



**MAYOTTE, L'ÎLE AUX ENFANTS : ADAPTER L'OFFRE DE
SERVICE DE LA MAISON DES ADOLESCENTS AUX
BESOINS ET À LA SPÉCIFICITÉ DU TERRITOIRE**

**REPERAGE ET ACCOMPAGNEMENT D'UNE JEUNESSE EN MARGE DES
DISPOSITIFS DU DROIT COMMUN**

Sylvain FLEUROT

2019

Remerciements

« Sois reconnaissant envers tous, tous t'enseignent » (Bouddha)

J'adresse mes remerciements :

- À Madame Doris LOWINSKI, Responsable de pôle Management Encadrement de l'IRTS Réunion, pour ses conseils, son aide précieuse et sa disponibilité tout au long de la formation ;
- À Monsieur Hugues BAWEDIN, Responsable de projet de l'IRTS Réunion, pour m'avoir accompagné dans l'écriture de mon mémoire ;
- À l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IRTS et des professionnels ayant partagés leurs connaissances et leurs savoirs durant ces deux années de formation ;
- À Madame Hélène LEHIR, Directrice Générale de l'association *MLEZI MAORE* (2016-2018), pour m'avoir accordé sa confiance en me permettant de suivre la formation CAFDES ;
- À mes collègues de promotion CAFDES, qui ont contribués, à chaque regroupement, à l'enrichissement de cette formation ;
- À mes collègues de l'association *MLEZI MAORE*, pour leur engagement et leur professionnalisme ;
- À ma famille et à mes proches, pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements.

Marahaba niengi

(Merci beaucoup, en Shimaore)

Sommaire

Introduction	1
1 LA JEUNESSE DE MAYOTTE.....	3
1.1 Mayotte, un contexte singulier	3
1.1.1 Présentation générale	3
1.1.2 Les effets de la départementalisation sur l'éducation	7
1.1.3 Des dispositifs institutionnels insuffisants	12
1.2 L'inscription de la MDA dans ce contexte	15
1.2.1 L'engagement de son association gestionnaire, <i>MLEZI MAORE</i>	15
1.2.2 Création, missions et évolution de la MDA	16
1.3 Le manque de pertinence de l'intervention de la MDA « hors les murs »	21
1.3.1 Missions originelles d'une MDA.....	21
1.3.2 Une jeunesse « ciblée »	21
1.3.3 Un partenariat quasi-inexistant	23
1.4 Conclusion.....	24
2 ANALYSE STRATEGIQUE	27
2.1 En adéquation avec les politiques publiques territoriales	27
2.1.1 Sur la santé.....	27
2.1.2 Sur les conduites à risques	30
2.2 Vers une approche innovante	31
2.2.1 Un changement de paradigme	31
2.2.2 Les composantes de l'innovation.....	32
2.3 Des spécificités d'intervention indispensables	34
2.3.1 L'intervention interculturelle	34
2.3.2 L'intervention participative	40
2.4 Conclusion.....	45

3 ADAPTER LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DE LA MDA « HORS LES MURS » POUR AGIR SUR LA JEUNESSE CIBLEE.....	47
3.1 Une démarche participative	47
3.1.1 Le projet.....	47
3.1.2 Le cadre de l'action et sa phase diagnostique	50
3.1.3 La formalisation du partenariat.....	53
3.2 La mise en œuvre	54
3.2.1 La formalisation de l'action.....	54
3.2.2 L'accompagnement des équipes	57
3.2.3 L'évaluation et la démarche qualité.....	61
3.3 Perspectives.....	63
3.3.1 Être force de proposition sur le territoire	63
3.3.2 Vers une pérennisation et un développement de l'action	65
3.4 Conclusion	66
Conclusion.....	67
Bibliographie.....	69
Liste des annexes.....	75

Liste des illustrations

Figures

Figure 1 : Situation géographique de l'île de Mayotte.....	3
Figure 2 : Organigramme de la Maison des Adolescents de Mayotte.....	18

Tableaux

Tableau 1 : Planification des rencontres	50
Tableau 2 : Diagramme de Gantt pour la transition du fonctionnement de la MDA « hors les murs »	55

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médicaux-Sociaux

APDOM : Appel à Projets Outre-Mer

ARS-OI : Agence Régionale de Santé – Océan Indien

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de services d'intervention Sociale

CAFERUIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCET : Commissariat Général à l'Egalité des Territoires

CDS : Chef de Service

CE : Commission Européenne

CeGID : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic

CEMEA : Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active

CESEM : Conseil Economique, Social et Environnemental de Mayotte

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte

CJC : Consultation Jeunes Consommateurs

CLSPD : Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance

CMP : Centre médico-psychologique

CNR : Crédits Non Reconductibles

COFIL : COmité de PILotage

COS : Cadre d'Orientations Stratégiques

COTECH : COmité TECHnique

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

CRESS : Chambre Régionale des Entreprise de l'Economie Sociale et Solidaire

CSE : Comité Social et Economique

CSSM : Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte

DEIS : Diplôme d'Etat Ingénierie Sociale
DG : Directeur / Direction Général(e)
DJSCS : Direction de la Jeunesse et des Sports et Cohésion Sociale
DOM-TOM : Département d'Outre-Mer – Territoire d'Outre-Mer
DU : Diplôme Universitaire
ES : Educateur Spécialisé
FEJ : Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IES : Institut des Etudes de Santé
IGAS : Inspection Générale de l'Action Sociale
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IP : Information Préoccupante
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
IRTS : Institut Régional du Travail Social
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
MDA : Maison Des Adolescents
MJC : Maison des Jeunes et de la Culture
ONU : Organisation des Nations Unies
ORS-OI : Observatoire Régional de la Santé - Océan Indien
PAF : Police des Airs et des Frontières
PMI : Protection Maternelle Infantile
PRAPS : Programme Pour l'Accès à la Prévention et au Soins des plus démunis
PRS : Programme Régional de Santé
QVT : Qualité de Vie au Travail
RH : Ressources Humaines
RTA : Réalisation, Téléformation, Animation
SDEF : Schéma Départemental de l'Enfance et de la Famille
SRS : Schéma de Santé
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

James Matthew Barrie, en inventant le personnage de Peter Pan, rendait possible l'existence d'une île réservée aux enfants avec comme moyen principal pour réaliser leurs rêves, l'imagination.

Mayotte, département français depuis 2011, connaît une forte pression migratoire des îles des Comores. En 2017, l'INSEE estime qu'il faudrait ajouter un tiers de personnes en situation irrégulière à la population initiale, soit environ 90 000 personnes.

L'extrême jeunesse de sa population (59% de la population actuelle a moins de 19 ans contre 24% en France métropolitaine) nous amène à penser que Mayotte pourrait représenter l'île aux enfants. Nous sommes pourtant bien loin du conte qui a bercé notre enfance.

Pour pouvoir apporter des réponses adaptées aux problématiques adolescentes à Mayotte aujourd'hui, c'est aux autorités institutionnelles et aux acteurs associatifs que revient l'obligation de ne pas manquer de créativité.

Cette surpopulation, les conditions d'accueil et les traitements des dossiers ne permettent pas la régularisation des situations entraînant la naissance de nombreuses habitations précaires dans les zones périurbaines de Mayotte. Dans ces quartiers ne vivent pas uniquement des personnes en situation irrégulière. Les conditions précaires dans lesquelles se trouvent une grande partie de la population mahoraise favorisent l'expansion de zones d'habitation marginales pour devenir « des villes dans la ville ». Elles peuvent compter plusieurs centaines, voire plusieurs milliers d'habitants.

Sans eau ni électricité, vivant parfois à dix dans seulement dix mètres carrés, les conditions de vie sont très rudimentaires. Les jeunes vivant dans ces secteurs n'ont pas tous accès à la scolarité en raison des difficultés administratives pour l'inscription et du manque de place dans les établissements scolaires.

La maison des adolescents de Mayotte, dans laquelle j'évolue depuis quelques mois en tant que directeur, se situe dans ce contexte si particulier que représente le 101^{ème} département français.

Conformément au cahier des charges national initial annexé à la lettre circulaire du 4 janvier 2005 réactualisé en 2016 et annexé à la lettre circulaire du 28 novembre, les maisons des adolescents sont des « lieux ressources sur l'adolescence et ses problématiques à destination des adolescents, de leur famille et des professionnels ».

En 2010, l'unique maison des adolescents de Mayotte, a été créée à la demande de l'ARS pour venir en soutien à une jeunesse mahoraise en manque de repère et très éloignée des questions liées à la santé.

Afin d'étendre le dispositif sur l'ensemble du territoire, une MDA « mobile » a été créée en 2011 et une MDA « hors les murs » en 2017. Ces deux actions sont issues de réponses d'appels à projet limitant le financement à deux ans.

Des lieux stratégiques ont été définis dans le cadre de ces interventions mobiles (abords des établissements) et « hors les murs » (permanence au sein de locaux communaux).

Nous avons pu constater que la quasi-totalité des jeunes bénéficiant des actions de prévention santé à travers les interventions mobiles étaient en situation de scolarisation. Or, les jeunes scolarisés bénéficient déjà au sein de l'Education Nationale d'actions de prévention santé grâce à l'intervention de plusieurs associations.

Le cahier des charges nationale des MDA privilégie comme public cible « les jeunes en situation de rupture et éloignés du parcours traditionnel ». C'est dans ce cadre que je m'interroge sur la pertinence du public ciblé par les interventions mobiles aujourd'hui.

Alors comment adapter efficacement l'intervention de la MDA « hors les murs » afin de repérer et accompagner une jeunesse en marge des dispositifs du droit commun ?

Pour répondre à cette problématique, une étude de contextualisation sera réalisée en première partie ; son objectif est de cerner dans quel cadre la jeunesse de Mayotte évolue, la manière dont s'intègre la MDA dans ce milieu singulier et les dysfonctionnements existants dans le mode d'intervention de la MDA « hors les murs ».

Dans un second temps, une analyse spécifique et stratégique s'attachera à montrer quel type d'approche innovante il est possible d'instaurer afin d'améliorer le fonctionnement de la MDA à travers la mise en œuvre d'interventions interculturelles et participatives en adéquation avec les politiques publiques territoriales.

La dernière partie de ce mémoire proposera une méthodologie permettant d'adapter le fonctionnement et l'organisation de la MDA « hors les murs » par le biais d'une démarche participative. Elle détaillera notamment les modalités de sa mise en œuvre à l'échelle du service, des partenaires et de la population ainsi que les perspectives qui s'offrent à cette nouvelle organisation.

1 LA JEUNESSE DE MAYOTTE

1.1 Mayotte, un contexte singulier

1.1.1 Présentation générale

A) Rappel historique : Contexte de la départementalisation

Ancienne colonie française, l'archipel des Comores situé dans le canal du Mozambique entre la côte Est africaine et Madagascar est composé de quatre îles : Grande Comores, Anjouan, Mohéli et Mayotte (Figure 1).

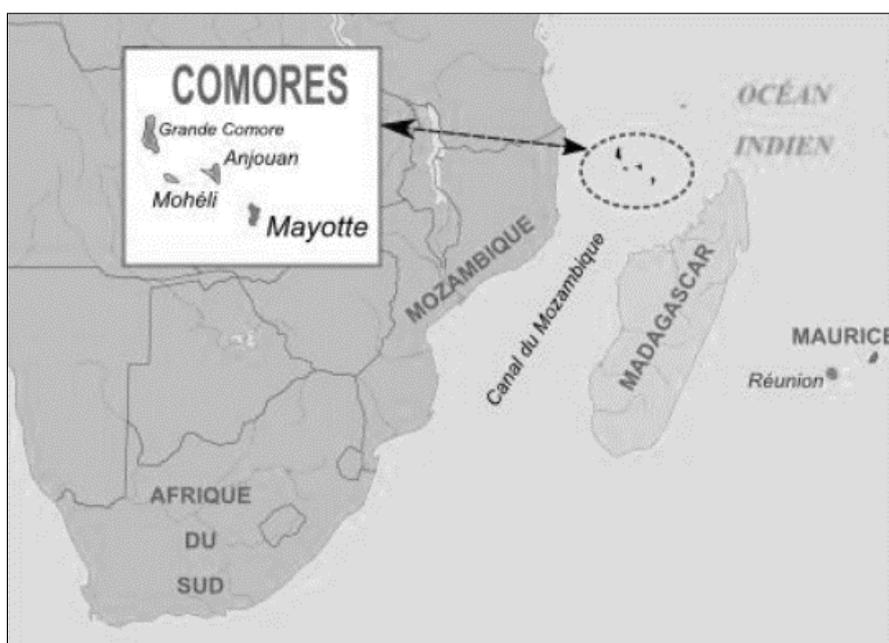


Figure 1 : Situation géographique de l'île de Mayotte

« En 1974, une consultation sur l'indépendance est organisée dans les quatre îles de l'archipel des Comores. Le « oui » l'emporte avec 95% des voix dans toutes les îles de l'archipel sauf à Mayotte, où le « non » l'emporte à près de 64%.

La loi du 3 juillet 1975 sur l'indépendance des Comores conditionne alors l'indépendance de l'île à un projet de constitution qui devra être approuvée « île par île ». Les Comores déclarent leur indépendance dans la foulée, le 6 juillet 1975.

[L'article 1 de] la loi du 31 décembre 1975 relative aux conséquences de l'autodétermination des îles des Comores dispose que "dans les deux mois qui suivent la promulgation de la présente loi, [...] la population mahoraise sera appelée à se prononcer sur [son souhait de voir] Mayotte [demeurer] au sein de la République française ou [intégrer le] nouvel Etat comorien". C'est chose faite le 8 février 1976 ; un second

référendum sur le maintien de Mayotte dans la République française [a lieu et le vote « oui » l'emporte à 99,4%] »¹.

L'île de Mayotte est une île française depuis 165 ans : d'abord colonie (1846), elle est devenue au fil du temps Territoire d'Outre-Mer (1946), Collectivité Territoriale (1976) puis Collectivité Départementale (2001).

Territoire non décolonisé aux yeux des Nations unies, l'île est « comorienne », selon l'organisation internationale. Malgré de nombreuses résolutions déposées par l'ONU, l'île de Mayotte a maintenu sa position et est devenue le 101^{ème} département français après le référendum tenu en avril 2011 auprès de la population.

Ce rattachement à la France métropolitaine², distante de 8 000 km, en a fait un territoire particulièrement attractif pour les îles voisines (Anjouan est à 70 kilomètres des côtes mahoraises) ; le niveau de vie est bien plus élevé à Mayotte, avec une offre de soins et d'éducation qui tend à se rapprocher de celle de la métropole. Des milliers de personnes comoriennes clandestines accostent ainsi chaque année sur l'île au péril de leur vie.

B) Explosion démographique et pauvreté, des chiffres révélateurs des besoins

En 2017, Mayotte comptabilise 256 500 habitants pour une superficie de 374 km². Avec environ 690 habitants au kilomètre carré, il est le département le plus densément peuplé de France après l'Île-de-France³.

Du fait de la continuelle amélioration de son niveau de vie, l'île de Mayotte est attractive pour les pays alentours. De nombreux immigrés, en quête de meilleures conditions économiques et sanitaires, s'y installent. En 2017, 48% de la population installée légalement sur le territoire est estimée comme étant de nationalité étrangère, dont 95% d'entre eux sont d'origine comorienne⁴.

L'INSEE estime qu'il faudrait ajouter un tiers de personnes en situation irrégulière à la population initiale, soit environ 90 000 personnes (30% de plus que la population recensée à Mayotte). Cette population, arrivée illégalement sur le territoire, s'installe dans des secteurs vierges (*malavoune*⁵) ou dans les interstices des différents villages composant les communes. Ces nouvelles zones d'habitation, que l'on peut qualifier de

¹ Moullot, Libération, 2018.

² Également appelé « métropole » dans la suite du mémoire.

³ INSEE, 2017.

⁴ INSEE, 2019.

⁵ Campagne mahoraise.

« marginales », se définissent par la construction de *bangas*⁶ et par une concentration de plusieurs centaines, voire plusieurs milliers de personnes cachées du monde extérieur. Ces constructions clandestines ne sont pourvues ni d'eau ni d'électricité. Ces dernières années, d'innombrables constructions en tôles ont émergées (cf. photographies en Annexe 1).

De 2012 à 2017, la population s'accroît de 3,8% par an en moyenne ; ce département connaît la plus forte croissance démographique du territoire français³.

En 2017, 9 760 enfants sont nés à Mayotte ce qui en fait la plus grande maternité de France ; 75% de ces nourrissons avaient une mère étrangère (dont 69% comorienne et 4% malgaches)⁷.

« Mayotte est le département le plus jeune de France »⁸. En 2017, l'âge moyen des habitants s'élève à 23 ans (contre 41 ans en métropole). La moitié de la population n'a pas 18 ans. Parmi eux, 20% ont entre 10 et 18 ans ce qui équivaut à environ 51 000 adolescents sur le territoire mahorais.

En 2018, le Ministère de l'Intérieur, dans son dossier « Mayotte, le département de tous les défis », évoque la protection des mineurs isolés.

En effet, « le phénomène des mineurs isolés étrangers à Mayotte, lié à la proximité de l'île avec les autres îles de l'archipel des Comores, se retrouve dans peu d'autres départements français. [...]. À Mayotte, ils sont environ 300 mineurs étrangers sans aucun référent adulte, et plus de 3 000 sous la responsabilité d'un adulte apparenté ou non, mais quasi-systématiquement en situation irrégulière. L'expression « mineurs étrangers isolés » renvoie en réalité à des profils très divers. Il s'agit souvent de mineurs originaires des Comores, soit envoyés par leur famille à Mayotte pour étudier ou y rejoindre des parents et espérer avoir une vie meilleure, parfois dans des « *kwassa [kwassa]*⁹ » de mineurs, soit des enfants qui se retrouvent seuls sur le territoire suite à la reconduite à la frontière de leurs parents vers les Comores (environ 19 000 par an) »¹⁰.

Ces chiffres ne sont que des estimations et pourraient se révéler bien plus importants.

« L'arrivée de « *kwassa [kwassa]* » chargés de mineurs régresse nettement depuis 2016, mais le nombre d'enfants laissés par leurs parents à des membres de la famille ou à des

⁶ Cabane réalisée avec des matériaux de récupération, typique des bidonvilles de Mayotte.

⁷ INSEE, 2018.

⁸ INSEE, février 2014.

⁹ Nom comorien des canots de pêche.

¹⁰ Ministère de l'Intérieur, 2018.

amis à Mayotte ne cesse d'augmenter. Il peut s'agir également de l'arrivée de mineurs non accompagnés demandeurs d'asile, arrivés seuls de Madagascar ou du continent africain, notamment de la région des Grands Lacs »¹¹.

A ces données démographiques viennent s'ajouter des chiffres record de précarité pour un territoire français.

Au deuxième trimestre 2018, le taux de chômage s'établit à 35% (contre 9% en métropole)¹². En 2012, plus de la moitié des enfants (55%) vivent avec des parents sans emploi (contre 11% en métropole)¹³.

La plupart des habitants de Mayotte se trouve en situation très précaire : 84% de la population de Mayotte vit en dessous du seuil de pauvreté¹⁴. Fin 2013, un tiers des résidences principales sont des maisons en tôle et les deux tiers des logements sont dépourvus du confort sanitaire de base (toilettes, salle de bain, eau courante, électricité, cuisine)¹⁵.

76% des familles monoparentales ou 58% des couples avec enfant(s) ne disposent pas au sein de leur logement d'au moins deux des cinq éléments définis ci-dessus et correspondant au confort sanitaire de base et entre 75 et 79% des logements de ces catégories familiales sont considérés comme étant surpeuplés (manquement au minimum d'une pièce supplémentaire)¹⁵.

Ces chiffres définissent bien la grande précarité de certaines familles accueillies, avec la nécessité pour les professionnels d'adapter les accompagnements aux difficultés sociales des parents en situation administrative irrégulière.

C) Insécurité à Mayotte et conséquences

L'insécurité à Mayotte a toujours été un problème majeur touchant l'ensemble de ses habitants. Tout le monde a vécu de près ou de loin une situation d'insécurité. Même si entre les années 2017 et 2018, la délinquance générale a diminué de près 9%, le taux des mineurs mis en cause de ces actes de violences a augmenté de 18,3% (¹⁶).

¹¹ Ministère de l'Intérieur, 2018.

¹² INSEE, 2019.

¹³ ORS-OI, 2017.

¹⁴ INSEE, décembre 2014.

¹⁵ INSEE, 2016.

¹⁶ Préfecture de Mayotte, 2019.

Le rejet des comoriens par les mahorais favorise ce climat d'insécurité. Il est important de parler de l'immigration comorienne, non pas parce qu'elle est l'unique responsable de l'insécurité à Mayotte, mais parce qu'elle est perçue comme telle. Dans la conscience collective mahoraise, les zones d'habitation marginales abritant « des immigrés » sont la cause de l'ensemble des actes d'incivilité sur le territoire. Les relations entre les personnes habitant dans ces secteurs et le reste de la population mahoraise sont très tendues. Ces habitants ne sortent souvent que la nuit. Ce contexte crée un sentiment d'insécurité chez les jeunes et leur famille.

Il arrive régulièrement que des regroupements de personnes s'organisent pour « décaser »¹⁷ les habitants de ces secteurs en détruisant leur logement de fortune.

Le climat social de Mayotte influe directement sur l'envie de venir s'y installer ou sur l'envie d'en partir. Cependant, l'ensemble des habitants de Mayotte n'ont pas la chance de pouvoir choisir.

Les recrutements et les départs de professionnels sont directement liés à l'intensité du sentiment d'insécurité régnant sur l'île. Depuis juin 2018, le climat social s'est apaisé et ce sentiment s'affaiblit progressivement ; il nous permet d'envisager d'autres stratégies d'interventions, inimaginables auparavant.

1.1.2 Les effets de la départementalisation sur l'éducation

A) Un conflit interculturel

Si Mayotte s'émancipe des autres îles des Comores, sa culture reste proche de celle des « îles de la lune »¹⁸. Les Mahorais sont en majorité musulmans (95%) et la vie est rythmée par la religion (cinq prières quotidiennes, grande prière du vendredi, mois du Ramadan, fêtes musulmanes comme l'Aïd¹⁹, ...). Les enfants commencent l'école coranique en même temps que l'école maternelle et peuvent la fréquenter jusqu'au lycée.

La langue le plus couramment parlée est le *shimaore*, mais selon le village de naissance, elle peut être le *shindzuani* (anjouanais) ou le *shibushi* (malgache). Le français est

¹⁷ « Un décasage est une expédition punitive organisée par des Mahorais contre les constructions illégales habitées par des immigrants clandestins comoriens.

Illégaux, les décasages ne sont néanmoins pas réprimés par les autorités locales, qui craignent d'ajouter du trouble à la situation tendue dans laquelle se trouve le département d'outre-mer et qui considèrent parfois que ces expéditions les aident dans leur travail de lutte contre l'installation irrégulière de migrants venus en *kwassa kwassa* du reste de l'archipel des Comores » (Wikipédia).

¹⁸ Ce nom provient du nom de l'archipel en arabe : *Jouzor al Kamar* (جزر القمر).

¹⁹ Fête marquant la rupture du jeûne du mois de ramadan.

maîtrisé par les plus jeunes et les populations des zones urbaines mais un interprète est le plus souvent nécessaire dans les zones rurales, les plus nombreuses.

Bien que les lois de la République française s'appliquent et tendent à gommer les traditions, l'organisation sociale à Mayotte reste très proche de celle que l'on trouve aux Comores : lignages à tendance matrilineaires, classes d'âges, statuts hiérarchiques complexes, système cadial (« juridiction » religieuse) persistant et transmissions orales.

Les référents éducatifs doivent prendre en compte les différentes structures familiales au sein desquelles évolue chaque jeune : parent isolé (25% des enfants de moins de 2 ans ne vivent qu'avec leur mère), enfant élevé par un autre membre de la famille ou des adultes sans lien de parenté, par une famille d'accueil, père polygame souvent absent.

De plus, pour les enfants vivant avec leurs deux parents, il est important de travailler la notion de partage de l'autorité parentale, dans une société au sein de laquelle la mère est souvent la garante de l'éducation de ses enfants.

La culture, la religion et la langue constituent des spécificités qu'il est nécessaire de prendre en compte dans l'action menée. De nombreux parents parlent peu, voire pour certains pas du tout le français ; il en est de même pour certains usagers. Le recours aux collègues mahorais pour assurer la fonction d'interprète est fréquent et parfois indispensable.

La mixité des équipes composées de mahorais, de comoriens, de malgaches et de métropolitains est un atout pour une meilleure adaptation à l'environnement des jeunes accueillis et la personnalisation de leur accompagnement dans le respect de leur environnement.

B) Une structure familiale bouleversée

La départementalisation a provoqué « [des] bouleversements de la société mahoraise – ou plutôt peut-être des sociétés villageoises de Mayotte -, la confrontation entre les règles culturelles et sociales traditionnelles et les institutions occidentales, ou l'image qui s'en dégage, amène *de facto* une perte de repères »²⁰.

Cette perte de repères énoncée par Lesage²⁰ a été fortement influencée par le remplacement de la juridiction du droit local (*cad²¹*) par la juridiction du droit commun.

Même si dans les faits, ce changement est établi, cette évolution est particulièrement déstabilisante pour les familles mahoraises.

²⁰ Lesage, 2014.

²¹ Juge musulman.

Le *cadi*, plus qu'un juge, exerçait un « rôle de médiateur et plus globalement d'institution régulatrice de la vie sociale et familiale ». Il intervenait à tous les niveaux, du plus courant au plus grave, des disputes entre habitants aux crimes, du vol de zébu aux tensions intrafamiliales.

Le code civil et pénal français sont donc venus remplacer cette institution. Cependant « dans les faits, leur parole vaut toujours voire plus que la loi telle que nous la connaissons »²².

« L'expression couramment entendue à Mayotte selon laquelle "les enfants du village" ont aujourd'hui cédé la place « aux enfants du juge », traduit parfaitement les transformations contemporaines de la société mahoraise qui est passée d'une solidarité mécanique (l'individu est un élément indissociable du groupe) à une solidarité organique (l'individu existe face au groupe) »²³.

De plus, le fonctionnement communautaire et l'identification d'un être à travers sa représentation au sein du village a laissé place à l'individualisme occidental.

L'accès à l'éducation a renforcé la connaissance du modèle occidental par les plus jeunes et entraîné la remise en question de certains fondamentaux traditionnels tels que l'égalité des genres et la rationalisation d'un monde fondé traditionnellement sur des croyances ancestrales et religieuses.

En effet, auparavant, les croyances aux *djinnns*²⁴ permettaient de canaliser les faits et gestes des personnes. Elles venaient naturellement en soutien d'un cadre parental en imposant des limites dans le comportement des enfants. Les enfants ne prenaient pas le risque d'aller au-delà des frontières habitées par les esprits (forêt, océan, nuit, mangroves etc.) qui pouvaient leur nuire en les possédant.

L'Éducation Nationale a, entre autres, de par la rationalité de ses enseignements occidentaux, déconstruit ces croyances, ce qui requiert le renforcement d'une surveillance parentale adaptée auxquels les parents n'ont pas été préparés.

La modernisation de la société, à travers l'accès aux nouvelles technologies (téléphone, internet, etc.), a amplifié l'éloignement des modèles de représentation de chacune des générations parents/enfants. De fait, ce qui était renvoyé à l'imperceptible auparavant est directement imputé aujourd'hui aux obligations parentales.

²² Lesage, 2014.

²³ Association Fikira de Mayotte et d'ailleurs, 2014. L'association s'inspire, ici, du concept de Durkheim E. (1858 – 1917).

²⁴ Les *djinnns*, esprits malins, sont dans la culture mahoraise des êtres invisibles qu'il faut éviter dans la mesure du possible.

Les parents, en manque de repères, se sentent dépassés et impuissants face aux actes posés par leurs enfants.

Pour illustrer cela, nous pouvons prendre comme exemple, la manière d'aborder un thème tel que la sexualité où les croyances ancestrales et/ou religieuses ont une influence directe.

« La sexualité d'un individu est naturellement induite par la culture dont il est issu. (...). A Mayotte, [les pratiques] se caractérisent tout d'abord par le culte du secret et par la pudeur. (...). Tout ce qui se rapporte à la sexualité est donc frappé de beaucoup de tabous. (...). En plus de l'obligation d'abstinence sexuelle, les jeunes sont sensés ne rien savoir sur le sujet »²⁵.

Vers une époque qui tend à la libéralisation des mœurs et des pratiques sexuelles, les parents s'appuient sur leurs fondamentaux traditionnels et culturels. Le dialogue est donc rompu et les adolescents, conscients de l'impuissance de leurs parents, jouissent de cette situation transitoire en bravant les interdits.

La culture occidentale vient contrarier la culture ancestrale mahoraise et modifie les repères familiaux. Les parents confrontés à leurs difficultés accusent les institutions et services qui « portent » cette vision occidentale. La MDA en est une des principales représentantes dans le domaine de la sexualité.

C) Des prises de risques exacerbées

Les enfants et adolescents à Mayotte sont tiraillés entre deux cultures, entre deux modèles de sociétés. Les parents se retrouvent en grandes difficultés pour transmettre des valeurs à leurs enfants. Ils ne savent plus comment les éduquer, ils ne savent plus quoi leur transmettre, ni la manière de le faire.

De manière générale, ces enfants et adolescents ont souvent beaucoup de difficultés à mettre des mots sur leur émotions, à s'exprimer, à parler d'eux, de leurs désirs, de leurs envies, même dans leur langue maternelle. L'expression se fait davantage chez ces jeunes sur le mode de « l'agir non-socialisé » (comportements sexuels à risques, consommation de produits toxiques, passages à l'acte violents, errance, ...). Plusieurs rapports issus d'organismes publics en fond état.

En 2018, dans le cadre de la mission de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, réalisée en partenariat avec l'ARS-OI, « un profil type de l'utilisateur

²⁵ Achiraf, 2005.

problématique de chimique²⁶ » a été défini. Il est caractérisé par « une personne jeune, de sexe masculin, vivant dans une situation de fragilité sociale (...). En général, cette personne a été initiée, parfois très jeune (dès 10-12 ans) (...). Le contexte familial problématique se retrouve fréquemment dans le parcours de ce type d'usagers avec des situations marquées par l'éclatement des familles (...) ».

Le schéma de lutte contre les IST / VIH / SIDA / HEPATITES sur l'île de Mayotte au travers du plan 2011-2014 met en avant un taux d'IVG « près de 4 fois plus élevé qu'en France métropolitaine » et « [8 fois plus élevés sur les tranches d'âge les plus jeunes (16 à 24 ans)] »²⁷. Il ressort également que les jeunes de 12 à 25 ans ayant recours à la prostitution sont « poussés par la nécessité » et souvent « en rupture scolaire et familiale ».

De juin à août 2015, une enquête réalisée par la MDA sur « les conduites à risques chez les adolescents de Mayotte » témoigne de l'exposition importante aux risques liés à la santé des adolescents à Mayotte. Plusieurs thèmes y sont abordés tels que la consommation de produits toxiques, la violence, la prostitution et la sexualité.

Les conclusions de l'enquête sont basées sur l'analyse des réponses données à un questionnaire coconstruit par l'équipe de la maison des adolescents et par les jeunes participants aux ateliers collectifs du service. Cette enquête a été menée sur les 16 communes de l'île auprès de 1 120 personnes de 10 à 22 ans dont 68% des interrogés ayant entre 10 et 16 ans.

Ils ont répondu à plusieurs questions de type : « As-tu ou connais-tu quelqu'un de ton âge qui (...) ? ». Cette formulation de question a été sciemment choisie par les adolescents car le comportement adolescent à Mayotte s'inscrit nécessairement en lien avec le groupe de pairs. Le type de question ne permet pas de définir un nombre exact de jeunes ayant pu vivre ou réaliser tels actes, mais permet de connaître l'exposition aux risques auxquels ils sont confrontés. Il s'agit donc d'être prudent quant à ces chiffres car ils peuvent se révéler être très subjectifs.

²⁶ « [Mélange de tabac imprégné d'alcool et de cannabinoïdes de synthèse importée sur Mayotte via des sites internet. Cette drogue est peu chère et agit très rapidement ; elle a des effets sédatifs et peut aussi provoquer chez les usagers des crises avec des symptômes psychiatriques qui s'accompagnent de violence et d'agressivité] » (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies sur Mayotte).

²⁷ ARS-OI, 2010.

Quelques chiffres sont ressortis de cette enquête sur les thématiques suivantes :

- Consommation de substances toxiques licites ou illicites :

« 93% des filles et 95% des garçons interrogés sont ou ont été exposés à un des produits tels que l'alcool, le chimique ou la marijuana », avec des données similaires sur l'ensemble des communes qui confortent le fait que les adolescents « ne sont pas plus exposés aux produits à Mamoudzou²⁸ que sur le reste du territoire » ;

- Sexualité :

Concernant les IVG, chez les jeunes déscolarisés, deux sur trois ont déjà été confrontés à cette expérience contre un jeune sur quatre chez ceux qui vont à l'école. Sans surprise et en lien avec les chiffres précédents, 64% des jeunes qui ne fréquentent pas l'école sont parents eux même ou amis avec des jeunes de leur âge ayant un enfant. Ce chiffre est de 37 % chez les adolescents scolarisés. 34% des filles et 37% des garçons déclarent avoir eu une relation sexuelle non protégée ou connaître quelqu'un qui en a eu.

Il y a une grande différence entre le taux d'exposition des jeunes scolarisés et ceux non scolarisés (24% contre 59%). Ce chiffre est à nuancer en corrélation avec le nombre de personnes interrogées, bien plus faible chez les non scolarisés.

Ces résultats démontrent certainement une méconnaissance des risques encourus de la part de la jeunesse mahoraise. Ils révèlent une image de soi mise à mal et des expérimentations « limites » régulières conduisant à une prise de risque non contrôlée.

Il en ressort également que les jeunes de Mamoudzou ne sont pas plus exposés aux risques que sur le restant du territoire. Cependant, il est important de constater que les jeunes non scolarisés, éloignés des différentes actions de prévention santé, pourraient être beaucoup plus exposés aux risques que les jeunes scolarisés.

Nous allons voir par la suite que la déscolarisation des jeunes est relativement fréquente du fait d'une insuffisance institutionnelle et surtout qu'il faudra encore quelques années afin que l'éducation pour tous soit efficiente.

1.1.3 Des dispositifs institutionnels insuffisants

A) Une protection de l'enfance en construction

L'offre médico-sociale, qui est encore largement à l'état « embryonnaire », s'est développée en grande partie en prenant appui sur une politique volontariste de l'Etat, la mise en place du Conseil Général et le positionnement de l'Assurance Maladie.

²⁸ Chef-lieu du département de Mayotte, la commune compte près de 71 500 habitants soit 27,8% de la population totale de l'île.

Outre le développement des services « institutionnels » de l'Etat et du Département, l'offre est aussi relayée par des associations de droit privé. Souvent, les associations étaient définies comme « les mousquetaires de la protection de l'enfance ».

L'Aide Sociale à l'Enfance n'a été créée qu'en 2001. A ce jour, le développement global du secteur n'est toujours pas réalisé si bien que la couverture complète des besoins n'est pas assurée dans plusieurs domaines comme celui de l'éducation à la santé et l'accès aux soins chez les adolescents. Dans ce contexte, nombreux sont les problèmes n'ayant toujours pas de solution.

En 2016, le premier tome du rapport de l'IGAS faisait un état des lieux de « conditions de travail déficientes » dans le secteur social et mettait en avant les défaillances des services de l'Aide Sociale à l'Enfance (« manque de personnels qualifiés, inefficacité de la cellule de traitement des informations préoccupantes, peu ou pas d'actions en milieu ouvert, pas de structures d'accueil type MECS, nécessité de diversifier les modes de placements », etc.).

Aujourd'hui, par exemple :

- seulement, 8 sages-femmes sont en charge de la PMI sur le territoire de Mayotte pour 21 centres : 13 ne fonctionnent donc pas ;
- il existe un seul service d'orthogénie et un seul planning familial pour l'ensemble du territoire ;
- le premier appel à projet pour la création de deux lots de MECS est paru en mars 2019 ;
- La durée de traitement des IP est proche des 6 mois, après, généralement, plusieurs relances ;
- Les permanences de secteur sont inexistantes.

Le manque de moyens et de services ne permet pas aujourd'hui de pouvoir accompagner et soutenir les familles et leurs enfants dès leur plus jeune âge.

Chaque service est débordé et fonctionne dans l'urgence. De fait, les possibilités de recours à la protection de l'enfance restent encore aujourd'hui hypothétiques.

B) Le manque d'établissements scolaires et d'associations de proximité

« [L'absence] de représentant légal [des enfants abandonnés par leurs parents à des proches mahorais ou de ceux arrivés seuls] nuit à l'accès aux droits fondamentaux

(papiers, soins, scolarité, etc.) dont [ils pourraient bénéficier]. On estime que 2 300 d'entre eux sont non scolarisés en 2017, ce qui rend plus difficile encore leur sociabilisation »²⁹.

En 2016, l'association « Village d'EVA » publie une étude sur le droit à la scolarisation à Mayotte. Ce rapport met en évidence la variété des obstacles liés à l'inscription des enfants à l'école. Entre 2014 et 2015, « dans 32% des cas, la demande de scolarisation pour les enfants qui sont assujettis à l'obligation scolaire, avait été effectuée et avait engendré un refus de l'administration. Dans 68% des cas, le dossier n'avait pas été déposé. [...]. La principale raison (59%) du non-dépôt de dossier était due à l'arrivée récente de l'enfant sur le territoire et la difficulté d'intégrer l'école en cours d'année. Les autres raisons étaient liées aux pièces exigées lors de l'inscription, ou bien à l'absence d'un parent ou du responsable légal sur le territoire de Mayotte ».

« Malgré les moyens sans cesse en croissance pour l'éducation à Mayotte (10 millions d'euros en moyenne par an), plus de 7 000 jeunes seraient encore sans possibilité de s'inscrire dans nos écoles. Une étude menée en population générale par une doctorante en médecine générale (Dr Guilhem-Ducleon) permet de constater que 7,9% de la population étudiée âgée de 6 à 16 ans n'est pas scolarisée. Si on extrapole sur le nombre de jeunes inscrits à Mayotte pour la rentrée 2015 (environ 89 500 élèves) et avec quelques marges d'erreurs, on arrive au chiffre d'environ 7 000 enfants non scolarisés. Autre élément qui corrobore ce chiffre est le chiffre tabou et jamais communiqué formellement de la ville de Mamoudzou qui parle de 5 000 enfants non scolarisés lors de la rentrée 2014 »³⁰.

Le Conseil économique, social et environnemental de Mayotte estime « [qu'en 2016, 40% de la population est scolarisée tandis que 33% des plus de 15 ans n'ont jamais été scolarisés] »³¹. Malgré des efforts sans précédent de la part de l'Etat et des Collectivités, le retard scolaire reste préoccupant, puisqu'en 2009, 38% seulement de la génération concernée est entrée au collège à l'âge normal.

En 2011, 38% des personnes de 15 ans ou plus vivant dans les quartiers prioritaires n'ont jamais été scolarisées, contre 32% sur le reste du territoire Mahorais³². Les jeunes de moins de 20 ans étant plus nombreux dans les quartiers prioritaires que sur l'ensemble du département.

En 2015, « l'INSEE relève qu'un quart des mineurs isolés en âge d'obligation scolaire n'est pas scolarisé. Il s'agit probablement de plusieurs milliers d'enfants qui n'accèdent

²⁹ Ministère de l'intérieur, 2018.

³⁰ Village d'EVA, 2016

³¹ CESEM, 2017.

³² INSEE, 2012.

pas à l'école chaque année. Par ailleurs, le taux de scolarisation des enfants de 3 ans ne s'élève qu'à 63,3% contre 100% en métropole, ce qui constitue un frein à la réussite scolaire des élèves mahorais »³³.

Malgré les avancées liées à la scolarisation (constructions d'établissements régulières, etc.), de nombreux obstacles restent encore difficile à franchir. Dans ce contexte, encore beaucoup de jeunes n'auront pas accès, dans les années à venir, à une scolarité normalement obligatoire.

1.2 L'inscription de la MDA dans ce contexte

1.2.1 L'engagement de son association gestionnaire, *MLEZI MAORE*

L'association TOIOUSSI et l'association TAMA créées respectivement en 2002 et 2003 ont rejoint le Groupe SOS³⁴ en 2009.

Ces deux associations ont uni leurs compétences en décembre 2016 sous une même structure associative : *Mlezi Maore*. « *Mlezi Maore* », ou « *Prendre soin de Mayotte* » en *shimaoré*, est une association mahoraise qui intervient depuis 15 ans dans les champs du handicap, de la solidarité et de la jeunesse.

Acteur associatif majeur du département, *Mlezi Maore* intervient aujourd'hui dans les domaines du social, du médico-social et de l'insertion par l'activité économique.

L'association compte 19 établissements et services organisés en 3 pôles :

- Le Pôle Handicap, regroupe des établissements médico-sociaux accompagnant des jeunes en situation de handicap : le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP Maecha), l'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP Mar'Ylang), l'Institut Médico-Educatif (IME Arc-en-ciel), et le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD Moinandzia) ;
- Le Pôle Solidarités accompagne des adultes connaissant des difficultés sociales, à travers : le Service d'Insertion par l'Activité Economique (SIAE), le service Tutélaire, le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale Songoro (CHRS), le service des Intervenants Sociaux en Commissariat et Gendarmerie (ISCG), le service de formation professionnelle au Centre pénitentiaire de Majicavo (PRMC), et le service de médiation familiale ;

³³ Conseil Départemental, 2016.

³⁴ Il s'agit de la première entreprise sociale et solidaire européenne.

- Le Pôle Jeunesse, dispose d'un service animation qui agit au sein de la maison des jeunes de M'zouazia, du Centre social de Chirongui-Miréréni, et de la base de loisirs de M'Tsangabeach.

Le Pôle intervient également en faveur de la protection de l'enfance sous l'aval du Conseil départemental : Accompagnement collectif et Educatif en Milieu Ouvert - AcEMO, service Ad Hoc et Investigations sociales ; il gère un Etablissement de Placement Educatif (EPE Dago), des permanences sociales au Centre de Rétention Administratif et un service de prévention santé en direction des adolescents (Maison des Adolescents).

En 2018, forte de ses 273 professionnels issus en majorité du territoire, l'association a mené des actions envers 9 465 bénéficiaires dont environ 7 500 mineurs.

1.2.2 Création, missions et évolution de la MDA

A) La structure fixe

Sollicitée par la délégation de Mayotte de l'Agence de Santé de l'Océan Indien, la Maison des Adolescents a été créée en 2010. La Maison des Adolescents de Mayotte s'inscrit dans un cadre réglementaire national basé sur la circulaire n-5899-SG du 28 novembre 2016 relatif à l'actualisation du cahier des charges des maisons des adolescents.

La Maison des Adolescents de l'association *Mlezi Maore* est la seule MDA présente sur le territoire de l'Île de Mayotte. Située à Cavani sur la commune de Mamoudzou (cf. carte en Annexe 2), elle est un espace d'accueil pluridisciplinaire (éducatif et social, thérapeutique et paramédical) dédié aux adolescents de 11 à 21 ans et à leurs familles ainsi qu'aux professionnels.

Elle apporte un portail d'aides spécifiques à travers une approche globale de la santé prise en compte dans sa dimension somatique et psychique, ainsi que sous ses aspects sociaux, éducatifs et relationnels. La MDA répond aux problématiques les plus diverses des adolescents (mal-être, conflits familiaux, maltraitance, violences, addictions, etc.) à travers la prévention et leur orientation vers les structures adéquates.

La MDA accueille annuellement environ 3 000 jeunes sur la structure fixe dont 400 prises en charge individuelles.

B) La réponse aux appels à projets expérimentaux pour étendre le dispositif

En 2011, moins d'un an après la création et avec le souhait d'étendre ses actions, l'antenne « mobile » de la MDA a été créée dans le cadre des « fonds d'expérimentation pour la jeunesse » qui vise à favoriser l'accès aux soins, la lutte contre l'illettrisme et l'insertion professionnelle.

Pour ce faire, la MDA a répondu à l'appel à projets APDOM 2. Effectivement, afin de promouvoir cette nouvelle forme d'intervention dans les DOM-TOM, le Ministre chargé de la Jeunesse a lancé cet appel à projet, en direction de l'ensemble des structures intervenant auprès de jeunes en Outre-mer. L'association TAMA s'est positionnée dans le cadre du programme « Prévention de la santé » ; son initiative a été validée le 7 juillet 2011 et financée pour 3 ans (2011-2013).

La maison des adolescents « mobile » s'est caractérisée par son intervention sur l'ensemble des communes de l'île en exportant les actions de prévention. La « mobile » se positionnait principalement aux abords des établissements scolaires en accord avec les municipalités et le travail de partenariat s'est intensifié avec l'Education Nationale.

Les actions collectives ont été menées directement à destination des adolescents principalement scolarisés et ne concernaient que très peu de parents.

Ce fonctionnement a engendré plusieurs retours négatifs de la part des parents qui sont venus à la rencontre de la « mobile » en questionnant les actions mises en place (distribution de préservatifs, etc.). Cela vient réaffirmer les propos d'Achiraf³⁵ stipulant que « répondre aux questions des adolescents reviendrait à éveiller leur curiosité, à les exciter davantage et à les inciter à passer à l'acte ».

Face à l'augmentation croissante des demandes d'interventions par l'Education Nationale, l'équipe mobile s'est rapidement vue débordée et manquait de lisibilité sur l'impact de leurs actions.

En 2013, l'action mobile, au terme du projet et faute de moyens financiers, a dû ralentir ses actions ; par la suite, elle intervient ponctuellement sur des établissements scolaires situés dans la zone du Grand Mamoudzou³⁶ à la demande de l'Education Nationale.

En 2016, avec cette même volonté d'agir sur l'ensemble du territoire, la MDA s'est positionnée en répondant à l'axe 2 (« Education et prévention en santé chez les jeunes »)

³⁵ Achiraf, 2005.

³⁶ Le Grand Mamoudzou désigne l'ensemble de la commune de Mamoudzou qui se compose de sept villages en plus de Mamoudzou (Cavani, Kawéni, Mtsapéré, Passamaïnty, Vahibé, Tsoundzou I et Tsoundzou II).

de l'appel à projets « Outre-Mer n°5 – essaimage DOM- Mayotte ». ; cet appel à projet est issu du plan Jeunesse Outre-Mer du 3 septembre 2015 en faveur des jeunes ultramarins.

Elle se voit accorder l'acceptation du projet nommé « la MDA hors les murs ».

La MDA « hors les murs » a comme objectifs principaux :

- de renforcer et de faciliter la visibilité et la communication, auprès des adolescents, des familles et des partenaires ;
- d'animer des actions d'information collective sur des sujets de prévention et d'éducation à la santé ;
- d'impulser une dynamique partenariale locale dans les communes définies (quartiers prioritaires) de l'île.

Pour cela, des permanences ont été mises en place sur 4 communes de l'île (Bandrélé, Dzaoudzi, Sada, Bandraboua) (cf. carte en Annexe 2).

Les fonds n'ont été versés qu'au cours de l'année 2017 et l'action dans le cadre du projet a pris fin en février 2019. Nous évaluerons son fonctionnement dans la partie 1.3.2B).

Le financement actuel de la MDA nous permet de conserver les interventions mobiles ponctuelles dans le Grand Mamoudzou et d'assurer les permanences de la MDA « hors les murs ».

C) L'organisation de la MDA « fixe », mobile et la MDA « hors les murs »

Pour bien comprendre l'organisation de la MDA, nous devons en présenter une vue d'ensemble. Il n'y a pas d'équipe spécifique dédiée à la MDA « fixe », « mobile » et « hors les murs ». A travers une planification des actions et selon les problématiques abordées, chaque professionnel se relaie sur la MDA fixe et sur les actions extérieures.

En 2019, l'équipe de la MDA est composée selon l'organigramme présenté en Figure 2 ci-après.



Figure 2 : Organigramme de la Maison des Adolescents de Mayotte

La MDA « fixe », « mobile » et « hors les murs » sont toutes les trois caractérisées par un accueil généraliste, gratuit et anonyme ; les personnes ont le choix de venir s'informer seules ou accompagnées, suite à une orientation par un partenaire ou spontanément. Cependant, les actions ponctuelles mobiles sont uniquement collectives.

Les prises en charges individuelles facilitées sur la MDA « fixe » et « hors les murs » permettent une évaluation approfondie et un accompagnement spécifique qui peuvent donner lieu à deux types d'orientation :

- Interne auprès d'un ou plusieurs professionnels de la MDA, selon la nature de la demande (par exemples : consultation de santé primaire par l'IDE, évaluation « psy » et bilan par la psychologue, médiation et accompagnement à la parentalité par l'ES ou la psychologue, etc.) ;
- Externe (suite à un premier accueil ou un accompagnement) en direction des partenaires compétents, si la demande ne rentre pas dans les missions de la MDA (par exemple : prise en charge psychiatrique nécessitant un traitement ou une hospitalisation, etc.).

Dans ce cadre et en fonction des orientations, afin de maintenir le jeune dans le soin, les professionnels de la MDA peuvent accompagner physiquement le jeune (CMP, CeGID, centre d'addictologie, etc.).

Les professionnels sont amenés à intervenir à domicile (avec l'accord du jeune concerné et de la famille) lors des situations de crise (annonce d'une grossesse, conflit familial, etc.).

L'équipe de la MDA travaille en collaboration avec les autres partenaires qui interviennent auprès du jeune, proposant ainsi des temps de synthèse, ou en se rendant à des instances de discussions (aux établissements scolaires, etc.).

Des ateliers collectifs sont également mis en place au sein de la MDA « fixe » via des ateliers hebdomadaires sur des thématiques mensuelles.

Les quatre permanences de la MDA « hors les murs » ont lieu toutes les semaines et sont organisées selon la planification suivante :

- Mardi (9h - 12h) : CCAS de Bandréle (secteur Sud) ;
- Mercredi (9h - 12h) : MJC Mangajou (secteur Centre) ;
- Jeudi (9h - 12h) : La vigie (secteur Petite Terre) ;
- Vendredi (9h - 12h) : MJC Bouyouni (secteur Nord).

Les interventions mobiles interviennent à la demande et sont calées selon le planning et la disponibilité des professionnels.

D) Une instabilité des financements

Le financement de la MDA a toujours été un vaste sujet. Avec l'absence de pérennisation des budgets, la MDA est en perpétuelle recherche de financements. Pour assurer son fonctionnement et permettre son développement, nous sommes contraints de répondre à une multitude de petits appels à projets (addictions, sexualité, radicalisation, etc.). Dans ce contexte, il est difficile d'assurer ces missions en venant régulièrement y ajouter des missions supplémentaires de courtes durées dans un fonctionnement encore balbutiant au niveau de l'extension de ses actions sur le territoire.

Dès sa création, la MDA a été financée par l'ARS et par le CHM. Le financement du CHM provient d'une dotation annuelle de l'ARS et se justifie par l'obligation d'une MDA d'être rattachée à un établissement sanitaire.

A partir de 2013, les financeurs sont devenus multiples. En complément des financements initiaux, sont venus s'ajouter une participation :

- du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires dans le cadre de la politique de la ville autour d'un portail d'aides spécifiques autour de la question de la santé en direction des adolescents résidant sur les communes les plus éloignées du chef-lieu de Mamoudzou ;
- de la Direction de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale dans le cadre de sa politique en faveur de la jeunesse de Mayotte.

Ces financements sont très peu élevés.

Les deux appels à projet « MDA mobile » (2011-2013) et MDA « hors les murs » (2017-2019) ont été financés pour une durée de deux ans par les Fonds d'Expérimentation de la Jeunesse. Le FEJ a déjà signifié que la MDA, n'étant plus un dispositif expérimental, ne pourrait plus bénéficier de son soutien dans le cadre d'autres appels à projets.

En 2018, l'ancienne direction de la MDA a sensibilisé le Préfet sur l'importance du rôle de la MDA face aux différentes problématiques rencontrées par la jeunesse de Mayotte. Suite à cela, le Préfet a missionné le Sous-Préfet pour organiser une « conférence des acteurs » avec comme objectif de drainer de nouveaux fonds vers la MDA et de les pluriannualiser.

Une première rencontre a eu lieu fin 2018 avec les différents partenaires institutionnels tels que le Conseil Départemental, l'ARS, la CSSM, la DJSCS et la Préfecture.

A la suite de cette rencontre, le Conseil Départemental a également participé au financement de la MDA sur l'année 2019 uniquement. L'ARS et la MDA ont signé un CPOM sur trois ans jusqu'en 2021.

1.3 Le manque de pertinence de l'intervention de la MDA « hors les murs »

1.3.1 Missions originelles d'une MDA

Le premier objectif opérationnel d'une MDA évoqué dans le cahier des charges national des MDA définit le public visé par les actions d'une MDA. Bien qu'une MDA soit un établissement destiné de tous les adolescents, il est néanmoins précisé qu'elle doit s'orienter « notamment [sur] ceux qui sont en rupture et/ou ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels ».

Sur le territoire mahorais, deux types de population jeune sont représentés : les jeunes scolarisés, en majorité mahorais, et les jeunes non scolarisés, à prédominance comorienne. Comme nous avons pu le voir au préalable, un grand nombre de jeunes vivant à Mayotte se trouvent en dehors des circuits traditionnels et devraient correspondre à la majorité du public cible de la MDA « hors les murs ».

En axant les différentes actions de « la mobile » et de la MDA « hors les murs » sur des lieux stratégiques comme les abords ou au sein des établissements scolaires et des permanences au sein des locaux communaux, nous avons privilégié l'accès aux jeunes scolarisés. Or, il est nécessaire de différencier la stratégie d'intervention en fonction du public cible.

Par ailleurs, le cahier des charges national des MDA définit le premier objectif général d'une MDA à travers l'apport de « réponses pertinentes et adaptées aux besoins des adolescents, notamment en ce qui concerne leur santé et leur bien-être, en articulations et en complémentarité avec les dispositifs existants sur le territoire ».

Dans le cadre de ce premier objectif général, la notion d'articulations et de complémentarité avec les dispositifs existants me semble également indispensable.

Nous pourrions voir les décalages existants entre les objectifs généraux et la réalité actuelle de l'accompagnement proposé par la MDA « hors les murs » dans les paragraphes qui suivent.

1.3.2 Une jeunesse « ciblée »

A) Une jeunesse principalement scolarisée

Comme nous avons pu le voir en amont, l'ensemble des actions mobiles a toujours privilégié les jeunes en situation de scolarisation ; il s'agit d'un choix stratégique.

En tant que directeur, dans un contexte aussi singulier que celui de Mayotte avec une jeunesse vivant dans des conditions sanitaires alarmantes, mes choix stratégiques sont de prioriser l'urgence. N'ayant pas accès à la scolarité, beaucoup de jeunes nécessiteraient d'avoir *a minima* accès à la prévention santé et à des prises en charge individuelles. Il est nécessaire d'agir en parallèle sur les deux populations jeunes représentées sur le territoire mahorais et leur permettre d'avoir accès à la MDA.

En reprenant les chiffres dans les différents rapports d'activité depuis la création de la MDA « mobile », une moyenne annuelle de 3 000 jeunes était reçue dans le cadre des actions collectives. Plus de 95% de ces jeunes sont issus de l'Education Nationale et sont en situation de scolarisation.

En 2018, dans le cadre des permanences, 85% des orientations proviennent de l'Education Nationale contre 82% en 2017. Les autres jeunes concernés sont venus d'eux-mêmes sur les permanences, mais tous étaient scolarisés à proximité ; la majorité des jeunes suivis habitent ou sont scolarisés dans le village de la permanence. Les communes de Mayotte sont très étendues et sont composées de plusieurs villages qui peuvent être éloignés de plusieurs kilomètres. Les jeunes habitants dans les zones d'habitation marginales, cachées du monde extérieur, ne sortent que rarement afin d'éviter les contrôles de la PAF ; une grande partie de cette population correspond pourtant au public cible de la MDA.

B) L'inefficacité des permanences : des professionnels en manque de repères

La maison des adolescents assure des permanences sur quatre secteurs.

En 2018, 149 permanences ont eu lieu et seuls 46 suivis individuels en ont découlé dont 5 avaient débuté fin 2017. En juin 2019, 68 permanences avaient été tenues depuis le début de l'année pour 19 suivis individuels. Face à ce manque de fréquentation et à l'ampleur des besoins sur le territoire, l'équipe pluridisciplinaire se voit très interrogative quant à l'efficacité de ces permanences. Il apparaît parfois une certaine lassitude face à la tenue de celles-ci. Les professionnels sont soucieux de ne pas pouvoir accompagner plus de jeunes non scolarisés et la majorité de l'équipe ressent une certaine frustration à ne pas aller au-delà des « sentiers battus ».

Nous pouvons nous interroger également sur la notion « d'espace d'accueil neutre, ouvert et non stigmatisant qui facilite ainsi l'accès aux jeunes les plus démunis ». Effectivement, les permanences se trouvent au sein de locaux communaux de type MJC ou CCAS. Ils n'assurent donc pas la neutralité des lieux. Il semblerait que ces lieux favorisent même la stigmatisation du public provenant des zones d'habitation marginales et les rendent, de fait, inaccessibles.

1.3.3 Un partenariat quasi-inexistant

A) Un partenariat mal défini

La quasi-totalité du partenariat opérationnel formalisé par la maison des adolescents est basé sur le Grand Mamoudzou (18 acteurs sur 20 au total soit 90%), cette offre permet aux jeunes d'accéder à plusieurs prestataires et accompagnements sur différentes problématiques. Un partenariat relai sur Mamoudzou n'est pas forcément très accessible pour les adolescents provenant d'autres secteurs de Mayotte.

L'Education Nationale est le partenaire principal de la MDA « fixe » et « hors les murs » avec 62% d'orientations de jeunes vers la MDA. Le partenariat actuel de la maison des adolescents représente les acteurs les plus présents sur le territoire du Grand Mamoudzou.

Au titre de la coordination des acteurs du territoire en adéquation avec les missions originelles des maisons des adolescents, la MDA organise des réunions de coordination trimestrielles entre les différents acteurs du territoire du Grand Mamoudzou.

Beaucoup d'acteurs et d'associations locales sont dispersés sur l'ensemble du territoire ; il est très difficile de les repérer et, pour celles connues, de les mobiliser faute de moyens de transport ou de possibilité de communication d'information (pas de téléphone, pas d'internet, etc.).

Le manque de formalisation et de tissu partenarial sur les différents secteurs d'intervention à l'extérieur du Grand Mamoudzou ne permet pas une efficience des possibilités de prise en charge de la MDA.

B) Une mauvaise prise en compte des familles et des personnes ressources

L'identité culturelle et culturelle reste très présente à Mayotte même si nous faisons face actuellement à une période d'acculturation³⁷ de la jeunesse mahoraise. Il paraît aujourd'hui dénué de sens d'agir sans prendre en compte cette identité forte.

Le phénomène d'acculturation ne sous-entend pas de rayer une culture mais bien d'accompagner cette jeunesse et leur famille dans l'évolution de celle-ci.

Alors que le rôle de la MDA consiste en l'accompagnement des adolescents et de leur famille, elle participe, malgré elle, à l'amplification du phénomène d'acculturation, en

³⁷ L'acculturation peut être définie comme « l'ensemble des phénomènes résultant du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes, avec des changements subséquents dans les types de culture originaux de l'un ou des deux groupes » (Camilleri et al., 1989).

n'intégrant pas les parents dans les prises en charge liées à la sexualité, ce qui l'éloigne davantage de ses missions premières.

Depuis sa création, la maison des adolescents n'est pas non plus entrée en contact avec les représentants religieux.

Aujourd'hui, il n'existe également pas de partenariat avec les pairs et les personnes ressources qui agissent directement au sein des différents secteurs d'habitation marginaux (parents, représentants religieux, etc.).

Oculter la religion à Mayotte reviendrait à nier la base du fonctionnement de la société mahoraise, les liens, les valeurs, les modes de communication et même les façons de voir et d'appréhender le monde. Les représentants religieux pourraient favoriser la communication et une réflexion commune autour la prévention santé ; leur prise en compte est indispensable pour rendre les messages efficaces.

1.4 Conclusion

Dans un contexte si singulier que celui que représente Mayotte, avec une population dont plus de la moitié a moins de 20 ans, l'unique maison des adolescents de l'île se trouve au cœur d'un département où un quart de la population pourrait bénéficier de ces actions.

La situation des logements reste très précaire et les conditions sanitaires pour une partie de la population restent catastrophiques. Le manque de logement et la forte pression migratoire donnent naissance à des mini-cités dans la cité où les cases en tôles s'agglutinent. Ces zones très peuplées, éloignées et peu accessibles favorisent l'émergence de zones de non-droit.

Les nombreuses reconduites à la frontière laissent derrière eux des enfants sans détenteurs de l'autorité parentale dans ces zones reculées.

Même si la situation évolue et tend à s'améliorer, le nombre d'établissements scolaires reste insuffisant et les difficultés d'inscription dans certaines municipalités ne permettent pas l'accessibilité à l'éducation pour tous.

Depuis 2017, le Conseil Départemental, à travers sa politique de protection de l'enfance commence à développer, tant bien que mal, l'offre indispensable à sa mise en œuvre. Nous n'en sommes qu'aux balbutiements et il faudra encore quelques années pour que la protection de l'enfance puisse être à la hauteur des problématiques du territoire.

Le conflit interculturel issu de la confrontation entre la culture mahoraise et la culture occidentale vient exacerber ces besoins en menaçant la cellule familiale et le fonctionnement de toute une société ; l'individualisme vient remplacer, assez brutalement, le fonctionnement communautaire initial.

Ce manque de repères génère un éloignement et une rupture entre les générations qui se retrouvent seules, chacune dans leurs doutes et leurs interrogations. Cela se définit chez les parents par une perte du rôle parental en ne sachant plus réellement comment répondre et accompagner leurs enfants dans leur éducation. Chez les jeunes, cette situation les conduit à des prises de risques massives mettant leur santé physique et psychique en danger. Ce phénomène est global et visible sur l'ensemble du territoire mahorais.

Dans ce contexte, la maison des adolescents a été obligée de se positionner quant au public visé. Bien que ne pouvant pas répondre à tous les maux de la jeunesse mahoraise, la MDA doit cependant se positionner tant au niveau du public cible que dans les secteurs dans lesquels intervenir.

Avec le succès de la MDA « fixe », la volonté d'extension de son intervention (« mobile » et « hors les murs ») était adaptée quant à la représentation de la jeunesse sur l'ensemble du territoire. Les choix des tournées mobiles à proximité ou au sein des établissements scolaires et les permanences au sein des locaux municipaux a forcément orienté le choix du public ciblé par la MDA.

Il existe une surpopulation dans les établissements scolaires et les besoins en termes de prévention santé étaient et restent actuellement très conséquents. Cependant, plusieurs associations de prévention santé en complémentarité de la maison des adolescents interviennent au sein des établissements (IREPS, Association Rediab Ylang³⁸, ...).

Sans mettre fin aux actions mobiles à destination des jeunes scolarisés, il semble donc important de pouvoir proposer une nouvelle stratégie d'intervention permettant aux jeunes déscolarisés issus des zones d'habitation marginales de bénéficier d'actions de prévention santé et de suivis individuels en cas de besoin.

³⁸ Réseau Diabète Mayotte.

2 ANALYSE STRATEGIQUE

2.1 En adéquation avec les politiques publiques territoriales

L'intégration d'une stratégie au sein des axes définis par les politiques publiques permet d'appartenir à un plan d'action global territorial, d'être légitime et de créer les liens de confiance nécessaires à l'obtention de financements supplémentaires et pérennes.

2.1.1 Sur la santé

Le Programme Régional de Santé décennal 2018-2028 ⁽³⁹⁾ est structuré autour de trois documents :

- Le Cadre d'Orientation Stratégique défini pour 10 ans ;
- Le Schéma Régional de Santé défini pour 5 ans ;
- Le Programme Pour l'Accès à la Prévention et Aux Soins des plus démunis défini pour 5 ans. Ce document cible :
 - les personnes vivant dans des zones en écart des règles de construction et d'urbanisme, présentant de fort risque d'habitat insalubre,
 - les personnes isolées géographiquement,
 - les populations ne disposant d'aucune couverture sociale ou d'une couverture insuffisante au regard de leurs besoins de santé,
 - les jeunes les plus vulnérables, en rupture familiale et/ou sociale.

A) La santé des jeunes

Le cadre d'orientation stratégique prévoit de « réduire les comportements à risque chez les jeunes » et de « favoriser l'accès à la santé des jeunes en situation de précarité ou en difficulté d'insertion sociale » au travers :

- « d'une offre de santé accessible à tous : la question de l'accès à la santé est un enjeu qui se pose de manière spécifique pour les publics précarisés et éloignés du système de santé. Une réflexion sur l'accès à la santé doit être sous-jacente à l'ensemble des actions proposées ;

³⁹ ARS-OI, 2018

- de la promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie : les démarches de prévention doivent irriguer l'ensemble des actions menées, notamment celles en direction des publics démunis afin notamment de prévenir et réduire les conduites à risques.
- de la mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire : la mobilisation des usagers pour leur santé sera recherchée à travers des approches innovantes, qui viseront notamment à promouvoir les diagnostics portés par les communautés, la pair-aidance et les démarches d' « aller-vers » au plus près des publics en difficulté ».

La préservation de la santé des jeunes passe par le « [développement des] compétences psychosociales chez les jeunes », la « [réduction] des comportements à risque chez les jeunes » et de « [la promotion de] l'accès à la santé des jeunes en situation de précarité ou en difficulté d'insertion sociale ».

B) La santé communautaire et le « aller-vers »

Le schéma régional de santé évoque « la diversité des problématiques rencontrées par la jeunesse [qui] nécessite la mobilisation de nombreux acteurs, allant bien au-delà des seuls services de santé : les services sociaux, l'Education Nationale, la direction de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale, les collectivités locales, le secteur associatif, etc. L'enjeu est éducatif et sanitaire. Il constitue un investissement pour l'avenir de la population mahoraise, à son bien-être et à sa qualité de vie ».

Ce document propose plusieurs leviers d'action :

- pour renforcer la santé des adolescents et des jeunes adultes en difficulté avec :
 - la mise en place de programmes de prévention, favorisant le recours à l'éducation par les pairs,
 - la création d'espaces santé (point santé jeunes) de proximité en lien avec la Maison des Adolescents,
 - la mise en place d'un réseau d'acteurs de prévention santé auprès des jeunes sur l'ensemble des communes de Mayotte,
 - le renforcement de la prévention des conduites addictives via la création des dispositifs de prévention spécialisée, type CJC,
 - l'appui des actions de promotion de la vie affective et sexuelle chez les jeunes en ciblant les familles, les jeunes et les professionnels,
 - le repérage précoce des conduites à risque chez les jeunes ;

- pour développer des interventions innovantes à destination des jeunes et soutenir les acteurs et projets via :
 - la disposition d'une observation partagée de la santé des jeunes,
 - des outils d'intervention adaptés aux spécificités et à la culture de Mayotte,
 - l'encouragement d'intervention des équipes mobiles pour réduire les inégalités sociales et territoriales à Mayotte.

Le programme pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis a pour objectif de poursuivre le développement de projets de prévention et de promotion de la santé visant à contribuer à la réduction des inégalités. Les principaux besoins identifiés pour ces populations sont la prévention et l'éducation pour la santé.

Sa mise en œuvre fait appel à trois principes dont deux qui correspondent totalement à la réflexion de ce mémoire :

- la prise en compte des spécificités des populations visées ;
- la territorialisation des actions et le développement de l'« aller-vers ».

Le PRAPS, au travers de ces fiches d'actions, prévoit de construire un dispositif partenarial de repérage, d'orientation, d'accompagnement et de prise en charge de la population en situation de grande précarité.

La mise en œuvre du dispositif passe par :

- l'animation d'un comité de pilotage et de suivi chargé de la mise en œuvre du dispositif ;
- la réalisation d'une étude de faisabilité de la mise en place d'un dispositif de ce type sur le territoire de Mayotte au regard des structures et acteurs existants ;
- l'évaluation et analyse des données recueillies.

Afin de repérer les publics cibles, le PRAPS prévoit :

- la caractérisation des publics cibles prioritaires et définition des critères d'inclusion dans le dispositif ;
- la structuration d'un réseau d'acteurs chargé du repérage et de l'orientation des publics ;
- le recensement des « acteurs-prescripteurs » du dispositif ;
- le renforcement et sensibilisation des équipes mobiles déjà sur le terrain au repérage et à l'« aller-vers » ;
- la formation des acteurs.

Le PRAPS prévoit également de renforcer les dispositifs d' « aller-vers » pour intervenir au plus près des lieux de vie des populations les plus précaires par :

- le renforcement des équipes mobiles ;
- l'augmentation des équipes pour mieux couvrir le territoire, en veillant aux formations adaptées et aux besoins d'interprétariat ;
- l'encouragement des communes sur des actions et interventions mobiles de proximité, intégrant une démarche de santé communautaire.

2.1.2 Sur les conduites à risques

Le Plan Départemental Santé-Jeune a été créé en 2010 afin de promouvoir la santé des jeunes et de prévenir l'émergence des conduites à risques⁴⁰.

Il favorise les actions de prévention des « rapports sexuels à risques » auprès des jeunes de 12 à 25 ans en définissant plusieurs points tels que :

- l'intégration des familles et de toute la communauté avec des propositions d'actions partagées ;
- le placement des parents au coeur du dispositif éducatif de leur enfant.

Le Schéma Départemental de l'enfance et de la famille 2017-2021 (⁴¹) aborde plus particulièrement la sexualité des adolescents en évoquant :

- la sensibilisation à la contraception et la sexualité des adolescents ;
- l'appui et le soutien des lieux de rencontres « ressource » parents/enfants ;
- le développement des actions de communication et d'information auprès des familles (renforcer une relation « usagers / institution » intégrant une reconnaissance des compétences et responsabilités parentales) ;
- le développement d'un travail en réseau avec les professionnels du social.

⁴⁰ IREPS et al., 2010.

⁴¹ Conseil Départemental, 2017.

2.2 Vers une approche innovante

« Innover, c'est inventer, c'est produire de l'inconnu à partir du connu, c'est renverser ou croiser les perspectives, c'est explorer les marges, les frontières, la diversité. Pas d'innovation sans transferts, sans intersections, sans échange »⁴².

La stratégie d'intervention de la MDA « hors les murs » qui sera proposée est une forme d'innovation dans la mesure où elle n'a jamais été pratiquée sur Mayotte.

Cette stratégie innovante à l'échelle du territoire mahorais pourrait influencer l'ensemble des partenaires, les autorités de tarifications, voire même, la formation des professionnels.

2.2.1 Un changement de paradigme

Avec la départementalisation récente et les problématiques inhérentes à celle-ci, Mayotte représente un territoire où tout est à coconstruire et où tout est encore envisageable.

Actuellement, nous sommes dépendants et dans l'attente des différents appels à projet permettant de développer nos actions, et par extension l'offre de service du territoire. Il est important de se rappeler des fondamentaux du rôle des associations et ainsi, dans la mesure du possible, d'inverser le paradigme « Autorités de tarification/ Association en Association/ Autorités de tarification ».

Les possibilités de développement de la MDA en lien avec les besoins repérés sur le territoire de Mayotte sont bien présentes. Nous devons donc être force de proposition pour assurer une pérennisation du service et son extension sur le territoire.

« Dans son guide pour l'innovation sociale paru en 2013, la Commission Européenne prend la mesure de la dimension sociale de la crise économique actuelle et préconise le recours à des solutions innovantes socialement : "Nous devons porter un regard neuf sur les politiques sociales, sanitaires et de l'emploi, mais également sur l'éducation, la formation et le développement des compétences, l'aide aux entreprises, la politique industrielle, le développement urbain, etc., pour garantir une croissance durable sur le plan écologique et social, des emplois et une bonne qualité de vie en Europe". (...) Dans le guide déjà cité qu'elle consacre à ce thème, la CE entend par innovation sociale "le développement et la mise en œuvre de nouvelles idées (produits, services, modèles) en réponse à des besoins sociaux et qui créent de nouvelles relations ou collaborations

⁴² Sanchez Albarracin, 2012.

sociales”⁴³. Les initiatives sociales doivent être « conçues par et pour la société », au service de l’amélioration du bien-être »⁴⁴.

L'article 15 de la loi Hamon du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire définit juridiquement l'innovation sociale.

Il s'agit du « projet d'une ou de plusieurs entreprises consistant à offrir des produits ou des services présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- soit répondre à des besoins sociaux non ou mal satisfaits, que ce soit dans les conditions actuelles du marché ou dans le cadre des politiques publiques ;
- soit répondre à des besoins sociaux par une forme innovante d'entreprise, par un processus innovant de production de biens ou de services ou encore par un mode innovant d'organisation du travail »⁴⁵.

2.2.2 Les composantes de l'innovation

En reprenant les différents critères définis par le rapport final sur la recherche qualitative sur les projets innovants en matière d'intervention auprès des enfants et des jeunes⁴⁶, je souhaite démontrer que l'innovation a toute sa place dans la stratégie d'intervention de la MDA « hors les murs » sur le territoire spécifique que représente Mayotte.

*« Un projet innovant rencontre des demandes concernant des besoins non couverts (ou très peu pris en compte) par les structures/services existants ou non prévus par les cadres légaux existants »*⁴⁶.

Après avoir défini en préalable, les caractéristiques d'une partie de la jeunesse mahoraise et les partenaires existants agissant sur les différents secteurs du territoire, les actions mises en place au profit de cette population sont sporadiques.

La mise en place de la MDA « mobile » en 2011 représentait une innovation qui a fait apparaître ses limites dans l'accessibilité des territoires en lien avec les arrêtés municipaux. Les choix d'implantation stratégiques de la précédente direction en accord avec les municipalités ont favorisé les jeunes scolarisés et ont limité l'impact initialement prévu sur la jeunesse en marge des dispositifs du droit commun.

Pouvoir développer une autre stratégie d'intervention de la MDA « hors les murs » viendrait combler ce manque dans d'autres secteurs préalablement définis.

⁴³ Commission européenne, 2013, p. 6.

⁴⁴ Rousselle, 2013.

⁴⁵ CRESS PACA, 2015.

⁴⁶ RTA asbl, 2009.

Est-ce que ces secteurs ne sont pas couverts ou sommes-nous dans l'ignorance d'initiatives collectives au sein de ces différents milieux sortant des sentiers battus ?

Même si certaines associations, telle que « *M'Sayidié* » des apprentis d'Auteuil et « *Le villages d'EVA* », propose aujourd'hui une scolarisation et des activités dans la rue dans le secteur du Grand Mamoudzou, qu'en est-il des autres secteurs ?

Ces différents secteurs sont des secteurs oubliés de par la pression anti-migratoire où la réponse première apportée et la répression et non la prévention.

Nous ne pouvons pas faire abstraction aujourd'hui de ces lieux isolés. Il est primordial de les repérer et d'aller à leur rencontre afin de proposer à la population locale des solutions adaptées à leurs besoins spécifiques.

« La prise de risque est envisagée à deux niveaux. Pour les bénéficiaires, le projet innovant repose sur un pari, sur le possible, sur un droit à l'expérimentation et il permet aux personnes de se confronter à leurs limites et d'oser ce que naturellement elles s'interdiraient. Il est finalement question de lever certaines barrières et, d'une certaine manière, certaines protections »⁴⁷.

L'intervention de la MDA « hors les murs » doit permettre aux jeunes et aux familles de sortir de ces zones d'habitation marginales et ainsi faciliter les liens entre l'extérieur et l'intérieur.

« Pour les professionnels, la prise de risque concerne le refus d'entrer dans certaines "cases" préétablies, le fait de proposer une nouvelle approche au sein d'un secteur, de mobiliser de nouveaux acteurs improbables, d'ambitionner de travailler dans l' "entre" secteurs, de développer des pratiques et des grilles de lecture nouvelles et originale »⁴⁷.

La stratégie d'intervention de proximité dans les *bangas* et la *malavoune* est une prise de risque dans le cadre d'une intervention non réalisée à Mayotte. Les initiatives se font souvent aux abords des *bangas*, mais rarement au sein de ceux-ci.

« Le projet innovant repose sur une mobilisation d'acteurs et de secteurs différents pour proposer une réponse nouvelle et adaptée. Il nécessite le développement de partenariats sous des formes diverses, le recours à des disciplines et des pratiques d'horizons différents, l'articulation d'interventions de divers acteurs. Le projet innovant peut reposer également sur l'importation et/ou le croisement avec des pratiques en provenance d'autres champs ou d'autres secteurs »⁴⁷.

Comme présenté dans la première partie, le nombre d'acteurs agissant sur le territoire mahorais auprès de la jeunesse reste embryonnaire quant aux besoins repérés.

⁴⁷ RTA asbl, 2009.

Il existe une tendance à penser que les possibilités de relais dans le cadre d'une continuité de prise en charge ne peuvent s'opérer qu'avec des acteurs du même secteur professionnel. Il est récurrent d'entendre des phrases de type « pourquoi n'y a-t-il pas de prévention spécialisée dans ces quartiers ? » ou encore « nous manquons de dispensaires ». Il semble nécessaire de s'appuyer sur les richesses existantes de Mayotte. Mais là encore, c'est à nous d'imaginer une forme de coconstruction avec des partenaires venant d'horizons différents. Cela impliquerait de repenser notre forme d'intervention et de respecter et de s'appuyer sur les us et coutumes de cette culture singulière.

2.3 Des spécificités d'intervention indispensables

2.3.1 L'intervention interculturelle

A) Concept de l'intervention interculturelle

Selon Claude Lévi-Strauss (1949) : « Toute culture peut être considérée comme un ensemble de systèmes symboliques au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. Tous ces systèmes visent à exprimer certains aspects de la réalité physique et de la réalité sociale, et plus encore, les relations que ces deux types de réalité entretiennent entre eux et que les systèmes symboliques eux-mêmes entretiennent les uns avec les autres ».

Mayotte, territoire à majorité musulmane, avec ses croyances, ses langues, sa culture orale ou encore sa conception de l'éducation et de la place de l'enfant, est empreinte de ces valeurs qui parfois s'oppose à celle de la France métropolitaine. Dans ce contexte il est indispensable de prendre en compte la dimension interculturelle pour pouvoir rendre les interventions efficaces.

Depuis notre plus jeune âge, nous sommes tous porteurs d'une culture ; notre manière de vivre et d'appréhender le monde est perçue à travers ce filtre culturel qui nous appartient en tant qu'individu et en tant que société. C'est à travers notre empreinte culturelle que l'on se différencie des autres individus. Comment pourrions-nous envisager que l'autre ne reconnaisse pas nos particularités culturelles ?

« L'intérêt qu'on porte à sa culture (...), à sa coutume (...), a sans doute à ses yeux autant de prix qu'une aide concrète (...). On y gagne non seulement une confiance plus authentique et plus approfondie, mais aussi une relation plus symétrique où le migrant

n'est plus celui qui reçoit mais celui qui apporte quelque chose en faisant connaître et reconnaître sa culture qui forme la trame de son identité sociale »⁴⁸.

Nous pourrions prendre comme exemple le fait de ne pas accepter la signature d'un projet personnalisé par la tante, l'oncle ou encore le grand parent d'un jeune. Alors, que la notion de famille élargie à Mayotte est très importante, cela pourrait entraîner une destruction du système familial en n'acceptant pas qu'une tante, qu'un frère ou une sœur puisse représenter la famille.

Selon René Mokoukolo⁴⁸, la spécificité de l'approche interculturelle est justement « qu'elle accorde une place particulière aux appartenances culturelles des individus ou des groupes en présence dans l'explication de leurs attitudes et comportements ».

Comme nous l'avons évoqué précédemment, Mayotte est marquée par une empreinte culturelle forte et sa récente départementalisation vient en bouleverser ses fondements. Nous pourrions nous interroger sur le rôle des associations et les attentes que l'on en a, dans un contexte aussi particulier que celui que représente Mayotte.

Devons-nous favoriser le processus d'acculturation ?

Ethiquement, il est très important que le service ou l'établissement qui agit sur un environnement vienne s'adapter à celui-ci. Nous avons trop tendance à penser que nous détenons les solutions sans prendre garde aux conséquences négatives que pourraient engendrer nos actions. C'est pourquoi, il est indispensable de ne pas calquer le modèle métropolitain et de le reproduire à Mayotte.

La prévention sexualité chez les jeunes en est un exemple éloquent. En métropole, les préservatifs sont facilement accessibles alors qu'à Mayotte, beaucoup de parents ne veulent pas que les filles fréquentent la MDA de peur que l'on puisse inciter leurs filles à avoir des relations sexuelles. Alors, bien sûr, il ne s'agit pas de ne plus privilégier la prévention autour de la sexualité. Cependant, en prenant en compte les représentations culturelles et culturelles d'une population, nous multiplions les chances de réussite de nos actions et impactons sur une plus large communauté.

Par exemple, en 2017, Fatima Sy, dirigeante du partenariat de Ouagadougou pour le planning familial en Afrique indiquait qu' « [ils étaient] confrontés à des enjeux culturels et religieux de taille. La stigmatisation [restait] très prégnante. Alors, [ils ont] fait appel aux chefs religieux, qui encouragent l'utilisation de la contraception en se basant sur des textes du Coran et de la Bible »⁴⁹.

⁴⁸ Camilleri et al., 1989.

⁴⁹ Hecketsweiler et al., 2017.

Il ne s'agit donc pas de confronter deux cultures et de refuser en bloc des fonctionnements qui nous sont totalement étrangers ou alors qui sont loin de nos repères, mais bien de les conjuguer. En adoptant cette démarche, nous venons nous intégrer dans un contexte en prenant en compte la particularité culturelle.

Ce phénomène d'acculturation doit être naturel et individuel. Il ne doit pas être amplifié par nos actions. Ceci engendrerait un rejet de la part de la population et viendrait mettre à mal, voire anéantir nos possibilités d'interventions. En rétablissant un équilibre dans la perception de l'autre et la représentation de l'autre, nous serons d'autant plus légitimes et efficaces.

« Il s'agit autant de connaître la culture d'origine » des personnes « que de rechercher les formes de transition, de compromis ou d'ambivalence culturelle dans leur processus d'acculturation, pour éviter une approche de tout ou rien : d'un côté culture d'origine, de l'autre pays d'accueil, qui projette sur autrui une identité unidimensionnelle et réductrice dans laquelle il ne se reconnaît pas »⁵⁰.

Afin de ne pas amplifier le phénomène d'acculturation, il est indispensable d'être vigilant dans nos interventions et d'assurer la justesse de nos actions en respectant l'intégrité des personnes.

B) La mixité de l'équipe et le management interculturel

Ce que l'on s'accorde à penser sur l'intervention des services et des professionnels qui doivent s'adapter au contexte dans lequel ils évoluent doit s'appliquer également dans la manière de manager une équipe mixte. Effectivement, l'équipe de la MDA est composée de professionnels mahorais et de professionnels métropolitains. Nous pourrions penser que le fait de travailler dans le même service avec des objectifs précis suffit à créer une cohésion de réflexion et d'équipe. Mais ce à quoi sont confrontés, à travers la dimension culturelle, les professionnels dans leur rapport aux jeunes et à leurs familles, s'impose également à nous en tant que directeur d'un service ou d'un établissement dans la gestion des ressources humaines.

Le cliché latent dans le milieu professionnel serait que les métropolitains apportent la technicité de l'intervention et que les mahorais apportent la connaissance et l'éclairage sur la compréhension culturelle.

⁵⁰ Camilleri et al., 1989.

Force est de constater que la réalité est toute autre et qu'il est nécessaire, dès son arrivée sur le territoire, de déconstruire ses certitudes pour pouvoir être le plus objectif possible et ainsi se laisser la possibilité d'observer et de comprendre.

En 1996, Christine Partoune, assistante en didactique au Laboratoire de méthodologie de la Géographie à l'Université de Liège, définit trois étapes définissant la démarche interculturelle :

- « la décentration : prendre conscience de ses propres cadres de référence ;
- la pénétration du système de l'autre : tenter de se placer du point de vue de l'autre et de le comprendre ;
- la négociation : identifier les noyaux durs et l'espace de négociation possible afin de trouver des solutions que chaque partie admettra en conscience, impliquant souvent un minimum de compromis ».

Dans ce contexte, il est indispensable dans la gestion des ressources humaines, d'être à l'écoute des limites de chacun, de la compréhension des objectifs et des réticences des professionnels dans la manière d'aborder des problématiques liées à la santé.

Pour assurer une cohésion d'équipe, une réflexion commune, il faut là aussi conjuguer avec les apports des uns et des autres. La communication revêt toute son importance ; elle permet de s'assurer que tout le monde adhère à la méthode dans le respect de chacun.

L'exiguïté du territoire peut engendrer des répercussions très négatives sur les professionnels (familles, amis, etc.) si la méthode d'intervention ne s'adapte pas à la réalité culturelle et n'en respecte pas les fondamentaux. Il est alors possible d'imaginer l'ensemble des conséquences personnelles que cela peut engendrer lorsque la reconnaissance passe par la considération communautaire.

Sans mêler le professionnel avec le personnel, il s'impose à nous de ne pas faire abstraction de cette réalité afin d'assurer une qualité de vie au travail et une qualité de nos actions.

« Ces malentendus liés aux différences entre conditionnements culturels peuvent influencer ou renforcer les stéréotypes, ou des perceptions mutuelles négatives. (...). Les fonctions de management (...) recouvrent la communication, la formulation de stratégie, la planification (...). Toutes ces variables qui composent ainsi le management sont affectés par les présupposés liés au conditionnement des cultures nationales »⁵¹.

⁵¹ Camilleri et al., 1989.

Ainsi, la lecture de l'ensemble des actions à mener pour faire fonctionner un service ou un établissement est impacté par les spécificités culturelles.

C'est pourquoi, le fonctionnement de la MDA « hors les murs » à Mayotte et sa stratégie d'intervention doit être en corrélation avec le contexte dans lequel elle évolue.

J'accorde énormément de place à l'écoute et à la communication. L'objectif n'étant pas de « faire du chiffre », mais de pérenniser nos actions dans le temps.

L'expression « seul, on va plus vite ; ensemble, on va plus loin », utilisée à tout propos, est cependant porteuse de sens. Afin que nos interventions portent leurs fruits rapidement et permettent d'avoir la possibilité de présenter des chiffres positifs à l'autorité de tarification, il apparaît nécessaire de penser nos missions dans le temps. Le temps est une notion dans le management interculturel qu'il est nécessaire de prendre en compte.

« Les attitudes par rapport au temps » ont souvent été présentées « comme une source majeure de diversité à travers les cultures. (...). Dans de nombreuses cultures orientales, africaines, océaniques, la vision traditionnelle du temps est cyclique. Si "maintenant" est perdu, il ne se pose pas de nouveaux problèmes, car demain l'instant se produira à nouveau »⁵².

Là encore, il ne s'agit pas d'imposer sa propre lecture du temps, mais bien de comprendre la manière dont les personnes se l'approprient et le décomposent. Nous ne devons pas être à contre temps de la société dans laquelle nous souhaiterions évoluer.

C) L'intervention de proximité, le « aller vers »

Si nous souhaitons découvrir, observer, comprendre une société, il faut se donner les moyens de pouvoir le faire.

Si nous voulons avoir un effet sur la communauté, nous devons nous y trouver et en faire partie également.

C'est pourquoi, cette notion d'intervention de proximité correspond à mon éthique professionnelle. Là encore, nous pourrions nous retrouver, comme beaucoup de modes d'intervention dans le social ou médico-social, dans un rapport à l'autre de dominant/dominés. Il n'en est pas question et c'est là que l'intervention de proximité prend tout son sens. Elle permettrait également de ne pas faire l'erreur d'imposer l'individualisme occidental dans une société régie par le communautarisme que l'on retrouve également dans les sociétés africaines.

⁵² Camilleri et al., 1989.

Il est important de conserver et de s'appuyer sur les liens préexistants entre les différentes personnes pour favoriser l'impact et la compréhension de nos actions : « Rejoindre les personnes là où elles se trouvent, moduler et adapter les stratégies d'intervention en fonction des caractéristiques propres à chaque milieu et non le contraire (...), faire équipe avec les ressources du territoire »⁵³.

Il ne s'agit donc pas de faire venir les personnes à nous, mais bien d'aller à la rencontre du public et d'évoluer dans le contexte dans lequel il vit.

Cette démarche dans la manière d'aborder les problématiques et surtout de pouvoir y proposer des lignes de conduite impose la connaissance du milieu et l'obligation de s'y adapter.

Cela pourrait nous paraître évident, mais dans les faits, cela ne l'est pas. Un professionnel de la MDA de Mayotte me faisait part d'un exemple assez révélateur de l'intervention de la mobile sur le territoire de Petite Terre pour une action de prévention sexualité autour de la présentation des risques d'IST. Une maman était venue à leur rencontre en les sommant de partir parce qu'il était hors de question que ce sujet soit évoqué dans son village et que ses enfant puissent participer à ce type d'intervention. Après de longues minutes d'échaffourés et un attroupement de plus en plus conséquent de la population locale, les professionnels de la MDA « mobile » étaient sur le point de quitter les lieux. Mais la venue de l'*Imam*⁵⁴ de la mosquée de proximité qui voulait également comprendre ce qu'il se passait a totalement renversé la situation. Après avoir échangé avec les professionnels, il a pu communiquer avec les parents présents et en quelques secondes, la situation s'est apaisée et des échanges ont pu avoir lieu. Ce type d'exemple n'est pas isolé ; il est la preuve que la compréhension d'un milieu et de son fonctionnement est indispensable pour pouvoir y intervenir de manière adaptée et efficace.

Il est à noter également, dans leur présentation, trois axes d'interventions qui me paraissent indispensables et en totale adéquation avec mes souhaits d'intervention de la maison des adolescents : « la compréhension du territoire, l'intervention en proximité et la gestion de l'intervention de proximité ».

Ce qu'ils entendent dans la compréhension du territoire, c'est la « considération de la dimension géographique (aménagement, espaces physiques), la saisie du caractère vécu et dynamique (histoire, ressources, interactions entre les groupes, culture, etc.), la cartographie, la rencontre avec les citoyens et les ressources »⁵³.

⁵³ Morin et al., 2017.

⁵⁴ Guide religieux des musulmans ; il dirige la prière en commun.

L'intervention en proximité se définit par « l'insertion dans le milieu, assurer une présence et une proximité relationnelle, la mise en réseau des citoyens et la favorisation de l'*empowerment*⁵⁵ des citoyens »⁵⁶.

Dans un premier temps, nous sommes dans une démarche de découverte et de compréhension des différents codes sociaux qui régissent la communauté puis dans un second temps, dans une démarche de participation active en communiquant et en créant du lien.

Penser que les ressources ne seraient représentées que par la technicité des professionnels serait réducteur. Il s'agit bien de conjuguer les ressources des uns et des autres, de faire émaner et de consolider les rôles de chacun afin de co-construire une réponse ou des réponses prenant en compte l'ensemble.

Nous avons suffisamment insisté sur l'importance des ruptures familiales pour ne pas participer à l'amplification de ce phénomène en voulant sortir les personnes de leur contexte de vie.

L'intervention de proximité permettrait de s'intégrer dans la cellule familiale et de ne pas à l'inverse en favoriser la destruction en imposant un éloignement de celle-ci.

C'est dans ce cadre là que la maison des adolescents « hors les murs » devrait intervenir pour être au plus près de la réalité des problématiques et assurer l'appropriation par les pairs des questions de prévention auprès des jeunes.

2.3.2 L'intervention participative

A) Pluridisciplinarité et interdisciplinarité

La maison des adolescents est composée d'une équipe pluridisciplinaire alliant l'éducatif, le thérapeutique et le médical. C'est une vraie richesse sur laquelle nous devons nous appuyer. Effectivement, les difficultés de recrutement sur le territoire mahorais renforcent l'idée que la maison des adolescents est actuellement bien dotée en professionnel d'horizons différents. Cela nous permet d'assurer une prise en charge globale avec des regards croisés.

Mais le simple fait d'avoir une équipe pluridisciplinaire ne suffit pas à en assurer l'efficience et l'efficacité de son fonctionnement.

⁵⁵ « Autonomisation : octroi de davantage de pouvoir à des individus ou à des groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés » (Wikipédia).

⁵⁶ Morin et al., 2017.

« Chacun d'entre nous sait bien que l'on peut être efficient sans être efficace ou être efficace sans être efficient. L'efficacité s'évalue en fonction des résultats obtenus ; elle est en rapport avec les objectifs à atteindre. L'efficience, en revanche, s'intéresse à la mobilisation des ressources et à leur utilisation optimale en fonction des résultats attendus »⁵⁷.

Il me paraît important dans un premier temps de pouvoir établir les caractéristiques spécifiques représentant la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité.

« Dans un travail pluridisciplinaire, plusieurs disciplines sont réunies sans qu'il soit tenté d'intégrer ou de synthétiser collectivement l'information. Les spécialistes travaillent sur divers aspects de la même problématique. Il en résulte en général une simple juxtaposition des données produites dans chaque discipline »⁵⁸.

« L'interdisciplinarité consiste à rassembler les savoirs pour renforcer la vision de chaque discipline conviée à travailler en synergie avec d'autres ». Elle « renforce la connaissance et fournit une assise scientifique supplémentaire, pour ne pas dire indispensable, aux disciplines soucieuses d'aborder ensemble une thématique commune »⁵⁹.

A Mayotte, les savoirs apportés par les différentes disciplines sont métropolitains et donc fondés sur des repères différents ; Ainsi, travailler en synergie avec d'autres nécessitent de reconnaître les compétences des uns et des autres au-delà des connaissances et repères scientifiques.

Ces deux formes de travail, si semblables dans la composition d'une équipe sont pourtant totalement opposées dans la manière de percevoir les objectifs et la manière d'y parvenir.

B) Parvenir à un travail interdisciplinaire

L'interdisciplinarité requiert quelques fondements nécessaires pour parvenir à son efficience : de la compréhension du système de valeurs des autres pour aller vers des objectifs partagés, en s'appuyant sur les actions individuelles et collectives dans le respect des compétences des uns et des autres.

⁵⁷ Sanchez Albarracin, 2012.

⁵⁸ Sellamna et al., 2005.

⁵⁹ Bourdier et al., 2017.

D'après Sellamna⁶⁰, les conditions de réussite du travail interdisciplinaire consistent à :

- « Comprendre le système de valeurs des autres disciplines »

Pour rappel, le premier éducateur spécialisé est intervenu en 1992 et le premier psychologue en 2005. Là où il a fallu à la France métropolitaine des décennies pour affiner et comprendre les missions réelles et adaptées de ces deux professions, on aurait tendance à penser que Mayotte puisse avoir ce même recul sur la compréhension et la nécessité de l'intervention de ces professions. Cela nécessite une présentation des missions de certaines professions et des compétences qui la composent. Cela demande une ré-interrogation régulière de son intervention. Les professionnels ne peuvent intervenir de la même manière sur un territoire que sur un autre.

« Si la formation des étudiants dans l'enseignement supérieur est par nature multidisciplinaire et par nécessité de plus en plus interculturelle aujourd'hui, il reste encore à franchir de nombreuses barrières culturelles et disciplinaires qui se sont construites dans la cadre d'un long et complexe processus historique dont on ne peut ignorer les conditionnements »⁶¹.

La perception de l'autre et de sa profession passe par la capacité du professionnel à se décentrer de son cadre théorique et de ses repères professionnels. Ce que nous pourrions définir comme la vision du « *M'zungu*⁶² » et la conceptualisation de sa discipline entraîne souvent un rejet par les professionnels mahorais. La connaissance de la théorie semble venir remplacer la connaissance du milieu. Avec comme représentation le modèle de « celui qui sait » et de « celui qui ne sait pas ».

« La recherche de l'équilibre ne commence-t-elle pas précisément à partir de cet acte pédagogique au cours duquel la connaissance se construit collectivement, en action et en situation, prenant en compte les dispositions et les ressources personnelles et alternative » de chacun⁶¹.

Le manque d'école et de possibilités de formation pour des professions spécifiques (psychologue par exemple) sur le territoire mahorais induit forcément des embauches de professionnels venant de métropole. Une antenne de l'IRTS Réunion a ouvert ses portes sur Mayotte en 2016 et la première promotion de moniteur éducateur a vu le jour en 2018. Les premiers éducateurs spécialisés termineront leur formation en juin 2020.

⁶⁰ Sellamna et al., 2005.

⁶¹ Sanchez Albarracin, 2012.

⁶² *M'zungu* signifie le blanc en *shimaoré* soit une personne à la peau blanche, un métropolitain. Il ne s'agit pas d'un terme péjoratif mais de différenciation.

Nous sommes et serons encore confrontés pendant quelques années à un *turn-over* importants de la part des métropolitains. Nous devons conjuguer avec ce phénomène afin de tendre vers une interdisciplinarité de l'équipe de la maison des adolescents.

« L'interculturalité (motivée par la différence culturelle et fruit de la mobilité globale) et l'interdisciplinarité (imposée par les sciences et cultures émergents et fruit de la mobilité disciplinaire qu'elles engendrent) pourraient constituer, en ce sens, les premiers piliers d'une nouvelle structure éducative, héritière des modèles du passé qu'elle intégrerait dans un ensemble plus vaste et expansif, mieux adapté aux circonstances changeantes, aux problématiques du monde « réel » et aux nouveaux objets de la connaissance humaine »⁶³.

- « Avoir des objectifs partagés »

A Mayotte, le travail social est marqué par des identités professionnelles multiples dont les repères et valeurs sont également empreints de cultures multiples. Il s'agit dans ce cadre de définir des objectifs partagés afin de parvenir à un travail interdisciplinaire.

Afin d'assurer la mise en place d'objectifs partagés, il semble indispensable, qu'au-delà de définir ses missions propres, que les professionnels puissent définir leurs axes de travail et les possibilités d'intervention, conjointes ou non, permettant de favoriser l'interdisciplinarité.

Il est important de replacer le public visé au centre de la prise en charge et ainsi définir, en lien avec les familles, des objectifs communs dans lesquels chacun pourra s'inscrire.

- « Utiliser au mieux les activités individuelles et collectives »

Il ne s'agit pas que les différents professionnels officient tout le temps ensemble mais gardent en tête les objectifs communs. Cela nécessite la répartition des actions individuelles ou collectives en fonction des compétences de chacun.

« Il est vital au sein d'une équipe efficace d'identifier les contributions de chaque discipline, les compétences individuelles, et par conséquent de programmer et de répartir les tâches »⁶³.

Ainsi, ne pas partir du postulat que l'autre est « en capacité de », au risque d'être dans une attente engendrant frustration et dépréciation, permet de considérer l'interdisciplinarité, non comme une fin en soi, mais comme condition à l'innovation éducative.

⁶³ Sanchez Albarracin, 2012.

L'innovation éducative est au même titre à considérer, non comme une finalité mais, comme une possible réponse aux défis énumérés en adéquation avec les politiques publiques territoriales.

C) La conduite du changement

Un service doit être en perpétuelle évolution. Le changement doit permettre de s'adapter aux besoins spécifiques d'un territoire. Si l'offre d'un service restait statique, celui-ci deviendrait vite désuet et inefficace. La société mahoraise actuelle évolue très rapidement, voire trop rapidement. La MDA doit pouvoir parallèlement évoluer afin d'accompagner les jeunes et leurs familles à travers les changements sociétaux. Mayotte en est la preuve aujourd'hui : un changement trop rapide bouleverse un fonctionnement et entraîne des ruptures et des pertes de repères.

Au même titre que la population mahoraise, même si le changement est censé être perçu comme une notion de progrès, il est nécessaire d'accompagner les professionnels dans la dynamique de changement et ne pas l'imposer brutalement. En l'imposant, ce qui devrait normalement améliorer la qualité des actions de la MDA « hors les murs », pourrait entraîner l'effet contraire à travers une démotivation des professionnels et une non adhésion au projet.

Effectivement, « le premier objectif de la conduite de changement réside dans l'adhésion des principaux acteurs du projet (...). Un projet sans adhésion est obligatoirement voué à l'échec (...). Pour cela, il est nécessaire d'aller vers ces acteurs, d'échanger avec eux, de comprendre leurs attentes et de mettre en place des dispositifs de concertation »⁶⁴.

Le changement est un travail d'équipe. Dans le cadre de mon management, je dois favoriser cet esprit d'équipe afin que chacun se sente concerné par les évolutions du service. Si les professionnels se sentent écoutés par la direction, ils participeront activement à la réflexion. Cela nous permettra de travailler dans une relation de proximité et de confiance entre équipe et direction.

« Lorsque les individus adhèrent à un projet, ils se mettent en situation de production. Ils bâtissent des diagnostics de l'existant, envisagent des solutions et mettent en place des pratiques innovantes »⁶⁴.

Je veillerai également à respecter ces différents points pour mener à bien la nouvelle stratégie d'intervention de la MDA « hors les murs » et de son impact sur la population dans les secteurs définis.

⁶⁴ Autissier et al., 2013.

« La conduite du changement est un ensemble de méthodes et d'outils [mis en œuvre] pour faire adhérer des bénéficiaires aux objectifs d'un projet. La conduite du changement se matérialise par la réalisation d'une phase de diagnostic, de déploiement de leviers (étude d'impacts, plan de communication et plan de formation) et de pilotage du changement »⁶⁵.

2.4 Conclusion

Au vu de l'urgence sanitaire de certains secteurs géographiques, la MDA doit pouvoir proposer, à travers la MDA « hors les murs », une stratégie d'intervention permettant d'accéder aux jeunes les plus en marge.

Ses quartiers reculés sont également au cœur des différentes politiques publiques territoriales et ainsi viennent conforter mon choix de vouloir réadapter les actions de la maison des adolescents « hors les murs ». En accord avec les autorités de tarification, nous aurions la possibilité, en présentant une méthode innovante d'intervention, de renforcer la pérennisation des financements à travers la signature de plans pluriannuels.

En définissant une nouvelle stratégie d'intervention de la MDA « hors les murs », il est essentiel d'être au plus près des besoins du public en y intégrant les concepts d'interculturalité et d'interdisciplinarité.

« Dans notre monde actuel, accéléré, incertain et polynodal, l'éducation, à présent, devrait s'intéresser en priorité aux relations entre connu et inconnu, aux lieux, aux temporalités et aux connexions inédites, aux intentions et aux résistances.

Innover dans l'univers des sciences, des techniques et de l'éducation, c'est concevoir des dispositifs de recherche et de formation à la fois inscrits dans les cadres culturels et disciplinaires et indépendants des cultures et des disciplines. C'est peut-être l'unique manière de dépasser les blocages actuels. De même que l'innovation constitue une alternative à la rhétorique du progrès, l'interdiscipline et l'interculture peuvent combler les territoires abandonnés par les disciplines et les cultures instituées »⁶⁶.

Alors, aujourd'hui, comment adapter efficacement l'intervention de la MDA « hors les murs » afin de repérer et accompagner une jeunesse en marge des dispositifs du droit commun ?

⁶⁵ Autissier et al., 2013.

⁶⁶ Sanchez Albarracin, 2012.

3 ADAPTER LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DE LA MDA « HORS LES MURS » POUR AGIR SUR LA JEUNESSE CIBLEE

3.1 Une démarche participative

3.1.1 Le projet

A) La nouvelle stratégie d'intervention de la MDA « hors les murs »

Afin de pouvoir être au plus près de la jeunesse en dehors des dispositifs du droit commun et ainsi lui faire bénéficier des actions de prévention santé de la maison des adolescents « hors les murs », nous devons imaginer une autre stratégie d'intervention. En modifiant l'intervention de la MDA « hors les murs », nous pourrions ainsi permettre à la MDA de proposer des actions de prévention santé à destination des deux populations jeunes repérées (scolarisée, non scolarisée).

Il ne s'agit pas de proposer d'autres missions mais bien d'en modifier son fonctionnement en modifiant la stratégie d'intervention. L'objectif est de réajuster l'intervention de la maison des adolescents « hors les murs » en plaçant son intervention au cœur des endroits les plus isolés et les moins accessibles (zones d'habitation marginales), tout en respectant les concepts préalablement développés (interculturalité et interdisciplinarité). Afin de privilégier la proximité, des secteurs d'intervention seront définis.

Le cahier des charges national des MDA stipule que « la mobilité des équipes travaillant au sein des maisons des adolescents est fortement recommandée. Elles s'organisent pour pouvoir aller au-devant de certains adolescents en fonction des besoins repérés ».

Au-delà d'une nécessité territoriale, la modification de l'intervention de la MDA « hors les murs » prendra ainsi appui sur des recommandations nationales.

En tant que directeur, j'accorde énormément d'importance à l'évolution du fonctionnement de mes services et à l'adaptation nécessaire au contexte dans lesquels ils évoluent. Pour cela, il ne s'agit pas uniquement de définir des modes d'intervention, mais bien d'en définir la méthode et d'en évaluer l'impact.

B) La communication interne et externe

Tout d'abord, il paraît essentiel de communiquer pour développer une stratégie de développement sur un changement de méthodologie. En ce sens, plusieurs canaux de transmission seront utilisés (oraux et écrits), tant au niveau interne qu'externe.

Des temps d'échanges seront organisés afin que chacun puisse s'exprimer et faire part de ses questionnements. Des réunions collectives et des entretiens individuels seront également proposés à l'ensemble des collaborateurs.

Ce mode d'intervention de proximité, même s'il est souhaitable, peut engendrer des réticences de la part des professionnels et beaucoup d'inquiétudes en fonction du climat social, parfois instable à Mayotte (périodes de décasage, etc.). Il est important de prendre ces faits en considération.

En externe, pour s'assurer la confiance des partenaires institutionnels ou opérationnels, l'authenticité et la transparence sont des valeurs que nous devons mettre en avant vis-à-vis de nos intentions et par rapport à l'avancée du projet afin de créer une relation de confiance. L'ensemble des remarques et observations faites lors de nos échanges permettra de réajuster le projet en fonction des différentes contraintes qui peuvent s'imposer à nous (sécurité, budget, etc.).

La communication, tant au sein des équipes qu'au niveau des partenaires, se traduira par différentes réunions :

- en interne :
 - Présentation des souhaits de changement Directeur / Direction Générale,
 - Réunion Chef de service / Directeur,
 - Réunion avec le Directeur / Chef de service / Equipe,
 - Rendez- vous individuels Chef de service / Professionnels ;
- en externe :
 - Direction / Agence Régionale de Santé,
 - Direction / Conseil Départemental,
 - Direction / Délégué du Préfet,
 - Direction / Délégué du Préfet / Maire - municipalités,
 - Direction / Chef de service / Equipe / Partenaires existants.

Les rencontres seront organisées telles que présentées dans le Tableau 1 ci-après.

Cibles	Qui anime ?	Objectifs & Messages	Périodicité	Structure de communication
Présidence Association	Direction Générale	Présentation du diagnostic, enjeux et risques, plan d'action, plan de communication, éléments d'évaluation, avancement du projet et des réajustements éventuels	Avant le début de l'action	RDV, courriers
Direction Générale	Directeur		Tous les trimestres	
Mairies	Directeur	Sectorisation, évaluation de l'intervention	Avant le commencement du projet et tous les semestres	RDV, courriers
Chef de service	Directeur	Adhésion et collaboration, point sur les indicateurs RH, activité et avancement et étapes de l'action	Bi mensuelle	Réunions cadres
Salariés	Directeur Chef de service	Adhésion, compétences, besoins de formations	Avant le début du projet	Entretiens individuels
	Directeur Chef de service	Informé projet, étapes	Tous les deux mois	Réunions de fonctionnement
	Chef de service	Sensibiliser, rassurer, fédérer, impliquer, enjeux et risques	Hebdomadaire	Réunions de fonctionnement
CSE	Direction Générale Directeur	Information, impliquer, climat social, retour d'analyse en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail	Au début du projet et tous les 6 mois	Réunions Conseil Social Economique
ARS, CSSM, Conseil Départemental, Préfecture	Directeur	Information, dialogue, partenariat, avancée du projet et évaluation des besoins	Au début du projet et tous les semestres	Courriers, rencontres
	Préfecture	Négociation CPOM et suivi CPOM	Annuellement (convocation Préfecture)	Conférence des acteurs
ARS, CSSM, Conseil Départemental, Délégué du préfet, CHM, Mairies	Directeur Chef de service	Bilan activité, validation du COTECH	Tous les semestres	COFIL

Cibles	Qui anime ?	Objectifs & Messages	Périodicité	Structure de communication
Partenaires opérationnels (associations du secteur, représentants religieux...) et institutionnels (CHM, Education Nationale...)	Chef de service 1 représentant de l'équipe par pôle (thérapeutique, éducatif, médical)	Information, dialogue, partenariat, avancée du projet et évaluation des besoins	Tous les trimestres	COTECH
Mairie des communes concernées	Directeur Chef de service	Adhésion, Information, partenariat, présence et signataire du Conseil Local Sécurité Prévention Délinquance	Au début du projet et tous les semestres	Courriers, rencontres, CLSPD
Médecine du travail	Directeur, Responsable Ressources Humaines	Conseils, prévention, Qualité de Vie au Travail, risques psychosociaux	Au début du projet et annuellement	Rencontres et courriers

Tableau 1 : Planification des rencontres

3.1.2 Le cadre de l'action et sa phase diagnostique

A) Sectorisation et diagnostic : repérage de la population

Les communes où se trouvent les permanences de la MDA « hors les murs » avaient été définies en fonction des grandes zones de population. Il ne s'agit donc pas de quitter l'ensemble des communes sur lesquelles nous intervenons, mais d'en réduire le nombre.

En favorisant l'intervention de proximité, nous devons définir une sectorisation de notre intervention. Les quatre permanences actuelles ne nous permettent pas d'être présents et représentatifs sur ces territoires. Elles représentent une demi-journée par semaine et par secteur. Nous devons donc, en lien avec les municipalités, redéfinir notre action et privilégier deux communes plutôt que quatre. En effet, il ne s'agit pas d'être présent partout, mais d'être efficace ; et donc, d'assurer nos missions en adéquation avec les moyens qui nous sont alloués. Une réduction des lieux d'intervention permettra un temps de présence plus important.

Après un échange avec l'équipe de la MDA, les deux communes retenues sont Koungou et Bandrélé (cf. carte en Annexe 3). Ce choix s'est porté sur ces deux communes pour deux principales raisons.

Premièrement, il est nécessaire d'obtenir l'adhésion des communes à notre nouvelle stratégie d'intervention au sein des zones d'habitation marginales. En connaissant les relations que peuvent entretenir les différentes municipalités avec les ressortissants comoriens, il semble indispensable de ne pas se confronter aux mairies sur un sujet aussi délicat. Les municipalités de Koungou et de Bandréle travaillent depuis longtemps en partenariat avec l'association *Mlezi Maore*, ce qui facilite nos possibilités d'actions. A ce titre, nous n'aurions pas pu agir aussi facilement sur les autres communes.

J'organiserai des rendez-vous avec les maires des différentes communes afin d'officialiser nos choix d'interventions. Cet échange sera également l'occasion de mettre fin aux permanences dans un premier temps. Afin de favoriser l'adhésion des municipalités dans le choix des secteurs, nous nous appuyerons sur des domaines stratégiques présents dans les orientations politiques des collectivités tels que la sécurité et la prévention santé (CLSPD).

Pour légitimer notre mode d'intervention au sein de la commune, nous formaliserons notre partenariat à travers une convention bipartite.

La seconde raison ayant orienté notre choix sur ces deux communes correspond à l'importante densité de population au sein des zones d'habitation marginales présentes. En effet, ces secteurs correspondent aux lieux d'arrivée des *kwassa kwassa*.

Par la suite, nous réaliserons un diagnostic précis des deux zones d'intervention au sein desquelles nous allons intervenir. A la différence du diagnostic global établi en première partie, il nous permettra d'affiner le nombre de jeunes et de familles présent, les personnes ressources et les besoins en termes de prévention santé. Il aura comme objectif d'adapter notre mode d'intervention et les outils nécessaires à la prévention et à l'accompagnement des jeunes et de leur famille ou proches.

Pour rappel, « le but d'un diagnostic social est d'arriver à avoir une vision d'ensemble critique et rationnelle : un état des lieux concret et précis pour cibler les actions envisagées. (...). Il s'agit de regrouper les demandes, besoins, envies, problèmes apparents et d'en faire une sorte de base de données »⁶⁷.

Afin d'établir un diagnostic, il est nécessaire de se rendre sur les secteurs repérés. Nous devons au préalable nous appuyer sur les personnes ressources du territoire et créer un lien de confiance avec celles-ci pour qu'elles puissent nous intégrer dans ces zones reculées et ainsi procéder au diagnostic.

⁶⁷ Drewniak et al., 2007.

Au-delà de la population vivant dans ces zones, je me rapprocherai du *cadi* et du *fund*⁶⁸ agissant dans ces villages.

Les représentants religieux (*cadis*, *fundis*, *imams*) revêtent un rôle très important, notamment par rapport à la valeur accordée à leurs propos, leurs décisions et leur place, tant dans les décisions intrafamiliales, que dans les décisions prises dans la communauté. Si nous obtenons leurs adhésions, ils faciliteront l'acceptation des villageois à nous voir intervenir et pourront favoriser l'échange.

Il serait dans un premier temps, de bon augure, qu'ils puissent nous accompagner.

B) Diagnostic : repérage des acteurs locaux

La maison des adolescents ne peut pas remplir ses missions sans s'appuyer sur un réseau partenarial solide et étoffé.

Pour pouvoir réajuster son champ d'action et devenir la plus opérationnelle possible, il semble important de redéfinir le partenariat et ceux qui le composent.

Les partenaires actuels sont les différents acteurs sociaux (associations, etc.), éducatifs (Education Nationale, etc.) et médicaux (CHM, dispensaires, etc.) en agissant chacun à son niveau de prises en charge.

L'élargissement du réseau partenarial au-delà des professionnels du social et du médical est nécessaire. Il existe beaucoup d'associations ou de regroupements composées de parents (chants et de danses traditionnels, association de parents d'élèves, etc.). Dans ce cadre, les parents doivent être intégrés dans l'action et la réflexion et ne pas être seulement perçus comme des « bénéficiaires » d'une action.

En 2011, un guide d'aide à l'action en éducation pour la santé, intitulé « Agir auprès des publics mahorais », réalisé par l'IREPS Réunion en collaboration avec l'IREPS Mayotte, a soulevé dans sa fiche action n°5 liée à la « sensibilisation à la parentalité », qu'il avait été très difficile de mobiliser les parents du fait que ceux-ci avaient été associés uniquement aux groupes de paroles mais pas aux groupes de travail.

En replaçant les parents au sein de l'intervention, la prévention liée à la santé serait sensiblement mieux intégrée et acceptée. L'information serait plus diffusée dans la structure familiale.

⁶⁸ Maître religieux.

3.1.3 La formalisation du partenariat

A) Mise en place d'un COTECH et d'un COPIL

Afin d'assurer la cohérence du projet et l'adéquation avec les autres acteurs du territoire, il est important de mettre en place un comité technique qui réunira les partenaires principaux et les personnes ressources des secteurs (représentants religieux, ...)

Ce comité technique permettrait de réajuster nos interventions à travers une réflexion globale et pas uniquement en interne.

Il sera donc composé des partenaires principaux tels que l'Education Nationale, le CHM, la Croix Rouge, des familles, etc.

Des rencontres trimestrielles seront organisées avec l'ensemble des partenaires afin de créer une vraie dynamique partenariale et une communication des actions de la maison des adolescents « hors les murs ».

Ce comité de pilotage, auquel je participerai, sera animé par le chef de service de la maison des adolescents.

Afin de valider les grandes étapes du projet, nous mettrons en place un COPIL que j'animerai et qui réunira trimestriellement les autorités de tarifications (ARS, Conseil Départemental, Préfecture, CHM) et les représentants des collectivités territoriales.

Au-delà de valider l'avancée du projet, les acteurs institutionnels doivent être partie prenante dans le nouveau fonctionnement de la maison des adolescents. En communiquant sur nos actions, nous les sensibiliserons au mode d'intervention, aux difficultés rencontrées et à la réalité financière d'un tel projet. Si notre mode d'intervention s'avère pertinent et efficace dans les zones les plus reculées, nous aurions toute la confiance de nos interlocuteurs et cela faciliterait considérablement la négociation de budgets complémentaires.

B) Devenir signataire du CLSPD

Pour rappel, le CLSPD « est créé par le décret du 17 juillet 2002 et consacré par l'article 1 de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance qui le rend obligatoire « dans les communes de plus de 10 000 habitants et dans celles comprenant une zone urbaine sensible »⁶⁹.

⁶⁹ Service de l'Etat dans les Hautes-Alpes, 2011.

Déployés en 2013 sur 15 communes de l'île de Mayotte, les CLSPD représentent « le cadre de concertation sur les priorités de la lutte contre l'insécurité et la prévention de la délinquance dans les communes » et sont présidés par les maires.

L'association *Mlezi Maore*, étant la plus grande association de Mayotte et représentée sur l'ensemble du territoire, est souvent associée à cette instance.

Nous devons, avec l'accord des Maires des communes participer à leur construction et à leur mise en place, et en être signataire.

Notre investissement au sein des municipalités, notre impact au sein du CLSPD et notre engagement dans la politique de la ville favoriseront également nos négociations avec la délégation du préfet « politique de la ville » dans le cadre des fonds du CGET.

3.2 La mise en œuvre

3.2.1 La formalisation de l'action

A) La transition d'un fonctionnement à un autre

La préparation de la transition est une étape dans la mise en place d'un processus de changement. Une évolution trop rapide pourrait être perturbante pour les professionnels comme pour les partenaires. Afin de pouvoir se projeter dans l'avenir et ainsi mesurer l'avancée de l'action, chacun doit pouvoir trouver ses repères temporels et avoir des échéances. La réalisation d'un diagramme de Gantt permet d'avoir une vraie lisibilité des actions à mener dans des temps déterminés (Tableau 2, en page 55).

D'après le site officiel, « le diagramme de Gantt, couramment utilisé en gestion de projet, est l'un des outils les plus efficaces pour représenter visuellement l'état d'avancement des différentes activités (tâches) qui constituent un projet ».

Année			2019			2020														
Mois			octobre	novembre	décembre	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	janvier	février	mars
Date			01/10/2019	01/02/2019	01/03/2019	01/04/2019	01/05/2019	01/06/2019	01/07/2019	01/08/2019	01/09/2019	01/10/2019	01/11/2019	01/12/2019	01/01/2020	01/02/2020	01/03/2020	01/04/2020	01/05/2020	01/06/2020
Tâche	Date Début	Date Fin																		
Sectorisation	01/10/2019	30/10/2019																		
Diagnostic population	01/11/2019	30/01/2020																		
Diagnostic acteurs locaux	01/11/2019	23/12/2019																		
Création et rencontre COTECH																				
Création et rencontre COPIL																				
Conférence des acteurs					2															
Formations	02/03/2020	06/03/2020																		
Sensibilisation culture mahoraise	02/12/2020	04/12/2020																		
Réunions salariés/CDS/Directeur																				
Réunions CSE																				
Réunion Maires																				
RDV médecine du travail																				
CLSPD communes																				
Supervision équipe																				
Ecritures des protocoles																				
Ecriture du projet de service	01/03/2020	01/03/2021																		
Création outil statistique	01/11/2019	30/11/2019																		
Création questionnaire de satisfaction	01/02/2020	28/02/2020																		
Evaluation de l'action (questionnaire)	01/09/2020	30/10/2020																		
Communication fiche événements indésirables	01/11/2019	01/11/2020																		
Cellule bientraitance																				
Enquête statistique	01/01/2020	30/11/2020																		

Tableau 2 : Diagramme de Gantt pour la transition du fonctionnement de la MDA « hors les murs »

Nous prévoyons via le chef de service de définir un planning des différentes interventions des professionnels dans les secteurs déterminés. Un premier programme sera mis en place pour établir le diagnostic auquel toute l'équipe participera. Le chef de service se rendra une fois par semaine sur les secteurs pour évaluer la situation avec l'équipe. Les professionnels fonctionneront en binôme mixte, homme/femme et métropolitains/mahorais (selon nos possibilités dans un premier temps). La mixité favorisera les liens avec les hommes et les femmes qui culturellement communiquent très peu avec une personne de l'autre sexe.

Le diagnostic nous permettra d'évaluer précisément les besoins et ainsi d'adapter nos outils de communication de prévention santé.

Un deuxième calendrier sera réalisé pour l'intervention des professionnels dans le cadre des actions de prévention à dispenser. Les binômes de professionnels seront redéfinis après cette « période diagnostic » afin de composer des équipes en adéquation avec les besoins. Leur composition évoluera régulièrement tout au long de l'année.

B) L'écriture du projet de service

Actuellement, la MDA possède uniquement la réponse à l'appel à projet de 2010 comme équivalent de projet de service ; il n'est consulté par aucun membre de l'équipe, tant le décalage est important entre l'organisation décrite et celle réalisée.

Généralisé dans la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le projet de service se détermine à travers l'article 311-8 du CASF qui stipule que « pour chaque établissement ou service social ou médicosocial, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».

Il est indispensable de rédiger le projet de service de la MDA pour évaluer et cadrer son champ d'intervention et définir ses modes d'actions. Il sera l'occasion de pouvoir formaliser à travers l'écriture du projet de service, la nouvelle intervention de la maison des adolescents « hors les murs ». Cela permettrait de développer et de formaliser la nouvelle méthodologie d'intervention de la MDA « hors les murs ». Nous y développerons les perspectives d'avenir et de développement à travers l'extension de nos actions sur d'autres secteurs de l'île. Nous formaliserons nos intentions de sensibiliser les professionnels et les organismes de formation en partageant notre expertise de l'intervention de proximité. Nous développerons également les concepts et l'impact de la spécificité de l'intervention interculturelle et de l'interdisciplinarité.

Dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (HAS depuis le 1^{er} avril 2018), l'élaboration du projet d'établissement est basée sur la participation de l'ensemble des parties prenantes : les professionnels, les usagers et/ ou leurs représentants légaux et les partenaires.

Pour les partenaires, il s'agirait d'avoir une lisibilité sur le fonctionnement de la MDA et d'assurer un fonctionnement en cohérence avec l'ensemble des acteurs du territoire.

La participation des parents à la réflexion du projet de service serait pour eux une reconnaissance et soulignerait l'importance d'une collaboration incontournable. Le projet de service sera alors en totale adéquation avec la réalité et les attendus des familles.

Pour les parents et les adolescents, cette démarche serait associée à un moment privilégié de parole intergénérationnelle lié à la prévention santé, au sein d'un cadre formalisé de travail.

3.2.2 L'accompagnement des équipes

A) La formation et la supervision d'équipe

Afin de permettre le changement de stratégie d'intervention de la maison des adolescents, il est nécessaire d'accompagner les équipes, en favorisant la montée en compétences.

« Le changement passe d'abord par la mobilisation d'une équipe en vue de franchir les rapides sans tangage excessif. D'où l'importance de la formation, qui est un gage d'ouverture, d'adaptation, d'interrogation. Qu'elle soit en interne ou externe, la formation permet de relancer une réflexion qui, souvent, s'est arrêtée à la fin de la formation initiale »⁷⁰.

Les notions d'intervention interculturelle et d'interdisciplinarité nécessitent un apport théorique commun. Cependant, avant même les formations spécifiques sur ces concepts d'intervention, une sensibilisation à la compréhension de la culture mahoraise sera mise en place.

Plusieurs personnes ressources sont représentées sur le territoire et sont en capacité de dispenser cette sensibilisation (IRTS, ARS, CEMEA, etc.). Dans le cadre de nos conventions existantes, nous pourrions bénéficier de ces temps sans besoins financiers spécifiques. Les formations spécifiques telles que l'intervention culturelle et l'interdisciplinarité pourront être financées via des crédits non reconductibles dans un premier temps ou avec le soutien des financeurs.

Pour ces formations, nous devons entrer en contact avec des organismes de la Réunion ou de métropole, faute de possibilité sur le territoire de Mayotte.

Concernant l'intervention interculturelle, nous pourrions nous orienter vers une formation du même type que celle dispensée en 2017 par le Pôle Régional de Compétences de Mayotte en promotion et éducation pour la santé sur le thème de « l'interculturalité et la santé ».

⁷⁰ Autissier et al., 2013.

« Les compétences visées étaient :

- D'identifier les aspects culturels parmi d'autres déterminants dans le champ de la santé/maladie ;
- De connaître les aspects culturels de la santé/maladie les plus importants à prendre en considération à Mayotte ;
- De posséder une grille de lecture « culturelle » de la société mahoraise sans sacrifier les spécificités individuelles ;
- De construire une posture interculturelle juste (qui ne soit prise ni dans le déni, ni dans la fascination) et flexible ;
- De contextualiser les enjeux de santé dans l'histoire du DOM »⁷¹.

Les impacts attendus sur les professionnels de la MDA seraient de « [pouvoir adapter leur accompagnement aux personnes habitants dans les secteurs isolés, de situer la dimension culturelle de la santé parmi d'autres déterminants, de connaître les aspects culturels de santé dans la société mahoraise et d'identifier les principaux enjeux de la posture interculturelle] »⁷¹.

Selon les moyens alloués dans le cadre de la formation, je ferai le choix de positionner au minimum un professionnel de chaque corps de métier (thérapeutique, médical et éducatif). Au moins un professionnel par binôme participera à la formation.

L'évolution de la méthode d'intervention de la maison des adolescents mobile au sein des zones d'habitation marginales nécessitera un accompagnement des équipes sous forme de supervision d'équipe et/ou de soutien clinique.

Il est important que cette personne soit extérieure à l'association, voire même du territoire. La neutralité de son regard n'influencera pas son intervention. Cela permettra de renforcer les liens interprofessionnels et de favoriser la cohésion d'équipe.

Dans le cadre du management, la supervision d'équipe est un espace d'échange et de réflexion nécessaire pour faciliter le bon fonctionnement du service.

De par l'éloignement de l'intervenant, les temps de supervision auront lieu tous les 2 mois.

Selon les besoins des professionnels et en accord avec l'intervenant, cette supervision d'équipe pourra prendre deux formes différentes.

La première aura pour objectif de permettre à l'équipe d'échanger sur son fonctionnement et ses dysfonctionnements (analyse de la pratique professionnelle). La nécessité d'échanger sur les réussites et les échecs, les difficultés, les incohérences et la posture

⁷¹ Pôle Régional de Compétences de Mayotte, 2017.

de chacun est indispensable à une équipe pour qu'elle assure une intervention cohérente et efficace.

La seconde pourra prendre la forme d'un appui et d'un soutien clinique dans le cadre de situations critiques rencontrées lors des interventions. Les professionnels de terrain, souvent confrontés au quotidien à des situations difficiles, peuvent quelquefois manquer de recul. Un regard extérieur est parfois nécessaire pour débloquer des situations complexes.

Avant chaque rencontre, je prendrai contact avec l'intervenant, en accord avec les besoins repérés par l'équipe et le chef de service, afin de lui permettre d'adapter ses interventions.

Le service pourra être fermé pendant les temps de formation selon le nombre de professionnels y participants.

B) Le management

Le management est la pierre angulaire du bon fonctionnement d'un service ; il définit à lui seul l'ambiance d'un service et la santé de celui-ci.

Dans le cadre de mes missions de directeur, le type de management que j'adopte s'adapte au service et du public accueilli, de ses obligations institutionnelles et des professionnels qui le composent. J'accorde beaucoup d'importance à la proximité et veillerai à réduire l'éloignement entre l'équipe et la direction.

Je perçois le management comme un mode d'accompagnement et de soutien en y apportant le cadre nécessaire au bon fonctionnement du service. J'attends également que les professionnels représentent les valeurs associatives qui nous animent.

Je perçois avant tout le management comme un accompagnement et comme un cadre stable et rassurant pour l'ensemble de nos collaborateurs. C'est pourquoi je tends à favoriser la proximité avec les professionnels, afin que les décisions soient, dans la mesure du possible, en adéquation avec les réalités opérationnelles.

Tout d'abord, il me paraît essentiel d'intégrer la notion de binôme de direction représenté par le directeur et chef de service à la maison des adolescents. La cohésion de ce binôme permet d'avoir un message unique, clair et rassurant pour les professionnels de terrain. Il apporte une vision commune de l'application des missions. C'est pourquoi des rencontres bimensuelles formalisées doivent avoir lieu afin d'assurer le bon fonctionnement du service. Ces temps d'échange et de travail permettront la rédaction de protocoles pour assurer la sécurité des professionnels dans leur cadre d'intervention.

Je procéderai également avec le chef de service à des entretiens individuels de l'ensemble des collaborateurs afin de mieux connaître leur positionnement personnel quant à l'évolution du service.

A ce titre, nous réadapterons également les fiches de poste de chacun des professionnels pour que l'ensemble des nouvelles missions y soient décrites. Nous y intégrerons les compétences requises à cette nouvelle méthodologie d'intervention.

Il s'agit bien que l'ensemble des professionnels adhèrent à l'évolution d'intervention de la MDA « hors les murs ». Il est envisageable que certaines personnes ne se sentent pas à l'aise dans ce mode d'intervention. Dans ce cas, nous aurons la possibilité, à la demande du salarié, de procéder à une mobilité en interne au sein des services et établissements de l'association *Mlezi Maore*.

Je participerai également à des réunions de service tous les deux mois avec l'ensemble des professionnels pour communiquer sur l'avancée du projet et faire un retour des différentes réunions institutionnelles auxquelles j'aurai participé. Cela permettra à l'équipe d'avoir une vision claire quant à nos obligations, nos possibilités d'avancée et d'évolution.

C) Assurer la sécurité des professionnels

Dans le cadre de mes missions de directeur, j'ai l'obligation d'assurer la sécurité des professionnels sur leurs lieux de travail. Pour ce faire, nous prendrons des mesures adaptées.

Dans un premier temps, la notion de binôme devra être respectée. Aucun professionnel ne pourra intervenir seul dans les secteurs.

Nous définirons également des horaires d'intervention en journée uniquement ; les interventions n'auront lieu qu'entre 8h et 15h.

Je prendrai également contact avec la gendarmerie des différentes communes pour les informer de nos temps d'interventions dans les différents secteurs.

Un protocole d'intervention sera rédigé pour définir la conduite à tenir en cas de problèmes sur un secteur (qui appeler ? quand ? etc.).

De plus, nous réajusterons le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels en évaluant les risques engendrés par ce mode d'intervention de proximité. Après avoir évalué les risques, nous mettrons en place des protocoles afin de les limiter.

Cette démarche sera effectuée avant le changement de stratégie d'intervention de la MDA « hors les murs » en lien avec le CSE.

D) La logistique

La notion de service mobile induit peu de logistique en comparaison à une structure ; pour autant, il nécessite une intendance et des outils adaptés qui sont à penser dans l'organisation du service.

Nous disposons actuellement d'un camion aménagé pour les actions collectives de prévention. Nous veillerons à adapter le véhicule de telle sorte que l'on puisse mener des entretiens individuels.

Chaque professionnel disposera d'un téléphone portable professionnel et nous mettrons à disposition des professionnels une paire de chaussure adaptée, des vêtements de pluie et un sac à dos afin qu'ils puissent être dans de bonnes conditions pour se rendre dans les secteurs d'habitation isolés.

Les outils de prévention liée à la santé devront être réadaptés ; ils devront être transportables et légers.

3.2.3 L'évaluation et la démarche qualité

A) Evaluation de l'action

Afin d'évaluer l'impact et la qualité de nos interventions, nous coconstruirons une évaluation qualitative et quantitative. Pour ce faire, un questionnaire de satisfaction sera transmis aux jeunes et aux familles sur les secteurs définis tous les semestres. Ces derniers pourront être accompagnés pour le remplir si nécessaire.

Ce questionnaire s'appuiera sur différents critères ; il s'agira d'évaluer :

- La compréhension de la prévention santé ;
- La qualité des messages de prévention ;
- La pertinence des messages de prévention en lien avec les besoins du territoire ;
- L'implication des acteurs et des personnes ressources ;
- La prise en compte de la particularité culturelle ;
- La nécessité de ces messages ;
- La réduction des risques perçus par les jeunes ;
- La réduction des risques perçus par les familles ;
- Le nombre suffisant ou insuffisant d'interventions.

Aussi, à partir d'un outil informatique diagnostic de suivis annuel réalisé par les professionnels, en lien avec le service informatique de l'association, il s'agira de mettre en lumière :

- Le nombre de jeunes participants aux actions de prévention ;
- Le nombre de famille participants aux actions de prévention ;
- La catégorisation des problématiques adolescentes ;
- Le nombre d'actions collectives de prévention ;
- Le nombre de suivis individuels ;
- Le nombre d'orientations vers des services extérieurs ;
- Le nombre de rencontres partenariales ;
- Le nombre d'orientations réalisées en fin d'accompagnement ;
- La formalisation du partenariat.

Ce travail d'évaluation sera effectué toute l'année et la mise à jour de l'outil statistique après chaque intervention ; il devrait permettre d'améliorer la qualité de l'accompagnement et d'adapter les interventions en fonction des besoins.

B) Fiche d'évènement indésirable et cellule de bientraitance

Inexistante aujourd'hui, nous allons procéder à la mise en place de la fiche d'évènements indésirables.

La fiche de déclaration d'évènements indésirables aura pour objectif d'encourager la participation de tous les professionnels à l'amélioration des pratiques au sein du service par le biais de déclaration volontaire d'éventuels dysfonctionnements.

L'évènement indésirable sera traité par le biais d'actions curatives (traitement immédiat) mises en place par le chef de service et validée par le directeur. Il sera traité de manière corrective (analyse des causes pour éviter la réapparition de l'évènement indésirable) dans le cadre de la cellule bientraitance mise en place pour l'ensemble de l'association.

La cellule bientraitance est composée de la Direction Générale, des directions de pôle, d'un(e) infirmier, d'un(e) psychologue et d'un personnel éducatif. Les membres de la cellule de veille répondent aux besoins d'analyse ; ils analysent les fiches événements réceptionnées, puis recommandent des mesures correctives et réparatrices, et ce afin de permettre une meilleure prévention ou évaluation des situations à risque, d'abus ou de négligence.

La cellule se réunit tous les semestres mais peut être mobilisable sur des situations critiques à traiter en urgence.

3.3 Perspectives

3.3.1 Être force de proposition sur le territoire

A) Mise en place d'une enquête statistique

Il est aujourd'hui très complexe de se procurer des chiffres sur la jeunesse de Mayotte et sur ces problématiques ; beaucoup d'estimations sont évoquées mais très peu d'études quantitatives et qualitatives fondées sont disponibles.

La réalisation d'une enquête sur la jeunesse provenant des différents secteurs dans lesquels nous allons intervenir permettra d'obtenir et traiter un maximum de données. Nous nous appuierons sur les différentes institutions (CHM, Mairies, etc.) et prendrons notamment contact avec l'ARS afin de bénéficier de leur expertise par le biais d'un travail en collaboration avec leur service statistique.

Les interventions de la MDA au sein des zones d'habitations marginales doivent nous permettre de repérer et d'analyser les problématiques adolescentes propres à ces secteurs. Nous avons défini, en corrélation avec nos moyens, deux secteurs d'intervention. Cependant, il existe une multitude de zones isolées sur l'ensemble du territoire, toutes aussi peu connues les unes que les autres.

La MDA à travers ces actions devra pouvoir quantifier et analyser les problématiques adolescentes. C'est pourquoi, cette enquête devra permettre d'avoir une lisibilité sur ces secteurs.

Elle sera coconstruite avec les jeunes, les familles et les partenaires. Afin de faciliter la réalisation de cette enquête, nous veillerons à détacher un stagiaire DEIS, en collaboration avec l'IRTS de la Réunion, qui participera à la coordination et à la réalisation de celle-ci. Sa mise en forme sera également mise en œuvre par le service statistique de l'ARS.

Cette enquête aura comme objectif de sensibiliser les autorités sur les besoins de la jeunesse à Mayotte et de pouvoir proposer des plans d'action. Nous la reconduirons annuellement la transmettrons aux partenaires financeurs, institutionnels et opérationnels.

Elle permettra également de reconnaître notre expertise quant à la situation de la jeunesse à Mayotte provenant des zones d'habitation marginales. A ce titre, nous participerons à la mise en place de l'Observatoire de la Santé des Jeunes à Mayotte (qui s'intégrera dans l'Observatoire Régional santé Océan Indien) piloté par l'ARS et à la mise en place de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance piloté par le Conseil Départemental.

B) Sensibilisation des professionnels

Dans le cahier des charges national, les MDA doivent également s'adresser aux professionnels qui interviennent auprès de la jeunesse. La MDA fera donc part de son analyse des problématiques rencontrées par la jeunesse à Mayotte en privilégiant des rencontres régulières avec les partenaires pour leur faire part des résultats de l'enquête et de la démarche adoptée.

Nous nous rapprocherons organismes de formation pour sensibiliser les étudiants et les organismes de formation à la stratégie d'intervention nouvellement adoptée par la MDA. Nous planifierons en lien avec les organismes de formation des interventions de professionnels de la MDA afin de présenter la stratégie d'intervention et son impact dans les secteurs isolés.

Pour ce faire, nous nous rapprocherons de l'IRTS Réunion (antenne de Mayotte) pour intervenir dans le parcours de formation des promotions d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs et d'assistante sociale (seules formations mises en place à Mayotte actuellement). Nous pourrions également participer, en lien avec l'IRTS, à la définition de certains modules des formations à venir (CAFERUIS, DEIS).

Dans la même dynamique, nous allons nous rapprocher du secteur sanitaire en corrélation avec le décret du 12 juin 2018 instaurant la mise en place du « service sanitaire » dans toutes les formations en santé. Le service sanitaire est codirigé par l'ARS, l'université de la Réunion, l'Institut des Etudes de Santé ainsi que le Vice Rectorat de Mayotte. Dans ce cadre, les étudiants infirmiers sont dans l'obligation de mener des actions sur des thématiques choisies pendant des périodes de stage d'une durée de deux semaines.

Depuis sa création en 2018, les thématiques sont la santé sexuelle, les addictions, l'alimentation et l'activité physique et l'hygiène bucco-dentaire.

A ce titre, les professionnels de la MDA sensibiliseront les étudiants sur les besoins repérés sur les différents secteurs afin qu'ils puissent coconstruire des outils adaptés à aux besoins et respectueux des codes culturels et culturels.

Nous formaliserons nos partenariats avec les organismes de formation par des conventions opérationnelles et des conventions de stage pour les étudiants.

Nous veillerons également à animer des colloques et des conférences pour sensibiliser les professionnels et le grand public. Pour ce faire, nous intégrerons des pairs et des parents dans les interventions afin d'être en adéquation de notre démarche d'intervention.

Lors des journées du personnel de l'association *Mlezi Maore*, nous sensibiliserons l'ensemble de nos collègues sur la méthode d'intervention à travers l'approche interculturelle, l'interdisciplinarité et de proximité.

3.3.2 Vers une pérennisation et un développement de l'action

A) Financement

Comme nous avons pu le voir en amont, le financement de la MDA reste fragile et il est indispensable de l'assurer pour pérenniser l'existence de la MDA et son développement. A ce titre, il est impératif d'être transparent dans nos actions et faire part régulièrement à nos financeurs de l'impact de celles-ci.

Au-delà du COPIL créé pour le changement du mode d'intervention de la MDA, je privilégierai les rencontres individuelles avec les différents financeurs actuels et potentiels pour échanger sur l'intérêt de la MDA et de son développement.

Suite au récent changement de préfet, la conférence des acteurs coordonnée par la préfecture en 2018 devra être relancée, en lien avec la Direction Générale afin d'assurer un soutien solide dans le cas où un CPOM serait cosigné par la CSSM, la DJSCS, le CD et l'ARS.

Le CPOM actuel signé avec l'ARS garanti des financements jusqu'en 2021 pour assurer un fonctionnement de la MDA « fixe ».

L'ARS qui jusqu'à présent est ARS Océan Indien (délégation de la Réunion et délégation de Mayotte) deviendra à partir de janvier 2020, ARS Mayotte. Une nouvelle direction de l'ARS Mayotte prendra ses fonctions prochainement. Dès son arrivée sur le territoire, ma DG se mettra en relation avec elle pour échanger sur les différents services de l'association portés par l'ARS, dont la MDA.

A moyen terme, il s'agira de pouvoir bénéficier de fonds supplémentaires pour étendre les actions de la MDA sur d'autres secteurs. Idéalement, il serait intéressant d'intervenir sur deux autres secteurs à la fin de l'année 2020 et tendre progressivement sur une présence étendue à l'ensemble du territoire mahorais.

B) Protocole recrutement

Sur Mayotte, le recrutement de personnes possédant des diplômes spécifiques (psychologue, IDE, etc.) est difficile en raison du manque de professionnels et de la concurrence. Effectivement, il n'y a que très peu de possibilités de formation sur le territoire de Mayotte et les recruteurs sont nombreux. Il y a donc un déséquilibre entre l'offre et la demande. De plus, pour les professions thérapeutiques et médicales, le CHM nous fait défaut dans le cadre du recrutement ; ne fonctionnant pas sur les mêmes conventions collectives et ne bénéficiant pas des mêmes primes de cherté de la vie, les salaires proposés par le CHM sont environ 20% plus élevés que ceux de l'association.

C'est pourquoi, à court terme, nous devons mettre en place un protocole de recrutement en lien avec le service RH pour faciliter les embauches et les remplacements des professionnels. Effectivement, nous devons directement démarcher dans les écoles et devenir assez attrayant pour donner aux professionnels l'envie de venir nous rejoindre à la MDA. Je compte également sur le mode d'intervention de proximité qui peut intéresser des professionnels sur le territoire mahorais.

Par ailleurs, il est important de pouvoir sensibiliser les financeurs sur la difficulté de recrutement et ainsi, faciliter la formation des professionnels mahorais en dehors du territoire (France métropolitaine, île de la Réunion).

3.4 Conclusion

Ne s'adressant jusqu'alors principalement qu'aux jeunes scolarisés, la nouvelle stratégie d'intervention de la MDA « hors les murs » va nous permettre d'accéder à une autre population jeune, en grande difficulté.

Dans l'absolu, l'intervention de proximité n'est pas un concept nouveau. Néanmoins, sur le territoire de Mayotte, l'intervention de proximité est innovante ; intervenir au sein des zones isolées était encore récemment difficilement imaginable en raison de l'insécurité qui y régnait. L'apaisement du climat social actuel permet de définir une nouvelle stratégie d'intervention de la MDA « hors les murs » et de diversifier l'offre du service afin de pouvoir s'adresser aux deux types de jeunes présentes sur le territoire mahorais.

Bien que la notion d'intervention interculturelle soit remplie de bon sens, il est important d'y réfléchir ensemble et d'y être vigilant. L'intégration des familles, des pairs et des personnes ressources dans l'accompagnement nous permettra de ne pas nous éloigner de notre ligne de conduite.

Ces zones d'habitations marginales font partie de tous les débats et sont souvent sources de conflits. Il est donc important d'être transparent sur nos actions et de communiquer sur la stratégie d'intervention et de ses impacts.

Je reste intimement convaincu que cette solution est adaptée à un public en marge des dispositifs de droit commun. Ainsi, en nous appuyant sur les résultats de cette nouvelle stratégie, nous aurons plus facilement, à moyen terme, la possibilité de renforcer nos financements et de développer nos actions sur d'autres secteurs de l'île.

Conclusion

Mayotte, l'île aux enfants...

Le journal national L'Humanité titre de manière très poignante ses articles sur ce territoire à la dualité antagonique : « Mayotte, lagon meurtrier dans l'archipel des Comores »⁷² ou encore « Mayotte, lagon de la xénophobie »⁷³. Effectivement, d'un côté Mayotte possède le troisième plus grand lagon fermé au monde regorgeant d'une faune marine extraordinaire et de l'autre, l'île est également connue par ses différents conflits sociaux émanant la plupart du temps de la forte pression migratoire des îles voisines appartenant à l'archipel des Comores.

Dans la conscience collective, fortement impactée par ces représentations, il existe une réelle ambivalence entre le souhait de découvrir Mayotte et un sentiment d'antipathie. Ce ressenti est justifié par le nombre élevé de retours que l'on m'adresse du type « ça doit être magnifique de pouvoir nager avec les dauphins et les raies mantas », ou encore, « vous ne devez pas manquer de travail à Mayotte ; vous devez être courageux pour y travailler ». À cela vient s'ajouter une représentation faussée de l'écoulement du temps.

Effectivement, on a tendance à penser qu'en territoire insulaire, tout va beaucoup moins vite, que les personnes qui y habitent se laissent le temps de vivre et que la vie y est paisible. Cela doit certainement émaner d'une envie imaginaire de se représenter l'exotisme ultramarin.

La réalité mahoraise vient déconstruire tout cet ensemble de clichés. Le temps est souvent dicté par les politiques publiques nationales qui ont en ligne de mire l'objectif de rattraper le retard que connaît l'île de Mayotte. Effectivement, le Président de la République à l'époque, Mr François Hollande, lors de sa visite en août 2014, avait souhaité la mise en place « d'un document stratégique traçant pour les 10 années à venir le cheminement de Mayotte vers le droit commun de la République »⁷⁴. Ce plan d'action, « Mayotte 2025, une ambition pour la République », a été modifié suite à l'important mouvement social ayant eu lieu lors du deuxième trimestre 2018. Durant la venue de Madame la Ministre des Outremer, Annick Girardin, plusieurs propositions ont été faites incluant le plan de lutte contre le renforcement de l'immigration clandestine, proposition principalement attendue par la population mahoraise.

⁷² Urbach, 2015.

⁷³ Urbach, 2016.

⁷⁴ Gouvernement Français, 2016.

Il y a une réelle forme d'ambiguïté à Mayotte qui se caractérise par le souhait de la population mahoraise d'accéder rapidement aux mêmes droits que la métropole et « la claque » engendrée par ces différents changements. Aujourd'hui, tout va beaucoup plus vite, voire trop vite. La conséquence directe liée à l'adaptation du droit commun français entraîne bon nombre de changements au sein de la société mahoraise. On a pu s'en rendre compte à travers la lecture de ce mémoire.

Être directeur de la MDA dans un contexte aussi spécifique que celui de Mayotte me renvoie à la responsabilité que je dois avoir dans la participation au développement du territoire. Il ne s'agit donc pas de développer à tout va, mais bien de prendre en compte la réalité d'un territoire en respectant ses caractéristiques.

J'insisterai sur mon choix de réduire le nombre de zones d'actions dans laquelle la MDA « hors les murs » va prochainement intervenir. Il ne s'agit effectivement pas de développer et de s'étendre sur l'ensemble d'un territoire en profitant d'un rattrapage financier dédié à Mayotte mais bien d'en évaluer l'impact en amont. A terme, mon objectif sera d'étendre le service de la MDA en corrélation avec les besoins du territoire mahorais. La situation préoccupante de ces zones nous amènera certainement à proposer la création de services de type service d'aide au regroupement familial, service de prévention spécialisée, ...

Bibliographie

Articles ou documents en ligne

CESEM, 2017 – *Les conditions de la réussite scolaire à Mayotte. Présentation PowerPoint*. 40 diapositives.

Repéré sur : https://lejournaldemayotte.yt/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-cese-education-2017_v1-1.pdf

CRESS PACA, 2015 – *Définition de l'innovation sociale dans la loi EES du 31 juillet 2014*.

Repéré sur : <https://www.cresspaca.org/s-informer/actualites/nationale/definition-de-l-innovation-sociale-dans-la-loi-ess-du-31-juillet-2014>

DREWNIAK C., CARJAVAL J.-A., RUTZ S., PELLICCIOTTA S., 2007 – *Reformulation inductive d'une démarche méthodologie de conduite de projet : « Projet Meyrin Dribble »*. Travail en groupe réalisé dans le cadre du Module 513 (partie A) : « Modèle d'intervention face à des problématiques spécifiques, et préparation du projet d'intervention ». Genève. 8 pages.

Repéré sur : http://www.anim.ch/pxo3_02/pxo_content/medias/dossiermeyrin.doc

HECKETSWEILER C., KADIRI G., 2017 - *Le combat de « Mama partenariat » pour le planning familial en Afrique*. Article de journal paru dans « Le Monde ».

Repéré sur : http://www.lemonde.fr/afrique/article/2017/12/17/le-combat-de-mama-partenariat-pour-le-planning-familial-en-afrique_5231082_3212.html

LESAGE F., 2014 – « *Défaillance parentale. Et choc des cultures* ». Les Cahiers Dynamiques, 2014/3 (n° 61), p. 135-142. DOI : 10.3917/lcd.061.0135. 144 pages.

Repéré sur : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2014-3-page-135.htm>

MOULLOT P., 2018 - *Pourquoi l'île de Mayotte a-t-elle été départementalisée ?* – Article paru dans le journal en ligne Libération le 20 mars 2018.

Repéré sur : https://www.liberation.fr/checknews/2018/03/20/pourquoi-l-ile-de-mayotte-a-t-elle-ete-departementalisee_1653388

MORIN P., DORE C., 2017 – *C'est quoi intervenir en proximité ? Un guide et ses fondements*. Présentation effectuée le 5 décembre 2017 au cours de la journée « France – Québec, deux visions de l'adaptation aux changements climatiques » dans le cadre des 21^{ème} journées annuelles de santé publique.

Repérée sur :

inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2017/jasp2017_interventionproximite_paulmori_n.pdf

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES & ARS, 2018 – *L'offre, l'usage et l'impact des consommations de « chimique » à Mayotte : une étude qualitative*. 80 pages.

Repéré sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacy5.pdf>

PARTOUNE C., 1996 – *L'interculturalité dans Les Jeunes et la ville - Cadres de références*, Ministère de la Communauté française de Belgique, pp. 17-23.

Extrait repéré sur :

http://www.lmq.ulg.ac.be/competences/chantier/ethique/eth_intercult.html

PÔLE REGIONAL DE COMPETENCES DE MAYOTTE, 2017 – *Formation « Interculturalité et santé »*. Formation réalisée les 24 et 25 octobre 2017, à l'IREPS Mayotte, Mtsapéré, Mamoudzou.

Présentation de la formation repérée sur : <https://www.peidd.fr/spip.php?article10354>

ROUSSELLE M., 2013 – *L'innovation sociale, une solution durable aux défis sociaux*. Article publié dans Informations sociale 2013/6 (n°180), pages 140 à 148.

Repéré sur : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2013-6-page-140.htm#>

SANCHEZ ALBARRACIN E., 2012 – *Innovation éducative, interculturelle et interdisciplinaire*. Ponta Grossa et Maringá (Brésil) Puebla et Tlaxcala (Mexique), Bogotá (Colombie), Brasil.

Repéré sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01057564>

URBACH E. 2016 - *Mayotte, lagon de la xénophobie* – Article paru dans le journal en ligne L'Humanité, le 27 avril 2016.

Repéré sur : <https://www.humanite.fr/mayotte-lagon-de-la-xenophobie-605814>

URBACH E. 2015 - *Mayotte, lagon meurtrier dans l'archipel des Comores* – Article paru dans le journal en ligne L'Humanité, le 19 février 2015.

Repéré sur : <https://www.humanite.fr/mayotte-lagon-meurtrier-dans-larchipel-des-comores-566164>

Documents cadres, textes officiels & publications gouvernementales

ARS-OI, 2018 – *Programme Régional de Santé Réunion-Mayotte 2018-2028*. Constitué de trois documents : COS à 10 ans, SRS à 5 ans et PRAPS à 5 ans.

Repéré sur : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/le-prs-2018-2028-0>

ARS-OI, 2010 – *Schéma de lutte contre les IST / VIH / SIDA / HEPATITES. Plan 2011-2014*. 60 pages.

Repéré sur :

http://www.irepsmayotte.org/depot_arkcms_ireps_mayotte/depot_arko/articles/158/sch_ema-de-lutte-contre-le-vih-mayotte_doc.pdf

COMMISSION EUROPEENNE, 2013 – *Guide de l'Innovation Sociale*. 72 pages.

Repéré sur :

https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/social_innovation/social_innovation_2013.pdf

CONSEIL DEPARTEMENTAL, 2016 – *Schéma départemental enfance et famille 2017-2021*. 75 pages.

Repéré sur : <https://cq976.fr/ressources/pef/sdef-2017-2021>

GOVERNEMENT FRANÇAIS, 2016 – *Mayotte 2025, une ambition pour la République*. Document stratégique. 26 pages.

Repéré sur :

<http://www.mayotte.gouv.fr/content/download/5164/43644/file/Mayotte%202025%20Une%20ambition%20pour%20la%20R%C3%A9publique%20-%20document%20strat%C3%A9gique.pdf>

GOVERNEMENT FRANÇAIS, 2002 – *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale*.

Repéré sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

IGAS, 2016 (février) - *Mission d'appui au Département de Mayotte sur le pilotage de la protection de l'Enfance*. Rapport, Tome 1 établi par Dr Pierre ABALLEA et YVES RABINEAU, membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport RM2015-087R. 85 pages.

Repéré sur :

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-087R_TOME_1_Mission_d_appui_MAYOTTE_.pdf

IREPS, DJSCS, ARS, Préfecture, Conseil Général, 2010 – *Plan Départemental Santé-Jeunes*.

IREPS Réunion & Mayotte, 2011 – *Guide d'aide à l'action : Agir auprès des publics mahorais*.

Repéré sur : <https://docplayer.fr/5655742-Guide-d-aide-a-l-action-en-education-pour-la-sante-agir-aupres-des-publics-mahorais.html>

MINISTRE DE L'INTERIEUR, 2018 – *Dossier Mayotte : le département de tous les défis. Protéger les mineurs isolés*.

Repéré sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Dossiers/Mayotte-le-departement-de-tous-les-defis/Proteger-les-mineurs-isoles>

MINISTRE DES OUTRE-MER, MINISTRE DE LA VILLE, PREFET DE MAYOTTE, 2015 – *Appel à projets outre-mer n°5 - « Essaimage DOM »*.

Repéré sur : <http://www.mayotte.gouv.fr/content/download/5630/47426/file/APDOM5%20-AP%20Mayotte%202016.pdf>

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE – OCEAN INDIEN (ORS-OI), 2017 – *Petite enfance, enfance et adolescence à Mayotte*.

Repéré sur : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/ors_tb_epe_mayotte_2017.pdf

PREFECTURE DE MAYOTTE, 2019 – *Lutte contre la délinquance et l'immigration clandestine – Bilan de l'année 2018*. Dossier de presse du 25 janvier 2019.

Repéré sur :

<http://www.mayotte.gouv.fr/Actualites/Communiqués-de-presse/Communiqués-de-presse-2019/CP-Lutte-contre-la-delinquance-et-l-immigration-clandestine-Bilan-de-l-annee-2018>

PREMIER MINISTRE, 2016 – *Actualisation du cahier des charges des Maisons des adolescents*. Circulaire n-5899-SG.

Repéré sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/11/cir_41542.pdf

SERVICE DE L'ETAT DANS LES HAUTES-ALPES, 2011 – Qu'est-ce qu'un SLSPED - CISPED ? Conseils Locaux de Sécurité et de Prévention de la délinquance.
Repéré sur : <http://www.hautes-alpes.gouv.fr/qu-est-ce-qu-un-clspd-cispd-a769.html>

Documents internes

MDA, 2015 – Les conduites à risques chez les adolescents de Mayotte. Enquête terrain.
16 pages.

Disponible sur :

https://peidd.fr/IMG/pdf/enquete_mda_-_conduites_a_risques_-_14.09.2015.pdf

MDA – Rapports d'activités.

Données statistiques et de recherche

INSEE, 2019 (février) - « À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère ». Article établi par Chantal Chaussy et Sébastien Merceron et Valérie Genay.
Insee Première n° 1737.

Repéré sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3713016>

INSEE, 2019 (février) - « Un taux de chômage de 35 % ». Article établi par Philippe Paillolle.
Insee Flash Mayotte n° 82.

Repéré sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3716585>

INSEE, 2018 (septembre) - « 9 800 naissances en 2017 ». Article établi Sandrine Sui-Seng et Claude Touzet.
Insee Flash Mayotte n° 72.

Repéré sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3607961>

INSEE, 2017 (décembre) - « 256 500 habitants à Mayotte en 2017 ». Article établi Valérie Genay et Sébastien Merceron.
Insee Focus n° 105.

Repéré sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3286558>

INSEE, 2016 (octobre) - « Des conditions de logement éloignées des standards nationaux ». Article établi par Michel Brassat et Noémie Deloeuvre.
Insee Analyses Mayotte n°11.

Repéré sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2421929>

INSEE, 2014 (décembre) - « Entre faiblesse des revenus et hausse de la consommation ». Article établi par Michel Brassat.
Insee Analyses Mayotte n°3.

Repéré sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285717>

INSEE, 2014 (février) – « Mayotte, département le plus jeune de France ». Article établi par Julien Balicchi, Jean-Pierre Bini, Véronique Daudin, Nelly Actif et Jannick Rivière.
Insee Première n° 1488.

Repéré sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281384?sommaire=2409812>

INSEE, 2012 – Mayotte en 2012, Recensement de la population - Tableaux détaillés.

Repéré sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281384?sommaire=2409812>

Ouvrages et rapports

ACHIRAF Bacar, 2005 - *Les mœurs sexuelles à Mayotte*. L'harmattan. 156 pages.

ASSOCIATION FIKIRA DE MAYOTTE ET D'AILLEURS, 2014 – *Les actes du colloque, Être adolescent à Mayotte : quelle histoire, quels avenir ?*. 101 pages.

AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., 2013 – *Méthode de conduite du changement – Diagnostic, Accompagnement, Pilotage*. 3^e édition. Dunot. 256 pages.

Extrait repéré sur : <https://medias.dunod.com/document/9782100595211/Feuilletage.pdf>

BLANCHY Sophie, 1989 - *La vie quotidienne à Mayotte (Archipel des Comores)*. L'harmattan. 240 pages.

BOURDIER F. & GRENIER-TORRES Chrystelle, 2017 – *L'interdisciplinarité, un enjeu pour le développement*. Edition Karthala. 324 pages.

COLAS F., 2012-2013 – *Descriptions de fonction*. 3^{ème} année baccalauréat Gestion des Ressources Humaines. Haute École Namur, Liège, Luxembourg.

CAMILLERI C. & COHEN EMERIQUE M., 1989 – *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. 398 pages.

LEVI-STRAUSS Claude, 1949 – *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*. 58 pages.

RTA asbl, 2019 – *Recherche qualitative sur les projets innovants en matière d'intervention auprès des enfants et des jeunes*. Rapport final. 111 pages.

Repéré sur : http://reseau-solidarcite.be/files/oejaj_rapp_2009bis.pdf

SELLAMNA N. & HAWKINS R., 2005 – *Interdisciplinarité – Concepts-clés*. 14 pages.

Repéré sur : <file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/interdisciplinarit%C3%A9concepts.pdf>

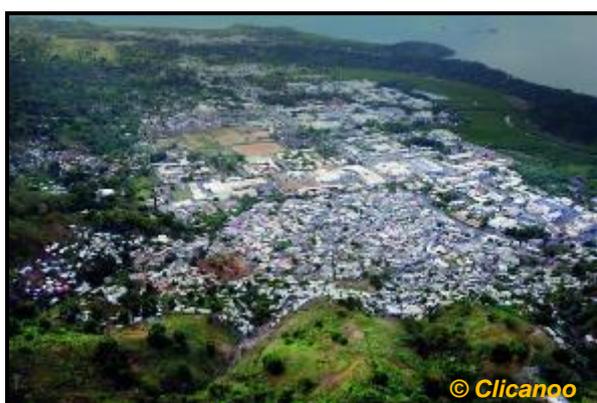
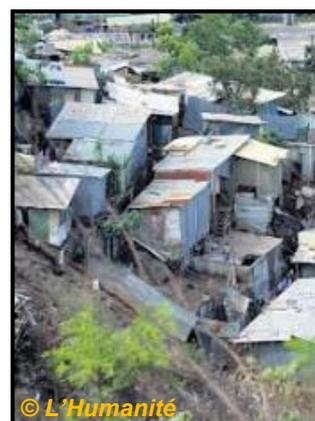
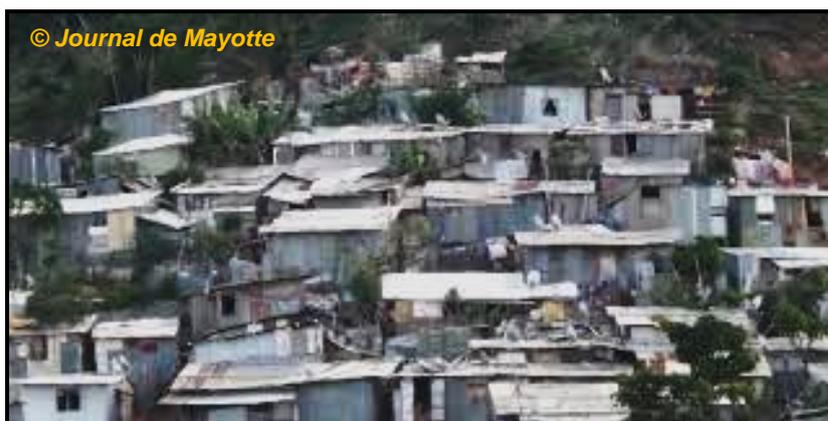
VILLAGE D'EVA, 2016 – *Droit à la scolarisation à Mayotte*. 34 pages.

Repéré sur : <http://levillagedeva.com/wp-content/uploads/2018/06/DROIT-A-LA-SCOLARISATION-A-MAYOTTE-.pdf>

Liste des annexes

Annexe 1 – Photographies illustrant les zones d’habitation marginales	I
Annexe 2 – Implantation des structures actuelles de la MDA sur le territoire mahorais	III
Annexe 3 – Implantation des structures de la MDA sur le territoire mahorais et nouveaux secteurs d’intervention proposés	V

Annexe 1 – Photographies illustrant les zones d'habitation marginales



Annexe 2 – Implantation des structures actuelles de la MDA sur le territoire mahorais



Annexe 3 – Implantation des structures de la MDA sur le territoire mahorais et nouveaux secteurs d'intervention proposés



FLEUROT

Sylvain

Novembre 2019

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Réunion

**MAYOTTE, L'ILE AUX ENFANT : ADAPTER L'OFFRE DE SERVICES DE LA
MAISON DES ADOLESCENTS AUX BESOINS ET A LA SPECIFICITE DU
TERRITOIRE**

Résumé :

La situation géographique et la départementalisation de Mayotte entraînent de profonds bouleversements dans le fonctionnement de la société mahoraise. La jeunesse, fortement représentée, est directement impactée par cette situation.

Devenue très attractive, l'île de Mayotte subit une forte pression migratoire entraînant l'émergence de zones d'habitation marginales.

Une partie de la jeunesse issue de ces secteurs n'a pas accès à la scolarité et est éloignée des dispositifs de droit commun. Les différents types d'interventions actuelles de la maison des adolescents ne permettent pas à ces jeunes de bénéficier d'actions de prévention santé et de suivis individuels.

Afin de repérer et d'accompagner cette jeunesse, une stratégie innovante pour le territoire mahorais est proposée ; elle passera par la mise en œuvre d'interventions interculturelles et participatives en adéquation avec les politiques publiques territoriales mais surtout, par la mise en place d'une intervention de proximité dans les zones isolées.

Mots clés :

MAYOTTE, MAISON DES ADOLESCENTS, JEUNESSE, PREVENTION SANTE, PARTENARIAT, INTERVENTION, PROXIMITE, INNOVATION, INTERCULTURALITE, INTERDISCIPLINARITE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.