des moyens dans l'incapacité du Département à répondre à ses obligations en matière d'aide sociale à l'enfance.

[184] La mission se bornera donc ici à rappeler succinctement ses principales observations à l'appui des pistes de réflexion qu'elle suggère et des propositions qu'elle formule.

3.1 Le cadre stratégique et les outils de pilotage font défaut

[185] Le défaut de pilotage dont souffre actuellement la DASE ne vient pas seulement des conflits interpersonnels qui perturbent la gouvernance de la direction, et plus largement l'ensemble des directions en charge des politiques sociales, et auxquels il convient de mettre fin sans délai. Il résulte également d'une absence de cadre stratégique et de projet de service permettant à chacun d'identifier ses missions et de connaître ses objectifs.

[186] L'élaboration d'un schéma directeur de la protection de l'enfance est donc un préalable indispensable à tout redressement ; il devra être suivi par l'élaboration d'un projet de service.

3.1.1 Le schéma directeur

[187] L'exercice a bien commencé, mais la méthodologie retenue pour l'élaboration du futur schéma ne semble pas pertinente. On ne peut en particulier que regretter **l'absence de réelle concertation avec l'ensemble des partenaires du Département dans la phase de diagnostic et d'élaboration des orientations stratégiques**. 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.

Recommandation n°16 : Reprendre la procédure d'élaboration du schéma directeur de la protection de l'enfance et veiller à y associer tous les acteurs

[188] 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 :

- 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

[189] 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 2025.

[190] Mais, surtout, **ce projet de schéma apparaît comme une simple reconduction de certaines des orientations déjà retenues par le précédent schéma et ne fait que proposer un renforcement des modes d'intervention préexistants sans se préoccuper de leur pertinence au regard des besoins, faute de les avoir correctement recensés en amont.**

[191] En matière de prévention par exemple, le projet de schéma ne suggère que le renforcement des outils de prévention spécialisée, qui permettent le repérage des mineurs en danger et un accompagnement collectif de ceux qui sont en demande d'aide. **Or la prévention des situations de danger pour les mineurs passe aussi par l'accompagnement des familles en difficulté et la mise en place de mécanismes d'aide individuelle qui évitent de devoir recourir ultérieurement à des actions éducatives plus lourdes et plus coûteuses pour la collectivité tels que les placements.**

[192] Ainsi, le Département ne consacre que 300 K€ par an aux aides financières (secours d'urgence surtout sous forme de bons alimentaires), ne fait pas appel au dispositif d'allocations mensuelles, et laisse inoccupés les dix agents de l'ASE chargés d'intervenir à domicile en soutien aux familles.

Recommandation n°17 : Elargir la réflexion engagée à des modes d'intervention actuellement inutilisés (aides à domicile, aides financières...) et mettre en place les moyens nécessaires à leur mise en œuvre.

3.1.2 Les outils de pilotage

[193] Les lacunes dans la gestion administrative des dossiers et l'absence d'informatique ne permettent ni un suivi en temps réel de l'activité des services et des agents, ni une connaissance partagée de la situation personnelle des mineurs.

[194] Dans les conditions actuelles de fonctionnement de la DASE, la mise en place d'un système d'information reposant sur un progiciel spécialisée est illusoire : le coût généré par son installation et son paramétrage sont pour l'instant hors de portée du Département et il n'y a pas, en tout état de cause, l'architecture technique et les équipements informatiques requis pour son exploitation.

[195] En attendant l'acquisition d'un tel produit, il serait pertinent de se doter d'outils bureautiques conçus en interne et moins ambitieux, qui permettraient aux agents de se familiariser avec l'usage des outils de communication et la dématérialisation des dossiers. Une telle démarche permettrait à la direction de disposer des données qui lui font défaut pour conduire au quotidien la mission d'aide sociale à l'enfance et de partager ces données entre tous les professionnels qui contribuent à cette mission, notamment rendre possible le suivi en temps réel des mesures, la sauvegarde et le partage des dossiers des mineurs et de leurs familles

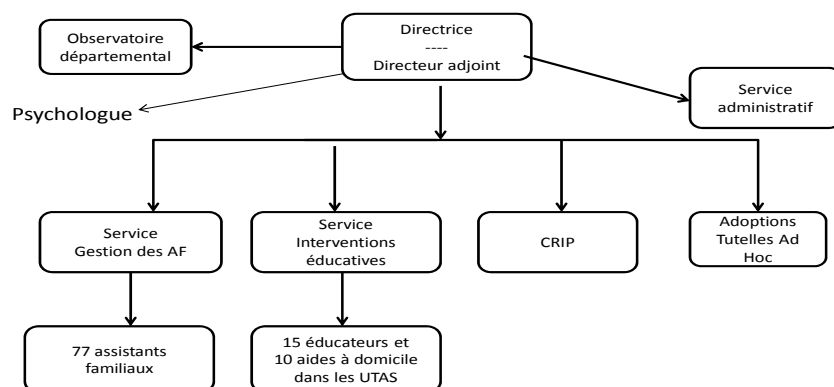
Recommandation n°18 : Concevoir avec l'aide de la direction des systèmes d'information des outils bureautiques répondant aux besoins de la DASE

3.1.3 L'organisation des services

[196] La Direction de l'aide sociale à l'enfance (DASE) est implantée sur un site appartenant au Conseil départemental situé à Kawéni, au nord de la commune de Mamoudzou. Outre la direction de l'ASE, on y trouve un centre de PMI et un service du RSA. Les bureaux, situés en étage sont en enfilade et accessibles par une coursive extérieure. Leur superficie est insuffisante pour permettre d'attribuer à chacun des travailleurs sociaux présents un espace personnel ; aucun local n'est réservé aux entretiens individuels avec les familles ou les mineurs.

[197] Parmi les agents affectés au service des interventions éducatives, seul le chef de service, un travailleur social et une secrétaire sont installés dans les locaux de la direction. Les éducateurs en charge d'exécuter les mesures sont répartis dans les 5 unités territoriales d'action sociale du Conseil départemental (UTAS). Les locaux qui leur sont attribués sont particulièrement inadaptés, vétustes, étroits, et souvent insalubres⁴⁵. (voir *supra* point 1.2.2).

Schéma 4 : Organigramme de la DASE au 1^{er} décembre 2015



Source : Mission IGAS

⁴⁵ La mission a pu constater la présence d'animaux nuisibles détruisant le câblage informatique et rongant les dossiers, des défauts d'étanchéité des toitures entraînant humidité et inondations...les locaux de la direction souffrent des mêmes travers.

- [198] Au 1^{er} décembre 2015, tous les emplois étaient pourvus. Pour autant, certains postes de travailleurs sociaux n'étaient pas attribués, du fait de mutations internes liées à une réorganisation des services ayant généré des besoins qui ne se sont pas traduits par des recrutements supplémentaires.

Tableau 5 : 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 AF	3	1
Psychologue	1	1
OPEMA (Observatoire)	1	
Total	63	40

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

- [199] La directrice de l'aide sociale à l'enfance s'est employée à réorganiser les services à son arrivée, courant 2014. La nouvelle organisation, bien que n'ayant pas reçu l'aval des autorités départementales, est celle qui prévaut encore, dans l'attente d'une refonte de l'organigramme général des services, en cours d'élaboration.
- [200] **L'innovation majeure a consisté à regrouper dans un service unique dit « des interventions éducatives » 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 et des familles 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. 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.
- [201] **Imaginée pour renforcer la qualité et la densité du travail éducatif, cette réforme ne semble pas avoir permis d'atteindre cet objectif.** Au contraire, elle a conduit à éloigner physiquement les mineurs de leur éducateur référent, alors que les difficultés de communication et de transport sont patentées, et elle a privé le service de gestion des assistants familiaux des professionnels nécessaires pour contrôler leur activité et les accompagner dans leur mission éducative.
- [202] D'autres services manquent, ou viendront vite à manquer, dans l'organigramme de la DASE. Ainsi, **aucune structure administrative n'est en place pour accompagner les opérateurs du secteur associatif qui interviennent dans la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance et assurer le suivi des mineurs qu'ils prennent en charge.** Si, comme l'envisage le Département, une plus grande place est accordée à l'avenir à ces associations et qu'il leur est confiée l'exécution de mesures éducatives en milieu ouvert, la gestion de placements familiaux et le fonctionnement d'établissements d'accueil, l'organisation de la DASE doit être adaptée en conséquence.
- [203] On peut certes observer que pour l'instant ces associations ne sont ni mandatées, ni financées par le Département. La directrice de l'ASE avait prévu dans son projet d'organigramme la mise en place d'un service d'autorisation et de tarification, destiné précisément à normaliser les relations entre le secteur associatif et la DASE. Il a été préféré une autre solution consistant à mettre en place un service de tarification commun à toutes les directions d'aide sociale, de sorte à ce qu'il puisse également intervenir dans la gestion des projets associatifs touchant à d'autres catégories sociales.

La mission observe que ce choix, qui n'appelle pas d'observations de sa part, ne s'est pas concrétisé : **le Département ne s'est toujours pas doté d'un service commun pour mener à bien sa mission de tarification et de contrôle des services et établissements prestataires dans le secteur social et médico-social.** C'est pourtant un préalable indispensable à la mise en place des projets portés par la collectivité dans le cadre du financement qu'elle sollicite de l'Union européenne.

Recommandation n°19 : Mettre en place un service départemental de tarification et de contrôle des services et établissements de droit privé intervenant dans le secteur social et médico-social.

3.2 La cellule de traitement des informations préoccupantes est inefficace

- [204] La loi du 5 mars 2007 a confié au département une mission obligatoire de recueil, de l'évaluation et du traitement des informations préoccupantes (IP) relatives à la situation des mineurs en danger. La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) doit être organisée pour recueillir tous les signalements, qu'ils émanent de simples particuliers, des familles et des mineurs eux-mêmes, ou de partenaires institutionnels, qu'il s'agisse d'acteurs publics (éducation nationale, établissements hospitaliers, autorités judiciaires...) ou privés (secteur associatif...).
- [205] A Mayotte la CRIP est dénommée localement « cellule Bass Maltraitance »⁴⁶. Après un pic d'activité en 2011, le nombre des IP parvenues au service est maintenant relativement stable d'une année à l'autre, autour de 900. Pour 2015, il s'élevait à 450 au 30 juin⁴⁷, à 688 au 11 septembre⁴⁸.
- [206] Malgré son effectif (une cheffe de service éducatrice spécialisée, assistées de quatre éducateurs⁴⁹, d'un aide-éducateur (contrat aidé), d'une psychologue à temps partagé, d'une secrétaire et de deux agents d'accueil-interprètes) **la CRIP n'est plus capable de remplir son rôle d'évaluation et d'orientation des IP** : lors des contrôles opérés par la mission le 15 septembre 2015, 175 IP étaient en souffrance, la plus ancienne remontant à septembre 2014. Parmi ces signalements non traités, 47 demandes d'investigations émanaient du procureur de la République⁵⁰.
- [207] Le choix qui a été fait de ne traiter au niveau de la CRIP que les signalements de danger avéré et d'adresser aux agents de la polyvalence de secteur pour évaluation les IP n'évoquant qu'un risque de danger pour un mineur s'avère inopérant : au 15 septembre 2015 **136 demandes d'évaluation adressées aux UTAS n'avaient fait l'objet d'aucun retour, les plus anciennes remontant à 2013.**
- [208] L'analyse des statistiques de la CRIP fait apparaître que **plus de la moitié des IP parvenues ne conduisent à aucune diligence particulière.** Lorsqu'il est décidé d'apporter une réponse de nature administrative, elle se borne souvent à « faire suivre la famille » par d'autres directions que la DASE, telles que la PMI ou la polyvalence de secteur. La saisine des autorités judiciaires reste par ailleurs anormalement faible, ce dont les magistrats s'étonnent.
- [209] Cette incapacité de la CRIP à traiter le flux des IP dans des délais raisonnable s'explique d'autant moins que, pour l'essentiel, les signalements de situations préoccupantes émanent de professionnels du travail social, qui procèdent eux-mêmes à une évaluation préalablement à la saisine du Département et proposent une orientation de la procédure dont il suffit de vérifier la pertinence.

⁴⁶ « Halte à la maltraitance » en langue shimaoré

⁴⁷ Statistiques OPEMA

⁴⁸ Comptage mission IGAS

⁴⁹ Un poste créé a été pourvu le 1^{er} septembre 2015.

⁵⁰ Au 1^{er} décembre 2015, le nombre d'IP en attente dépassait 200.

Tableau 6 : Origine des IP parvenues à la CRIP 1^{er} semestre 2015

ORIGINE	nombre	proportion	dont		
Education nationale	144	32,00%			
Département de Mayotte (autres directions)	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

- [210] **Le défaut de traitement des signalements finit par décourager les partenaires**, qui en viennent, soit à alerter directement les autorités judiciaires dans les cas les plus préoccupants, soit à prendre eux-mêmes en charge les mineurs concernés lorsqu'ils disposent des outils nécessaires.
- [211] Le manque de moyens matériels pour procéder à des investigations (transports, télécommunications) est l'explication avancée pour justifier l'impossibilité laquelle se trouve la CRIP d'exercer ses fonctions d'évaluation et d'orientation. A cela s'ajoute le fait que **les moyens disponibles sont entièrement consacrés à des missions qui ne devraient pas relever de sa compétence**, mais qu'elle assure pourtant en l'absence d'un service dédié à l'accueil d'urgence.
- [212] **Les défaillances relevées dans le fonctionnement de la CRIP constituent un risque majeur pour les élus et l'encadrement des services départementaux. Leur responsabilité est susceptible d'être recherchée dans l'hypothèse où une situation de danger avéré aurait échappé à leur attention.**

Recommandation n°20 : Recentrer la CRIP sur ses missions de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes et lui octroyer les moyens matériels nécessaires à la conduite de ses missions

Recommandation n°21 : Créer un service distinct chargé d'exécuter les décisions de placement en urgence, qu'elles émanent des autorités judiciaires ou qu'elles relèvent de la compétence du Président du Conseil départemental

3.3 La gestion des adoptions manque de rigueur

- [213] Le nombre des pupilles de l'Etat confiés au Département est très modeste (4 pupilles à la date des constats opérés par la mission) ; la manière dont ils sont pris en charge ne soulève aucune difficulté. Cette faible proportion de mineurs immatriculés en qualité de pupille peut toutefois surprendre dans un département qui se caractérise par la présence de nombreux mineurs isolés et un nombre de grossesses précoces jugé élevée par les services sanitaires et sociaux. Finalement, le nombre des adoptions réalisées annuellement est très restreint (4 en moyenne annuelle sur les 5 dernières années), faute d'enfant adoptable et en l'absence d'accueil d'enfants étrangers au titre de l'adoption internationale.
- [214] S'agissant des accouchements sous secret, le protocole passé avec le CHM pour la prise en charge des mères qui demandent le secret de la naissance ne serait pas strictement respecté, de part et d'autre. Pour la DASE, les agents habilités pour agir ne sont que 3 (la directrice, la psychologue et la cheffe de service) mais d'autres interviennent sur ces situations à l'occasion des astreintes sans avoir toujours connaissance des règles à respecter⁵¹. Par ailleurs, la tenue des dossiers laisse à désirer et leur confidentialité n'était pas assurée jusqu'à une date récente.⁵²

Recommandation n°22 : Revoir les procédures en cas d'accouchement sous secret et veiller à les faire appliquer rigoureusement

- [215] La gestion des demandes d'agrément à l'adoption apparaît également assez chaotique malgré le nombre modeste de 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. L'instruction des demandes d'agrément est assurée, comme la réglementation l'exige, par une éducatrice spécialisée et une psychologue de la DASE, mais le délai de 9 mois requis pour répondre aux demandes n'est jamais respecté.

3.4 La capacité du département à gérer des tutelles et les administrations *ad hoc* devrait être préservée

- [216] **Il n'est plus confié de missions de tutelle au Département.** Antérieurement, c'était un mode d'administration des mineurs retenu lorsqu'à l'occasion d'une reconduite à la frontière les parents faisant valoir qu'ils avaient un enfant sur le territoire susceptible de se retrouver isolé. 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. Selon l'éducateur spécialisé en charge des tutelles, 215 dossiers ont été ouverts depuis 2007. Entre les dossiers qui ont été clôturés ou attende de la décision de clôture par le juge) et ceux qui sont devenus caduques par l'accès du mineur à la majorité, **il ne reste plus aucun dossier en cours et la fermeture du service est imminente.**
- [217] **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.

⁵¹ Il n'existe aucun guide définissant les modalités d'intervention des cadres d'astreinte.

⁵² La mission a pu constater la présence d'informations permettant d'identifier la mère dans des documents non cachetés ; la conservation des dossiers dans un coffre-fort n'est effective que depuis juillet 2015

Recommandation n°23 : Préserver la capacité du Département à assumer une mission de tutelle lorsque la situation patrimoniale d'un mineur confié à sa garde le nécessite.

- [218] **Le Département ne souhaite plus recevoir de mandat d'administrateur ad hoc**, considérant qu'il n'est pas en mesure de supporter les charges induites par ces mandats.
- [219] Même s'il n'est plus désigné, le Conseil départemental reste contraint de gérer les dossiers ouverts jusqu'ici. Or l'état du service et la tenue des dossiers, qu'un agent vient d'être chargé de solder, montrent un laisser-aller très préoccupant. **Sur les 116 dossiers encore en cours, il est apparu que 63 concernaient des victimes d'infraction pénale devenues majeures**, parfois depuis plus de 10 ans.
- [220] 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 requis⁵³. Par ailleurs, il a été indiqué à la mission 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 validité⁵⁴. 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.
- [221] Il doit être rappelé 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.
- [222] C'est désormais l'association TAMA qui couvre l'essentiel des besoins en matière d'administration ad hoc, principalement dans la défense des intérêts des mineurs victimes d'infraction pénales, mais aussi, le cas échéant, pour des actions judiciaires en matière civile. Le Département doit préserver sa capacité à assurer de tels mandats au profit des mineurs qui lui sont confiés, même si la possibilité de recourir à d'autres intervenants reste nécessaire, en particulier pour éviter tout conflit d'intérêt lorsque le Conseil départemental est partie aux procédures à titre personnel.

Recommandation n°24 : Préserver la capacité opérationnelle du Département en matière de gestion des mandats d'administrateur ad hoc

3.5 L'action éducative en milieu ouvert reste à bâtir

- [223] **Au 1^{er} septembre 2015, 337 mineurs bénéficiaient d'une mesure éducative 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). Huit travailleurs sociaux étaient affectés à cette tâche (un poste non pourvu).
- [224] La capacité de la DASE à conduire des mesures en milieu ouvert apparaît très inférieure aux standards nationaux, qui se situent 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**.
- [225] Les magistrats prescripteurs 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'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) qui lui sont confiées.

⁵³ 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.

⁵⁴ 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.

[226] Les constats opérés par la mission confirment les défaillances observées par les juges des enfants.

- **Une partie des mesures prescrites ne sont pas exécutées, faute d'effectifs suffisants :** aucune mesure n'était effectivement exécutée dans le secteur Centre à la date de ses vérifications, 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 2014⁵⁵.
- 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. **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. Dans certains dossiers consultés, 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 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 certaines mesures prescrites pour 6 mois ne commençaient effectivement à être exécutées qu'au bout de 3 à 4 mois.**

[227] Avant même d'envisager l'indispensable augmentation des capacités du Département en matière d'action éducative en milieu ouvert, il est nécessaire de **remettre en ordre le service** et d'exécuter correctement les mesures prescrites.

[228] **Pour l'avenir**, le Département doit se mettre en capacité d'exécuter 4 fois plus de mesures s'il entend se rapprocher des standards nationaux. La rareté des ressources en professionnels qualifiés et la nécessité de privilégier le recrutement d'intervenants maîtrisant les langues d'usage et les spécificités culturelles de la population prise en charge justifient la recherche de solutions originales (*cf. parties 1.1.2 et 1.1.3*).

[229] **Il conviendrait en particulier d'associer plus étroitement au travail éducatif et à l'accompagnement des familles les agents des services sociaux départementaux moins qualifiés, qui sont actuellement peu sollicités** (agents d'accueil, aides à domicile) et de privilégier le recrutement de personnel moins qualifié (aides éducateurs, moniteurs de jeune enfants...), qui sont tout à fait en mesure d'accomplir la plupart des tâches incombant jusqu'ici aux éducateurs référents. Cette revalorisation des tâches des agents moins qualifiés pourrait être utilement accompagnée par des mesures facilitant leur accès à une qualification supérieure (formation professionnelle continue, parcours VAE...).

[230] Ce travail en équipe permettrait, pratiquement à effectifs constants, de disposer d'ores et déjà des ressources nécessaires pour densifier le suivi individuel des mineurs concernés, surtout si, comme la mission le propose, les effectifs de la DASE sont renforcés par l'intégration d'une partie des travailleurs sociaux actuellement affectés à la polyvalence de secteur, dont elle préconise par ailleurs la disparition.

Recommandation n°25 : Confier l'exécution des mesures d'action éducative en milieu ouvert à des équipes comprenant, sous l'autorité d'un assistant socio-éducatif, des agents relevant de l'un des cadres d'emploi de la filière sociale de la fonction publique territoriale (éducateur de jeunes enfant, moniteur éducateur, intervenant familial, agent social...)

⁵⁵ Son successeur est arrivé le 1^{er} septembre 2015

3.6 Les modes de placement doivent être diversifiés

3.6.1 Le placement familial

[231] Le dispositif d'accueil familial, développé dans un cadre juridique sommaire jusqu'à l'extension à Mayotte des normes relatives au recrutement et à l'emploi des assistants familiaux, s'est développé sans grand professionnalisme. Le recrutement des familles d'accueil s'opérait par le bouche à oreille, sans exigences particulières sur les capacités éducatives et le bien-être matériel des enfants placés. Le service de placement familial accordait l'agrément et procédait au recrutement sans formation préalable. **La faible rémunération de cette activité conduisait ces familles à accepter l'accueil d'un nombre élevé de mineurs à qui, plus qu'une prise en charge éducative, elles assuraient le gîte et le couvert, dans des conditions parfois précaires.**

3.6.1.1 Un dispositif sous-dimensionné et surchargé

[232] Cette construction du réseau d'accueil familial n'a jamais suffi pour répondre aux besoins. Malgré la surcharge des 75 familles d'accueil, la multiplication des dérogations, les services de la DASE ont toujours été à court de places. 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‰ mineurs. A Mayotte, le Département devrait être en capacité d'accueillir en hébergement 1 200 mineurs.

[233] 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, 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.**

[234] La saturation des capacités d'accueil incitent les magistrats à réserver leurs décisions de placement **aux situations de danger immédiat** : mineurs isolés dépourvus de soutien local, mineurs victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales, mineures rejetées par leur famille en raison d'une grossesse. Ils 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. Cette stratégie paraît porter ses fruits, puisque **les magistrats estiment que l'ASE répond sans délai à toutes leurs demandes de placement en urgence.**

Tableau 7 : 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

- [235] Les mineurs isolés représentent une part importante : **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 signe d'isolement du mineur, c'est 45% des mineurs accueillis par l'ASE qui relèvent de cet état**. Parmi les 126 mineurs identifiés formellement comme isolés, le placement résultait d'une décision de justice pour 109 d'entre eux (87%). La part des mineurs de nationalité étrangère, qui a été analysé dans le passé, est supérieure à 80%⁵⁶. Il faut toutefois rappeler qu'il ne s'agit pas tous de mineurs immigrés : la majorité d'entre eux sont nés à Mayotte et ont vocation à bénéficier de la nationalité française à leur majorité (voir Annexe n°1 Eléments de contexte).

3.6.1.2 Un défaut de prise en charge éducative

- [236] 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. **Ce choix organisationnel a pour effet d'éloigner physiquement le mineur de son référent éducatif**. La conséquence première de cet éloignement entre les mineurs et leurs référents éducatifs est la grande pauvreté de l'accompagnement dont ils bénéficient
- [237] **Les travailleurs sociaux 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**. Par ailleurs, comme leurs collègues en charge des mesures d'AEMO, les éducateurs référents métropolitains 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.

3.6.1.3 Un manque de professionnalisme des familles d'accueil

- [238] **La plupart des familles d'accueil actuellement agréées jusqu'ici ne répondent pas aux critères désormais exigés pour accéder à la profession d'assistant familial, bien que ce statut leur ait été accordé et qu'elles perçoivent en conséquence une rémunération substantielle**.
- [239] **Une première difficulté réside dans la capacité éducative des assistants familiaux, dont 70% n'ont jamais été scolarisés et ne s'expriment pas en français**⁵⁷. 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 retiré⁵⁸.
- [240] **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 du cadre de vie pour les enfants accueillis**. La multiplication des dérogations et l'accueil fréquent hors dérogation d'**un nombre d'enfants supérieur à leur capacité réelle** d'hébergement oblige ces familles à installer plusieurs mineurs dans une même chambre, parfois sans considération sur leur âge et leur sexe⁵⁹.

⁵⁶ 87% en 2012, 84% en 2013

⁵⁷ Selon les représentantes des AF rencontrées par la mission, une trentaine d'entre elles sont dans l'incapacité de s'exprimer en français. La mission estime que 51 des 76 AF actuellement en fonction n'ont pas le niveau d'expression orale

⁵⁸ Article L 421-3 CASF

⁵⁹ La question de la mixité préoccupe particulièrement les familles d'accueil lorsqu'elles doivent accueillir des grands adolescents des deux sexes sous leur toit.

[241] 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...

[242] Au regard des normes qui s'appliquent désormais à Mayotte en matière d'agrément, la plupart des assistants familiaux actuellement en activité ne pourront donc pas voir leur agrément renouvelé à l'expiration de son délai de validité de 5 ans.

[243] **La mission estime à une vingtaine seulement le nombre des assistants familiaux 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.**

[244] **L'application d'une politique d'agrément conforme aux exigences réglementaires va entraîner à brève échéance un problème de capacité d'accueil pour le Département.** A supposer même, ce qui paraît souhaitable, qu'une campagne de promotion de la profession soit menée, les délais requis pour instruire, recruter et former de nouveaux assistants familiaux sont longs, et aggravés pour l'instant par un manque d'effectifs et de moyens affectés à la cellule de la PMI en charge de l'instruction des dossiers.

3.6.1.4 Un encadrement insuffisant des assistants familiaux

[245] La cheffe de service est seule pour contrôler les modalités d'accueil et accompagner les 75 familles d'accueil réparties sur tout le territoire de Mayotte depuis que les éducateurs référents ont été regroupés dans le service commun des interventions sociales. Elle se déplace rarement chez les assistants familiaux, n'ayant aucun véhicule de service à sa disposition. Les contacts qu'elle peut avoir sont essentiellement téléphoniques, ou à l'occasion de déplacements des familles d'accueil au siège de la DASE.

[246] 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**.

Recommandation n°26 : Recréer un service de placement familial de plein exercice et l'organiser avec une équipe d'intervenants référents situé au plus près des familles d'accueil qui assure un accompagnement individuel de chaque accueillant et le suivi éducatif des enfants qu'il accueille.

3.6.1.5 Une revalorisation salariale mal maîtrisée

[247] L'applicabilité à Mayotte des dispositions du code de l'action et des familles relatives aux assistants familiaux a conduit le Département à s'aligner sur les modalités de droit commun en matière de rémunération des assistants familiaux.

[248] 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€ par mois destinée à couvrir tous les frais d'entretien, d'alimentation, de scolarité et de

loisirs des mineurs accueillis. **En dépit du nombre anormalement élevé de mineurs accueillis, la rémunération mensuelle des familles restait faible (1 300 € brut en 2013).**

[249] **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.

[250] 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 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.

[251] 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.⁶⁰ 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**. A effectifs constants de familles d'accueil et de mineurs accueillis, le prix de journée sera pratiquement multiplié par 2 en l'espace de 5 ans, et **les charges générées par le placement familial auront augmenté de 85%** au terme de l'alignement sur le droit commun. **Le revenu moyen d'une famille d'accueil était déjà au 31 décembre 2015 de l'ordre de 3 500 €** alors qu'il était de 1 300 € fin 2013. A l'horizon 2018, **le revenu moyen d'une famille d'accueil atteindrait 6 000 € par mois** si leur nombre et celui des mineurs accueillis ne varie.

[252] L'alternative dans laquelle se trouve le Département, même s'il se borne à maintenir sa capacité d'accueil familial, est la suivante : préserver l'existant ou recruter. Préserver une politique de dérogations permettrait 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. Recruter conduira nécessairement à une augmentation des charges 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.

[253] **Une mesure permettrait au Département de freiner cette augmentation des charges : réviser le montant des indemnités d'entretien** qui excède déjà significativement le minimum réglementaire. Le décret n°2014-1407 du 26 novembre 2014 portant extension et adaptation du CASF à Mayotte a prévu un nouveau mode de calcul pour cette indemnité à Mayotte, dont il n'a pas été jusqu'ici tenu compte. Le Département a versé l'an dernier 2015 des indemnités journalières d'entretien de 14,52 € alors qu'il était en droit de ramener dès le 1^{er} janvier 2015 cette à 9,44 € même si, s'agissant d'une indemnité réglementaire minimum, la collectivité territoriale pouvait s'en tenir à son mode de calcul initial, plus avantageux pour les agents.

[254] **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**

⁶⁰ Pour un accueil permanent, un assistant familial qui accueille 3 enfants perçoit un salaire de 2 500 € brut et 1 100 € d'indemnités d'entretien, hors majorations pour sujétions exceptionnelles, frais de vêture et de scolarité.

2017 et 1,75 M€ en 2018, et le coût du placement familial serait globalement diminué d'un tiers.⁶¹

Recommandation n°27 : Mettre sans délai le mode de calcul de l'indemnité journalière d'entretien des mineurs bénéficiaires d'un accueil familial en conformité avec la réglementation en vigueur.

3.6.2 Les autres modes de placement susceptibles d'être mis en œuvre

[255] La faible capacité d'accueil du Département au regard des standards nationaux (compte tenu de la situation démographique qu'il connaît **le Département devrait être en capacité d'accueillir en hébergement 1 200 mineurs pour atteindre ces standards**) devrait l'inciter à rechercher des solutions alternatives au placement chez des assistants familiaux qualifiés, dont le nombre ne sera jamais suffisant pour répondre à tous les besoins en matière de placement.

3.6.2.1 Familles d'accueil non agréées en qualité d'assistant familial

[256] L'activité de famille d'accueil (la famille d'accueil est définie par la loi comme constituée par le professionnel et l'ensemble des personnes résidant à son domicile) est règlementée : toute personne qui accueille moyennant rémunération des mineurs et jeunes majeurs de façon permanente doit avoir la qualité d'assistant familial (article L4212 CASF). **Au cas particulier de Mayotte, il apparaît nécessaire d'introduire des amendements au cadre juridique pour préserver, au moins temporairement, les capacités d'accueil disponibles** (cf. partie 1.1.3).

[257] Si un agrément définitif paraît hors de portée pour la majorité d'entre eux, les agents en place ne sont pas pour autant incapables de participer à la prise en charge des mineurs en danger, pour peu qu'un encadrement approprié et qu'un suivi éducatif renforcé des mineurs qu'ils accueillent soient prévus par le Département. Si ces conditions sont remplies, il apparaît possible de créer un dispositif d'hébergement sur lequel elles pourraient être redéployées, et qui pourrait également concerner de nouveaux candidats présentant les mêmes limites en termes de professionnalisation.

[258] Tant que le nombre d'assistants familiaux qualifiés reste limité, leur intervention devrait concerner prioritairement les situations qui exigent des compétences éducatives particulières : l'accueil d'urgence, la prise en charge d'enfants en très bas âge, l'accueil des mineures enceintes, l'accueil des enfants à particularités (handicap physique ou psychiques, fratries...). Les familles non agréées seraient dans cette hypothèse mobilisées pour l'accueil des mineurs ou jeunes majeurs justifiant une prise en charge éducative plus modeste, en privilégiant la fonction hébergement et bien-être matériel et moral sur la fonction éducative.

[259] Certaines des obligations pesant sur les assistants familiaux devront toutefois subsister (cadre de vie et sécurité domestique notamment) et faire l'objet de contrôles, avant tout recrutement et en cours d'activité. Par ailleurs, il serait nécessaire d'instaurer un mode de rémunération spécifique pour ces familles d'accueil, qui ne pourraient pas prétendre à des revenus comparables aux assistants familiaux alors qu'elles n'auraient pas cette qualification et ce statut.

Recommandation n°28 : Introduire dans le Code de l'action sociale et des familles les dispositions législatives et réglementaires autorisant le Département de Mayotte, et le cas échéant le secteur associatif autorisé, à recruter des agents n'ayant pas la qualité d'assistant familial pour des missions d'accueil de mineurs en milieu familial.

⁶¹ Pour autant, à effectif constant, le revenu moyen tiré par une famille d'accueil de son activité professionnelle se situerait encore aux environs de 4 200 € au 1^{er} janvier 2018

3.6.2.2 Le recours aux tiers dignes de confiance

- [260] L'article 375-3 du Code Civil prévoit, si la protection de l'enfant l'exige, que le juge des enfants peut décider de le confier à un membre de famille ou à un tiers digne de confiance. La proposition de loi relative à la protection de l'enfant sur le point d'être adoptée à la date de rédaction du présent rapport élargit ce pouvoir au président du Conseil départemental qui « *peut décider, si tel est l'intérêt de l'enfant et après évaluation de la situation, de le confier à un tiers, dans le cadre d'un accueil durable et bénévole. Le service de l'aide sociale à l'enfance informe, accompagne et contrôle le tiers à qui il confie l'enfant* »⁶²
- [261] Or il est particulièrement approprié à Mayotte dans la mesure où la prise en charge des enfants par l'entourage correspond à des mécanismes traditionnels de fonctionnement de la société (cf. partie I.1. et Annexe n°1 *Eléments de contexte*). C'est tout spécialement la situation qu'on rencontre pour les mineurs dits « isolés » qui embolissent actuellement la capacité d'accueil du Département alors que la plupart sont soutenus matériellement et moralement par un adulte de leur entourage.
- [262] Le dispositif du tiers digne de confiance (TDC) a donc au cas de Mayotte des avantages par rapport à un placement classique puisqu'au lieu de créer une rupture par rapport à une situation qui existe, il ne s'agit que de la stabiliser, en lui donnant un cadre juridique approprié et en apportant à l'adulte comme à l'enfant le concours nécessaire pour surmonter les difficultés matérielles et éducatives qu'ils peuvent rencontrer.
- [263] Pour le Conseil départemental, c'est un mode de prise en charge infiniment moins coûteux qu'un placement familial ou en établissement : un TDC n'est pas rémunéré, mais simplement indemnisé, le cas échéant, pour les frais d'entretien, de soins et de scolarisation du mineur qu'il accueille. Il faudrait cependant se garder de toute professionnalisation : par hypothèse, le mandat de TDC est ponctuel et ne doit être envisagé que si des liens privilégiés préexistent entre le mineur et l'adulte ; il faut aussi s'abstenir de prévoir une rémunération trop attractive afin de décourager les apparentements factices.⁶³
- [264] Il pourrait être confié à la CRIP, dont c'est la vocation, le soin de diligenter une enquête rapide lorsque le signalement d'un mineur isolé lui parvient, d'identifier un éventuel adulte référent et de vérifier les conditions dans lesquelles il pourrait accepter ce mandat. Mais cette mission peut aussi être déléguée au secteur associatif agissant dans le domaine de la prévention spécialisée.
- [265] Les magistrats de Mayotte consultés par la mission se déclarent disposés à recourir à ce mode de prise en charge à condition d'être assurés de la mise en place d'un dispositif d'accompagnement et de contrôle. Le secteur associatif, qui a déjà une certaine expérience en la matière, confirme sa pertinence. Elles précisent que leur activité de prévention spécialisée révèle en effet que les mineurs isolés sont presque toujours soutenus par un adulte, au moins au début de son isolement, même si parfois l'accueillant se décourage en raison du comportement du mineur, ou plus simplement parce qu'il n'a plus les moyens matériels suffisants pour pourvoir à ses besoins⁶⁴.
- [266] Le principal obstacle demeure le fait que, lorsqu'il s'agit de mineurs étrangers, leur soutien vient souvent d'adultes eux-mêmes étrangers en situation irrégulière, qui peuvent faire à tout moment l'objet d'une mesure de reconduite à la frontière et qui, du fait du caractère illégal de leur séjour, peuvent difficilement être considérés comme dignes de confiance. Pour autant, ils restent éligibles à la perception d'indemnités versées par une autorité publique dès lors qu'elles s'inscrivent dans la politique de protection de l'enfance.

⁶² L'article 5 B de la proposition de loi créant l'article L. 222-5-1-1

⁶³ L'usage, lorsque les TDC sont indemnisés, est d'aligner le montant des indemnités sur celle de l'indemnité d'entretien accordée aux familles d'accueil, supposée suffire pour faire face aux dépenses supplémentaires générées par la présence du mineur dans la famille qui l'accueille.

⁶⁴ L'association TAMA en particulier, dans le cadre de son accompagnement des mineurs isolés, apporte un soutien matériel et moral aux adultes qui les protègent.

Recommandation n°29 : Privilégier l'accueil des mineurs par un tiers digne de confiance et prendre les dispositions nécessaires pour garantir aux prescripteurs l'accompagnement matériel et éducatif des mineurs accueillis.

3.6.2.3 L'accueil en établissement

[267] Après avoir refusé l'idée même d'établissement d'accueil pour les mineurs qui lui sont confiés, par crainte d'une saturation immédiate et d'un coût prohibitif, le Département semble aujourd'hui décidé à initier de tels projets, plus pour satisfaire aux interpellations récurrentes des autorités publiques que par réelle conviction quant à l'utilité de ce mode de placement.

[268] Là encore, la rareté des ressources, qu'elles soient humaines ou budgétaires, doit inciter à la prudence. On voit mal, par exemple, comment le Département pourrait construire et animer un foyer d'accueil d'urgence de 60 places (envisagé en décembre 2014). Cependant, il ne fait pas de doute que l'accueil en famille, qu'il s'agisse de familles d'accueil rémunérées ou de bénévoles bénéficiant du statut de tiers digne de confiance, n'est pas toujours une réponse appropriée. Il faut que l'ASE soit en mesure d'accueillir certains mineurs dans des structures d'hébergement collectif, où ils bénéficieront d'un cadre de vie et du concours de professionnels adaptés à leur situation et leurs difficultés.

[269] Il manque *a minima* :

- Une structure d'accueil d'urgence de court séjour permettant, en quelques jours, de procéder à une évaluation rapide de la situation des mineurs qui permette de trouver la solution pertinente, et le cas échéant d'identifier la famille d'accueil adaptée pour un placement pérenne ;
- Une structure d'accueil pour les mineurs dont la famille d'accueil exige son départ en raison d'un comportement qui constitue un risque pour les autres membres de la famille ou d'autres enfants placés chez elle (notamment en cas de violences physiques) ;
- Une structure spécialisée dans l'accueil des mineurs étrangers isolés au sens habituel du terme, c'est-à-dire des mineurs récemment immigrés, n'ayant aucun attaché ou soutien familial à Mayotte (c'est surtout le cas des mineurs venant d'Afrique de l'Est de la région des Grands-Lacs) ;
- Une structure d'accueil de type « maison maternelle » pour les mineures et jeunes majeures enceintes exclues de leur milieu familial naturel.

[270] Chacun de ces publics demande des compétences particulières, ainsi qu'une configuration des lieux et une organisation spécifique des conditions d'accueil. Des établissements à faible capacité (une douzaine de places) mobilisant un personnel restreint mais particulièrement au fait des particularités du public accueilli, semble préférable à la construction d'un foyer de l'enfance polyvalent. Cette formule permettrait en outre de surmonter les problèmes fonciers, qui sont importants à Mayotte, en retenant comme solution immobilière la transformation de maisons individuelles ou de petits immeubles collectifs.

[271] De tels projets peuvent être portés par d'autres opérateurs que le Conseil départemental si des acteurs du monde associatif acceptent de s'investir.

3.7 D'autres acteurs que le Département s'investissent dans l'aide sociale à l'enfance

[272] La politique de la protection de l'enfance n'est pas seulement portée par le Département. L'Etat, à travers l'activité de la **direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)**, service territorial du ministère de la justice, apporte une contribution significative 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.

[273] Mais **c'est surtout le secteur associatif qui agit, grâce au soutien financier de l'Etat en appui ou en substitution au service départemental de l'aide sociale à l'enfance**. En particulier, plusieurs associations tentent de venir en aide aux mineurs isolés. En l'absence d'habilitation ou autorisation d'activité de la part du Conseil départemental, leur financement que marginalement assuré par le Département. 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 Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et la Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DJSCS).

[274] La mission a rencontré les associations les plus actives en matière d'aide sociale à l'enfance et a analysé leur contribution à cette politique. **En dépit d'un cadre juridique peu approprié, la place qu'elles occupent dans l'action éducative en milieu ouvert est déterminante**. Leurs activités en matière de protection de l'enfance sont détaillées dans l'Annexe n°4 « L'ASE à Mayotte : Etat des lieux ».

4. CONSTATS ET PROPOSITIONS SUR LE FINANCEMENT DES MISSIONS DE PROTECTION DE L'ENFANCE DU DEPARTEMENT

4.1 Les dépenses de fonctionnement de la DASE et de la DSPMI sont sous- appréciées.

[275] 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 chacune des politiques publiques qu'il porte (...)** »⁶⁵. Ce constat s'applique pleinement aux politiques de protection de l'enfance et de protection maternelle et infantile, car les comptes administratifs du département ne permettent pas de lecture directe de ces dépenses.

[276] Plusieurs travaux menés, soit par les services du Département, soit par des auditeurs extérieurs, ont cherché à valoriser le coût de ces deux politiques. Pour la DSPMI, les charges de fonctionnement ont été estimées en 2014 à environ 5 M€ par an et pour la DASE à 4,5 M€. La mission a repris l'ensemble des éléments de calcul. **Elle conclut que ces estimations doivent être multipliées par un facteur 3 pour la DSPMI et 2 pour la DASE**.

[277] Trois grandes catégories de dépenses départementales ont été prises en considération pour établir cette nouvelle estimation :

- Les charges de personnel (chapitre 012) ; elles correspondent aux salaires chargés de tout le personnel exerçant au sein des services de l'ASE et de la PMI, y compris les agents de surveillance et d'entretien, ainsi que la rémunération des assistants familiaux ;
- La part des charges à caractère général qui correspond aux dépenses de fonctionnement des services ASE et PMI 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 ces deux directions dans les effectifs du personnel départemental ;
- 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. Pour la DSPMI, il s'agit de financer le fonctionnement médical courant (petit matériel et autres dispositifs médicaux) ;

⁶⁵ Cour des comptes. Rapport sur la départementalisation de Mayotte, janvier 2016. Ibid.cit.

- [278] Pour la PMI, depuis 2011, une convention avec l'ARS et la CSSM prévoit le financement des vaccins, médicaments et des actes de biologie médicale, via un versement direct par les financeurs au Centre hospitalier de Mamoudzou qui fournit les médicaments à la pharmacie de la PMI et règle directement les factures du laboratoire privé de biologie. Ces charges de fonctionnement n'apparaissent donc plus que de façon résiduelle dans les comptes du département ; elles ont été réintégrées ici.
- [279] Les différents éléments de calcul pour chaque poste de dépenses sont détaillés dans les annexes 3 et 4 relatives à l'ASE et à la PMI. On n'en restituera ici que les principaux points.

Tableau 8 : Effectifs par catégorie d'emploi de la DSPMI et de la DASE fin 2015

Direction / Catégories d'emploi	A	B	C dont assistants familiaux	Contrats aidés	Total général	Part dans effectifs du Conseil départemental
DSPMI	40	24	226	3	293	8,1%
DASE	4	35	125	7	163	4,5%
Total	44	59	351	10	456	12,7%
%	9,6%	12,9%	77,0%	2,2%	100,0%	

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

- [280] Les deux directions ont mobilisé 293 emplois pour la DSPMI et 163 pour la DASE si l'on comprend les 77 emplois familiaux, agents non titulaires du département en activité fin 2015. Le département a rémunéré 3 599 agents en novembre 2015, assistants familiaux inclus. Ces effectifs représentent respectivement 4.5% et 8.1% des effectifs rémunérés, soit au total 12.7% des emplois rémunérés. Trois emplois sur quatre à la DASE et la DSPMI sont des emplois de catégorie C ou assimilés ; cette proportion est similaire à celle observée pour l'ensemble des effectifs départementaux.
- [281] Sur la base d'une structure d'emploi de 308 postes (postes pourvus auxquels ont été ajoutés la quinzaine de postes vacants) la masse salariale chargée en 2015 de la DSPMI 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 contractuels en CDI -adoptée en 2013, et qui atteindra 40% au 1^{er} janvier 2017. S'agissant de la DASE, la masse salariale afférente est valorisée respectivement à 4,6 M€ en 2015, 5 M€ en 2016 et 5,5 M€ en 2017.
- [282] Les charges à caractère général, réparties au prorata du poids des deux directions représentent 4,3 M€ pour la DSPMI et 2,4 M€ pour la DASE. Enfin, les autres charges de gestion, sont estimées en 2015 à 3,3 M€ pour la DSPMI et à 2,6 M€ pour la DASE.

Tableau 9 : Estimation du coût de la DSPMI et DASE 2015 et prévisionnel 2016-2017

DASE	2015	2016	2017
charges de personnel	4,6 M€	5,1 M€	5,6 M€
charges à caractère général	2,4 M€	2,4 M€	2,4 M€
charges spécifiques	2,6 M€	3,0 M€	3,4 M€
Total prévisionnel ASE	9,6 M€	10,4 M€	11,3 M€
DSPMI			
charges de personnel	10,1 M€	11,1 M€	12,2 M€
charges à caractère général	4,3 M€	4,3 M€	4,3 M€
charges spécifiques	3,3 M€	4,5 M€	5,0 M€
Total prévisionnel PMI ⁶⁶	17,7 M€	19,9 M€	21,5 M€
Total général	27,3 M€	30,3 M€	32,8 M€

Source : IGAS

[283] Sur la base d'un budget de fonctionnement 2015 de 308 M€ tel que finalement adopté par le Conseil départemental, **les charges de fonctionnement de la DASE et de la DSPMI représentent respectivement (9,6 M€) 3,1% et 14,6 M€⁶⁷ (4,7%) des dépenses du Département soit 7,8% au total.**

[284] Les estimations prévisionnelles comportent une hypothèque importante sur la stabilité des effectifs et sur la poursuite des revalorisations salariales adoptées en 2013. La poursuite en 2016 et 2017 de ces mesures conduit à une augmentation de 1,6 M€. 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. Par ailleurs, 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).

[285] Pour être exhaustif sur le coût réel des politiques considérées pour les finances publiques, il conviendrait d'intégrer également les dépenses directes et indirectes de l'Etat en matière d'aide sociale à l'enfance, en particulier le coût des dispositifs de prise en charge des mineurs isolés par le budget de l'Etat⁶⁸. 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, de l'ordre de 2 M€ pour 2015, devra être pris en considération dans l'évaluation des dépenses d'aide sociale à l'enfance à Mayotte.

[286] A supposer que cette contribution de l'Etat se poursuive, il conviendra de mobiliser des crédits de l'ordre de 30 M€ pour les prochains exercices budgétaires, pour simplement préserver le volume d'activité actuel de la PMI et de la DASE. Or, les ressources dont dispose le Département pour compenser les charges générées par ces missions obligatoires, ne couvrent d'ores et déjà que très partiellement ses dépenses.

⁶⁶ Dont 14,5 M€ sur son budget propre et 3,2 M€ par d'autres financeurs en 2015

⁶⁷ Les coûts pris en charge pour la PMI par les autres financeurs sont déduits dans ce calcul.

⁶⁸ Il s'agit en particulier des subventions accordées au secteur associatif agissant dans le domaine de la protection de l'enfance, du financement de l'aide alimentaire à Mayotte, des dépenses d'aide sociale à l'enfance de l'Education nationale et des actions de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse concernant les mineurs en danger.

4.2 Le Département ne mobilise pas les recettes auxquelles il peut prétendre

4.2.1 Les missions ASE et PMI ne sont pas prises en compte dans la dotation globale de fonctionnement

- [287] L'État contribue à Mayotte au financement des politiques sociales relevant de la compétence départementale en abondant les recettes du budget départemental, et aussi par le financement direct d'opérateurs du secteur associatif.
- [288] Une partie des services servant les politiques de santé publique gérées antérieurement par la direction des affaires sociales de l'Etat, a fait l'objet d'un transfert à la collectivité territoriale en 2006 : les services de la PMI, du planning familial, d'éducation pour la santé et d'action de santé ont constitué l'ossature de la nouvelle DSPMI. Au moment du transfert de la compétence, ce qui deviendra la DSPMI mobilisait une soixantaine d'agents (en excluant les effectifs des fonctions support et d'entretien/gardiennage) et moins d'une dizaine de cadres de direction. Le service de l'ASE était quant à lui, très réduit à cette période. En 2003, il employait une vingtaine d'agents et neuf familles d'accueil. La population était alors officiellement de 160 000 habitants (recensement 2002).
- [289] Avec l'augmentation du nombre d'habitants (+ 32% en 10 ans), l'action sociale et médico-sociale s'est considérablement développée, et les effectifs consacrés à ces missions ont partiellement suivi cette évolution. En 2009, la DASE double les effectifs d'éducateurs spécialisés ; elle en emploie 28 en 2015. La DSPMI emploie 13 sages-femmes et 7 médecins en 2003 et respectivement 22 et 15 en 2015.
- [290] Lors de la départementalisation, ces compétences que le Département assumait déjà n'ont pas été prises en compte dans le calcul de la dotation globale de fonctionnement (DGF) de la collectivité, alors même qu'il était d'ores et déjà acquis que les ressources attribuées ne suffiraient pas à couvrir les besoins exceptionnels auxquels la collectivité doit faire face dans ces domaines.
- [291] A l'occasion d'une réflexion interministérielle menée en 2013 sur la question des mineurs isolés, les ministères des outre-mers (DGOM) et des affaires sociales (DGCS), ont mis en évidence cette lacune dans le financement de la politique de l'aide sociale à l'enfance. Le ministère de l'intérieur (DGCL) en a convenu et a entrepris un travail d'identification des dépenses induites par cette politique dans le budget départemental. Le principe d'un rebasage de la dotation globale de fonctionnement pour tenir compte de l'exercice de cette compétence par la collectivité semble acquis, mais son montant et l'assiette de référence restent encore en débat.
- [292] Selon les explications fournies à la mission par les directions d'administration qui portent ce dossier, les travaux interministériels retiendraient l'option de compenser le non-perçu entre 2008, date à laquelle la mission ASE est devenue une compétence obligatoire pour la collectivité et 2016 sur la base des dépenses constatées en 2014, soit 4,3 M€/an. Cette somme serait figée par la suite et intégrée à la dotation budgétaire de fonctionnement des prochains exercices pour ce montant de 2014. la mission considère pour sa part que la référence sur laquelle s'adosse le calcul de la compensation budgétaire est erronée puisqu'elle découle de documents budgétaires qui omettent dans leur présentation une grande partie des charges. Elles sont sous-estimées d'un facteur 2 et devraient être situées plutôt à la hauteur de 9 M€ pour 2014.
- [293] La nécessité d'un rebasage des dépenses de protection maternelle et infantile n'a pour sa part jamais été abordée. La question se présente toutefois sous un angle un peu différent, puisqu'une part des ressources de la PMI devrait normalement provenir de l'assurance-maladie au titre de la facturation des actes médicaux délivrés aux assurés sociaux

[294] Il n'en reste pas moins que le transfert de la compétence PMI au Département justifiait un abondement de la dotation globale de fonctionnement au titre des charges induites par les missions incombant à ces services qui ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation à l'acte. **Le Département pourrait prétendre par conséquent à un abondement de la dotation globale de fonctionnement à hauteur de 10 M€ et ce sans préjudice de la facturation à l'Etat des actes médicaux concernant les personnes non-affiliés** (cf. *infra*).

Recommandation n°30 : Redéfinir le montant de la dotation globale de fonctionnement du Département de Mayotte en prenant en compte le transfert à la collectivité territoriale des compétences PMI et ASE à hauteur de 10 M€ pour chacune de ces missions

4.2.2 L'Etat ne rembourse pas le coût des actes délivrés aux non-affiliés

[295] Les charges complètes de la PMI représentent 17,7 M€ en 2015 ; **on estime que 7 M€ pourraient être facturés au titre de l'activité remboursable en 2016.**

[296] Cette facturation n'est aujourd'hui possible que pour les affiliés à la sécurité sociale qui représentent environ 30% des prises en charge (plutôt 20 % pour la PMI femmes et 40% pour la PMI Enfants). Une convention avec la CSSM a permis un financement du département pour les seules années 2010 et 2011. Le département n'a perçu aucune recette à ce titre entre 2012 et 2014. Une nouvelle convention vient d'être signée en novembre 2015 et devrait relancer cette source de financement pour un montant estimé à 2 M€/an.

[297] **La question de la prise en charge des non affiliés n'est pas résolue et l'absence à Mayotte de la CMUc et de l'AME prive le département des recettes correspondant à 70% de ses usagers.**

[298] L'absence de ces mécanismes de couverture sociale a justifié, pour satisfaire aux engagements internationaux en matière de protection des mineurs, l'adoption d'une **disposition législative mettant à la charge de l'Etat la totalité des frais consécutifs aux soins délivrés aux mineurs et aux enfants à naître** (Article L6416-5 CSP dans sa rédaction issue de l'ordonnance 2012-785 du 31 mai 2012).

[299] Depuis leur adoption, ces dispositions légales ne sont pas mises en œuvre, aucune ligne budgétaire n'ayant été identifiée pour porter ces dépenses. Il avait pourtant été indiqué au Parlement lors des travaux préparatoires du PLF 2015 qu'il convenait de « mettre en place une enveloppe pérenne de 3,4 M€ (AME collective) » au titre de la prise en charge par l'Etat des non-assurés sociaux, qui constituent la grande majorité des personnes accueillies à la PMI de Mayotte. Lors de son déplacement à Mayotte en juin 2015, le Premier ministre était porteur du même message.

[300] Divers artifices ont été employés pour faire en sorte que la CSSM et l'Etat contribuent, au moins partiellement, à ces dépenses. Ils consistent à faire assurer par le centre hospitalier de Mayotte (CHM) la fourniture des vaccins et des dépenses de laboratoire et à rembourser directement une partie de ces dépenses à l'établissement hospitalier. La CSSM contribue à hauteur de 30% (1 M€ en 2015) et l'Etat verse une subvention à l'hôpital à partir du BOP 123 (conditions de vie outre-mer). Cette subvention de 1,5 M€ dont le principe a été critiqué par la Cour des comptes, a été interrompue au budget 2015. Ces artifices sont au total insuffisants pour couvrir l'ensemble des dépenses de l'hôpital ; la contribution imposée au centre hospitalier de Mayotte sur son budget propre aggrave sa situation budgétaire, le déficit de fonctionnement du CHM s'est aggravé de 3 M€ pour ce motif sur la période 2013-2015. Du fait de son mode de financement par dotation globale, c'est finalement la sécurité sociale qui pallie l'insuffisante contribution de l'Etat au titre de la protection des non-assurés sociaux fréquentant la PMI.

- [301] Ce modèle contraire aux dispositions législatives retenues en 2012, prive en outre le département des recettes auxquelles il peut prétendre au titre du remboursement des actes, médicaments et analyses biologiques délivrés aux mineurs et aux femmes enceintes, estimées à près de 5 M€(70% des 7 M€de prestations remboursables).
- [302] Au vu de la nomenclature budgétaire, cette dépense devrait logiquement être imputée sur le programme 183 « protection maladie », qui paraît le plus approprié puisque ce dispositif dérogatoire au droit commun est bien destiné à assurer une protection maladie à des personnes qui n'ont aucune couverture sociale.
- [303] La Direction de la sécurité sociale n'est pas favorable à cette proposition au motif que le BOP 183 est celui qui porte l'AME, dont le gouvernement n'entend pas étendre le bénéfice aux étrangers en situation irrégulière séjournant à Mayotte. Elle fait valoir qu'il serait préférable de recourir comme par le passé à des crédits fléchés outre-mer, notamment le BOP 123, qui a été jusqu'ici mobilisé.
- [304] Cette solution n'a pas la faveur de la mission. Outre le sous-financement de la ligne dans la loi de finances pour 2016 au regard de la charge financière qui incombe à l'Etat, cette mesure a été jugée irrégulière par la Cour des comptes, qui considère que l'action 4 du BOP 123 ne permet pas le versement de subventions au CHM. Mais surtout, la survie du mécanisme palliatif mis en œuvre depuis 2011 ne résoudra que très partiellement le problème puisqu'il s'agit uniquement d'abonder le budget du CHM en considération de ses livraisons à la PMI, ce qui laisse entier l'absence de remboursement des consultations médicales et paramédicales au département.
- [305] Il apparaît plus pertinent de revenir à l'orthodoxie budgétaire : une facturation par le Centre hospitalier de ses prestations au Département, une facturation par le Département des actes réalisés à la CSSM pour les personnes affiliées à la sécurité sociale, à l'Etat pour celles qui ne le sont pas.

Recommandation n°31 : Prévoir en PLF 2017 les crédits nécessaires au paiement des actes de PMI au titre de l'obligation légale de prise en charge par l'Etat des frais médicaux concernant les mineurs et femmes enceintes non-affiliées pour un montant prévisionnel de 5 M€

4.3 La situation exceptionnelle de Mayotte justifie un financement de la politique de protection de l'enfance dérogatoire au droit commun

4.3.1 La part de l'ASE dans le budget départemental reste très modeste

- [306] Même si le Département de Mayotte consacre finalement plus d'argent à la protection de l'enfance qu'on ne le croit, la part du budget départemental qui est réservée aux missions d'aide sociale à l'enfance et, dans une moindre mesure, à la protection maternelle et infantile, reste beaucoup plus faible que dans les autres départements.
- [307] Pour l'ASE par exemple, les dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance s'élèvent en 2013, pour la France entière, à 7,3 milliards d'euros sur un budget global de fonctionnement de 59 milliards d'euros, d'après l'enquête de la DREES auprès des conseils généraux⁶⁹. **En moyenne, les départements consacrent donc environ 12,4% de leur budget de fonctionnement à la fonction aide sociale à l'enfance, hors services communs et hors frais de personnel.**
- [308] A Mayotte, le montant estimé des dépenses ASE pour 2015, soit 9,6 M€, sur un budget de fonctionnement de 308 M€fait apparaître **une part du budget de fonctionnement consacrée à l'ASE de 3,1%, services communs et frais de personnel compris.**

⁶⁹ DRESS Etudes et Résultats n° 905 février 2015, Dépenses d'aide sociale départementale en 2013/

4.3.2 Les crédits consacrés à la protection de l'enfance ne permettent pas de faire face aux besoins

- [309] L'approche comparative des budgets départementaux en matière d'aide sociale à l'enfance et de protection maternelle et infantile, et d'une manière générale la mesure de l'impact budgétaire des politiques sociales départementales doit rester prudente : la structure des budgets d'aide sociale est directement consécutive à la structure démographique de la population qui en bénéficie.
- [310] Ainsi, les besoins financiers en matière de PMI et d'ASE sont infiniment plus importants à Mayotte, dont la population est composée pour moitié de mineurs, alors qu'au niveau métropolitain cette part n'est que de 22%⁷⁰ et que beaucoup de départements à la démographie plus équilibrée donnent la priorité à l'aide sociale aux personnes âgées, plus fortement présentes qu'à Mayotte. A cela s'ajoutent des particularités liées au contexte local : un service d'aide sociale à l'enfance qui doit faire face à la présence massive de mineurs isolés, un service de protection maternelle et infantile qui doit couvrir les besoins de 80% de la population en l'absence d'autres services sanitaires.
- [311] **Dans l'hypothèse où le Département voudrait simplement se rapprocher de la moyenne nationale quant à la part consacrée à ces missions dans son budget de fonctionnement, il devrait multiplier par quatre ses dépenses actuelles à budget global constant. Une telle hypothèse est irréaliste dans la situation financière que connaît actuellement la collectivité.**
- [312] Le déficit qu'elle enregistre sur la section fonctionnement conduit même la Chambre régionale des comptes à préconiser des mesures qui sont inconciliables avec le redressement par ailleurs attendu. Ainsi qu'on l'a vu, la fin des dysfonctionnements observés et l'adaptation des dispositifs aux besoins réels passent nécessairement par un recrutement de personnel, la mise en œuvre de dispositifs nouveaux qu'il faudra financer, et la mobilisation de crédits suffisants pour assurer un fonctionnement normal des services départementaux. Pour ces politiques départementales en tout cas, une réduction des dépenses de personnel et du « train de vie » des services ne sont pas compatibles avec la remise en ordre envisagée.

[313] **Il est donc indispensable d'attribuer au Département de Mayotte des ressources spécifiques à la mesure de la situation particulière dans laquelle il se trouve et qui justifie, du point de vue de la mission, un effort de solidarité nationale en faveur de ce département, le plus pauvre de France, et la mobilisation d'aides européennes en faveur de la région la plus déshéritée de l'Union européenne.**

4.3.3 Les instruments financiers actuels de l'Etat ne suffiront pas

4.3.3.1 L'indemnisation de l'accueil des mineurs isolés

- [314] La contribution financière de l'Etat à la prise en charge par les départements des mineurs étrangers isolés a fait l'objet d'un protocole passé en 2013 entre l'Etat et l'Assemblée des départements de France. Le dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation qu'il prévoit vise d'une part à organiser l'accueil initial du mineur sur une procédure homogène sur tout le territoire, d'autre part à répartir équitablement entre les départements l'accueil des mineurs placés au terme de la phase initiale de mise à l'abri et d'orientation. L'Etat finance la prise en charge initiale sous la forme d'un prix de journée de 250 € pendant 5 jours en contrepartie des frais d'entretien et des investigations pratiquées.

⁷⁰ La population métropolitaine au 1^{er} janvier 2016 est estimée par l'INSEE à 64,5 Millions d'habitants, dont 14,2 âgés de moins de 18 ans

- [315] La loi relative à la protection de l'enfance adoptée le 27 janvier 2016 donne un cadre légal à ce dispositif avec l'insertion d'un nouvel article dans le CASF ainsi rédigé : « *le président du conseil départemental transmet au ministre de la justice les informations dont il dispose sur le nombre de mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille dans le département. Le ministre de la justice fixe les objectifs de répartition proportionnée des accueils de ces mineurs entre les départements, en fonction de critères démographiques et d'éloignement géographique.* ». Le nouveau dispositif étendu par amendement aux départements d'outre-mer permettrait donc théoriquement de placer des mineurs isolés mahorais dans d'autres départements, si toutefois le décret d'application qui doit adapter les conditions d'évaluation de la situation de ces mineurs et prendre en compte la situation particulière des collectivités de l'article 73 de la Constitution l'organise. En pratique, il n'est pas envisagé par le ministère de la justice, sauf cas particulier le justifiant, d'orienter les mineurs isolés de Mayotte vers d'autres départements. En revanche, le Département, s'il se plie à la procédure commune de mise à l'abri et d'évaluation, devrait légitimement bénéficier du concours de l'Etat pour le financement de cette phase initiale d'accueil.
- [316] Les recettes qu'il peut escompter sont toutefois *a priori* modestes, puisque le versement de l'indemnité par l'Etat suppose une mise à l'abri initiale et la réalisation d'investigations qui ne sont pas habituelles à Mayotte puisqu'elles portent sur les conditions d'accès aux prestations de placement : la minorité et l'isolement. L'âge des mineurs isolés à Mayotte ne pose guère question, puisque beaucoup d'entre eux sont nés sur place, et l'isolement sur le territoire français est une notion à relativiser au cas d'espèce. Enfin, la mise à l'abri (qui justifie le versement des frais d'hébergement) ne concerne, par hypothèse, que les mineurs sans abri, qui ne représentent, au mieux qu'un dixième de la population cible. Au final, ce dispositif ne semble véritablement adapté qu'à la situation des mineurs isolés étrangers originaires du continent africain et qui ne disposent d'aucun référent à Mayotte. Ce nombre est très réduit, de l'ordre de quelques dizaines, ce pourquoi les recettes pour le département risquent de l'être également si on ne retient pas d'autres critères pour cette contribution de l'Etat aux charges générées par la présence de mineurs isolés.
- [317] Pour la majorité des mineurs isolés à Mayotte, les investigations utiles sont d'une autre nature. Il ne s'agit pas de s'assurer de l'isolement mais au contraire de l'absence d'isolement. Elles doivent être orientées sur l'identification d'un adulte référent, la vérification de la qualité des liens qui l'unissent avec le mineur et sa capacité à se substituer aux parents absents dans la protection de l'enfant. Pour permettre à l'Etat de contribuer au financement des enquêtes rapides diligentées par l'ASE ou le secteur associatif lorsqu'un mineur est repéré en situation apparente d'isolement, il faudrait donc, dans le cadre d'un protocole passé en l'Etat et le Département, définir la nature des investigations ouvrant droit à indemnisation.

Recommandation n°32 : Elaborer un protocole entre l'Etat et le Département définissant les conditions d'indemnisation par l'Etat des investigations relatives à la situation des mineurs isolés à Mayotte.

4.3.3.2 Le Fonds de financement de la protection de l'enfance (FNFPE)

- [318] Ce fonds, créé pour compenser les nouvelles charges résultant pour les départements de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Ses ressources sont constituées par un versement de la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) dont le montant est arrêté en loi de financement de la sécurité sociale, et par un versement annuel de l'Etat dont le montant est arrêté par loi de finances.
- [319] Il comporte plusieurs enveloppes, dont celle qui permet de financer les dépenses engagées par les départements dans le cadre du financement de la phase de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des enfants sans représentant légal sur le territoire français. Une autre enveloppe contient les crédits destinés à être versés sous forme de dotations à l'ensemble des départements, avec une clé de répartition plus favorable pour Mayotte. Une troisième enveloppe contient les

crédits de soutien à des actions entrant dans le cadre de la réforme, notamment celles qui visent à la protection des enfants en situation de précarité économique. Le financement sur cette enveloppe est décidé par le comité de gestion sur appels à projet étant précisé que le FNFPE contribue au financement à hauteur maximum de 50% des dépenses.

- [320] La mission rappelle que la mobilisation du FNFPE pour accompagner le Département dans le financement de l'aide sociale à l'enfance se heurte à de nombreux obstacles, à commencer par un manque de ressources, tous les crédits ayant été consommés dans le cadre du dispositif d'appui aux départements pour la mise à l'abri des mineurs. **Ce fonds n'est évoqué ici que pour rappeler l'existence de mécanismes de financement des départements par la collectivité nationale qui pourraient être opportunément exploités en appui du Département**, mais qui ne pourront en constituer l'ossature principale, compte tenu de leur déclenchement sur appel à projet.

4.3.3.3 La compensation rétroactive du défaut de rebasage de la DGF

- [321] L'absence de prise en compte dans la DGF des dépenses de l'ASE entre 2008 et 2016 et de la PMI entre 2006 et 2016, a entraîné une perte de recettes substantielle pour la collectivité territoriale.
- [322] Il serait équitable que cette perte donne lieu à compensation. Il pourrait s'agir, par exemple, d'une dotation exceptionnelle non reconductible et fléchée sur les deux politiques concernées, versée par tranches sur plusieurs exercices budgétaires.

Recommandation n°33 : Mettre en œuvre un dispositif de compensation rétroactive de la dotation globale de fonctionnement pour la période 2006-2016 s'agissant de la PMI et la période 2008-2016 s'agissant de l'ASE

4.3.3.4 Les opérations prévues dans le contrat de plan Etat-Région

- [323] Un contrat de plan Etat-Région a été passé entre l'Etat et le Département pour la période 2015-2020. Le volet cohésion sociale et employabilité ne prévoit toutefois aucune action susceptible de toucher le public de l'aide sociale à l'enfance. En revanche, le volet infrastructures et services de base comporte un objectif stratégique relatif aux équipements sanitaires et sociaux, qui prévoit la construction de centres médico-sociaux et de PMI (au nombre de 10), la construction d'un centre d'hébergement et d'accueil d'urgence, et des investissements immobiliers au profit des services d'incendie et de secours. L'enveloppe globale, de 15,8 M€ doit être financée par l'Etat à hauteur de 3,3 M€ par l'Etat, le solde incombant au Département. La part consacrée aux PMI serait de 10 M€

4.3.4 Les actions susceptibles d'être cofinancées par les fonds européens

- [324] La reconnaissance en tant que région ultrapériphérique européenne (RUP) de Mayotte 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.
- [325] Les enveloppes des fonds européens pour Mayotte ont été arrêtées pour la période 2014-2020 pour un total de 337,6 M€ dont
- 148,9 M€ pour le FEDER : Fonds Européen pour le Développement Régional pour les infrastructures ;
 - 65,5 M€ de FSE (Fonds Social Européen) pour l'emploi, l'inclusion et la formation
- [326] Les programmes opérationnels validés par la Commission comportent des objectifs et des actions qui rentrent dans le champ de la PMI et de l'ASE.

4.3.4.1 Le Fonds européen de développement économique régional (FEDER)

[327] Le programme opérationnel sur son axe 2 « Développer l'offre de services sanitaires et médico-sociaux » (11 M€) € prévoit le financement de la rénovation de 10 PMI et la construction d'un centre médico-social (CMS). Avec le financement prévu dans le contrat de plan, c'est une enveloppe de 21 M€ qui serait consacrée à la construction et la rénovation des PMI. 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.

[328] En l'état actuel d'instruction du dossier, rien n'est acquis. La Commission européenne entend en effet subventionner des projets qui s'inscrivent dans un cadre stratégique clair sur lequel doit s'adosser un programme financier crédible. Or le programme de rénovation des PMI n'a pas été précédé d'une réflexion et d'une programmation assise sur un diagnostic des besoins médico-sociaux des territoires concernés. Les délais pour justifier la pertinence des choix et le cas échéant obtenir une renégociation permettant de procéder à des constructions de nouveaux centres de PMI là ils où manquent (notamment Mamoudzou intramuros) sont très contraints : il existe un risque de pertes de crédits européens si 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 ne sont pas rapportés.

[329] L'élaboration concertée d'un plan de premier recours par l'ARS et d'un schéma de la PMI par le département sont l'opportunité de présenter une nouvelle proposition à la commission européenne afin de pouvoir mobiliser utilement les crédits européens et du contrat de plan Etat-Région.

Recommandation n°34 : Renégocier le programme opérationnel européen relatif aux rénovations des PMI sur la base du schéma de la PMI

[330] S'agissant de l'ASE l'axe 2 du FEDER consacre une enveloppe de 5,8 M€ à la création de structures et d'hébergement pour mineurs en situation d'insertion sociale et professionnelle. Cependant, il n'est pas pour l'instant envisagé de consacrer ces crédits à la construction d'un foyer départemental de l'enfance ou d'une autre structure d'accueil pour mineurs faisant l'objet d'une mesure de placement judiciaire ou administratif à l'ASE. Le Département avait envisagé de solliciter l'aide du FEDER pour une telle construction, mais cela ne semble plus d'actualité.

4.3.4.2 Le Fonds social européen (FSE)

[331] Dans le cadre de l'axe 10 du programme opérationnel, un objectif 10.1 prévoit la possibilité de mobiliser des crédits FSE pour « augmenter l'insertion des jeunes en difficulté par l'accompagnement social et le placement familial ». Une enveloppe de 4,6€ est consacrée à cet objectif sur la période 2014-2020. Un appel à projets a été lancé en juin 2015, qui mobilise une enveloppe de 1,5 M€ sur la période 2015-2016.

[332] Le Département a soumis 2 projets dans le cadre de cet appel

- Une demande de financement à hauteur de 950 K€ au titre de l'accueil de 50 mineurs, comprenant la rémunération de 17 assistants familiaux et de 2 éducateurs spécialisés chargés du suivi éducatif de 50 enfants placés, pour un coût total de 1,1 K€
- Une demande de financement à hauteur de 530 K€ pour permettre le recrutement et la rémunération pendant 2 ans de 13 éducateurs spécialisés afin d'assurer un meilleur suivi éducatif pour les jeunes accueillis à l'ASE (coût total de l'action estimé à 624 K€)

- [333] Le secteur associatif intervenant dans le champ ASE a présenté pour sa part
- Pour l'AGEPAC, une demande de subvention de 550 K€ visant à lui permettre de renforcer son activité de prévention spécialisée et de développer son centre d'accueil de jour orienté sur l'accueil des mineurs non scolarisés (coût total estimé à 646 K€)
 - Pour la Croix-Rouge, une demande de subvention de 170 K€ pour son dispositif de repérage des mineurs isolés et d'accompagnement personnalisé (coût total estimé à 310 K€)
 - Pour TAMA, une demande de subvention de 977 K€ sur un projet de service de placement en milieu familial (14 familles d'accueil, 30 à 32 places) et le recrutement d'éducateurs spécialisés pour assurer le suivi des enfants et des familles (coût total est estimé à 1,15 M€ sur 2 ans)
- [334] Enfin, le centre communal d'action sociale de SANA sollicite une aide européenne de 58 K€ pour la mise en place d'un réseau de parrainage (adultes référents pour un tutorat des jeunes) qui vise à l'accompagnement des jeunes adultes en grande difficulté d'insertion.
- [335] L'instruction des dossiers n'avait pas commencé à la date où la mission s'est entretenue avec l'autorité de gestion des fonds européens, en l'occurrence les services de la Préfecture de Mayotte (secrétariat général aux affaires régionales).
- [336] Il apparaît d'ores et déjà acquis que tous ces projets, à supposer qu'ils soient éligibles, ne pourront pas recevoir de suite, le montant total des subventions demandées étant de 3,2 M€ pour des crédits disponibles de 1,5 M€. S'agissant plus particulièrement du Département, les deux demandes visent finalement à financer de la masse salariale, et à permettre ainsi des recrutements de professionnels qualifiés, dont on peut au demeurant douter qu'ils puissent tous rejoindre les rangs de la DASE dans le délai imparti pour bénéficier des crédits ouverts.

4.3.5 Des financements spécifiques doivent être conçus et mis en œuvre

- [337] Au total, les modes habituels d'abondement par l'Etat des recettes départementales, mêmes complétées par des fonds européens, ne seront pas suffisants pour développer les deux politiques considérées à la hauteur des besoins recensés. Par ailleurs, la situation financière du Département de Mayotte ne lui laisse aucune capacité de restructuration de ses dépenses qui lui permettrait de dégager des crédits supplémentaires nécessaires.
- [338] Le document stratégique « Mayotte 2015, une ambition pour la République », signé par le Premier ministre et les élus mahorais en juin 2015, inscrit la protection maternelle et infantile et la protection des mineurs en danger parmi les priorités à propos desquelles l'Etat s'est engagé à accompagner Mayotte dans son développement. Cet « exercice de responsabilité partagé » auquel nous invite le Plan Mayotte 2025 doit faire préférer un soutien à la collectivité territoriale en charge de ces politiques par préférence à un retour de ces compétences dans le giron de l'Etat.
- [339] En visant directement les deux politiques publiques considérées parmi celles qui justifient un effort conjoint, le plan Mayotte 2025 atteste que la situation extraordinaire dans laquelle se trouve Mayotte en matière de protection de l'enfance ne peut être maîtrisée que par le recours à des méthodes et à des financements spécifiques.
- [340] Cet engagement de l'Etat de contribuer au renforcement de la Protection maternelle et infantile « en aidant le Conseil département à assumer l'ensemble des compétences de PMI » et en l'accompagnement dans la mise en place des structures d'accueil de la jeunesse en danger pourrait opportunément se concrétiser dans la **création d'un fonds spécial de soutien à la protection de l'enfance et de la famille à Mayotte.**
- [341] Financé par l'Etat, le cas échéant conjointement avec la caisse nationale d'allocations familiales, ce fonds permettrait d'abonder les recettes départementales sous condition d'affectation

de ces recettes aux politiques publiques considérées. Pour la dotation initiale du fonds, la contribution de l'Etat pourrait correspondre à la compensation rétroactive de l'absence de rebasage de la DGF.

[342] S'agissant de garantir au Département des ressources pérennes destinées en priorité à lui assurer des recettes pour le fonctionnement de ses services, il serait opportun de rechercher des solutions permettant de les isoler du budget général.

[343] La piste de la création d'un établissement public départemental en charge de ces missions de service public en format de régie indirecte, devrait être explorée. Elle permettrait, à la différence d'un budget annexe d'abonder le budget à la fois par des crédits départementaux inscrits dans le budget général et par d'autres ressources, notamment celles émanant du fonds de soutien, jusqu'à ce que les finances départementales permettent de parvenir à l'autonomie budgétaire de la collectivité dans ces champs de l'action publique.

[344] Une autre solution consisterait à prévoir un remboursement à l'acte ou à la mesure, qui permettrait un paiement après service fait, selon le modèle retenu pour la contribution de l'Etat aux dépenses de mise à l'abri et d'évaluation de la situation des mineurs isolés étrangers.

Recommandation n°35 : Etudier la création d'un fonds de soutien à la protection de l'enfance et de la famille à Mayotte, destiné à contribuer au financement des missions du Département en matière de protection maternelle et infantile et d'aide sociale à l'enfance

Dr Pierre ABALLEA

Yves RABINEAU

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité compétente	Echéance
1	Aménager un cadre législatif et réglementaire permettant, à titre dérogatoire, aux infirmiers exerçant leur profession à Mayotte de pratiquer de manière autonome certains actes médicaux et de prescrire, le cas échéant, des médicaments	Ministère des affaires sociales (DGOS/DGS/DSS)	2017
2	Permettre aux médecins PMI du Département de Mayotte de pratiquer des actes thérapeutiques, de prescrire des médicaments aux usagers de ce service et, le cas échéant de participer à l'offre de soins de premier recours assurée par le service public hospitalier .	Ministère des affaires sociales/ Ministère de l'Intérieur/ Département/ CHM	2017
3	Supprimer la DASTI et redéployer le personnel des UTAS dans les services territoriaux des autres directions en charge de l'aide sociale et médico-sociale	Conseil départemental	2016
4	Créer une direction générale de l'enfance et de la famille regroupant les directions ou services en charge de la santé et de la protection maternelle et infantile et de ceux contribuant à l'aide sociale à l'enfance.	Conseil départemental	2016
5	Donner aux attachés territoriaux et conseillers socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance qualité pour signer, au nom du Président du Conseil départemental les décisions relatives à la prise en charge des mineurs en danger	Conseil départemental	Immédiat
6	Elaborer et soumettre à l'approbation du Conseil départemental un règlement d'aide sociale conforme au cadre législatif et réglementaire désormais applicable à Mayotte ; veiller à la diffusion aux professionnels du Département des référentiels et guides pratiques facilitant sa mise en œuvre	Conseil départemental	2016
7	Remettre en ordre de marche les activités support au service des directions en charge des politiques de protection de l'enfance et de la famille	Conseil départemental	2016
8	Ouvrir les trois PMI livrées en 2015 et ré-ouvrir une PMI en centre – ville à Mamoudzou.	Conseil départemental	2016
9	Construire un plan de l'offre de premier recours basé sur les acteurs publics et visant à développer une offre intégrée de proximité, curative et préventive, prenant en compte les évolutions démographiques et territoriales	ARS/Conseil départemental	2016
10	Actualiser et mettre sous assurance qualité le système d'information relatif à l'activité de la PMI et du service d'éducation pour la santé	Conseil départemental	2016
11	Remobiliser les ressources internes de la PMI sur l'accompagnement à domicile des familles	Conseil départemental	2016-2017
12	Etablir un schéma de PMI en concordance avec l'offre de premier recours et le schéma de l'ASE, s'appuyant sur les leviers d'action tant médicaux que sociaux dont doit disposer une PMI	Conseil départemental	2016
13	Donner autorité au directeur de la DSPMI sur l'ensemble des personnels intervenant pour sa direction	Conseil départemental	2016
14	Réaliser une revue des agents d'entretien affectés à la DSPMI à l'occasion de ce transfert	Conseil départemental	2016
15	Autoriser et transférer la gestion de l'activité pharmaceutique de la PMI au CHM	Conseil départemental / ARS	2016
16	Reprendre la procédure d'élaboration du schéma	Conseil départemental	2016

	directeur de la protection de l'enfance et veiller à y associer tous les acteurs		
17	Elargir la réflexion engagée à des modes d'intervention actuellement inutilisés et mettre en place les moyens nécessaires à leur mise en œuvre.	Conseil départemental	2016
18	Concevoir avec l'aide de la direction des systèmes d'information des outils bureautiques répondant aux besoins de la DASE	Conseil départemental	2017
19	Mettre en place un service départemental de tarification et de contrôle des services et établissements de droit privé intervenant dans le secteur social et médico-social.	Conseil départemental	immédiat
20	Recentrer la CRIP sur ses missions de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes et lui octroyer les moyens matériels nécessaires à la conduite de ses missions	Conseil départemental	Immédiat
21	Créer un service distinct chargé d'exécuter les décisions de placement en urgence, qu'elles émanent des autorités judiciaires ou qu'elles relèvent de la compétence du Président du Conseil départemental	Conseil départemental	2016
22	Revoir les procédures en cas d'accouchement sous secret et veiller à les faire appliquer rigoureusement	Conseil départemental	2016
23	Préserver la capacité du Département à assumer une mission de tutelle lorsque la situation patrimoniale d'un mineur confié à sa garde le nécessite	Conseil départemental	Sans objet
24	Préserver la capacité opérationnelle du Département en matière de gestion des mandats d'administrateur ad hoc	Conseil départemental	Sans objet
25	Confier l'exécution des mesures d'action éducative en milieu ouvert à des équipes comprenant, sous l'autorité d'un assistant socio-éducatif, des agents relevant de l'un des cadres d'emploi de la filière sociale de la fonction publique territoriale (éducateur de jeunes enfant, moniteur éducateur, intervenant familial, agent social...)	Conseil départemental	2016-2017
26	Recréer un service de placement familial de plein exercice et l'organiser avec une équipe d'intervenants référents situé au plus près des familles d'accueil qui assure un accompagnement individuel de chaque accueillant et le suivi éducatif des enfants qu'il accueille	Conseil départemental	2016-2017
27	Mettre sans délai le mode de calcul de l'indemnité journalière d'entretien des mineurs bénéficiaires d'un accueil familial en conformité avec la réglementation en vigueur.	Conseil départemental	Immédiat
28	Introduire dans le Code de l'action sociale et des familles les dispositions législatives et réglementaires autorisant le Département de Mayotte, et le cas échéant le secteur associatif autorisé, à recruter des agents n'ayant pas la qualité d'assistant familial pour des missions d'accueil de mineurs en milieu familial	Ministère des affaires sociales (DGCS)	2017
29	Privilégier l'accueil des mineurs par un tiers digne de confiance et prendre les dispositions nécessaires pour garantir aux prescripteurs l'accompagnement matériel et éducatif des mineurs accueillis.	Conseil départemental	Immédiat
30	Redéfinir le montant de la dotation globale de fonctionnement du Département de Mayotte en prenant en compte le transfert à la collectivité territoriale des compétences PMI et ASE à hauteur de 10 M€ pour chacune de ces missions	Ministère des Finances et du Budget/ Ministère de l'Intérieur/ Ministère des Outre-mer	2016
31	Prévoir en PLF 2017 les crédits nécessaires au paiement des actes de PMI au titre de l'obligation légale de prise en charge par l'Etat des frais médicaux concernant les	Ministère des Finances et du Budget / Ministère des affaires sociales/ Ministère	2016

	mineurs et femmes enceintes non-affiliées pour un montant prévisionnel de 5 M€	des Outre-mer	
32	Elaborer un protocole entre l'Etat et le Département définissant les conditions d'indemnisation par l'Etat des investigations relatives à la situation des mineurs isolés à Mayotte.	Ministère de la Justice (DPJJ) / Conseil départemental	2016
33	Mettre en œuvre un dispositif de compensation rétroactive de la dotation globale de fonctionnement pour la période 2006-2016 s'agissant de la PMI et la période 2008-2016 s'agissant de l'ASE	Ministère des Finances et du Budget/ Ministère de l'Intérieur/ Ministère des Outre-mer	2016
34	Renégocier le programme opérationnel européen relatif aux rénovations des PMI sur la base du schéma de la PMI	ARS/Préfecture	2016-2017
35	Etudier la création un fonds de soutien à la protection de l'enfance et de la famille à Mayotte, destiné à contribuer au financement des missions du Département en matière de protection maternelle et infantile et d'aide sociale à l'enfance	Ministère des affaires sociales/ Ministère des Finances et du Budget/ Ministère de l'Intérieur/ Ministère des Outre-mer	2016-2017

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

SECRETARIAT D'ETAT À LA FAMILLE ET AUX PERSONNES ÂGÉES

Les Directeurs de Cabinet

Paris, le **1 JUIN 2015**

SC/NK/Pegase 115-000737

Note à l'attention
de Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission sur la protection de l'enfance à Mayotte.

La protection de l'enfance telle que définie au code de l'action sociale et des familles (article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles) est une compétence de plein exercice des Conseils départementaux qui a été étendue à Mayotte par ordonnances n° 2005-871 du 28 juillet 2005 et n° 2008-859 du 28 août 2008.

Ces ordonnances ont ainsi rendu applicable l'ensemble des dispositions relatives à la protection de l'enfance et à l'aide sociale à l'enfance (Livre I et II dudit code). Il en résulte depuis l'intervention de l'ordonnance précitée du 28 août 2008 une responsabilité de plein exercice par le conseil départemental de Mayotte (article L 121-3 du CASF)

En vertu dudit code de l'action sociale et des familles (CASF), le service de l'aide sociale à l'enfance placé sous l'autorité du président du conseil départemental est chargé d'une mission de soutien matériel, éducatif et psychologique au bénéfice des mineurs et jeunes majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés risquant de compromettre gravement leur équilibre, leur développement physique, affectif, intellectuel et social ou de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité ainsi que des actions de protection rendues nécessaires.

Il a également obligation de pourvoir à l'ensemble des besoins de ces mineurs et de veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal.

L'ordonnance du 31 mai 2012 a achevé l'extension de dispositions de ce même code qui relèvent de la protection de l'enfance : l'extension du dispositif d'instruction des demandes d'agrément des cadres d'emploi des assistants maternels et familiaux garant de la qualité et de la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs accueillis, ainsi que la mise en place de l'observatoire départemental de l'enfance en danger (article L226-3).

.../...

2

L'inscription de ce territoire dans une trajectoire de convergence progressive des législations et des obligations de protection et droits individuels dont peuvent bénéficier les différentes catégories de population (ici l'enfance depuis au moins 2008) s'accompagne d'un effort important que Mayotte doit consentir en vue d'une plus grande mobilisation et qualification des moyens nécessaires au bon fonctionnement de l'ASE.

Dans ce contexte marqué également par de fortes tensions induites par la problématique spécifique des mineurs isolés étrangers sur ce territoire, le Président du Conseil départemental de Mayotte a demandé que soit diligentée en urgence une mission d'inspection et de conseil auprès de ses services en charge de la protection de l'enfance.

En considération de ce qui précède, et conformément à votre mission de contrôle (article L 221-9 du CASF), vous vous attacherez notamment à :

- recenser les mesures prises en vue de répondre aux différentes recommandations rendues en matière d'accueil des mineurs ces dernières années notamment celles émanant du Défenseur des droits ;
- étudier le contenu du projet de service que la collectivité a du élaborer pour l'aide sociale à l'enfance dans le cadre de son schéma directeur (mesures renforçant la qualification des associations, mise en œuvre du dispositif d'appel à projet pour la sélection de nouvelles associations, appel aux réseaux associatifs nationaux, mise en place du dispositif d'agrément des assistants maternels et familiaux, poursuite des mesures prises par l'État depuis 2010 (fonctionnement de la maison des adolescents, de la prévention spécialisée plan de développement des structures d'accueil et programmation des moyens, ...) ;
- analyser les modalités d'articulation du service d'aide sociale à l'enfance avec les acteurs intervenant auprès des mineurs vulnérables (PJJ, ARS...) et les évolutions souhaitables sur ce point ;
- mesurer l'adéquation des ressources aux missions mises en œuvre par la collectivité en vue de renforcer le développement et la qualité du service de l'aide sociale à l'enfance.

Sur la base de ce constat, vous nous transmettez toutes propositions de nature à éclairer la collectivité sur les axes de résorption des difficultés de son service d'aide sociale qui vous paraissent les plus efficaces et opportuns.

Votre rapport devra nous être remis pour le 31 octobre 2015.


Bruno MAQUART


Etienne CHAMPION

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

En Métropole

Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Secrétariat d'Etat chargé de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie

M. Etienne CHAMPION, Directeur de cabinet
Mme Anne DEVREESE, Conseillère chargée de la protection de l'enfance
Mme Marie DERAÏN, chargée de mission d'appui pour les droits de l'enfant

Direction générale de la cohésion sociale

M. Philippe VINQUANT, Directeur
Mme Catherine LESTERPT, Adjointe à la sous-directrice de l'enfance et de la famille
Mme Catherine BRIAND, Adjointe au chef de bureau Protection de l'enfance
Mme Catherine PICARD, Cheffe de projet Mayotte et chargée de mission affaires outre-mer, service des politiques sociales et médico-sociales
Mme MICLON-HAUTBOIS Sandrine, Cheffe du bureau Protection de l'enfance

Direction des affaires juridiques

Mme Marie AGAM FERRIER Cheffe du projet « Législation Mayotte »
M. Pierre-Emmanuel BARTIER Conseiller juridique droit de l'outre-mer

Direction de la Sécurité sociale

M. Jérôme CLERC, Adjoint à la sous directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
Mme Armelle BEUNARDEAU, Directeur de projet

Ministère des Outre-Mer

Cabinet de la Ministre en charge des Outre-mer

Mme Nathalie INFANTE conseillère
Mme Sylvie ESPECIER Conseillère

Direction générale des Outre-mer

M. Stéphane JARLEGAND, Directeur de cabinet du Directeur général des Outre-Mer
Mme Gaëlle NERBARD, Cheffe du Bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement et de la culture, Sous-direction chargée des politiques publiques
Mme Gaedïc TABURET, Chargée de mission cohésion sociale, Sous-direction chargée des politiques publiques
Mme Agnès FONTANA, Sous directrice des affaires juridiques et institutionnelles
Mme Roseline DUBOC, Juriste bureau droit privé et du droit des activités économiques et sociales, sous direction des affaires juridiques et institutionnelles
Mme Sylviane PAULINET, Chargée de mission pour départementalisation
Mme Laurence DEGLAIN, adjointe au chef de bureau du droit privé

Ministère de la Justice

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Mme CATHERINE SULTAN Directrice de la protection judiciaire de la jeunesse

M. Frédérique BOTELLA Sous directrice adjointe des missions de protection judiciaire et d'éducation

M. Carl GARCIA, Rédacteur au bureau des méthodes et de l'action éducative

Ministère de l'Intérieur

Direction générale des collectivités locales

Mme Karine DELAMARCHE, Adjointe à la sous-directrice, sous-direction des finances locales et de l'action économique

Mme Chloé VERHINNE, Rédacteur bureau des concours financiers

M. Christophe CONTI, Chef du bureau du financement des transferts de compétences

Mme Béatrice LEURENT, Rédactrice bureau du financement des transferts de compétences

Mme Isabelle MONTEILLET, Rédactrice bureau du financement des transferts de compétences

Inspection générale des Affaires sociales

M. Michel PELTIER, Responsable de la mission d'audit des Fonds européens (MAFE)

Mme Hélène DONSKOFF, Auditrice

Cour des comptes

M. Jean-Philippe VACHIA, Président de la quatrième chambre

M. Pierre SOUCHET, Rapporteur à la quatrième chambre

Défenseur des Droits

Mme Geneviève AVENARD, Défenseuse des Enfants

Mme Yvette MATHIEU, Préfète, Chargée de mission auprès du Défenseur des Droits

Haute Autorité de Santé (HAS)

Dr Marie Hélène RODDE DUNET (entretien téléphonique), Cheffe du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours

Personnes qualifiées

Dr Michel VERNEREY, Ancien Directeur de la DASS de Mayotte (entretien téléphonique)

M. David GUYOT, Sociologue, expert auprès de l'observatoire de mineurs isolés de Mayotte

A la Réunion

Institut Régional du Travail Social - Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations

Mme Monique GIRIER, Directrice générale

Mme Nathalie GAUTRON Directrice générale adjointe

Mme Danièle GALLINARO, Directrice de mission CREA, responsable département recherche et développement de l'IRTS

Agence régionale de santé

M. François Maury, Directeur général
M. Nicolas DURAND Directeur général adjoint
M. Eric MARIOTTI, Responsable du Service Etudes et Statistiques, Direction de la stratégie et performance
Dr François CHIEZE, Directeur de la Veille et Sécurité Sanitaire
Mme Audrey De FONDAUMIERERE, Chargée de mission
Dr Anh-Dao NGUYEN, Conseillère médicale

Institut régional de la statistique et des études économiques

Mme Valérie ROUX Directrice régionale INSEE Réunion
M. Djamel MEKKAoui Chef d'antenne Mayotte (téléconférence)

Chambre régionale des comptes de la Réunion et de Mayotte

M. Sébastien FERNANDES, Président de section
M. Alain MICHEL, Vérificateur

Centre hospitalier universitaire

Dr Jean Luc ALESSANDRI, Responsable du pôle femme-mère-enfant site Félix Gouyon,
Pr Xavier COMBES Responsable urgences site Nord CHU, chef du SAMU Réunion,
M. Lionel CALENCES, Directeur général adjoint
Mme Suzanne COSIALS, Directrice du Site Nord

Cour d'Appel Saint Denis de la Réunion

Mme Gratieuse LACOSTE, Première présidente
M. Claude LAPLAUD, Procureur général

A Mayotte

Conseil départemental de Mayotte

Présidence

M. Ibrahim RAMADANI, Président
M. Issa ISSA ABDou, Quatrième Vice-président en charge du Social
M. Ahamada OUSSeni, Directeur de cabinet du Président

Direction générale des services

M. Jean Pierre SALINIERE, Directeur général
Mme Hidaya CHAKRINA, Inspectrice Générale des Services

Direction générale Ressources et moyens

M. Bin Mohamed EL-KABIR, Secrétaire général
M. Antoine ABDALLAH, Directeur
M. Benoit VOIRIOT, Directeur Adjoint, recrutement, formation, absences...
Mme Fourahati SOUFFOU, DRH adjointe carrière et paies

Direction du numérique et des systèmes d'information

Mme Faouzat MLI, Directrice
M. SALIM Ali, Chef des projets applicatifs

Direction affaires européennes

M. Abdou HARITI, Directeur adjoint

Direction générale chargée des finances

M. Samir ABDOU-SALAM, Directeur général adjoint chargé des finances
M. Ouirdani VITA, Directeur adjoint des finances

Direction générale de la Solidarité et du développement social (DSDS)

M. Ali MOHAMED EL AMINE, Directeur général
M. Abdou-Lihariti ANTOISSI, Responsable unité de gestion DSDS
Dr Guy LAJOIGNIE, Médecin conseil auprès du directeur général DSDS

Direction de l'action sociale territorialisée et de l'insertion (DASTI).

M. Ahmed SELEMANI, Directeur

Direction de l'Aide sociale générale (DASG)

M. Darkaoui DAOUDA, Directeur

Direction de l'aide sociale à l'enfance (DASE)

Mme Chrystelle THOURON, Directrice
M. Abdallah ABDOU, Directeur adjoint
Mme Ghislaine ROYER GERMAIN, Psychologue

Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP)

Mme Mariama YANCOUB, Chef de service
M. Mathieu Le PERU, Educateur spécialisé
Mme Mathilde Toyba HASSANI, secrétaire

Observatoire départemental de la Protection de l'Enfance (OPEMA)

M. Xavier PETIT-DUPORT, Responsable de l'observatoire, chef de projet du schéma ASE

Service adoption, tutelle, administration ad hoc

Mme Nissioiti BACO OUSSENI, Cheffe du service adoption
Mme Djamailia DJOUNDY, Responsable administrative tutelle *ad hoc*
Mme Cécile CAPMARTIN, Educatrice spécialisée
M. Anli ANRFADJATI, Educateur spécialisé

Service gestion des assistants familiaux

Mme Zainaba SALIM, Cheffe du service

Service interventions éducatives

M. Ahmed Djoumoi ABDULLAH, Chef du service

Service administration générale

M. Ben Murchidi MAHADALI, Chef du service
Mme Maïssara BAKAE, Secrétaire service AEMO-AED
Mme Haloua BAKAR, Secrétaire placement familial
Mme Farianti M'DALLAH, Responsable de la cellule sécurité sociale des mineurs

Direction de la santé et de la protection maternelle et infantile (DSPMI)

Dr Philippe PEYTOUR Directeur DSPMI
Mme Madi CHAMSSIA MDAHOMA, Cadre de santé, PMI femmes
Mme Marie-Claude LESCOURANT, Cadre de santé, PMI enfants
Mme Amrat MOENDANDZE, Responsable de l'unité statistique
M. Jean Marc TOTOBESOLA, Chef du service de la pharmacie
Mme Zaina HARIBOU, Cheffe du service d'éducation et prévention en santé
Mme Marie Jasmine JIGANT, Infirmière puéricultrice en charge cellule petite enfance

Médecins PMI

Dr Jean Pierre LARRUMBE, circonscription SUD,
Dr Nicolas ZABEL, circonscription Centre
Dr Charlotte SAMSON, circonscription Nord
Dr Patrick MULHAUSEN, circonscription Nord
Dr Laurent Hemeri BAYONNE, circonscription Grand MAMOUDZOU
Dr Charlotte SERRANO, circonscription Centre
Dr Erix FREIXA, circonscription Grand MAMOUDZOU et circonscription Petite Terre Labattoir
Dr Stéphane LECORDIER, coordinateur médical
Dr Guy DURIEUX, circonscription Grand MAMOUDZOU

Circonscriptions et unités territoriales ASE et PMI

Unité territoriale d'action sociale (UTAS) et circonscription PMI NORD

M. Mouhamadi IBRAHIMA, Responsable de l'UTAS Nord

ASE

M. Pierrick ROULETTE, Educateur spécialisé (AEMO)
M. Maxime GUILLERMET, Educateur spécialisé (Placement familial)
Mme Amina HAMIDOU-SOUFFOU, Assistante sociale (AEMO)
Mme Nadra CHAKRINA, Assistante sociale (Placement)

DASTI

Mme Géraldine BARBE, Assistante sociale
Mme Fatima ABDOURAHAMANI, Auxiliaire sociale

PMI de Dzoumougné

Mme Fanny TOULLEC, Sage-femme
M. Ali M'COLO ISLAMI, Infirmier
M. Milati HOUSSENI, Infirmier

Centre Médico-social de MTSAPERRE : unité territoriale d'action sociale (GRAND MAMOUDZOU) et PMI

ASE

M. Attoumani MAOULIDA, Educateur spécialisé (AEMO-AED)
Mme Nolwenn LE DOUSSAL, Educatrice spécialisée (AEMO-AED)
Mme Cécile CAPMARTIN, Educatrice spécialisée (Placement)

DASTI

Mme Sitirati MROUDJAE, Assistante sociale, Faisant fonction de responsable de l'UTAS

PMI

Mme Marylise NESEN Sage femme
Mme Marine GIVERNAUD, Sage femme
Dr Guy DURIEUX

Unité territoriale d'action sociale et circonscription PMI de la région Centre

M. Elhadi BenYOUSSOUFFOU, Responsable de l'UTAS Centre

ASE

Mme Carole MANGENOUD, Educatrice spécialisée (Placement)
Mme Nadjaria HAMADA-FAKI, Agent d'accueil / interprète
Mme Amina MADI VITTA, Assistante familiale
Mme Chaibia MADI VITTA, Assistante familiale
M. David GRANGER, Assistant familial

PMI de Chiconi

Mme Zalihati AMDDI, Infirmière
Mme Selia AYICAR, Sage-femme
Dr Nicolas ZABEL, Médecin chef de circonscription Centre et médecin de la PMI de Chiconi

Unité territoriale d'action sociale et circonscription PMI de la région Sud

M. Mazena YOUSOUFFA, Responsable de l'UTAS Sud

ASE

Mme Daoussiati MOUSSA-MIRADJI, Educatrice spécialisée (placement)

Mme Cécile-Alina ATTOUMANI Educatrice spécialisée (AEMO)

Mme Asmai ASSOUMANI, Educatrice spécialisée (AEMO)

Mme Gaelle HARANI, Educatrice spécialisée (placement)

Mme Asmata YOUSOUF, Assistante familiale

Mme Houfrane FONTE, Assistante familiale

PMI Chirongui

Mme Florence LENOBLE, Infirmière

Mme Yanthé CADIC-MELCHHIOR, Sage-femme

Dr Jean Pierre LARRUMBE médecin chef de la circonscription

Associations mahoraises**Association TAMA, groupe SOS**

M. Thani MOHAMED SOILHI, Président, Sénateur de Mayotte

M. Philippe DURET, Directeur général

M. Ben Amar ZEGHADI, Directeur général adjoint, Chef du pôle Enfance et Aide à la personne

Equipes TAMA Mamoudzou

M. Chifaou AYOUBA, Chef de service Ad hoc et ACEMO

Mme Kamissi MAOULIDA, Enquêtrice sociale service investigations sociales

Mme Fourah HAMISSY, Chef de service investigations sociales

Mme Charlotte ROMAIN LANTOINE, Travailleur social, ACEMO

M. El Watoine GUE, Médiateur social,

Mme Charlotte PRISSE, Administrateur ad hoc

M. Aklil SOILHI, Médiateur social

Mme Mélissa LIMOUSIN, Travailleur social

Mme Cécile DELAUNAY, Psychologue ACEMO

Mme Margaux LORRAIN, Travailleur social ACEMO

M. Naftahoudine FADHUILI, Travailleur social ACEMO

Equipe TAMA du Centre de rétention administrative (CRA)

Mme Fatima BACO, Monitrice éducatrice

Mme Josette BLANCHE, Monitrice éducateur au CRA

Mme Halima BOINALI, Interprète (médiatrice sociale)

Croix Rouge Française

Mme Shirley PETIT-DUPORT, Coordinatrice du service de prévention spécialisée

AGEPAC (Fondation des apprentis d'Auteuil)

M. Baptiste COHEN, Président, Fondation FAA Océan Indien;
M. Arnault GEGAN, Directeur administratif et financier FAA Océan Indien
M. Antoine DUHAUT, Directeur Mayotte
Mme Isabelle STEFANUTO, Chef de service Msayidié
Mme Myriam GAFFOUR, Coordinatrice équipe éducative
M. Chamissidine FOULERA, Moniteur éducateur
Mme Echat ABDALLAH MOHAMED, Faisant fonction monitrice éducatrice
M. Djadir FOUNDI, Formateur centre d'accueil de jour

Solidarité Mayotte

M. Romain REILLE, Directeur
M. Mouhamadi ASSANI, Directeur adjoint
Mme Laura MAIRE, Responsable du service Mineurs isolés

Médecins du Monde Mayotte

Dr Odile LEFEUVRE, Coordinateur médical
M. Aurélien ROISIN, Coordinateur général

Association des assistants familiaux MALEZI MAMA

Mme Mariama SOULY, Présidente
Mme Mariam MADI, Vice Présidente
Mme Houlidia BUINAHERY, Secrétaire
Mme Eve Flora RANAIVOSON, Trésorière
Mme Soihabati RASSOULOU, Trésorière adjointe
Mme Bessala DJOUMOI, Membre association

[Administrations d'Etat et organismes de soins et de protection sociale](#)

Palais de Justice de Mamoudzou

Mme Nadia BERGOUNIOU-GOURNAY, Présidente de la Chambre d'appel de Mayotte
M. Robert AMPUY, Avocat général près la Chambre d'appel
M. SABATIER Laurent, Président du Tribunal de Grande Instance de Mamoudzou
M. Joël GARRIGUE, Procureur de la République près le TGI
Mme Carine FONTAINE, Juge des Enfants
Mme Virginie DURAND, Juge aux affaires familiales

Centre Rétention administrative (CRA)

M. Sylvain PINCET, Directeur CRA
M. Pierre BOURLOIS Directeur départemental de la Police de aux frontières

Préfecture de Mayotte

M. Seymour MORSY, Préfet de Mayotte
M. Guy FITZER, Secrétaire Général Adjoint, délégué à la Cohésion Sociale et à la Jeunesse

Secrétariat général pour les affaires régionales

M. Alain FAUDON, Secrétaire général

M. Philippe MASTERNAK, Adjoint du secrétaire général

Mme Julie TIBERTI-MALLEGOL Chargée de mission Fonds Social Européen (FSE) et Initiative pour l'Emploi des Jeunes (IEJ)

Mme El Hadji SOUMAILA en charge du contrat de plan Etat – Région (CPER)

M. Michel PIRIOU, Chargé de mission infrastructures

Mme Michèle SEVEN, Contrôleur d'opération pour la CICC

Direction régionale des finances publiques (DRFiP)

M. Thierry GALVAIN, Directeur régional

M. Marc CARMONA, Responsable du pôle gestion publique

Mme Isabelle NOGUES, Adjointe du responsable du pôle gestion publique

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Mme Hélène NICOLAS, Directrice territoriale

Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

Bernard RUBI, Directeur

Mme Nafissata MOUHOUDHOIRE, Inspectrice principale

M. Raymond DELVIN, Responsable du pôle Inspection, contrôle, évaluation

Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé

Mme Juliette CORRE, Directrice

M. Eric MARIE-LOUISE, Responsable du secteur médico-social

Dr Anne BARBAIL, Conseiller médical

M. Julien THIRIA, Responsable du pôle promotion de la santé et milieux de vie

Vice Rectorat de Mayotte

M. Christian GIRAUD, Directeur académique adjoint

Mme Fatima BAICHE, Conseillère technique Pôle santé social

Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM)

M. Jean VERON, Directeur

Mme Ymane ALIHAMIDI, Directrice adjointe

Centre Hospitalier de Mayotte (CHM)

M. Etienne MOREL, Directeur général

Mme Zena AHAMED Assistante sociale, coordinatrice du service social

Pôle Urgences – Réanimation – SAMU/SMUR – EVASAN – Caisson Hyperbare (URSEC)

Dr Philippe DURASNEL Chef du pôle URSEC

Mme Nicole COGHGE Cadre supérieure de santé, pôle URSEC

Mme Carine PIOTROWSKI, Cadre de santé

Pôle gynécologie-Obstétrique

Dr Madi ABDON, Chef de pôle maternité

Dr Lucien DIDIA, Chef de service gynécologie

Mme Elisabeth RIQUIER, Cadre supérieure de santé

Pôle Néonatalogie-Pédiatrie

Dr Soumeth ABASSE, Chef de service de néonatalogie,
Mme Christine MOKRITZKY, Cadre supérieure de santé

Pôle MPRU (médecine, psychiatrie, rééducation, UCSA) / Centre médico-psychiatrique

Dr Alexandra LABERIBE, Pédopsychiatre,
M. Victor HARMANT, Psychologue,
Mme Sarah DORIAN, Infirmière

Centre de santé de référence de DZOUMOUGNE, Dispensaire de MTSAPERRE et Centre de référence de Petite Terre Dzaoudzi

Dr Habil COMBO YACCOU
Mme Antoinette BROUSSE, Coordinateur de soins
M. Aynoudine SALIME, Cadre Supérieur de Santé
Mme Valérie VERGER Cadre de Santé
Dr Abdoul Djabar COMBO YACCOU, Chef de Service Grand Mamoudzou
Dr Emilie GREMAU, Médecin
Dr Tiana GUILHEM, Médecin
Mme Binti ALI, Infirmière
Mme Hadia ISMAEL, Infirmière
Mme Mariama ZAKARIA, Infirmière
Mme Abdou ABDOU RAHIM, Aide Soignante
Mme Maouaidhoi Ali MADI, Aide Soignante
MmeTine AHMED, ASH
Mme Zaharia AHMED, ASH
Mme Ansufati ABDOU, ASH
Mme Zenabou ASSANI, ASH
Mme Houzaimati MOUSSA, ASH
Mme Woudati OMAR SAID, IDE soins suite maternité
M. Abdullah AHOUMADI, Faisant fonction de cadre de santé,
Mme Zabibou MOEDANZE, Coordinatrice maïeutique (entretien téléphonique)

Conseil de l'Ordre départemental des Médecins

Dr Anne Marie DE MONTERRA, Présidente.
Dr Cherif MOHAND-OUSSAID Vice président

Conseil de l'Ordre départemental des Sages-femmes

Mme Catherine FRAISSAIS, Présidente
Mme Virginie LE BOTLAN, Trésorière
Mme Pascale COLBOC, Membre

SIGLES UTILISES

AED	:	Aide éducative à domicile
AEMO	:	Assistance éducative en milieu ouvert
AF	:	Assistant familial
AME	:	Aide médicale Etat
AMP	:	Aide médico-psychologique
APA	:	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	:	Agence régionale de santé
ASE	:	Aide sociale à l'enfance
ASP	:	Agent de sanitaire de proximité
ASS	:	Assistant de service social
BIT	:	Bureau international du travail
BOP	:	Budget opérationnel de programme
BTS	:	Brevet de technicien supérieur
CASF	:	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	:	Centre communal d'action sociale
CCPD	:	Commission consultative paritaire départementale
CE	:	Conseil d'Etat
CEPF	:	Centre de d'éducation et de planification familiale
CESC	:	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CESEDA	:	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CFUER	:	Centre universitaire de formation et de recherche
CHM	:	Centre hospitalier de Mayotte
CHRS	:	Centre d'hébergement et de réadaptation sociale
CHUR	:	Centre hospitalier universitaire de la Réunion
CIRE	:	Cellule d'intervention régionale en épidémiologie
CIVI	:	Commission d'indemnisation des victimes d'infractions
CMUc	:	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAOPS	:	Conseil national d'accès aux origines personnelles
CNFPT	:	Centre national de formation du personnel territorial
CNIL	:	Commission nationale Informatique et liberté
COFAMIL	:	Conseil et orientation familiale
CRA	:	Centre de rétention administrative
CRC	:	Chambre régionale des comptes
CRIP	:	Cellule de recueil des informations préoccupantes
CSP	:	Code de santé publique
CSSM	:	Caisse de sécurité sociale de Mayotte
CUFR	:	Centre universitaire de formation et de recherche
DAJ	:	Direction des affaires juridiques
DASE	:	Direction de l'aide sociale à l'enfance
DASG	:	Direction de l'aide sociale générale
DASS	:	Direction des affaires sanitaires et sociales
DASTI	:	Direction de l'action sociale territorialisée et de l'insertion

DGA	:	Directeur général adjoint
DGCL	:	Direction générale des collectivités locales
DGCS	:	Direction générale de la cohésion sociale
DGF	:	Dotation globale de fonctionnement
DGOM	:	Direction générale des outre-mer
DGOS	:	Direction générale de l'offre de soins
DGS	:	Direction générale de la santé – Ministère des affaires sociales
DGS	:	Direction générale des services du département
DIM	:	Département d'information médicale
DJSCS	:	Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DLM	:	Direction de la logistique et des moyens
DOM	:	Département d'outre-mer
DPAPH	:	Direction des personnes âgées et des personnes handicapées
DPJJ	:	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DPJJ	:	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DREES	:	Dir.de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSDS	:	Direction de la solidarité et du développement social
DSPMI	:	Direction de la santé et de la protection maternelle et infantile
DSS	:	Direction de la sécurité sociale
DU	:	Diplôme universitaire
EJE	:	Educateur de jeunes enfants
EPE	:	Etablissement de placement éducatif
EPS	:	Education pour la santé
ES	:	Educateur spécialisé
ETP	:	Equivalant temps plein
FEDER	:	Fonds européen de développement régional
FNFPE	:	Fonds de financement de la protection de l'enfance
FSE	:	Fonds social européen
HAS	:	Haute autorité de santé
HTA	:	Hypertension artérielle
IDE	:	Infirmier diplômé d'Etat
IFSI	:	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	:	Inspection générale des affaires sociales
IMG	:	Interruption médicale de grossesse
INED	:	Institut national d'études démographiques
INSEE	:	Institut national de la statistique et des études économiques
INVS	:	Institut national de veille sanitaire
IP	:	Information préoccupante
IRTS	:	Institut régional du travail social
ITEP	:	Institut thérapeutique et éducatif
IVG	:	Interruption volontaire de grossesse
ME	:	Moniteur éducateur
MFIU	:	Mort fœtale in utero
MIE	:	Mineur isolé étranger
MPH	:	Maison des personnes handicapées

OMI	:	Observatoire des mineurs isolés
ONED	:	Observatoire national de l'enfance en danger
OPEMA	:	Observatoire de la protection de l'enfance à Mayotte
OPP	:	Ordonnance de placement provisoire
OQTF	:	Obligation de quitter le territoire français
PCH	:	Prestation de compensation du handicap
PIB	:	Produit intérieur brut
PJJ	:	Protection judiciaire de la jeunesse
PLF	:	Projet de loi de finances
PMI	:	Protection maternelle et infantile
PRAANS	:	Programme Alimentation Activités Nutrition Santé
PRAPS	:	Programme d'accès à la prévention et aux soins Programme interdépartemental d'accompagnement des
PRIAC	:	handicaps et de la perte d'autonomie
RA	:	Rapport d'activité
RGP	:	Recensement général de la population
RSA	:	Revenu de solidarité active
SEPS	:	Service d'éducation et prévention santé
SF	:	Sage-femme
SMIC	:	Salaire minimal interprofessionnel de croissance
SMIG	:	Salaire minimal interprofessionnel garanti
SMUR	:	Service médical d'urgence et de réanimation
SNATED	:	Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger
SROMS	:	Schéma régional de l'offre médico-sociale
TDC	:	Tiers digne de confiance
UTAS	:	Unité territoriale d'action sociale
VAD	:	Visites à domicile
VAE	:	Valorisation des acquis de l'expérience